

Redpsicología. Biblioteca de psicología y ciencias afines

Vocabulario de psicología

NOTAS:

1) El presente material no es un diccionario sino un vocabulario donde se recopilan en forma no sistemática abstracts de artículos científicos, resúmenes de libros, información obtenida de otras fuentes y citas bibliográficas que pueden ser utilizadas en monografías, tesinas, tesis y artículos.

2) Para enterarte de las últimas novedades en psicopatología, puedes suscribirte al boletín de www.psiquiatria.com

Psicología general

A priori - Abadi, Mauricio - Abducción - Aberastury, Arminda - Aborto - Absolutización - Abstracción - Abuelo - Aburrimiento - Acatamiento - Acción refleja - Acontecimiento - Acoso moral - Acting out - Actitud - Activación - Actividad - Actividad física - Acto - Actual - Actuar - Adaptación - Adler, Alfred - Adolescencia - Adopción - Adultez - Afectividad - Afecto - Aferente - Afrontamiento - Agresividad - Aislamiento - Ajuste - Alegría - Alfa - Algolagnia - Alianza - Alimentación - Alocutario - Alocutor - Aloerotismo - Aloplástica, conducta - Altruismo - Alzheimer, Alois - Ambisexualidad - Ambivalencia - Amistad - Amor - Anaclisis - Análisis - Analizador - Analogía - Anamnesis - Androgina - Andropausia - Angustia - Anima/Animus - Ansiedad - Antipsiquiatría - Anulación - Aparato psíquico - Apego - Apercepción - Apgar - Aprecio - Aprendizaje - Aptitud - Arco reflejo - Arquetipo - Arte - Ascetismo - Asertividad - Asociación - Asociacionismo - Atención - Atracción - Atribución - Aulagnier, Piera - Autenticidad / Inautenticidad - Autoconcepto - Autoconocimiento - Autoeficacia - Autoerotismo - Autoestima - Autoestimulación - Autoinforme - Autoplastia - Autorrealización - Aversión - Baranger, Willy - Barbitúrico - Barrera - Batería - Bebe prematuro - Behaviorismo - Bienestar psicológico - Binet, Alfred - Binswanger, Ludwig - Biografía - Bion, Wilfred - Biorritmo - Biorretroacción - Biotipo - Boss, Medard - Cafeína - Calibración - Calidad de vida - Cambio - Campo - Cáncer - Canibalismo - Cannabis - Capacidad - Carácter - Caracterología - Cárcamo, Celes - Cárcel - Caruso, Igor - Castigo - Casuística - CAT - Catarsis - Catástrofe - Categorización - Cattel, James - Celos - Cenestesia - Cerebro - Ceremonia - Charcot, Jean - Chiozza, Luis - Alberto - Chiste - Ciclotimia - CI - CIE - Ciencia cognitiva - Cirugía plástica - Clarividencia - Climaterio - Clivaje - Cocaína - Cociente de desarrollo - Codependencia - Cohesión - Colesterol - Color - Coma - Competencia - Complejo - Complejo de Edipo - Complejo de Edipo temprano - Comprensión - Comportamiento no verbal - Compulsión - Comunicación - Conación - Concepción del mundo - Concepto - Conciencia - Condicionamiento - Conducta - Conductismo - Confianza - Conflicto - Congénito / Hereditario - Congruencia - Conocimiento - Consejo - Conservación - Consideración positiva - Contigüidad - Constitucional, tipo - Construcción - Contrato - Control - Convergencia - Counseling - Craving - Creatividad - Crecimiento - Criminalidad - Cronopsicología - Cualidad - Cuerpo - Culpa - Cunnilingus - Darse cuenta - Dasein - Daseinpsychologie - Decisión - Defensa - Déficit - Difusión - Deja éprouvé - Deja Reconté - Deja vu - Delincuencia - Delito - Delusión - Dependencia - Deprivación - Dereflexión - Desapego - Desarrollo - Descarga - Desempleo - Deseo - Desinformación - Desmayo - Desoille, Robert - Desplazamiento - Destino - Destruído - Detector de mentiras - Detención - Diagnóstico estructural - Dieta - Dinero - Dipsomanía - Discurso - Disociación - Disomnia - Disonancia cognitiva - Distimia - Distorsión - Diurno, sueño - Divorcio - Dolor - Dominancia - Droga - DSM - Duda - Duelo - Ebbinghaus, Hermann - Ectomórfico - Edad mental - Edipo - Educación - Efecto Barnum - Efecto de halo - Eferente - Eficiencia - Ehrenfels, Christian - Elaboración - Elación - Embarazo - Emoción - Enamoramiento - Endógeno - Endogruppo - Endomorfo - Endorfinas - Eneagrama - Engrama - Empatía - Encuadre - Energía mental - Entrevista - Entrevista diagnóstica - Enunciado fundamental - Envejecimiento - Envidia - Epifenomenalismo - Epidemiología - Epinósico - Equilibrio psíquico - Error - Escala Holmes-Rahe - Escena temida - Escisión - Escritura automática - Espacio transicional - Espacio vital - Esquema - Esquizoide - Estadio del espejo - Estado de ánimo - Estandarización - Estereognosis - Estereotipo - Estigma - Estilo - Estímulo - Estrategia - Estroboscopia - Estructura - Estructura de significado - Estructuralismo - Etcheverry, José Luis - Etnopsicología - Etografía - Etología - Eustrés - Evaluación - Evasión - Exhibicionismo - Existencia, existencialismo - Existenciales - Excitación - Éxito - Experiencia - Expresión corporal - Éxtasis - Extinción - Extrovertido - Ey, Henry - Fachada - Factor - Facultad - Fairbairn, Ronald - Fascinación - Fallo - Falso recuerdo - Familia - Fantasía - Fase del espejo - Fatiga mental - Faussee reconnaissance - Fechner, Gustav - Feighner, criterios - Felicidad - Fellatio - Fenómeno transicional - Fenomenología - Ferenczi, Sándor - Fetiche - Figura y fondo - Fijación - Filicidio - Fisiognomía - Fliess, Wilhelm - Folclore - Formación reactiva - Formación sustitutiva - Frankl, Viktor - Frenología - Freud, Sigmund - Fromm, Erich - Frontera - Frustración - Fuego - Función materna - Función paterna - Funcionalismo - Galton, Francis - Garma, Ángel - Gemelos - Género - Genética - Genio - Gesell, Arnold - Gestalt - Grafología - Green, André - Guerra - Guión - Habilidad - Hábito - Hábitus - Habla privada - Háptico - Helmholtz, Hermann - Herbart, Johann - Herencia psíquica - Hermenéutica - Hic et nunc - Higiene mental - Hipnagógico, estado - Hipnopómpico - Hipnosis - Hipótesis - Historia clínica - Historia de la psicología - Historia del psicoanálisis - Holón - Hombre - Homeostasis - Homogamia - Homosexualidad - Hora de juego diagnóstica - Horney, Karen - Hospital - HTP - Huella anémica - Humor - ICD - Idea - Ideación - Ideal del yo - Idealización - Identidad - Identificación - Ideología - Ilusión - Imagen - Imagen corporal - Imaginación - Imago - IMC - Imitación - Implicación - Impotencia - Impronta - Impulso - Inautenticidad - Incesto - Inconciente - Inconciente colectivo - Indefensión - Individuación - Infancia - Inferencia inconciente - Inferioridad, complejo de - Infidelidad - Información - Informe psicológico - Información - Inhibición - Inimputabilidad - Imputabilidad - Insight - Instinto - Intelectualización - Inteligencia - Inteligencias múltiples - Interaccionismo simbólico - Interés - Interioridad - Internación - Internalización - Interocepción - Interpretación - Intimidad - Intoxicación - Introspección - Introversión - Introyección - Intuición - Ironía - Isakower, fenómeno de - ISO

- Isomorfismo - Jackson, John - James, William - Janet, Pierre - Jaspers, Karl - Jubilación - Juego - Juguete - Juicio - Jung, Carl - Kardiner, Abraham - Keller, Helen - Kernberg, Otto - Kircher, experimento de - Klein, Melanie - Kohut, Heinz - Kraepelin, Emil - Krafft-Ebing, Richard von - Kretschmer, Ernst - Laberinto - Lacan, Jacques - Laing, Ronald - Lámina en blanco - Langer, Marie - Lanzamiento - Lashley, Karl - Lateralidad - Lavado de cerebro - Lenguaje - Letargia - Lévi-Bruhl, Lucien - Ley - Liberman, David - Libertad - Libido - Lombroso, Cesare - López Ballesteros y Torres, Luis - Lorenz, Konrad - Lourau, René - LSD - Madre - Maduración - Madurez - Malinowski, Bronislaw - Mandato familiar - Maniqueísmo - Mannoni, Octave - MAPS - Marihuana - Martínez Luque, Eduardo - Masoquismo - Matrimonio - Maslow, Abraham - Meditación - Memoria - Menopausia - Mente - Mentira - Metacognición - Metaforización - Metempsicosis - Meyer, Adolf - Microambiente - Miedo - Migración - Miller, Jacques-Alain - MIPS - Mirada - Mito - Modelo activador - Modelo biopsicosocial - Modelo médico - Modorra - Modularidad - Moldeamiento - Monogamia - Moral - Morfina - Mórtido - Motivación - Muerte - Mundo - Narcisismo - Narcótico - Necesidad - Negación - Neoconductismo - Neoconexionismo - Neoestructuralismo - Neonato - Neurociencia - Neuropsicodiagnóstico - Neuropsicología - Neuropsicología cognitiva - Ninfomanía - Niñez - Nombre del padre - Normalidad - Nostalgia - Obesidad - Objetividad - Objeto - Olvido - Omnipotencia - Optimismo - Oniromancia - Ontogenésis - Opinión - Orético - Orgone - Organicismo - Organización - Orientación - Orientación sexual - Orientación vocacional - Originalidad - Ostrov, León - Otro generalizado - Padre - Padres - Palabra - Pampsiquismo - Paralenguaje - Paranormal - Parapsicología - Pareja - Parto - Pasión - Patobiografía - Pavlovsky, Eduardo - Pattern - Pena - Pensamiento - Percepción - Pérdida - Pérdida temprana - Perdón - Perfeccionismo - Persona - Personalidad - Persuasión - Pesadilla - Planificación - Poder - Policratismo - Poligamia - Portavoz - Posición - Posparto - Praxia - Precocidad - Prejuicio - Preobjeto - Preocupación - Prevención - Problema - Prodigio - Proceso secundario - Profecía autocumplidora - Programación neurolingüística - Prosodia - Prostitución - Prótesis - Protesta viril - Prototantasia - Proyección - Proyecto - Prueba mental - Prueba psicométrica - Psi - Psicoanálisis - Psicodélico - Psicodiagnóstico - Psicodrama - Psicofármaco - Psicofarmacología - Psicofísica - Psicofisiología - Psicogénesis - Psicogerontología - Psicolingüística - Psicolingüística cognitiva - Psicología - Psicología animal - Psicología clínica - Psicología cognitiva - Psicología de la conciencia - Psicología de la educación - Psicología de la gestalt - Psicología del comportamiento - Psicología diferencial - Psicología existencial - Psicología experimental - Psicología forense - Psicología humanista - Psicología individual - Psicología infantil - Psicología proyectiva - Psicología sistémica - Psicologismo - Psicólogos - Psicometría - Psicomotricidad - Psiconeuroinmunoendocrinología - Psicopedagogía - Psicoprofilaxis - Psicoquinesia - Psicosomático - Psicotecnia - Psicotropeo - Psique - Psiquismo fetal - Pubertad - Puerperio - Pulsión - Punto G - Raciocinio - Racionalidad - Racionalización - Racismo - Racker, Heinrich - Rapport - Rasgo - Razonamiento - RDC - Reactancia - Realidad - Realidad virtual - Recurrencia - Red social - Reflejo - Reflexión - Reflexología - Reforzador - Regeneración - Regresión - Relación de objeto - Relación interpersonal - Religión - Reminiscencia - Remordimiento - Rendimiento - Reparación - Representabilidad - Representación - Represión - Reproducción - Repudio - Repugnancia - Resentimiento - Resiliencia - Resistencia - Resolución de problemas - Responsabilidad - Respuesta - Retest - Retroactividad - Retrosignificación - Rey Ardid, Ramón - Riesgo - Risa - Ritmo circadiano - Ritual - Rogers, Karl - Role playing - Rorschach, Hermann - Rosenthal, Ludovico - Sabiduría - Sadismo - Salud - Salud/enfermedad - Salud mental - Salud pública - Salvaje de Aveyron - Sanitarismo - Screening - Secreto profesional - Seguridad - Sensación - Sentido común - Sentimiento - Self - Sensopercepción - Sentido del humor - Ser en el mundo - Ser humano - Series complementarias - Sexualidad - Shamán - Sí mismo - Siesta - Significante - Signo - Simbolización - Símbolo - Sincronización cerebral - Sinestesia - Sistema nervioso - Situación - Skinner, Burrhus - Sobreaprendizaje - Sobrenatural - Soledad - Solipsismo - Solución de problemas - Somatotipo - Sombra - Somniloquio - Somnolencia - Sopor - Subjetividad - Sublimación - Subliminal - Sueño - Sueños - Sufrimiento - Sujeto - Sullivan, Harry - Superdotación - Superioridad - Superstición - Superyo - Suprasentido - Suspiro - Tabú de la virginidad - Tapping - Taquíscopio - TAT - Taxia - Técnica psicológica - Técnicas proyectivas - Telegonosis - Telepatía - Telequinesia - Telescopaje - Temperamento - Tensión - Teorema de Thomas - Teoría de la acción razonada - Teoría de la Gestalt - Teoría del campo - Teorías psicológicas - Tercera ola - Terceridad - Terman, Lewis - Terror - Test - Test de inteligencia - Test de la familia kinética - Test de la pareja educativa - Test grupal - Test proyectivo - Testamento - Testosterona - Thorndike, Edward - Tiempo - Tipo - Tipología - Tolerancia - Toma de decisiones - Tótem - Trance - Transferencia - Tratamiento biológico - Trauma - Triangulación - Triangularidad - Tristeza - TRO - Umbral - Vacaciones - VADS - Validez - Valls, José Luis - Valor - Vejez - Víctima - Vida cotidiana - Viejismo - Vínculo - Violación - Violencia - Virtual - Visualización espacial - Voluntad - Watson, John - Weininger, Otto - Winnicott, Donald - Wundt, Wilhelm - Yo - Zona de desarrollo proximal - Zúrdica

Psicopatología

Abasia - Abatimiento - Aberración - Aberraciones sexuales - Abulia - Abuso - Acalculia - Acatamatesia - Acatasia - Adicción - Adicción a internet - Afasia - Afectación - Agitación psicomotora - Agnosia - Agorafobia - Agrafía - Agramatismo - Agudo - Anhedonia - Alcoholismo - Alexia - Alexitimia - Alienación - Alogia - Alucinación - Alucinosis - Amnesia - Amnesia - Amok - Anancástico - Anhedonia - Anorexia - Anorgasmia - Anormalidad - Anosognosia - Ansiedad - Antidepresivos - Apatía - Aplanamiento afectivo - Apraxia - Aproxia - Aprosodia - Arteriosclerosis - Asma - Astenia - Ataque - Ataque de pánico - Ataxia - Atmósfera delirante - Audimudismo - Aura - Ausencia mental - Autismo - Autismo infantil - Autolesión - Automatismo - Bariglosia - Baritimia - Belle indifférence - Bolo histérico - Bordeline - Boverismo - Bruxismo - Bulimia - Cáncer - Capgrás, síndrome de - Caracteropatía - Catafasia - Catalepsia - Cataplexia - Catatimia - Catatonia - Cefalea - Ciclotimia - Cleptomanía - Comorbilidad - Compulsión - Conducta antisocial - Confusión mental - Conversión - Coprolalia - Costo de enfermedad - Daño psíquico - Debilidad mental - Deficiencia mental - Delincuencia sexual - Delirio - Delirium tremens - Demencia - Dependencia - Depresión - Depresión mayor - Depresión polar - Depresión posparto - Depresión vacacional - Desorden alimenticio - Desorientación - Despersonalización - Desrealización - Desviación - Diagnóstico -

Diagnóstico estructural - Diagnóstico psicológico - Dimorfismo sexual - Disartria - Discapacidad - Discurso automático - Disestesias - Disfasia - Disforia - Disfunción - Disgrafía - Disgregación - Dislalia - Dislexia - Dislogia - Dismegalopsia - Dismnesia - Dismorfia - Dismorfopsia - Disociación - Dispareunia - Distimia - Distonía - Distrés - Doble - Dolor - Drogadicción - Eco - Ecoacusia - Ecocinesia - Ecolalia - Econimia - Encopresis - Enfermedad - Enfermedad de Huntington - Enfermedad mental - Enfermo mental - Enuresis - Epilepsia - Episodio afectivo - Episodio depresivo mayor - Episodio psicótico - Escoptofilia - Esquizofrenia - Estilo neurótico - Estrés - Estresor - Estupor - Etiología - Euforia - Fabulación - Fagofobia - Fagomanía - Falso recuerdo - Familia - Familia alcohólica - Fatiga crónica - Fétiche - Fetichismo - Fobia - Fobia social - Folie à deux - Frigidez - Fronterizo - Globo histérico - Glosolalia - Gerstman, síndrome de - Gran mal - Heminegligencia - Hermafroditismo - Hialofobia - Hidrofobia - Hiperactividad - Hiperestesia - Hiperintención - Hipermnesia - Hiperprosexia - Hiperreflexión - Hipersomnia - Hipervigilancia - Hipocondría - Hipomanía - Hipomanía - Hipoprosexia - Histeria - Hombre golpeador - Hospitalismo - Hostigamiento sexual - Idiopático - Idiot savant - Idiotéz - Imbecilidad - Impulsividad - Incidencia - Insania - Insomnio - Intuición delirante - Jet Lag - Koro - Laguna temporal - Locura - Logoclonia - Ludopatía - Mal de Alzheimer - Maltrato infantil - Manía - Manierismo - Melancolía - Metafrenia - Metamorfopsia - Microcefalia - Migraña - Mitomanía - Mobbing - Monomanía - Mórbito - Morbilidad - Mujer maltratada - Mutismo - Narcolepsia - Necrofagia - Necrofilia - Negativismo - Neurastenia - Neurosis - Neurosis infantil - Neurosis obsesiva - Neurosis traumática - Ninfomanía - Nosología - Obesidad - Obnubilación - Obsesión - Oligofrenia - Onicofagia - Organoneurosis - Paidofilia - Palifrasia - Palilalia - Palillogia - Palimbulia - Palinfrasia - Parafilia - Parafrenia - Parálisis cerebral infantil - Paramnesia - Paranoia - Paraprosexia - Parasomnia - Paratimia - Patología dual - Patológico - Personalidad melancólica - Personalidad narcisista - Patoneurosis - Perseveración - Perversión - Petit mal - Pitiatismo - Prevalencia - Prosoagnosia - Pseudoalucinación - Psicastenia - Psicodiagnóstico - Psicolepsia - Psiconeurosis - Psicopatía - Psicopatología - Psicosis - Psiquiatría - Recaída - Recuerdo delirante - Recuperación - Recurrencia - Remisión - Retardo mental - Retraso mental - Riesgo suicida - Rigidez - Satiriasis - Semiología psiquiátrica - Seudodemencia - Seudopercepción - Síndrome - Síndrome amnésico - Síndrome catatónico - Síndrome de abstinencia - Síndrome de bajo logro - Síndrome de Burnout - Síndrome de Capgras - Síndrome de Charles Bonnet - Síndrome de déficit atencional - Síndrome de dependencia - Síndrome de Down - Síndrome de Frégoli - Síndrome de Koro - Síndrome de Korsakoff - Síndrome de Munchausen - Síndrome de Rett - Síndrome de Turner - Síndrome del espejo - Síndrome del maullido de gato - Síndrome delirante - Síndrome esquizo-límbico - Síndrome lobar - Síndrome obsesivo - Síndrome postvacacional - Síndrome X frágil - Síntoma - Somatización - Sonambulismo - Sueño - Suicidio - Tabaquismo - Taquifemia - Tartajeo - Tartamudez - Tema delirante - Terror nocturno - Tic - Toxicofilia - Toxicomanía - Transexualidad - Trastorno - Trastorno adaptativo - Trastorno afectivo - Trastorno antisocial de la personalidad - Trastorno bipolar - Trastorno ciclotímico - Trastorno corporal dismórfico - Trastorno de acumulación - Trastorno de angustia - Trastorno de ansiedad social - Trastorno de conversión - Trastorno de dolor - Trastorno de estado de ánimo - Trastorno de pánico - Trastorno de personalidad - Trastorno del control de impulsos - Trastorno del desarrollo - Trastorno del estado de ánimo - Trastorno del sueño - Trastorno delirante - Trastorno depresivo - Trastorno depresivo de la personalidad - Trastorno depresivo mayor - Trastorno disocial - Trastorno disociativo - Trastorno distímico - Trastorno dual - Trastorno límite - Trastorno narcisista - Trastorno neurológico - Trastorno obsesivo-compulsivo - Trastorno por ansiedad de separación - Trastorno por déficit de atención - Trastorno por estrés agudo - Trastorno por estrés postraumático - Trastorno por somatización - Trastorno psicomotor - Trastorno psicótico agudo - Trastorno psicótico breve - Trastorno respiratorio - Trastorno sexual - Trastorno somatoforme - Trastornos del sueño - Travestismo - Tricomanía - Vacío existencial - Vaginismo - Violencia - Violencia conyugal - Violencia familiar - Vitiligo - Voyeurismo

Psicoterapias

Abandono del tratamiento - Abreacción - Absolución - Acercamiento centrado en la persona - Acupuntura - Adicción - Admisión - Agorafobia - Ajuste psicosocial - Alianza terapéutica - Análisis directo - Análisis transaccional - Antipsiquiatría - Atención médica - Apoyo - Arteterapia - Atribución - Autoayuda - Autoexploración - Automedicación - Balneoterapia - Biblioterapia - Biodrama - Bioenergética - Biofeedback - Boicot - Breuer, Josef - Comunidad terapéutica - Consulta - Contrato - Contratransferencia - Crisis - Desbordamiento - Desensibilización sistemática - Devolución - Dramaterapia - Ejercicio físico - Electroshock - Ensayo de conducta - Ensueño dirigido - Entrenamiento autogénico - Entrevista - Ergoterapia - Escritura - Escucha analítica - Esquizofrenia - Estrategias de ayuda - Exposición - Farmacoterapia - Fe, curación por la - Fisioterapia - Hipnoanálisis - Hipnoterapia - Hospitalización - Implosión - Intención paradójica - Interpretación - Intervención psicosocial - Intervención terapéutica - Intervención verbal - Inundación - Laborterapia - Lobotomía - Ludoterapia - Medicina psicosomática - Megabrain - Musicoterapia - Narcoanálisis - Narcoterapia - Paciente - Paradoja - Placebo - Prevención - Provocación - Psicagogía - Psicoanálisis infantil - Psicocirugía - Psicodrama - Psicoeducación - Psicofonía - Psicooncología - Psicosis - Psicoterapeuta - Psicoterapia - Psicoterapia analítica - Psicoterapia breve - Psicoterapia cognitiva - Psicoterapia cognitivo-conductual - Psicoterapia cognitivo-conductual interpersonal - Psicoterapia constructivista - Psicoterapia de acción social - Psicoterapia de apoyo - Psicoterapia de grupo - Psicoterapia de expresión - Psicoterapia de pareja - Psicoterapia estructural intensiva - Psicoterapia existencialista - Psicoterapia familiar - Psicoterapia familiar estratégica - Psicoterapia focal - Psicoterapia gestáltica - Psicoterapia grupal - Psicoterapia humanística - Psicoterapia individual - Psicoterapia infantil - Psicoterapia institucional - Psicoterapia interpersonal - Psicoterapia mística - Psicoterapia psicoanalítica - Psicoterapia racional emotiva - Psicoterapia rogeriana - Psicoterapia sistémica - Rapport - Reatribución - Recuperación - Red familiar - Redefinición - Reeducación - Rehabilitación cognitiva - Reingreso - Relación terapéutica - Relajación - Religión - Renacimiento - Resistencia - Sistema asistencial - Situación analítica - Socioterapia - Solución de problemas - Somatoterapia - Sueño lúcido - Sugestión - Telepsiquiatría - Terapeuta - Terapia - Terminación -

Transferencia - Trastorno de personalidad - Trastorno depresivo mayor - Tratamiento - Tratamiento psiquiátrico - Urgencia psiquiátrica - Yoga - Zooterapia

Psicología social y grupal

Acatamiento - Acción social - Actitud - Adaptación social - Apoyo social - Autoconcepto - Autopercepción - Autoritarismo - Clase social - Comunicación - Conflicto - Conformidad - Construccinismo social - Cooperación - Coordinación - Dinámica de grupos - Discriminación - Disonancia cognitiva - Estereotipo - Etnopsicología - Exogrupo - Grupo - Grupo de trabajo - Grupo pequeño - Grupos T - Habilidad social - Identidad - Imaginario - Individualismo - Influencia social - Interacción - Interaccionismo simbólico - Intersubjetividad - Justicia social - Liderazgo - Marginación - Marginalidad - Mead, George - Medios de comunicación - Migración - Minoría - Norma - Orden social - Otro generalizado - Persuasión - Poder - Presentación - Problema psicosocial - Proxemia - Psicoanálisis grupal - Psicología grupal - Psicología social - Reality show - Red social - Representación social - Ritual - Rol - Secta - Sí mismo - Sistema social - Socialización - Sociedad - Sociobiología - Sociocentrismo - Sociograma - Sociolingüística - Sociometría - Status - Transubjetividad - Universo simbólico - Vínculo - Xenofobia

Psicología laboral y organizacional

Acoso - Análisis organizacional - Autoridad - Capacitación - Cargo - Clase institucional - Consultor - Contracultura - Cultura organizacional - Desempeño - Desocupación - Empresa unipersonal - Entrevista de selección - Evaluación de desempeño - Grupo - Institución - Liderazgo - Management - Marketing - Mayo, Elton - Método Deming - Organización - Organización escolar - Organización filantrópica - Organización hospitalaria - Organización no gubernamental - Perfil - Psicología industrial - Psicología institucional - Psicología laboral - Psicopedagogía laboral - Puesto - Reclutamiento - Recursos humanos - Reingeniería - Rol - Selección de personal - Tarea - Trabajo

Actualizado Mayo 2011. Más informes: pczau@gmail.com

PSICOLOGÍA GENERAL

A PRIORI

Definición.- El a priori psicológico contiene aquellas condiciones psíquicas previas que determinan la dirección de la atención y la formación del juicio. Desde Kant llámase a priori todo conocimiento cuya validez no depende lógicamente de la experiencia (percepción). El a priori gnoseológico comprende las condiciones de validez del conocimiento; el a priori psicológico, las de existencia. Ant: *a posteriori*. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ABADI, MAURICIO

[psicoan.](nació en 1917, en Damasco, Siria) Siendo pequeño, su familia se instala en Milán, allí realiza sus estudios y recibe una sólida formación humanística. En 1935 emigra a Buenos Aires, donde estudia medicina y donde se incorpora al movimiento psicoanalítico argentino, por entonces incipiente. Habrá que comenzar enumerando y/o comentando sus múltiples publicaciones, sus aportes al pensamiento psicoanalítico, ricos, valiosos y variados. Se podría hacerlo relatando su actuación institucional. Fue presidente de la Asociación Psicoanalítica Argentina en 1977-78, momentos críticos y difíciles, ya instalada la dictadura militar que sería conocida como "El Proceso". Había colegas desaparecidos, otros torturados, amenazas de intervenir la APA Además, en 1977 se concretó la escisión por la que surge la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA). Todas estas vicisitudes hicieron que la gestión de Mauricio fuera especialmente difícil. Habrá que hacer referencia a su paso por la docencia universitaria. Fue profesor titular de una cátedra en la carrera de psicología en la Universidad de Buenos Aires. Allí enseñó psicoanálisis, sus alumnos apreciaban mucho su claridad expositiva y su sentido del humor lo que le aseguraba éxito de público. Sus clases estaban siempre muy concurridas y esto le resultaba muy placentero. Se podría comentar su frecuente presencia en los medios de comunicación (radio, TV); donde también ejercía una forma de docencia difundiendo el psicoanálisis, ya sea su utilidad terapéutica o su particular manera de considerar la realidad humana. En algún momento su presencia en los medios fue casi cotidiana; programas informativos o de interés general lo convocaban muy frecuentemente para interrogarlo a veces sobre temas específicamente psiquiátricos, otras veces sobre cuestiones de interés general que circunstancialmente estaban instaladas en la sociedad argentina como pudo ser en su momento el tema del divorcio. Poseía un cierto carisma y la facilidad de expresar en palabras simples y elegantes cosas complicadas. Salía airoso de trances difíciles; todo esto lo llevó a convertirse en un personaje conocido por el público argentino. Yo diría que adquirió un cierto halo de voz oracular. Era visto no solo como "experto en salud mental" sino como opinión responsable y válida en "cosas de la vida". En televisión llegó a conducir su propio programa, uno de corte cultural; donde participaron escritores, filósofos, historiadores, etc. También creó, en la TV un ciclo especialmente atractivo en el que un experto en algún autor (Nietzsche, por ejemplo) era invitado a representarlo y un panel de notables interrogaba a dicho autor sobre aspectos de su vida, de su obra o de su época. Uno de los rasgos más que le son mas

propios es su gran sentido del humor, se diría que esta es una de sus características más distintivas, era capaz de reírse incluso frente a la adversidad; y sobre todo hacerlo de sí mismo, no se tomaba demasiado en serio, a pesar de tenerse alta estima. Persona de trato fácil aunque a veces un poco esquiva; quienes le estaban próximos sentían que podían contar con él en situaciones difíciles. Estimulante y permisivo con las iniciativas de los otros, les ayudaba a sacar lo mejor de sí mismos. Todo lo que emprendía lo hacía con gran placer “si no puedo poner mi libido en eso prefiero no hacerlo” lo escuché decir alguna vez, toda iniciativa suya tenía siempre un componente lúdico, a la manera de un niño grande, a quien le gustaba jugar, ensayar, experimentar; disfruta mucho del aplauso y del lucimiento personal. Jugaba en la TV cuando invitaba a personajes que jugaban a ser Freud o Jung o Heidegger; su campaña por la presidencia de APA, sus rivalidades políticas dentro de la Institución, tuvieron para él mucho de competencia deportiva. Su interés por lo lúdico era tal que también le despertó inquietudes teóricas; escribió sobre el jugar (1964) y el juego (no en el sentido de la técnica del juego utilizada por los analistas de niños), sino sobre el significado inconsciente de esta actividad y de lo que implica en el desarrollo y en la cultura, agrupó y clasificó los distintos tipos de juego y sus significaciones. También el humor despertó su interés (“Teoría del chiste” y “Hedoné”, 1982); creía en su capacidad curativa; compartía con Winnicott la idea de que el psicoanálisis es el juego mas sofisticado del siglo XX y en la importancia de la creatividad para dotar de sentido a la existencia. Fue de los primeros en Buenos Aires en explorar las posibilidades terapéuticas del psicodrama psicoanalítico que es otra forma sofisticada de juego. Siempre mantuvo actitudes y opiniones muy independientes; no adhirió ni perteneció a ninguna ortodoxia ni a escuela psicoanalítica alguna, se consideraba a sí mismo un francotirador, esto hace que en sus escritos las referencias bibliográficas a otros autores psicoanalíticos es en general escasa, casi sus únicas citas se refieren a Freud. En cambio menciona a muchos filósofos, escritores, historiadores, y alude a los mitos. Más fiel al espíritu del maestro (Freud) que a su letra, de la que frecuentemente aunque no siempre se apartó. Solía decir, citando a Whitehead, que las ciencias que permanecen muy dependientes de sus fundadores no progresan. Esta independencia de criterio lo llevó muchas veces a enfrentar situaciones conflictivas frente a quienes sostenían posiciones más conservadoras y menos innovadoras que las suyas, por ej.: ensayó junto a otros colegas el uso de agentes psicotrópicos (ácido lisérgico) en psicoterapia con la esperanza de que esto facilitase el acceso al material reprimido. (Poco después se prohibió el uso terapéutico de estas drogas y casi simultáneamente, pero con independencia, Abadi afirmó que no se advertían sus ventajas). En APA se pensó que este proceder era contrario a una conveniente ortodoxia psicoanalítica. A comienzos de los 60. el psicoanálisis despertaba en Buenos Aires curiosidad e interés. En esas circunstancias hizo su primera aparición en las pantallas de televisión. El programar era auspiciado por *Claudia*, una revista femenina, y se llamaba “Claudia mira la vida”. Excelentes actores ponían en escena personajes conflictuados, en difíciles situaciones de pareja o de familia. Luego Abadi ensayaba la comprensión psicoanalítica. El programa era excelente, se había logrado un alto nivel de seriedad en lo que se presentaba; el nivel de las intervenciones del analista que eran claras y comprensibles. En APA, esta iniciativa produjo cierto malestar; se pensaba que el psicoanálisis no estaba suficientemente consolidado por entonces en la sociedad argentina como para soportar una exposición pública de esa naturaleza, esta situación podría eventualmente desgastarlo prematuramente al generar polémicas que lo dañarían. Pero Abadi no era una oveja más en el redil.^{1[1][1]} Como dijimos, no practicó ortodoxia alguna. Aceptaba otras realidades, fuera del consultorio. Pensaba que el psicoanálisis es un instrumento privilegiado para la exploración de la “otra realidad” (la del inconsciente) y que esto, precisamente, no lo ata a la clínica, que ni siquiera es su aplicación privilegiada, imbuido como estaba, muy imbuido, de la muy freudiana idea de que el psicoanálisis está más próximo a las humanidades que a la medicina y que la sociología, los mitos, la historia, la filosofía, antropología, el humor, etc., eran campos tan apropiados para el estudio de esa “otra realidad” como la clínica. De manera que su producción bibliográfica no se limitó a temas de teoría o de clínica sino que abundó en enfoques humanísticos. Sus escritos, en especial los de los últimos tiempos, están redactados a la manera de ensayos (Montaigne era uno de sus autores preferidos, también por la claridad de su escritura). En estos artículos, un tema específico es abordado desde distintas perspectivas: filosóficas, históricas, epistemológicas; estas perspectivas no podrían estar ausentes en estos trabajos dada la naturaleza de los temas que aborda (el tiempo, la realidad, el mito, la historia), pero a pesar de este multienfoque nunca pierden su condición de psicoanalíticos, el abordaje psicoanalítico predomina en ellos y las conclusiones de fondo a las que arriba son impensables fuera del psicoanálisis que provee las herramientas intelectuales idóneas para el procesamiento de fondo de los temas. A propósito del comentario del párrafo anterior (que sus trabajos son ensayos tratados desde varias perspectivas) comentaré un hermoso escrito sobre el Tiempo publicado en la Revista de Psicoanálisis de APA que ilustra la fructífera convivencia, en estos escritos, entre el psicoanálisis y otros enfoques; en el mismo se discute la naturaleza del tiempo de acuerdo a distintas concepciones: científicas (Einstein, Newton) filosóficas (Kant, Hegel, el río de Heráclito, Heidegger, San Agustín), tiempo biológico; y se concluye analizando las categorías que sobre el tiempo están incluidas implícita o

^{1[1][1]} Por supuesto, la oración puede que no te guste. La borraremos. Pero lo que sí o sí había que cambiar eran los nexos expositivos.

explícitamente en psicoanálisis (Nachtraglichkeit, eterno presente del inconsciente, regresión, el tiempo de la ausencia etc.) Luego examina fantasías inconscientes conectadas con el tiempo como el miedo a la muerte; finalmente se pregunta-contesta^{2[2][2]} el tiempo podría no ser más que una ficción con una apariencia de una estructura en las que las huellas mnémicas y los deseos se enhebran de tal manera que entretejen el concepto y/o fantasía de temporalidad y si tal vez la verdadera cuestión no reside en que el tiempo es una ficción de "ser" como opuesto a "nada", "vacío", "no-ser". También es enjundioso su aporte a la noción de "construcción psicoanalítica" [poner la fecha].^{3[3][3]} Abadi ubica las construcciones entre el mito y la historia. Postula una posible coincidencia entre la historiografía y el método psicoanalítico; en ambos de lo que se trata no es de la búsqueda de una supuesta verdad material sino más bien de un sentido que es siempre mítico, ilusorio. El objetivo de la construcción es rescatar la historia mítica expresada en el síntoma y reemplazarla por otra que mienta menos y sirva más. No hemos hablado todavía de su multilingüismo, hijo y padre de su multicuriosidad. Con Susan Hale Rogers publicó *Reality and/or Realities*. En uno de sus capítulos discurre sobre la memoria. Sólo puede ser entendida, sostiene, como la elaboración de un duelo; un intento de evocar el objeto ausente (Proust) presentificándolo. La forma del recuerdo es la de una narrativa, no una fotocopia de una escena, es algo narrable, secuencial con predominio sintagmático. De sí mismo decía Abadi que era un pensador no sistemático, que se había ocupado de muchos temas centrales del psicoanálisis y que había propuesto muchas ideas originales pero sin que el conjunto de sus trabajos constituyese un cuerpo doctrinario, coherente y ensamblado, un *sistema* de pensamiento, a lo que por otra parte era no era afecto, pues, pensaba que eso facilitaba los dogmatismos; y que la realidad era demasiado diversa como para ser atrapada en un sistema coherente y ordenado. Incluso lo escuché abogar por un "psicoanálisis caótico", y algo escribió al respecto, pero hasta donde sé lo dejó inédito. conciliador por una vez. Cito algunos párrafos: *"La calificación de caótico para el psicoanálisis que a mí me gusta, me interesa y me parece creíble, apunta a la idea de un conjunto de descubrimientos, cuyo impacto, no solo en la medicina, sino en el de la cultura contemporánea, nadie puede razonablemente negar. ¿Psicoanálisis caótico? ¿Qué es eso? Pues un puñado de verdades muy probables, por no decir ciertas, que yo tiraría desordenada y caóticamente sobre la mesa valorándolas en cuanto tales. Sin preocuparme para nada de la coherencia o de las articulaciones lógicas que puedan inventarse entre ellas. [...] Descreo -'son años'- de los esquemas supuestamente racionales, de los ordenamientos, estructuras, armazones, estanterías, construidas para ofrecer un albergue, ni siquiera transitorio, sino con pretensión de estable y definitivo, a verdades que no lo necesitan. [...] Háblenme del complejo de Edipo, de la sexualidad infantil, de los significados inconscientes. De la transferencia. Del maravilloso proceso del 'darse cuenta' gracias al estímulo de una interpretación o de cualquier otro estímulo verbal. Háblenme de los síntomas que hablan y dicen cosas. De la conducta, como discurso preñado de sentido [...] Creo que las teorías psicoanalíticas (no excluyo para nada ni siquiera al mismo Freud y a ciertas elucubraciones de la metapsicología) tienen puesta demasiada atención en el encadenamiento lógico y en la postulación de coherencia. [...] Gritemos a voz en cuello: ¡Vivan los -desafortunadamente pocos- conocimientos que hemos sabido trabajosamente arrancar a nuestro enigmático universo y sustraer al des-conocimiento del que quiere 'no saber'".* O sea que el psicoanálisis es un conjunto de verdades sueltas y las articulaciones que se han intentado hallar entre esas verdades en busca de un sistema coherente no siempre han resultado en una ganancia. Psicoanálisis es ese conjunto de herramientas intelectuales que permiten develar ciertas verdades ocultas en el alma humana, útiles en la clínica y que no necesitan sistematización. Los aportes de Abadi al pensamiento psicoanalítico son numerosos: es autor de una rica y variada bibliografía, ha escrito sobre diversos temas del psicoanálisis, gran parte de sus escritos aparecieron en forma de artículos en la *Revista de psicoanálisis* de la APA Mencionemos: *Psicoanálisis, recorte y montaje* (1982), *El psicoanálisis y la otra realidad* (1982) *Rodríguez Peña esquina Independencia* [nombres de la calles en que estaban ubicadas la APA y la Facultad de Psicología]. Sin embargo, su trabajo de envergadura, tal vez su obra predilecta, es *Renacimiento de Edipo* (1960). Abadi no refuta la versión freudiana del Edipo, pero piensa que el triángulo no se agota, no se limita a parricidio e incesto; él cree que otros dramas se juegan críptica y simultáneamente en la situación, que no fueron advertidos por Freud; pero que tienen peso y que al ser tomados en cuenta enriquecen la teoría y aumentan las posibilidades de comprensión en el trabajo clínico. Uno de los puntos de partida de sus ideas es la descripción de los actores del drama en términos de roles, no de personas involucradas, estos roles son complementarios y están en conflicto entre sí; son los roles: materno, paterno y filial o como también los denomina: el rol retentivo, desempeñado por la madre pero no únicamente por ella, el rol extractor, protagonizado por el del padre, que oficia de partero, que extrae al hijo del interior del vientre retentivo (en sentido metafórico) de la madre y el rol del hijo, que es quien que quiere liberarse de los que pretenden mantenerlo cautivo. Lo que motoriza la situación, lo que está en el origen de esta es la intersección de dos frentes de lucha que se dan simultáneamente: la generacional, es decir la que mantiene el hijo contra los padres, por su

^{2[2][2]} Puede no gustarte la palabra *pregunta-contesta*. La puse por el Moro no se interroga como el que está en baba. Se interroga como quien se ha interrogado muchas veces. En lo que no tengo dudas es en que deben eliminarse los juicios de valor demasiado obvios.

^{3[3][3]} Completé el dato.

liberación, la que expresa su deseo de nacimiento, de separación de quienes intentan retenerlo, la madre o los padres retentivos y la lucha de los sexos, es decir la que mantienen ambos padres entre sí, lucha que tiene por objeto disputarse la posesión del hijo; posesión que implica para los padres fantasías de supervivencia, de inmortalidad, poseerlo es perpetuarse en él, defensa contra la ansiedad de muerte y contra la soledad (fantasía de retenerlo para siempre, fantasías de embarazo eterno). El hijo lucha por independizarse, separase, individualizarse, advenir como sujeto de deseo, su lucha es por su libertad, por el acceso a su vida propia. El hijo se siente tironeado entre dos alternativas: permanecer en el adentro del ámbito materno, fantasía de embarazo eterno, quedar encerrado en el narcisismo primario de la relación dual, donde rige un eterno presente que implica anular el paso del tiempo, evitar la muerte o emigrar al afuera, que es vivir, devenir sujeto, pero esta eventualidad implica aceptar el paso del tiempo y por ende la muerte. Adentro (de la relación con la madre- metafóricamente, en su vientre) se siente seguro protegido y acompañado, pero sin libertad, sin vida pulsional; optar por el afuera, por la vida extrauterina, implica libertad, pero también soledad, desprotección, aceptar el paso del tiempo. El rol filial es una polarización constante: el adentro o el afuera; la madre o el padre, dependencia o libertad. En este interjuego entre los roles, cada uno puede ser alternativa o simultáneamente jugado por cualquiera de los tres vértices del triángulo está sustentado por el interjuego de las tres posiciones: adentro intrauterino, prenatal, afuera extrauterino, postnatal y el proceso de mudanza, intranatal, el parto. A cada una de estas posiciones corresponden fantasías básicas, angustias arquetípicas: encierro en una prisión que también es refugio; afuera que es libertad pero también soledad y desamparo y miedo a la mudanza con los peligros inherentes a la situación del parto. Fantasía de embarazo eterno en la madre, rol de partero-separador en el padre, deseo de nacimiento y libertad en el hijo. Pero el deseo de apoderamiento del hijo por el padre podría llevarlo a que éste (el padre) adoptara el rol materno, es decir retentivo, el hijo tiene deseos de nacer, pero miedo al cambio y a la soledad del afuera, anhela la ayuda del padre para liberarse pero teme caer en otro encierro (que el padre asuma el rol retentivo), siente protculpa frente a su deseo de nacer, violentar un nacimiento impedido, abandonar es matar a la madre. Esta pauta o estructura se repite a lo largo de la vida donde permanentemente nos volvemos a encontrar con situaciones que nos resultan aprisionantes, encerrantes, de deseo de escapar, pero de miedo y culpa frente al cambio, con miedo a lo nuevo, al afuera, al desamparo. El nacimiento, es una metáfora, un modelo conceptual inspirado en ese contexto, el del nacimiento independientemente del grado de verdad fáctica o realidad biográfica que subyacen a ese modelo; es un contexto paradigmático, ilustrativo, que sirve para ubicar las distintas fantasías posibles en el triángulo y los diferentes roles. Desde 1952 hasta 1960 publicó trabajos clínicos, algunos sobre psicopatología (obesidad, etc.), otros sobre psicopatología, en especial se ocupó de la melancolía y la manía, sobre todo, trató de dilucidar el autorreproche melancólico que es el síntoma nuclear de esa psicosis. "El Espacio de la Magia" (1960) y una aproximación a la comprensión de los delirios (1957) fueron trabajos dedicados a la comprensión de otras afecciones psicóticas. En el rubro mal llamado (según Abadi) "psicoanálisis aplicado" citemos un muy interesante trabajo sobre Dante y La Divina Comedia (1961) en el que se aplican algunas de las ideas expuestas en *Renacimiento de Edipo*. (Por él fue invitado a Italia para participar en una conmemoración del Alighieri). Se ocupó también de Dioniso y el culto dionisiaco (1952). En 1959, escribe "El grupo psicoanalítico como sociedad secreta", es uno de ellos y "El coro y el héroe", trabajos sobre el rol del psicoanalista como terapeuta y como sujeto de la cultura. "Hacia un psicoanálisis abierto" (1961) insiste en esos temas. Entre 1976 y 1983 vuelve sobre *Renacimiento de Edipo*, lo enriquece y complementa. El término renacimiento, aclaremos, alude a la presencia de fantasías en el niño de un segundo nacimiento esta vez desde el padre, como en el mito de Dioniso quien renace del muslo del Zeus, luego de haber sido arrebatado del vientre materno e insertado por éste en su propio muslo. Véanse "El significado inconsciente del rol del padre" (1976), "Meditación sobre (el) Edipo" (1976) y "Contribución al estudio del complejo de Edipo" (1983). Citar toda su obra sería interminable, por lo que mencionaremos solo algunos tópicos más sobre los que se ocupó y sobre los que adelantó propuestas interesantes e innovadoras: *narcisismo* ("Yo me amo, porque me amas tú a quien yo amo", 1984), "¿Deseo edípico o mandato endogámico?"; *transferencia* ("Pulsión de muerte o muerte de la pulsión"); *interpretación* (varios artículos), *qué es la cura y cómo cura el psicoanálisis*. ¿Era un ecléctico? ¿Un iconoclasta? *Te quiero...pero* es una especie de ensayo, destinado no sólo al gran público, sobre el amor, el sexo, la relación de pareja. *Deseo, luego existo* son conversaciones, reportajes, diría, con Gloria Gikaroff. Tiene mucho de autobiográfico, contiene respuestas sobre el amor, la pasión, la naturaleza del psicoanálisis, etc. Y una biografía de Mauricio Abadi no puede sino terminar así, abierta.

Benjamín Resnicoff

Aporte de Ricardo Bruno

ABDUCCIÓN

Generalidades. - "Las abducciones extraterrestres que algunas personas aseguran haber experimentado son una construcción mental propia de individuos susceptibles a los "falsos recuerdos", según un estudio difundido ayer en Londres. Según el profesor Chris French, director de la Unidad de investigación de psicología de lo anómalo del londinense Goldsmiths College, quienes dicen haber sido secuestrados por

marcianos tienen un perfil psicológico concreto, con tendencia a alucinar, a creer en todo lo paranormal y a disociar la realidad, lo que puede conducir a padecer una alteración de los estados de conciencia. French, experto en la relación psicológica con lo paranormal, comparó el estado psicológico, que ha sido presentado en el Museo de la Ciencia de Londres, de 19 supuestos "abducidos" y 19 voluntarios elegidos al azar".

Las abducciones por extraterrestres son propias de individuos con tendencia a alucinar. EFE. 2005 OCT

ABERASTURY, ARMINDA

[psicoan.] (1910-1972) En la ciudad de Buenos Aires, el 24 de septiembre de 1910 nace a su azarosa vida Arminda Aberastury, "La Negra". Su madre, una mujer muy culta e interesada en la pedagogía, fue hija de Francisco Fernández, escritor y pedagogo. Su tío Máximo Aberastury, que tuvo mucha influencia en su formación, era médico y profesor de dermatología. Debido a ello, quiso estudiar medicina, pero los prejuicios de la época no la ayudaron en sus logros, aunque su futuro estuvo estrechamente ligado a las ciencias médicas. Se recibió de maestra y luego, ya en la Universidad de Buenos Aires, llega a profesora en Ciencias de la Educación, egresada de la Facultad de Filosofía y Letras. Allí llegó a ser docente en la Cátedra de Psicología de la Niñez y de la Adolescencia. En 1937 se casa con el psiquiatra y luego socio fundador de la Asociación Psicoanalítica Argentina Dr. Enrique Pichón Riviére, amigo íntimo de su melancólico y trágico hermano Federico, con el que tiene tres hijos: Enrique, Joaquín y Marcelo. Entre 1942 y 1953, hace su análisis didáctico con el Dr. Ángel Garma, pionero del psicoanálisis en América latina, en especial en Buenos Aires. Se la designa miembro adherente de la APA en el año 1948, con la presentación de los trabajos "Psicoanálisis de un niño esquizofrénico" y "Fobia a los globos de una niña de 11 años". En 1950 presenta su "Estudio sobre el juego de construir casas, su interpretación y valor diagnóstico" y con "Algunos mecanismos en la neurosis" y pasa a la categoría de miembro titular de la APA. En 1953, con la presentación de: "La transferencia en el análisis de niños, en especial en los análisis tempranos", pasa a ser designada psicoanalista didacta. Ya en 1946, estudia la obra de Melanie Klein, manteniendo correspondencia científica con dicha autora, con quien llega a tener en 1951 controles personales en cuyos grupos se leyeron sus trabajos. Llegó a traducir el libro de M. Klein *Psicoanálisis de niños* en 1948. Su adhesión al pensamiento kleiniano no impidió una actitud integradora con la obra de Ana Freud. Fue profesora del Instituto de Psicoanálisis de la APA. Su directora, entre 1956 y 1958. Introduce en la formación de todo candidato a psicoanalista el aprendizaje del psicoanálisis de niños, por considerarlo indispensable para la comprensión del funcionamiento del psiquismo humano ya adulto. (Dos años después de su muerte en 1974 se aprueba la creación del departamento de niños y adolescente que lleva su nombre). Con criterio independiente y creativo, desarrollo un concepto teórico original en psicoanálisis: la existencia de una fase del desarrollo evolutivo del niño, anterior a la etapa anal a la que denominó "fase genital previa", concepto que incluye desde el primer momento la identidad genital del niño y de la niña y al padre en la relación madre-hijo. Por su interés en lo social, aplicó la psicoterapia psicoanalítica de grupo a la atención de madres y padres, tanto en forma privada en su consultorio, donde creó la Escuela para padres, como en forma oficial en hospitales y universidades. En una compilación póstuma de sus escritos sobre la paternidad hecha por el autor de esta síntesis biográfica, en 1978, muestra su interés en la investigación teórica. (Ed. Kargieman 2a. edición en 1984 y traducción en portugués publicada por Ed. "Artes Médicas Porto Alegre en 1984.). El 24 de noviembre de 1972, marcada por la melancolía, decidió quitarse la vida. Algún destino genético, como a Alfonsina Storni pariente cercana a ella, como a su hermano Marcelo, como los intentos de su hermano Federico, debe de haber contribuido a este misterioso, enigmático y trágico desenlace. Entre 1946 y 1974, se publican en la revista de la APA 24 de sus escritos. En esa publicación se puede consultar la lista cronológica de su producción literaria.

Eduardo Salas

Aporte de Ricardo Bruno

ABORTO

Aborto, trastornos mentales y comportamiento suicida.- Objetivo: La mayoría de los estudios previos que han investigado la relación entre el aborto y la enfermedad mental han presentado resultados mixtos. Examinamos la relación entre aborto, trastornos mentales y suicidio utilizando una muestra representativa a nivel nacional de los EE.UU.

Métodos: Se tomaron los datos desde la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (n = 3310 mujeres, de 18 años de edad y mayores). Se utilizó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud para evaluar los trastornos mentales basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición, criterios y la vida de aborto en las mujeres. Se utilizaron análisis de regresión logística múltiple para examinar las asociaciones entre el aborto y el estado de ánimo de vida, ansiedad, consumo de sustancias, trastornos del comer y comportamiento disruptivo, así como ideación suicida e intentos de suicidio. Se calculó el porcentaje de encuestadas cuyo trastorno mental se produjo después del primer aborto. Se exploró también el papel de

la violencia. Se calcularon fracciones atribuibles a la población para asociaciones significativas entre el aborto y los trastornos mentales.

Resultados: Después de ajustar las características sociodemográficas, el aborto se asoció con una mayor probabilidad de varios trastornos mentales-trastornos del estado de ánimo (proporción ajustada de posibilidades [AOR] que va desde 1.75 hasta 1.91), trastornos de ansiedad (AOR que va desde 1.87 hasta 1.91), trastornos por consumo de sustancias (AOR que va desde 3.14 hasta 4.99), así como ideación suicida e intentos de suicidio (AOR que va desde 1.97 hasta 2.18). El ajuste de la violencia debilitó algunas de estas asociaciones. Para todos los trastornos examinados, menos de la mitad de las mujeres informaron que su trastorno mental se había iniciado después del primer aborto. Las fracciones poblacionales atribuibles variaron de 5.8% (ideación suicida) hasta 24.7% (abuso de drogas).

Conclusiones: Nuestro estudio confirma una fuerte asociación entre el aborto y los trastornos mentales. Se discuten los posibles mecanismos de esta relación.

Natalie P Mota; Margaret Burnett; Jitender Sareen. Asociaciones entre aborto, trastornos mentales y comportamiento suicida en una muestra nacional representativa. CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2010 ABR; 55(4):239-247.

ABSOLUTIZACIÓN

Definición.- Al.: *Verabsolutierung*. Expresión del Círculo Vienés de Psicología Profunda para denominar el intento de reducir lo humano, sea somático, psíquico o espiritual, a las afirmaciones dogmáticas del *Psicoanálisis*. Aquí aparece el *Complejo de Edipo* como fondo y origen de la vida psíquica humana, de la sociedad misma. La religión "no es más" que la neurosis de los pueblos; y una producción artística "no es más" que sublimación de los instintos sexuales, etc. "Si los dientes duelen demasiado, parece que toda el alma no es más que un dolor de dientes", dice Jung sobre la absolutización humana y agrega: "así hace Freud absoluto el instinto sexual monopolizándolo, e inunda con él el campo psíquico".

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ABSTRACCIÓN

Definición.- (P.A.) Desde el punto de vista de C. G. Jung, puede definirse como la extracción o aislamiento de un contenido, como un carácter general, etc., de una conexión que contiene otros elementos, cuya combinación como totalidad es algo único o individual, y por lo tanto no "plausible de comparación". Es "una actividad perteneciente a las funciones psicológicas en general. Existe un ente pensante que abstrae, hasta cuando puede existir una sensación, un sentimiento y una intuición abstractos. El pensamiento abstracto destaca un contenido que se distingue de otros elementos por sus cualidades intelectuales o lógicas. El sentimiento abstracto hace lo mismo con el contenido caracterizado por el sentimiento, y lo mismo puede decirse con respecto a la sensación y a la intuición". (Jung, *Psychologische Typen*, 1921). Deben distinguirse dos tipos de abstracción: a) abstracción total, la que abstrae lo universal de lo individual (p. ej. El concepto universal del hombre, de los individuos humanos) y b) abstracción formal, la que abstrae la 'forma' o sea, una determinación, una perfección ontológica del sujeto (p. ej.: la humanidad del hombre concreto)." (De Vries).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ABUELO

Complejo del abuelo.- (Psicoanálisis) Dice Jones: "Una razón más profunda para esta asociación entre nieto y abuelo es la siguiente: entre muchos niños existe un deseo vívido de ser los padres de sus propios padres. Esta curiosa construcción de la imaginación, que es probablemente una de las fuentes de la creencia en la reencarnación, se relaciona evidentemente con deseos incestuosos, pues es una forma exagerada del deseo más común de ser el padre de sí mismo" (*Papers on Psycho-Analysis*).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ABURRIMIENTO

Definición.- 1. En general: Emoción que sobreviene cuando el individuo no puede descubrir intereses y actividades que lo comprometan totalmente. Puede resultar de limitaciones externas (confinamiento solitario, privación sensorial, trabajo monótono) o de una inhibición interna.

2. En psicoanálisis: Según Fenichel, el aburrimiento neurótico resulta de la desaparición de la meta pulsional, con lo cual la persona aburrida busca un objeto que lo ayude a encontrar la meta de la que carece. Sabe que quiere algo, pero no sabe qué. A diferencia de la apatía, en el aburrimiento hay entonces intranquilidad, tensión y hasta irritabilidad.

ACATAMIENTO

Definición.- "Cambio de conducta que no se sustenta en un cambio de actitud, o sea, que carece de aceptación íntima".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 614.

ACCIÓN REFLEJA

Generalidades.- "Medio simple de transformar sensaciones en movimientos. Se recibe un estímulo (dolor, tacto, presión, calor, frío, visión, audición y así sucesivamente) y el mensaje pasa al sistema nervioso central donde se le capta y donde se le emite otro mensaje hacia los nervios motores para producir movimiento. Puede que la persona o el animal no tengan conciencia del evento, mas su voluntad no interviene en la reacción. Ejemplo gráfico es lo que se produce cuando se golpea la rodilla con el canto de la mano; se le envía un impulso a la médula espinal desde donde parte otro hacia los músculos de la rodilla haciendo que ésta se contraiga y haga levantar la pierna con movimiento brusco" (Speck, 1966:10).

Speck G (comp) (1966) Diccionario científico ilustrado. New York: Editors Press Service.

ACONTECIMIENTO

Acontecimiento vital.- "Suceso cotidiano o fuertemente traumatizante, que acostumbra a preceder a las situaciones de stress. De entre los acontecimientos vitales destacan la muerte de un familiar cercano, el divorcio, el desempleo, el abandono de la casa por un miembro de la familia y las enfermedades crónicas; pero también otras circunstancias que, a pesar de ser positivas (matrimonio, embarazo, ascenso laboral, etc.), pueden ser fuente de stress. La incidencia que en una persona pueda tener un acontecimiento vital, depende de la evaluación que haga del mismo, evaluación que suele estar influida por la novedad del suceso, la duración del mismo, la incertidumbre o la excesiva ambigüedad del evento".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

ACOSO MORAL

Generalidades.- El "mobbing" o "acoso moral", bautizado así por la psiquiatra Marie-France Hirigoyen, es un problema que se trata, según la definición de Hirigoyen, de "procedimientos abusivos, palabras o sobreentendidos, gestos y miradas que, por su frecuencia y sistematización, afectan la integridad psíquica o física de una persona". El Acoso Moral es un ejercicio de intolerancia, de intransigencia, de discriminación, de envidia... El acoso moral es realizado por personas con características perversas que utilizan a quien toman por víctima, como un objeto destinado a satisfacer la propia necesidad de ejercicio del poder.

Algunos de esos signos de alerta pueden ser: a) Ataques a las condiciones laborales y o de la relación vincular que los una (presiones y críticas injustas, hacer que cometa faltas o errores, desacreditación personal, profesional, darle objetivos y negarle los medios para conseguirlos, alentar lo mismo que impedirá realizar, etc....); b) Aislamiento y rechazo de la comunicación (hacerle el vacío, aislamiento físico, no se la deja hablar, no se la escucha, se hace como si no estuviera, se anima la relación con terceros dejando en evidencia el aislamiento al que somete a la víctima ...); c) Atentados a la dignidad (descalificaciones, críticas y injurias personales, burlas, gestos de menosprecio, se hacen correr falsos rumores, se dice que es una persona enferma mental, se atacan sus creencias, su origen, su físico...); d) Violencia verbal, física o sexual (amenazas físicas, empujones, portazos, gritos, invasión de su vida privada: llamadas telefónicas o en su casa, estropearle o revisarle sus pertenencias ...).

Por lo que respecta al agresor hay que tener en cuenta que el objetivo del mobbing es controlar y dominar al otro invadiendo su territorio psíquico. No se trata de reacciones temporales que implican una descarga de agresividad a causa de malas condiciones de trabajo o una situación determinada de la vida cotidiana, sino de una firme voluntad de destrucción que persiste en el tiempo de manera invariable.

María Adela Mondelli, El Acoso Moral. Sutiles formas de maltrato en la familia, los grupos y la empresa.

Generalidades.- La palabra "mobbing" deriva del término inglés "mob" cuyo significado en castellano sería el de una multitud excitada que rodea o asedia a alguien (una persona) o a algo (un edificio, un objeto) bien sea de forma amistosa o bien de forma hostil. El sustantivo "mob" es el gentío, el vulgo, la plebe o "populacho", mientras que el verbo "to mob" describe la acción de ese gentío de agolparse o atestarse en torno a algo o bien la de asediar o atacar en masa a alguien. El origen de la palabra describe, por tanto, una acción colectiva de un grupo de personas frente a algo o alguien, y curiosamente no siempre de modo negativo, tal y como ahora está siendo tratada en el ámbito de las condiciones de trabajo.

Es en dicho ámbito en el que el concepto "mobbing" o "bullyng" o acoso moral ha sido desarrollado históricamente por diversos científicos y psicólogos, principalmente por el Profesor Heinz Laymann cuya definición se recoge en la Nota Técnica Preventiva (NTP) 476 del Instituto Nacional de Seguridad e

Higiene en el Trabajo (INSHT) como una situación en la que una persona (o en raras ocasiones un grupo de personas) ejercen una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente (como media de una vez por semana) y durante un tiempo prolongado (como media unos seis meses) sobre otra persona o personas en el lugar de trabajo con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr que finalmente esa persona o personas acaben abandonando el lugar de trabajo.

Javier Crespán Echegoyen Inspector de Trabajo y seguridad Social, España -www.bdntraining.com

ACTING OUT

Definición.- Durante el tratamiento analítico, el fenómeno del acting out "consiste en los intentos del paciente de usar la transferencia no solamente como una manera de rendir cuenta de los conflictos que se van movilizando, sino también de volver a vivirlos en relación con el analista. Algunas personas se conducen de este modo incluso fuera de la situación analítica. Sus actos, más que formas de actividad racionalmente emprendida, son repetición de situaciones infantiles o intentos de poner fin a conflictos de la infancia. Utilizan una situación real, de algún modo vinculada, por asociación, con un conflicto reprimido, como una oportunidad de descarga".

Fenichel O., Teoría psicoanalítica de las neurosis, Buenos Aires, Paidós, 1966, pág. 565.

Definiciones.- Fuera del psicoanálisis, en el ámbito de la clínica psiquiátrica, la expresión acting-out designa "actos impulsivos, violentos, agresivos, delictivos (crimen, suicidio, atentado sexual, etc.); el sujeto pasa de una representación, de una tendencia, al acto propiamente dicho. Por otra parte, en su utilización clínica, este término no hace referencia a una situación transferencial" (1).

En psicoanálisis, acting-out es un término utilizado "para designar acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación habitual del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto o heteroagresiva. En el surgimiento del 'acting-out' el psicoanalista ve la señal de la emergencia de lo reprimido. Cuando aparece en el curso de un análisis (ya sea durante la sesión o fuera de ella), el 'acting-out' debe comprenderse en su conexión con la transferencia y, a menudo, como una tentativa de desconocer radicalmente ésta" (2).

Implicancias clínicas.- Freud había afirmado que el analizado puede no recordar nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo vive de nuevo a través de la transferencia. Es decir que no lo reproduce como recuerdo sino como acto: lo repite sin saber naturalmente qué es lo que repite. Así, "mientras el sujeto permanece sometido al tratamiento no se libera de esta obsesión por repetir, y acabamos por comprender que este fenómeno constituye su manera especial de recordar" (5).

Agrega más adelante que cuanto más intensa es la resistencia, más ampliamente quedará sustituido el recuerdo por la repetición (acto). Freud forzaba al paciente a una continua lucha por mantener en el terreno psíquico todo impulso que intentaba derivar hacia la motilidad, considerando un éxito de la cura si lograba conseguir algo por el recuerdo y no por la derivación al acto.

En este contexto, deberíamos diferenciar el acting-out dentro de la cura y fuera de ella. Freud nos da una pista al respecto cuando señala que "en modo alguno es deseable que el paciente, fuera de la transferencia, 'lleve a la acción' en lugar de recordar; lo ideal, para nuestra finalidad, sería que se comportase lo más normalmente posible fuera del tratamiento y que sólo manifestase sus reacciones anormales dentro de la transferencia" (7).

Según Laplanche, esta distinción parece responder a preocupaciones primordialmente técnicas, en el sentido de que el individuo que lleva a la acción los conflictos fuera de la cura sería menos accesible a la toma de conciencia de su carácter repetitivo, y capaz, fuera de todo control y de toda interpretación del analista, de satisfacer hasta el final, hasta el acto completo, sus pulsiones reprimidas (8).

Sin embargo, el acting-out tiene un elemento rescatable, como lo señalaron Fenichel y otros autores: el acting-out puede resultar un elemento positivo en la transferencia, ya que permite rescatar aspectos inconcientes que de otro modo resultan reprimidos.

Otro enfoque distinto es el que ve en el acting-out una manifestación netamente patológica. Por ejemplo, "la psicopatología del acting out se explicita como una técnica defensiva que se produce por la ruptura del precario equilibrio entre las partes neuróticas y psicóticas de la personalidad, con predominio de estas últimas. Su finalidad funcional es expulsar los aspectos psicóticos excesivos en un nuevo depositario y recuperar el precario equilibrio homeostático. Esto aparece en las sesiones como un ataque al encuadre para modificarlo según las necesidades y controlar con técnicas onnipotentes. El acting-out funcionaría pues como una 'válvula de seguridad' extrema que demarca la separación mínima entre neurosis y psicosis y procura evitar la caída en esta última" (6).

Implicancias teóricas.- Desde el punto de vista pulsional, el planteo que hace Fenichel resulta adecuado. Según este autor (3), el acting-out neurótico es una conducta que inconcientemente alivia la tensión interna y produce una descarga parcial de los impulsos evitados. La situación presente, de algún modo asociada con el contenido reprimido, se usa como una ocasión para la descarga de energías. Como se ve, desde la postura de Fenichel el enfoque es predominantemente económico, y, más concretamente, sus

consideraciones parecen relacionar el acting-out con un predominio del principio del placer por sobre el de realidad, ya que la conducta en cuestión parecería tender predominantemente a la descarga de tensiones que amenazan con perturbar el equilibrio interno.

Desde el punto de vista objetal, el acting-out podríamos entenderlo como el resultado del establecimiento de relaciones objetales perturbadas desde la infancia. Grinberg, por ejemplo, relaciona la dinámica del acting-out con la intolerancia psíquica frente a experiencias de pérdida (duelos infantiles no resueltos) y a la necesidad de evacuar el dolor en objetos externos.

Dicho autor remarca la importancia de la identificación proyectiva al respecto, y señala también que "tales pacientes han mantenido vínculos (predominantemente narcisistas) con objetos idealizados tratados ambivalentemente con admiración, envidia y avidez" (4). En cuanto a la relación con los padres, señala que los mismos no funcionaron como buenos y rechazaron los sentimientos de dolor, ansiedad y culpa persecutoria proyectados en ellos. De esta forma la madre identificó proyectivamente sus propios conflictos en el niño, incrementando la necesidad de éste de realizar el acting-out.

El enfoque objetal, como se ve, nos aclara los aspectos genético-evolutivos del acting-out, al referirlo a situaciones infantiles tempranas. Un intento en esta misma dirección lo realiza Greenacre, un autor que ha estudiado detenidamente el problema del acting-out.

Según este pensador, durante el segundo año de vida se estructuran el lenguaje y la deambulación, y parece haber un aumento de la actividad general. En aquellos individuos en que ha habido una perturbación severa en el periodo preverbal, la estructuración del lenguaje resulta dificultosa, y se conservan en cambio numerosas formas no verbales de comunicación (9). En el acting-out predominan justamente las formas no verbales de comunicación, originadas en perturbaciones más tempranas y manifiestas, por el uso de la acción como modelo de comunicación.

Las perturbaciones tempranas parecen estar relacionadas con las demandas insatisfechas de la etapa oral, con lo cual nuevamente volvemos al enfoque pulsional. Para Liberman (10), tales perturbaciones se relacionan con las dificultades del niño para transmitir su necesidad en un lenguaje apropiado.

De tal modo, si el objeto externo depositario no puede decodificarlas, no logra desempeñar el papel que el niño necesita para satisfacer su necesidad. El niño puede detectar sus necesidades internas y puede relacionarlas con el objeto que está en condiciones de satisfacerlas, pero no puede codificarlas adecuadamente para transmitir el mensaje que quiere transmitir. Como consecuencia de la insatisfacción, se refuerza el sufrimiento intrapsíquico y se incrementan las inclinaciones del Yo a recurrir al lenguaje de acción. Podríamos entender esta idea de Liberman diciendo que, como el niño no logró un aprendizaje del lenguaje verbal para expresar sus necesidades, recurre a la acción para hacerse entender en ese sentido.

Citas

(1) Laplanche J. y Pontalis J., "Diccionario de Psicoanálisis", Barcelona, Labor, 1981, 3º edición, página 6.

(2) Laplanche J. y Pontalis J., Op. Cit, páginas 5-6.

(3) Fenichel O., "Teoría psicoanalítica de las neurosis", Nova, Buenos Aires, 1957.

(4) Grinberg L., "Sobre acting-out y su rol en el proceso psicoanalítico", relato oficial al Congreso Internacional de Psicoanálisis, 1967.

(5) Freud S., "Recuerdo, repetición y elaboración", Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1996.

(6) Zac Joel, "Relación semana - fin de semana. Encuadre y acting-out", en Revista de Psicoanálisis, editada por la APA, Tomo XXV, Nº1, Enero-Marzo 1968, página 58.

(7) Freud S., "Compendio de Psicoanálisis", Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1996.

(8) Laplanche J. y Pontalis J., Op. Cit. página 7.

(9) Greenacre P., "Problemas generales del acting-out", Revista Psicoanalítica (en inglés), 1950.

(10) Liberman D., "Enfoques conceptuales para la comprensión psicoanalítica de las psicopatías", en "Psicoanálisis de la manía y la psicopatía", Paidós, Buenos Aires, 1966.

Definición.- Término utilizado en psicoanálisis por el cual se designan acciones que ofrecen un carácter impulsivo relativamente aislable, en relativo contraste con los habituales sistemas de motivación del individuo, y que a menudo adoptan una forma auto o heteroagrasiva. Según el psicoanálisis, el surgimiento del acting out es la señal visible de la emergencia de lo reprimido. Su aparición en el curso de un análisis debe comprenderse en conexión con la transferencia, y frecuentemente, como una tentativa de desconocimiento de ésta. El psicoanalizado, por temor a sus conflictos inconscientes, trata de transferirlos, desplazarlos o fingirlos, encontrándoles ilusorias soluciones inmediatas. Lo opuesto al acting out está constituido por la "prueba de la realidad", consistente en el intento de encontrar soluciones a los conflictos descubiertos recientemente.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Acting out y actuación.- "Término que corresponde a la traducción al castellano de la expresión inglesa *acting out*, o de la alemana *Agieren*, con el que S. Freud describió un fenómeno observado en el tratamiento psicoanalítico, y por el cual el sujeto, en lugar de recordar sucesos olvidados y reprimidos, los repite en forma de acción dentro del campo de la transferencia y en su relación con el médico o el psicólogo".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

ACTITUD

Definición.- Tendencia a reaccionar de manera positiva o negativa a algún objeto, persona o situación. Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definición.- "Casi todas las definiciones del concepto de actitud -tal como ha sido elaborado por la psicología social- tienen en común el caracterizarla como una tendencia a la acción adquirida en el ambiente en que se vive y derivada de experiencias personales y de factores especiales a veces muy complejos. En general, el término actitud designa un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones".

Ander-Egg E., Técnicas de investigación social, Hvmánitas, Buenos Aires, 1987, 21 edición, pág. 251-252.

Definición.- "Tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 614.

Generalidades.- La actitud es la unidad de análisis de la psicología social (págs. 1-4), puede ser definida como orientación sistemática de la conducta hacia determinados objetos del mundo social, como pueden ser personas, hechos o grupos.

Las actitudes no son conductas sino predisposiciones adquiridas para actuar selectivamente, conducirse de determinada manera en la interacción social. Tienen que ver con una forma de actuar. Operan como parte de un sistema de representación de la realidad, una vez incorporadas regulan la conducta.

Presenta cuatro características (pág. 2).

- a- Direccionalidad: la actitud implica una relación sujeto- objeto que le da direccionalidad y la diferencia del rasgo de carácter o el hábito.
- b- Adquirida: Aprendidas en interacción, no existen actitudes innatas.
- c- Más o menos durables: son relativamente durables pero al mismo tiempo son factibles de ser modificadas por influencias externas.
- d- Polaridad afectiva: De la aceptación, hasta el rechazo.

Toda actitud incluye 4 aspectos: (pág. 4)

Toda actitud posee un aspecto cognitivo: Se basa en creencias y opiniones hacia diferentes objetos o situaciones. Información que el sujeto adquiere en el medio social.

Volviendo al ejemplo de los chicos en la plaza, el componente cognitivo estaría formado por las opiniones y creencias que los jóvenes poseen acerca de los viejos.

Un aspecto afectivo: Las creencias y opiniones poseen componentes afectivos que generan atracción o rechazo. Rechazo hacia la vejez por parte de los jóvenes.

Un aspecto normativo: como "debe" el sujeto comportarse ante determinada situación u objeto.

Un aspecto comportamental: En una situación específica estas creencias, opiniones, sentimientos y normas se traducen en acción. Por ejemplo, la discriminación.

Se considera a la actitud como el producto final del proceso de socialización, son aprendidas en el seno social y condicionarán las respuestas del sujeto hacia determinados grupos, objetos, hechos y situaciones. Se van construyendo y anclando en cada relación interpersonal. Los individuos incorporan valores, hacen atribuciones y actúan en función de ellas.

Muchnik G y Seidman S (1983): La Noción de actitud. Ficha de Cátedra de psicología social, Buenos Aires, Univ. De Belgrano.

ACTIVACIÓN

Definición.- Tornar algo activo o reactivo; preparación para la acción. Se refiere a un órgano o sistema actuante sobre otro. El nivel de activación total del sistema es el grado de tensión. En la actualidad se utiliza este término para referirse en especial a las acciones del sistema reticular activador ascendente (ARAS); este sistema regula por una parte el nivel de atención con respecto a los estímulos del ambiente, y por otra los procesos cerebrales.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ACTIVIDAD

Definición.- (Psicoanálisis) Cuando el desarrollo sexual ha llegado a la fase genital, se llama "actividad" a lo masculino y "pasividad" a lo femenino. Según Freud, no hay características psíquicas del sexo fuera de lo activo y pasivo. En la teoría de los instintos el Psicoanálisis Distingue entre la finalidad activa del

instinto (el instinto es satisfecho por una acción) y la finalidad pasiva del instinto (el instinto es satisfecho por un sufrimiento). Un ejemplo de aquélla es el sadismo y de ésta el masoquismo.
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Concepto.- “Comprende todas las manifestaciones de la actividad psíquica de la personalidad humana: actos, lenguaje oral, escrito y mímico; voluntad y conducta. Se distinguen los siguientes actos supeditados a la actividad psíquica: a) *Acto instintivo*: perfecto, sin necesidad de aprendizaje previo; resultado de una disposición hereditaria filogenético; específico y común a la especie. b) *Acto habitual*: resultado de un largo aprendizaje por repetición de los mismos movimientos que permite alcanzar un alto grado de perfección. No pertenece a la filogenia sino al individuo. c) *Acto voluntario*: Condicionado y dirigido por la voluntad y bajo estricta vigilancia de la conciencia. En su ejecución: movimientos ya conocidos o creados en el momento” (Betta, 1984:223).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Patología de la actividad.- Betta (1984:226) distingue las siguientes patologías de la actividad:

Alteraciones del período de elaboración	Cuantitativas	<i>Abulia</i> : Falta de deseos y decisiones. Hay abulias neurasténica, esquizofrénica, melancólica y catatónica. <i>Hipoabulia</i> : Disminución de la actividad voluntaria. En un grado menor que la abulia. <i>Hiperabulia</i> : Aumento de la actividad voluntaria. Normalmente: mayor rendimiento en las acciones. Patológica: maníacos, excitados, delirantes.
	Cualitativas	<i>Impulsos</i> : Actos descontrolados que escapan a la decisión. Respuesta instintiva. Impulsos patológicos: Pica, coprofagia (instinto de nutrición). Masoquismo, fetichismo, homosexualidad (instinto sexual). Homicidio, cleptomanía, piromanía (instinto gregario). <i>Compulsiones</i> : Estados patológicos originados en dos fuerzas opuestas: el deseo o tendencia que produce un impulso morboso y la resistencia del individuo en su ejecución (en neurosis obsesivas).
Alteraciones del período ejecutivo	<i>Apraxias</i> : Imposibilidad de ejecutar actos adecuados al objetivo, sin que haya parálisis, ni ataxia, ni agnosia. Apraxia ideatoria de Pick. Apraxia motriz de Liepmann. <i>Ecopraxias</i> : Imitación de actos que realizan otras personas (en oligofrénicos y esquizofrénicos). <i>Amaneramiento</i> Falta de simplicidad y espontaneidad en los actos, por el agregado de movimientos innecesarios que complican su ejecución corriente (en esquizofrénicos, oligofrénicos y algunos delirantes). Extravagancias: exageración del amaneramiento. Estereotipias: Extravagancia repetida persistentemente. <i>Intercepción cinética</i> : Interrupción brusca de un acto o movimiento en ejecución (en esquizofrénicos). <i>Negativismo</i> : Resistencia a cambiar de actitud o a ejecutar cualquier acto o movimiento: manifestación catatónica (en esquizofrénicos, melancólicos, histeria). <i>Obediencia automática</i> : Obediencia y ejecución automática y pasiva de todos los actos y movimientos sugeridos. <i>Flexibilidad cérea</i> : Blandura y plasticidad muscular que permite la exageración y persistencia de la actividad postural. <i>Catalepsia</i> : Poco frecuente. Pérdida total del tono muscular. Aparición súbita y de corta duración.	
Alteraciones del lenguaje oral	Por causas orgánicas	<i>Disartria</i> : Alteración en la articulación en las palabras. En la PGP, oligofrenia, intoxicación alcohólica, etc. <i>Dislalia</i> : Trastornos de pronunciación por malformación de la lengua, velo del paladar, etc. <i>Afasia</i> : Pérdida del lenguaje hablado o escrito con conservación del sensorio y sin impotencias musculares. Afasia de Wernicke: “sensorial o de comprensión”. Afasia de Broca: “motriz”. <i>Disfemia</i> : Alteración en la emisión de la palabra; integridad de los órganos de expresión, (tartamudeo, balbuceo).

	Por causas psicológicas	<i>Disfonías</i>: Alteraciones del tono y timbre de la voz, por causas que radican en el aparato fonador (afonía, voz feminoide, voz infantil, voz monótona). <i>Taquilalia</i>: Verborrea. Aceleración del ritmo de emisión de las palabras (excitación psicomotriz). <i>Bradilalia</i>: Disminución del ritmo de emisión de las palabras (en la depresión psicomotriz, confusión mental). <i>Verbigeración</i>: Repetición de frases sin sentido y carentes de lógica. <i>Mutismo</i>: Silencio motivado por causas múltiples. Esquizofrénicos: por negativismo. Melancólicos: por tristeza. Algunos delirantes: por miedo de comprometerse. Simuladores. <i>Musitaciones</i>: Murmurar constantemente. <i>Monólogos</i>: en voz alta y gesticulando. <i>Neologismos</i>: Creación o deformación de palabras sólo comprensibles para el enfermo; absurdo para el lenguaje corriente. <i>Jergafasia</i>: Emisión continua de palabras sin ilación lógica; lenguaje incoherente "ensalada de palabras". <i>Ecolalia</i>: Repetición a manera de eco de palabras dirigidas al paciente. "Ecolalia de apoyo". <i>Estereotipia verbal</i>: Repetición anormal de un vocablo intercalado en la conversación.
Alteraciones del lenguaje escrito		<i>Disgrafía</i>: Por trastornos de mecanismos menores, parálisis por lesiones de centros o de fibras nerviosas, por temblores como en el alcoholismo, PGP, seniles, estados emocionales. <i>Agrafía, alexia</i>: Trastornos de los centros mnemónicos que provocan amnesia de los caracteres gráficos, lectura y escritura, generalmente asociadas. <i>Maníacos</i>: Escritos copiosos; reflejan la fuga de ideas y contienen ideas megalómanas. Caracteres caligráficos grandes, desiguales y dirigidos hacia arriba. <i>Melancólicos</i>: Escasa tendencia a la escritura: expresan vivencias tristes e ideas de ruina y autoculpabilidad. Caracteres caligráficos débiles, mal conformados; omisión de letras o de sílabas. <i>Paralíticos generales</i>: Caracteres grandes, gruesos rasgos temblorosos. No adaptan el tamaño de las letras al espacio que disponen para escribir. Omisión de letras, sílabas o palabras. <i>Delirantes</i>: Trazos son mayores alteraciones. Subrayados, signos y dibujos. <i>Esquizofrénicos</i>: Se repiten estereotipias, interpretaciones, neologismos.
Alteraciones del lenguaje mímico	Cuantitativos	<i>Hipermimia</i>: Exageración de los rasgos fisonómicos. Depresión psicomotriz. Excitación psicomotriz. Estados emocionales (miedo, amor, cólera). <i>Hipomimia</i>: Disminución general de la mímica. Parálisis general progresiva (cara planchada): esquizofrenia. <i>Amimia</i>: Rasgos fisonómicos inmóviles. Estados estuporosos: melancólico, esquizofrénico y confusional.
	Cualitativos	<i>Paramimia</i>: Expresiones que no traducen el verdadero estado de ánimo. (Simulaciones y disimulaciones).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

La actividad en los síndromes mentales.- a) Síndrome frenasténico: Actividad caprichosa y determinada sin finalidad bien definida; movimientos estereotipados; impotencias motoras. Lenguaje no desarrollado o imperfecto. b) Síndrome demencias: Actividad disminuida por debilitación psíquica. Mayor impulsividad. Trastornos de conducta: exhibicionismo. c) Síndrome confusional: Actividad variable según el grado de la confusión. Desaparece en la forma estuporosa. Muy activa en la forma onírica. d) Síndrome esquizofrénico: Exaltada en las formas hebefrénicas. Abolida en las formas catatónicas. Impulsos frecuentes. Flexibilidad cérica. Intercepción cinética, estereotipias de actitud, amaneramientos. e) Síndrome excitante: Exaltación general de la actividad. Gesticulaciones y actitudes exageradas. Verborrea y graforrea. f) Síndrome depresivo: Inhibición de la actividad general. Tendencia al suicidio y a la automutilación (Betta, 1984:226).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

ACTIVIDAD FÍSICA

Actividad física y depresión.- "En un reciente estudio publicado en la revista "American Journal of Preventive Medicine" se concluye que la práctica de ejercicio resulta ser beneficiosa para los pacientes afectados con depresión. El descubrimiento es especialmente importante para los 150 millones de

personas en todo el mundo que sufren depresión, ya que tan sólo un 23% de los afectados busca tratamiento para esta enfermedad mental y únicamente el 10% recibe la terapia adecuada. Los pacientes pueden experimentar una gran mejoría gracias a las bicicletas estáticas o las cintas para correr. Y, además, mejoran su estado de salud general. La investigación, realizada en la Universidad Southwestern de Texas entre 1998 y 2001, observó a 80 personas con síntomas moderados de depresión y con edades comprendidas entre los 20 y los 45 años. Los participantes fueron divididos en cuatro grupos distintos que realizaban ejercicios a diferente intensidad. Los individuos que hicieron ejercicios aeróbicos de manera moderada o intensa, durante 30 minutos, de tres a cinco días por semana experimentaron una reducción de sus síntomas depresivos del 47% después de 12 semanas. Por otro lado, en los participantes que realizaron actividad física de menor intensidad tres días a la semana los síntomas de depresión disminuyeron en un 30% y en el grupo que efectuó ejercicios de flexibilidad durante 15-20 minutos el porcentaje fue del 29%".

La práctica de ejercicios aeróbicos durante 30 minutos al menos tres días a la semana disminuye considerablemente los síntomas de una depresión. AMERICAN JOURNAL OF PREVENTIVE MEDICINE. 2005 ENE; 28(1)

Actividad física y depresión.- "La investigación epidemiológica que examina la relación entre la actividad física y la depresión se ha llevado a cabo casi exclusivamente con muestras comunitarias. Examinamos las asociaciones entre la actividad física, la realización de ejercicio y la depresión, en una muestra de pacientes depresivos iniciales, utilizando cuatro segmentos de datos en un rango de 10 años. Un grupo de adultos depresivos (n=424) completaron una serie de medidas sobre actividad física, realización de ejercicio, depresión y de otras medidas demográficas y psicosociales al inicio del estudio, al año, a los 4 y a los 10 años, con un índice de retención del 90%. Se utilizó un modelo multinivel para analizar la trayectoria individual de la depresión.

Una mayor actividad física fue asociada a una menor depresión concurrente, incluso después de controlar el género, edad, problemas médicos y eventos negativos en la vida. La actividad física contrarió los efectos de las condiciones médicas y de los eventos negativos en la depresión. Sin embargo, la actividad física no estuvo asociada a la depresión subsecuente. Los resultados de la decisión a hacer ejercicio fueron comparables.

Las medidas de actividad física y realización de ejercicio abarcaron un conjunto limitado de actividades, y no incluyeron información sobre la duración o intensidad de la misma.

Nuestros resultados sugieren que una mayor actividad física está asociada a una menor depresión concurrente. Además, parece ser que una actividad física puede ser especialmente provechosa en el contexto de problemas médicos y de factores de estrés importantes en la vida. Clínicamente, el animar a los pacientes depresivos a iniciar una actividad física, es probable que conlleve a beneficios potenciales con pocos riesgos obvios".

Alex H y otros, Actividad física, realización de ejercicio y depresión en un estudio de diez años de un grupo de pacientes depresivos. J AFFECT DISORD. 2006 JUL; 93(1).

ACTO

Definición.- 1. Proceso mental o fenómeno psíquico con contenido intencional y orientado hacia un fin. Brentano diferencia tres categorías generales de actos: a) ideación (ver, oír, imaginar, etc.); b) odio-amor (sentir, desear, etc.); c) juicio (reconocer, recordar, anhelar, etc.). 2. Husserl en su *fenomenología* excluye toda idea de actividad por no considerar los actos como actividades psíquicas sino como vivencias intencionales. 3. (Psicoanálisis) En oposición a la antigua noción psicológica según la cual los actos eran procesos conscientes de la vida psíquica, el Psicoanálisis Clasifica como actos también a ciertos procesos del aparato psíquico tales como el sueño, los actos fallidos y los síntomas neuróticos.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ACTUAL

Definición.- 1. Dícese del material psicológico que nos ofrece la vida cotidiana del enfermo, en contraposición al material infantil. 2. El Psicoanálisis Activo se esfuerza por dilucidar en el material psicológico actual las fuerzas infantiles subyacentes. La experiencia enseña que el contenido psíquico del material es siempre una repetición de los afectos infantiles.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ACTUAR

Definición.- (Psicoanálisis) Dentro y fuera del tratamiento, el analizado no solo relata sus recuerdos infantiles, sino que también los revive y los dramatiza. En el tratamiento, ello da origen a una neurosis artificial de transferencia. La fuerza motriz de esta actuación es la obsesión de repetición.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ADAPTACIÓN

Definición.- "Interacción entre el individuo y el medio en que vive. La adaptación marca, por una parte, la modificación armoniosa de la conducta respecto de las condiciones del medio; por otra parte, la evolución del medio en el cual y sobre el cual el individuo actúa".

Virel A., Vocabulario de psicoterapias, Barcelona, Gedisa, 1985, pág. 27.

Definición.- "Característica fundamental de toda materia viviente de ajustarse o adaptarse a las condiciones dentro de las cuales vive y asistirle en la supervivencia en medios donde la vida tiene que luchar por su existencia. Los ejemplos de adaptación son múltiples pero los siguientes dan idea exacta de lo que se quiere decir con características de adaptación: luminosidad de los peces de grandes profundidades, cuello largo de las jirafas para permitirles alimentarse con las hojas de los árboles, las pezuñas del panda gigante que le permiten ingerir renuevos de bambú, la coloración de aves y peces, plantas como el cacto que viven prácticamente sin agua, bacterias y virus que viven y se multiplican en temperaturas extremadamente altas o bajas" (Speck, 1966:17).

Speck G (comp) (1966) Diccionario científico ilustrado. New York: Editors Press Service.

Definición.- Puede ser tanto un estado como un proceso. Como estado, representa un conocimiento y adaptación recíprocos de una posición relativa existente. Como proceso, se refiere a un modo de transición de una posición relativa a otra. La herencia social, la cultura y la organización social son acomodaciones de personas a otras personas y al ambiente, que se transmite de generación en generación. El concepto de adaptación se usa en el análisis de actitudes y situaciones de superordenación y de subordinación, como la esclavitud, la casta, la clase, el comando, etc.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Estado de equilibrio entre la asimilación y la acomodación, es decir, entre la adecuación del ambiente al individuo, y la adecuación del individuo a la influencia ambiental, respectivamente. Cuanto más equilibrio exista entre asimilación y acomodación, tanto mejor adaptado estará el individuo. La adaptación es, junto a la organización una de las dos invariantes funcionales. Piaget distingue una adaptación orgánica y una adaptación funcional, constituyendo la adaptación inteligente el ejemplo más evolucionado de ésta última.

Piaget J, "Psicología de la inteligencia", Buenos Aires, Psique, 1979, pág. 17.

Generalidades.- La adaptación tiene lugar cada vez que alguna interacción entre la personalidad y situación modifica la primera de modo tal que resultan acrecentadas por posteriores interacciones favorables a la preservación de la persona. Un acto adaptativo supone siempre una organización subyacente, que es la personalidad.

Kauffman F y Eroles A (1973) La naturaleza de la psicología. Buenos Aires: Cátedra.

ADLER, ALFRED

Biografía.- Al principio médico oftalmólogo, luego fue psiquiatra. Se interesó desde el comienzo por la psicología infantil, de donde surgieron sus estudios sobre la inferioridad de los órganos. Al principio enrolado en el psicoanálisis, sus diferencias con Freud fueron agudizándose cada vez más, criticándole a éste aspectos como los siguientes: Adler minimizó el concepto de inconsciente, mostrando que lo determinante de la vida psíquica es en rigor el complejo de inferioridad; rechazó la estratificación de la personalidad en instancias: negó importancia a lo sexual como determinante; negó el carácter natural del complejo de Edipo, asignándole un carácter de epifenómeno cultural; refutó el origen sexual de la neurosis; introdujo profundas modificaciones en la psicoterapia analítica.

En "El carácter neurótico", adopta una postura holística: la totalidad psíquica es irreductible a cualquier elemento, con lo que se opone tanto a los atomistas como a los fisiologistas porque enfatizan el papel de los instintos o de lo genético. Resalta así la importancia del ambiente en el carácter y el estilo de vida. Se opone también al determinismo, postulando que hay una responsabilidad individual y una libertad. De Nietzsche tomará el concepto de voluntad de poderío.

Para Adler, detrás de toda neurosis se oculta un complejo de inferioridad, como estructura cristalizada de los naturales sentimientos de inferioridad de la infancia. Esos sentimientos fundan la conducta humana (y no la sexualidad), o sea la necesidad de sobrevivir en un medio hostil, o vivido como tal. Así, la conducta busca superar este sentimiento de inferioridad logrando normalmente la propia estima, desarrollando estrategias de supervivencia y haciendo más soportable la vida a pesar de las continuas renunciaciones y frustraciones. Lo que importa es el fin que se oculta tras toda conducta. Los llamados caracteres personales son entonces resultado de mecanismos compensatorios para superar la condición primordial de inferioridad.

El sistema de Adler abarca tres aspectos: 1) es una teoría del carácter basado en la psicogénesis del mismo, y que implica una tipología y una pedagogía, 2) es una técnica de exploración del carácter, y 3) es una psicopatología que implica también una psicoterapia.

El carácter es el estilo de vida propio de cada persona, y es lo que lo define como ser único, individual. Se va estructurando genéticamente mediante ciertas fases. Primeramente el niño busca un punto de apoyo que le sirva de referencia en un mundo para él desconocido, punto que encuentra en primer lugar en sí mismo. Luego este punto de referencia serán los padres, se compara con ellos y surge un sentimiento de pequeñez, inferioridad, por lo que su primer objetivo será estar arriba como lo están sus padres. En este contexto el papel del sexo es importante: el niño ve la condición social de la mujer, inferior, y a su meta de superioridad agrega entonces un objetivo de masculinidad. En la niña esto toma la forma de 'protesta viril', que aparece cuando ella ve en lugar que ocupa el hombre en la sociedad.

Tanto el niño como la niña, para lograr el objetivo de superioridad, van estructurando cierta línea de conducta que configura la base de su carácter, y todo esto ya ocurre en los primeros años de vida. El carácter es único, siempre igual y en cada rasgo del mismo se expresa el carácter como totalidad.

Paralelamente, se va gestando también un sentimiento de comunidad, de pertenencia o cooperación, que es un mecanismo compensatorio de la inferioridad que es normal y adaptado a la realidad. Pero puede ocurrir también que el sentimiento de inferioridad busque ser compensado no a través de la cooperación, sino mediante el dominio del otro, lo que implica una dirección patológica.

El sistema de Adler como técnica de exploración del individuo debe centrarse en descubrir la forma original y única como cada sujeto ha elaborado sus experiencias, como ha hecho su estilo de vida y los objetivos en torno a los cuales ese estilo se ha configurado. Esta exploración es retrospectiva, teleológica y totalizante.

Retrospectiva porque busca remontarse a los primeros años por una reconstrucción mnésica que descubra los sentimientos y experiencias que fueron formando el carácter desde la infancia: se trata de ver la psicogénesis del carácter.

Teleológica longitudinal pues es necesario captar el sentido del estilo de vida. Aquí interesan las metas.

Holística o totalizante porque el rasgo de carácter del individuo debe interpretarse en función del contexto vital del mismo. Esta comprensión global no debe quedarse en el análisis de un rasgo sino verlo en función del todo, incluyendo lo social.

El sistema de Adler como psicopatología y psicoterapia recurre a criterios de salud y enfermedad derivados de los presupuestos básicos de cómo se formó el carácter. Para Adler las neurosis son desajustes psicosociales siempre derivados de un egocentrismo básico. Este egocentrismo impide al individuo superar la inferioridad inicial llevándolo a cristalizar esos sentimientos iniciales en forma de complejo, o bien sobrecompensatoriamente mediante la superioridad y el dominio sobre los otros.

El estado idealmente sano se deriva, en cambio, del sentimiento de comunidad que lleva al interés por las metas sociales. Salud implica esfuerzo y responsabilidad individual en relación con el cumplimiento de ideales sociales.

Así, la psicoterapia adleriana implica el reconocimiento de que la propia realización como persona sólo se consigue por el trabajo en pro de guías comunes que benefician a la sociedad y permiten su desarrollo, pero no a expensas de los otros. Sano es quien puede subordinar su interés egocéntrico al bien común. En este sentido se asemeja al deber-ser de Kant.

La meta de la psicología individual es hacer claras y concientes las exigencias egocéntricas regidas por la voluntad de poder, para subordinarla al logro de metas interpersonales. El sistema de Adler se llama psicología individual porque apunta a esclarecer al individuo como ser único: no es una psicología individualista, como la que según Adler sostenía Freud.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

Su pensamiento.- Adler nace el 1870 y pronto comparte con Freud sus ideas biológicas. Sostendrá en una tesis -aceptada por Freud- que así como en el nivel fisiológico un defecto de un órgano es compensado por la función de otro órgano similar, así también puede ocurrir en el nivel mental: ser un ser humano implica poseer un sentimiento de inferioridad que constantemente ejerce presión hacia su propia conquista, busca su compensación.

El niño al nacer está desvalido siempre y por ello desarrolla un sentimiento de inferioridad. Para compensar dichos sentimientos el niño, en los primeros años de vida, desarrolla un 'estilo de vida', que marcará su carácter adulto. Buscará así como compensación una meta social, una elevación de la autoestima personal, una meta de superioridad. Esta puede tener varias expresiones: conquista útil, prestigio personal, dominación de los demás, conquistas sexuales, defensas contra peligros, etc.

El carácter resulta ser así un conjunto entrelazado de actitudes que cada sujeto adopta para enfrentar su situación de inferioridad, inferioridad dada por el cuerpo, el sexo, etc.

Hay tres resultados posibles que surgen de superar los sentimientos de inferioridad: 1) compensación exitosa: el esfuerzo lleva a una buena adaptación a los tres desafíos de la vida: sociedad, trabajo y sexo; 2) exceso de compensación: que produce desadaptación: el sujeto engreído, etc.; 3) el refugiarse

en la enfermedad como medio de obtener poder: la neurosis es para Adler una tentativa de liberarse de los sentimientos de inferioridad para ganar un sentimiento de superioridad.

El neurótico se propone objetivos ficticios (perfeccionamiento) con el cual tapa su inferioridad. No es él quien no puede alcanzarlos, sino su 'propia enfermedad' a la que toma como excusa. El móvil de la conducta no es el instinto sexual (Freud) sino la lucha por la superioridad, dice Adler. La frigidez, es por ejemplo, una tentativa de la mujer por humillar a su amante y así ser superior a él.

Las ideas de Adler se difundieron rápidamente, pues daba una solución sencilla a los problemas mentales, y ponía el sexo en su lugar, además de reducir la terapia a una charla amistosa. No obstante Adler, no pudo explicar porqué se daban ciertas neurosis y otras no; su esquema de reducir todo desorden mental a un intento por superar la inferioridad es demasiado simplista. Adler postulaba la influencia del entorno cultural como decisiva: la mujer socialmente se siente inferior, y desarrolla así la 'protesta masculina' o reacción de envidia hacia los hombres. Los factores innatos son secundarios.

Las ideas de Adler obligaron al psicoanálisis a rever la importancia de factores no sexuales en la etiología de la neurosis, y desarrollar más la psicología del yo. Ejemplo: K. Horney y W. Stekel. Este último dijo que se había exagerado el inconsciente y la represión: el hombre no reprime ideas enviándolas al inconsciente, sino más bien se torna ciego a ellas (escotomización). Stekel insistió también en la idea adleriana de los objetivos ficticios del neurótico, postulando que éste se cura insistiendo en mostrarle lo ficticio de dichos objetivos. La transferencia es más bien una técnica para obtener lo mejor del terapeuta, y la resistencia no es resistencia a lo prohibido, sino al tratamiento mismo.

Brown J (1989) Freud y los post-freudianos. Los primeros cismáticos.

Práctica y teoría de la psicología del individuo.- En este libro Adler indica que la psicología del individuo ha mostrado que las aspiraciones humanas surgen inicialmente de una mezcla de sentimientos de comunidad y de tendencias hacia el logro de una posición de personal superioridad. Ambos factores esenciales se pueden encontrar en la vida social: uno, innato, es el que refuerza la comunidad entre los hombres; el otro, producto de la educación, es la tentación de usar a la comunidad en el beneficio del propio prestigio. Es decir hay un sentimiento de comunidad y uno de superioridad. El trabajo, el amor, la solidaridad son exigencias comunitarias: contra ellas se opone el afán personal de poder, o se busca evitarlas con la astucia.

Adler planteará que la idea directriz o hilo conductor de todo proceso psíquico es el objetivo: no puede comprenderse ningún fenómeno sino como preparativo para un objetivo que está en su mente.

En psicología individual la máxima básica del tratamiento es reducir todos los síntomas a una mínima base común: una situación psíquica en la temprana infancia, una situación que implica fracasar frente a una aspiración: desde aquí las neurosis se revelan como intentos por compensar este fracaso, esta inferioridad, buscando triunfos muchas veces vanos, o inventando seguridades frente a otro posible fracaso. En este sentido la neurosis protege al sujeto pero lo paraliza, impidiéndole afrontar activamente la vida.

De lo anteriormente dicho se desprende que toda neurosis debe entenderse como una tentativa culturalmente equivocada de liberarse de un sentimiento de inferioridad y procurarse un sentimiento de superioridad. Dicha neurosis aísla al individuo en lugar de integrarlo a la comunidad, a través de la intolerancia y la hipersensibilidad.

El tratamiento se basa sobre la causa (etiología) de la neurosis: ésta es toda una superestructura psíquica con la que se busca compensar un sentimiento de inferioridad oriundo de la primera infancia, superestructura que recurre a ciertos arreglitos como un orgullo excesivo o una postura demasiado precavida que termina alejando al sujeto enfermo de la realidad. La alucinación es otro de los recursos o arreglitos del enfermo y no meramente un desorden orgánico del sistema nervioso.

El origen de la neurosis puede rastrearse hasta el primer o segundo año de vida, pues aquí se constituye la actitud del niño frente al ambiente.

En el capítulo 8 se afirma que todos los fenómenos neuróticos tienen como premisa un orgullo que todo lo supera y, simultáneamente, una falta de confianza en la fuerza de la propia personalidad desalentada. Se describen cuatro modos diversos mediante los cuales el paciente logra poner una distancia entre él y la decisión o acción que debería enfrentar.

Los restantes capítulos del texto de Adler están dedicados a los siguientes temas más específicos: dolor de cabeza, sífilofobia, insomnio, homosexualidad, posición masculina en neuróticos femeninos, la resistencia en el tratamiento, la neurosis compulsiva, la huelga de hambre neurótica, el sueño y su interpretación, el inconsciente y el sustrato orgánico en la neurosis, mentira de vida y responsabilidad en neurosis y psicosis, melancolía y paranoia, la educación, la prostitución, y finalmente la infancia abandonada.

En suma:

1. El concepto de vida, orgánica o psíquica, implica una compulsión a fijarse un objetivo, pues la vida exige que actuemos (carácter finalista de la vida psíquica).
2. El incentivo a seguir u objetivo es dado por el sentimiento de insuficiencia; el instinto no es más que el camino hacia el objetivo y también la capacidad de querer.

3. Así como un órgano insuficiente genera una búsqueda de compensación hasta quedar el organismo nuevamente adecuado a las exigencias del ambiente, así también en su inseguridad el niño apela a fuerzas de reserva para crear una superestructura que compense su inseguridad.
 4. La investigación del psiquismo debe tener en cuenta todas esas tentativas y logros.
 5. Cada fenómeno psíquico solo puede entenderse, pues, como una expresión parcial de un plan de vida unitario.
 6. Este tender hacia un objetivo se ve en la actividad real y en la fantasía. En la actividad real, por ejemplo, como entrenamiento de la capacidad para el logro de la superioridad, medirse con el ambiente, acumular conocimiento y habilidades, etc., y en la fantasía, aparece como desarrollo del como-si, uso de la debilidad, postergación de decisiones y sustraerse a las exigencias de la vida.
 7. Hay un objetivo de omnipotencia muy alto, que debe quedar inconciente para ser eficaz. El hombre se libera cuando entiende a este objetivo como absurdo.
 8. La concreción del afán de superioridad se hace comúnmente sobre la base del esquema hombre-mujer: lo masculino es el ideal, y lo femenino el enemigo que a ese ideal se opone.
 9. Todo esto se acentúa en el neurótico, que no ha revisado críticamente sus juicios infantiles erróneos.
 10. Por ello no debe extrañar que el neurótico actúa como probando a cada momento su superioridad, incluso frente a las mujeres.
- Sinopsis de Adler Alfred (1967) *Práctica y teoría de la psicología del individuo*. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición.

ADOLESCENCIA

Definición.- Es "la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil".

Knobel M., *El síndrome de la adolescencia normal*, incluido en Aberastury A. y otros, "La adolescencia normal", Paidós, Buenos Aires, pp 39-40.

Generalidades.- El término proviene del latín *adolescere*, y significa ir creciendo, desarrollarse hacia la madurez, hacerse adulto. Hay diferentes conceptualizaciones sobre el término. Algunos ubican la adolescencia como un periodo vital entre la infancia y la adultez. Otros la conciben como un 'segundo nacimiento', en tanto entienden que en ese periodo se reavivan ciertos conflictos relacionados con el estado de indefensión del bebé, enfrentado a un mundo que le es caótico y desconocido (Rascovan, 2000:23).

Como los sociólogos muchas veces equiparan adolescencia y juventud, algunos autores plantearon la necesidad de dividir ambos grupos, por ejemplo, en estos términos: jóvenes menores o adolescentes (15-19 años), jóvenes mayores o tardíos (20-24 años), y adultos jóvenes (25-29 años) (Rascovan, 2000:23).

Rascovan S (2000) *Los jóvenes y el futuro*. Buenos Aires: Psicoteca.

Generalidades.- Mauricio Knobel "describió el síndrome de la adolescencia normal con las siguientes características: búsqueda de sí mismo y de la identidad, tendencia grupal, necesidad de fantaseo e intelectualización, crisis religiosa, desubicación temporal, evolución de la sexualidad desde el autoerotismo hacia la heterosexualidad, actividad social reivindicatoria, contradicciones sucesivas en la conducta, separación progresiva de los padres, fluctuaciones del humor" (Rascovan, 1998:77).

Rascovan S (1998) *Orientación vocacional*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.

Definición.- "Etapa de la vida que se extiende desde la niñez hasta la edad adulta. Se prolonga desde que comienza a producirse la madurez sexual hasta que el sujeto alcanza la condición social de adulto e independiente" (Farré Martí J, 2000:16).

Farré Martí J (2000) *Diccionario de psicología*. Barcelona: Océano.

Definición.- Mauricio Knobel "describió el síndrome de la adolescencia normal con las siguientes características: búsqueda de sí mismo y de la identidad, tendencia grupal, necesidad de fantaseo e intelectualización, crisis religiosa, desubicación temporal, evolución de la sexualidad desde el autoerotismo hacia la heterosexualidad, actividad social reivindicatoria, contradicciones sucesivas en la conducta, separación progresiva de los padres, fluctuaciones del humor" (Rascovan, 1998:77).

Rascovan S (1998) *Orientación vocacional*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.

Adolescencia y psicosis.- Un alto porcentaje de las enfermedades mentales comienzan en la adolescencia. Una de las formas clínicas de la esquizofrenia, la hebefrénica, comienza precisamente en esta etapa de la vida. Algunos autores han descrito algunos síntomas previos, que pueden aparecer desde años antes a la aparición del primer brote psicótico (Koldobsky N, 1995). Otro cuadro psicótico en

el trastorno bipolar. En un 20% de los casos, los trastornos bipolares comienzan en la infancia o la adolescencia. En la adolescencia la mayoría de las formas son depresivas, y por ello pueden ser confundidas con el trastorno unipolar o con la esquizofrenia. Las depresiones con síntomas psicóticos no suelen ser iguales a la de los adultos, ya que es más difícil que aparezca la melancolía con sus delirios de ruina y culpa. Los síntomas psicóticos delirantes pueden tener características depresivas, con ideas de culpa o muerte, pero también suelen ser de contenido paranoide y son más variables en su temática. En el caso de las psicosis inducidas por sustancias psicoactivas, la enfermedad suele ser breve y reversible y tarda lo que demora el organismo en eliminar la sustancia tóxica (horas o días) aunque existen casos de flash backs, donde durante días o semanas reaparecen los síntomas sin que el paciente haya vuelto a consumir la droga.

Koldobsky N (1995) La personalidad y sus desórdenes. Buenos Aires: Salerno.

Depresión y conducta social.- Este trabajo se propuso explorar el grado de asociación entre la sintomatología depresiva y la percepción de la conducta social en los adolescentes. También se evaluó la influencia de las variables sexo, edad y tipo de escuela a la que asisten los jóvenes. La muestra estuvo compuesta por 627 adolescentes, 316 mujeres y 311 varones de escuelas públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata, Argentina. La conducta social se evaluó con la Batería de socialización (BAS-3) de Silva y Martorell, y la depresión con el Cuestionario de depresión para niños (CDS) de Lang y Tisher. Los resultados generales indican que la consideración hacia los otros, la capacidad de liderazgo y el autocontrol en las relaciones sociales presentan débiles correlaciones negativas significativas con los puntajes totales de depresión. En cambio, tal como se suponía, el retraimiento social, la ansiedad y la timidez presentan asociaciones significativas positivas con la depresión.

Mirna Viviana Pérez. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Depresión y conducta social en los adolescentes. Interpsiquis (2003).

Adolescencia y padres.- "Al parecer, los adolescentes son más proclives a tener sexo a una edad temprana si sus padres fuman, toman o vulneran ciertas leyes. Según un informe de la Universidad Southwest del estado de Texas, EEUU, existe un fuerte vínculo entre lo que describen como comportamientos riesgosos entre adultos, y el sexo entre menores. El estudio describe una conexión entre padres que fuman y toman en exceso, y niños que se involucran con las drogas o con el crimen. Por último, agrega que los chicos que permanecen bajo vigilancia de los padres tienen menos probabilidades de tener sexo tempranamente, algo también cierto en los niños cuyos padres están en casa antes y después de que regresen del colegio, y a la hora de acostarse".

La influencia de las conductas riesgosas de los padres sobre los hijos. Diario La U, Buenos Aires, 2 de setiembre de 2002.

Tratamiento familiar.- Cuando la perturbación del joven es grave, lo característico es que el terapeuta se encuentre en una situación de incongruencia en la jerarquía familiar: por su conducta trastornada, el joven está en una posición superior en la familia. Lo normal es que los padres digan a su hijo lo que debe hacer y éste obedezca; lo patológico que hay que corregir, es cuando los hijos dicen a sus padres lo que hay que hacer y éstos lo hacen, o cuando los padres dicen lo que hay que hacer y el hijo no lo hace, o cuando los padres no le dicen que hay que hacer, sino solo se quejan de lo que hace, etc. Así, la estrategia terapéutica pasa por redistribuir los centros de poder en la familia.

Resumen de Madanes Cloé (1984) Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu. Capítulo 6.

Enfoque para una nosología psiquiátrica en la adolescencia.- Aquí se plantea una teoría referida al periodo entre 12 y 18 años (pubertad y mediana adolescencia), y se propone una nosología que no siga solamente el criterio clínico tradicional, que es inclusivo, sino otro criterio de intersección de clases. Por ejemplo, no nos proponemos solamente ver qué elemento clínico está dentro de la definición de esquizofrenia, sino intersectar esquizofrenia con adolescencia, o bien pubertad femenina con rasgo de carácter fálico-narcisista, etc. Así, al asumir este rasgo de carácter características propias de la pubertad, se convierte en un fenómeno transitorio, que resulta de la intersección de ambos conceptos.

Se entra en la adolescencia iniciando un proceso de duelo que remueve situaciones de pérdida muy primitivas, así como situaciones de persecución ante lo desconocido, que en el adolescente se expresan en las tres áreas de la conducta:

Áreas de expresión de la conducta	Pérdidas (duelos)	Adquisiciones
CUERPO Área 1	Cuerpo infantil	Cuerpo adulto
MENTE Área 2	Antiguas identificaciones Antiguas funciones del Yo	Identificaciones modificadas Funciones del Yo modificadas
MUNDO EXTERNO Área 3	Vínculos familiares	Vínculos sociales nuevos
Ante la ansiedad...	Depresiva (temor a la pérdida)	Persecutoria (temor al ataque)
Se instrumentan defensas...	Maníacas	Esquizoides

Surge la fase perversa-polimorfa de la adolescencia, o sea, reaparecen impulsos y fantasías orales, anales y fállicas, a las que se agrega un tinte sádico. En este contexto, el púber deberá aceptar sus deseos genitales, sus relaciones sociales y sus pensamientos, hasta que pueda asimilarlas hacia los 15 años con un Yo más organizado. En este proceso influye también la cultura con sus normas. También debe enfrentarse al complejo de Edipo pues en la adolescencia se alcanza la identidad sexual genital, lo que permitirá al adolescente incorporarse a la sociedad y formar pareja. El problema es que tienen un cuerpo genital desarrollado, pero aún deben lidiar contra los impulsos pregenitales, de lo que resulta o bien inhibición sexual o bien hipergenitalidad defensiva. Veamos ahora los cuadros psicopatológicos en la adolescencia entre 12 y 18 años, basándonos en este esquema:

ETAPA		EN EL VARÓN	EN LA MUJER
PUBERTAD (12-15 años)	El Yo se defiende de las ansiedades de origen edípico mediante RASGOS DE CARÁCTER Si no controlan la ansiedad, se configuran NEUROSIS TÍPICAS (o edípicas) Son La neurosis fóbica y la neurosis histérica	Genitales externos/ Poluciones Apremios sociales PASIVO-COMPULSIVOS NEUROSIS FÓBICA (fase fálica)	Genitales internos Menor presión social FÁLICO-NARCISISTAS
ADOLESCENCIA MEDIA (15-18 años)			Mayor presión social Estimulación rel. heterosexuales NEUROSIS HISTÉRICA (fase fálica)
	Si la ansiedad es más primitiva, se configuran NEUROSIS ATÍPICAS (o preedípicas)	NEUROSIS OBSESIVA (fase anal)	NEUROSIS DEPRESIVA (fase oral)
	Si la ansiedad es aún más primitiva, se configura ESQUIZOFRENIA	ESQUIZOFRENIA (fase oral)	ESQUIZOFRENIA (fase oral)

Se puede delinear un proceso psicopatológico que parte de rasgos de carácter típicos, en un polo, hasta la esquizofrenia en el otro:

1) *Rasgos de carácter.*- Al ingresar en la pubertad, el Yo se defiende de las ansiedades edípicas mediante rasgos de carácter, que son pasivo-compulsivos en el varón y fálico-narcisistas en la mujer. En la mediana adolescencia tales rasgos no son tan nítidos, y se reemplazan con la tendencia a formar barras. En el varón, los rasgos pasivo-compulsivos sirven como defensa frente a la heterosexualidad genital al encerrar la bisexualidad transitoriamente, pues expresan los aspectos femeninos en la pasividad y los masculinos en la compulsión.

En la mujer, el rasgo de carácter fálico-narcisista es ideal para controlar las ansiedades edípicas, pues no entran en conflicto ni con las normas sociales ni con la sobreexcitación sexual de los varones, por tener los genitales internos. Como la mujer se percibe físicamente como receptiva (aunque fantasee con tener un pene), no es tan importante la estimulación externa como la seducción. El Yo se ve más libre para reprimir y manejar la angustia, que no es tanto de castración fálica como en el varón sino de tipo oral, de no recibir y ser vaciada. Por ello, la bisexualidad defensiva expresada en el rasgo fálico-narcisista es tan útil para tolerar la angustia de castración fálica: no temen tanto que le saquen o castiguen por algo dado, ya que como fállicas no temen la castración fálica real y tampoco el castigo por sus deseos edípicos.

Por lo tanto, nuestra hipótesis será: "En la pubertad las mujeres adquieren por identificación ante la pérdida evidente de su masculinidad (primera menstruación) un pene fálico idealizado e irreal, y los varones ante el desarrollo genital y las poluciones, son puestos ante la evidencia real al que deben negar como tal". Todo ello como defensa para no enfrentar la situación edípica, que durante un tiempo estará bajo la influencia de las fantasías preedípicas y homosexuales.

Los varones idealizan a las viriles chicas fálicas para negar la rivalidad edípica: así no son ellos quienes matarán al padre. A su vez las chicas desvalorizan a los varones pues ello les permite negar la rivalidad edípica de desear al padre: genitalmente ya lo tienen. Ambos, con esta configuración preedípica, niegan asimismo el duelo por la bisexualidad fantaseada, pues cada uno se queda en fantasía con el sexo opuesto que debe dejar de poseer onnipotentemente, no sintiendo necesidad de él.

La pérdida de la bisexualidad fantaseada permite aceptar la bisexualidad real en la cual, bajo la primacía de la heterosexualidad, existen aspectos del otro sexo muy importantes de integrar (modalidades: activo-pasivo, intrusivo-receptivo, etc.).

2) *Neurosis típicas*. - Cuando los rasgos de carácter no controlan la ansiedad, aparecen los síntomas como transacciones, fóbicos en los varones e histéricos en las mujeres, estructurando neurosis típicas delatoras del conflicto edípico: neurosis fóbica en varones y neurosis histérica -o histeria de conversión- en mujeres.

En los varones, el incremento pulsional y el poco apoyo cultural para la prolongación de la latencia infantil hacen menos útiles los rasgos de carácter pasivo-compulsivos, exponiendo al Yo a una neurosis fóbica.

Esta neurosis típica del varón señala el fracaso de la moratoria psicosocial necesaria para enfrentar el conflicto edípico con menor contenido pregenital y con un Yo más organizado (15 años). El mecanismo fóbico elegido está ligado a la morfología y psicología masculinas, que manejan la angustia de castración en el área tres (medio ambiente) controlada por los sentidos exteroceptivos, como a sus propios genitales. Tal angustia está ligada a un cuerpo amenazado desde fuera por un objeto castrador: mediante el mecanismo fóbico primero lo proyecta, luego lo percibe en el futuro y luego lo evita.

Así, el fóbico diría: "lo peligroso (padre castrador o madre tentadora) está afuera y no debo dejarme alcanzar por él, porque me mata o me castra". La elección del área tres para ubicar el objeto temido está también ligada a la predilección con que el hombre maneja su agresión: hacia afuera.

Los rasgos de carácter pasivo-compulsivos no son muy eficaces para combatir la ansiedad edípica, por lo que el varón hace rápidamente una neurosis fóbica dentro mismo de la pubertad, con lo cual es este un periodo psicopatológico fundamentalmente masculino. A esa edad los varones soportan el conflicto edípico más intensamente. Por un lado, por la sobreexcitación tanto epidérmica como visual de la zona genital (por ser genitales externos y visibles); por otro, a causa de la presión social ejercida por los rituales de iniciación de la identidad sexual, normas sociales, roles asignados, etc., o sea, el apremio cultural para que el varón enfrente el conflicto edípico. El Yo, todavía en crisis, lo percibe como angustia de castración.

En la mujer, el periodo puberal está más libre de enfermedad, pues el rasgo de carácter fálico-narcisista es ideal para controlar las ansiedades. La conflictiva edípica sigue su curso sin gran angustia hasta los 15 años, donde las defensas fracasan instaurándose una neurosis histérica, de aquí que la mediana adolescencia sea típicamente el periodo psicopatológico femenino.

La causa es doble. Por un lado la presión social (tal como pasaba en el púber varón), empuja a la mujer a asumir su identidad sexual. Por otro, la estimulación de las relaciones heterosexuales la impulsan a querer recibir y rompen la defensa caracterológica bisexual, poniendo al descubierto la conflictiva edípica y la neurosis histérica. La ansiedad es manejada de manera femenina, es decir, en el área cuerpo, pues los genitales femeninos son internos.

El miedo no es a la castración fálica, como en el varón, sino al rechazo y al vacío, y de ahí la importancia de la seducción frustradora con la que necesita manejar y controlar su angustia de no recibir ("no recibo no porque no puedo, sino porque no quiero").

Recordemos entonces que en la pubertad hay más consultas de varones por neurosis fóbica, y en el comienzo de la adolescencia media hay más consultas de mujeres por neurosis histérica. Hacia la adolescencia final, las consultas se equilibran.

3) *Neurosis atípicas*. - Cuando la ansiedad tiene orígenes más primitivos, el Yo sufre una nueva regresión para controlar la angustia. Se estructuran neurosis preedípicas con especificidad sexual más limitada, conservándose una franca supremacía masculina para la neurosis obsesiva, y femenina para la depresión (o neurosis depresiva).

En el varón, cuando con conflictos son preedípicos, la neurosis fóbica no sirve para controlar la angustia, requiriéndose un nivel defensivo más regresivo (anal) y mecanismos más primitivos: la negación de la castración. Es cuando aparece la neurosis obsesiva que evita la angustia de castración negando el objeto castrador puesto afuera y manejado mágicamente, negando su existencia real en el tiempo futuro o negando la existencia de sus impulsos, que aparecerían en cuanto hay que esperar. De ahí su rigidez por un lado y su movilidad limitada y con mecanismos mágicos por el otro (pensamiento, rituales, dudas, etc.).

En la mujer, la depresión es la modalidad receptiva de manejo del objeto peligroso generador de angustia. La adolescente se identifica melancólicamente con éste, requiriendo constantes suministros narcisísticos para su autoestima deteriorada (equivalente oral de la seducción) pero no por lo que tiene sino por lo que no tiene (seducción fálica): no entra en rivalidad edípica.

4) *Esquizofrenia*.- Es el último engranaje del deterioro psicopatológico de la adolescencia. Como último eslabón regresivo, en la esquizofrenia la angustia de castración no existe porque él es lo deseado, no necesita del tiempo ni del futuro percibidos como peligrosos.

El esquema propuesto admite variaciones, de las cuales se mencionan dos que ensombrecen el pronóstico:

a) Hacia los 15 años se supone que los rasgos de carácter dan lugar a cierto tipo de relación en grupos, pero sin embargo se afianzan generando verdaderas caracteropatías histéricas y obsesivas. Es un pronóstico reservado porque tal vez se esté encubriendo una psicosis melancólica o esquizofrenia por imposibilidad de enfrentar el conflicto edípico.

b) En vez de una mujer sea un varón quien haga una neurosis histérica a los 16 años (aquí hay un serio problema homosexual latente), o bien que una mujer haga una neurosis obsesiva a los 14 (aquí hay un fondo melancólico muy importante).

Para entender los planteos de F. Mouján, tengamos presente el siguiente esquema (por P. Cazau):

EDAD	Series complementarias	FASES (Freud)	POSICIONES (Klein)	ETAPAS (F. Mouján)	Patologías
	Factor constitucional				
0-4 meses	Factor disposicional	Oral (pregenital)	Esquizo-paranoide		Esquizofrenia
4-12 meses			Depresiva		Depresión
2 años		Anal (pregenital)			N. obsesiva
3-5 años		Fálica (Edipo) (genital infantil)			N. fóbica N. histérica
6-11 años		Periodo de latencia			
12-15 años	Factor actual	Fase genital propiamente dicha		Pubertad	
15-18 años				Adolescencia media	
18-21 años				Adolescencia final	

Resumen de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 2.

Duelo adolescente.- Se puede ver el duelo en las tres etapas: pubertad, media adolescencia (15-17 años) y adolescencia final, y lo describiremos de acuerdo a sus características clínicas: cambios de carácter, cambios en el pensamiento y cambios en las conductas sociales.

En la pubertad el duelo se centra en el cuerpo como objeto, en la adolescencia media en la identidad sexual (resolución del conflicto edípico genital) y la nueva forma de pensar, y en la adolescencia tardía en los roles sociales.

En todos los periodos, el adolescente lucha por restablecer el equilibrio roto por el monto de pérdidas objetivas (duelo por objetos externos) y subjetivas (duelo por el yo, objetos internos) a lo que se suman nuevas adquisiciones desconocidas, vividas con mayor o menor persecución.

Para combatir la ansiedad persecutoria, el yo se muestra mas bien pasivo ante las circunstancias y recurre a defensas primitivas. Aparecen actitudes de protesta, autoeróticas, inhibitorias, aislacionistas, etc.

El púber siente peligroso el cuerpo adulto que empieza a surgir, y busca controlarlo mediante el deporte. Desea y teme al mismo tiempo la dependencia infantil, y busca identificaciones pasajeras fuera de la familia (fluctuaciones del yo o facilidad para hacer identificaciones), constituyéndose sus rasgos de carácter sobre esta base. Tales rasgos son fenómenos transicionales: sin ser externos, tampoco están asimilados al yo. En el varón hay rasgos pasivo-compulsivos que expresan lo femenino perdido y lo masculino por asumir. En la mujer los rasgos son fálico-narcisistas, que expresan lo masculino perdido y lo femenino por asumir.

El pensamiento aparece erotizado y hay intelectualización, así como inhibición del pensamiento como forma de protesta por el duelo que están atravesando.

Los 15 años son una edad clave: surge un vacío creado por pérdidas de partes del yo, culpa creada por las nuevas pulsiones edípicas y desorientación frente a nuevos vínculos, que ahora discrimina mejor.

En la pubertad el yo se disocia, pero en la adolescencia media fluctúa en identificaciones pasajeras. Estas no deben confundirse con seudoidentidades, o rasgos adultos aún no integrados al yo.

Fallas en el pensar o en la integración grupal pueden hacer fracasar los duelos, generándose depresión, histerias, histrionismo, etc.

En el duelo, luego de los 17 años la desesperación se convierte en soledad: la separación es definitiva y el compromiso con el otro sexo, consigo mismo y la sociedad se realiza en forma más personal.

Los enemigos del duelo en la adolescencia son el resentimiento, el miedo y el triunfo maniaco, y de persistir el duelo se resuelve patológicamente: negación de la culpa, etc. Esto a veces se manifiesta como psicopatías, caracteropatías, sociopatías, etc.

El duelo va resolviéndose normalmente mediante objetos continentes, como la conducta social, el pensamiento, el cuerpo, los rasgos de carácter y seudoidentidades, etc.

Resumen de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 4.

Adolescencia e identidad.- El concepto de identidad encierra una idea integradora, totalizadora de la persona, que es percibida, negada o deformada por el yo. Nos referiremos a la identidad como el logro de una integración entre el Ideal de vida para el yo y el de la sociedad donde el hombre vive.

Crisis de identidad es la percepción que tiene el yo de una ruptura no sólo en el tiempo (continuidad), sino también en el propio self (unidad) y en su propia relación con la familia y la sociedad (mismidad). La adolescencia es una de las crisis de identidad más intensas: ellos luchan por su identidad, que se da en tres campos: lucha por construir un nuevo esquema corporal, por construir un nuevo mundo interno, por construir una nueva sociedad.

En la pubertad, están en un periodo transitorio donde han de romper con la identidad infantil, pues percibe su cuerpo como extraño, con nuevos impulsos y sensaciones, se percibe a sí mismo como diferente a lo que fue, con ideas cambiadas, etc., y ve que los demás no lo perciben como antes. El yo fluctúa sus objetos de identificación, es muy cambiante, y esto crea un sentimiento de no identidad permanente. Tales fluctuaciones se manifiestan en las áreas cuerpo, mente y mundo externo. Eventualmente, el proceso puede desembocar en la despersonalización.

Según Erikson, la confianza da al yo la capacidad de integrar el mundo interno de las fantasías, siempre en evolución. Por otro lado, la confianza depende de cómo fueron las primeras experiencias: proyecciones y luego introyecciones van modificando el mundo interno de las fantasías. Cada nueva elección reactualiza los conflictos vinculados con la identidad. Las identificaciones positivas (constructivas) fortalecen su confianza, y compensan las identificaciones negativas (persecutorias).

Hambriento de identidad, el yo acepta identificaciones introyectivas ideales, no asimiladas, que le dan al menos una fachada (un como si): así es como se forman las seudoidentidades. Cuando la ansiedad de persecución es muy grande por exceso de identificaciones negativas, el yo renuncia a su identidad y se identifica con los objetos más indeseables y rechazados.

Tres ideas componen el concepto de identidad: unidad, mismidad, y continuidad. Cada uno de estos aspectos se manifiesta a nivel del cuerpo, la mente y el mundo externo. La unidad tiene que ver con una integración espacial: el cambio físico del adolescente en su cuerpo amenaza esta unidad.

Si unidad tiene que ver con el espacio, continuidad tiene que ver con el tiempo: ser él mismo a través del tiempo (área mente). La mismidad tiene que ver con la tercer área, mundo externo, y apunta a la necesidad de ser reconocido por los demás.

En suma, hay tres configuraciones de la identidad del yo: la identidad del yo psicológico, o configuración interna formada por las identificaciones infantiles. En segundo lugar la identidad del yo social, basada en el reconocimiento que la comunidad hace del sujeto, y la tercera configuración es la identidad del yo corporal, dado por los sucesivos esquemas corporales y las vicisitudes de la libido del desarrollo físico.

A estas tres configuraciones corresponden tres disociaciones: mente-cuerpo, pensamiento-acción, e individuo-sociedad. En la pubertad la disociación recae sobre el yo corporal, durante la adolescencia media en el yo psicológico, y en la adolescencia final sobre el yo social.

Resumen de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 5.

Complejos de Edipo temprano y tardío en la adolescencia.- El púber enfrenta sus nuevas pulsiones con fantasías incestuosas, y además pregenitales y sádicas.

Para Freud el complejo de Edipo se instala a partir de los tres años, pero M. Klein habla de un Edipo temprano, provocado por un superyo también temprano. En realidad no hay diferencia sustancial entre ambos. Por ejemplo, el superyo temprano de Klein son las primitivas identificaciones que no se producen por incorporación desde Freud, que se producirían luego de los seis meses, dentro de la fase oral sádica.

El Edipo se reactualiza en la adolescencia, donde podemos decir que hay dos etapas: la puberal (12-15 años) más centrada en el cuerpo (pregenital) y en el Edipo temprano, y la etapa subsiguiente (15-18 años) más centrada en las relaciones objetales externas (genital), y que es la etapa edípica genital.

De los 12 a los 15 años, reprimidos totalmente los impulsos genitales, hay un clima de confusión y sadismo similar al que había antes del destete. Se intensifican los mecanismos de proyección e introyección promoviendo una precaria discriminación objetal y de identidades. Vuelve a ser importante la figura de la madre fálica, y se da el Edipo en las cuatro posiciones: odio y amor al padre, odio y amor a la madre.

Hacia los 15 años vuelve a primar lo genital: los objetos externos están bien discriminados, al igual que las figuras de identificación: el padre para el varón, la madre para la mujer.

La angustia en los varones no aparece frente a la castración fálica, sino frente al abandono del objeto. La angustia de las mujeres surge en relación con el interior del cuerpo, porque ahora la excitación clitoridiana ya no domina sobre la vagina.

El púber, ante el incremento de sus deseos pregenitales y su sadismo, tiene tres posibilidades: 1) se somete al yo represor, o sea hace una regresión instrumental que moviliza el sadismo y la libido pregenital (polimorfa); 2) se somete al superyó, bloqueando esos impulsos; y 3) se somete al ello, desbloqueando los impulsos.

En el adolescente hay una tendencia a desplazar los impulsos libidinales en impulsos agresivos, pues son más controlables, y en impulsos epistemofílicos, pues son moralmente más aceptables.

Resumen de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 6.

El Yo adolescente.- Sinteticemos las vicisitudes del Yo adolescente entre los 12 y los 18 años.

El Yo adolescente se ve enormemente 'empobrecido' y confundido por los procesos propios de duelo propios de esta etapa de la vida, perdiendo momentáneamente su función de mediador entre las pulsiones, (ello), las normas (superyó) y el mundo externo. No es, sin embargo, un duelo "puro", centrado en lo que se perdió, porque el Yo adolescente puede fantasear con ideas prospectivas, proyectos y nuevas adquisiciones.

La tensión del Yo le dificulta descargar sus necesidades biológicas de amor y odio mediante acciones específicas, pues a esa descarga se opone tanto la cultura como el Superyó. Como el Yo tiene aún poca capacidad para asumir la frustración, le es imprescindible la ayuda especial del mundo externo para desarrollarse y no caer en derrumbes psicóticos y falsos self, y permitir el desarrollo del verdadero self mediante la creación de una zona transicional o ilusoria.

Dicha ayuda externa es 'especial' porque los objetos deben ser idealizados para poder satisfacer las necesidades imperiosas y auténticas del self. Si en la infancia se satisfacían realmente, ahora el Yo se gratifica usando defensas regresivas y conductas orientadas hacia objetos transicionales que le permiten mantener la ilusión de una gratificación incondicional de las necesidades por el mundo externo.

Estas gratificaciones pueden realizarse sobre el Yo (área mente), sobre el cuerpo (área cuerpo), o sobre objetos externos (área mundo externo). Cuando la gratificación es puramente imaginaria o representacional, se hace sobre el Yo (Yo Ideal), que contiene las necesidades básicas de esta edad. Cuando recae sobre el cuerpo, éste pasa a ser el objeto gratificador (masturbación, exhibicionismo), controlando el miedo a la frustración. Y cuando recae sobre alguna figura exterior, ídolos, etc. el adolescente se siente interpretado. Todo esto equivale a la solución normal: la creación de una zona transicional idealizada. Pero antes veamos otras posibles soluciones, que son patológicas

Frente a la situación de duelo que debe enfrentar, a las exigencias pulsionales y los mandatos superyoicos y culturales, el Yo puede reaccionar de varias maneras, de las cuales las cuatro primeras son patológicas pues implican no poder alcanzar su verdadera identidad.

a) Derrumbe psicótico.- Es un caso extremo, y ocurre por una labilidad del Yo debida no sólo al desamparo objetal (pérdida de vínculos familiares) sino también al desgaste psicológico que implica mantener la idealización de ciertos vínculos con la mayor distancia posible de lo rechazado y/o persecutorio.

b) Rigidez.- El Yo se somete al Superyó, tornándose más rígido y sentando las bases de un proceso melancólico.

c) Impulsividad.- El Yo se somete al Ello, dando rienda suelta a sus necesidades más elementales y convirtiéndose en un Yo impulsivo e infantil.

d) Formación de un falso self.- En este caso el Yo queda sometido a la realidad externa, adquiriendo así un falso self (base de la formación de pseudoidentidades). Es frecuente que las instituciones, la familia o la cultura trate de imponer al adolescente determinadas maneras de existir sin dar lugar a la emergencia del verdadero self.

e) Creación de una zona transicional.- La creación de un 'pequeño mundo' idealizado es esencial para que el Yo realice una regresión no psicótica, en la cual tenga la ilusión de estar identificado únicamente con lo deseado, lo bueno, o sea que prime el yo Ideal en su mundo interno, y además se rodee de objetos también idealizados (el Ideal del Yo) con los que logra la gratificación, al igual que el bebé que necesita ilusionarse de que la madre le es incondicional.

En esta zona transicional no hay una clara diferencia entre autorrepresentaciones y representaciones de objeto, los objetos son manipulados ilusoriamente (por la disociación e idealización), y no son ni puramente objetivos ni puramente subjetivos. Se puede sobre ellos crear, hacer experiencias e ir formando nuevas representaciones.

En esta zona elaborativa el Yo adquiere la experiencia de reconocer que su identidad es algo que construye él con una parte cada vez más amplia del mundo circundante. Descubre que los deseos que no podía controlar o las exigencias tiránicas del ambiente pueden conformar una unidad donde advierte que puede modificarse él mismo (transformación subjetiva) y modificar el medio según sus necesidades (transformación objetiva).

Hacia los 15-16 años esa zona del Yo idealizada empieza a resquebrajarse y aceptar más lo disociado y rechazado del self y del mundo externo. Empieza la integración de lo bueno y lo malo, y la zona transicional va dando cabida a un nuevo tipo de relación con la realidad muchos más amplio que podríamos llamar de 'compromiso', ya que el Yo renuncia a muchos deseos debiendo aceptar relaciones más artificiales o reactivas, pero que no llegan a anular la propia identidad. Ya hacia los 15-18 años renuncian a la omnipotencia infantil y pueden tolerar mejor las relaciones ambivalentes, principales generadoras de culpa. A los 18 años se abandona totalmente la zona transicional y se acepta en el contexto social el nuevo núcleo de pertenencia que conformará la identidad naciente. Los Yo corporal, psicológico y social se integran definitivamente. El empobrecido Yo psicológico de la pubertad es fortalecido por el Yo corporal (zona transicional) para luego fortalecerse por el Yo social (zona de compromiso). Se fortalecen también en el Yo sus capacidades de mediador.

Los *mecanismos de defensa* regresivos que usa el Yo adolescente son básicamente: disociación, identificación proyectiva, identificación introyectiva, idealización y omnipotencia; la idealización se hace a costa de la disociación y proyección de los aspectos más persecutorios o rechazantes.

Las defensas son para mantener la coherencia yoica y el contacto con la realidad, aunque a veces dan lugar a síntomas o rasgos de carácter que pueden parecer patológicos.

Las siguientes son algunas conductas frecuentes en adolescentes, que podrían preocupar a un terapeuta desprevenido o a los padres por lo 'desadaptadas' que suelen ser. Estas conductas pueden expresar realmente una patología, o bien ser manifestaciones del curso normal de la adolescencia:

Inhibición intelectual.- Al no poder sublimar o gratificarse sexualmente, el Yo bloquea su capacidad de pensar por el significado inconciente erótico que tienen las ideas.

Intelectualización.- El Yo se defiende de la opresión del medio que lo obligaría a disociarse y desconocer lo que ese medio rechaza, como la sexualidad, los afectos, el cuerpo, etc.

Aislamiento e indiferencia.- Hay un reforzamiento del narcisismo (identificación con el Yo Ideal) para evitar la excesiva envidia y frustración ante deseos no alcanzables ni siquiera ilusoriamente, o la rápida devolución que hace el ambiente de sus aspectos más rechazados, o como barrera de contención de las proyecciones ambientales (por ejemplo el adolescente como chivo emisario del grupo familiar).

Irritabilidad, anorexia y rebeldía.- El Yo expresa su profundo displacer (porque no lo dejan tener vida propia) y un excesivo narcisismo defensivo que le permite cierta autonomía.

Temeridad.- Al renunciar el Yo a su vieja identidad infantil en poco tiempo enfrenta nuevas tensiones derivadas de impulsos internos intensos, que traen mucha ansiedad por ser desconocidos y peligrosos. También enfrenta exigencias de la vida real. Ante ello, el Yo busca una solución en la experiencia ilusoria, una zona transicional donde puede permitirse un manejo más omnipotente de pulsiones y objetos, disminuyendo la tensión y aumentando así la operatividad del Yo. Si el adolescente no tiene esas experiencias transicionales, o sea si carece de representaciones que den cuenta de sus nuevos impulsos y sensaciones, buscará en la realidad situaciones riesgosas de las que debe salvarse, apareciendo así la temeridad.

Algunas de estas conductas tienden a la introversión (aislamiento, indiferencia, etc.), mientras que otras tienden hacia la extroversión (rebeldía, temeridad, irritabilidad, etc).

En síntesis:

1) El Yo adolescente no puede hacer frente a la triple exigencia del ello, el superyó y el mundo exterior, debido a la labilidad yoica por un lado, y la intensificación de esas exigencias por el otro.

2) Así abandonado, el yo puede desintegrarse (está tironeado de tres lados: derrumbre psicótico), o puede verse arrastrado y dominado por una de esas tres instancias: por el ello, por el superyo, o por el mundo exterior (impulsividad, rigidez, falso self).

3) Para evitar esto, el Yo crea una zona transicional entre los 12-15 años, poblada de objetos idealizados. Ejemplos de estos objetos o representaciones: el cuerpo en área 1 (masturbación), un yo omnipotente en el área 2 (Yo Ideal), un ídolo en área tres (Ideal del Yo).

4) Hacia los 15-18 años la zona transicional se va resquebrajando: el yo ya no la necesita pues se va fortaleciendo. De los 18 años en adelante desaparece la zona transicional.

Si tuviéramos que sintetizar las etapas expuestas por Fernández Mouján, serían las siguientes:

1) El Yo no puede hacer frente a la triple exigencia del ello, el Superyó y la realidad exterior, debido a la labilidad yoica y la intensificación de esa triple exigencia. Como resultado: a) se desintegra tironeado por

los tres lados: derrumbe psicótico, o b) es dominado o arrastrado por el Ello, o por el Superyó, o por la realidad exterior (falso self).

2) Para evitar todo lo anterior, construye una zona transicional entre los 12 y los 15 años, poblada de objetos idealizados. Ejemplos: el cuerpo en el área 1 (masturbación), un Yo omnipotente en el área 2 (Yo Ideal), y un ídolo en el área 3 (Ideal del Yo).

3) Entre los 15 y 18 años se va resquebrajando la zona transicional: ya no la necesita pues el yo se va fortaleciendo. De los 18 años en adelante no hay más zona transicional.

Resumen de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 8.

El pensamiento adolescente.- En la pubertad encontramos el pensamiento "mágico" que controla el objeto en forma omnipotente, en la adolescencia media se acepta la pérdida de la omnipotencia del pensamiento aunque no totalmente, porque se mantiene en los grupos donde el control es compartido. En la adolescencia final se adquiere totalmente el pensamiento lógico-formal, que la pone a la par de los adultos, o sea se piensa a partir de ideas y no sólo de objetos reales.

El púber busca conjugar el mundo infantil y la nueva realidad, para lo cual reemplaza los objetos primitivos por abstracciones simbólicas, palabras, que luego se estructuran en teorías que parecen adultas pero que tienen el contenido mágico infantil. Son una transición: por un lado se alejan de los objetos infantiles reemplazándolos por símbolos abstractos, pero por otro son usados mágicamente como si fueran palabras-juguetes.

Resumen de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 9.

Adolescencia y familia.- La psicopatología y los rasgos de carácter de los adolescentes están fuertemente influenciados por la estructura familiar. Una excesiva rigidez en las normas y valores del ambiente familiar y social pueden rigidizar precozmente los rasgos de carácter, convirtiéndolos en verdaderas caracteropatías.

Existen diferentes tipos de familias, y cada una puede ayudar o perturbar el proceso adolescente para enfrentar y resolver sus ansiedades y duelos.

En las *familias aglutinadas*, el adolescente encuentra aquí problemas para elaborar su sexualidad y su agresividad, pues no puede instrumentar esos impulsos: mal manejo del cuerpo, racionalización defensiva, facilidad para juzgar y criticar, etc., todo lo cual enfrenta al adolescente con el rol materno. Discriminarse es sentido como romper con la familia. Hay una sexualidad indiscriminada, sin estructura edípica, básicamente matriarcal. La agresividad es disociada y reprimida produciendo personalidades depresivas (autoagresión), epileptoides (agresión explosiva), psicopática (agresión proyectada). La falla en la simbolización se ve en el lenguaje concreto usado en la familia.

En las *familias uniformadas*, el adolescente, símbolo de lo nuevo, tiene dificultades para elaborar sus impulsos, sus deseos sexuales son muy reprimidos y contratacados, lo que fomenta sexualidad cargada de agresión y conductas fóbicas, contrafóbicas e histéricas.

En las *familias mixtas*, los adolescentes ven que sus necesidades de elaborar la sexualidad y la agresión son posibles si cumplen con ciertas formalidades. La familia se cierra a lo nuevo que representa la adolescencia, y lo peligroso no es tanto la sexualidad o la agresión como el hecho de ser algo nuevo como factor de cambio.

En las *familias aisladas*, lo imaginario y el autoerotismo están desarrollados en los adolescentes de estas familias, como mundos aparte. La elaboración de los impulsos sexuales y agresivos se realiza dentro de ese 'mundo', lo que impide cualquier transformación dentro de la familia. Los salva el hecho de que pueden conectarse con el mundo externo.

En las *familias integradas*, el adolescente se siente contenido por el grupo familiar, lo que hace que no sienta su sexualidad y su agresividad como algo tan peligroso y capaz de ser valorado de otra manera, y no desde la posición de niño asustado o irresponsable. El grupo familiar reprime en el sentido que puede poner límites lo suficientemente flexibles como para permitir un nivel de frustración capaz de mantener la fuerza impulsora intacta como algo transformador.

Condensado de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 11.

Adolescencia y neurosis.- En los varones la patología se instala preferentemente en la pubertad (las fobias son típicas) y en la mujer hacia los 15 años o sea en la mediana adolescencia (histerias de conversión). Los conflictos se controlan según las modalidades de cada sexo: en los varones proyectando lo temido en el exterior, y en las mujeres en el propio cuerpo. Cuando estas 'neurosis típicas' fracasan surgen las 'neurosis atípicas', donde aumenta la agresividad. Los varones lo realizan con la anulación (neurosis obsesiva) y las mujeres mediante mecanismos masoquistas (neurosis depresiva).

El problema de la neurosis en la adolescencia se centra en tres hechos fundamentales: 1) hay un desplazamiento de la libido entre objetos imaginarios y reales con el fin de resolver el problema 'actual' de dependencia-independencia; 2) el yo trata primero de resolver con diferentes técnicas (conversivas,

fóbicas, obsesivas) el duelo objetual (separación-encuentro); 3) si fracasan esas técnicas de relaciones objetuales a nivel caracterológico lo busca mediante los síntomas neuróticos, una transacción entre la pulsión y la prohibición.

Aquí consideramos la neurosis como emergente de una crisis de identidad, que se manifiesta en forma distinta según la edad y el sexo. Según Fairbairn hay tres angustias que el adolescente por ejemplo enfrentará con ciertas técnicas: la angustia histérica seduciendo al objeto aceptado para compensar así al objeto rechazado; la angustia fóbica evitando los objetos que exponen al aislamiento o encierro; y la angustia obsesiva controlando para no expulsar, y anulando para no 'estallar'.

Histeria de conversión: tenemos aquí cuatro síntomas básicos. 1) las conversiones (parálisis, etc) que expresarían la transacción neurótica en una parte del cuerpo que participa disociadamente del deseo prohibido y coartado, 2) paroxismos, crisis, etc, que expresan el conflicto disociando la conciencia del yo de las realizaciones prohibidas que el cuerpo efectúa o efectuó en el pasado, 3) trastornos viscerales como espasmos, etc., que expresan la disociación a nivel neurovegetativo, y 4) trastornos del carácter: seducción, exhibicionismo, etc, y todo otro síntoma que exprese la disociación entre lo que se es y lo que se muestra o imagina.

Neurosis fóbica: Si la histeria es la neurosis edípica de la mujer, la fobia lo es del varón. Aparecen aquí fobias de origen fálico, que surgen de un deseo edípico positivo (caso Juanito), y las de origen anal, que surgen de un deseo edípico negativo (caso hombre de los lobos). Se usan defensas como la sustitución, la proyección, la evitación, etc, y más que en el cuerpo (histeria) se centrará en el mundo externo, mientras que la neurosis obsesiva en el área mente.

Neurosis obsesiva: Es típica de los varones. Implica un control interno de los objetos, y puede compensar los objetos rechazados mediante cierta omnipotencia de los actos (rituales) y las ideas. Los rasgos caracteropáticos son muy típicos y están centrados en el erotismo y sadismo anal. En el erotismo aparece obstinación, avaricia, control, etc, y en el sadismo suciedad, crueldad, ironía, rebeldía, etc. En la neurosis obsesiva el objeto bueno está puesto dentro del self y en la histeria afuera.

Neurosis de angustia: En la adolescencia los síntomas neuróticos esporádicos se consideran totalmente normales, pues la misma situación de crisis impone al yo hacer regresiones. Si la situación no mejora luego a los 15 años, se suelen agregar estados de ansiedad que son como neurosis 'actuales' en el sentido de que dependen del monto de frustración al que está sometido. Otro significado sería la culpa subyacente que hace vivir a los adolescentes su sexualidad y su agresividad con una exagerada angustia de castración o abandono, lo cual es natural si recordamos las fantasías que acompañan sus pulsiones y la culpabilidad que se respira en ciertos ambientes.

Resumen de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 15.

Adolescencia y esquizofrenia.- La esquizofrenia es el trastorno más serio de identidad durante la adolescencia. La esquizofrenia sería mucho más frecuente si junto a los mecanismos esquizoides (sobre todo disociación) a los que recurre el yo regresivo, no hay también una capacidad de flexibilidad del yo adolescente.

Esta flexibilidad es la capacidad del yo de fluctuar su relación con su mundo interno y externo desde diferentes objetos de identificación sin perder su sentido de identidad. Al fallar esta flexibilidad, domina la disociación, y aparece la esquizofrenia.

La confusión que sufre el adolescente por sus grandes cambios, genera en él una 'crisis de identidad', que es una desintegración instrumental para lograr una nueva integración, superior.

En el adolescente ocurren procesos de centralización y expansión, que lo llevarán hacia una individuación y una socialización.

El yo se sitúa entonces ante una alternativa para salir de la crisis: perderse en el sometimiento, ser castigado por la diferenciación (al comienzo exagerada) o refugiarse en la regresión enferma.

La crisis de identidad provoca sentimientos desagradables, que serán combatidos con defensas que nieguen lo más posible la realidad y el cambio, buscando preservar la cohesión yoica. Buscarán las formas de calmar la ansiedad tanto de pérdida del estado anterior como de ataque de la nueva situación.

La adolescencia es una etapa confusional provocada por las pérdidas y cambios en las tres áreas: cuerpo, relaciones objetuales externas, y relaciones objetuales internas. El yo, ante estas pérdidas, siente modificada su continuidad en el tiempo, su unidad en el esquema corporal, y su mismidad en las relaciones de objeto. Decimos aquí que el sentimiento de identidad del yo está en crisis.

La despersonalización aparece en la adolescencia como síntoma, no como síndrome. Como síntoma es agudo y está siempre asociado a ansiedades de tipo homosexual o a depresiones, fobias, reacciones disociativas esquizoides, estados fronterizos, comienzo de la esquizofrenia, toxicomanías y epilepsia temporal.

Esta situación psicótica no lleva necesariamente a un proceso esquizofrénico y su posterior restitución. Todo lo contrario, puede significar la condición necesaria para la maduración. A pesar de la fragmentación del yo, no llega aún a haber esquizofrenia por la propiedad del yo de la flexibilidad referida antes.

En la esquizofrenia, hacia los 15 años no se produce una progresiva integración. Lo normal sería que a esa edad a pesar del período psicótico previo, la fortaleza del yo aumente, y por lo tanto disminuya su estado regresivo y también sus disociaciones.

La esquizofrenia comienza en rigor cuando hay una vivencia de extrañamiento (cambio en el cuerpo), despersonalización propiamente dicha (área mente) y desrealización (cambio en los objetos), siguiendo luego un curso de pensamiento incoherente al carecer de una idea directriz; se vuelve rígido como necesidad de adherirse estereotipadamente a palabras o ideas.

Una vez que la estructura neurótica deja de serle útil, aparecen las formas clínicas, definidas por los distintos mecanismos restitutivos. Hay dos excepciones: 1) cuando hay una personalidad previa esquizoide, que se resuelve en psicosis sin solución de continuidad, y b) cuando el cambio es brusco y de entrada el sujeto empieza a delirar (forma de comienzo delirante, que corresponde tanto a la forma hebefrénica como paranoide).

Como hipótesis final, se establece que la psicosis es una manera de mantener la identidad a nivel grupal, o sea una identidad determinada desde el exterior, en detrimento de la determinación individual (yo corporal y yo psicológico). El sujeto se percibe como alguien 'influenciado' desde afuera.

Resumen de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 19.

Adolescencia y psicopatía.- En la adolescencia encontramos rasgos psicopáticos instrumentales y transitorios, que debemos distinguir de la psicopatía como enfermedad. Marquemos tres diferencias:

A nivel de pensamiento, en el adolescente las palabras como símbolos transicionales le sirven para retener aspectos infantiles, que cuando son muy persecutorios se inhiben para convertirse en ecuaciones simbólicas que las proyectan. En cambio el psicópata confunde el símbolo con lo simbolizado pues sus vínculos primitivos son indiscriminados y se mezclan durante el pensamiento mediante fantasías inconscientes muy persecutorias que impiden la formación de símbolos, teniendo que proyectarlos vía pensamiento concreto que lo impulsa a la acción.

A nivel de actividad en grupos, el adolescente participa activamente de ellos: los grupos son importantes porque entre otras cosas allí están los Ideales del Yo que deben cuidarse, y que sustituyen a los antiguos ideales familiares. El psicópata en cambio tiene también interés en los grupos, aunque no en forma transitoria sino permanente. No participa del grupo, lo usa, no busca el Ideal del Yo como el adolescente sino el Yo Ideal, proyectando en los demás el objeto destruido que luego controla omnipotentemente para evitar su reintroyección. Es exigente, controlador y explotador en el grupo.

3) En cuanto a la identificación proyectiva, en el adolescente son poco violentas, transicionales, dirigidas a objetos en las tres áreas, y no pierden conexión con la realidad. Se busca preservar al objeto, a diferencia de la psicopatía, donde las identificaciones proyectivas son defensivas, estereotipadas omnipotentemente y están al servicio de la negación de lo destruido y la identificación del Yo con el objeto ideal. En el psicópata, la estructuración infantil subyacente es la oral sádica. En dicha época, cuando la madre fracasa en devolver objetos más discriminados al niño que calmen su ansiedad, éste empieza con conductas impulsivas sin espera que luego repetirá configurándose la psicopatía.

Condensado de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión.

Rasgos de carácter en la pubertad y mediana adolescencia.- Consideramos los rasgos de carácter en la pubertad como transicionales y con una doble finalidad: elaborar una pérdida y permitir una espera. Por medio del rasgo de carácter se expresarían en el Yo las identificaciones del objeto perdido, y, al mismo tiempo, las del esperado.

Los rasgos de carácter son normales y muy importantes en la pubertad, donde funcionan como verdaderos objetos transicionales en tanto tienen una doble finalidad: elaborar la pérdida y permitir la espera.

En la pubertad, la adquisición de los rasgos de carácter en el varón tiene el mismo sentido que en la mujer: por un lado expresarán la posibilidad de elaborar un duelo (fuerte identificación con el sexo perdido) adquiriendo características transitorias de los dos sexos, y por otro la paulatina aceptación de su identidad sexual (débil identificación con el propio sexo). Ambas identificaciones (masculina y femenina) aparecen en el varón en el rasgo de carácter pasivo-compulsivo, y en la mujer en el rasgo de carácter fálico-narcisista.

En cualquiera de los dos casos, los rasgos de carácter están entonces destinados a funcionar defensivamente contra la ansiedad depresiva por lo perdido, y a la ansiedad persecutoria por el temor al ataque de lo nuevo. En suma, la pubertad o preadolescencia es un período que tiene como finalidad permitir un compás de espera antes de afrontar el conflicto edípico genital que marca el verdadero comienzo de la adolescencia (15 años).

El rasgo de carácter se reemplaza en ambos sexos por la "barra", que interviene como un objeto transicional, pues la barra es el último baluarte de bisexualidad o sea la última posibilidad de sentir impulsos sexuales confundidos con los del otro sexo, no formando ya parte de sí como el carácter, sino

como miembro del grupo. Por identificación proyectiva, en la barra cada uno vive a los demás -también a los del sexo opuesto- como parte de sí.

La aceptación de la bisexualidad real es la base para la futura aceptación de la pareja en términos de unión objetal en vez de unión narcisística.

Para terminar estos comentarios sobre los rasgos de carácter y la barra como objetos transicionales bisexuales, digamos que la psicopatología depende directamente de la falla en estas dos defensas normales para elaborar el duelo básico de la adolescencia: la pérdida de la bisexualidad fantaseada y la aceptación de la bisexualidad real. Rotas estas defensas y aceptada la bisexualidad real surge con toda claridad el conflicto edípico, que de pregenital para a plantearse en términos de genitalidad adulta a los 15 años.

Resumen de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 10.

Adolescencia y trastorno de carácter.- Cuando la estructura de carácter constituida en la adolescencia media se estereotipa e intensifica sus rasgos, estamos ante un trastorno de carácter, que se dividen clínicamente en: a) caracteropatías leves, b) neurosis de carácter, y c) caracteropatías graves. Las caracteropatías serán leves si el núcleo psicótico de la personalidad no es importante, y graves cuando este núcleo es una amenaza importante para la integridad del Yo, el cual se defenderá con falsas integraciones o seudointegraciones (seudoidentidad). El desequilibrio de estas caracteropatías puede sobrevenir durante la adolescencia y estructurar cuadros patológicos como el borderline o la esquizofrenia. Condensado de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión.

Adolescencia y estados fronterizos.- Son estados más graves (y más graves aún son la psicopatía y la esquizofrenia), donde hay un estado esquizoide donde la identidad está poco definida. Es un trastorno en la formación del "núcleo" del Yo.

El trastorno se centra en la identidad: esta debe ser negada o evitarse su integración para evitar la exposición al abandono, los que llevaría a ansiedades intolerables. Por ello hay que distinguir un estado fronterizo compensado, de otro que señala la defensa extrema del Yo por medio de la actuación para evitar la depresión grave: la descompensación del fronterizo, desde donde puede llegarse a regresiones psicóticas, neuróticas o psicopáticas, reversibles.

Para el fronterizo la pubertad es descompensatoria porque reitera una experiencia de separación -individuación importante que lo lleva a la regresión. Usa entonces para controlar la ansiedad de abandono identificaciones por imitación, que restituye la simbiosis.

En el fronterizo la distinción entre realidad interna y externa es lábil, como así también entre impulsos del ello y del Yo, y por esto hace actuaciones (actividad excesiva, adicciones, conductas antisociales, etc.).

Condensado de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión.

Adolescencia e identidad.- El trastorno fundamental de la psicopatología adolescente es un trastorno de identidad. Este trastorno presenta varios grados que van desde el más normal (llamado crisis de identidad), hasta el más grave (en la esquizofrenia), habiendo una serie de trastornos de gravedad intermedia. Cada grado de trastorno de identidad corresponde con un determinado cuadro psicopatológico.

Condensado de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión.

ADOPCIÓN

Definición.- "Aceptación en carácter de hijo por elección, de un niño que no es hijo biológico del adoptante, situación que encuadrada legalmente determinará el carácter de hijo legítimo del niño adoptado, respecto del o de los adoptantes" (Székely B, 2000:45).

Székely B (2000) *Diccionario de psicología*, Tomo I. Buenos Aires: Claridad. 9º edición.

ADULTEZ

Definición.- "Etapa del desarrollo que corresponde a la edad adulta. Se inicia normalmente a partir de los 20 años, momento en que ya se ha alcanzado la plena madurez física. Se trata de la etapa temprana de la edad adulta que se extiende hasta los 40 años, cuando comienza la etapa media. Los 65 años marcan el inicio de lo que se ha llamado la <<tercera edad>>, que dura aproximadamente hasta los 75 años, a partir de los cuales se entra ya en la edad adulta tardía. En cualquier caso, estas subdivisiones son arbitrarias y poco uniformes, puesto que dependen de diferencias individuales. El cambio físico que más afecta a la adaptación psicosocial de las mujeres es la menopausia, mientras que en los varones no se observa una modificación tan clara y señalada, si bien algunas opiniones defienden la presencia en los

misimos de un proceso equivalente (andropausia) que evidentemente no afecta a la fertilidad. Desde el punto de vista de las habilidades cognoscitivas, la memoria sufre una serie de variaciones que se manifiestan fundamentalmente en la vejez. En cuanto a la inteligencia, los procesos cristalizados (vocabulario y conocimiento mecánico) no solamente se mantienen sino que se incrementan con la edad. En cambio, las habilidades fluidas (razonamiento lógico o inductivo y velocidad intelectual) dependen mucho más de las capacidades fisiológicas, por lo que tienden a decrecer a medida que avanzan en el tiempo vital. Lo más relevante de la adultez es el desarrollo social o secuencia de acontecimientos relacionados con el trabajo, los afectos o la familia. El <<reloj social>> está determinado no tanto por la edad cronológica como por la secuencia de los diversos acontecimientos vitales (cambios en el trabajo, la pareja, abandono del hogar paterno)".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

AFFECTIVIDAD

Definición.- La afectividad es la suma de todas las reacciones afectivas. Bleuler dice que: "Todo psiquismo puede dividirse en dos partes: intelectual y afectiva". Agrega que el término comprende los afectos, las emociones y los sentimientos de placer y dolor. La afectividad y la *motilidad* son los dos métodos de la *descarga psíquica*. La "afectividad se manifiesta esencialmente en la descarga motriz (secretoria y circulatoria, por ejemplo) del cuerpo del sujeto, sin referencia alguna al mundo exterior". Ferenczi llama la atención sobre la inhibición general intelectual, que describe como debilidad mental afectiva. Es un estímulo o un motivo para la acción, de tipo afectivo o sensitivo, pero que no se presenta como finalidad.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- "La afectividad es el engranaje que impulsa toda la vida psicológica. Los estados afectivos son agradables o desagradables; oscilan entre los dos extremos: el placer y el displacer. La afectividad tiene un origen común con el instinto (núcleo instintivo-afectivo). Impregna toda la vida de la personalidad pues participa de todas sus elaboraciones intelectuales y de la actividad en general. Condiciona la conducta. Los contenidos de los estados afectivos son las emociones, los afectos, los sentimientos y las pasiones" (Betta, 1984:200).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Psicopatología de la afectividad.- La afectividad puede presentar alteraciones patológicas de orden cuantitativo y de orden cualitativo (Betta, 1984:202).

Alteraciones cuantitativas	HIPERTIMIA: Exaltación de la afectividad. Hipertimia placentera: Euforia simple; moria; hipomanía, manía. Hipertimia displacentera: Depresión simple. Hipertimia mixta: Melancolía agitada, melancolía con fuga de ideas, furor maniaco, beatitud, éxtasis. HIPOTIMIA: Disminución del potencial afectivo. Hay escasas y poco marcadas reacciones afectivas. ATIMIA: Falta absoluta de reacción afectiva.
Alteraciones cualitativas	TENACIDAD: Persistencia y fijación patológica de determinados estados afectivos (epilépticos). LABILIDAD: Cambios bruscos y repentinos en el humor sin causa justificable. Se observa en los niños, en oligofrénicos, dementes, en histéricos y distímicos. INCONTINENCIA: Incapacidad de contener las reacciones emocionales, aun las desencadenadas por estímulos pequeños (oligofrénicos y dementes). AMBIVALENCIA: Sentimientos opuestos dispensados simultáneamente a la misma persona (esquizofrénicos). PERPLEJIDAD: Sentimiento complejo en el que intervienen: la extrañeza, el desconcierto, el asombro y la desconfianza (confusos, esquizofrénicos, melancólicos). NEOTIMIAS: Sentimientos nuevos, extraños y fuera de lo común (cambio y transformación de la personalidad), (esquizofrénicos, melancólicos). CATATIMIA: Estado de intenso colorido afectivo que embarga la psique provocando la interferencia de los juicios.
La afectividad en algunos síndromes	SÍNDROME DE EXCITACIÓN PSICOMOTRIZ: Gran hipertimia, con labilidad afectiva oscilando desde la alegría y la euforia hasta la cólera y el furor. Optimistas, emprendedores, eufóricos. Liberación de la vida instintivo-afectiva. SÍNDROME DE DEPRESIÓN PSICOMOTRIZ: Humor triste con franca hipotimia. Sentimientos de impotencia, de ruina, de cambios y transformación de la personalidad (neotimias), angustia y ansiedad. SÍNDROME DELIRANTE: Hipertimia en relación con las concepciones delirantes. En las

	paranoias: sentimientos de orgullo, sobrevaloración, desconfianza y susceptibilidad. SÍNDROME ESQUIZOFRÉNICO: Hipoafectividad en relación con el mundo exterior. Vivencias afectivas intensas referidas a la vida interior; desplaceras (despersonalización, pérdida del autodomínio, neotimias). SÍNDROME CONFUSIONAL: Confusión mental leve: sentimientos de extrañeza y perplejidad. Estado confusional estuporoso: hipotimia. Confusión mental onírica: miedo y agresividad. SÍNDROME DEMENCIAL: Hipotimia; reactivación de la vida instintivo-afectiva; pérdida de sentimientos elevados; inestabilidad del humor. Estados avanzados: mínima expresión de vida psíquica. SÍNDROME OLIGOFRÉNICO: Idiotas profundos: casi no se observan reacciones afectivas. Idiotas de menor grado: experimentan alegría o tristeza; inestabilidad e incontinencia afectivas. Imbéciles: la afectividad se insinúa con más firmeza. Débiles mentales: reacciones emocionales; labilidad e incontinencia afectiva.

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Generalidades.- "La vida afectiva es el conjunto de estados y tendencias que el individuo vive de forma propia e inmediata (subjetividad), que influyen en toda su personalidad y conducta (trascendencia), especialmente en su expresión (comunicatividad), y que por lo general se distribuyen en términos duales, como placer-dolor, alegría-tristeza, agradable-desagradable, atracción-repulsión, etc (polaridad)". Vallejo Ruiloba J y otros, "Introducción a la psicopatología y la psiquiatría", Masson, Barcelona, 1999, 4º edición, pág 222.

AFFECTO

Definición.- "El afecto es la inclinación natural que mediante el aporte emocional primario conduce el humor hacia el polo placentero o displacentero. a) En el desplacer priman las emociones primarias de miedo y cólera. En un plano más elevado: pena, angustia, ansiedad, pesimismo, todo lo relacionado con los intereses del individuo, sujeto al instinto de conservación. Estas manifestaciones intelectualizadas dan lugar a las inclinaciones egoístas. b) En el placer domina la emoción primaria de amor; en un plano más elevado, alegría, satisfacción, optimismo. Al intelectualizarse dan lugar a las inclinaciones altruistas" (Betta, 1984:201).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición.- "Expresión observada de la emoción; puede no ser congruente con la descripción de la emoción hecha por el paciente" (página 314).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Afecto inducido.- Técnica dirigida a liberar emociones, utilizada con pacientes víctimas de un suceso traumático, como un asalto o violación. Primero se le enseña a relajarse, luego se lo interroga sobre el suceso traumático pidiéndole detalles. Se estimula la libre expresión de emociones y se lo apoya para aclarar sus sentimientos en relación al suceso. El procedimiento ayuda al paciente a ponerse en contacto con diversas emociones presente en el momento del suceso, incluyendo las olvidadas o bloqueadas, y a aceptar y enfrentar los sentimientos (pág. 263).

Striegel-Moore R y Slaikeu K, (1993) *Glosario de técnicas de terapia en crisis*. Incluido en Slaikeu K, Intervención en crisis. México: El Manual Moderno.

Generalidades.- 1. Warren dice que el "afecto denota cualidades sentimentales en general". Sostiene el concepto de que el afecto es más bien un estímulo del sentimiento de una concepción intelectual. (H. C. Warren, Dictionary of Psychology, Boston, 1934). Healey, Bronner y Bowers definen el afecto como una tonalidad del sentimiento; el acompañamiento placentero o doloroso de una idea o de una representación mental, diferenciándolo de la emoción, dando como ejemplo que la emoción del odio puede ser placentera o dolorosa, pues la emoción es la expresión plena o la reacción ante una representación mental. Un sentimiento es una actitud mental más abstracta y subjetiva. Shand y McDougall la definen como "un sistema organizado de tendencias emocionales alrededor de algún objeto". McDougall dice que "nuestras emociones primarias tienen por eje nuestras predisposiciones instintivas, y ese origen instintivo y la expresión emocional no sino dos aspectos inseparables de una sola actividad". Agregando luego que el afecto señala "el aspecto emocional-conativo de toda actividad mental, reconociéndose que las sensaciones de placer y de dolor están condicionadas y que en su turno reaccionan sobre la causa de tal actividad en proporción a la intensidad de las mismas". McCurdy define el afecto como "toda experiencia subjetiva que examinada retrospectivamente se considera como originada o perteneciente al organismo individual del sujeto. Puede sentirse como mental o como física, puede estimularse por una percepción sensual, por un pensamiento, o puede no tener causa. Pero nunca se piensa como cualidad de estímulo, excepto en relación al sujeto". 2. (Psicoanálisis) Sostiene Freud que los afectos son derivados de

ancestrales experiencias traumáticas de la especie, por ejemplo, el miedo es el derivado de la experiencia de nacer. Esta concepción se aproxima al concepto darwiniano, según el cual los afectos son rudimentos de instintos. En general, los afectos significan una *descarga de energías psíquicas* que, por estímulos internos y externos han sido llevadas al *aparato psíquico*. La otra posibilidad de descarga es la motilidad. Los afectos son mucho más intensos que los sentimientos y abarcan toda una personalidad. Son siempre energías instintivas del Ello las que dan origen a los afectos, pero es siempre en el campo del Yo donde éstos se desarrollan y manifiestan como descarga motora y excretora acompañada de placer y displacer. Cuando el afecto es reprimido, el estímulo no entra en la esfera conciente y las energías que dicho estímulo ha llevado al aparato psíquico permanecen en el Ello, donde pueden ser desplazadas, destruidas, transformadas o elaboradas en síntomas neuróticos. Puede darse también el caso de que la represión bloquee el camino que conduce de lo inconciente a la conducta motora excretora, de suerte que el afecto no pueda desarrollarse. Entonces, la energía psíquica del Ello que hubiera sido descargada por los afectos se desvía por cauces normales y se pone de manifiesto bajo formas de angustia. Ésta puede también ser contenida, para lo cual ha de ser mantenida alejada del Yo por medio de contra-descargas. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Bloqueo de los afectos.- Es la insuficiencia en descargar los afectos de placer o de displacer en forma adecuada, esto es, con arreglo al estímulo (*Affektsperre*). Según W. Reich se trata de un mecanismo de defensa del Yo contra estímulos inconcientes intensos. El bloqueo de los afectos es en general la consecuencia de abrumadoras experiencias infantiles. La incapacidad para alegrarse y entristecerse se considera generalmente no como un estado patológico, sino como particularidad del carácter. Suprimir el bloqueo de los afectos es una de las tareas más arduas del método del Psa. (Sterba).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Los afectos según Freud.- Freud teoriza sobre el afecto en cuatro etapas de su pensamiento:

1) *Hasta La Interpretación de los sueños (1893-1900).*- En Estudios sobre la histeria, el afecto es cierta cantidad de energía que el yo busca descargar, sea por la motricidad, sea por lazos asociativos. Además, el afecto puede ser bloqueado en su descarga, produciendo un trauma. Freud relaciona además los afectos con una base biológica, filogenética, con la condición animal del hombre.

En Proyecto de una psicología para neurólogos, considera el afecto como un factor desorganizador del aparato psíquico, y por ello este debe dominarlo mediante el pensamiento. Considera además que el afecto no es tal cual la vivencia primitiva emocional, sino su reproducción, o sea, se basa en la memoria (en una huella mnémica). El afecto aparece cuando una vivencia amenaza con despertar una vivencia anterior, sea de placer o de displacer.

En La Interpretación de los sueños, dice que los afectos, al igual que las representaciones, son sometidos, deformados por la condensación y el desplazamiento. Por ejemplo, en un sueño el afecto puede quedar sofocado.

2) *Trabajos sobre metapsicología (1915-1917).*- Sigue aquí desarrollando una idea del periodo anterior, según la cual, en la represión, el afecto se separa de la representación, y a partir de allí puede seguir varios caminos distintos: conversión somática, desplazamiento a otra representación, y transformación en angustia.

El pensamiento tiene relación con la representación, la huella mnémica, mientras el afecto con un proceso de descarga de esta representación. En Lo Inconciente, indica que los afectos pueden ser concientes e inconcientes, mientras que las representaciones pueden, además, ser preconcientes, como la representación de palabra.

Pero el afecto no es solamente una cantidad de energía, o sea además de este aspecto cuantitativo tiene uno cualitativo: unos afectos pueden transformarse en otros distintos. Por ejemplo el placer de la pulsión puede transformarse en angustia, que es un afecto displacentero.

3) *En El yo y el ello (1923).*- Aquí plantea la segunda tópica, donde diferencia inconciente (donde hay representaciones y cargas de afecto) del ello (donde solo hay pulsiones que buscan descargarse). Sostiene que la diferencia entre afecto y representación es que el primero no puede unirse a una representación de palabra. La verbalización induce el afecto, pero casi siempre por vías indirectas. Freud concluye que se reprime el afecto (antes sostenía que lo que se reprimía era la representación).

4) *En Inhibición, síntoma y angustia (1926).*- Da aquí Freud más importancia a lo cualitativo, al discriminar varios tipos de angustia, tanto en cuanto a su manifestación clínica (traumática, somática, repetitiva aguda, etc) como a su origen (ante la amenaza de la pérdida de objeto, del amor del objeto y ante el superyo).

Distingue Freud la angustia traumática de la angustia señal, siendo que la primera se descarga masivamente y la segunda en forma análoga al pensamiento, o sea como pequeñas cantidades de energía. Asimismo, Freud desplazó su interés de la angustia de castración hacia la angustia de separación.

Condensado de Green André (1994) De locuras privadas. Capítulo 6.

Los afectos después de Freud.- Hartmann: los puntos de vista genético, estructural y adaptativo.- Hartmann escribió poco sobre los afectos, pero influyó en otros pensadores como Rapaport, para quien los afectos son predisposiciones hereditarias, tienen función de descarga y además una función socio-comunicativa.

En general, los afectos pueden verse desde el punto de vista genético (por ejemplo diciendo que resultan de un trauma original. También, los afectos están ligados al desarrollo del self, y así por ejemplo un fracaso en el dominio del self lleva a afectos de vergüenza y humillación,, y un dominio a afectos positivos.

La perspectiva de las relaciones de objeto y el influjo de M. Klein.- Se cuestiona aquí la idea de afecto como descarga, y se destaca el afecto en su vinculación con las relaciones de objeto que establece el sujeto ya desde el primer año de vida. Se habla entonces menos de cargas afectivas de las representaciones, y más de investiduras de objeto. El afecto sólo es concebible en el marco de un vínculo sujeto-objeto.

Afecto y lenguaje en los debates teóricos de Francia.- Mallet distingue afectos apetitivos (que originarán los afectos aceptados por el yo), y los inhibitorios (rechazados por el yo, y cuyo prototipo es la angustia). La fuente de los afectos es el ello, pero el yo es quien los domina, y pueden producirse tensiones entre ambos.

En Lacan, el afecto es la expresión del funcionamiento de un psiquismo indiferenciado. Retoma la idea de ligazón o asociación, de Freud, ya vista. Lacan se centra en el lenguaje más que en los afectos. Pero Green dice que no hay que oponer ambas cosas, sino buscar un fundamento común a ambos, o sea tanto a la comunicación no verbal (afecto) como a la verbal (lenguaje). Un lenguaje sin afecto es un lenguaje muerto, y el afecto sin lenguaje es incomunicable. Lenguaje y afecto están unidos como lo están las representaciones de palabra y las catexias a ellas cargadas.

Condensado de Green André (1994) De locuras privadas. Capítulo 6.

Los afectos según Green.- En psicoanálisis hace falta una teoría de los afectos. Este aspecto es importante porque una cura supone un cambio afectivo. Es difícil hablar sobre los afectos porque no son fácilmente verbalizables, pero sí podemos hablar acerca de las diversas teorías que se dieron sobre los afectos.

Green distingue dos tipos de afecto: el afecto integrado y el afecto traumático. El primero está organizado, es una carga que va descargándose en diversas representaciones en forma organizada y dirigida, como ocurre en el pensamiento o el proceso secundario. En cambio el afecto traumático inunda todo el aparato psíquico desbordando las representaciones, buscando por donde sea una descarga y funciona, por tanto, según el proceso primario.

Cabe distinguir, según Green entre un afecto de función semántica en tanto elemento de la cadena significativa, y un afecto que desborda la concatenación y que se difunde rompiendo los eslabones de la cadena.

Este último afecto suele cumplir funciones defensivas: el afecto inunda todo el aparato psíquico para defenderse de la intromisión de un objeto externo (por ej. del analista con sus interpretaciones) y poder llenar así un vacío, ya que el paciente siente que experimentando afecto se puede sentir como alguien existente, y no una nada.

Sin embargo esta intromisión del afecto es vivida por el yo como una amenaza a su integridad, pues se ve invadido por afectos contradictorios, y además le impiden su propia autoobservación. Surgen afectos como la angustia de intrusión (por la intrusión del analista en la intimidad del paciente), y por otro lado angustia de separación (el self se desvincula del objeto y esto lo deja indefenso).

La inundación de afectos en el psiquismo no debe sin embargo, borrar o desdibujar el objeto (analista) internalizado, pues ese vínculo con él debe seguir para el buen fin del análisis.

Según Green, antes de instalarse huellas mnémicas derivadas de percepciones, habría huellas de vivencias afectivas (esto lo llama simbolización primaria), que en sí mismas tienden a difundirse anárquicamente, mientras que las huellas mnémicas o representaciones tienden a articularse entre sí.

El proceso luego continúa cuando, sobre la base de las vivencias afectivas originales, se establecen representaciones que, al cargarse con energía afectiva, forman los afectos propiamente dichos.

Condensado de Green André (1994) De locuras privadas. Capítulo 6.

Afectos según Kernberg.- Los *afectos* son la base biológica en el comienzo de la vida intrapsíquica, y abarca reflejos neurovegetativos, respuestas psicomotoras y sobre todo movimientos expresivos, como la sonrisa.

La comunicación con la madre es bidireccional, pues el niño también es capaz de comprender las relaciones afectivas. Más tarde, se comunicará con ella mediante el lenguaje.

Cada estado afectivo fijado en la memoria incluye una relación objetual gratificante o frustrante.

Así como los afectos son biológicos, las pulsiones son psíquicas, pues son sistemas motivacionales inconscientes y que conocemos por sus derivados: las representaciones y los afectos. Hay afectos de amor y de odio que luego devienen en las llamadas pulsiones libidinales y agresivas. La libido o pulsión

sexual resulta de la integración de afectos positivos y gratificantes, (excitación sexual), mientras que la pulsión agresiva resulta de la integración de afectos negativos y frustrantes (rabia).
Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Importancia de los afectos.- En términos generales, gracias a la profunda influencia del legado filosófico de Descartes, históricamente la cultura occidental ha tendido a considerar que las emociones son en esencia fenómenos desventajosos, disruptivos, disfuncionales e inferiores en comparación con los poderes de la razón. Sin embargo, en las últimas décadas esta comprensión unilateral y tendenciosa de los afectos se ha transformado de modo radical al quedar de manifiesto con creciente claridad el “error de Descartes” (Damasio, 1994) esto es, la injustificada separación categórica entre mente y cuerpo y, en este sentido, entre la mente y su necesario e irremediable enraizamiento en los procesos afectivos que se producen y experimentan en el cuerpo.

Según Maroda (1999), la creencia de que la cognición funciona de mejor manera sin la “interferencia” de las emociones es un mito moderno: la evidencia empírica y clínica señala que todo aprendizaje se ve facilitado por la presencia de afectos que se mantienen en un nivel manejable. Así, ha surgido un renovado entendimiento de la vida emocional que la ha vuelto a valorar como faceta crucial del funcionamiento óptimo del individuo y los vínculos interpersonales y que, incluso, la ha ubicado en el centro de la existencia humana.

En la actualidad, se considera que las emociones son fenómenos organísmicos de gran complejidad, con componentes somáticos y psicológicos, que incluyen al menos los siguientes aspectos interrelacionados: (1) un patrón específico de activación fisiológica y endocrina, que afecta la actividad del sistema nervioso autónomo y central y de la mayoría de los sistemas funcionales del organismo; (2) un estado específico del sistema motor-muscular, que incluye una determinada tendencia psicofísica a la acción; (3) una alteración específica de la forma de expresión corporal, incluyendo la expresión facial, el tono de voz, la gestualidad y el cuerpo en su totalidad; (4) una experiencia subjetiva, que incluye la percepción que el individuo tiene de todos los cambios mencionados, una evaluación cognitiva de estímulos internos y externos y la interpretación que el individuo hace de esta percepción a partir de tal evaluación; y (5) la percepción e interpretación que el entorno hace de los cambios que transcurren en un individuo (Gross, 1999; Sjödin, 1998; Traue, Deighton & Ritschi, 2005). Desde el punto de vista de la evolución psicobiológica, tal como indica Gross (1999), las emociones representan soluciones filogenéticas probadas de ciertas problemáticas adaptativas y se puede considerar que originalmente emergieron porque son capaces de coordinar de manera eficaz diversos sistemas funcionales de acción y respuesta propios del organismo, ayudando con ello a enfrentar desafíos importantes que se presentan en el ambiente.

André Sassenfeld J. Afecto, desarrollo y psicoterapia. REV DE LA ASOCIACIÓN DE PSICOTERAPIA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. 2009 MAR;(1)

AFERENTE

Definición.- En neurología, vías nerviosas que conducen los impulsos desde la periferia hacia los centros. Por ejemplo las vías sensitivas son aferentes. Sinónimo: centrípeto (se acerca al centro).
Cazau, Pablo (2002), Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

AFRONTAMIENTO

Definición.- Lazarus y Folkman definen afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”... “Así se plantea al afrontamiento como proceso y no como rasgo”... “La dinámica que caracteriza al afrontamiento como proceso no es fruto del azar, los cambios acompañantes son consecuencias de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno” (Lazarus y Folkman, 1986).

Lazarus R y Folkman S (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Definición.- Es el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos. Esta definición se orienta hacia el planteamiento de un proceso u no de un rasgo, por cuanto se refiere a lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto determinado y a los cambios que se operan cuando el contexto cambia. La definición también distingue entre esfuerzos de afrontamiento y conductas adaptativas automatizadas, evitando el problema de confundir el afrontamiento con sus resultados, razón por la que el primero es definido con independencia de los segundos (Lazarus y Folkman, 1986:200).

Lazarus Richard y Folkman Susan (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Generalidades.- Los planteamientos tradicionales sobre afrontamiento derivan de dos corrientes distintas: la experimentación animal y la psicología psicoanalítica del Yo. El modelo animal se centra en el concepto de *drive* (o *arousal* o activación) y generalmente define el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas y, por tanto, que disminuyen el grado de *drive* o de activación. Se insiste principalmente en la conducta de evitación y huida. En nuestra opinión, lo que puede aprenderse sobre el afrontamiento humano a partir de este modelo es muy poco ya que en él no se incluye el afrontamiento cognitivo y los mecanismos de defensa.

Cuando el concepto de afrontamiento se formula dentro de la tradición psicoanalítica del Yo, se relaciona sobre todo con la cognición, distinguiendo entre varios procesos utilizados por el individuo para dominar las situaciones conflictivas. Los sistemas de afrontamiento basados en el modelo de la psicología del Yo, generalmente conciben una jerarquía de estrategias que van desde mecanismos inmaduros o primitivos, que producen una distorsión de la realidad, hasta mecanismos más evolucionados.

La medición del afrontamiento basada en el modelo psicoanalítico ha tendido a considerar los rasgos en lugar de los procesos. Los "rasgos de afrontamiento" se refieren a las características del individuo que le predisponen a reaccionar de una forma determinada. El concepto de estilo es similar al de rasgo, difiriendo de éste principalmente en una cuestión de grado: el estilo hace referencia a formas más amplias de designar individuos o situaciones.

El patrón A de conducta, que apareció como resultado de la observación clínica y no a partir de la psicología del Yo, puede considerarse como un estilo de afrontamiento que incluye características conductuales, motivacionales y cognitivas. Es necesaria más investigación para determinar la estabilidad de la conducta atribuida a este patrón y poder entender así su papel en la aparición de enfermedad.

El modelo de psicología del Yo ha desarrollado mucha más investigación y pensamiento teórico sobre los estilos o controles cognitivos. Éstos hacen referencia a la actividad de afrontamiento, así como a la influencia que pueden ejercer sobre ella, aunque no puedan considerarse explícitamente como estilos.

El planteamiento de rasgos y estilos de afrontamiento es incompleto; las mediciones de tales parámetros no son buenos predictores de los procesos reales y subestiman tanto la complejidad como la variabilidad de las formas con que el individuo afronta realmente las situaciones.

La actividad de afrontamiento también debe diferenciarse de la conducta adaptativa automatizada. La primera implica esfuerzo y la segunda no, como se infiere de su adjetivación. En principio, muchas conductas son producto de un esfuerzo, pero más tarde se convierten en automáticas, cuando actúan los procesos de aprendizaje.

Como concepto, el afrontamiento se identifica típicamente con el éxito adaptativo, especialmente en los modelos psicológicos del Yo, donde los fracasos o las estrategias, no realmente eficaces, reciben el nombre de mecanismos de defensa.. Ello favorece la confusión entre el afrontamiento y sus resultados. Si se intenta avanzar en la comprensión de la relación entre afrontamiento y resultado, es decir, lo que ayuda o perjudica al individuo y de qué forma lo hace, debe considerarse el afrontamiento como aquellos esfuerzos encaminados a manipular las demandas del entorno, independientemente de cuál sea su resultado. De acuerdo con ello, no debe considerarse ninguna estrategia esencialmente mejor o peor que otra; las consideraciones sobre la adaptatividad de una estrategia deben hacerse de acuerdo con el contexto en el que se da. Por ejemplo, las conductas de negación pueden ser adaptativas en cierto sentido en algunas situaciones y/o en algunas fases de la misma situación. También se hacen necesarios principios que guíen la evaluación de la adaptatividad de las estrategias de afrontamiento.

Por último, el afrontamiento no debería confundirse con el dominio sobre el entorno; muchas fuentes de estrés no pueden dominarse y en tales condiciones el afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar o, incluso, ignorar aquello que no puede dominar (Lazarus y Folkman, 1986:162).

Lazarus Richard y Folkman Susan (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Etapas del afrontamiento.- Los cambios que se dan en el afrontamiento a menudo se conceptualizan como correspondientes a etapas. Hay que tener cuidado con las formulaciones de este tipo cuando impliquen una secuencia invariable; la evidencia sugiere variaciones sustanciales entre las personas en cuanto a la regulación y duración de las distintas situaciones estresantes, e incluso en una misma situación. Más aun, lo que a veces pueden parecer etapas de afrontamiento originados por el propio individuo, realmente pueden representar una secuencia de demandas externas, como ocurre con los conceptos de anticipación (o aviso), confrontación y postconfrontación, que aparecen en las investigaciones sobre desastres.

Lazarus Richard y Folkman Susan (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Funciones del afrontamiento.- El afrontamiento sirve para dos funciones primordiales: manipular y alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). A partir de los casos observados y de la investigación empírica, se puede sostener la idea de que existen estos dos tipos de funciones. El afrontamiento dirigido al problema, y el dirigido a la emoción se influyen

el uno al otro y ambos pueden potenciarse o interferirse. El modo de afrontamiento de un individuo viene determinado por los recursos de que dispone (como la salud y la energía física), las creencias existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los compromisos que tienen una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales.

El afrontamiento también viene determinado por las coacciones que limitan la utilización de los recursos disponibles. Los condicionantes personales incluyen valores y creencias culturales interiorizadas, que proscriben ciertas formas de conducta, y los déficit psicológicos. Los condicionantes o factores coactivos ambientales incluyen las demandas que compiten por los mismos recursos y las empresas o instituciones que impiden los esfuerzos de afrontamiento. Los altos grados de amenaza también pueden evitar que un individuo utilice sus recursos de afrontamiento de forma efectiva.

Los esfuerzos para ejercer control sobre las situaciones es sinónimo de afrontamiento. Por otro lado, el control en el sentido de creencias generales y/o situacionales actúa influyendo en los procesos de evaluación. La distinción entre control como afrontamiento y control como evaluación resulta esencial para que ambos conceptos queden claros en el campo teórico y experimental.

Aunque ya ha sido aceptado que el afrontamiento *per se* cambia a lo largo de la vida, esta suposición no ha sido demostrada empíricamente. La investigación actual sugiere que las fuentes de estrés cambian a medida que el individuo envejece, y, como consecuencia de ello, el afrontamiento también ha de variar para poder atender las nuevas demandas. Para tratar esta cuestión a fondo son necesarios los estudios longitudinales (Lazarus y Folkman, 1986:201-202).

Lazarus Richard y Folkman Susan (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Estrategias de afrontamiento.- ¿De qué defensas o *estrategias de afrontamiento* ("coping strategies") dispone el sujeto para hacer frente a la experiencia estresante?

En primer lugar, puede oponerse a la situación o al agente estresante, bien a través de mecanismos de defensa o bien procediendo a la acción para modificar el contexto objetivo. Entre los mecanismos de defensa se puede hablar de la *defensa perspectiva* -que respondía a una percepción selectiva del entorno, gracias a la cual se evita la cognición de la amenaza- y de la *negación*, que se trataría de una cognición de la que se han suprimido los significados amenazantes. La *distracción* puede ser considerada como otro mecanismo que operaría reduciendo la tensión emocional y el procesamiento de información perturbadora (Jaremko, 1983).

Dentro de los mecanismos defensivos también es incluible el *aislamiento mental* (*mental isolation*), estrategia cognitiva de distanciamiento emocional, que permite al sujeto "compartimentar" su experiencia manteniéndola dentro del plano racional. Tal capacidad ha demostrado su poder protector en sujetos sometidos a condiciones aversivas externas (Sorason y cols., 1978, citados por Valdés y Flores, 2000) y hay que suponerla dependiente del control emocional. Esta última consideración podría establecer diferencias individuales de acuerdo con las puntuaciones en la dimensión neuroticismo (N), a las que habría que añadir otras características cognitivas congruentes con la capacidad para aislarse emocionalmente (por ejemplo, cabe destacar la alta autoestima o la confianza en las propias habilidades) (Valdés y Flores, 2000:32-33).

El *apoyo social* (*social support*) es otra variable protectora que cabe mencionar. Como el modelo en que se integran estas variables pretende operar con inferencias hechas desde el plano de los fenómenos subjetivos, es más correcto hablar de la percepción de tener *apoyo social* (*perceived social support*). Dicha percepción parece ser eficaz hasta el extremo de estimular y mejorar las estrategias de afrontamiento y de hacer menos necesaria la utilización de otros mecanismos de defensa. Aunque ello sea así, hay tipos de apoyo social que coartan la libertad del sujeto para tomar decisiones (como en el caso del divorcio), o transmiten valores generadores de conflicto para el individuo, como lo demuestran las escalas de acontecimientos vitales estresantes (Valdés y Flores, 2000:32-33).

Valdés Manuel y Flores Tomás (2000) Psicobiología del estrés. Conceptos y estrategias de investigación. Barcelona: Martínez Roca.

Estrategia de afrontamiento.- Las estrategias de afrontamiento son, junto a los mecanismos de defensa, mecanismos psicológicos que reducen las consecuencias de un acontecimiento estresante, de modo que el individuo pueda seguir funcionando normalmente. "El término 'estrategias de afrontamiento' se refiere a actividades de las que el individuo es consciente, mientras que el término 'mecanismo de defensa' denota procesos mentales inconscientes. Las estrategias de afrontamiento pueden ser tanto adaptativas como inadaptativas. Las primeras incluyen evitación de aquellas situaciones que provocan malestar, resolver los problemas y aceptar la situación. Las segundas son, entre otras, consumo excesivo de alcohol y drogas, conductas histriónicas o agresivas y gestos autolíticos. Las estrategias mencionadas como adaptativas pueden transformarse en inadaptativas si se emplean durante mucho tiempo. Por ejemplo, la evitación es una adecuada respuesta precoz a la situación estresante, pero si se mantiene durante mucho tiempo impide los procesos de resolución y aceptación de los problemas" (Gelder y otros, 1999:90).

Gelder M, Mayou R y Geddes J (1999), Oxford Psiquiatría. Madrid: Marbán, 2da. Edición.

Afrontamiento y edad.- "Lazarus y Folkman afirman que en el afrontamiento se dan diferencias relacionadas con la edad, pero éstas dependen de las distintas tensiones que afectan a los ancianos y a los jóvenes... Las tensiones que ofrecen retos positivos se hacen menos frecuentes con la edad. Aunque las pérdidas no aumentan mucho con los años tal vez las que experimentan los ancianos estén más estrechamente relacionadas con su identidad, y por lo tanto, resulten más amenazadoras. De igual manera con la edad cambia la naturaleza de los pequeños problemas que también causen estrés" (Craig, 2001).

Craig G (2001) Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall, 8ª edición.

Afrontamiento y edad.- "Algunos estudios señalan que las habilidades de afrontamiento decaen durante la senectud, pero otros indican que la gente madura en cuanto a su estilo de afrontamiento. Hay pruebas de que los estilos de afrontamiento de hombres y mujeres cambian de manera distinta" (Craig y Baucum, 2001:601).

"Algunas investigaciones revelan que los estilos de afrontamiento cambian con la edad. Los jóvenes suelen utilizar más estilos activos y orientados a la solución de problemas; los ancianos son más pasivos y se concentran más en las emociones" (Craig y Baucum, 2001:601).

Craig G y Baucum D (2001) Desarrollo psicológico. México: Pearson Educación, 8º edición.

Afrontamiento en la terapia de la esquizofrenia.- "Aunque hay en la actualidad datos convincentes que confirman la eficacia de las terapias psicológicas en la esquizofrenia, los procesos terapéuticos que activan se desconocen en gran medida. Para aplicarlas de manera efectiva en la práctica clínica, la identificación de estos procesos es esencial. En un estudio controlado, se examinó la eficacia de un enfoque de terapia orientado al afrontamiento para los pacientes de esquizofrenia. Además, el estudio pretendía establecer hipótesis preliminares sobre los factores relevantes terapéuticamente. Se encontraron efectos del tratamiento en la importancia de las manifestaciones psicopatológicas, el grado de conocimiento del trastorno y el nivel de funcionamiento social. Además, el dominio de los pacientes de estrategias de afrontamiento activas centradas en el problema inmediatamente después de la conclusión de la terapia predecía mejor una evolución psicopatológica y social más favorable medida 12 y 18 meses después de ese momento. Los hallazgos subrayan la relevancia clínica de estilos de afrontamiento específicos y corroboran la conveniencia de centrarse en aspectos de la conducta de afrontamiento en las intervenciones psicológicas para los pacientes de esquizofrenia".

Karl Andres; Mario Pfammatter; Alexander Fries; Hans Dieter Brenner, La significación del afrontamiento como variable terapéutica para el desenlace clínico de la terapia psicológica en la esquizofrenia. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2003; 18(4):149-154.

Estrategias de afrontamiento y felicidad.- Resumen: Objetivo: Se pretende analizar el papel de las estrategias de afrontamiento en la felicidad. Material y método: Sujetos: 110 estudiantes universitarios de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona con una edad media de 19,3 años (DE=2,1). Procedimiento: Los participantes cumplimentaron de forma individual un cuestionario en el que se incluían, entre otros aspectos: la escala TMMS (Trait Meta-Mood Scales) de Mayer y Salovey (1997) en la versión castellana de Fernández Berrocal et al (2004) para evaluar la inteligencia emocional percibida; la escala de felicidad general de Lyubomirsky y Lepper (1999), y la versión abreviada del cuestionario COPE en su adaptación española (Perczek, Carver, Price, & Pozo-Kaderman, 2000) para determinar las estrategias de afrontamiento, así como algunas variables demográficas como sexo, edad, curso, etc. Resultados y conclusiones: a) la mayoría de los estudiantes se consideran a si mismos felices; b) la escala de felicidad correlaciona significativa y positivamente con la estrategia de afrontamiento denominada reestructuración positiva y, negativamente con la estrategia de abandono: c) los estudiantes más felices se diferencian por usar, en mayor medida, como estrategias de afrontamiento ante una situación difícil la reestructuración positiva y el abandono del afrontamiento cuando la situación no se puede controlar o no se conseguir el objetivo deseado. Los resultados parecen indicar que las personas más felices usan determinadas estrategias de afrontamiento ante situaciones difíciles.

Joaquín T. Limonero; Joaquín Tomás-Sábado; Jordi Fernández-Castro; Amor Aradilla Herrero, Relación entre estrategias de afrontamiento y felicidad: Estudio preliminar1. INTERPSIQUIS. -1; (2008).

AGRESIVIDAD

Definición de agresión.- "Comportamiento socialmente definido como afrentoso o destructivo. Se diferencia la agresión hostil, que tiene como propósito infligir deliberadamente un daño o sufrimiento a otra persona, de la agresión instrumental, que persigue otro objetivo que el del padecimiento de la víctima".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 614.

Generalidades.- Para Winnicott (Nelken, 2001) la agresión es un hecho positivo que hace sentirse al niño, vivo, sobre todo cuando la organiza y canaliza bien. La agresión no es lo mismo que la destructividad. No liga la agresión con el instinto de muerte, sino que tiene que ver con el erotismo muscular, con la necesidad de descargar. La agresividad y sus derivados tienen que ver con el fallo en la provisión ambiental en las distintas etapas (dependencia absoluta y dependencia relativa).

Según Winnicott (1965) cuando se produce un fallo en la provisión ambiental en la etapa de dependencia relativa, el bebé experimentará la "desposesión", cuyas manifestaciones serán conductas agresivas, actos destructivos, robo, compulsión a la crueldad, ciertas perversiones sádicas, que engloban la tendencia antisocial, como intento por recuperar el momento previo a la desposesión, cuando el ambiente era sostenedor y confiable.

Ellen Wachtel, sostiene que "al observar con detenimiento el entorno y la historia familiares de los niños que manifiestan sentimientos de ira extremos, por lo común se comprueba que han tenido que soportar reales frustraciones y privaciones intensas, aunque también la gratificación excesiva es fuente de ira y sentimientos de privación, aunque esto parezca paradójico, debido a que el niño no tuvo que aprender a superar la frustración ya que los padres han prestado tanta atención a las necesidades y deseos de su hijo que éste responde ante cualquier cambio en la familia con ira extrema" (Wachtel, 1994:86).

La experiencia clínica demuestra que los chicos pueden desarrollar expectativas quiméricas sobre la cantidad de atención y acomodación a las necesidades que "deben" recibir, por lo que les resulta difícil adaptarse a situaciones interpersonales más exigentes, creándose un círculo vicioso de ira y culpa instaurándose en sentimiento de "mala semilla". Willock también describe su trabajo con niños sumamente agresivos, y señala, que "amenazas o desaires leves o imaginarios son tomados por peligros reales y graves. Al sentirse tan vulnerable, el niño cree necesario mantenerse siempre listo para apelar a operaciones de seguridad primitivas y agresivas, y defenderse así de tales ataques" (Wachtel, 1994:33). Algunos se entregan a conductas impulsivas y peligrosas con la esperanza inconsciente de que, al ver que corren peligro sus padres se preocuparán por su bienestar. Willock, describe lo que él denominó "Self desatendido y despreciado", estos chicos abrigan el temor de no ser sólo insignificantes y despreciables para el mundo, sino ser absolutamente repulsivos.

Nelken, A. (2001). El pensamiento de Donald Winnicott en la WEB. Disponible en: <http://www.edupsi.com/winnicott>

Wachtel, E. (1994). La Clínica del Niño con Problemas y su Familia. Buenos Aires. Amorrortu.

Winnicott, D. (1965). Los procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador.

Agresividad y narraciones.- Según un estudio hecho en los EEUU, las niñas que relatan temas agresivos cuando se les pide que narren una historia tienen mayores problemas de conducta en la escuela y en el hogar que sus compañeras. El trabajo realizado por el Centro Nacional Judío para la Investigación Médica de Denver (Colorado), filmó y examinó más de 5000 historias contadas por 625 mellizos de cinco años del mismo sexo, y será publicado en agosto en la revista American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Kim Kelsay, miembro del equipo de investigaciones del Kelsay, indicó que "la agresión en las historias de las niñas estaba dirigida a sus padres y maestros". Por otra parte, Joseph Hagan, vocero de la Academia de Pediatras de EEUU, se mostró crítico al sostener que "es muy difícil predecir el comportamiento normal de un niño de cinco años, ya que no sólo depende de este sino del ambiente que lo rodea".

(Cuentos que esconden una mala acción. Diario La Razón, Buenos Aires, 28-7-2000).

Definición.- "La agresión es cualquier forma de comportamiento dirigida a herir o dañar a otra persona, la cual trata de evitarlo. La agresión implica también el deseo de herir que puede inferirse por los acontecimientos que preceden o siguen a los actos de agresión. La agresión y la violencia están presentes en muchas situaciones clínicas, que van desde la intoxicación por alcohol u otras sustancias, hasta los trastornos cognitivos en niños maltratados, pasando por las actitudes antisociales crónicas. La violencia se ha descrito como el resultado de la ruptura del equilibrio entre los impulsos y el control interno" (página 176).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Etimología.- AGREDIR: (del latín *aggredi*) acometer a alguno para matarlo, herirlo o hacerle cualquier daño. AGRESIÓN: (del latín *agressio-onis*, de *agre-di*, acometer) acción y efecto de agredir. // Forense: acto contrario al derecho de otro. AGRESIVIDAD: (de agresivo) acometividad. AGRESIVO / VA: (del latín *agressus*, p.p. de *agressi*, agredir) propenso a faltar el respeto, a ofender o a provocar a los demás. // Que implica provocación o ataque. Discurso agresivo, palabras agresivas. AGRESOR / RA: (del latín *agressor,-oris*) que comete agresión.// Forense: se dice de la persona que viola o quebranta el derecho de otra. // Forense: aplícase a la persona que da motivo a una querrela o riña, injuriando, amenazando, desafiando o provocando a otra persona de cualquier manera.

Diccionario de la Lengua Española Espasa Calpe (1970).

Definiciones.- Lorenz, desde la Etología, definirá la agresividad en términos de un mecanismo que permite la supervivencia. Lorenz explica el porqué de la agresividad en relación al instinto. Los instintos

están al servicio de la supervivencia de la especie y se activan cuando ésta se ve amenazada (Lorenz, 1938, 1985).

Desde la psiquiatría, la agresión puede definirse como una constelación de pensamientos, sentimientos y acciones específicas que se movilizan por frustración de un deseo o necesidad, y cuyo objetivo es suprimir la frustración al permitir la descarga pulsional (Kaplan, 1992).

En un contexto psicoanalítico, la agresividad es la tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas, dirigidas a dañar a otro, a destruirlo, a contrariarlo, a humillarlo, etc. (Laplanche J y Pontalis, 1981).

Asimismo, el Diccionario de Psicoanálisis de Charles Rycroft (1976) concibe la agresión como una fuerza hipotética, instinto o principio que se supone que actúa sobre una amplia gama de actos y sentimientos. Se lo considera con frecuencia como antitético de sexo o libido, en cuyo caso es utilizado para hacer referencia a impulsos destructivos. Aún cuando es usado como sinónimo de destructividad, existe la controversia sobre si es impulso primario, o sea, si hay un instinto agresivo, destructivo, o si es una reacción contra la frustración.

La agresión puede adoptar (Farré Martí J, 1999:23) modalidades distintas de la acción motriz violenta y destructiva; no hay conducta, tanto negativa (negación de ayuda, por ejemplo) como positiva, tanto simbólica (por ejemplo la ironía) como efectivamente realizada, que no pueda funcionar como agresión.

Farré Martí J (1999), *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Océano.

Kaplan H y Sadock B (1992) *Compendio de Psiquiatría*. México: Salvat. 2º edición.

Lorenz K (1938), *Etología*. Madrid: Espasa-Calpe.

Lorenz K (1985) *Consideraciones sobre las conductas animal y humana*. Barcelona: Planeta-Agostini.

Laplanche J y Pontalis J (1981) *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor, 3º edición.

Rycroft C (1976) *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

La agresividad según Lorenz.- Cuando Lorenz traslada el estudio de la agresividad a los seres humanos, homologa los descubrimientos en torno a los animales, considerando que las conductas agresivas de todas las especies se pueden agrupar en dos tipos:

Interespecíficas: entre animales de diferente especie. Pueden llegar a comportar la muerte del contrincante (lucha por el territorio, etc).

Intraespecíficas: entre animales de la misma especie. Estas conductas, excepto en algunas especies, no acostumbran a llevar a la muerte del contrincante, sino lo que se busca es la sumisión del otro.

Lorenz expresa que los animales tienen un instinto inhibitorio de las conductas agresivas, que se activa cuando realizan conductas agresivas dentro de la misma especie, y permite la inhibición de la conducta.

Después de estudiar el comportamiento de algunos vertebrados superiores, Lorenz entiende que tiene cada vez más indicadores que emparentan al hombre con aquellos. Al respecto expresa: "No cabe ninguna duda, en opinión de cualquier hombre de ciencia, de que la agresión interespecífica y la intraespecífica son, en el hombre, un impulso espontáneo en el mismo grado que en la mayoría de los vertebrados superiores. El principio de síntesis entre los hallazgos de la etología y el psicoanálisis no deja tampoco ninguna duda de lo que Freud ha denominado "instinto de muerte" no es mas que la desviación de este instinto que, en sí mismo, es tan indispensable, para la supervivencia como cualquier otro" (Lorenz, 1938).

Lorenz K (1938), *Etología*. Madrid: Espasa-Calpe.

La agresividad según la neuroendocrinología.- El factor biológico de la agresividad, objeto de estudio de las neurociencias en las últimas décadas, es el menos conocido y el que mayores interrogantes plantea a los científicos en su afán por explicar las conductas violentas. A pesar de que los experimentos con seres humanos no alcanzan en cantidad a los realizados con especies de laboratorio, como ratones o simios, la ciencia actual está en condiciones de detectar y de identificar los rincones cerebrales donde se esconde la agresividad, así como las reacciones neuroquímicas que se establecen en el organismo ante situaciones de violencia, miedo, peligro, etc.

Métodos como la estimulación eléctrica del cerebro (EEC) han servido para localizar los diversos centros encargados de modular el placer, el dolor o la agresividad. Así, por ejemplo, se ha comprobado que una corriente aplicada en una zona del sistema límbico puede desencadenar una reacción de furia, de afecto o incluso de hambre. En el campo clínico, los modernos procedimientos de análisis de imágenes (tomografía de emisión de positrones, resonancia nuclear magnética, resonancia magnético-nuclear funcional, magnetoencefalografía, etc.) permiten profundizar en la investigación visual de la relación entre la estructura y la función del cerebro.

También se utilizan drogas capaces de reducir la impulsividad y la agresividad, se investiga con la posibilidad de sustituciones hormonales e intervenciones quirúrgicas para controlar la violencia e incluso hay quien predice que está próximo el momento en el que un análisis de sangre o una exploración cerebral puedan servir para pronosticar el potencial violento de un individuo y establecer tratamientos preventivos.

Pero, ¿cuáles son los resortes fisiológicos que condicionan esta conducta? ¿Qué mecanismos neuronales determinan el grado de agresividad de un individuo o el paso a un comportamiento violento?

Las emociones que producen un comportamiento específico se originan en determinadas áreas del cerebro y son el resultado de reacciones electroquímicas dentro de su intrincada red neuronal. Las emociones están condicionadas por la actividad en el tálamo, en el mismo centro del cerebro; en el hipotálamo, justamente debajo de aquél; en el sistema límbico, y en el sistema reticular.

Concretamente, las bases neurobiológicas de la agresividad se hallan en la corteza prefrontal y en la amígdala del cerebro, considerada como la estructura dominante en la modulación de la violencia. La amígdala y el hipotálamo trabajan en estrecha armonía, y el comportamiento de ataque o agresión puede ser acelerado o retardado según sea la interacción entre estas dos estructuras. Del mismo modo, se ha comprobado en laboratorio que el estímulo eléctrico de la amígdala aumenta todos los tipos de comportamiento agresivo en los animales y hay signos que sugieren una reacción similar en seres humanos.

Por otra parte, estudios realizados en distintas regiones del córtex prefrontal del cerebro, sobre áreas específicas de control de las emociones negativas, han puesto de manifiesto la interrelación entre el córtex frontal orbital, el córtex anterior cingular y la amígdala. Algunos científicos sostienen que la corteza prefrontal actúa como freno ante los impulsos agresivos y así parecen confirmarlo los experimentos realizados con gatos, que dejaron de atacar a los ratones al recibir un estímulo en ese área. Así queda establecido que, mientras el córtex frontal orbital desempeña una función decisiva en el freno de impulsividad, el córtex anterior cingular moviliza a otras regiones del cerebro en la respuesta frente al conflicto.

En este sentido, resultan también aclaratorias las investigaciones con humanos (Locke, 1992), que relacionan la violencia con lesiones producidas en esa zona. Estas investigaciones concluyeron que personas violentas, psicópatas y gente condenada por asesinato tenían una reducida actividad en la corteza prefrontal. A pesar de estas confirmaciones no hay que olvidar que también existen muchas personas con daños en la corteza prefrontal que no cometen actos violentos... Según se ha demostrado en investigaciones con monos, los niveles de serotonina en el organismo tienen una influencia directa sobre los estados de ánimo. Agotando sus niveles de este neurotransmisor aumentaba su comportamiento violento, mientras que al incrementar los niveles de serotonina se reducía la agresión favoreciendo las interacciones pacíficas con otros individuos. En humanos con conductas de agresión impulsiva se ha comprobado lo mismo e incluso se han detectado niveles bajos de serotonina en el líquido espinal cerebral de individuos que se suicidaron de una manera violenta. Aunque estos resultados presentan una correlación interesante, aún no se comprende bien la relación causa efecto, pues cabe también la posibilidad de que el propio comportamiento agresivo induzca niveles bajos de serotonina y no a la inversa (Fernández Elvira).

Además de la serotonina, otros neurotransmisores implicados en el gobierno de las emociones son las endorfinas, la acetilcolina, la noradrenalina, la dopamina y el ácido gama-amino-butírico (GABA). En concreto, la impulsividad y el descontrol emocional se relacionan también con un déficit de endorfinas. Con el descubrimiento en 1975 de las endorfinas (morfinas endógenas) nacieron también las técnicas de estimulación química para experimentación. Estas técnicas consisten en la estimulación de determinados circuitos de las redes neurales del cerebro con la inyección de diversas sustancias químicas con el fin de producir diferentes respuestas emocionales. Se ha observado así que los animales muestran patrones de conducta muy similares a los del hombre y pueden, por ejemplo, aprender rápidamente a mover una palanca para recibir inyecciones de sustancias adictivas, como opiáceos, barbitúricos, alcohol, cocaína, etc.

Por su lado, las glándulas endocrinas de secreción interna también son capaces de liberar sustancias, hormonas, que influyen en la conducta emocional del individuo, como la hormona del crecimiento, la tirotrópica, las gonadotropinas, los estrógenos, la progesterona y, en lo que atañe a la agresividad, especialmente la testosterona y la vasopresina.

Aunque es conocida la relación entre testosterona y agresión, y ello condiciona, en parte, que los individuos masculinos sean físicamente más agresivos que las mujeres, aún quedan puntos a aclarar de su funcionamiento. En animales, la reducción de la testosterona elimina su estatus social de dominio, que se recupera con el restablecimiento, por inyección, de la hormona. Sin embargo, esta reacción sólo se produce en individuos que ya tuvieran una posición previa dominante, es decir, la administración de testosterona a individuos con menos estatus no los coloca en una jerarquía superior. En cuanto a otra hormona implicada en la modulación de la agresividad, la vasopresina, experimentos recientes con ratones de monte parecen abrir un campo de esperanza para los tratamientos de conductas violentas, desviaciones sexuales y hasta autismos. El experimento consistió en realizar una modificación genética en los receptores de esta hormona con lo que se consiguió transformar la conducta de los ratones, considerados polígamos y solitarios, logrando que se convirtieran en monógamos y con un marcado instinto de protección de sus crías.

Otras sustancias, como el cortisol, están siendo investigadas por su relación con las conductas agresivas, y se ha comprobado que los niveles salivares bajos de cortisol pueden encontrarse inversamente relacionados con una conducta agresiva. Así, en situaciones de miedo o de alto estrés aumentan las tasas

de cortisol en el organismo y su bajo nivel indicaría ausencia de miedo, lo que incrementaría la posibilidad de una respuesta agresiva en una situación de castigo, por ejemplo.

Condensado de:

Fernández Elvira (1987) *Bases neurobiológicas de la agresividad*.

Locke Steven, (1992) *El médico interior*. Buenos Aires: Sudamericana, 1992.

La agresividad según la neurobiología.- La neurobiología ha explicado también la importante relación existente entre comportamiento agresivo y estados afectivos (especialmente emociones violentas). Cuando enfrentamos algún peligro normalmente experimentamos alguna emoción: miedo, cólera, terror, etc. Desde ya, también se suscitan emociones en otras circunstancias, como por ejemplo cuando las personas son acariciadas, estimuladas sexualmente, elogiadas, admiradas, etc.

Existen diferentes teorías para explicar las emociones, desarrolladas desde fines del siglo XIX.

Pueden citarse por ejemplo, la teoría periférica de James-Lange de 1885, la teoría cognoscitiva de Schachter (Legewie H. y Ehlers W, 1974:164), la teoría talámica de Cannon-Bard de las primeras décadas de nuestro siglo, la teoría de los niveles de activación de Lindsley de 1951 (Woodworth R. y Schlosberg H, 1971:107). Las teorías de James-Lange y la de Cannon-Bard durante más de 20 años llenaron la literatura psicológica de interminables discusiones, concretamente el periodo 1885 a 1905.

Estableciendo una secuencia cronológica en la aparición de estas teorías, podemos consignar lo siguiente (Székely, 2000):

- La primera fue desarrollada por W James (1884) e independientemente, por V. Lange (1885).
- La teoría de Cannon-Bard fue desarrollada por Walter Cannon (1871-1945), un fisiólogo y psicólogo americano que investigó la fisiología de las emociones y planteó el concepto de homeostasis. Su teoría de las emociones vio la luz en un texto de 1915: "Bodily changes in pain, hunger, fear and rage", en colaboración con F. Bard.

Según ambas teorías (Legewie H. y Ehlers W 1974), las emociones surgen porque en el entorno aparece alguna situación peligrosa que el organismo percibe como tal. Para James-Lange, inmediatamente luego de la percepción de un suceso excitante sobrevienen una serie de cambios corporales periféricos (en la superficie del cuerpo) tales como llorar, ruborizarse, ponerse a temblar, respirar agitadamente, etc., y luego, como consecuencia de estas sensaciones corporales sobreviene la emoción, por ejemplo la experiencia de sentir terror. La corteza cerebral entonces percibe la excitación, esto produce alteraciones corporales y estas a su vez desembocan en la emoción. James-Lange diría: estamos aterrorizados porque temblamos (y no al revés, estamos temblando porque estamos aterrorizados), o también: estamos tristes porque lloramos (y no al revés). En una palabra: primero percibimos el peligro, después huímos (reacción corporal) y luego nos aterrorizamos (emoción).

Cannon y Bard sostienen, en cambio, que el estímulo peligroso es primero captado por el hipotálamo, un pequeño órgano situado en la base del cerebro, y desde allí se irán a producir una serie de descargas: hay una descarga ascendente, hacia la corteza cerebral, gracias a la cual experimentamos la emoción de miedo o terror, y simultáneamente se produce una descarga descendente, hacia el resto del cuerpo, y que es la que produce las modificaciones corporales correspondientes.

Por lo tanto, en oposición a James-Lange, la emoción como experiencia consciente resulta de una descarga del hipotálamo hacia la corteza cerebral y NO de un retorno de impulsos desde los músculos o la periferia del cuerpo. Para James-Lange, los cambios corporales preparan el terreno para experimentar emociones, mientras que para Cannon-Bard, las emociones intensas preparan al organismo para una vigorosa actividad durante el estado de peligro, por la mediación de las estructuras sub- corticales del cerebro (hipotálamo, tálamo, sistema límbico en general).

Los partidarios de Cannon-Bard acumularon muchos elementos de juicio en contra de James-Lange, entre los cuales podemos citar los siguientes: a) Si desconectamos artificialmente las descargas descendentes que producen las alteraciones corporales (por ejemplo seccionamiento del nervio vago), esto no impide experimentar las emociones, y por lo tanto éstas no son consecuencia de alteraciones corporales, ya que éstas no se produjeron; b) Las mismas alteraciones corporales pueden estar asociadas con distintas emociones, lo cual tiende a mostrar que esas alteraciones no producen las emociones. Tanto la ira como la alegría, emociones muy distintas, pueden ambas estar asociadas con el temblor. Del mismo modo, podemos llorar de tristeza pero también de felicidad; c) La inducción artificial de alteraciones corporales no produce ninguna emoción natural: si nos provocamos lágrimas usando una cebolla, estas lágrimas no nos producirán tristeza. Hoy día, la teoría de James-Lange ha quedado en el olvido.

Legewie H. y Ehlers W (1974) *Psicología moderna*. Barcelona: Omega.

Székely B (2000), *Diccionario de psicología*. Buenos Aires: Claridad. 9º edición.

Woodworth R. y Schlosberg H (1971) *Psicología experimental*. Buenos Aires: Eudeba, 3º edición.

La agresividad según Anna Freud.- Anna Freud ha asignado especial importancia al tema de la agresividad, como se desprende del siguiente párrafo: "La agresión, la destrucción, sus expresiones y su desarrollo, constituyen actualmente el centro de interés para la Psicología dinámica, de la misma manera que el desarrollo de la función sexual lo constituyó a comienzos de siglo" (Freud A, 1947).

Anna Freud va a diferenciar entre los impulsos agresivos dirigidos contra el propio cuerpo del niño, y los impulsos agresivos dirigidos contra el mundo de los objetos.

En relación a los primeros hace un paralelismo entre la energía agresiva y la sexual, dice "en fases muy tempranas la energía agresiva puede descargarse en el propio cuerpo del mismo modo en que la energía sexual (libido) se descarga en actividades auto eróticas" (falta agregar referencia bibliográfica: estoy buscandola).

Va a tomar como ejemplo de esto las actividades de golpearse la cabeza en niños pequeños, un equivalente auto-destructivo de las actividades rítmicas de balanceo auto erótico. Se refiere a este hecho como de ocurrencia ocasional, el golpearse la cabeza ocurre con menos frecuencia que el balanceo, considerándose esta conducta casi anormal y puede resultar en un daño verdadero.

Otra actividad autodestructiva que considera es la actividad de los bebés y niños pequeños de tirarse los cabellos. Hoffer (1953) describe el caso de una niña débil mental, que se había dañado gravemente sus brazos mordiendo, a pesar de que era incapaz de morder el alimento. Anna Freud coincide con Hoffer cuando este postula que mientras en el primer año la succión del pulgar o cualquier otra parte de la mano es una expresión autoerótica normal, el morder como actividad auto erótica es anormal y se encuentra en niños deficientes o psicóticos.

Anna Freud agrega a la posición de Hoffer la idea de que es esencial para la normalidad del niño que sus impulsos destructivos sean efectuados contra objetos animados o inanimados del medio ambiente.

También entiende que en una etapa posterior la agresión se utilizara de nuevo normalmente de un modo auto-destructivo, pero entonces estará empleada por el super yo y dirigida contra el yo y no contra el cuerpo del sujeto.

En relación a los "impulsos agresivos dirigidos contra el mundo de los objetos" dice que los elementos eróticos y destructivos están tan íntimamente ligados entre sí que resulta difícil determinar cuál ha sido la contribución de uno u otro grupo de instintos en una reacción cualquiera. En cada una de las fases sucesivas del desarrollo pregenital la energía agresiva es un componente indispensable para el impulso sexual.

Las manifestaciones de ambos impulsos para Anna Freud, estarían por ejemplo en la conducta hacia los alimentos, desplazamiento del ligamen emocional del niño con el pecho de la madre. Considera que en la etapa oral el componente agresivo se expresa en la acción de "succionar hasta vaciar su objeto, tratar de incorporar todo dentro de sí".

En la etapa anal la fusión entre las tendencias autoeróticas y agresivas se manifestaría en lo que Anna Freud describe como: "amor posesivo, atormentador y agotador que le demuestran a sus madres y que resulta en una relación exigente". Este párrafo resulta particularmente esclarecedor de la hipótesis sostenida en esta tesis: la incidencia del factor social en la conducta agresiva: una madre particularmente exigente operará en ese momento como factor desencadenante para que el niño libere su agresividad como manera de expresar su disconformidad.

Por otro lado va a considerar la agresión dirigida a los juguetes y animales. Los juguetes y animales serían amados y maltratados, y dice al respecto que "los animalitos amados deben ser rescatados de la agresión que acompaña invariablemente al amor que les brindan sus pequeños amos".

Durante la etapa fálica la integración entre la sexualidad y la agresión sería más adulta, según la autora. Manifestaciones de ambas tendencias serían la conducta protectora y dominante de los niños varones con sus madres. Varones en este nivel de desarrollo dominan, pero también protegen a sus madres o a otros objetos de amor. Cuando el elemento agresivo está ligado a tendencias exhibicionistas, la finalidad combinada sería de impresionar y por lo tanto, someter el objeto de amor.

El factor cuantitativo de la agresión tiene fundamental importancia en el desarrollo y la expresión de la agresividad. Entiende Anna Freud que las diferencias individuales deben ser atribuidas a este factor. Dice: "esta fusión de impulsos agresivos y sexuales es normal y típica. Las diferencias individuales se deben a la variación de las cantidades de energía con que contribuyen los dos grupos".

Por ejemplo, una mayor cantidad de agresión en la conducta de un niño en la etapa anal da el cuadro de una perversión sádica, una disminución en el componente agresivo de la conducta en el nivel fálico da lugar a la timidez y falta de comportamiento viril.

Refiriéndose al comportamiento del niño en la escuela Anna Freud atribuye al factor cuantitativo las diferencias entre los niños "buenos" y "malos", entiende que ambas variaciones se encuentran dentro de la normalidad.

Solo da importancia patológica a algunos estados de agresividad donde los niños demuestran o placer o indiferencia hacia el daño que han hecho a objetos o el sufrimiento que causan a personas. Así expresa: "En los últimos años han merecido interés ciertos estados de agresividad patológica en niños pequeños que ocasionalmente son hijos de familia, pero que en su mayoría proceden de orfanatos o de hogares destruidos bajo condiciones de guerra, con numerosos cambios de padres adoptivos, de instituciones residenciales, campo de internación" (falta referencia). Continúa, después de esta presentación describiendo las manifestaciones de agresividad patológica en estos niños; destruyen sus juguetes, su ropa, sus muebles, son crueles con los animalitos, dañan a los niños menores que ellos y son desafiantes o indiferentes hacia los adultos.

Profundizando en estas conductas entiende que el factor patológico no se encuentra en las tendencias agresivas en sí, sino en su falta de fusión entre ellas y los impulsos libidinosos. El carácter patológico se hallaría en el terreno del desarrollo emocional erótico que ha sido detenido debido a las condiciones adversas, ya sea internas o externas como la falta de objetos de amor, la falta de respuesta emocional del medio ambiente adulto, la ruptura de los lazos emocionales en cuanto se forman.

Anna Freud considera que debido a estos "defectos" del aspecto emocional, los impulsos agresivos no se fusionan y por consiguiente no quedan ligados y parcialmente neutralizados, sino que permanecen libres y buscan expresarse en la vida en forma de destructividad pura, independiente y no alterada.

Los esfuerzos de controlar estos estados patológicos de agresión infantil por medio de la fuerza resultarían inútiles. Para Anna Freud la terapia adecuada sería dirigirse al desarrollo libidinal. Expresa: "Se debe, en los casos en que sea posible, ayudar a normalizar los impulsos libidinosos detenidos o perturbados del niño, seguirá automáticamente la fusión entre los impulsos eróticos y los destructivos y la agresión caerá bajo el influjo beneficioso de los impulsos eróticos".

Freud Anna (1947) La agresión en relación con el desarrollo normal y patológico. Revista de Psicoanálisis TVII. Año 1950. Num.3.

Hoffer Hoffer W. (1953) *Hand, Mouth and Ego Integration*, citado por Freud, A. en La agresión en relación con el desarrollo normal y patológico.

La agresividad para Melanie Klein.- Para Klein los impulsos agresivos, íntimamente ligados a los libidinosos, constituyen un elemento radical y básico en la formación de la personalidad. Desde el principio el Yo se siente amenazado por el instinto de muerte, provocándole gran ansiedad.

Queda planteado, desde el comienzo, que Melanie Klein le otorga categoría de "innato" al instinto de muerte. La posibilidad de construir un mundo poblado de objetos agresivos, que estimule la agresividad propia del niño, va a depender casi exclusivamente del *quantum* de instinto de muerte con el que devenga el niño. Cabe entender que este 'casi' deja un margen para admitir la posibilidad de que la agresividad infantil está también estimulada desde un entorno familiar ambiental. Por ejemplo, una madre o un padre particularmente hostiles hacia el niño pueden actualizar con inusual intensidad las fantasías destructivas del niño y, con ello, procurar un medio para la liberación del instinto de muerte.

Klein acepta la existencia primera de sentimientos de amor y odio que libran combate en la psique infantil. Siguiendo a Karl Abraham, la autora valora en el lactante la necesidad de morder y devorar; al faltarle satisfacciones en la etapa oral de la succión, la buscará en la etapa oral de la mordedura.

Indica Melanie Klein, en "El desarrollo temprano de la conciencia en el niño" (1933): "No puede uno dejar de preguntarse si el psicoanálisis puede dejar de ir más allá del individuo en su esfera de operaciones, para influir sobre la vida de la humanidad en su conjunto. Los repetidos intentos que se han hecho para mejorar a la humanidad - en especial para hacerla más pacífica - fracasan, porque nadie entendió toda la profundidad y el vigor de los instintos de agresión innatos en cada individuo".

El Yo inmaduro del bebé está expuesto desde el comienzo a la ansiedad provocada por la polaridad de los instintos.

Como se ve enfrentado con la ansiedad que le provoca el instinto de muerte, el yo produce operaciones como la deflexión (entendiendo por tal el proceso en virtud del cual los instintos de muerte son separados y externalizados sobre los objetos mediante mecanismos de escisión y proyección). Así una parte se proyecta para construir en el mundo externo un objeto atemorizante, y otra, es en parte la conversión del instinto de muerte en agresión. En este sentido la agresión sería la forma en que adopta el instinto de muerte.

El yo se escinde y proyecta fuera su parte que contiene el instinto de muerte, poniéndola en el objeto interno origina, el pecho. El pecho se experimenta como malo y amenazador para el yo, dando origen a un sentimiento de persecución. La intrusión del instinto de muerte en el pecho lo escinde en muchos pedazos, de manera que el yo se encuentra ante un montón de perseguidores.

Parte del instinto de muerte que queda en el yo se convierte en agresión y se dirige contra estos perseguidores.

Este momento, que no corresponde con un momento evolutivo, es lo que la autora denomina "posición paranoide".

En el contexto de la posición esquizo-paranoide, Klein considera que el niño está en un conflicto pulsional entre la libido y la agresividad desde los inicios, conflicto que encara a través de la deflexión del instinto de muerte y la constitución de un objeto escindido, es decir, objetos parciales: bueno y malo.

Supone la existencia de un yo temprano, débil y no integrado pero no obstante capaz de instrumentar, bajo la acción de las pulsiones de vida, los primeros mecanismos de defensa: escisión, proyección, introyección. Estos mecanismos son de defensa ante la ansiedad de aniquilamiento. Ese yo incipiente registra la angustia, se relaciona con un primer objeto y opera mecanismos de defensa primitivos y, por lo tanto, extremos. Dicho de otro modo, opera con fantasías relacionadas con un objeto. En relación a las características de ese yo, Klein manifiesta su acuerdo con Winnicott en cuanto a considerarlo carente de cohesión y con una tendencia a integrarse que alterna con una tendencia a desintegrarse.

Un yo que posee ciertos rudimentos de integración y cohesión y progresa constantemente en esa dirección. También realiza desde el comienzo de la vida postnatal algunas funciones fundamentales; por

ejemplo usa los procesos de escisión y la inhibición de deseos instintivos como algunas de sus defensas contra la ansiedad persecutoria, vivenciada por el yo a partir del nacimiento (Segal, 1986).

Desde el punto de vista de las relaciones objetales, tal como se desprende de lo dicho anteriormente parecemos asistir a una etapa en la que un yo en formación se relaciona con objetos parciales.

Al mismo tiempo se establece una relación con el objeto ideal, se proyecta la libido a fin de crear un objeto que satisfaga el impulso instintivo del yo a conservar la vida. El yo proyecta parte de ella afuera y la restante la utiliza para establecer una relación libidinal con ese objeto ideal.

La ansiedad predominante de la posición esquizo-paranoide es que el objeto persecutorio se introduzca en el yo y aniquile tanto al objeto ideal como al yo (ansiedad paranoide).

Fuente consultada: Klein M (1933) *El desarrollo temprano de la conciencia en el niño*. Incluido en Klein M, Obras Completas Tomo II. Buenos Aires, Paidós, 1974.

La agresividad según Winnicott.- Como punto de partida para explicar la teoría sobre agresión se tomará una cita extractada del libro "Las raíces de la agresión" de Winnicott: "La agresión tiene dos significados por un lado, es directa o indirectamente una reacción ante la frustración; y por el otro, es una de las dos fuentes principales de energía que posee el individuo" (Winnicott D, 1952).

En su obra, Donald Winnicott habla de un potencial agresivo que evoluciona con el desarrollo emocional. En el comienzo de la vida, la agresión es equivalente a la "energía viviente", sinónimo de actividad, de motricidad y constituye la fuerza que va hacia el encuentro con el objeto, formando parte del gesto espontáneo y del amor primitivo. Se podría decir que esta crueldad primitiva tiene una "cualidad pre-intencional", dice Winnicott: "...no es propósito del bebé destruir ya que el impulso se experimenta en la era previa a la piedad...". (Winnicott D, 1950-1955).

Este potencial agresivo constituye la agresividad, que fusionada con las raíces eróticas, forma parte del amor. Esta "agresión erótica" sería la matriz fundamental del narcisismo, está presente en las primeras identificaciones y se encuentra en la base de las relaciones de objeto.

En relación a la agresividad expresa: "... es potencialmente destructiva, pero que lo sea o no dependerá del objeto, si sobrevive o reacciona" (Winnicott D, 1950-1955).

La agresión, adquiere sentido y se la reconoce como tal, en la fase de "inquietud", cuando se fusionan las raíces libidinales y agresivas, y el niño comienza a hacerse responsable de su agresión potencial.

La agresión destructiva intencional se refiere a los actos violentos y tiene la connotación de las acciones compulsivas (atacar, denigrar, destruir, etc.) que buscan alterar al objeto para hacerlo menos excitante y menos deseable.

De acuerdo a lo aquí presentado se infiere que la mayor o menor potencialidad destructiva de la agresividad, depende del comportamiento del objeto, así debemos considerar que: en los primeros estadios del desarrollo, la madre por su función de medio ambiente (Phillips A, 1997) se constituye en el primer objeto social, representando a ese otro cultural que es investido como un objeto onnipotente por un niño, que es incapaz de valerse por sí mismo.

Más adelante cuando se inicia la etapa de dependencia relativa -que Winnicott define como la etapa donde el niño toma conciencia que él mismo puede satisfacer ciertas necesidades sin recurrir a un otro (Winnicott D, 1963)-, el niño se autopercata de sí y reconoce al otro, como otro- adquiere noción de su dependencia- y comienza a preocuparse por la sobrevivencia y el destino del objeto. En síntesis, el objeto del que depende en la realidad, es el mismo que destruye en su fantasía inconsciente.

El objeto deberá sobrevivir a la experiencia pulsional, y el ambiente (lo social) proveerá el campo y el marco que le permitirá al niño integrar la serie amor - odio - inquietud - reparación y sólo así el bebé podrá, en palabras de Winnicott "aceptar su responsabilidad de la fantasía total derivada del impulso instintivo que antes era despiadado. La crueldad da paso a la compasión la indiferencia, a la inquietud." (Winnicott D, 1963).

La agresión en este momento, comienza a adquirir sentido en cuanto a su potencialidad destructiva generando en el niño, un desarrollo de angustia al que Winnicott llama "sentimiento de inquietud" o de "preocupación" que lo hace sentir responsable de su accionar en relación al objeto.

En el desarrollo sano, sabemos, que se logra un despliegue considerable de la agresión, sin poner en riesgo lo que se ama. Esto es posible debido a que se ha podido internalizar un marco que opera como represión estructurante y el logro del control de la agresión depende: de la calidad e historia de la relación con los objetos primarios y se corresponde con el desarrollo emocional logrado.

En esta etapa del desarrollo cobran sentido la crueldad y la ternura. También, el reconocimiento del otro como un ser humano independiente; sobre el que no se tiene un control mágico-onnipotente; implica la posibilidad de comenzar a experimentar: la empatía, el deseo de reparación, la culpa y la posibilidad de realizar duelos. Si el gesto reparatorio del niño- que da cuenta de la responsabilidad que asume sobre su agresión- no es reconocido por su ambiente social, los logros adquiridos en la fase de inquietud corren el riesgo de ser inhibidos, se distorsionan o se pierden, incrementándose la frustración y en consecuencia la agresión.

Cuando la frustración se hace intolerable, deviene en traumática, provocando en el niño sentimientos de impotencia, soledad y desaliento. Pierde la confianza en el mundo, y en casos extremos, lo único que quiere es destruirlo todo, destruirse él, destruir al objeto.

Cabe examinar ahora como Winnicott conceptualiza la vertiente patológica de la agresión: la violencia. Cuando lo que predominan son las experiencias traumáticas, se refuerza la vertiente patológica de la agresión; en relación a la posibilidad de ligadura de esta última, Winnicott dirá: "sólo una pequeña proporción del potencial agresivo se fusiona con la vida erótica y el bebé queda entonces cargado con impulsos que no tienen sentido y que terminan por llevar a la destructividad en la relación con los objetos o, peor aún, por formar la base de una actividad que carece por completo de sentido [....]" (Phillips A, 1997).

En la base de los desarrollos de la agresividad y la violencia se encuentran procesos psicodinámicos clásicos. Es posible sintetizarlos tomando en cuenta el pensamiento de Winnicott:

- 1) Una vez instalada la situación traumática y por efecto de la privación (al no encontrar el anclaje en lo social) el sujeto -poco a poco- se va perdiendo el valor simbólico de los objetos, que sólo pasan a ser reales por sí mismos. El afecto y la confianza en el otro social se pierden o se tornan irreales.
- 2) Se producen fallas en la simbolización, como si las representaciones no pudieran funcionar como eslabones o puentes sobre los que trabaja la simbolización y esta situación puede terminar expresándose en acting-out, en pasajes al acto, en somatizaciones, etc.
- 3) Como consecuencia de la privación, se produce una desorganización de la dialéctica entre la realidad psíquica y la realidad exterior, perdiéndose -en grado diverso- la capacidad representacional y la posibilidad de atribución de significado a las percepciones y emociones.
- 4) Se altera la capacidad del psiquismo para establecer ligaduras entre las lógicas de la realidad y las fantasías inconscientes. Podemos decir que el límite entre la realidad y la fantasía es difuso.
- 5) Encontramos una activación precoz de la vertiente patológica de la agresión particularmente por situaciones de carencia.
- 6) Anhelo de recrear imaginariamente una relación de objeto fusional que recupere el equilibrio narcisista.
- 7) Violencia que lleva la connotación de la destrucción del objeto, pero que permite darle figurabilidad en el mundo exterior.
- 8) Cuando el objeto interno queda contaminado por el odio, se libera la fuerza destructiva de las pulsiones.
- 9) La fuerza destructiva no ligada se manifiesta por descargas directas en lo real. Mediante las respuestas actuadas, el sujeto hace frente a la tensión psíquica, que remite al sistema de descarga de la tensión mediante la actividad motriz.

Cuando aparece este estado de cosas, en palabras de Winnicott "El individuo para salvarse, busca volcarse hacia fuera, dramatizando la vida interior, actúa el papel destructivo y trata de conseguir que alguna autoridad externa ejerza el control." (Winnicott D, 1939).

Cuando se ve imposibilitado de procesar la agresión que le despierta la frustración por su destitución social (exclusión, marginalidad, etc.), se defiende del miedo a la desprotección con la violencia, que por definición implica el empleo de la fuerza. Para controlar la creciente tensión psíquica y lograr un grado de homeostasis, se ve enfrentado - en los casos más graves - a la disyuntiva narcisista de la destrucción de su propio self o la destrucción del otro en una expresión violenta.

A este respecto conviene recordar a Freud cuando señala que: "...parece realmente como si tuviéramos que destruir otras cosas y a otros seres para no destruirnos a nosotros mismos, para protegernos contra la tendencia a la autodestrucción" (Freud, S, 1933).

Cuando Winnicott señala que la agresión tiene dos significados: por un lado, es directa o indirectamente una reacción ante la frustración; y por el otro, es una de las dos fuentes principales de energía que posee el individuo, a nuestro modo de entender está dejando en claro que con el primer significado está destacando los factores ambientales de la agresividad, mientras que con el segundo significativo, sus componente innato.

Fuentes consultadas:

Freud S (1933) Conferencia 32: Angustia y vida instintiva. En Obras Completas, tomo 22. Buenos Aires, Paidós, 1996.

Phillips Adam (1997) *Winnicott*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Winnicott D. (1939) *Privación y delincuencia*. Segunda Parte, Cap. 10: La agresión y sus raíces. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott D (1952) *Las raíces de la agresión. Privación y Delincuencia*. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott D (1950-1955), *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Cap. 6: *La agresión en relación con el desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott D. (1963) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Primera Parte, Cap.6: El desarrollo de la capacidad para la preocupación por el otro. Buenos Aires: Paidós.

Generalidades.- Ante la dificultad para definir qué es agresión, algunos autores propusieron distinguir la agresión *hostil* (buscar dañar o hacer sufrir deliberadamente) y la *instrumental* (que persigue un fin distinto al sufrimiento de la víctima). Para la mayoría de los fines, en psicología social se entiende agresión como una conducta destructiva.

Agresión pre-programada: la bestia humana.- Para K. Lorenz, la agresión viene en los genes, es instintiva, está preprogramada bioquímicamente. Se trata de un mecanismo adaptativo que sirve a la supervivencia de la especie. Incluso los animales pueden frenar su agresividad evitando matar al otro mediante conductas rituales.

Para Lorenz el hombre, en cambio, no tiene estos mecanismos inhibidores de la agresión por ser débil, inofensivo y omnívoro (los leones, por caso, todo lo contrario: necesitan inhibir su fuerte agresividad para no exterminar a la especie). Además el hombre con su inteligencia ha creado armas letales.

Otros pensadores siguen estas opiniones, sosteniendo que el hombre disfruta de la agresividad, es una 'bestia', con lo cual las guerras son inevitables.

Otros autores sostienen que la agresión no proviene sólo de los genes sino que también está influida por el ambiente. Por ejemplo, si un gato no hubiese jugado con ratones y accidentalmente no los hubiera mordido, no desarrollaría una conducta agresiva hacia ellos. Muchos sostienen que el hombre no es intrínsecamente bueno ni malo, sino que ello depende del ambiente: hay tribus muy belicosas pero en cambio los esquimales son muy pacíficos. La idea del hombre primitivo malo es sólo una justificación de porqué hoy el hombre es violento: la 'culpa es de nuestros antepasados'.

Agresión por frustración.- Otra teoría popular sostiene que la frustración genera agresión, y ésta última nunca ocurre sin una previa frustración. Por *frustración* se entiende una interferencia en el logro de alguna meta.

Sin embargo, se vio que la frustración puede producir otros comportamientos no agresivos, como por ejemplo buscar otra meta, redoblar el interés y el esfuerzo por conseguir la misma meta, etc. Además, la agresión está condicionada culturalmente: ciertas culturas la permiten, otras no.

Lewin defendió la teoría de la frustración, viendo que niños frustrados destrozaban juguetes. La frustración activaría un 'impulso agresivo' que deja de dirigirse hacia la causa de la frustración y se 'desplaza' hacia otras personas u objetos. Esta es la teoría del desplazamiento, o búsqueda del chivo emisario, con la cual se buscó explicar la violencia racial, por ejemplo.

Además del desplazamiento, otro proceso ligado a la teoría frustración-agresión es el de 'catarsis', proceso que permite eliminar la energía agresiva mediante su descarga a través de la conducta agresiva.

Factores sociales que influyen en la agresión.- Hoy en día la agresión se nos aparece más complicada que la simple teoría de Dollard de la frustración, de hace cuarenta años. Se sabe hoy que son mucho más los factores sociales que determinan la conducta agresiva, y no simplemente la frustración. Por ejemplo, una persona puede ser violenta con cierto tipo de persona porque cuando niña vio como sus mayores eran violentos con ese mismo tipo de persona. Otro ejemplo de factor causante de agresividad es que una persona es más agresiva si ve en el otro la intención deliberada de causar daño.

Desindividuación.- La agresión se despierta en individuos que integran una muchedumbre o multitud (linchamientos, etc) debido a que se 'desindividualiza', se vuelve borrosa su propia identidad y conciencia de sí. El anonimato contribuye a ello: si la persona se siente más anónima, escondida en la multitud, más agresiva será. Sin embargo a veces el anonimato genera conductas de afecto; por ejemplo la oscuridad sugiere intimididad, más que agresividad.

Agresión institucional.- Son actos violentos que realiza una persona dentro de un contexto institucional, o sea como parte de su tarea. Por ejemplo la policía, o en ciertos deportes. Es una agresión institucionalizada.

Material erótico y agresión.- Los estímulos eróticos -textos, películas- pueden incitar a cometer delitos sexuales. Por ejemplo los hombres se vuelven más agresivos hacia la mujer luego de haber visto escenas de violencia sexual. También, observar el placer de la mujer al recibir castigo puede servir para justificar la propia violencia sexual.

Violación sexual.- Detrás de las violaciones hay mitos, creencias, como por ejemplo la idea de que las relaciones sexuales son relaciones entre contrincantes, o la idea según la cual si una mujer acepta la primera invitación es que desea mantener relaciones sexuales, con lo cual la violación queda justificada. La amenaza de violación también influye en la conducta femenina: se cuida más, no vuelve tarde por la noche, etc.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós.

Agresividad y agresión.- Algunos autores psicoanalíticos proponen distinguir entre "agresión" y "agresividad". En idioma corriente, *agresión* es el "acto de lanzarse contra alguien para herirlo, golpearlo o causarle cualquier daño", mientras que *agresividad* puede ser la "cualidad de ciertas plantas de competir con otras y dominarlas". Freud habla de instinto de agresión y ocasionalmente de instinto de dominio.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Una investigación sobre agresividad infantil.- Se realizó una investigación en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires en el marco del Programa de Asistencia Psicológica Comunitaria. La investigación describe la presencia de indicadores de violencia en los niños, atribuyendo esta conducta, en parte a la ausencia de situaciones de contención familiares y sociales. En dicha investigación se ponen de manifiesto interesantes aspectos tales como los factores de riesgo, y se

proponen algunos factores determinantes de la conducta agresiva directamente vinculados con determinantes familiares y sociales, lo cual permite establecer que la simple predisposición innata, si bien necesaria, no alcanza a ser suficiente para dar cuenta del amplio espectro de conductas agresivas en la especie humana.

Detalles del proyecto.- El Subprograma de Psicología Clínica de Niños, creado por la Segunda Cátedra de Psicoanálisis: Escuela Inglesa de la Facultad de Psicología de Buenos Aires, integra un Programa de Asistencia Psicológica Comunitaria que desarrolla la Universidad desde 1990. Es un Servicio abierto a las necesidades actuales de una población en riesgo.

En el Subprograma se brinda asistencia psicoterapéutica psicoanalítica grupal e individual a niños entre 6 y 12 años, derivados por escuelas y juzgados, mayoritariamente por severos problemas de conducta y, consecuentemente, por dificultades en el rendimiento escolar. Los padres o adultos responsables son asimismo asistidos en grupos de orientación y se mantiene relación sistemática y continua con las instituciones derivantes mediante entrevistas de asesoramiento y talleres de reflexión.

Las actividades de investigación comenzaron a desarrollarse en forma exploratoria desde el inicio del Subprograma, y a partir de 1994 en forma sistemática. Durante los dos primeros años de trabajo del Subprograma (1990-1992), la patología consultante estaba referida a situaciones neuróticas casi exclusivamente: problemas de aprendizaje asociados a inhibiciones de tipo neurótico, fobias, trastornos del sueño y de la alimentación.

A partir de 1992 no sólo aumentó geométricamente la demanda, sino que se registró un cambio en los motivos de consulta: la mayoría estaba vinculada con situaciones de violencia tales como agresiones entre alumnos, desafío a los maestros y autoridades escolares, destrucción de muebles escolares, etc.

El primer proyecto de investigación desarrollado por el equipo (Varios autores, 1995-97). Tuvo como objetivo el estudio de los problemas de conducta de niños entre 6 y 12 años de edad, su relación con situaciones de duelo y pérdidas y la contención familiar y social.

Resultados más significativos.- 1. Se consideró una muestra no aleatoria de 50 niños con tendencia antisocial. Se registran diferencias de género y edad en las manifestaciones de violencia. En los varones prevalece la destructividad (44 casos), asociada además con otras formas de violencia (desafío a la autoridad, vagabundeo, robo y fugas). En las niñas hay prevalencia de robo y mentiras, asociado mayoritariamente con fugas. En los varones aparecen más tempranamente las manifestaciones de violencia (en 31 casos ocurre antes de los 7 años de edad), revistiendo mayor gravedad tanto por su intensidad como por su manifestación simultánea en distintos ámbitos (escuela, hogar, barrio).

2. Las manifestaciones de violencia tienen una fuerte asociación con situaciones de pérdida (48 casos), siendo prevalentes la separación de los padres y el abandono por parte de uno o de ambos, situaciones siempre acompañadas de episodios de violencia entre los padres y hacia los niños. En esos casos las manifestaciones de violencia irrumpen tempranamente, no registrándose síntomas clínicos de duelo. Sólo se registran manifestaciones de duelo posteriores a la pérdida cuando se trata de la muerte de un progenitor (5 casos).

3. Los niños con tendencias antisociales presentan un grado de estructuración psíquica evolucionado, a partir del estudio de la capacidad simbólica, observándose adecuación a la realidad y relativa tolerancia a la frustración. A partir del análisis del material recogido mediante los instrumentos psicodiagnósticos se confeccionaron protocolos que incluyen diversas dimensiones de las variables en estudio, observándose que la capacidad de simbolización es buena, con amplitud de recursos expresivos: hay preponderancia de verbalizaciones, apareciendo en segundo lugar las expresiones lúdicas y, por último las expresiones gráficas; esto se observa en todas las edades y en ambos sexos. Las verbalizaciones refieren a situaciones vividas, describen acciones o informan acerca de sucesos. Los niños muestran capacidad de representar situaciones conflictivas de su entorno, en particular las de naturaleza hostil. Es característico de sus juegos el excesivo apego a la realidad, que se manifiesta en los temas seleccionados y en el uso de juegos de personificación con personajes reales. En estos niños hay poco lugar para la ficción; demuestran inteligencia práctica, necesaria para la sobrevivencia. Tienen dificultades para utilizar la capacidad simbólica alcanzada, ya que ésta está restringida al control y dominio del objeto, más que al servicio de actividades sublimatorias y reparatorias. Estas conclusiones son observadas por los investigadores en la totalidad de los niños, sin que haya diferencias significativas en cuanto a edad, género, tipo de tendencias antisocial y tipo de situación de pérdida.

4. La investigación también exploró la *contención familiar* en términos de la "actitud emocional" de los adultos responsables. En relación a esto se vio que en la mayoría de los niños estudiados se registran fallas en la contención familiar. La mayoría de los adultos responsables de los niños con conductas violentas tienen una "actitud emocional" negativa frente a ellos (42 casos).

5. Se registraron separación de los padres y posterior abandono de uno o ambos en 29 casos. De ellos, 17 niños quedaron bajo el cuidado de la madre, manifestando todas ellas una actitud emocional negativa hacia los hijos; 5 niños quedaron a cargo del padre, de los cuales sólo 1 registró actitud emocional positiva; 4 niños quedaron a cargo de la familia extensa y en 3 de ellos los adultos responsables manifestaron actitud emocional positiva. Tres niños padecieron reiteradas separaciones y uniones de los padres (en todos estos casos ambos padres manifestaron actitudes emocionales negativas). En síntesis,

los investigadores relevaron que de 29 casos sólo en 4 de ellos se registró una actitud emocional positiva por parte de la familia extensa (3 casos) y del padre (1 caso).

6. La contención social fue evaluada a partir de entrevistas a informantes claves del ámbito escolar y cuestionarios semiestructurados aplicados a docentes de las 17 escuelas donde concurren los niños de la muestra. El equipo registra en relación a los docentes una actitud evitativa y "negadora", tanto de las situaciones de riesgo de los niños como de las acciones punitivas que suelen adoptarse en el ámbito escolar (reducción de jornada; expulsión), por carencia de estrategias docentes, psicopedagógicas o institucionales para el abordaje de los problemas de conducta de los niños.

7. Las principales conclusiones de estos estudios son: a) que la violencia pareciera ser un síndrome que afecta a la comunidad en su conjunto: hogares, barrio, escuela misma. Muchos de los niños que concurren a las escuelas estudiadas (se trata de una muestra de seis escuelas que derivan sus alumnos al Subprograma de Psicología Clínica de Niños) han experimentado o recibido violencia en exceso. Las condiciones económicas en que transcurren sus vidas son sumamente precarias, con déficit alimentarios, carencias habitacionales y desocupación de los adultos responsables. Por otra parte, el castigo corporal, además del maltrato verbal resultó ser una norma de acuerdo con los resultados de las encuestas a hogares. Los adultos utilizan el castigo corporal en el hogar como una norma disciplinaria. Si se asume que los modelos y estilos para orientarse hacia el otro se desarrollan y estructuran en la interacción social, más allá de las causas profundas, estructurales o psicológicas, la vida de la mayoría de los niños se desenvuelve en un ámbito de violencia. Pero fundamentalmente, la sociedad está ausente. Le ha dejado a la escuela una responsabilidad que no es su función específica. La escuela puede y debe ser un organismo de prevención y protección frente al maltrato de los niños y de denuncia a la justicia. En las escuelas estudiadas, los orientadores escolares se hacen cargo de los problemas, son mediadores entre el niño y la familia. Llevan los casos a la justicia y deben seguirlos, la mayoría de las veces con escasos o infructuosos resultados. Mientras tanto el niño reproduce en la escuela el ejercicio del poder sobre el más débil: sus conductas violentas a veces irrumpen en sus juegos, otras se van insinuando como un estilo de comportamiento, pero también pueden entenderse como un mecanismo de ejercer presión sobre el medio reproduciendo lo que sucede en el mundo adulto. Entre los adultos responsables de estos niños los agresores emplean diversas estrategias para ejercer su superioridad, la que siempre es ejercida sobre alguien real, o supuestamente más débil.

Otros hallazgos.- No siempre la violencia escolar queda circunscripta a peleas entre pares. Aunque la escuela trata de preservarse de los problemas del entorno, los docentes y el edificio escolar no son inmunes a las agresiones: roturas, robos, maltrato a los docentes por parte de los alumnos y de los padres. A pesar de lo cual, según los testimonios recogidos las estrategias de algunas escuelas de tolerancia y conciliación han resultado bastante exitosas.

Los talleres organizados por el equipo de investigación con los docentes permitieron observar que éstos opinan que frente a las demandas que la sociedad les hace a los maestros, se encuentran con niños que no están interesados en aquello que la sociedad les está pidiendo que cumplan, ya que se trata de niños poco interesados en el aprendizaje. Y la familia, que se espera sea el soporte en el cual los maestros puedan apoyarse para que el niño valore eso que la sociedad quiere que los maestros transmitan, tampoco está interesada ni valoran a la escuela ni a los docentes. Los educadores perciben que no cuentan actualmente con los recursos subjetivos adecuados ni con la apoyatura institucional apropiada ni con la capacitación necesaria para ejercer sus funciones con niños provenientes de familias con alta conflictividad social y psico-social. Los niños llegan a la escuela con serios problemas de relación y, aunque disponen de capacidad simbólica, tienen dificultades en la aceptación de normas y pautas, resistiéndose por ende su posibilidad de realizar aprendizajes que den riqueza, complejidad y continuidad a los procesos de socialización.

En relación con la historia escolar del niño, de acuerdo con las opiniones que tienen los padres acerca del rendimiento de sus hijos, se atribuyen las dificultades en una alta proporción, a problemas cognitivos del niño. Habría entonces una correspondencia entre las representaciones parentales y las exigencias curriculares dadas por el Ministerio de Educación. Los adultos focalizan las causas del bajo rendimiento en el más vulnerable: el niño. Por ende, se estructura un encadenamiento de atribuciones que termina responsabilizando casi exclusivamente al niño por sus problemas en la escuela, acentuando de esta manera su vulnerabilidad.

En el Subprograma de Psicología Clínica de Niños, a partir de 1997 se comenzó a observar, además, un incremento de la consulta por niños con organización psicótica de la personalidad, aunque mayoritariamente no presentaban síntomas francos de psicosis y la derivación era por dificultades en el aprendizaje, apatía y dispersión, o impulsividad y descontrol en el ámbito escolar.

Este cambio en la consulta impulsó a investigar la caracterización psicopatológica de los niños, en especial profundizando el estudio de las conductas violentas de niños en edad escolar. La carencia de análisis sistemáticos acerca de las conductas violentas de los niños motivó el interés en retomar algunas de las ideas originales de los autores clásicos del psicoanálisis -S. Freud, M. Klein, D. Winnicott, W. Bion y D. Meltzer-, en especial los aportes de la Escuela Inglesa acerca del tema de la destructividad y su

relación con los trastornos del carácter o con la “parte psicótica de la personalidad”, así como la relación entre la emergencia de manifestaciones de violencia y dificultades en la elaboración de duelos.

Se amplió el estudio del componente de contención familiar analizando las condiciones para la elaboración de situaciones de duelo de los adultos responsables de los niños. A los fines del estudio de la población asistida y de su comparación con otras poblaciones, a partir 1998 se comenzó a realizar un relevamiento epidemiológico sistemático mediante la administración de Child Behaviour Check List (Ackenbach & Edelbrock, 1983). El estudio epidemiológico de la población permitió ubicar estas patologías en el conjunto de las problemáticas psicopatológicas y psicosociales de la niñez, ampliando la base de datos ya existente, construida a partir de las historias clínicas.

A partir de este proyecto se procuraba la caracterización psicopatológica de las manifestaciones de violencia de los niños desde el marco conceptual de la Teoría de las Relaciones Objetales, teniendo en cuenta la personalidad y el tipo de defensas y ansiedades predominantes. Se construyó un protocolo de análisis de la Hora de Juego Diagnóstica y un protocolo de análisis de Dibujo libre cuyo objetivo fue la identificación de indicadores en ambos instrumentos que discriminen diferencias en la estructuración psíquica en niños con problemas de conductas y de aprendizaje.

Aspectos metodológicos y el análisis de los datos.- A fines de complementar los diagnósticos se solicitó la colaboración de la Cátedra de Rorschach de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, para la administración del Psicodiagnóstico de Rorschach en el inicio y con un retest en un lapso no menor de seis meses y no mayor de un año de iniciado el tratamiento. El retest permitió evaluar modificaciones acontecidas en el curso de las psicoterapias. Los retests de la primera muestra piloto arrojaron resultados que revelaban que en todos los niños se había producido un incremento y variedad de recursos defensivos y un mayor reconocimiento de los aspectos infantiles además de cambios estructurales significativos de las funciones yoicas de realidad a través del Rorschach.

A los fines del estudio se consideró, del total de niños admitidos para su asistencia durante 1998 (107 casos), aquellos que fueron derivados por problemas de conducta, conformándose así una muestra intencional de 75 casos, la que fue a su vez dividida en tres grupos siguiendo criterios y resultados de investigaciones anteriores acerca de la violencia en niños, basadas también en hipótesis teórico-clínicas del marco conceptual de la Teoría de las Relaciones Objetales.

Grupo A: Las conductas violentas son manifestaciones de la “tendencia antisocial” (Winnicott) entendida como la emergencia de impulsos inconscientes en un individuo que involucran y compelen a otros – padres, maestros, jueces, terapeutas, etc.- a hacerse cargo de su manejo. Pueden presentar dos orientaciones básicas: el robo y la destructividad. Sus manifestaciones coinciden con la descripción del F91.8 “trastorno disocial de inicio temprano” (DSM-IV, 1995). En la base de la tendencia antisocial hay una buena experiencia temprana que se ha perdido. Esta pérdida se produce en un momento en el que ya hay cierto grado de estructuración psíquica que le posibilita al niño percibirla en relación con una falla ambiental. En caso de persistir la falla ambiental la tendencia antisocial puede organizarse en un trastorno del carácter, que podría devenir en psicopatía al llegar a la adolescencia, si no se dieran las oportunidades para la modificación de la falla originaria. Las manifestaciones de violencia están asociadas en algunos casos a dificultades en el aprendizaje y propensión a sufrir accidentes.

Grupo B: Las conductas violentas son expresión del funcionamiento de la “parte psicótica de la personalidad” (Bion W, 1957). Estos niños poseen un menor grado de estructuración psíquica y los rasgos psicóticos aparecen enmascarados por manifestaciones neuróticas, en especial de tipo obsesivo (Klein M, 1957). En los niños de este grupo no se encuentran síntomas clínicos de psicosis franca en el momento de la consulta. Las manifestaciones de violencia aparecen en forma intempestiva y además, el motivo de consulta suele estar relacionado con dificultades de aprendizaje o dificultades en el desarrollo del pensamiento y de la socialización.

Grupo C: Las conductas violentas son expresión de un psiquismo más evolucionado, donde la agresión es expresión de fantasías de celos, exclusión y rivalidad edípica (Klein M, 1957). A diferencia de las manifestaciones de violencia de los niños de los Grupos A y B, éstas no tienen características disruptivas ni requieren imperiosa contención. En este grupo se incluyen los niños cuyas manifestaciones de violencia son reactivas a situaciones traumáticas actuales, especialmente de índole familiar.

Muestra intencional de niños con problemas de conducta: 75 casos

	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C
Varones	38	12	19
Mujeres	4	1	1
Total de niños	42	13	20
Total de niños en porcentajes	56%	17.34%	26.66%

Este trabajo se circunscribe al análisis de indicadores formales de la Hora de Juego Diagnóstica y a la puntuación de signos suicidas en el Rorschach.

Los resultados del análisis de la Hora de Juego Diagnóstica indican que no hay diferencias significativas por edades salvo las esperables evolutivamente. No se hacen consideraciones por género ya que el porcentaje de mujeres incluidas en la muestra es irrelevante.

Para el Grupo A se ratifican resultados de investigaciones anteriores sobre niños con tendencia antisocial (Varios autores, 1995-1997).

Es el grupo que presenta mayor porcentaje de comprensión y aceptación total de las consignas, de pertinencia de la actividad, uso adecuado del espacio y uso adecuado del tiempo, esto es, de todos los componentes relativos al encuadre.

Respecto de la relación con el entrevistador, son niños que muestran actitudes y conductas adecuadas en el primer contacto con él aunque tienen dificultad en el vínculo, anticipando conflictos que aparecerán posteriormente, en el transcurso de las sesiones psicoterapéuticas.

Los indicadores del encuadre señalan un funcionamiento psíquico con un cierto nivel de desarrollo y estructuración. Desde el punto de vista de la Teoría de las Relaciones Objetales, son niños que tienen acceso a la posición depresiva aunque tienen dificultades para sostenerla. Sus actitudes y conductas de adecuación a la realidad y tolerancia a la frustración producen impacto en el entrevistador y se interpretan como el resultado del uso de mecanismos sobreadaptativos de control y dominio sobre los objetos y de postergación de la descarga.

Con respecto de la modalidad de acercamiento al material de la Hora de Juego Diagnóstica predomina la "previa estructuración del campo" que indicaría cierta capacidad de anticipación a la acción, aunque entendida como expresión de una inteligencia "práctica".

En segundo lugar aunque en un porcentaje mucho menor se registra la modalidad "evitativa", que en este grupo de niños no está asociado a defensas neuróticas (del tipo de las defensas fóbicas) sino a mecanismos de defensa propios de una organización psíquica que podría devenir en psicopatía de no mediar alguna intervención psicoterapéutica. Dentro de esta clase de modalidad "evitativa" se incluyen conductas tales como rehuir la mirada o mirar de soslayo y actitudes defensivas destinadas a bloquear el compromiso emocional frente a temas y situaciones conflictivas. Estas dificultades, asociadas con las que surgen en la relación con el entrevistador, se interpretan como expresión de defensas maníacas para lidiar con ansiedades persecutorias y depresivas, que pueden dar lugar a una situación transferencial negativa en el curso de una psicoterapia.

En cuanto a la modalidad de utilización del material hay un predominio de una modalidad adecuada, que da cuenta de un funcionamiento psíquico que admite el principio de realidad.

En segundo lugar, aunque en un porcentaje mucho menor, se registra una modalidad de utilización inadecuada – evitativa que, al igual que lo interpretado respecto de la modalidad de acercamiento al material, se entiende como una defensa para bloquear el compromiso emocional.

En cuanto a la caracterización de la actividad, se registra un leve predominio en la capacidad de sostenimiento por sobre los obstáculos y casi no hay diferencias en los porcentajes relativos a la capacidad de cierre. Estos valores, notoriamente más bajos que los correspondientes a las actitudes frente al encuadre, ponen en evidencia la existencia de dificultades en la producción simbólica, que se interpretan como producto del ejercicio de mecanismos de control y dominio que, en tanto formas de la defensa maníaca, son precarios y limitan los logros de la sobreadaptación inicial.

El alto porcentaje de interés y el relativamente bajo porcentaje de indiferencia demostrados en la actividad, asociados a los resultados de los indicadores ya descriptos, se interpretan como la expresión de una necesidad de control sobre el mundo externo vinculado a ansiedades persecutorias. No se trataría de un interés genuino, fundado en el despliegue de una curiosidad orientada a la exploración y experimentación de recursos para el desarrollo de procesos simbólicos. Se trataría en cambio, de un estado de alerta movilizado por ansiedades persecutorias, para la detección de "peligros" que deben ser neutralizados mediante mecanismos de control y dominio. Implica un uso rígido y monótono de los recursos, que no enriquece el desarrollo de procesos simbólicos.

Llama la atención que, tratándose de niños derivados para su atención por sus problemas de conducta, presentan bajos porcentajes de desafío al comienzo de la actividad que además, desaparecen en el curso de la Hora de Juego Diagnóstica y se pueden entender como expresión del intento de aplacamiento del objeto. La presencia de angustia y excitación durante el desarrollo de la actividad y su cierre, inexistentes al comienzo, también indica la precariedad y el fracaso parcial de los recursos defensivos utilizados y, por ende, es un indicio de buen pronóstico; señala que las defensas no son todavía rasgos de carácter y que en un proceso psicoterapéutico pueden producirse cambios importantes.

El Grupo B es el que registra mayores dificultades en los indicadores del encuadre: presenta los menores porcentajes en la comprensión y aceptación de consignas, en la pertinencia de la actividad y en el uso adecuado del espacio y del tiempo, dando cuenta de dificultades en el desarrollo de los procesos simbólicos.

También se registran los menores porcentajes de adecuada relación con el entrevistador. Las inadecuaciones se relacionan predominantemente con conductas de retracción y, en menor porcentaje, de desafío y se interpretan como modos primitivos de lidiar con ansiedades, que son exclusivamente persecutorias en este grupo de niños.

La inadecuación en el uso del espacio, que tiende a ser de uso restringido o expansivo y las dificultades en la relación con el entrevistador se pueden entender por la presencia de ansiedades persecutorias intensas, que interfieren la exploración adecuada de los objetos del mundo externo, necesaria para el desarrollo de actividades lúdicas. Esto indicaría restricciones en la capacidad de simbolización; de hecho, se trata de niños que, además, tienen dificultades de aprendizaje.

La inadecuación en el uso del tiempo, que tiende a ser de uso discontinuo y en menor medida, acelerado, se interpreta como la existencia de mecanismos de escisión y como la expresión de un uso abusivo de las identificaciones proyectivas (Bion, 1955).

En síntesis, las dificultades en todos los indicadores del encuadre se interpretan como carencia de recursos yoicos adaptativos frente al impacto de la situación a afrontar.

En cuanto a la modalidad de acercamiento al material, presentan el menor porcentaje en la modalidad de "previa estructuración del campo" – anticipatoria de la acción – y los mayores porcentajes en las modalidades "evitativa" e "impulsiva".

En este grupo de niños, la modalidad evitativa no es expresión de defensas neuróticas sino de un retraimiento, en tanto defensa primitiva frente a intensas ansiedades persecutorias, que interfieren la exploración adecuada de los objetos del mundo externo y el establecimiento del principio de realidad.

Asimismo, la impulsividad emerge como consecuencia de sus falencias en el contacto con la realidad interna y externa, también en relación con ansiedades persecutorias intensas.

Respecto de la modalidad de utilización del material, registran iguales porcentajes de utilización adecuada e inadecuada, aunque cabe destacar que, comparativamente, la modalidad de utilización adecuada es baja. Las inadecuaciones son, en primer lugar, destructivas – en correspondencia con la impulsividad registrada en el ítem de modalidad de acercamiento al material – y en segundo término, evitativas, lo que subrayaría las interpretaciones anteriormente formuladas acerca de las dificultades de conexión con los objetos.

En cuanto a la caracterización de la actividad, registran los mayores obstáculos para sostenerla, lo que daría cuenta de la precariedad de las defensas utilizadas para lidiar con la ansiedad y se vincula con el retraimiento mencionado en ítemes anteriores.

Aunque en el cierre de la actividad se registran menores obstáculos, esto no se entiende como expresión de la elaboración de ansiedades depresivas, sino como un automatismo frente a la indicación de finalización de la actividad, ya que simultáneamente se observan actitudes y conductas – ítem correspondiente al uso del tiempo –, cuyo análisis permite interpretar que la percepción del paso del tiempo no responde a criterios de realidad.

En cuanto a las emociones, es el grupo que presenta menor porcentaje de interés y, consecuentemente, mayor grado de indiferencia al comienzo, en correspondencia con las actitudes de retracción ya analizadas. Los porcentajes de interés aumentan y los de indiferencia disminuyen de manera abrupta a lo largo de la Hora de Juego Diagnóstica y esto se interpreta como expresión de la utilización masiva de mecanismos de identificación proyectiva, más que como una genuina conexión con el mundo externo.

Los porcentajes pequeños de vergüenza que, aunque van disminuyendo, están presentes en toda la Hora de Juego y los escasos porcentajes de angustia en el desarrollo de la actividad, serían las únicas expresiones emocionales del funcionamiento de la parte no psicótica de la personalidad.

La excitación, que se manifiesta en el desarrollo y aumenta en la finalización de la actividad, se asocia a la impulsividad registrada en el ítem de modalidad de acercamiento al material y se interpreta como desborde de una emocionalidad difusa.

El Grupo C no presenta dificultades en los componentes del encuadre. Se registran altos porcentajes en la comprensión de las consignas, en la pertinencia de la actividad, en el uso adecuado del espacio y del tiempo y de los materiales; hay adecuada relación con el entrevistador.

Sin embargo, presentan un porcentaje menor de aceptación total de las consignas respecto del Grupo A, lo que indicaría mayores posibilidades de expresión de sus conflictos emocionales y de su ambivalencia, desde el inicio de la actividad y, a su vez, que no utilizarían mecanismos de sobreadaptación para afrontar la situación de evaluación.

En cuanto a la modalidad de acercamiento al material, el mayor porcentaje en la modalidad de "previa estructuración del campo" daría cuenta de posibilidades adaptativas frente a situaciones nuevas, sin el costo de la sobreadaptación.

Asimismo, es el grupo que presenta el mayor porcentaje de utilización adecuada del material, según criterios de realidad.

En lo que respecta a la caracterización de la actividad, es el grupo que mejor puede desarrollar secuencias de actividad, dándoles un cierre adecuado; sólo un porcentaje reducido presenta obstáculos en el sostenimiento de la actividad lúdica.

Analizando las emociones, mantienen el interés predominantemente a lo largo de la Hora de Juego. En la finalización, se observa un tenue descenso de esta emoción, junto con la presencia de tristeza, ansiedad y enojo. Es el único grupo que manifiesta estas emociones, que ponen en evidencia la existencia de ansiedades depresivas y son pertinentes al momento de cierre de la actividad.

La adecuación al encuadre, la fluidez en la expresividad y la capacidad de sostener la actividad sin obstáculos relevantes, permiten interpretar que este grupo es el que tiene mayores posibilidades para la elaboración de sus conflictos, ya que cuenta con recursos yóicos adecuados y la ansiedad no interfiere en la capacidad para simbolizar sus conflictos.

En cuanto a los indicadores de riesgo suicida, utilizando la ESPA (Passalacqua y Casullo, 1997), se registra que la media de signos de riesgo suicida en Rorschach del Grupo B se acerca considerablemente a la obtenida por adolescentes no consultantes, según los resultados de una investigación anterior. Cabe destacar que los adolescentes constituyen una población comprobada de riesgo, dada la similitud de su media de signos suicidas con muestras de potencial suicida de adultos.

Se produce una disminución de signos en el Grupo A y más aún en el Grupo C, resultando de cualquier modo todas las medias elevadas, si se comparan con las de adultos no consultantes, lo que es también alarmante.

Es significativo también, que en el Grupo A más que en el B, y en éste más que en el C (en donde sólo hay un caso), algunos casos individualmente alcanzan el puntaje significativo de riesgo. Esto indicaría que los niños que tienen manifestaciones de defensas que podrían devenir en psicopáticas, también pueden dirigir la agresión hacia sí mismos, aunque en menor proporción que en los casos de desórdenes graves como son los del Grupo B. En tal sentido, una de las hipótesis con respecto a la propensión a los accidentes registrada en las historias clínicas de los niños del Grupo A, sería que, probablemente, en este grupo esa propensión a accidentarse esté asociada al uso de mecanismos maniacos omnipotentes, más que a la presencia de ideación suicida.

Otro aspecto llamativo es que, al realizarse una comparación (Passalacqua et al, 1997) con otros niños de ese mismo medio, derivados por problemas no relacionados con conductas violentas (N=23) sino, fundamentalmente, de aprendizaje, su media resultó superior a la de los otros grupos. Esto parece confirmar que el hecho de que no se exprese explícitamente la violencia no indica que no haya posibilidades de actuarla (al menos en contra de sí mismos).

En conclusión, los trastornos psicopatológicos serios, tal como se da en los adultos, parecen implicar también un potencial autoagresivo importante en caso de ser actuado, ya que los niños con rasgos psicóticos (Grupo B) tuvieron, en promedio, más indicadores de riesgo suicida que el Grupo A y que el Grupo C, en los cuales, como en todo el resto del material, hay menores indicadores de patología.

Pareciera entonces que en estos niños habría mayor potencial suicida, en parte por las graves distorsiones de sus funciones de realidad, que les impedirían encontrar soluciones lógicas a sus problemas y, en parte por no poder descargar en el medio sus aspectos agresivos de manera adecuada, probablemente por sus deficientes interacciones. Conservarían entonces todo el poder de la conducta agresiva hacia sí mismos; el componente de culpa persecutoria (Abadi et al, 1973) que parece haber entre los suicidas, conlleva la dificultad de exteriorizar hostilidad hacia figuras de las que dependen, por lo que ésta termina revirtiendo sobre sí.

Con respecto a la edad (Passalacqua et al, 1997), la predominancia de signos alrededor de los 10 años, podría sugerir un cierto adelanto de la etapa puberal, en la que recrudece la simbiosis; se produce una regresión a la primitiva etapa del deambulador - etapa de transición en cuanto a la separación y retorno a la madre (ansiedad de separación y satisfacción con el retorno a la figura materna) - produciéndose un vacío de identidad cuando no se la encuentra disponible.

Otro observable es que el número de signos de riesgo suicida de las niñas del Servicio de Psicología Clínica de Niños, de modo similar a los de las consultantes provenientes de otros niveles socioeconómicos, es mayor al de los varones. Esto sucede a pesar de la significativa reducida cantidad de derivaciones que hay entre las niñas, que merece un análisis más pormenorizado.

Esto puede deberse a que la menor expresión agresiva que, en general, ellas manifiestan, por un lado determina que pasen desapercibidas para sus maestros, poco advertidos en su mayor parte, sobre el modo de detectar psicopatología grave, particularmente cuando se trata de niños que no molestan en la clase, debido a su pasividad. Sin embargo, esto parece constituirse en un factor de riesgo mayor, en lo que se refiere al potencial suicida.

Esto se ve acentuado por la cantidad de contenidos significativos que se han encontrado en los Rorschach administrados a la población estudiada, muchos relacionados con las fantasías que son comunes en los protocolos pertenecientes a población de riesgo (Passalacqua et al, 1997), y que corresponden a las siguientes temáticas:

- Relacionadas con la muerte en general.
- Fantasías acerca del modo de matarse (independientemente de ser luego efectivamente el método elegido).
- Relacionadas con el suicidio en especial y sus fantasías asociadas.
- Relacionadas con los psicodinamismos subyacentes, fundamentalmente una intensa ansiedad persecutoria ellos consultaron por problemas de aprendizaje.

La conclusión más importante de este trabajo es que la hipótesis de la predisposición innata es insuficiente para explicar el fenómeno de la agresividad, siendo necesaria la consideración de la incidencia del medio social para procurar una explicación más adecuada para tan complejo fenómeno humano. Esta investigación ha permitido aportar elementos de juicio favorables a la hipótesis según la cual un componente esencial del comportamiento agresivo proviene del entorno familiar-social.

Bibliografía consultada

Abadi et al, (1973). Desarrollos posfreudianos. Buenos Aires: Ed. de Belgrano.

Ackenbach & Edelbrock (1983), *Child Behaviour Check List*.

Bion W, (1955) "Lenguaje y esquizofrenia". Contribuciones al Psicoanálisis, Paidós, Bs. As. "Desarrollo del pensamiento esquizofrénico" (1956) en Volviendo a pensar Ed. Hormé S.A.E. 1990 Bs. As.

Bion W, (1957) "Diferenciación entre personalidades psicóticas y no psicóticas". Volviendo a pensar. Ed. Hormé S.A. E. 1990 Bs.As.

DSM-IV, (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Toray-Masson.

Klein M (1957) *Envidia y gratitud*. Incluido en Klein M, Obras Completas Tomo VI. Buenos Aires: Paidós, 1974.

Passalacqua y Casullo (1997) *Comportamiento suicida adolescente: análisis de los principales factores de riesgo*. Programación UBACYT 1995-97.

Varios autores (1995-97) PS 043 *Las situaciones de pérdida y las tendencias antisociales en niños. Contención familiar y social*, Programación UBACYT 1995-97.

AISLAMIENTO

Definición.- (Psicoanálisis) El sujeto recuerda muy a menudo sucesos importantes ocurridos en su primera infancia, pero tales recuerdos han sido más o menos desprovistos de su tonalidad afectiva y han perdido toda conexión con otros sucesos o excitaciones semejantes. Aparecen así aislados como un cuerpo extraño, y casi todas las asociaciones de contacto que conducen de ellos a los síntomas están suprimidas. El aislamiento sirve para inhibir y mantener alejadas de la conciencia las asociaciones indeseables. Lo mismo la inhibición asociativa que la actuación motriz encaminaba a la defensa, poseen un carácter mágico.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Defensa típica de la neurosis obsesiva consistente en que después de un suceso desagradable o de un acto significativo desde el punto de vista de la neurosis, se interpone una pausa donde nada debe suceder, ni percibirse ni hacerse. Lo desagradable no es olvidado pero se interrumpen sus conexiones asociativas.

La forma de aislar es interponer intervalos espaciales o temporales de manera que las ideas 'no se toquen entre sí'. El intervalo temporal estaría vinculado con la compulsión neurótica a contar. Ejemplos de aislamiento son las pausas en el pensamiento, los rituales, etc. Un aislamiento típico se da entre lo sexual y lo erótico, lo que hace que una persona sólo pueda desear sexualmente a quien no ama.

El origen del aislamiento está en el tabú de contacto (de la pulsión con el objeto satisfactor), tanto corporal como ideativo. Un ejemplo de aislamiento normal se da en la concentración, útil para realizar mejor una tarea.

Celener G. y otros, "Los mecanismos de defensa y las técnicas proyectivas", Publicación interna de la Cátedra de Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico Módulo II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 1996.

Generalidades.- El aislamiento permite considerar un hecho penoso desde un punto de vista puramente intelectual, sin dar cabida a la emoción: las personas pueden hablar de un problema grave sin manifestar ni sentir casi emociones. Hasta cierto punto es un mecanismo eficaz en relación con el trato con las otras personas, y éstas pueden sentirse sorprendidas a incluso admirar la forma en que el otro 'toma' las cosas. El inconveniente es que mantener la ansiedad y las emociones bajo el nivel de la conciencia requiere gran desgaste psíquico, y puede quedar muy poca energía disponible para las actividades normales.

Isaacson Robert (1996) El niño retardado mental. Buenos Aires: Paidós, pág. 43.

Generalidades.- Esta defensa hace que un determinado acto o idea que resulta intolerable para el yo, sea separado de su afecto permaneciendo en la conciencia en forma debilitada. Así, por ejemplo, una persona puede relatar un episodio traumático (un accidente, una operación) con la misma tonalidad afectiva que usa para hablar del clima.

Berenbaum L y Ferrari R, Acerca de las defensas del psiquismo. Incluido en "Fundamentos de psicología", págs. 107-108.

Según M. Klein.- Este mecanismo defensivo "consiste en la disociación primaria entre vínculos de amor y vínculos agresivos. Tiende a apuntalarla y mantenerla, evitando que los pares de disociados se unan en la fantasía o en la realidad pues dicha unión significaría la desorganización del yo fantaseada como caos o locura".

Piccolo E., "Defensas en los tests gráficos", Editorial Paidós.

Estudios experimentales.- Se investigó la conducta de los monos cuando se los dejó solos. Este aislamiento social puede ser total o parcial.

El aislamiento social total es el ambiente más dramático y destructivo. Cuando a los monos se los aislaba socialmente desde el nacimiento hasta los tres meses, al ponérselos nuevamente en contacto con monos algunos a sufrieron un profundo shock y llegaron a morir de anorexia. La mayoría sin embargo sobrevivió y pudieron adaptarse socialmente mediante el juego.

Al aislarlos durante los seis primeros meses de vida, después no manifestaron la cantidad normal de conductas de autoabrazo y amontonamiento. En cambio, aparecieron conductas de balanceo y estereotipadas, consideradas anormales. Frente a otros monos de la misma edad criados normalmente, se sintieron atemorizados, y con bajo nivel de respuestas de amenaza. No se puede aprender en un vacío social. El juego también estuvo prácticamente ausente en los monos aislados. Cuando estos fueron creciendo, de adolescentes se mostraron anormalmente agresivos y anormalmente temerosos. Atacaban incluso a las crías y a compañeros más grandes que ellos.

Los monos que fueron aislados durante los primeros 12 meses mostraron luego una carencia total de respuestas sociales cuando fueron reintegrados con los demás. Tampoco aprendieron a jugar.

En el aislamiento social parcial los monos están separados por mallas de alambre en jaulas diferentes, o sea no pueden tener con los otros un contacto físico. En estos monos se observa un aumento de conductas de automordisqueo y conductas estereotipadas, pero una disminución de la conducta de balanceo. A veces sube el brazo y se asusta de su propio brazo. La conducta agresiva progresa más lentamente, y tienden a asumir conductas y poses depresivas.

Otro experimento es el de privación, o sea tomar monos normales y privarlos del entorno social. En estos casos, cuando volvieron al seno social mostraron mayor adaptabilidad que los monos que nunca habían conocido el medio social.

El solo transcurrir del tiempo deja igual o empeora la situación de los monos privados socialmente. En cambio no pudo detectarse la influencia del tiempo para mejorarlos una vez recontactados socialmente.

Las pautas afectivas básicas de los monos (amor materno, paterno, heterosexual, etc) se basan en contactos corporales. Los monos que fueron aislados socialmente revelan conductas de rechazo corporal, no de contacto.

A algunos monos luego de privarlos del medio social, se los puso con un congénere de felpa al que podían tocar, y revelaron, al reintegrarlos al medio, que no habían perdido la capacidad de contacto. Fueron así rehabilitados, aunque no totalmente.

Es posible actuar terapéuticamente en monos privados socialmente, cuando se los pone en una jaula en contacto con una mona "terapeuta" con la cual pueden interactuar. Cuando ello ocurre, se nota una disminución significativa de conductas anormales en ellos. Esta terapia de la conducta logró también conductas de juego, pero no en el nivel de los monos normales.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 3, punto 4.

AJUSTE

Definición.- Capacidad para enfrentar las situaciones sociales y obtener la satisfacción de las necesidades.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definición.- Término que define un proceso en dos sentidos: teórico y la ocurrencia de tal proceso en la realidad. Teóricamente, ajuste significa armonía entre el individuo y el objetivo o ambiente social; esta armonía tiene carácter de equilibrio estático, estado en el cual no existe cambio alguno que demande una respuesta, todas las necesidades son satisfechas y las funciones continuativas del organismo proceden normalmente. En la práctica, puede lograrse un ajuste relativo, proceso por el cual el individuo opera los cambios necesarios en sí mismo o en el medio que favorecen la obtención de satisfacciones para un gran número de sus propias necesidades, y lo disponen a la aceptación de las exigencias físicas y sociales que debe enfrentar.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ALEGRÍA

Definición.- 1. Es un movimiento total del alma no idéntico al placer. Su definición nos la da San Agustín: *Gaudet, exultat et triumphat*. Es el júbilo con exaltación, como consecuencia de un triunfo sobre una angustia. No es un estado estático sino un "tránsito", un movimiento ascendente hacia la plenitud y lo perfecto. Spinoza define *laetitia* como tránsito en el hombre de una mayor a la menor perfección. 2. El "jasidismo" considera que la alegría es uno de los dos pilares de la colaboración del hombre con Dios (el otro: la *caritas*). 3. Bergson dice: "La alegría anuncia siempre que la vida ha logrado su propósito, ha ganado un terreno, logró una victoria. En la alegría el alma llega a sorprenderse de su propia existencia. La alegría es una especie de aligeramiento total del alma por cuyo medio queda suprimido el esfuerzo

mientras el contenido de la conciencia se hace extraño a sí mismo". 4. En la alegría hay también *humildad* de triunfo, como la alegría de San Francisco.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ALFA

Definición.- 1. En *psicodiagnóstico*, designa una famosa prueba de inteligencia colectiva para sujetos no analfabetos, utilizada hacia fines de la segunda guerra mundial en EEUU para clasificar rápidamente gran número de soldados según su capacidad intelectual, y así poder determinar sus destinos ulteriores dentro o fuera de las filas del Ejército. 2. En *neurofisiología*, designa un registro electroencefalográfico bastante regular que aparece en el hombre adulto en reposo corporal y mental, y con los ojos cerrados. Se ve como una onda de unos 50 microvolts de amplitud y de frecuencia equivalente a 8-12 ciclos por segundo. Otros registros distintos son las ondas beta, theta y delta.

Cazau Pablo (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

ALGOLAGNIA

Definición.- Goce del dolor.

ALIANZA

Definición.- "Designa una afinidad positiva entre dos unidades del sistema. No se trata de una definición formal, sino del uso popular del término. Una alianza es potencialmente neutra, pero es inherente a ella la virtualidad de ir dirigida de manera efectiva contra un tercero. En los casos en que las alianzas se sitúan en oposición a otra parte del sistema, se puede hablar de coaliciones. Ver *Coalición*.

Umbarger C, Terapia familiar estructural, Barcelona, Paidós.

ALIMENTACIÓN

Alimentación y psiquismo.- Nueva York, EEUU (DEM).- Los niños que siguen una dieta de bajo contenido en grasa no sufren por ello ningún deterioro psicológico, como se ha defendido en alguna ocasión.

De acuerdo con un nuevo estudio, publicado en *Health Psychology* (una revista de la Asociación Americana de Psicología de EEUU), este tipo de alimentación no hace que los infantes se sientan agresivos ni padezcan ansiedad o depresión. Para llegar a esta conclusión, los autores del estudio, dirigido por el doctor John V. Lavigne, del Children's Memorial Hospital en Chicago (EEUU), estudiaron la evolución de más de 600 niños de entre ocho y 10 años que tenían el colesterol elevado. A la mitad de ellos se les asignó una dieta de tres años de duración para solucionar este trastorno y, el resto, siguió con su alimentación habitual.

Al concluir el estudio, y aunque los resultados del régimen eran modestos, los especialistas comprobaron que la dieta para reducir el colesterol no producía trastornos psicológicos relevantes ni era el origen de posibles problemas en el colegio o en casa.

Alimentos contra el colesterol y psicología infantil. Copyright 2000 Psicologia.com

ALOCUTARIO

Definición.- "En teoría de la comunicación, el que recibe un mensaje. En ingeniería de la comunicación se lo llama *receptor*. Los términos *alocutor* y *alocutario* son preferidos actualmente por los lingüistas y los que estudian psicología de la comunicación".

Marín Marta (1997) Conceptos claves. Gramática, lingüística, literatura. Buenos Aires: Aiqué, pág. 15.

ALOCUTOR

Definición.- "En teoría de la comunicación, el que elabora o produce un mensaje. En ingeniería de la comunicación se llama *emisor*, pero la psicología de la comunicación y la lingüística prefieren los términos de *alocutor* y *alocutario*".

Marín Marta (1997) Conceptos claves. Gramática, lingüística, literatura. Buenos Aires: Aiqué, pág. 15.

ALOEROTISMO

Definición.- (Psicoanálisis) Jones define este término como "el erotismo relacionado con la idea de otro ser humano". Si bien la primera etapa del desarrollo de la sexualidad es autoerótica, aunque pueden presentarse estímulos aloeróticos, como chupar el pecho de la madre o las caricias del niño, ya más adelante es siempre aloerótica.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ALOPLÁSTICA, CONDUCTA

Definición.- Para satisfacer una exigencia del Ello normalmente tratamos de modificar el mundo externo. Con el mismo proceso queremos apartar un displacer que nos origina una causa exterior. *Ferenczi* denomina este proceso aloplastía. Pero puede ocurrir que en lugar de modificar el mundo externo, sea el Yo el que modifica. Este proceso ha recibido el nombre de *autoplastía* por S. Ferenczi. Las reacciones autoplásticas en la evolución se convierten en reacciones aloplásticas.
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Aloplástica.- Término empleado por autores como Lagache y Ferenczi, por ejemplo, y que designa toda conducta dirigida hacia el medio externo, y por tanto capaz de modificarlo. Por ejemplo hablar con alguien, asir un sonajero, etc. Antónimo: *Autoplástica*.

ALTRUÍSMO

Definición.- "Conducta efectuada en beneficio de otro sin esperar una retribución externa".
Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 614.

ALZHEIMER, ALOIS

(Marktbreit, actual Alemania, 1864-Breslau, id., 1915) Neurólogo alemán. Se licenció en medicina por la Universidad de Wurzburg en 1887 y seguidamente entró a trabajar como asistente clínico en el Asilo Irrenanstalt de Frankfurt. En esta institución inició sus estudios sobre la patología del sistema nervioso, en colaboración con el neurólogo Franz Nissl. Entre 1904 y 1918, ambos publicaron la obra en seis volúmenes Estudios histológicos e histopatológicos del córtex cerebral, en la que abordaron, entre otras cuestiones, el delirio alcohólico, los tumores cerebrales, la epilepsia, la parálisis general y, sobre todo, la demencia, una de cuyas formas más extendidas recibió el nombre de «enfermedad de Alzheimer». En 1895 accedió a la dirección del Instituto Irrenanstalt, puesto desde el cual prosiguió sus investigaciones, fruto de las cuales fue la distinción entre la atrofia arteriosclerótica cerebral y la demencia senil.
Fuente: <http://www.biografiasyvidas.com/>

AMBISEXUALIDAD

Definición.- "Relación comunicativa, afectiva, amorosa o sexual con personas del mismo o diferente sexo. Se da de manera simultánea. Potencialmente, estamos capacitados para ello. Es preferible este término al de 'bisexualidad'. No se trata de la conjunción de los dos sexos en una sola persona sino de la capacidad de satisfacción sexual".
Barragán Medero F, (1991), La educación sexual. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós, pág. 151.

AMBIVALENCIA

Definición.- 1. La existencia simultánea de emociones contradictorias hacia la misma persona. 2. (Psicoanálisis) El sentimiento compuesto de odio y amor que le inspiran a un niño el padre, la madre o el maestro, es un caso de ambivalencia emocional. Se creyó originariamente que la composición del odio era innata o instintiva; pero el Ps. Opina que el odio se desarrolla de las frustraciones de los impulsos de amor que se dan necesariamente en toda cultura. Se sostiene que cualquier persona puede, y, según algunos analistas, deben tener ambos valores afectivos opuestos al mismo tiempo. 3. En psiquiatría significa: coexistencia de tendencias contrapuestas y equipotentes. Debido a ello existe una desorganización de la conducta y una pérdida de la síntesis ideoafectiva. Bleuler la considera como uno de los síntomas primarios de la *esquizofrenia*.
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

AMISTAD

El papel protector de la amistad sobre los efectos del abuso en la infancia y la depresión.-
Antecedentes: Este estudio exploró las relaciones entre el maltrato infantil (abuso sexual, físico y emocional, así como también negligencia), depresión adulta y apoyo social percibido por parte de la familia y amigos.
Métodos: Como parte de un estudio financiado por el NIH de riesgo y resiliencia en un hospital público urbano en Atlanta, 378 hombres y mujeres reclutados de las salas de espera de atención primaria y de la clínica obstetricia de ginecología; contestaron a preguntas sobre el historial de desarrollo, experiencias traumáticas, apoyo de relación actual y síntomas depresivos.

Resultados: El abuso emocional en la infancia y la negligencia fueron los predictores más importantes de la depresión en la edad adulta más que el abuso sexual o físico en la niñez. Únicamente en las mujeres, el apoyo social percibido por parte de amigos, sirvió como protección contra la depresión en la edad adulta incluso después de explicar las contribuciones del abuso emocional y la negligencia.

Conclusiones: Estos resultados pueden explicar la importancia particular de la comprensión de los efectos que el abuso emocional y la negligencia tienen sobre la depresión en la edad adulta, y en cómo el soporte percibido por parte de amistades puede proporcionar un escape para las mujeres con un historial de estrés en edad temprana y quienes están en peligro de desarrollar depresión en la edad adulta.

Abigail Powers; Kerry J. Ressler; Rebekah G. Bradley. El papel protector de la amistad sobre los efectos del abuso en la infancia y la depresión. DEPRESSION AND ANXIETY. 2009 ENE; 26(1):46-53.

AMOR

Definición.- 1. *Amarás a tu prójimo como a ti mismo* (Biblia); *magna res est amor* (el amor es una gran cosa) – Kempis, *Imitatio Christi*); *ama et fac quod vis* (ama y has lo que quieras – San Agustín). 2. “La felicidad suprema... no consiste en que dos seres se digan íntimamente: queremos vivir el uno para el otro, sino que esta promesa signifique en sus pensamientos: queremos vivir juntos *para* algo”. (Albert Schweitzer). 3. Se distingue con toda claridad entre el amor y *sexualidad*. Amor es la fuente espiritual en la búsqueda de la felicidad, en tanto que la sexualidad busca la descarga placentera carnal del instinto sexual en servicio de la procreación o solamente el placer del goce sexual, en el hombre como “ser zoológico”. El amor como concepto puramente psicológico tiene dos formas: a) Amor a los otros (amarás a tu prójimo), b) Amor por uno mismo (“como a ti mismo”); una tercera forma, el amor caritatis, define al conjunto de las relaciones vitales, existenciales del ser humano, es decir: su relación con otros, con las cosas (trabajo, arte, naturaleza), y con el Universo (Dios), en una palabra: “ser sí mismo”. Debemos admitir también otra forma de amor que espiritualizada a lo sexual. Otra distinción fundamental es el amor como relación “productiva”, denominación de *Fromm*, entre los seres humanos y el amor como *pasión* que vence a uno o un afecto por el cual uno es afectado. En la existencia humana se encuentran dos direcciones opuestas como una paradoja; el ser humano busca simultáneamente la convivencia, o la unión armónica con los otros y al mismo tiempo la conservación de su individualidad y de su particularidad. El *apego* y el *desapego* son, como nos demostró *Szondi*, y Charles Morris (en *Tatas of Life*) factores circulatorios en nuestra vida anímica. La energía de esta circulación no es lo sexual sino el amor como potencia espiritual en el ser humano, fuerza reguladora entre apego y desapego (altruismo-egoísmo). El amor no existe por “enamorarse” sino está potencialmente en nosotros y actúa junto con la *razón* para comprender al mundo y relacionarse con él, mental y emocionalmente. Relacionarse quiere decir: actuar, pues el amor productivo se define por el logro de su propia realización. Enamorarse no es la culminación del amor, sino su comienzo, la oportunidad para lograr al amor que nace pero muere si no se hace. Dice Fromm al respecto: El amor genuino es una expresión del amor productivo e implica cuidado, respeto, responsabilidad y conocimiento. No es un afecto, en el sentido de estar “afectado” por alguien, sino en un esfuerzo activo por el desarrollo y la felicidad de la persona amada, arraigada en la propia capacidad de amar. Amar es una capacidad de amar, y amar a alguien es la actualización y contracción de esta capacidad respecto a una persona (Erich Fromm: *Egoism and Love*). Amar a una persona productivamente implica internarse en ella y trabajar por ella, conocerla, sentirse responsable por su vida, no únicamente por su existencia física, sino por el conocimiento y desarrollo de todos sus poderes humanos. La salud y el apetito sexual fomentan la capacidad de enamorarse, pero no hay nada misterioso en ello -dice Fromm- y no se ama accidentalmente, sino que el propio poder de amar produce el amor productivo.

Hay una relación íntima entre el amor de dos personas y el amor por la humanidad y no pueden ser separados el uno del otro. El amor por la humanidad es posterior al amor hacia el individuo. La extensión más amplia, más perfecta del amor es entre hijos y padres y el amor entre hermanos. El cuidado tiene su fondo en el amor maternal que es la raíz del *amor integral*. El término hebreo que expresa el amor de Dios por el hombre y el amor del hombre para con sus semejantes es *rachamin*, cuya raíz es *rechem*: matriz. Dios explica a Jonás que la esencia del amor es “trabajar por algo y hacer crecer algo”. Es justamente eso lo productivo en el amor. Lo que se refiere a la *responsabilidad* no es un deber impuesto por la sociedad (por el Superyó freudiano) sino el dictamen de la *conciencia* que está genuinamente en la subconciencia como contenido dominador de toda existencia humana. Esta responsabilidad que tiene por el bienestar psicofísico y espiritual del otro, se nota todavía más en el amor que une a los amantes. En esta unión es la mujer la que sufre las consecuencias, es decir, en la verdadera unión la amante se transforma en el acto sexual mismo en madre potencial. *Respetar* en el amor productivo quiere decir no apoderarse del otro pero tampoco ser apoderado. La unión en amor no puede anular la peculiaridad del uno y de la otra, no puede formar una tercera individualidad con dos cuerpos, sino significa una unidad una comunidad en el logro del amor por los hijos, por toda la humanidad. En el amor hay una coincidencia existencial de las dos peculiaridades, una correspondencia espiritual, y es esta coincidencia, esta correspondencia la que hace sagrado el matrimonio, como única fórmula terrestre de amor productivo. El conocimiento es la base del respeto. Respeto quiere decir: mirar (*respicere*, lat.) mirar con

cariño. No es posible respetar a una persona sin conocerla. En muchos idiomas se usa la palabra *conocer*, para expresar que los amantes se han encontrado en el amor. Conocerse tiene dos aspectos: comprender y dejarse comprender. Mentir quiere decir: ocultarse; lo que se oculta es una mentira no de un hecho ocurrido sino de la persona misma en su valor verdadero, y hace imposible comprenderse. Cualquier mentira degrada al amor a un falso aspecto o simplemente a un afecto, y como tal hace efímero lo que es eterno, porque abarcar generaciones pasadas y futuras en el eslabón, llamado: humanidad. 4. Según Sartre: el amor es: "una tentativa mutua de seres diferentes para posesionarse de la libertad del otro ser, de apropiárselo para sí, de esclavizárselo". 5. La teoría de Scheler sobre el amor es la teoría más radical con que se enfrenta al pensamiento del siglo XIX. El amor no se identifica con la simpatía, ni es en general sentimiento alguno. No presupone ningún juicio, no es ningún acto de esfuerzo humano. Nada tiene de social en sí, y lo mismo puede orientarse hacia uno mismo como hacia los demás. Se ha identificado al amor con el altruismo y otras formas parecidas de la mentalidad moderna se basan en un resentimiento, es decir, en el odio a los valores superiores y, en última instancia, a Dios. El amor genuino (como el odio genuino) tiene que ver siempre con el valor, pero es siempre amor de una persona, no de un valor en cuanto tal; Scheler llega a afirmar que no es posible ni amar el bien. Se endereza a las personas como realidad a través del valor de la persona. El análisis de "amor por una persona" muestra que la suma de los valores de una persona amada no puede cubrir ni con mucho nuestro amor por ella. Siempre queda un *plus* insondable. Este *plus*, la persona concreta del amado, constituye el objeto verdadero del amor. El punto cimiento del amor es el amor de Dios, concebido no como amor al Dios infinitamente bueno, sino como "coejecución" de su amor por el mundo (*amare mundum in Deo*). Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Alfred Adler distinguió distintos tipos de amor: fraternal, maternal, erótico, a Dios, y a uno mismo. Este último es un prerrequisito para amar a los demás, y no debe ser confundido con la satisfacción exagerada de deseos narcisistas. La capacidad de amar requiere, para Fromm, vencer el narcisismo.

Según Alfred Adler, entre padres e hijos pueden establecerse tres tipos de relación: a) simbióticas, donde una de las partes pierde o no alcanza nunca su independencia: una persona es absorbida por otra o puede absorber a otra; b) de retraimiento-destruccion: en vez de cercanía hay distancia, apatía, retraimiento cuando no hostilidad y agresión; c) de amor, que es la relación productiva, marcada por el respeto mutuo y el fomento de la independencia mutua.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 145.

Amor y depresión.- El duelo y la melancolía, sobrevienen como consecuencia de la pérdida de algún objeto o situación amada; en ambos casos existe un estado de ánimo doloroso, una pérdida de interés por el mundo exterior, una pérdida de la capacidad de amar y una inhibición general de todas las funciones psíquicas (Freud, Duelo y melancolía).

La resolución del duelo implica que el sujeto va comprendiendo gradualmente que el objeto amado no existe más. Este trabajo de duelo culmina cuando el yo queda libre y sin inhibiciones, depositando la libido sobre un nuevo objeto, es decir, es capaz de recatectizar el mundo.

En la base del proceso melancólico hay una elección de objeto narcisista, es decir, el sujeto elige como objeto amoroso a uno que lo representa en algún sentido. El sujeto aquí se retrotrae a formas primitivas de identificación, que es la identificación oral (ya que 'incorpora' al objeto perdido).

A partir de estas afirmaciones de Freud, podemos considerar que la depresión existe tanto en el melancólico como en la persona normal que sufrió una pérdida y está haciendo un duelo. En ambos casos el objeto perdido es un objeto muy valorado o amado por el sujeto, y la diferencia estribaría en que en la melancolía se trata de libido narcisista, y en la persona normal en duelo en libido objetual.

A partir de allí, en la persona normal elaborar el duelo implicará reconstruir un nuevo vínculo objetual depositando en un nuevo objeto la libido objetual, mientras que en el melancólico, la "solución" sería transferir la libido narcisista depositada en el objeto perdido nuevamente al yo, por cuanto hay una identificación con el objeto perdido.

Además, según refiere Freud (Duelo y Melancolía), la melancolía tiene un contenido más amplio que el duelo, ya que en la primera la relación con el objeto aparece complicada por la ambivalencia: en la melancolía el amor y el odio luchan entre sí, el primero para desligar a la libido del objeto, y el segundo para evitarlo.

Esta relación entre amor y depresión es abordada también por D. Liberman, cuando indica que "todos los pacientes presentan día a día oscilaciones del humor que son expresión de estados cambiantes de... la autoestima. En la persona depresiva este proceso adquiere marcada intensidad, y unida a ésta se presenta un grado de sensibilidad extrema ante dichas oscilaciones" (Liberman, pág. 114).

Liberman (págs. 114-115) reinterpreta desde la teoría de la comunicación la idea psicoanalítica según la cual los pacientes depresivos buscan en las otras personas aportes narcisistas, diciendo que los mensajes que intercambian con las otras personas no son otra cosa que una transposición al plano interpersonal de la relación que el paciente mantiene con su Superyó, al que trata de apaciguar para mantener el precario equilibrio de su autoestima. Existe un Superyó cruel y exigente que priva de afecto, con lo cual la

persona buscará ese afecto en los demás despertando su atención o admiración generando un humor depresivo.

Así, la preocupación central del depresivo es según Liberman regular su autoestima (Liberman, pág. 117). Podríamos pensar que si ésta desciende como consecuencia de alguna pérdida, el depresivo intentará compensarla, subirla, recibiendo aporte libidinal narcisista del entorno, de las otras personas. Este define un vínculo entre los conceptos de amor y depresión, y en esto podemos encontrar una semejanza con la idea freudiana que podemos resumir en lo siguiente: en los estados depresivos, el amor involucrado es un amor narcisista, no un amor objetal, y ello es así porque el paciente depresivo, acosado por la pérdida que le representa una herida narcisista, compensa esta última acopiando más libido narcisista de las personas de su entorno, que son su "reservorio" de libido narcisista.

Para M. Klein, también la relación entre depresión y amor es muy íntima, y en tal sentido retoma conceptos de Freud y Abraham. De acuerdo a estos autores, "el proceso fundamental de la melancolía es la pérdida del objeto amado. La pérdida verdadera de un objeto real, o alguna situación similar que tenga el mismo significado, da por resultado la instalación del objeto dentro del yo. Debido, sin embargo, a un exceso de impulsos canibalísticos en el sujeto, esta introyección se malogra y la consecuencia es la enfermedad" (Klein M, pág. 269).

Freud S (1917), Duelo y melancolía, en Obras Completas, Tomo II, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.

Klein M (1935) Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos, incluido en Obras Completas Melanie Klein (Volumen I: Amor, culpa y reparación), Buenos Aires, Paidós, 1999.

Liberman David (1978) Comunicación y psicoanálisis, Buenos Aires, Alex Editor.

Erotomanía, amor y enamoramiento.- Proponerse hablar del amor es una empresa inútil y poco esperanzadora. Viene a ser como pretender abordar lo inabordable, acotar lo que no tiene límites y objetivar lo que no puede suceder sin que lo coloree la impresión subjetiva de cada uno. Por eso Ferrand, en su Melancolía erótica, se unía a la opinión galénica de descalificar a los que intentaban dar una definición esencial de algo que cada uno concebía a su manera. Tachaba, por tanto, de sofistas a los lógicos de turno que intentaban dar con la clave de asuntos que no pueden sino explicarse a través de una experiencia propia.

El amor ha sido uno de los temas más abordados por la filosofía, la literatura, la antropología, la religión e incluso la medicina. Todas las ciencias que se han ocupado de los distintos aspectos del ser humano han hecho un hueco para estudiar eso que tantos, y con tanta razón, han calificado de locura. Sin duda, intentar comprender qué es el amor resulta una de las mejores y más arriesgadas formas de bucear en las profundidades del hombre.

Agustín nos dejó dicho que «si quieres conocer a alguien, no le preguntes lo que piensa, sino lo que ama». Quedamos definidos por el amor y por lo que amamos. Desde nuestra profesión, y en ocasiones a pesar de ella, nos es fácil encontrarnos con situaciones que nos acercan a estos reveladores modos de observación. Tan es así, que siempre resulta útil echar un vistazo al acompañante del paciente que espera fuera de la consulta si queremos enriquecer la impresión clínica que vamos construyendo. Del mismo modo que, no pocas veces, se nos escapa una sonrisilla maliciosa cuando un amigo nos presenta a su nueva pareja, que resulta cortada por el mismo patrón que esa anterior que le desilusionaba.

La pareja, el amado, el amigo predilecto, no son anécdotas de nuestra existencia sino un reflejo de las cartas con las que jugamos en la vida. El amor decide por fuera de la razón. No elegimos racionalmente entre varias posibilidades presentes, sino que es nuestra oculta intimidad la que apuesta por nosotros como si supiera de antemano quién será el ganador. Además, el amor actúa de modo determinante sobre el destino de las personas. Nuestra biografía no sólo es un inventario de relaciones amorosas, sino que es el efecto de los amores que se han ido sucediendo. Decía Ortega y Gasset que, en caso de contar con más de uno, una persona nunca tendría más de dos o tres amores importantes a lo largo de su vida.

Éstos, además, coincidirían con cambios significativos en su «modo de ser». De ahí provendrían las similitudes y diferencias entre las parejas que acumula una misma persona: mientras las similitudes responden a la repetición, las distintas personas a las que se ama dan cuenta de los cambios sucedidos en cualquier trayectoria vital. Sí, lo que nos proponemos llevar a cabo es un sinsentido, pues queremos adentrarnos en un tema cuyos márgenes sabemos de antemano que se escapan.

La intimidad se resiste a ser científica, a cumplir reglas o respetar límites convencionales. Enfrentados a esta tarea y sus dificultades irreductibles, podemos intentar apoyarnos en el resultado de las miradas que nos anteceden. De su repaso, a nuestro juicio, surgen dos proposiciones. Por un lado, registramos la insistente exigencia a lo largo de los siglos de elaborar una teoría del amor y fundarla en una filosofía de las pasiones. Pero, por otro, damos cuenta también de la imposibilidad de lograrlo sin derrumbar los cimientos de esas mismas hipótesis. Esto demuestra el carácter paradójico de todo lo que acercamos al amor. Tanto las explicaciones que el hombre atribuye a sus sentimientos, como el manejo con que el propio amor gobierna al sujeto, se encuentran rodeados de esa esencia contradictoria que caracteriza a Eros.

Las pasiones no quieren «tener razón», por eso el único lenguaje que conoce el amor es el de la contradicción. La palabra es el límite del amor y, pese a ello, no disponemos de un arma distinta para

acercarnos a esa sinuosa profundidad que tanto despierta nuestro interés. «No se puede decir nada sin contradecirse», decía Lacan.

Laura Martín López-Andrade. Erotomanía, amor y enamoramiento. Contradicciones. REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. 2009; 29(103):157-169.

La Gradiva: el amor feliz.- En 1907 Freud publicó un trabajo sobre la 'Gradiva' que tituló 'El delirio y los sueños en la 'Gradiva' de W. Jensen'. Jung le había recomendado su lectura porque había notado la honda captación psicológica de Jensen y la afinidad que la novela tenía con los descubrimientos psicoanalíticos sobre los sueños, sexualidad infantil y represión.

La trama de la novela es conocida. Su héroe es un arqueólogo retraído que había encontrado en Roma un bajorrelieve en el que una refinada joven caminaba colocando el pie de una manera característica. La atracción que siente Norberto Hanold es de tal intensidad, se prende tan fuertemente de su intelecto y de su sensibilidad que Freud la califica enamo-ramiento.

Un sueño en el que ve a la joven del bajorrelieve durante la erupción del Vesubio en el año 79 y el impacto de sensaciones inefables, entre ellas las producidas por el canto de un pájaro vecino y por una mujer que ve pasar caminando con un paso semejante al del bajorrelieve, lo instan a iniciar un viaje a Italia. Las vicisitudes del viaje y un nuevo sueño lo conducen rápidamente a Pompeya, ciudad donde Gradiva habría vivido, amado y muerto trágicamente. Allí, entre las ruinas y después de un nuevo sueño, despertará la pasión dormida.

Antes de que esto suceda, el arqueólogo cree ver en Pompeya, a Gradiva revivida. Mientras tiene sueños y despliega sus fantasías delirantes, conversa con la 'aparecida' que es en realidad Zoe, la amiga amada y olvidada de la infancia. Se inicia así una *cura* que Freud compara con la cura analítica.

Freud se percató de que Jensen remitía la trama de 'Gradiva' a una realidad psíquica no literaria descubriendo así la función que tiene la literatura de lograr transformar la realidad interna y la realidad externa en un proceso literario. Freud todavía no había desarrollado las ideas que luego se cristalizaron en sus trabajos sobre duelo y melancolía, narcisismo, pulsión de muerte, lo siniestro, sepultamiento del complejo de Edipo y fetichismo.

En 'El delirio y los sueños en la Gradiva de W. Jensen' Freud ubicó a la sexualidad y a la represión en el núcleo del amor y atribuyó los caracteres fenoménicos del enamoramiento y de la pasión a lo Inconciente reprimido, al amor que se abre paso a la conciencia y se despliega en libertad. La existencia de la represión por un lado y la liberación de la sexualidad de las ataduras defensivas de la represión por otro, constituían la encrucijada afectiva por la que transitó el enamoramiento del protagonista de 'Gradiva'.

Con anterioridad, el amor transferencia durante el análisis de Dora le había revelado la relación que toda pasión tiene con el pasado infantil y la importancia de su despliegue durante el tratamiento.

La función de la sexualidad infantil, la represión y la atracción ejercida por los primeros objetos de amor mantendrán siempre su vigencia en las futuras ideas de Freud sobre el amor. No puede dejarse de considerar que si el levantamiento de la represión reverdece los afectos, desde que sacude al Yo y conmociona su estructura, sobre el destino de la nueva relación amorosa suele caer la sombra de la repetición en sus aspectos más sombríos, como compulsión a repetir. La idea de la repetición está presente en el destino trágico de la pasión amorosa.

De la misma 'Gradiva' surgen algunas preguntas pues ¿es el carácter infantil de la sexualidad lo que da la pauta de lo más relevante del amor? Se podría pensar que es justamente lo contrario, que hay algo que levanta las represiones y permite una inundación afectiva que antes no se mostraba y que no se limita a lo infantil reprimido. De hecho, la experiencia amorosa, desde el enamoramiento a la pasión, entraña un cierto desarraigo de lo infantil. Y nadie, después de experimentarla, es nunca más el mismo.

Freud señaló que 'el despertar de los sentimientos' de Norberto Hanold coincidió con el enamoramiento inicial de un bajorrelieve. Eventualmente, lo primero no fue la irrupción de la sexualidad infantil sino algo inesperado, disruptivo, que produjo un efecto de desarraigo ligado a una experiencia de lo bello. Sin duda 'el florecimiento afectivo' incluye la sexualidad de la infancia y el recuerdo olvidado de su amor infantil por Zoe.

Pero el enamoramiento de Gradiva incluye también la idealización de un objeto cuya reaparición tuvo ciertas características traumáticas. Por tratarse de un bajorrelieve, el objeto primero de la idealización y del enamoramiento *es un objeto arqueológico, por lo tanto estético*. Como tal, tiene ese grado de desrealización que nos recuerda que en el amor, el difícil camino hacia la realidad está jalonado de objetos perdidos, abandonados o abandonantes. Siempre idealizados.

Hay que destacar otros puntos de vista que Freud vislumbra sin darles acabada conceptualización pese a que su participación en el enamoramiento, es amor y la pasión, pueden ser reconocidas en el texto:

1. **El azar** tiene una función fundamental en el estallido del enamoramiento y en el destino repetitivo o inédito del resurgimiento pasional. La relación entre el objeto externo del azar y el objeto perdido que estudia el psicoanálisis se expresa en la intensidad y extrañeza con que el fantasma de amor irrumpe en la vida psíquica. El azar objetivo despierta la nostalgia y con ella se inicia la búsqueda pasional de lo pedido en un tiempo irre recuperable.

2. **La estética** forma parte del enamoramiento. Dice Jensen: '...y recogiendo un poco su vestido, Zoe Bertang, Gradiva revivida, envuelta por los ojos de él la miran ensoñados, cruza por las piedras de la

calzada hasta el otro lado de la calle con su andar caluroso y grácil, en medio del resplandeciente brillo solar. Y dice Freud: 'La hermosa realidad ha triunfado, pues, sobre el delirio'.

3. **Los procesos de duelo** son reactualizados mediante el enamoramiento. Cuando los ídolos muertos deben ser reemplazados por personas vivas y actuales, se desarrolla un juego entre la vida y la muerte, entre Eros y Tánatos. El pasaje del objeto arcaico del deseo a un nuevo objeto de amor agudiza el sufrimiento psíquico por la descatectización de objetos de la realidad psíquica que fueron esenciales en la construcción de la vida erótica.

4. **El cambio psíquico.** La 'Gradiva' muestra el elemento inédito, original, que está incluido en la experiencia intensa del amor y que se va construyendo cuando la crisis afectiva que se produce durante el pasaje del registro fantasmático del deseo al registro de la realidad se resuelve en un cambio psíquico con nuevos investimentos libidinales.

El Primer Sueño

El azar – El muerto vivo – Trauma y Duelo – El Juego del amor – La locura del Amor

En el primer sueño de la 'Gradiva' asistimos al juego del amor reprimido y su liberación, entre Gradiva muerta y Zoe viva, entre el fetiche y el cuerpo femenino. Juego en el que el Más Allá es una invitación fanática y una promesa de mutación. Pompeya pone en relieve el escenario bello y arcaico, realístico y fantástico, erótico y mortuorio en el que la *literatura hace converger: el deseo, el duelo, el trauma y la desmentida en los inicios de la pasión amorosa.*

El Segundo Sueño

La escena primaria – La estética de la diferencia – Desvinculación y pasión

Ya iniciado el peregrinaje hacia el sur, Norberto Hanold tiene un segundo sueño en Roma. El pasaje de la violencia de la escena primaria a la iluminación del genital materno durante el sueño corresponde a una realidad psíquica que no es ajena a la antigua atracción ejercida por el descubrimiento de los sexos. El bienestar que experimenta Norberto Hanold en el momento de despertar, el placentero momento, sin angustia ni temor, descarta que el soñante estuviese bajo la acción de la angustia ante el incesto, ante el placer prohibido de la profanación del cuerpo materno.

La metamorfosis sensorial y sensual que acompaña a la segunda parte del sueño es reveladora del cambio psíquico fundamental que se cumple durante la experiencia amorosa: *la desvinculación del objeto del amor incestuoso infantil.* El enamoramiento de Norberto Hanold comienza a adquirir con este sueño un crescendo pasional. Surge una nueva organización del campo amoroso que deberá luchar contra la organización incestuosa del pasado. Una estructura amorosa que no es equivalente a la sexualidad reprimida infantil ni al amor idealizado del narcisismo ni al amor cristalizado por un muerto-vivo.

Introducción del Tercer Sueño:

La 'necesidad subjetiva de fantástico' – El contrapunto Gradiva Zoe – La nostalgia. El discurso amoroso

En la experiencia amorosa de Norberto Hanold lo visual tiene participación decisiva. La repetición en la novela del elemento lumínico refuerza la idea popular de que el enamoramiento es un renacimiento, un despertar a la vida que hace ver las cosas de otra forma, que hace percibir el mundo de otra manera.

A. Garma en sus escritos sobre el sueño desarrolló la importancia de la relación entre la imagen visual luminosa y la fantasía del nacimiento. D. Meltzer habló del impacto terrorífico y a la vez sensual y estético que tiene el mundo externo para el bebé que pierde el contacto kinético y auditivo intrauterino. Son modelos de trauma, tan antiguos como la vida misma, que articulan el nacimiento y la pérdida de la unión intrauterina con la experiencia estética visual.

El Tercer Sueño

La 'Situación Lagartija' – Deseo y angustia – La pasión y lo maravilloso – El acto de amor

El Sueño: 'En un lugar del Sol estaba Gradiva, hacía un lazo con hilo de hierbas para cazar una lagartija, y decía sobre eso: "Por favor, mantente inmóvil; la colega tiene razón, el recurso es realmente bueno y ella lo ha empleado con el mejor de los éxitos"'. Todavía dormido se defiende de este sueño con la crítica de que es una rematada locura y se resuelve es su lecho para liberarse de él. Lo consigue con ayuda de un pájaro invisible que profiere un breve grito riente y se lleva la lagartija en el pico.

Han desaparecido los contenidos míticos, románticos y trágicos de los dos sueños anteriores. No hay elementos depresivos ni alusiones a la muerte. La actividad onírica se centra en los objetos simbólicos de la sexualidad y la misteriosa Gradiva va dejando su lugar a la joven alemana que ya sabe lo que desea y está decidida a lograrlo.

Freud realiza un cuidadoso estudio de los restos diurnos y de los mecanismos que organizan el delirio y el sueño Bisagra entre la realidad y la locura, el sueño hace ingresar a Zoe en la realidad cotidiana. En el delirio, el prendedor verde se constituía en una prueba de que Gradiva existió y murió al lado de su amante mientras que la desaparición de la lagartija y de la mujer a través de una grieta eran confirmaciones de que la muerta regresaba de su tumba. En el sueño, la verdad se hace luminosa. Zoe vive, se hospeda con su padre en el Albergó del Sole, la pareja que creía hermanos son enamorados, el padre de Zoe no es otra cosa que el profesor de zoología. Final feliz. Lo irrecuperable sucumbe ante lo posible.

La condensación de Gradiva y el padre de Zoe conduce a ese punto en que incesto y castigo se unen provocando la angustia que perturba el sueño de Norberto Hanold. El drama edípico se agita entre la fuerza del deseo y la mirada del Superyó. El Romanticismo como antes el Manierismo, recurrió con frecuencia a la imagen de Medusa.

A igual que Medusa que convertía en estatuas a quienes la miraban, Gradiva -también ella estatua petrificada en el mármol-, le pide inmovilidad al soñante.

En conclusión:

'El delirio y los sueños de 'Gradiva' de W. Jensen' no sólo es la primera *aplicación* de los descubrimientos psicoanalíticos a una obra literaria, sino que es el primer trabajo psicoanalítico que *explora* en la literatura. Era inevitable que tratándose de una novela que narra una historia de amor, el texto freudiano recayese voluntaria o involuntariamente en el estudio de los despliegues del enamoramiento y de la pasión amorosa. De hecho, en la Gradiva subyace un estudio metapsicológico del amor anterior a que Freud presentara la Metapsicología. Por lo tanto, una relectura de la Gradiva freudiana que se centre en la estructuración psíquica del amor debe nutrirse de las nociones posteriores a 1905.

Detrás del síndrome mórbido que aqueja al protagonista pueden reconocerse, vivos y esclarecedores, los procesos psíquicos de los amores y pasiones que, en mayor o menor grado, protagoniza el hombre común. Un tema que no está concluido ni saturado y que permanece incluido en el corazón mismo de la teoría y de la clínica psicoanalítica. Gradiva introduce al psicoanalista en lo más universal de la experiencia amorosa. Sin embargo no pueden obviarse aquellos fenómenos psíquicos que tienen en sello de las singularidades inconcientes y de los intereses de los autores. Y, si bien se trata de una novela con un final feliz, los duelos, los sufrimientos y los fantasmas de Edipo y de Narciso se deslizan por el alma de los personajes.

Desde la atracción inicial por el bajorrelieve hasta la escena en que Zoe cruza la calzada con su paso peculiar, recogiendo el vestido ante los ojos embelesados de Norberto, antes de que juntos abandonen Pompeya, se va cristalizando una estructura amorosa.

Para Freud era fundamental demostrar que se cumplía una recidiva del amor reprimido y que la misma era imprescindible para que se consumara el restablecimiento de 'todos los múltiples componentes de la pulsión sexual'. Cuesta pensar que semejante recuperación no implique un nuevo ordenamiento de las fuerzas pulsionales.

En Gradiva el amor se concreta como algo diferente a la sexualidad infantil. Se presenta como un cambio psíquico, como una de las creaciones más relevantes del hombre, como un trabajo que, al igual que el del arte, implica rupturas y transmutaciones, repeticiones y elaboraciones, sueños, ensueños y locuras.

En esta relectura de Gradiva se destaca la importancia que tienen en el desarrollo de la experiencia amorosa: el muerto vivo y los duelos no resueltos, la escena primaria y la atracción por el sexo diferente, los conflictos entre idealización y sexualidad, las servidumbres de amor. He querido destacar una organización característica del amor pasional: la íntima relación entre la idealización del objeto de amor y la idealización del cuerpo pasional.

El Tercer Sueño revela que la elaboración de duelos, el levantamiento de represiones y escisiones, el placer de la transgresión tienen el efecto de liberar el romance mítico, bárbaro, que perdura en el anhelo humano de amar. Paradoja del amor pasional que siendo una creación cultural fundamental del hombre, lo acerca a la vez, a lo más natural y dionisiaco de la condición erótica, al punto de partida en que la pulsión es acto y cuerpo.

Resumido de Melgar María Cristina (1997) Amor, enamoramiento, pasión. Buenos Aires: Kargieman.

Ana Karenina: el amor trágico de la pasión narcisista.- Tolstoi escribió una de las más grandes historias de amor de la literatura universal. Una historia de amor con una gran originalidad la agudeza perceptiva para mostrar la transformación de caracteres que provoca la pasión. Los amantes, Ana y Wronsky, se conocen en una estación de ferrocarril y esa única escena cambiará la vida de ambos.

Para el psicoanalista tiene un especial interés ya que muestra la estructuración de una pasión narcisista. Es una metáfora de ese viaje al sin sentido que es la pasión narcisista, de esa pesadilla fanática en que puede convertirse el amor.

Ana Karenina es un texto sobre los destinos trágicos de la pasión narcisista y fanática. Ana adquirirá la convicción sentimental de que no hay otra opción que la simbiosis narcisista o la muerte.

Ana Karenina deja la incógnita, la pregunta de si la pasión narcisista es una tentación que todo sujeto mantiene en el fondo de sí mismo, una potencialidad pasional que puede transformarse en psicótica.

La Pasión

Freud mostró los efectos mortíferos sobre los destinos del amor de lo que hoy puede entenderse como un Superyó cruel. La pasión no impresiona entonces como la expresión más salvaje de la pulsión sino como una estructura sofisticada y compleja. Como una especial articulación entre las pulsiones eróticas y las fanáticas. La pasión es un llamado del Yo Ideal que evoca experiencias anteriores de amor único, claramente las tenidas con la madre.

El Encuentro

La fausse reconnaissance – La circulación narcisista – La idealización y la negación

Ana y Wronsky se conocen en una estación de ferrocarril. Ana desciende del tren y Wronsky se vuelve para mirarla 'no porque su belleza, distinción y elegancia le impresionaran, sino por la expresión de su rostro, suave y afectuoso'. Ana vuelve el rostro en el momento en que él la mira y 'sus ojos grises a los que unas pestañas espesas daban apariencias de oscuros, le dirigieron una mirada amable y benévola como si lo reconocieran'. Enseguida, al ser presentados, con el primer contacto físico, Wronsky experimenta una extraordinaria felicidad.

Junto a la idealización, Wronsky recurre al mecanismo de la negación y piensa que no eran la belleza y la elegancia lo que lo impresionaron. Hay dos claras razones que subyacen en su actitud defensiva. La hostilidad inconciente hacia la belleza y la vida erótica de la madre que debe haber causado dolor psíquico a un hijo que no conoció a su padre. La otra, es la fantasía incestuosa que siempre infiltra el deseo. El comienzo del enamoramiento es presentado como el encuentro mágico del placer especular compartido del narcisismo lo que no excluye el reencuentro con el objeto perdido del deseo.

El Accidente

La situación traumática – La ruptura de la reciprocidad – La fantasía erotómana – La separación de códigos semánticos – El narcisismo y el odio y el amor

Instantes después de ser presentados, un obrero muere atropellado por el tren. La muerte del obrero no es otra cosa que una metáfora literaria iluminadora de la presencia de Tánatos en el núcleo de la pasión. *A partir del accidente los códigos eróticos de Ana y de Wronsky se separan.* El de Ana estará centrado en la entrega total al amor, con una visión hostil y paranoide del resto del mundo.

El Viaje

La instalación del campo pasional

En las siguientes horas Ana tiene sensaciones extrañas y contradictorias. Cuando durante un baile Wronsky sólo tiene ojos para ella dejando de lado a la joven a quien cortejaba, siente su triunfo con orgullo. Teme por la consecuencia de emociones que no comprende.

Hay una equivalencia clínica entre las vivencias de Ana durante el viaje y los momentos generativos de la experiencia psicótica primaria cuando el narcisismo interviene con fantasías de cambio y renacimiento confirmando la idea de que está cumpliendo una mutación. Es la experiencia de lo maravilloso que habita en el interior de la idea de que se está cumpliendo la fundación de una transformación inédita, excepcional en la vida.

Simbiosis o Muerte

Los sueños correspondientes de Ana y Wronsky – La simbiosis pasional – La angustia psicótica – La pasión se devora a sí misma – El suicidio

En San Petersburgo, Ana y Wronsky ya se amaban abiertamente e iban a tener una hija aunque todavía no vivían juntos y Alexis Karenina no parecía dispuesto a divorciarse. En esa época tienen sueños correspondientes con similitudes y coincidencias fantasmáticas que expresan notablemente la posesión demoníaca que instala la pasión narcisista y anuncia la tragedia final.

En su sueño, Ana percibe un bulto que se levanta, una sombra inquietante, amenazadora. Una interioridad desconocida, oculta hasta entonces, adquiere volumen -presencia imaginaria-, se pone de pie y se revela. Lo siniestro también entró en su sueño. Desearía huir, encontrar salidas, despertarse, pero no puede evitar la fascinación de lo negativo repetitivamente evocada.

El bulto que se yergue ante Ana, puede entenderse como la sombra del Superyó cruel. Siguiendo esta idea, el otro bulto, la bolsa violenta, muestra al mundo íntimo, privado, desprotegido ante la violencia de la pasión fanática. Abrir su interior, mirar y conocer lo desconocido ominoso que habitaba su vida cotidiana y su maternidad, era equivalente a caer en pedazos, romperse, despedazarse.

Los sueños correspondientes de Ana y Wronsky muestran en los protagonistas, el destino destructivo la de simbiosis narcisista. Desde el punto de vista psicoanalítico, en los sueños hay una cierta percepción de la parte psicótica que subyace en la simbiosis.

Ana Karenina es la trágica heroína literaria de un 'amor único' absorbida por la pretensión de un goce de amor sin interrupciones ni ausencias y por una exigencia de exclusividad, de absoluto, de fusión amorosa que está destinada al fracaso. Como sucede en la psicosis pasional, Ana no podía desprenderse del dolor y de la angustia psicótica que tiene por referente la imposibilidad de hacer un trabajo de duelo de la simbiosis.

La Muerte

La carga imaginaria de una pasión narcisista sin terceros, dirige los excesos de amor y de odio hacia un mismo objeto. Rechazada la idea de un tercero, la ausencia del objeto se hace intolerable. Ana no podía saber que el gran descubrimiento freudiano, -el deseo-, requiere de la ausencia, no podía concebir este origen paradójico. Tolstoi tiene la originalidad de mostrarlo literariamente, identificando la pasión de Ana con un déficit de deseo. Ana no podía mantener su deseo de amar si no era permanentemente amada.

Si la pasión narcisista adquiere la desmesura que tuvo en los sueños, tampoco permite un conocimiento intuitivo de que el vacío es constitutivo del psiquismo. Las ausencias, las separaciones, los intereses de Wronsky, fueron la Ana un abismo que englutía sentimientos, fantasías y pensamiento.

La simbiosis pasional produjo en Ana un desdichado empobrecimiento de la parte de placer y de deseo que le da fundamento de vida al amor; un desmantelamiento de recursos para luchar contra el dolor psíquico. En estas condiciones, la muerte fue vivida como renacimiento.

Ana recuperó la libertad de amar. La iluminación, la luz, transfiguran la disposición vengativa y Ana se desprende de la angustia. Se desvincula de las relaciones humanas tensas y conflictivas, se desentiende de conveniencia, intereses y prudencias, de los entredichos entre el ideal y la sexualidad. Tolstoi le hace percibir a Ana las iluminaciones fugaces del narcisismo que subyacen bajo el escándalo pasional. El amor vive y crece en la libertad. Una libertad para que los protagonistas acepten sus diferencias y al mismo tiempo visualicen la identificación de uno a la imagen del otro. Ana no aceptó el primer postulado y se precipitó en la pasión narcisista y sus consecuencias fanáticas.

Resumido de Melgar María Cristina (1997) Amor, enamoramiento, pasión. Buenos Aires: Kargieman.

ANACLISIS

Definición.- El niño siente una dependencia y busca un "apoyo" llamado anaclisis hacia su madre o hacia el sustituyente de ella. El anaclisis del niño puede ser conservado durante toda la vida y caracterizar las actitudes de un hombre afeminado (Al.: Anlehnung; Fr.: Étayage; I.: Leaning.)

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ANÁLISIS

Definición.- 1. Descomposición de las partes de una experiencia total para estudiar sus componentes y el mecanismo de los mismos. 2. Sin. de *psicoanálisis*. 3. *Analítico* significa las más de las veces lo obtenido o lo que va a obtenerse con el análisis (Ant. *síntesis*). 4. El psa. Exige un análisis sistemático de las vinculaciones psicofísicas y, a base de lo obtenido, una *síntesis existencial*. 5. El *análisis elemental* descompone un total de partes, sin considerar las relaciones entre ellas; el análisis causal busca las relaciones causales entre las partes; el *análisis lógico* investiga la cohesión lógica que haya entre las partes; el *análisis fenomenológico* descompone el contenido de conciencia para investigarlo en su carácter.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Análisis existencial.- Es un análisis de la existencia humana. El nombre 'analítica existencial' y su fundamento filosófico proviene de Heidegger. Este filósofo ve la estructura fundamental de la existencia en el ser-en-el-mundo, modo de comportamiento esencial a la existencia del hombre. El hombre es ante todo ser-e-n-el-mundo.

El análisis existencial es una actitud científica, no filosófica, pero no en el sentido tradicional de ciencia como descripción y dominio de la naturaleza, sino como descripción fenomenológica, esto es, como interpretación de un sentido.

Si la ciencia tradicional utiliza el método experimental inductivo (que describe y compara hechos y arma teorías explicativas), el análisis existencial utiliza un método experimental fenomenológico basado en la interrogación para llegar al sentido.

Tampoco debe confundirse esta fenomenología con la fenomenología pura o eidética de Husserl, centrada en la esencia, en lo que la cosa es; la fenomenología en el análisis existencial se centra sobre la existencia concreta, es una fenomenología empírica.

Binswanger L, De la dirección analítico-existencial de la investigación psiquiátrica. Incluido en Binswanger L, Artículos y conferencias escogidas.

Análisis institucional.- El origen y sentido de lo que ocurre en los grupos humanos, puede entenderse, pero no solo a nivel visible o de dinámica de grupo, sino fundamentalmente a nivel latente, lo que se llama hacer un análisis institucional.

Este análisis institucional puede realizarse en tres niveles mutuamente independientes: el grupo, la organización y la institución.

El grupo es la unidad básica, por ejemplo, aula, taller, oficina. A este nivel, ya hay algo institucional como horarios, normas, sistemas de control, etc. a nivel manifiesto, pero también a nivel profundo como relaciones de producción, explotación, sexualidad, etc.

La organización es más amplia: por ejemplo, la universidad, la empresa, etc. Son grupos formados por grupos. También a este nivel se ve lo institucional, por ejemplo, en cómo la organización está organizada jurídicamente.

La institución en sentido amplio, es todo aquello que está establecido o instituido. La institución es el Estado, que hace la ley. En períodos revolucionarios, lo instituyente ya no es el poder de la cumbre, sino la base, la creatividad colectiva, que inventarán nuevas instituciones.

En la práctica pedagógica podemos ver estos tres niveles: el primer nivel es el aula, el segundo es la escuela o la universidad, y el tercero es el Estado que establece las normas generales de la actividad pedagógica, concursos, programas de estudio, etc.

Lapassade (1986) Grupos, organizaciones e instituciones. México: Gedisa.

Análisis transaccional.- El análisis transaccional nace desde cierta perspectiva de la práctica psiquiátrica y psicoanalítica. Berne diseñó un diagrama estructural de la personalidad –padre, adulto y niño– y estudió las posibles transacciones entre dos personas teniendo en cuenta estos estados del ego. Igualmente se preocupó por los juegos desempeñados y descubrió en las escenas familiares el destino humano y lo que denominó guiones o argumentos.

El tiempo se estructura a corto plazo en las conductas sociales: aislamiento, rituales (caricias por ejemplo) pasatiempos, juegos, actividades y relaciones íntimas. Los juegos son series de transacciones ulteriores de naturaleza repetitiva con motivaciones ocultas, trampas o trucos y fundamentalmente con un pago psicológico bien definido.

Cada persona tiene un plan de vida preconciente o guión, según el cual estructura el curso de su vida mediante rituales, pasatiempos y juegos.

Ruiz-Ruiz, F. Fundamentos de la psicoterapia de grupo en la práctica médica (I): análisis crítico de las técnicas gestálticas y transaccionales. Anales de psiquiatría. 2004; 20(2):41-45.

ANALIZADOR

Generalidades.- “Las estructuras sobre las cuales obran los estímulos se denominan *analizadores*. El concepto se refiere a una *unidad funcional* que incluye el órgano receptor periférico, las vías de conducción hacia el cerebro y las zonas centrales correspondientes. Se acostumbra clasificar los analizadores en base a la localización de los estímulos: a) analizadores *exteroceptivos*: encargados de la recepción, transmisión y coordinación de las estimulaciones exteriores al organismo. Corresponden a la sensibilidad visual, auditiva, gustativa, olfativa y cutánea. b) Analizadores *interoceptivos*: encargados de la recepción, transmisión y coordinación de las estimulaciones internas. Determinan la sensibilidad kinestésica y del equilibrio (propioceptiva) y la sensibilidad viscerosceptiva”.

Kaufmann M, La sensibilidad. Publicación interna de la Cátedra de Psicología General I del Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Ficha N° 319. 1971.

ANALOGÍA

Generalidades.- “Definamos aquí la esencia del razonamiento analógico como la transferencia de conocimiento de una ‘unidad’ de información a otra por un proceso de mapeo o búsqueda de correspondencias estructurales entre ambas de modo que se pueda, por su intermedio, establecer relaciones entre contenidos de dominios diferentes y, lo que es más importante, entre estructuras que subyacen a fenómenos de campos diversos” (pág. 42).

Adrover J y Duarte A, El uso de analogías en la enseñanza de las ciencias. En Investigaciones en Psicología, Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Año 1 N° 1, 1996.

Generalidades.- “El pensamiento analógico-metafórico es un proceso de pensamiento productivo caracterizado por la educción de algún género de relación de similitud entre dos sistemas representacionales, ideas o estados de conciencia” (pág. 8).

Azzolini S y González F, Esbozo para una conceptualización del pensamiento analógico-metafórico. En Investigaciones en Psicología, Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Año 2 N° 2, 1997.

ANAMNESIS

Generalidades.- “Anamnesis significa interrogatorio. Después de la entrevista clínica, el médico debe recoger de forma sistemática los datos que le permitan elaborar una patografía de su paciente. La anamnesis, parte de la historia clínica, recoge datos como la filiación, el motivo de consulta, los antecedentes familiares y personales, etc., aunque de algunos ya tendremos extensa noticia a través de la entrevista realizada anteriormente. El interrogatorio sistemático nos debe permitir conocer los síntomas más relevantes y su devenir en la biografía del paciente. Se trata de realizar una hipótesis diagnóstica que nos permita recoger los datos para confirmarla o no...”.

Vallejo Ruiloba J y otros, “Introducción a la psicopatología y la psiquiatría”, Masson, Barcelona, 1999, 4º edición, pág 84.

ANAMNESIS

Definición.- Recopilación de datos previstos de tal extensión y detalle que puede sintetizar el presente y el pasado el sujeto, su salud y enfermedad. Incluso puede hacerse con fines estadísticos y estar a cargo de personal auxiliar, pues la finalidad es recopilar datos.

Condensado de Bleger J (1989), Temas de psicología. Buenos Aires: Nueva Visión.

Generalidades.- O historia personal. "Además de estudiar la enfermedad y la situación vital actuales, el psiquiatra necesita una visión panorámica del pasado del paciente y de la influencia que puede ejercer sobre el problema emocional presente. La anamnesis de la historia personal se divide habitualmente en los principales períodos del desarrollo: etapa prenatal y perinatal, primera infancia, infancia media, infancia tardía y edad adulta. Deben reflejarse las principales emociones (por ejemplo, dolorosa, estresante, conflictiva) asociadas con cada etapa. En función del tiempo y de la situación, el psiquiatra puede ahondar en detalle en cada una de las etapas" (página 283).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

ANDROGINIA

Definición.- "Patrón de conducta que permite a los individuos expresar toda la gama de emociones y todas las posibilidades vinculadas con los roles, sin atender a los estereotipos sexuales".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 614.

ANDROPAUSIA

Andropausia y trastornos del estado de ánimo.- Los trastornos del ánimo en el varón mayor son un problema importante de salud pública. Recibe un subdiagnóstico y tratamiento, debido a su forma de presentación con síntomas inespecíficos, sobreposición con síntomas de enfermedades médicas y reticencia por parte del paciente a consultar por sus molestias. Esta condición presenta alta letalidad, y se estima de 4 a 10 veces más frecuente en varones que en mujeres mayores de 65 años.

¿Qué es la andropausia?, ¿cómo se diagnostica?, ¿cuál es su influencia en la génesis, la evolución y el tratamiento de los trastornos del ánimo?, ¿habrá alguna subpoblación de varones con depresión que se beneficiarían con la terapia de reemplazo con testosterona? Éstos son algunos de los aspectos que se discuten en este artículo.

Se realizó una búsqueda en la base de datos MEDLINE (entre enero de 1990 y julio de 2005) combinando los términos "hipogonadismo y depresión" o "testosterona y depresión". Se incluyeron los artículos que hicieran referencia a la testosterona y ánimo depresivo o administración de testosterona y monitorización de los síntomas depresivos. En la base de datos Scielo, se realizó una búsqueda con los términos: "andropausia y depresión en el adulto mayor", para incluir datos epidemiológicos locales. Por último, se realizó una búsqueda dirigida en las referencias de los artículos de revisión y casos clínicos, en el mismo intervalo de fechas.

El papel exacto de la testosterona en la depresión mayor aún no está claro. La evidencia sostiene una asociación débil entre bajas concentraciones de testosterona y síntomas depresivos en varones adultos mayores. El hipogonadismo puede ser una causa de mala respuesta a antidepresivos en pacientes con depresión larvada, que se beneficiarían de tratamiento corto con testosterona. Son necesarios más estudios clínicos para evaluar la eficacia real de la testosterona en la distimia, en este tipo de población.

Alejandra Rodríguez, Marco Ceroni, Soledad Celis, Andropausia y trastornos del ánimo. REVISTA INTERNACIONAL DE ANDROLOGÍA. 2007 ABR; 5(2).

ANGUSTIA

Según Freud.- Romero y Sauane sintetizan la evolución del concepto de la siguiente manera:

1895.- "Neurosis de angustia": plantea la primera teoría de la angustia según un modelo somático: la represión produce angustia. Recordar que es el caso de las neurosis actuales donde hay conflicto pero no 'psíquico', es decir, no implica un trabajo de elaboración, simbolización, historización.

1914.- "Introducción al narcisismo": Sigue con la primera teoría de la angustia.

1926.- "Inhibición, síntoma y angustia": plantea su segunda teoría, según la cual la angustia produce represión: la señal de angustia, ante la catectización de la representación ligada a la amenaza de castración, disparará la represión.

Condensado de Romero R y Sauane S (1995) Grupo, objeto y teoría, Tomo III. Buenos Aires: Lugar Editorial. Se incluyen agregados de las clases del Lic. R. Romero 5-9-95, 12-9-95 y 3-10-95 (Cátedra de Teoría y Técnica de Grupos II, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires).

Clasificación psicoanalítica.- En "Inhibición, síntoma y angustia" Freud formula su teoría definitiva sobre la angustia, donde expresa que hay dos formas: la 'angustia primaria' (o 'angustia automática' en la traducción de Laplanche) y la 'angustia señal' siendo, ambas, respuestas del yo a los incrementos de la tensión instintiva o emocional; la angustia señal es un mecanismo de alerta que advierte al yo de una amenaza inmediata contra su equilibrio, y la angustia primaria es la emoción que acompaña a la disolución del yo. La función de la angustia señal es asegurar que la angustia primaria nunca sea experimentada, ya que permite al yo la puesta en marcha de precauciones defensivas.

Rycroft Ch., Diccionario de Psicoanálisis, Buenos Aires, Paidós, 1976.

Teorías psicoanalíticas.- A grandes rasgos tenemos dos teorías: 1) La no descarga sexual o la descarga inadecuada produce angustia (neurosis actuales). 2) La angustia produce la represión y el síntoma (psiconeurosis).

Freud siempre relacionó angustia con deseo sexual, y aisló a la primera como síndrome, identificando en ella varias características, tales como diversas manifestaciones corporales y, sobre todo, la llamada *expectativa angustiosa*. Esta tiene relación con la articulación deseo-angustia, y con la represión primaria o primordial.

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Angustia y represión.- La represión primaria genera angustia (primera teoría de la angustia), y esta a su vez promueve la represión secundaria (segunda teoría de la angustia).

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Angustia y síntoma.- El síntoma es como una prótesis, algo burdo y extraño, pero que al yo le sirve para no quedar desamparado a merced de la angustia: si a un obsesivo por la limpieza le robamos el jabón, se angustia mucho. El síntoma detiene la descarga pulsional, mediante una descarga sustitutiva tolerable para él (por ejemplo, temblor ante la inminencia de una situación de seducción). El síntoma representa las exigencias del ello y del yo (pulsión y defensa).

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Tipos.- El estudio de estructuras no neuróticas lleva a Green a distinguir dos tipos de angustia: de separación y de intrusión, que corresponden, respectivamente, a la angustia de castración y la de penetración. Ambos pares se refieren a entidades clínicas distintas y a niveles desiguales de desarrollo, y fueron descriptos en otros términos por otros autores:

Separación	intrusión
Castración	penetración
desligazón	ligazón (Freud)
separación	reunión (Winnicott)
Contenido	continente

Otros autores hablan de distancia del objeto, como Bouvet, y otros de tiempo óptimo, como Winnicott. Este último habla del tiempo óptimo de espera para el lactante. Si este tiempo es cero (o sea la madre responde de inmediato a la necesidad del chico) le impide a este elaborar la separación, y si el tiempo es excesivo origina en el niño reacciones catastróficas con experiencias de desintegración. Hay que buscar entonces el punto medio.

Condensado de Green André (1994) De locuras privadas. Introducción.

Evolución del concepto de angustia en Freud.- Green distingue tres periodos: 1) 1893-1895: angustia, cuerpo y neurosis de angustia; 2) 1909-1917: angustia y libido reprimida; y 3) 1926-1939: angustia y aparato psíquico.

1) 1893-1895.- La fuente de la angustia debe buscarse no en la esfera psíquica sino en la esfera física, y depende de transformaciones cuantitativas y cualitativas. Su origen es un factor cuantitativo de acumulación de tensión física sexual que, pasado cierto umbral, no puede transformarse en afecto por elaboración psíquica. Normalmente cuando pasa ese umbral, la tensión física sexual 'forma parte psíquicamente' o sea, se contacta con ciertos contenidos ideativos que ponen en marcha la acción específica permitiendo la descarga. Cuando este montaje sufre ciertos desarreglos (por insuficiencia o declinación de la vida psicosexual, por prohibición excesiva, etc) la tensión se transforma en angustia, lo que supone la transformación cualitativa. Es lo que ocurre en la neurosis de angustia. La causa principal de la angustia es entonces el hecho que un afecto sexual no puede ser formado, la tensión física no puede ligarse psíquicamente.

2) 1909-1917.- En artículos como el caso Juanito, el Hombre de los Lobos o la Metapsicología de 1915 es acento comienza a desplazarse sobre un conflicto psíquico. Si la angustia responde a una aspiración libidinal reprimida, ella no es dicha aspiración: la represión es el motivo de su transformación en angustia. Consiguientemente la represión es inseparable de una situación de peligro, que puede ser real o neurótico, y que generarán respectivamente una angustia real y una angustia neurótica, donde en ésta última el peligro tiene origen interno. Esta angustia patológica puede manifestarse como flotante o como ligada a un objeto localizado. En las psiconeurosis los síntomas (histeria, fobia, obsesión) sirven para impedir la aparición de la angustia. Sin embargo, en este periodo la teoría de la angustia permanece más económica que simbólica: la angustia aparecería como consecuencia de la represión y no, como sostiene más tarde, como causa de la represión.

3) 1926-1939.- A partir del artículo Inhibición, síntoma y angustia (1926) Freud comienza a considerar a) que la angustia es experimentada sólo por el yo; b) no es la represión lo que produce angustia, sino la angustia la que produce represión; c) la angustia es el llamado por el yo, en función de una exigencia pulsional nueva, de una situación de peligro antigua; d) la señal de displacer (la angustia) suscita por parte del yo una reacción pasiva (invade al sujeto) o activa (una contracarga se instala formando un síntoma o un rasgo de carácter); e) la energía pulsional puede seguir diversos destinos; f) en yo en su relación de conjunción o de disyunción con el ello está, por un lado, bajo la dependencia de éste, por otra se revela menos impotente puesto que está preparado para poner en marcha la represión por desencadenamiento de la señal de alarma; g) la angustia neurótica es causada por la aparición en el psiquismo de un estado de gran tensión sentida como displacer, donde la liberación por descarga es imposible; h) la evolución libidinal implica que el peligro corrido no es el mismo en las distintas etapas del desarrollo. "El peligro de abandono psíquico coincide con el despertar del yo, el peligro de pérdida de objeto o de amor del objeto con la dependencia infantil, el peligro de castración con la fase fálica, el miedo al superyó con el periodo de latencia"; i) la angustia depende del doble dispositivo de la represión originaria y posterior; j) los dos aspectos de la angustia, señal de alarma o expresión de una situación traumática, responden al papel jugado por las instancias.

Green André, La concepción psicoanalítica del afecto, páginas 72-82.

ANIMA/ANIMUS

Según Jung.- "La *ánima* y el *animus* son representaciones arquetípicas no de cualidades personales, sino de predisposiciones o potenciales que no se han personalizado o ingresado en la conciencia. Son impulsos humanos básicos y universales de los que se desarrollan tanto las cualidades conscientes como inconscientes de los individuos. Como incluyen la femineidad no desarrollada de un hombre (*ánima*) y la masculinidad no desarrollada de una mujer (*animus*), aparecen en la imaginación inconsciente como personas del sexo opuesto" (página 107).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat. 2ª edición.

Generalidades.- Según Jung, en el hombre, el aspecto femenino se halla personificado en lo inconsciente por el *anima*, y en la mujer, su aspecto masculino está representado en lo inconsciente por el *animus*. Jung refiere factores genéticos: los hombres tienen genes que configuran cualidades masculinas y femeninas, y las mujeres también (bisexualidad originaria). Normalmente, *anima* o *animus* son el lado no desarrollado de la personalidad que es rechazado, ignorado o reprimido por la conciencia (pues la persona asume un rol sexual definido), aunque pueden llegar a irrumpir en la conciencia bajo ciertas circunstancias, engendrando conductas neuróticas.

Así, cuando el *anima* se expresa en el hombre aparecen estados de ánimo mezquinos, sórdidos y astutos, y cuando el *animus* se expresa en la mujer produce opiniones arbitrarias, beligerantes, quisquillosas. Cuando aparecen rasgos del sexo opuesto, generalmente lo hacen en forma desadaptativa o produciendo desagradables consecuencias. Por ejemplo, una mujer que asuma una profesión masculina.

El *anima* y el *animus* pueden aparecer en los sueños, lo que indica la activación de las figuras arquetípicas correspondientes. En el hombre el *anima* suele aparecer como una mujer irreconocible, y en la mujer, el *animus* como una pluralidad de hombres.

Proff Ira, La psicología de Jung y su significación social, Buenos Aires, Paidós, 1967, pág. 117-121.

Generalidades sobre *ánima*.- La psicología no debe ser solamente científico-natural, teórica, explicativa, sino también y fundamentalmente descriptiva, fenomenológica. Ya antes Freud, Pierre Janet, habían considerado imprescindible adoptar un punto de vista fenomenológico en la psicología, una metodología descriptiva, sin cargarla con demasiadas hipótesis teóricas o derivadas de una concepción del mundo.

Toda ciencia natural se vuelve descriptiva cuando llega el punto más allá del cual ya no puede avanzar experimentalmente y este cambio hace que de ningún modo deje de ser científica. La psique no termina allí donde termina el alcance teórico de una hipótesis de índole fisiológica o de cualquier otro tipo. Esto significa que al investigar cada caso, debemos tomar en cuenta las manifestaciones de la psique en su totalidad.

El *ánima* no es, por ejemplo, un producto teórico sino empírico, resultado de nuestra descripción de la psique, del inconsciente colectivo. La psique en general es algo incognoscible, y solo la reconocemos por sus manifestaciones. El *ánima* es un concepto empírico que se proyecta en forma inconsciente y automática sobre un objeto, de modo que este contenido aparece como perteneciendo al objeto. Pero la proyección cesa en el momento en que se hace consciente, o sea, en el momento en que el contenido es visto como perteneciente al sujeto.

Las "imágenes" son otro arquetipo típico que equivale a la pareja de los padres, que en los mitos suele aparecer como la ley y la reina, o como una pareja de dioses. La psicología sabe cuán grande es la relación de las ideas religiosas con las imágenes de los padres. La experiencia psicológica nos enseña

que hay representaciones teísticas asociadas a las imágenes de los padres, la mayoría de las veces en forma inconciente.

El arquetipo de las representaciones religiosas tiene, como todo instinto, su energía específica, y el arquetipo no pierde su energía aunque el sujeto no tenga conciencia del mismo. Las representaciones colectivas tienen fuerza y por ello no debe extrañarnos que sean reprimidas con la más fuerte resistencia. Cuando están reprimidas no se ocultan atrás de cualquier fenómeno sin importancia, sino tras aquellas representaciones y figuras que ya no son problemáticas por otros motivos, lo cual complica su interpretación.

La imagen del ánima, que presenta brillo sobrehumano a la madre a los ojos del hijo, es abandonada poco a poco frente a la banalidad de lo cotidiano y por ello se torna inconciente, sin que disminuya por ello su plenitud instintiva, su energía, su tensión original. Desde este momento está como lista para el salto y será proyectada en la primera oportunidad. Esta oportunidad se presenta cuando un ser femenino hace una impresión que quiebra la cotidianeidad.

En la proyección, el ánima tiene siempre una forma femenina con determinadas propiedades, lo que no quiere decir que el arquetipo en sí, tenga esa propiedad o esa naturaleza. El ánima es solo uno de los pares de un complejo de arquetipos opuestos: frente a lo masculino representa lo femenino, pero puede referirse a otros tipos de opuestos.

Si el ánima predomina en el hombre, afemina su carácter y lo hace sensible, susceptible, caprichoso, celoso, vanidoso, etc. El joven que va madurando debe poder dejar de recibir la influencia fascinadora del ánima, representada por la madre. Por lo general, la homosexualidad se explica como una identificación con el ánima.

En la juventud se puede soportar la pérdida aparentemente total del ánima, pero en la vejez no, ya que aquí la pérdida aparente del ánima lleva a la estereotipia, al encasillamiento dogmático y a la resignación.

Resumen de Jung C (1984) Arquetipos e inconciente colectivo. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 2.

ANSIEDAD

Definición.- (Psicoanálisis) Melanie Klein prefirió el término "ansiedad" al de "angustia". Un diccionario de la lengua, el Kapelus, las define como sigue.

Ansiedad: "Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades -particularmente, a ciertas neurosis- y que no permite sosiego a los enfermos". *Angustia*: "Malestar a la vez psíquico y físico, caracterizado por un temor difuso que puede ir de la inquietud al pánico, y por impresiones y trastornos corporales penosos". En *Inhibición, síntoma y angustia* (1926) Freud le dio a la angustia un carácter estructural, además de la posibilidad de manifestaciones patológicas, que serían las únicas psicoanalizables. Escribe: "(...) la angustia debe considerarse como producto del estado de desvalimiento psíquico del lactante, que evidentemente constituye la contrapartida de su estado de desvalimiento biológico". Muy ligeramente puede diferenciarse entre *miedo*, provocado por un objeto real o psíquico, y *angustia*, sin objeto. Székely define *ansiedad* como displacer acompañado por una característica serie de sensaciones constrictivas torácicas, pero también Bleuler, en su *Lehrbuch der Psychiatrie*, dijo casi lo mismo de la angustia. ¿Hay correlación entre la ansiedad (o la angustia) y sus manifestaciones psíquicas y físicas? ¿O la angustia es (la ansiedad es) eso que sólo con fines didácticos se puede presentar separado? Más que una distinción entre angustia y ansiedad, encontraremos en Melanie Klein el empleo del último término en expresiones combinadas: *ansiedad paranoide* *ansiedad depresiva* *ansiedad de castración*. Ansiedad es la respuesta del Yo ante el instinto de muerte, que debe ser deflexionado.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- La ansiedad es un proceso psicobiológico variable en cuanto a su aparición y, a cierta intensidad, se vuelve desagradable, parecida a un sentimiento de peligro, asociado al miedo.

No hay ansiedad, sino personas ansiosas, porque la personalidad de cada uno le da su propio matiz. No debe confundirse con la angustia, donde la ansiedad se acompaña de problemas neurovegetativos como palpitaciones, sudor, etc. La ansiedad puede ser expresión de conflictos internos o con el ambiente, pero se desarrolla a partir de factores bioquímicos. Conviene tratar la ansiedad buscando aliviar dicho síntoma, mientras se buscan las causas más íntimas. La ansiedad aparece en etapas de cambio, cuando hay que hacer nuevas adaptaciones. Pérdidas, enfermedades, etc, o cuando deben empezar a depender de los hijos.

Condensado de Strejilevich Mario (1985) Temas de psicogeriatría (artículo).

Según M. Klein.- "Respuesta del yo a la actividad del instinto de muerte. Cuando el instinto de muerte es deflexionado, la ansiedad toma dos formas principales: paranoide y depresiva".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 121.

Definición.- El DSM-IV define ansiedad como la “anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañadas de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo”.

Varios autores (1995) DSM-IV. Barcelona: Masson, pág. 780.

Ansiedad normal y patológica.- “Cuando se evalúa a un paciente con ansiedad, el especialista debe distinguir entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica. A un nivel práctico, la ansiedad patológica se diferencia de la normal por la evaluación que hacen de ella los pacientes, sus familias, amigos y el propio clínico. Esta evaluación está basada en la información que aportan los pacientes sobre sus estados internos, sus conductas, y su nivel de funcionamiento. Un paciente con ansiedad patológica necesita que se le practique una evaluación neuropsiquiátrica completa, y que se aplique un tratamiento individualizado. El especialista no debe perder de vista que la ansiedad puede ser un componente de muchas patologías médicas y otros trastornos, en especial los trastornos depresivos.

Debido a las ventajas que supone para la propia supervivencia el responder con ansiedad ante determinadas situaciones amenazantes, se puede hablar de ansiedad normal frente a la ansiedad anormal o patológica. Por ejemplo, la ansiedad es normal en un niño que está asustado por la posibilidad de una separación de sus padres o una pérdida de amor; en su primer día de escuela, es normal que sientan ansiedad; en los adolescentes es normal en la primera cita, en los adultos, cuando se enfrentan a la vejez y a la muerte, y para cualquiera cuando debe enfrentarse a una enfermedad. La ansiedad es un acompañante normal del crecimiento, de los cambios, de la experimentación de cosas novedosas, y del hallazgo de la propia identidad y sentido de la vida. Por el contrario, la ansiedad patológica es una respuesta inapropiada a un estímulo concreto en base a su intensidad o a su duración” (pág. 588).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Tipos de ansiedad según Freud.- “Hace casi cien años, Sigmund Freud acuñó el término de “neurosis de ansiedad” e identificó dos formas de ansiedad: un tipo de ansiedad era el resultado de una represión de la libido. En otras palabras, un incremento fisiológico de la tensión sexual producía el correspondiente incremento en la libido, la representación mental de este estado fisiológico. La consecuencia normal de esta tensión es, según Freud, el acto sexual (coito). Sin embargo, otras prácticas sexuales como la abstinencia o el coitus interruptus impiden la liberación de esta tensión produciendo una neurosis. Entre las patologías resultado de esta ansiedad excesiva relacionada con la contención libidinal se encuentran la neurastenia, hipocondriasis y neurosis de ansiedad, de todas las cuales Freud postuló que tenían una base biológica.

La otra clase de ansiedad se caracterizaba por un sentimiento difuso de preocupación o temor que se originaba en un deseo o pensamientos reprimidos –histerias, fobias, y neurosis obsesivas. Freud pensaba que estas patologías y la ansiedad asociada a ellas estaban básicamente relacionadas con factores psicológicos más que fisiológicos. El conflicto intrapsíquico era el responsable de la ansiedad y las psiconeurosis, y Freud observó que este tipo de ansiedad era menos intensa que la observada en las neurosis de tipo fisiológico.

Con la publicación en 1926 de *Inhibiciones, Síntomas y Ansiedad*, Freud creó una nueva teoría de la ansiedad que consideraba tanto la ansiedad externa real como la interna neurótica, como una respuesta a situaciones peligrosas. Identificó dos tipos de situaciones provocadoras de la ansiedad. Una de estas situaciones es la estimulación instintiva desmesurada, el prototipo de la cual es la experiencia del nacimiento. En situaciones de esta clase la excesiva presión del ambiente penetra en las barreras protectoras del ego, produciendo un estado de indefensión y trauma. La segunda situación y la más común implica a la ansiedad que se desarrolla a partir de la anticipación de un peligro en sí mismo. Esta alarma del organismo, conocida como signos de ansiedad, opera a nivel inconsciente y moviliza los recursos del ego para apartar este peligro. Tanto las fuentes de amenaza internas como externas producen tal señal, que conducen al ego a poner en marcha mecanismos de defensa específicos para protegerse o para reducir el grado de excitación instintiva” (pág. 588).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Ansiedad y miedo.- “La ansiedad es un signo de alerta; nos avisa de un peligro inminente y permite a la persona tomar las medidas necesarias para hacer frente a la amenaza. El miedo, es un signo de alerta similar, debería diferenciarse de la ansiedad. El miedo es una respuesta a una amenaza concreta, conocida, externa y no originada por un conflicto; la ansiedad es una respuesta a una amenaza específica, interna, vaga u originada por algún conflicto.

La distinción entre miedo y ansiedad apareció por accidente. El primer traductor fue Freud, tradujo erróneamente el término alemán “angst” que significa miedo, por ansiedad. Freud ignoró en general esta distinción que asociaba la ansiedad a un objeto inconsciente y reprimido, y el miedo a un objeto externo y conocido. Por ejemplo, un chico puede asustarse ante unos perros que ladran porque en la actualidad teme a su padre, e inconscientemente lo asocia a esos perros.

De acuerdo con las formulaciones psicoanalíticas posfreudianas, la separación del miedo y la ansiedad puede justificarse desde el punto de vista psicológico. La emoción causada por un coche que se acerca a

gran velocidad mientras una persona cruza la calle, difiere del malestar vago e inespecífico que uno puede experimentar cuando se conoce gente nueva en un ambiente no habitual. La principal diferencia psicológica entre las dos respuestas emocionales es la naturaleza aguda del miedo frente a la cronicidad de la ansiedad.

Charles Darwin señaló que la palabra "miedo" derivaba de palabras que significaban súbito y peligroso. La duración también parece ser un aspecto de gran relevancia en el fenómeno neurofisiológico de la ansiedad y el miedo. En 1896, Darwin proporcionó la siguiente descripción psicofisiológica de un miedo agudo convirtiéndose en pánico" (pág. 589).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Teorías sobre la ansiedad patológica.- Según Kaplan y Sadock, "tres grandes escuelas psicológicas -psicoanalítica, conductual y existencia- han contribuido a crear un concepto teórico sobre las causas de la ansiedad patológica. Cada una de ellas es útil en el tratamiento de los pacientes con trastornos de ansiedad, tanto desde el punto de vista conceptual como práctico" (pág. 590).

a) *Teorías psicoanalíticas.*- "La evolución de las teorías de Freud sobre la ansiedad puede trazarse desde el texto "Fobias y Obsesiones" en 1895, el libro *Estudios sobre la Histeria* del mismo año, y el libro *Inhibiciones, Síntomas y Ansiedad*, de 1926. En esta última obra Freud propuso que la ansiedad es un signo del ego de que algún impulso inaceptable está presionando para hacerse conciente, y así, descargar. Como signo, la ansiedad impulsa al ego a defenderse de forma activa contra las presiones del interior. Si la ansiedad se eleva por encima de su nivel de intensidad característico, puede adquirir toda la furia de un ataque de pánico. Teóricamente, la represión por sí misma provoca una restauración del equilibrio psicológico sin que aparezcan síntomas, ya que una represión efectiva contiene todos los impulsos y los afectos y fantasías asociados, devolviéndolos al nivel inconciente. Si la represión no es efectiva como defensa, otros mecanismos de este tipo (como la conversión, el desplazamiento y la regresión) pueden producir formaciones sintomáticas, provocando así el cuadro típico de un trastorno neurótico (como las neurosis histéricas, fóbicas y obsesivo-compulsivas).

Dentro de la teoría psicoanalítica, se consideran cuatro pitos de ansiedad, dependiendo de la naturaleza de las consecuencias temidas: la ansiedad del impulso o el Ello, la ansiedad de separación, la ansiedad de castración y la ansiedad del superego. Estas variedades se ha especulado que se gestan en diferentes estadios del crecimiento y el desarrollo. La ansiedad del impulso o del Ello está relacionada con malestares difusos y primitivos de los bebés cuando se sienten abrumados por necesidades y estímulos sobre los cuales su estado de indefensión no les proporciona ningún control. La ansiedad de separación aparece en niños más mayores pero aun en la fase preedípica, que temen perder el amor e incluso temen el abandono de sus padres si fracasan en el control y dirección de sus impulsos hacia las demandas y estándar de éstos. Las fantasías de castración que caracterizan la fase edípica, particularmente en relación con el desarrollo de los impulsos sexuales en el niño, se reflejan en la ansiedad de castración del adulto. La ansiedad del Superyó es el resultado directo del desarrollo final de esta instancia que marca el paso del complejo de Edipo y el inicio del período prepuberal de lactancia.

Los psicoanalistas difieren sobre las fuentes y naturaleza de la ansiedad. Otto Rank, por ejemplo, fijó la génesis de la ansiedad en el trauma del nacimiento. Harry Stack Sullivan destacó la relación precoz entre la madre y el niño y la transmisión de la ansiedad materna a éste. A pesar de las discrepancias entre las diferentes escuelas, el tratamiento de los trastornos de la ansiedad suele ser de larga duración, mediante psicoterapias introspectivas o psicoanálisis dirigidos a la formación de una transferencia que permita volver a trabajar sobre el desarrollo del problema y la resolución de los síntomas neuróticos" (pág. 590-591).

b) *Teorías conductuales.*- "Las teorías conductuales o basadas en el aprendizaje sobre la ansiedad han proporcionado algunos de los tratamientos más efectivos para los trastornos de este tipo. Las teorías conductuales afirman que la ansiedad es una respuesta condicionada a estímulos ambientales específicos. En un modelo de condicionamiento clásico, una persona que no tiene alergias a los alimentos puede enfermar tras comer pescado en mal estado en un restaurante. Las siguientes exposiciones al pescado puede hacer que la persona se sienta enferma. A través de la generalización, esta persona puede desconfiar de la comida preparada por los demás. Como una causa alternativa, las personas pueden aprender a tener respuestas internas de ansiedad imitando las respuestas de ansiedad de los padres (teoría del aprendizaje social). En cada caso, el tratamiento suele ser alguna forma de desensibilización mediante la exposición repetida al estímulo ansiógeno, todo ello complementado con algún tipo de abordaje cognitivo.

En los últimos años, los defensores de las teorías conductuales han mostrado un marcado interés por los abordajes cognitivos a la conceptualización y tratamiento de los trastornos de ansiedad, y los teóricos cognitivistas han propuesto alternativas a los modelos de aprendizaje tradicionales en este tema. La conceptualización cognitiva de los estados de ansiedad no fóbica sostiene que patrones van acompañados o precedidos de las conductas maladaptativas y a los problemas emocionales de pensamiento distorsionados, defectuosos y contraproducentes. De acuerdo a un modelo, los pacientes que sufren trastornos de ansiedad tienden a sobreestimar el grado de peligro y la probabilidad de perjuicio en una situación dada, y tienden a infravalorar sus capacidades de afrontar las amenazas que perciben contra su

bienestar físico y psicológico. Este modelo afirma que los pacientes con un trastorno por crisis de angustia suelen tener pensamientos de pérdida de control y miedo a morir que siguen a las sensaciones fisiológicas inexplicables (como palpitaciones, taquicardia, etc.), pero que preceden y después acompañan a las crisis de angustia" (pág. 591).

c) *Teorías existenciales*. - "Las teorías existenciales sobre esta emoción proporcionan modelos para el trastorno de ansiedad generalizada, en la cual no existe ningún estímulo específico identificable para los sentimientos crónicos de ansiedad. El concepto central de la teoría existencial es que una persona toma conciencia del profundo vacío de su vida, sentimientos que pueden ser incluso más desagradables que la aceptación de la propia muerte. La ansiedad es la respuesta de la persona al enorme vacío de su existencia y a la falta de sentido de la misma. La preocupación existencial puede verse incrementada por el desarrollo de armas nucleares" (pág. 591).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Según el existencialismo. - Kierkegaard, Heidegger y otros existencialistas usan la palabra Angst, Ansiedad, para referirse a la aprehensión que sentimos cuando nos movemos hacia la incertidumbre de nuestro futuro. A veces se traduce como pavor para enfatizar la angustia y el desasosiego que viene junto a la necesidad de escoger, pero ansiedad es la palabra que más globaliza el concepto. La ansiedad, a diferencia del miedo o el pavor, no tiene un objeto bien definido. Es más un estado del ser que cualquier otra cosa más específica.

Los existencialistas hablan muchas veces de la nada en relación con la ansiedad: dado que no somos como tablas, ángeles y marmotas, determinados de forma preciosa, a veces sentimos como si fuéramos a caer en la nada. Nos gustaría ser rocas (sólidas, simples, eternas), pero nos damos cuenta que somos remolinos. La ansiedad no es un inconveniente temporal que nos pueda quitar el amigable terapeuta; es parte de ser humano.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Ludwig Binswanger. Traducción de Gautier Rafael.

Perfil cognitivo del ansioso. - "El perfil cognitivo de los pacientes ansiosos consiste en la formulación de cierto 'set' o conjunto de creencias, expectativas, actitudes y experiencias, como las siguientes: 1) creencia de estar en peligro ante situaciones u objetos corrientes de la vida; 2) expectativa de ansiedad al imaginar el afrontamiento; 3) actitud evitativa ante aquello temido; 4) experiencia de sufrimiento variable, a menudo intensa cuando se afronta el objeto o situación; 5) cuando la persona afronta la situación temida, aparecen síntomas de ansiedad;: palpitaciones, sudoración, sensación de tener un nudo en el estómago, etc. acompañados generalmente por el deseo inminente de escapar o evitar; y 6) a menudo está presente la ansiedad anticipatoria, que suele hacer muy penosa cualquier circunstancia previa al afrontamiento de una situación temida con sólo imaginarla. Piensan excesivamente antes de actuar, como antónimo de la impulsividad en donde se actúa sin pensar".

Franchi S, Estrategias y técnicas cognitivo-comportamentales de los trastornos por ansiedad. Buenos Aires: sin indicación de editor.

Ansiedad anticipatoria. - Víctor Frankl cree que el vacío existencial se llena con frecuencia de ciertos "círculos viciosos" neuróticos. Por ejemplo, de ansiedad anticipatoria: alguien puede estar tan asustado de sufrir ciertos síntomas relacionados con la ansiedad, que llegar a tener esos síntomas se torna inevitable. La ansiedad anticipatoria causa aquello mismo de lo que la persona está asustada. Los tests de ansiedad son un ejemplo obvio: si tienes miedo de fracasar en los exámenes, la ansiedad llegará a prevenirte de hacer bien los exámenes, conduciéndote a tenerles siempre miedo. Una idea similar es la *hiperintención*.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Viktor Frankl. Traducción de Gautier Rafael.

Ansiedad de castración según M. Klein. - "Ansiedad especialmente de tipo paranoide y se origina en la proyección que hace el niño de su propia agresión, pero puede contener también elementos depresivos, por ejemplo la ansiedad de perder el propio pene como órgano de reparación".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 121.

Ansiedad depresiva según M. Klein. - "Ansiedad motivada por la posibilidad de que la propia agresión aniquile o haya aniquilado al propio objeto bueno. Se la experimenta por el objeto y por el yo que, en identificación con el objeto, se siente amenazado. Se origina en la posición depresiva, cuando se percibe al objeto como objeto total y el bebé vivencia su propia ambivalencia".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 121.

Ansiedad paranoide según M. Klein. - "Ansiedad debida a la proyección del instinto de muerte en un objeto u objetos, a los que entonces se siente como perseguidores. La ansiedad se refiere a que estos perseguidores lleguen a aniquilar al yo y al objeto ideal. Se origina en la posición esquizo-paranoide".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 121.

Ansiedad paranoide según M. Klein.- "Intenso temor a ser atacado por objetos 'malos', ya sea internos, internos proyectados o externos. Cuando se lo utiliza en su sentido estricto, kleiniano, está referido a la ansiedad que se infiere como el resultado de que el paciente proyecte en objetos sus propios impulsos destructivos".

Rycroft C, "Diccionario de psicoanálisis", Buenos Aires, Paidós, 1976, pág. 32.

Ansiedad psicótica según M. Klein.- "Término usado generalmente por los analistas kleinianos para referirse a la ansiedad depresiva y paranoide (persecutoria). Estas dos formas son consideradas 'psicóticas' sobre dos bases: (a) se considera que surgen de niveles de la personalidad y de etapas del desarrollo en las que se originan las psicosis, esto es, la posición depresiva y la posición esquizo-paranoide".

Rycroft C, "Diccionario de psicoanálisis", Buenos Aires, Paidós, 1976, pág. 32.

Control de la ansiedad.- Desde una perspectiva interpersonal, la autoestima de un individuo y su sentido básico de seguridad en el mundo son una función del sentido que tiene de su posibilidad de entablar relaciones. A la inversa, un individuo experimenta ansiedad cuando su sentido de seguridad o de poder entablar relaciones se ve amenazado (Sullivan, 1953). Una vez que esta ansiedad lo alerta respecto de la posibilidad real o fantaseada de que se produzca la desintegración de una relación interpersonal, existen tres operaciones principales que pueden restablecer la autoestima y el sentido de relación del individuo: realizar una acción, procesar selectivamente información externa y procesar selectivamente información interna.

La elección de operaciones que haga el individuo estará determinada por su esquema interpersonal. Por ejemplo, al ponerse ansioso, un individuo cuyos padres valoraban la inteligencia posiblemente trate de dar prueba de su inteligencia. Otra persona, a cuyos padres les divertía el ingenio de su hijo, quizás se enfrente a la ansiedad mostrándose divertido.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 4.

Ansiedad y depresión.- La escasez de estudios complementarios a largo plazo de muestras basadas en la comunidad y las diferencias en la metodología en estudios existentes destacan la necesidad para diseñar una investigación que examine la estabilidad, la comorbilidad, y los umbrales de diagnóstico de la depresión y de la ansiedad en la comunidad. El estudio prospectivo, publicado en la última edición de la revista "Archives of General Psychiatry" se llevó a cabo en una muestra basada en la comunidad, con edades comprendidas entre los 19 y 20 años en Zurich, Suiza. Se administraron entrevistas diagnósticas semiestructuradas por entrevistadores clínicamente experimentados en 5 puntos de evaluación durante un período de 15 años. El formato de la entrevista permitió la evaluación de trastornos mentales importantes en los niveles diagnósticos y subliminales. La ansiedad y la depresión comórbidas tendieron a ser más persistentes que cualquier trastorno sólo. Los individuos con estados de la ansiedad solamente tendieron a desarrollar tanto depresión solamente como ansiedad comórbida y depresión mientras que progresaron en la edad adulta. En contraste, la depresión sola y la depresión comórbida con ansiedad tendieron a ser más estables que la ansiedad sola en un cierto plazo. Los modelos de estabilidad fueron similares para los trastornos del nivel subliminal y umbral. Estos resultados tienen importantes implicaciones para la clasificación y el tratamiento de los trastornos afectivos. La mayor estabilidad de la ansiedad comórbida y de la depresión que cualquier trastorno solamente ilustra la importancia de la investigación adicional de los estados comórbidos comparados con los estados no comórbidos en la investigación etiológica y del tratamiento.

Kathleen Ries Merikangas; Heping Zhang; Shelli Avenevoli; Suddhasatta Acharyya; Martin Neuenschwander; Jules Angst, Trayectoria longitudinal de la depresión y de la ansiedad en un estudio prospectivo de la comunidad. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2003 OCT; 60(10):993-1000.

Ansiedad y depresión.- Está llegando a ser cada vez más evidente que, aunque la depresión y la ansiedad son trastornos separados y que pueden ser identificados como tales, existe una considerable coincidencia de síntomas clínicos y procesos patofisiológicos.

Los datos indican que la comorbilidad entre la ansiedad y la depresión es más común que cualquier trastorno en solitario. Un gran estudio llevado a cabo en los EEUU encontró que el 58% de los individuos con un historial de depresión también tenían trastornos de ansiedad, y un informe llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud demostró que la ansiedad y la depresión eran los problemas psicológicos coexistentes más comunes en la atención primaria.

El trastorno generalizado de ansiedad es fuertemente comórbido con, y precede comúnmente, la depresión mayor. Las implicaciones de la comorbilidad entre la ansiedad y la depresión son significativas, con deterioro social y psicológico.

La alteración de los neurotransmisores de la serotonina y la norepinefrina están implicados en la ansiedad y la depresión, y las nuevas evidencias sugieren que estos sistemas pueden proporcionar una relación mecánica entre los dos trastornos.

La ansiedad en el hombre moderno.- Rollo May desarrolla esta temática en los capítulos 2, 3, 4 y 5 de su libro "La psicología y el dilema del hombre". Estos capítulos pueden resumirse de la siguiente manera.

LA PERDIDA DE SIGNIFICACIÓN DEL HOMBRE MODERNO.- Uno de los grandes problemas del hombre occidental actual, es una crisis de identidad, es un ser carente de significación como individuo, y siente que lo que haga será pequeño en comparación con el avance tecnológico. Quién soy, adónde voy, qué sentido tiene mi vida, son algunos de estos interrogantes. El problema de identidad de los años 50 ha devenido hoy en pérdida de la significación. Los estudiantes en EEUU, han advertido esto y han hecho una resistencia pasiva, rebelándose contra el "no tengo significado" aplastado por el colectivismo y la tecnología masiva, la amenaza de una guerra termonuclear.

La impotencia frente a esta guerra se transformó en ansiedad (ansiedad de la falta de sentido, ansiedad como temor a la nada), en regresión y apatía, éstas a su vez en hostilidad, y la hostilidad en una alienación entre los hombres (círculo vicioso). La guerra de Vietnam es otro ejemplo. El problema sin embargo no está en la tecnología en sí, sino en cómo se la utiliza, es decir, como autodestrucción de la humanidad.

LA IDENTIDAD PERSONAL EN UN MUNDO ANÓNIMO.- Hay una ansiedad normal que me permite hacer frente a situaciones amenazantes, y otra neurótica que me paraliza y entro en pánico. Esta última es destructiva, y consiste en el replegamiento de la conciencia, el bloqueo de los sentidos y, cuando se prolonga, conduce a una sensación de despersonalización y apatía, a una pérdida del sentido de uno mismo en relación al mundo objetivo. Implica perder el mundo propio al no percibir claramente la diferencia entre subjetividad y la objetividad.

Tal ansiedad negativa acontece en nuestra sociedad, a causa de una amenaza a los valores que una persona identifica con su existencia como persona. Esto se ve por ejemplo en el sexo y la elección de pareja. El sexo se toma como una salida para salir de la apatía, y el formar pareja tempranamente, da una sensación de seguridad. El sexo se convierte así en algo cada vez más impersonal, sin sensibilidad ni intimidad.

También hay ansiedad en la educación, ansiedad por tener notas altas y poder acceder a estudios superiores, y los padres alientan esto. Los valores de los estudiantes se han desplazado hacia signos externos (lo que opinan quienes califican). Querer conocerlo todo, querer estar siempre actualizado (cosa imposible), genera ansiedad. Se desechan valores como la originalidad y la creatividad, pues no son "útiles". Se enaltece el acumular hecho sobre hecho y no se ven sus relaciones significativas.

Para reducir esta ansiedad estudiantil, debemos replantearnos los fines de la educación: la ampliación y la profundización de la conciencia, el desarrollo de la sensibilidad, y la capacidad de percibir formas significativas. Se puede hacer frente a la ansiedad en tanto estos valores sean más fuertes que la amenaza. Es preciso entonces fomentar estos valores en las universidades, y fomentar el acto mismo de "valorar", comprometerse con valores.

RAÍCES HISTÓRICAS DE LAS TEORÍAS MODERNAS SOBRE LA ANSIEDAD.- La ansiedad del individuo y su manera de enfrentarla, depende de cada época y cultura, por ello cada época y cultura tiene su propia forma de entender la ansiedad. Veamos ejemplos de teorías sobre la ansiedad, según filósofos de distintas épocas.

En la edad media las emociones debían ser canalizadas mediante un sistema rígido de ceremonias religiosas y comunitarias, pues de otro modo la pasión y la crueldad hubieran hecho estragos. En el Renacimiento, la ansiedad era canalizada a través de nuevos descubrimientos, más conocimientos y desarrollo de capacidades creativas y racionales del individuo. Sobre todo con Descartes, en plena edad moderna, se desarrolló la idea de que los fenómenos del cuerpo podían ser explicados con la matemática o la mecánica. Esta esperanza hizo disipar la ansiedad del hombre al abrir la esperanza del control de la naturaleza, y se abrió una vía para liberar al hombre de los miedos irracionales, para disipar la multitud de temores a los demonios, hechiceros y otras formas de magia.

Spinoza llegó a decir que las emociones humanas podrían controlarse con la razón matemática. A esta pretensión se opuso Pascal, para quien la naturaleza humana era mucho más compleja que la matemática, y que el problema de la ansiedad había que experimentárselo en forma más directa. A pesar de Pascal, el predominio de la razón terminó imponiéndose durante los siglos XII y XIII.

Durante el siglo IX siguió manteniéndose la importancia de la razón, pero cada vez más trasladada a las técnicas, a la tecnología. Marx denuncia aquí el peligro de esta última como causa de la deshumanización del hombre. Freud y Kierkegaard, Nietzsche y Schopenhauer, cada cual a su modo, buscaron redescubrir los orígenes reprimidos e inconscientes, denominados irracionales, de la conducta humana, y unirlos con sus aspectos racionales. Kierkegaard en particular rechazó el racionalismo tradicional, destacando la expansión de la conciencia a través de la libertad, pero esta libertad encierra una ansiedad potencial, ya sea que está vinculada con la relación con el prójimo, siempre riesgosa.

Para Rollo May, la situación en nuestro siglo XX, sería la siguiente: hoy en día hay una ansiedad tan importante derivada del hecho de que, al estar en una época de cambios, los valores no son firmes, no se

sabe bien qué defender o contra qué luchar. Es distinto cuando los valores están firmemente establecidos y entonces a las amenazas se responde con miedo, no con ansiedad. En el miedo identificamos bien el peligro, en la ansiedad hay incertidumbre, un no saber hacia donde ir o qué valores defender.

LA ANSIEDAD Y LOS VALORES.- El hombre es el único ser que valora, que interpreta su vida y el mundo en base a símbolos. Cuando sus valores son amenazados, se produce ansiedad. La ansiedad debemos definirla como aprensión desentrelazada por la amenaza a algún valor que el individuo considera esencial para su existencia como persona. Ejemplos de estos valores: el patriotismo, el amor hacia otra persona, el prestigio, la devoción a una verdad científica o a una creencia religiosa. (Incluso algunas personas prefieren morir antes que renunciar a algún valor.

El primer valor del hombre es que lo cuiden y protejan cuando es bebé, pero los que luego va adquiriendo no son una simple extensión de esos valores primeros, pues llega un momento que puede desafiar esos primeros valores, o sea el cuidado ya no es algo que se recibe pasivamente, sino que el sujeto puede reaccionar frente a esos valores enfrentándolos, aceptándolos, etc., con un cierto grado de conciencia de sí mismo. Esta nueva actitud se llama autorrelación,

Esta autorrelación es la capacidad del hombre para permanecer fuera de sí mismo, de saber que es a la vez sujeto y objeto de la experiencia, y de verse como una entidad que está actuando en el mundo de los objetos.

Cuando los valores son amenazados, el hombre siente ansiedad, y una forma de la ansiedad es por ejemplo la soledad. Básicamente hay dos tipos de ansiedad: la normal y la neurótica. La primera es proporcional a la amenaza, no implica represión y se la puede confrontar positivamente en el nivel consciente (o puede aliviarse si cambia la situación objetiva). La ansiedad neurótica, en cambio, es una reacción desproporcionada a la amenaza, implica represión y otras formas de conflicto intrapsíquico, y es gobernada por distintos tipos de bloqueo de la actividad y de la conciencia. Esta ansiedad aparece cuando la persona no fue capaz de enfrentar la ansiedad normal en el momento de una verdadera crisis en su crecimiento y de una amenaza a sus valores.

La terapia busca aliviar la ansiedad neurótica, para poder hacer frente normalmente a la ansiedad normal. Cuanto más firmes sean los valores del sujeto, con mayor efectividad podrá hacer frente a peligros que los amenacen.

Resumen de Rollo May (1990) La psicología y el dilema del hombre. México: Gedisa. Capítulos 2-3-4-5.

ANTIPSIQUIATRÍA

Generalidades.- "La antipsiquiatría es un movimiento sociocultural radicalmente crítico de la psiquiatría occidental "oficial" en el que participan especialmente personas con formación psiquiátrica, psicológica y sociológica. Sus puntos de partida fueron la crítica de la práctica psiquiátrica tradicional, considerándola regresiva, acientífica, adaptadora a una sociedad injusta, muestra de la hostilidad del psiquiatra y de la sociedad hacia el loco y la locura, etc. A partir de ahí la antipsiquiatría ha ido realizando una amplia espiral crítica dentro de la cual ha incluido las instituciones psiquiátricas tradicionales ("máquinas de segregación productoras de segregados"), los conceptos y doctrinas psiquiátricos más respetados, la familia occidental -moralista, rígida y ambivalente-, la sociedad que permite (y necesita) de tales instituciones, etc" (página 417)..

Tizón J, Psiquiatría y antipsiquiatría. Incluido en Quintanilla M (dir) (1979) Diccionario de filosofía contemporánea. Salamanca: Ediciones Sígueme. 2º edición.

ANULACIÓN

Generalidades.- Como mecanismo de defensa, "es la utilización de un pensamiento, una palabra o un acto con la intención de borrar (anular) otro que lo precedió y resulta inaceptable. Es característico del estilo de funcionamiento obsesivo, y está en la raíz de lo que llamamos pensamiento mágico. Ejemplos: rituales como el lavado compulsivo de manos, siguiendo ciertas reglas fijas e inviolables que frecuentemente 'anularían' un sentimiento interior de suciedad"

Poliak J., "Fundamentos del enfoque centrado en la persona. Teoría de la personalidad", incluido en Sánchez Bodas A. y col., "Counseling humanístico, teoría y práctica", Vol I, Buenos Aires, Ediciones del Instituto Holos, 1999, p. 130.

Generalidades.- Operación defensiva donde el sujeto se esfuerza por hacer como si sus pensamientos, palabras o actos pasados no hayan ocurrido, utilizando para ello otro pensamiento o conducta opuesta que 'anula' la primera. Es típica de la neurosis obsesiva, y se ve en los rituales obsesivos con dos tiempos: el primer acto es anulado por el segundo, es decir, se trata de una anulación retroactiva.

Sin embargo no debe pensarse que el primer acto representa la pulsión y el segundo la defensa. Casi siempre lo pulsional interviene en ambos tiempos, en forma de ambivalencia amor-odio. Lo pulsional aparece en el segundo tiempo cuando, por ejemplo, el yo encuentra como aliado a otra pulsión opuesta a la primera.

La anulación se presenta bajo tres modalidades: a) Un comportamiento es anulado por otro opuesto; b) Un acto es anulado por el mismo acto repetido, pero que tiene un significado opuesto; 3) Cuando debido

a la persistencia de lo reprimido, algo del impulso primitivo se insinúa de nuevo en la repetición expiatoria, con lo que puede resultar necesaria una tercera, cuarta, etc., repetición del acto. Todos los síntomas expiatorios corresponden a una anulación retroactiva.

Como proceso normal, la anulación implicará por ejemplo retractarse de una afirmación, corregir un daño, atenuar el significado de un pensamiento, palabra o acto mediante una negación que hasta puede ser anticipada, como cuando se dice "no vaya a creer que...".

Como defensa patológica, la anulación apunta a anular la realidad misma del acto original como si no hubiera ocurrido nunca, lo cual no respeta el principio de realidad: se trata de una anulación mágica. En la neurosis obsesiva vemos muchas repeticiones del acto porque ninguna ofrece la seguridad total de ser eficaz como expiatorio. Aparece también la duda obsesiva, relativa a si la anulación tuvo o no éxito. La anulación es similar a la formación reactiva, pero no consiste simplemente en adoptar una actitud opuesta sino en ejecutar un acto positivo que anula el anterior.

Celener G. y otros, "Los mecanismos de defensa y las técnicas proyectivas", Publicación interna de la Cátedra de Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico Módulo II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 1996.

Generalidades.- Mediante esta defensa se intenta hacer que ciertos pensamientos, palabras o actos se anulen, desaparezcan, como si nunca hubiesen sido realizados. En general se trata de actos compulsivos llevados a cabo en dos tiempos, donde el segundo tiempo anula al primero. Por ejemplo, si la persona pensó en un hecho desgraciado mientras subía la escalera, bajará la misma para volverla a subir con el objeto de que no suceda lo malo que pensó.

Berenbaum L y Ferrari R, Acerca de las defensas del psiquismo. Incluido en "Fundamentos de psicología", págs. 107-108.

Según M. Klein.- Defensa que "se apoya en el mecanismo de disociación, y como los otros mecanismos obsesivos [aislamiento y formación reactiva] controla el vínculo agresivo con el objeto. Apela a fantasías mágico-omnipotentes muy intensas, cuyo contenido es que una fantasía 'buena' o un acto 'bueno' pueden borrar, anular, otra fantasía o acto previo 'agresivo'".

Piccolo E., "Defensas en los tests gráficos", Editorial Paidós.

APARATO PSÍQUICO

La estructuración del aparato psíquico según S. Freud.- Freud anuncia su segunda teoría del aparato psíquico (o segunda tópica) ya en "Esquema del psicoanálisis", cuando indica que "suponemos que la vida mental es la función de un aparato al cual atribuimos las características de estar extendido en el espacio y de estar formado por diversas porciones (o sea el ello, el yo y el Superyó)".

En "El yo y el ello", Freud propone llamar 'ello' a lo psíquico en lo cual el yo se continúa, y que nos es desconocido e inconciente. El yo se extiende desde una superficie constituida por el sistema P, y hacia abajo se continúa con el ello confluyendo con él, sin estar totalmente separado del mismo.

Puede constatarse así que el yo es una parte del ello modificada por la influencia del mundo exterior (sistema P-Cc): es una continuación de la diferenciación de su superficie. El yo se esfuerza en transmitir al ello las influencias exteriores y aspira a sustituir el principio del placer vigente en el ello, por el principio de realidad. La percepción es para el yo lo que los instintos para el ello: el yo representa la razón, y el ello las pasiones.

La importancia funcional del yo es que rige normalmente el acceso a la motilidad: así como un jinete controla su caballo, el yo controla al ello utilizando la energía de éste. En la génesis del yo a partir de su diferenciación del ello, parece actuar aún otro factor, además de la influencia del sistema P, y tiene que ver con el hecho de que el yo es ante todo un ser corpóreo y no una simple superficie.

Nuestro propio cuerpo es una fuente privilegiada de percepciones tanto externas como internas (percibimos nuestro cuerpo desde afuera, y también desde dentro, como cuando sentimos dolor). El yo se forma también a partir de las percepciones de nuestro propio cuerpo: incluso los aspectos inconcientes del yo, como la autocritica, la conciencia moral y los sentimientos de culpabilidad identificados en los neuróticos. Como se ve, tales elementos son, contra lo que podría suponerse, inconcientes. De hecho, muchas funciones superiores como la intensa reflexión sobre un problema tampoco son concientes: pueden ser objeto de una elaboración preconciente (como cuando nos despertamos con una solución luego de haber pensado mucho en el problema el día anterior).

Las cosas serían sencillas si el yo fuese simplemente una parte del ello modificada por las percepciones, o sea, un mero representante de lo real en lo anímico. Dentro del yo hay una diferenciación: el Superyó. Lo novedoso que se examina en "El yo y el ello" es la idea según la cual el Superyó presenta una conexión menos firme con la conciencia. En sus intentos por aclarar esta idea, Freud aborda el problema de la génesis del Superyó en relación con el concepto de identificación y el complejo de Edipo.

Originalmente, en la fase primitiva oral no es posible diferenciar la carga de objeto de la identificación. Más adelante, el yo tiene noticia de las cargas de objeto, y las aprobará o bien las rechazará mediante la represión.

Cuando tal objeto sexual ha de ser abandonado, la carga de objeto es sustituida por una identificación del yo con alguno de sus aspectos, proceso importante en la constitución misma del yo y que da origen a su carácter. Se trataría de un mecanismo de introyección oral: nos identificamos con el objeto perdido incorporándolo dentro nuestro. Ejemplos de esta sustitución: a) En la melancolía, el objeto se pierde y la carga sobre el objeto es sustituida por una identificación, es decir por una reconstrucción en el yo del objeto perdido (problema ya tratado en "Duelo y melancolía"); b) En la comida totémica, en la comunión cristiana y en el canibalismo: los primitivos creían que ingiriendo el objeto incorporaban sus cualidades, lo cual es otro ejemplo de sustitución de una elección de objeto por una identificación.

Como resultado de las identificaciones, el carácter del yo sería un residuo de las cargas de objeto abandonadas, y contiene toda la historia de tales elecciones de objeto, diferente en cada persona.

La sustitución de una elección erótica de objeto por una modificación del yo es para el yo una forma de dominar al ello que implica profundizar sus relaciones con este: así, cuando el yo toma los rasgos del objeto, se está ofreciendo al ello intentando compensarle la pérdida, como si le dijera: "puedes amarme, pues soy parecido al objeto". Tal vez la sustitución de la carga de objeto por la identificación sea la condición precisa para que el ello abandone sus objetos.

La sustitución de una elección de objeto por una identificación con el mismo implica una transformación de libido objetual en libido narcisista, con lo cual el yo pasa a ser un gran depósito de libido. La libido que fluye hacia el yo constituye el narcisismo secundario.

Las variadas identificaciones del yo pueden ser muy intensas e incompatibles entre sí, produciendo así una disociación del yo.

Hasta aquí, el ser anímico queda dividido en un ello, un yo y un Superyó. Como el yo no es sino una diferenciación del ello, como éste quedará también sometido a la influencia de los instintos, además de la influencia exterior.

Freud encarará entonces, siempre en "El yo y el ello" la relación entre la estructura ello-yo-Superyó y las dos clases de instintos (vida y muerte), haciéndolo desde el punto de vista del principio del placer.

En esta discusión Freud reconoce haber aceptado inadvertidamente una hipótesis presupuesta: que hay cierta energía indiferenciada (en sí misma ni constructiva ni destructiva) que intensifica ora el amor, ora el odio. Debemos preguntarnos entonces de donde viene esta energía, y cuál es su significado.

En efecto, es dable observar que un instinto sexual parcial puede ceder su energía a otro instinto sexual parcial. Tales procesos nos animan a plantear la hipótesis según la cual esa energía indiferenciada proviene de la libido narcisista, es decir, se trata de Eros desexualizado. En efecto, el instinto erótico es más fácilmente desplazable que el de destrucción. Esta libido desplazable está al servicio del principio del placer: evita estancamientos de libido y facilita la descarga. Este comportamiento es típico del proceso primario y del ello, que busca la descarga a toda costa, aún la descarga del impulso agresivo sin consideración de si quien la recibe es inocente o no.

Si la energía desplazable es libido desexualizada, también podemos decir que es sublimada, pues mantiene siempre la intención del Eros. Sabemos que el yo es quien se encarga de sublimar, y lo hace acogiendo en sí libido sustraída a las cargas de objeto del ello, formando libido del yo, o libido narcisista. Consecuentemente, Freud se ve obligado a modificar la teoría del narcisismo. Cuando aún el yo está en constitución, toda la energía está concentrada en el ello. El ello usa parte de dicha libido para cargar objetos pero luego el yo, ya más robustecido, busca apoderarse de esa libido objetual imponiéndose a sí mismo como objeto erótico al ello. El narcisismo del yo es así un narcisismo secundario sustraído a los objetos.

Comprobamos así que todos los impulsos instintivos investigados se nos revelan como ramificaciones del Eros. Incluso los instintos de muerte fueron desviados hacia el exterior por la intervención del Eros, fuerza de la cual entonces parte todo el fragor de la vida, siendo en comparación los instintos de muerte, mudos. En efecto, el principio de constancia sostiene que las tensiones se reducen, pero nunca hasta quedar anuladas. Los instintos sexuales de vida introducen de continuo nuevas tensiones que permiten que la vida del ser continúe. Mientras tanto el ello, guiado por el principio del placer, busca permanentemente anular esas tensiones. El yo facilitará al ello esta labor, sublimando parte de la libido para sus fines propios.

En suma, el yo está en gran parte constituido por identificaciones sustitutivas de cargas abandonadas del ello, y las primeras de esas identificaciones forman una instancia especial, oponiéndose al yo en calidad de Superyó. Este Superyó está relacionado con el yo y con el ello: veamos brevemente ambas relaciones. El Superyó es particularmente importante para el yo, por dos motivos: primero, es la primera identificación que ocurrió siendo aún débil el yo, y segundo, introduce en el yo los objetos más importantes (complejo de Edipo). El Superyó conserva toda la vida su capacidad de oponerse al yo y dominarlo: es como el monumento conmemorativo de la primitiva debilidad y dependencia del yo.

El Superyó se diferencia del yo, y este a su vez se forma por identificaciones que sustituyen las primeras cargas del ello. Esto hace que el Superyó entre en relación con las adquisiciones filogénicas del ello convirtiéndolo en una reencarnación de formas anteriores del yo, que han quedado como residuos en el ello. Así, el Superyó queda muy próximo al ello, lo representa frente al yo y está más alejado de la conciencia que este último.

El yo tiene varias funciones: a) A través de la percepción ordena temporalmente los procesos psíquicos sometiéndolos al examen de la realidad; b) Al interpolar los procesos mentales consigue aplazar las descargas motoras, dominando los accesos a la motilidad, dominio que es más formal que efectivo por la influencia que sobre él ejerce el ello. El yo intenta dominar o refrenar al ello: sustrae libido de él y transforma sus cargas de objeto en formas propias.

El yo se nos aparece como una pobre cosa sometida a tres distintas servidumbres o amenazado por tres grandes peligros: el mundo exterior, la libido del ello, y el rigor del Superyó, a los que reacciona con otras tantas clases de angustia.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Freud S (1923) El yo y el ello. En Obras Completas, Tomo II. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1968.

Freud S (1910) Esquema del psicoanálisis. En Obras Completas, Tomo II. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1968.

La estructuración del aparato psíquico según M. Klein.- Paula Heimann, en "Algunas funciones de introyección y proyección en la temprana infancia" (pág. 117) comienza sintetizando el desarrollo ontogenético del aparato psíquico según Freud. A partir de allí, formula su hipótesis -que surge de su marco teórico kleiniano- según la cual los mecanismos de introyección y proyección tienen un papel fundamental en estos cambios que devendrán en un aparato psíquico constituido.

"Es esencial que el yo admita el ingreso sólo a los estímulos que son adecuados y se lo impida a los peligrosos. En ambos aspectos de la percepción funcionan la introyección y la proyección. Cuando el yo recibe estímulos de afuera, los absorbe y los hace parte de sí, los introyecta. Cuando les impide la entrada, los proyecta, porque la decisión sobre su nocividad es posterior a una introyección a modo de prueba" (pág. 119).

Sigue indicándonos Heimann que "la percepción y las operaciones que la componen (atención, memoria, pensamiento), están ligadas a la introyección y a la proyección, y son estos procesos de agregar algo nuevo al yo o desembarazarlo de algo propio los que tienen una participación inestimable en la transformación del ello original en yo" (pág. 120). Para Heimann, entonces, la acción combinada de la introyección y la proyección explica la transformación de una parte del ello en yo. El Superyó es asimismo un producto de una operación de introyección. Si el interés del niño se centra en cualidades de su progenitor que admira, como habilidades e inteligencia, el objeto introyectado es principalmente incorporado al yo, pero si su interés en los atributos éticos del progenitor en el curso de un conflicto amor-odio con él, entonces el objeto introyectado contribuye a la formación del Superyó.

Según Susan Isaacs, por otra parte ("Naturaleza y función de la fantasía"), la introyección y la proyección son la base de la vida de la fantasía.

La proyección y la introyección, son formas particulares de acción de la vida mental, como medio para manejar tensiones y conflictos internos. Esos mecanismos están ligados a fantasías, como por ejemplo la fantasía de incorporación con el mecanismo de introyección. La fantasía es para Isaacs el vínculo activo entre el instinto y el mecanismo yoico.

La fantasía actúa en las fases más tempranas de la vida, por ejemplo en la alucinación (alucina el pezón ausente). Esta alucinación aparece cuando el impulso no es demasiado intenso, en cuyo caso la alucinación cesa. Los objetos placenteros son introyectados, y los displacenteros (excesiva tensión) son proyectados al exterior. La fantasía inconciente es el producto de la introyección.

La fantasía es contenido primario pues es el representante psíquico del instinto. No hay impulso instintivo que no sea vivido como fantasía inconciente. Luego, las fantasías pasan a ser modos de defensa contra los impulsos (reparación). La fantasía tiende a considerar que el impulso se satisface realmente, o bien, si actúa como defensa, que el impulso es realmente inhibido o controlado.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Heimann Paula (1974) Algunas funciones de introyección y proyección en la temprana infancia. En Klein M, Obras completas. Buenos Aires: Paidós-Hormé, Vol III.

Isaacs Susan (1974) Naturaleza y función de la fantasía. En Klein M, Obras completas. Buenos Aires: Paidós-Hormé, Vol III.

Algunas comparaciones entre las posturas de S Freud y M Klein.- 1) Para Freud, la constitución del aparato psíquico se completa con una tercera instancia diferenciada a partir del Yo, el Superyó, que se instaura con la declinación del complejo de Edipo hacia los 5 años. En cambio, según la escuela de Melanie Klein existiría, desde la fase oral, un Superyó que se formaría por introyección de objetos 'buenos' y 'malos' y que el sadismo infantil, que entonces se encuentra en su punto más alto, haría particularmente cruel. Esta instancia se conoce como "Superyó temprano". Refiere Segal que los padres ambivalentemente amados introyectados durante la posición depresiva forman el núcleo del Superyó (pág.122).

2) En el momento del nacimiento, para Freud el aparato psíquico se hallaría totalmente indiferenciado (es todo "ello"), y sólo después, por el contacto con la realidad, comienza a diferenciarse en su superficie un yo. En el caso de Melanie Klein, habría ya desde el momento del nacimiento un yo, sólo que se encuentra

escindido en un yo bueno y un yo malo, disociación correlativa del par objeto bueno – objeto malo producido por la deflexión del instinto de muerte.

3) Freud describe tres etapas en el yo: el yo-realidad primitivo, propio de la etapa autoerótica, el yo-placer o yo de placer purificado, propio del narcisismo, y finalmente el yo-realidad definitivo, regido ya por el principio de realidad. El primero percibe todo lo displacentero dentro de sí, mientras que la realidad exterior le es indiferente. En una segunda etapa el yo introyecta lo placentero que advierte en la realidad exterior y proyecta hacia afuera todo lo displacentero ('quedó purificado'), constituyéndose así el yo-placer, donde todo lo placentero está dentro de él y todo lo displacentero queda afuera. Y finalmente en una tercera etapa, el yo intentará encontrar afuera una fuente de placer: un objeto real que corresponda a la representación del objeto primitivamente satisfactor y perdido: esto corresponde a la prueba de realidad: el yo-realidad definitivo se ha instalado. Según Slemenson, el Yo-placer "no responde a una realidad objetiva sino a un estado del aparato subjetivo. Este funcionamiento coincide con el mecanismo de disociación, tal como lo describe M. Klein, y que constituye para ella 'el primer organizador del caos'" (pág. 3).

4) Podríamos decir, por último, que la construcción del aparato psíquico no podría llevarse a cabo sin un interjuego con la realidad externa, tanto en Freud como en Klein. Además, tanto uno como otra hablaron de un mecanismo de introyección. Sin embargo, ambas escuelas teorizan de manera diferente esta interacción. En el caso de Freud, el yo no podría constituirse como tal si no hubiera un contacto del ello con la realidad exterior. Esto produce la génesis del yo como función (percepción, memoria, pensamiento, etc.) Desde la óptica de Susan Isaacs, para citar una autora kleiniana, a través de la experiencia externa las fantasías se elaboran y pueden expresarse, pero no dependen de la experiencia externa para su existencia. Las fantasías no dependen de las palabras aunque pueden, bajo ciertas condiciones, expresarse en palabras. Las primeras fantasías se experimentan como sensaciones; más tarde, toman la forma de imágenes plásticas y de representaciones dramáticas. La adaptación a la realidad y el pensamiento realista requieren el apoyo de fantasías inconcientes concurrentes. La observación de las formas en que se desarrolla el conocimiento del mundo externo demuestra cómo la fantasía del niño contribuye al aprendizaje.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Isaacs Susan (1974) Naturaleza y función de la fantasía. En Klein M, Obras completas. Buenos Aires: Paidós-Hormé, Vol III.

Segal Anna (1992) Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós.

Slemenson Pablo (1998) A qué llamamos una madre suficientemente buena? Metapsicología, artículo.

Estructuración del aparato psíquico según Aulagnier. - Piera Aulagnier ofrece un modelo del aparato psíquico centrado en una de sus tareas específicas: la actividad de representación.

Define *actividad de representación* como la tarea común a todos los procesos psíquicos cuya meta es metabolizar un elemento heterogéneo, convirtiéndolo en un elemento homogéneo a la estructura de cada sistema del aparato psíquico.

El término *elemento* alude a dos clases de objetos: los que son necesarios para el funcionamiento del sistema, y los que se imponen a éste último, el cual no puede ignorar su acción.

La actividad de representación es una actividad psíquica que presenta semejanzas y diferencias con la *actividad metabólica*, que es un proceso orgánico:

a) Semejanza: Ambos rechazan todo elemento heterogéneo a la estructura o, inversamente, se lo transforma en un material que se convierte en homogéneo a ella.

b) Diferencia: el elemento metabolizado es un cuerpo físico, mientras que el elemento representado psíquicamente es un elemento de información. Una es una actividad orgánica, y la otra una actividad psíquica.

La actividad psíquica está constituida por *tres modos* de funcionamiento o procesos de metabolización: el proceso originario, el primario y el secundario, cada cual con las siguientes características (ver esquema). Tomaremos 'conciente' y 'inconciente' en sentido descriptivo, o sea como cualidad de que puede o no ser conocida por el yo.

Los tres procesos indicados en el esquema no están presentes desde un comienzo, sino que van sucediéndose temporalmente: se ponen en marcha por la necesidad de la psique de conocer una propiedad del objeto exterior, propiedad que el proceso anterior estaba obligado a ignorar. Todo induce a pensar que el lapso entre el proceso originario y la aparición del primario es muy breve y, de igual modo, la aparición del proceso secundario es también muy precoz. La aparición de un nuevo proceso no anula la actividad de los anteriores, que siguen funcionando en espacios propios diferentes.

Los elementos a metabolizar son tanto objetos exteriores o de la realidad física, como objetos endógenos al psiquismo, aunque heterogéneos en relación con uno de los tres sistemas. Así, los objetos psíquicos producidos por lo originario son tan heterogéneos respecto a lo secundario como los objetos exteriores que el Yo encuentra.

Hay una homología entre los objetos psíquicos y los objetos físicos: de ambos, y para cada sistema, sólo hay una representación que ha metabolizado al objeto originado en esos espacios, transformándolo en un objeto cuya estructura se ha convertido en idéntica a la del representante.

Toda representación representa al objeto, pero también representa a la instancia o sistema a la que pertenece, pues cada sistema debe representar al objeto de modo tal que su estructura se convierta en idéntica a la del representante.

Tres modos de funcionamiento de la actividad psíquica	Tales funcionamientos generan REPRESENTACIONES	En la reflexión de esta actividad sobre sí misma, se originan INSTANCIAS	ESPACIOS: lugares hipotéticos de las actividades y representaciones	Postulado rector de funcionamiento
PROCESO ORIGINARIO	PICTOGRAFICAS (o Pictograma)	REPRESENTANTE	ESPACIO ORIGINARIO	AUTOENGENDRAMIENTO: Todo existente es autoengendrado por el sistema que lo representa.
PROCESO PRIMARIO	FANTASEADAS (Fantasía)	FANTASEANTE (el que pone en escena)	ESPACIO PRIMARIO	Todo existente es un efecto del poder omnímodo del deseo del Otro.
PROCESO SECUNDARIO	IDEICAS (Enunciado)	ENUNCIANTE (El Yo o Je)	ESPACIO SECUNDARIO	Todo existente tiene una causa inteligible que el discurso podrá conocer.

Esta última afirmación la podemos ejemplificar en el proceso secundario, cuya instancia es el Yo. Al respecto, debemos diferenciar y relacionar tres tipos de actividad: la actividad representativa, la cognitiva y la interpretativa.

El Yo busca forjarse una imagen de la realidad exterior, para lo cual ejerce una actividad representativa. Al ejercerla, se ilusiona acerca de que está conociendo los objetos en sí, es decir, se ilusiona acerca de que ejerce una actividad cognitiva, pero en rigor esto no es así: el Yo transforma el objeto exterior asimilándolo a su propia estructura, con lo cual su actividad no es cognitiva sino interpretativa: interpreta el mundo según su propia lógica y su propia causalidad.

Estas consideraciones sirven para mostrar que cada sistema funciona de acuerdo a una ley o postulado propio (ver esquema de arriba).

La actividad de representación responde a una *ley general*: cada sistema se representa los objetos de acuerdo a un esquema relacional que confirme o esté de acuerdo con el postulado propio de dicho sistema. Por ejemplo: antes del descubrimiento del inconsciente, y aunque éste existía, el Yo no tenía una representación ideica del mismo: era un objeto heterogéneo, pero cuando fue descubierto por Freud, el Yo pudo metabolizar ese objeto adecuándolo a su propia lógica y tornándolo, así, inteligible.

Examinemos ahora la relación entre el funcionamiento de los sistemas, y el elemento que informa a éstos sobre la propiedad de un objeto. Por empezar, no existe información neutra, porque siempre está teñida de libido ('información libidinal'), ya que el acto de representación implica un acto de catexización, derivado a su vez de la tendencia del psiquismo a preservar o reencontrar una experiencia de placer.

El placer no se alcanza plenamente en el ámbito del Yo, que no puede realizar esta meta. Esto no debe hacernos pensar que la actividad de representación del Yo no implique una experiencia de placer, pero se trata de un placer mínimo necesario para que haya vida, es decir, debe haber un placer mínimo necesario para que haya actividad de representación y para que haya representantes psíquicos de objetos externos, y mismo aún objetos psíquicos.

Sin embargo, la existencia del placer es tan importante como la de displacer: esta dualidad pulsional enfrenta al Yo con una paradoja: ¿cómo puede haber displacer en un objeto de deseo? ¿Cómo puede surgir el placer del displacer? La teoría resuelve la contradicción diciendo que la actividad psíquica, ya desde el proceso originario, forja dos representaciones antinómicas de la relación representante-representado: de un lado se define un 'deseo' en relación al placer, y del otro se define un 'deseo no tener que desear', en relación al displacer.

En el primer caso, la realización del deseo implicará reunificar el representante con el objeto representado, unión que causará placer. En el segundo caso, la no realización del deseo implicará separarlos, es decir, hacer desaparecer todo objeto que pueda suscitarlo. Para decirlo en términos de amor y odio: en el primer caso se busca la unión con el objeto (amor), y en el segundo su rechazo y destrucción (odio).

El estado de encuentro y el concepto de violencia.- El *estado de encuentro* se establece entre el mundo externo y la psique, y es coextensivo con el estado de existente.

Explicaremos mejor este estado de encuentro para entender los conceptos centrales de Aulagnier: violencia e interpretación, pero antes aclaremos algo: el discurso teórico psicoanalítico intenta describir

tal cual como ocurre este proceso pero no puede: ejerce una violencia, pues impone al proceso un marco teórico que lo desnaturaliza, es decir, sólo puede concebir los procesos como sucesivos, no simultáneos. Por ello se describe una sucesión que va desde un estado originario a otro secundario, pasando por el primario.

1) Instauración del proceso originario: A medida que evoluciona el sistema perceptual, la actividad psíquica establece un *estado de encuentro*: percibe un mundo heterogéneo cuyos efectos padece en forma continua e inmediata. Gracias a que la psique puede representarse tales efectos, puede forjar una primera representación de sí misma: tal es el hecho originario que pone en marcha la actividad psíquica.

El proceso originario puede metabolizar los objetos si éstos tienen representabilidad, es decir, la posibilidad de situarse en el esquema relacional propio, en este caso, del sistema primario. Estos objetos no son cualquiera: es material exógeno que dispara la actividad psíquica, y que tiene que ver con las informaciones emitidas por los objetos soportes de catexia.

Lo que la psique encuentra son dos espacios: su espacio corporal y el espacio psíquico de quienes lo rodean, en especial el de la madre. El proceso originario se configura cuando la psique percibe que tanto su propio cuerpo como su madre son fuentes de experiencias tanto de placer como de displacer. Estas dos cualidades son entonces las importantes a considerar para la instauración del proceso originario.

2) Pasaje del proceso originario al primario: El proceso primario comienza cuando la actividad psíquica puede reconocer una nueva propiedad de los objetos placenteros o no: su extraterritorialidad, es decir, reconocer la existencia de un espacio exterior y uno propio, información que sólo puede ser metabolizada por el proceso primario.

3) Pasaje del proceso primario al secundario: El proceso secundario comienza cuando la actividad psíquica puede reconocer una nueva propiedad en los objetos: su significación o sentido. En efecto, el proceso secundario se ocupa de significar, lo que implica reconocer que la relación entre objetos exteriores está definida por la relación entre las significaciones que el discurso proporciona sobre dichos elementos: o sea, el mundo empieza a adquirir un sentido adecuado al esquema relacional del representante, en este caso el Yo. Tal información sólo es metabolizable por el proceso secundario, el que así se pone en marcha.

En síntesis, las cualidades que tienen que tener los existentes para poder ser metabolizados por el proceso respectivo, son las siguientes:

PROCESO	CUALIDAD DEL OBJETO
Proceso originario	Representabilidad Placentero / Displacentero
Proceso Primario	Extraterritorialidad
Proceso Secundario	Significación o sentido

Si hay algo que caracteriza al hombre es el llamado efecto de *anticipación*, por el cual enfrenta una experiencia, un discurso o una realidad que se anticipan por lo general a sus posibilidades de respuesta, y siempre a lo que puede saber y prever sobre las razones, el sentido o las consecuencias de dichas experiencias. Cuanto menos edad tiene el sujeto, más excesiva es esta anticipación: exceso de sentido, de excitación, de frustración, de gratificación o de protección.

Las palabras y los actos maternos, su discurso anticipatorio se anticipan siempre a lo que el niño puede conocer de ellos: el pecho es dado antes que la boca sepa que lo espera, desfasaje que ilustra la violencia primaria que la madre ejerce sobre el infans. La madre habla al niño diciéndole cosas a él o de él (es lo que se llaman las *producciones psíquicas maternas*), discurso al que el infans no puede asignarle significación, pudiendo sólo metabolizarlo en un material homogéneo respecto de la estructura pictográfica.

La madre se constituye en el *portavoz* del ambiente frente al infans, en cuanto con su discurso ambiental le transmite en forma premoldeada desde su propia psique las obligaciones, prohibiciones, etc., que de él espera, forjándose así una representación ideica del niño y que definirá el 'ser' de éste último al insertarlo en una estructura de parentesco, una estructura lingüística y en la estructura afectiva de la otra escena: tales son las tres *condiciones previas* que gobiernan los enunciados maternos. Es la manera de tener la madre de ejercer una violencia primaria sobre su hijo, es decir, a través de un discurso que ejerce un efecto de anticipación que ofrece al niño significaciones que no puede metabolizar según el proceso secundario.

Definimos *violencia primaria* como la acción mediante la cual se le impone a la psique de otro una elección, un pensamiento o una acción motivados en el deseo del que lo impone, pero que se apoyan en un objeto que corresponde para el otro a la categoría de lo necesario. La violencia primaria es necesaria para la constitución del Yo del niño, pues le presta a éste un soporte identificatorio. Sin embargo, esta violencia no debe extenderse más allá de lo necesario, porque en este caso el Yo no puede acceder a una autonomía. Cuando esta violencia impide tal autonomía, representando un exceso por lo general perjudicial y nunca necesario para el funcionamiento yoico, estamos en presencia de una *violencia secundaria*, y que suele ser amplia y persuasiva al punto tal de ser desconocida por sus propias víctimas.

La autonomía se opone a dependencia. Esta dependencia puede ser física (por ejemplo un discapacitado) o psíquica. La *vida psíquica* se caracteriza por tender hacia la autonomía, entendiendo por tal toda forma de actividad psíquica orientada hacia dos fines: la supervivencia del cuerpo y, para ello, la persistencia de una catexia libidinal que resista a una victoria definitiva de la pulsión de muerte.
Resumen de Aulagnier Piera (1985) La violencia de la interpretación. Capítulo 1.

Generalidades.- El aparato psíquico es un modelo teórico para explicar la conducta. Según él, existiría un 'ello', enraizado en lo biológico y de donde emergen las pulsiones, tanto biológicas como espirituales, tanto amorosas como agresivas, tanto de vida como de muerte.

El ello satisface sus pulsiones a través del 'yo', que ya desde su origen es corporal, pues es mediante el cuerpo como se satisfacen las necesidades pulsionales (comer, etc). Posteriormente el yo se sigue construyendo en base a identificaciones (con la madre, padre, etc), y hacia los 4 años las relaciones con la realidad se complejizan: empieza a buscar una relación íntima con el padre del sexo opuesto, mientras toma como rival al de su mismo sexo (complejo de Edipo). Normalmente el niño debe renunciar a sus deseos incestuosos, constituyéndose aquí otra instancia, el 'Superyó', que representa los valores culturales de lo permitido y lo prohibido. Mientras tanto, el yo debe oficiar de mediador entre el ello, la realidad exterior y el Superyó, y en este sentido puede decirse que no es ni tan autónomo ni tan libre.

Frente a dichas dificultades, el yo montará mecanismos de defensa, que le permiten sobrellevar las cargas pulsionales reprimiéndolas, proyectándolas, sublimándolas, buscando un placer sustitutivo. El yo se defiende de la angustia, cuyo prototipo, para Freud y según Rank, es la angustia del trauma de nacimiento.

Todas estas interacciones anímicas ocurren en gran parte en el inconciente, que es atemporal, inespecial, y carente de una lógica formal. Es la parte escondida del iceberg, siendo la parte visible la conciencia. Entre ambos hay una zona intermedia, el preconciente, donde están los contenidos que sí pueden tener acceso a la conciencia.

Con este aparato psíquico, el ser humano puede alcanzar o no una libertad interna que le permita tener valores, trascendencia, intimidad, pensamientos, afectos y placer: podrá vivir plenamente o no su singular condición humana.

Condensado de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

Según Freud.- Romero y Sauane sintetizan la evolución del concepto de la siguiente manera:

1895.- "Proyecto de una psicología para neurólogos": Anticipa muchas ideas que luego aparecen en "La interpretación de los sueños" en relación con el aparato psíquico.

1900.- "La interpretación de los sueños": Aparece aquí la primera tópica, en base al modelo del arco reflejo.

1914.- "Introducción al narcisismo": artículo que articula como una bisagra la primera y la segunda tópica. Comienza a cuestionarse la primera tópica. El conflicto Prec-Inc ya no le servía para explicar nuevos cuadros como la homosexualidad y la psicosis.

1923.- "El yo y el ello": Plantea la segunda teoría del aparato psíquico.

Condensado de Romero R y Sauane S (1995) Grupo, objeto y teoría, Tomo III. Buenos Aires: Lugar Editorial. Se incluyen agregados de las clases del Lic. R. Romero 5-9-95, 12-9-95 y 3-10-95 (Cátedra de Teoría y Técnica de Grupos II, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires).

Primera y segunda tópica.- "El concepto de estructura que voy a emplear en este trabajo es el concepto psicoanalítico de estructura funcional tal como puede leerse en Freud, y en especial en la llamada teoría estructural o segunda tópica" (Aslan, 2006:57).

"La estructura psicoanalítica se define como estructura funcional, en tanto se designa a una estructura a partir de una agrupación de funciones y/o sus funcionamientos. El término que usó Freud (1900) en su primera teoría (primera tópica), denominado sistemas (sistema conciente, sistema preconciente y sistema inconciente) al distinguir diferentes aspectos del aparato psíquico por sus modos de funcionar (por ejemplo, energía libre o ligada), ya nos está indicando una concepción dinámica y funcional. Así, pudo definirse el Yo como "un conjunto coherente de procesos psíquicos" (Aslan, 2006:58).

En la "segunda tópica" o teoría estructural, esta tendencia se acentúa. Un ejemplo claro es el de Freud, cuando describe el Superyó como una parte del Yo que se diferencia de él, que es más notable en dos afecciones, la neurosis obsesiva y la melancolía, y que permanentemente observa, critica, juzga y castiga al resto del Yo, el cual, como resultado de la tensión entre ambas instancias, experimenta sentimientos de culpa/búsqueda de castigo. Es decir, define esta estructura psíquica por su modo de funcionar" (Aslan, 2006:58).

"En el pensamiento freudiano se encuentran tres niveles de supuestos estructurales: 1) la estructura de los fenómenos clínicos, 2) su conceptualización metapsicológica (por ejemplo, el Superyó como estructura residual de identificaciones con las funciones interdictorias [del Superyó] de los padres) y 3) un supuesto fundamento estructural orgánico. ("[...] debe recordarse que todas nuestras provisionalidades psicológicas deberán asentarse alguna vez en el terreno de los sustratos orgánicos". (Freud, 1914)" (Aslan, 2006:59).

"Quiero proponer una hipótesis alternativa, que me parece lógica y plausible. De manera simplificada: Freud nos habló de "misterioso salto de la mente al cuerpo" en la histeria de conversión. Me parece más misterioso aun el "salto" del cuerpo a la mente, el modo como "los estímulos endosomáticos" alcanzan representación mental" (Aslan, 2006:68).

"Pienso que el Ello ocupa en la segunda tópica el lugar de la pulsión en la primera, es decir: un concepto límite entre lo somático y lo psíquico. Una concepción estructural, funcional y plausible sería considerar al Ello como un proceso, como un trayecto (y no como un sitio, un topos) que iría desde los estímulos endosomáticos, desde el cuerpo donde "las pulsiones no son cognoscibles [...]" hasta alcanzar representación psíquica en el Yo inconciente ("[...] sino por medio de sus representantes")" (Aslan, 2006:68).

"Recordamos que para Freud el representante pulsional (Trieb Vorstellung) consta de dos partes: una idea o representación (Vorstellung Representanz, representante representativo según Echeverri, representante ideativo, según Strachey), y una fuerza o impulso latente, la "cuota de afecto" (Aslan, 2006:68).

"¿A quién se refirió Freud con representante ideativo? ¿Al esbozo del objeto de la necesidad, de la satisfacción, a un esbozo abarcador, primitivo, de "algo" a encontrar, a un "objeto vacío" a llenar (Bion), a un ambiente expectable promedio, etc.?" (Aslan, 2006:68).

"Con este esquema se podría aportar una solución a la alternativa instinto/pulsión. En esta hipótesis, por efecto del proceso o funcionamiento que denominamos "Ello", el instinto, genético y corporal, se transformaría en algo psíquico, en pulsión, por un proceso hasta ahora no conocido de "psiquización" y alcanzaría su representación psíquica en la parte inconciente del Yo" (Aslan, 2006:68).

"La repetición (más tarde llamada compulsión a la repetición) fue explicada en 1914 (Freud, 1915a) como otra manera de recordar. En 1920, en Más allá del principio del placer, le sirvió para introducir la idea de la pulsión de muerte. Creo que por eso la compulsión a la repetición quedó como ligada, de un modo erróneo, a la pulsión de muerte, como "producida" por esta última" (Aslan, 2006:72).

"Las pulsiones, por sus ciclos de incremento y acumulación, de acmé y de descarga, producen un efecto de repetición. Es decir, la repetición sería una característica pulsional" (Aslan, 2006:73).

"Personalmente, he tratado de demostrar (Aslan, 1993) que, movilizadas una y otra vez por las pulsiones y las motivaciones, lo que percibimos es la repetición de estructuras psíquicas y sus interrelaciones, subyacentes a rasgos de conducta, tipos de personalidad, reacciones, etc., tanto normales como patológicas. En fin, modos constantes, similares e idiosincrásicos de procesar, de significar, de codificar, devolver y responder, tanto los estímulos e informaciones que les llegan del mundo interno como desde el mundo externo. Puesto que estas características son estructurales, se repetirán, formando parte de la conducta habitual en cada ocasión adecuada" (Aslan, 2006:73).

Aslan Carlos M (2006) Acerca de la estructura, la repetición, la historia y la temporalidad. Incluido en Fiorini Leticia (comp) Tiempo, historia y estructura. Su impacto en el psicoanálisis contemporáneo. Buenos Aires: APA editorial.

Ello, yo y superyó.- "A la más antigua de esas provincias o instancias psíquicas la llamamos *ello*; tiene por contenido todo lo heredado, lo innato, lo constitucionalmente establecido; es decir, sobre todo, los instintos originados en la organización somática que alcanzan en el ello una primera expresión psíquica... Bajo la influencia del mundo exterior real que nos rodea, una parte del ello ha experimentado una transformación particular... que desde entonces oficia de mediadora entre el ello y el mundo exterior. A ese sector de nuestra vida psíquica le damos el nombre de *yo*.... Como sedimento del largo periodo infantil durante el cual el ser humano en formación vive en dependencia de sus padres, fórmase en el yo una instancia especial que perpetúa esa influencia parental y a la que se ha dado el nombre de *super-yo*" (Freud S, 1938:3380-3381).

Freud S (1938) Compendio de psicoanálisis. En Obras Completas, Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981, cuarta edición.

Conciente, preconciente e inconciente.- En el marco de este planteo del aparato psíquico, Freud diferenciará lo conciente, lo pre-conciente y lo inconciente como *cualidades* psíquicas. Dice al respecto: "No es necesario caracterizar lo que denominamos *conciente*, pues coincide con la conciencia de los filósofos y del habla cotidiana... Todo lo inconciente que puede trocar tan fácilmente su estado inconciente por el conciente, convendrá calificarlo como 'susceptible de conciencia' o *preconciente*... Otros procesos y contenidos psíquicos no tienen acceso tan fácil a la concientización, sino que es preciso inferirlos, adivinarlos y traducirlos a la expresión conciente... Para estos procesos reservamos, en puridad, el calificado de *inconcientes*" (Freud, 1938:3388).

Freud S (1938) Compendio de psicoanálisis. En Obras Completas, Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981, cuarta edición.

Aparato psíquico según Kernberg.- Las etapas de la estructuración del aparato psíquico son 5:

1) Autismo normal o periodo indiferenciado primario, donde no se diferencian yo y no-yo (0-1 mes). Patología: psicosis autista.

2) Simbiosis normal o periodo de representaciones primarias indiferenciadas de sí mismo y objetales (2 a 6-8 mes). La imagen sí-mismo placentera se convierte en el núcleo del sistema sí-mismo y organiza la integración del Yo. Patología: psicosis simbiótica, donde falta una definición de los límites yoicos.

3) Diferenciación entre las representaciones de sí mismo y las del objeto (6-8 mes a 3 años). Se discrimina yo del no-yo y se integran las representaciones buenas y malas en representaciones totales. Patología: border o fronterizo (difusión de identidad).

4) Integración: Se consolidan las estructuras intrapsíquicas: el yo, el Superyó y el ello (3-5 años). El yo produce la represión. Complejo de Edipo. Patología: neurosis y personalidad narcisista.

5) Consolidación de la integración del Superyó y Yo: conformación del self coherente, integrado, social. Estabilización de la individualización y la despersonificación.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Aparato psíquico según Lacan.- Los grafos que utiliza Lacan aquí no intentan representar al aparato psíquico mediante una imagen o gráfico, sino una guía para analizar lógica o conceptualmente como entiende él al aparato psíquico. Aquí consideraremos solamente el Grafo I. Este grafo es explicado por Lacan en: Las formaciones del inconciente (Seminario), El deseo y su interpretación (Seminario), y La subversión del sujeto... (Escritos).

Para explicar este grafo, partiremos del punto D (ver grafo adjunto). Este punto representa un ser viviente con necesidades que debe satisfacer. A partir de aquí, el proceso será diferente en el animal y en el ser humano.

Si se trata de un animal, éste buscaría su satisfacción en forma directa mediante un determinado objeto O. Esto no está representado en el grafo, y equivaldría a una flecha plena (sin punteado) que iría desde el ser viviente D hasta el objeto O, que satisfecería su necesidad.

Por lo tanto, el grafo de Lacan mostrará lo que sucede en el caso del hombre, y es esto lo que a continuación describiremos.

El ser humano no va directamente al objeto: tiene que pedirlo, tiene que hacerse entender, y para ello recurre a un código lingüístico C, punto en el cual el individuo se encuentra con lo sincrónico del lenguaje.

"El punto C indica el lugar donde se encuentra con el lenguaje como obstáculo al hallazgo del objeto, esto lo desvía hacia el punto M, donde el mensaje (pedido) se produce".

Esta dimensión diacrónica aparece representada por el segmento SS'. Esta línea está compuesta por significantes o unidades discretas. Dentro de ella, el segmento MC tiene trazo pleno para indicar que se trata de un mensaje, de algo sancionado con una cierta significación: son los significantes antes discretos que se han convertido en continuos porque surge una unidad de sentido.

El circuito de la significación no se cierra en la producción del mensaje: debe esperar la sanción del código. Lacan, para explicar la producción del mensaje recurre al punto capitoné usado en tapicería, donde la última puntada cierra todo. Por ejemplo, en el lenguaje sucede igual: la expresión "*Un hombre bien parecido...*" cierra su significado cuando le agregamos "*...a un mono*". Es decir, esta última expresión da nuevo sentido a la primera (esto se llama efecto retroactivo, aprés coup o nachtraglich).

Hasta aquí entonces, el locutor (el que habla) se encuentra con C y produce un sentido en M, que debe llegar a un interlocutor en C para ser sancionado como un mensaje. Por ejemplo, el locutor dice "un dulce lamentar de dos pastores", pero el interlocutor escucha "un dulce lamen tarde dos pastores".

Como se ve, hay una comunicación fallida: el locutor dice una cosa y el interlocutor dice otra. Ello ocurre porque C es un significante que no remite, como tal, a un único significado sino a muchos diferentes. Por ello C es llamado por Lacan el tesoro del significante, y lo designará con la letra A (Otro). También cambiará M (mensaje) por s.A (significado del Otro), puesto que "ahora la cuestión es cómo A sanciona un decir retrospectivamente".

El segmento Delta-A (antes Delta-C) está en línea punteada para indicar como las necesidades (en vez de satisfacerse directamente: línea continua), son afectadas anticipadamente por el significante.

En cuanto a S/, está al final del circuito y es el sujeto barrado o tachado, o sea, el hombre original D pero anulado en su intencionalidad por el poder de la sanción del Otro. El grafo de Lacan no es entonces cronológico sino lógico: no existe un sujeto D desde el vamos, sino que aparece formulado por un efecto retroactivo. Incluso antes de que hable está barrado en tanto el lenguaje lo preexiste.

Grafo I

D = Punto de Partida (delta): un ser con necesidades

C = Código [luego reemplazado por Lacan por la letra A]

M = Mensaje [luego reemplazado por s. (A)]

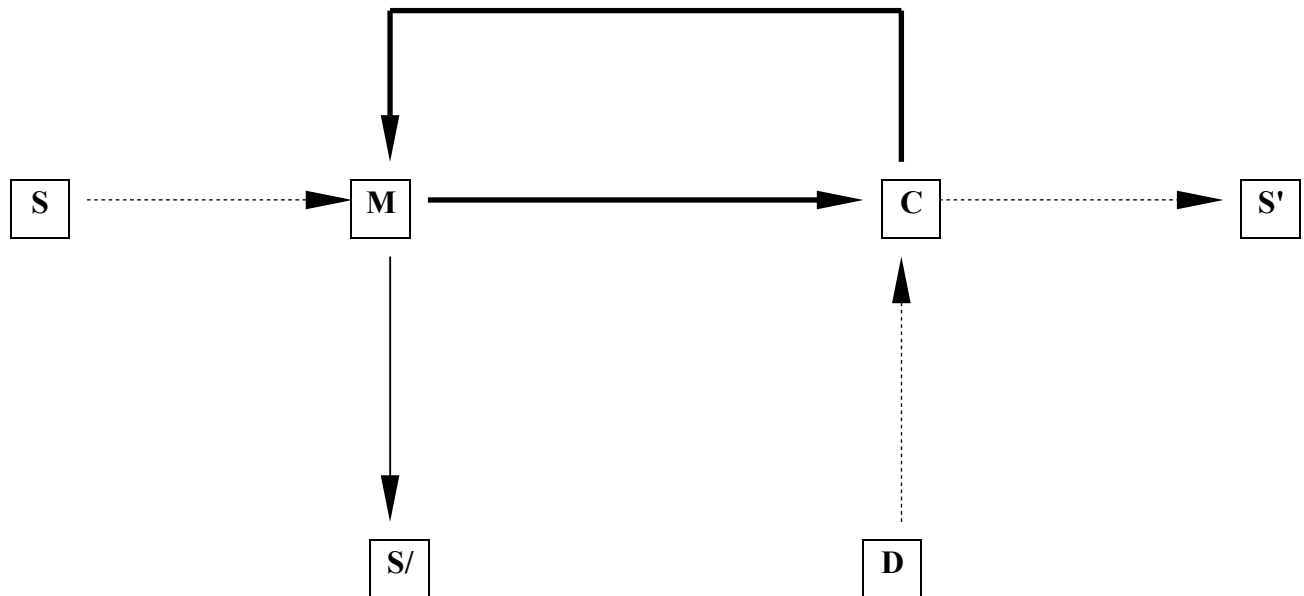
S/ = Sujeto barrado o tachado (sanción del Otro)

S = Significante

S' = Significante

SS' = Línea de la diacronía del significante

MC = Trazo pleno



Aparato psíquico según Aulagnier.- Aulagnier aborda el tema de las identificaciones y del proyecto identificatorio, del cual el Yo es constructor: el Yo construye su propia historia en relación con sus objetos. Para la autora, el infans se enfrenta con la realidad, que le impone sus exigencias. Propone un modelo de aparato psíquico representacional, siendo la actividad de representación similar al proceso de metabolización del cuerpo, pues busca transformar algo heterogéneo en algo homogéneo. La psique está inmersa en un espacio ajeno y debe investirlo para conocerlo y metabolizarlo.

La actividad psíquica presenta tres modos de funcionamiento o procesos de metabolización: los procesos originario, primario y secundario.

1. *Lo originario.*- Se origina en el encuentro entre la boca y el pecho (zona oral denominada 'imagen del objeto-zona complementario'), y esta información sensorial debe ser metabolizada: se acepta lo que produce placer y se rechaza lo displacentero. Cada displacer produce una reacción para recuperar el placer. Desconoce la necesidad: se alucina el pecho. El displacer, así, desencadena un proceso que permite la representación psíquica.

Las representaciones de la unidad boca-pecho se organizan en el pictograma como recurso de metabolización, proceso guiado por el postulado del 'autoengendramiento', según el cual la psique no registra que el estímulo que generó la representación proviene del mundo externo. El pictograma es la representación que la psique se da de sí misma.

La representación requiere un placer mínimo, un placer tal necesario para la vida, para que se desencadene la actividad de representación. A ello debe agregarse, sin embargo, una 'prima de placer', o satisfacción real de la necesidad, para que el aparato psíquico comience a funcionar. Esta prima o plus de placer puede reconocerlo la psique a pesar de la no diferencia entre pecho alucinado y pecho real.

2. *Lo primario.*- Modo de representación fantaseada, realizada mediante el proceso primario e instaurado por el principio de realidad. A diferencia del modo pictográfico, donde por el autoengendramiento no había diferencia entre engendrado y engendrador, en lo primario el aparato psíquico reconoce algo distinto a él, por las ausencias y retornos de los objetos satisfactorios de la necesidad. Lo propio y lo otro están sometidos sin embargo por el deseo de uno de ellos: la madre. El niño queda sometido al deseo de esta.

El modelo de relación está dado por la escena primaria donde la madre es algo independiente del niño (en el pictograma eran una unidad boca-pecho).

3. *Lo secundario.*- Surge en el psiquismo del niño una nueva representación de su relación con el mundo, mediante prototipos referidos a la realidad, el Yo, la castración y el Edipo.

"El Yo no es más que el saber del Yo sobre el Yo", lo que significa que el Yo está formado por enunciados que hablan de la relación de la psique con los objetos del mundo catectizados por la madre.

La escena edípica aparece con el padre, un otro sin pecho capaz de satisfacer al niño y de agredir a la madre. El ingreso del padre está condicionado por los 'edipos' de la pareja parental, con lo cual hay una 'historización del deseo humano'. Historizar es la principal actividad del Yo para poder dar significación a una versión personal de su realidad, y así distinguirse de los demás.

La angustia de castración está desde el comienzo y se vive como angustia de perder una parte del cuerpo, y en el proceso secundario se metaboliza como angustia por perder las fuentes del placer.

La represión actúa primero en la madre y luego en el infans. El proceso secundario usa para representación el mundo la representación ideica, única que se compatibiliza con las leyes del lenguaje. El proceso secundario busca comunicarse con el otro, busca establecer relaciones causales entre fenómenos, lo que permite mantener una investidura a pesar del sufrimiento transitorio causado por el objeto. Cuando el individuo accede al lenguaje puede reflexionar sobre sí mismo e historizar. Nuevos encuentros impondrán nuevas metabolizaciones.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

APEGO

Definición.- "El apego es una propiedad de las relaciones psicosociales donde un sujeto más débil y menos capaz confía en la protección que le brinda otro sujeto más competente y poderoso. Ambos sujetos desarrollan vínculos emocionales recíprocos y construyen una representación interna de la relación vincular llamada modelo activador o working model".

"El sistema de apego se activa en momentos de peligro, estrés y novedad y su finalidad es propiciar y mantener la proximidad y el contacto con la figura de apego. El sistema de apego se mantiene activo durante todo el tiempo y está continuamente monitoreado por el ambiente y por la disponibilidad de figuras de apego. Así, por ejemplo, un niño puede explorar con confianza su ambiente con el soporte activo de su cuidador en la certeza de que la figura de apego está allí para socorrerle en caso de que sea necesario. Mary Ainsworth y sus colaboradores denominaron '*fenómeno de base segura*' a esta interacción entre el niño y su cuidador y lo postularon como central en la teoría del apego. Es posible que existan varias figuras de apego, aunque Bowlby destaca el concepto de '*monotropía*', entendido como el sesgo a tener una jerarquía de preferencias en la que existe una Figura Central Principal de Apego".

Brenlla M y otros (2001) *Evaluación de los estilos de apego en adultos* (publicación interna de la Cátedra de Técnicas Psicométricas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires).

Apego adulto.- La diferencia entre el apego adulto-adulto y niño-adulto reside en que el sistema de conductas del adulto es recíproco: los adultos no son asignados a tomar el rol de 'figura de apego / cuidador' o 'individuo apegado / receptor'. Los vínculos de apego se distinguen de otras relaciones adultas en el hecho de que proveen sentimientos de seguridad y pertenencia sin los cuales habría aislamiento e inquietud. Su función es distinta de las que proveen guía o compañía, gratificación sexual, compartir intereses o experiencias comunes, sentimientos de competencia o alianzas y asistencia. Los elementos comportamentales del apego en la vida adulta son similares a los observados en la infancia.

Brenlla M y otros (2001) *Evaluación de los estilos de apego en adultos* (publicación interna de la Cátedra de Técnicas Psicométricas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires).

Estilos de apego.- En 1987, Hazan y Shaver empezaron sus estudios sobre el Apego Romántico, adoptando la tipología de Ainsworth de los tres tipos de apego (evitativo, seguro, ambivalente). Pero en los últimos años se han hecho nuevas propuestas, como la de Bartholomew (Brenlla, 2001).

Bartholomew (1994) distingue cuatro patrones o estilos de apego: seguro (positivo-negativo), ansioso (negativo-positivo), evitativo (positivo-negativo) y temeroso (negativo-negativo), donde el primer positivo o negativo se refiere al modelo de sí mismo (merecedor de amor y atención o no merecedor), y el segundo positivo o negativo se refiere al modelo de otros (los otros son vistos como disponibles y protectores o bien los otros son poco confiables o rechazantes).

Los individuos *seguros* mantienen una percepción positiva de sí mismos y de los otros, mostrándose bien predispuestos para poder acercarse e involucrarse afectivamente con otros. Se sienten cómodos con la intimidad y la autonomía. Los sujetos *ansiosos* buscan intimar con otros pero temen siempre ser rechazados o desvalorizados. Las personas *evitativas* otorgan importancia a la realización personal y la autoconfianza a costa de perder la intimidad con otros. Defensivamente, desvalorizan la importancia de los vínculos afectivos. Los individuos *temerosos* desean intimar con otros pero desconfían de los demás, por lo que evitan involucrarse sentimentalmente. Son muy dependientes y temen ser rechazados.

Bartholomew K (1994) Assessment of individual differences in adult attachment. *Psychological Inquiry*, 5, 23-27.

Brenlla M y otros (2001) *Evaluación de los estilos de apego en adultos* (publicación interna de la Cátedra de Técnicas Psicométricas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires).

Pulsión de apego.- J. Bowlby "propone la idea de la existencia de una pulsión de apego, pulsión primaria que no está ligada a la libido. Esta pulsión definiría los comportamientos de apego en los dos primeros años de vida, siguiendo direcciones que están unidas al desarrollo del niño. Bowlby describe cinco conductas de apego sucesivas: la succión, el abrazo, el grito, la sonrisa y la tendencia a ir-hacia, a agarrarse-a" (Lebovici S, 1990:78).

Lebovici S y otros (1990) Interacciones terapéuticas. Madrid: Tecnopublicaciones.

Definición.- En la terminología de Szondi el contacto aparece como polaridad entre apego-desapego. Al primero, corresponde la exigencia de apegarse a objetos viejos (cosas, personas); al otro la de desapegarse de ellos. Con una búsqueda permanente de nuevas personas, de nuevas cosas, a costa de otras. El apego más pronunciado en el niño es: a la madre; pero ya interviene la eterna ambivalencia de la adolescencia: desapegarse, buscar otras personas, querer nuevas cosas, seguir nuevos ideales. Estas dos tendencias polares, en la patología instintiva, aparecen como enfermedades mentales circulares. Al apego, corresponde: la manía; al desapego: la depresión.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- La conducta de apego es un patrón de objetivo establecido de fundamental importancia en los seres humanos. Tienen una función biológica específica de mantener la proximidad entre el bebé y la madre o la persona a cuyo cuidado se encuentra. Cuando el bebé se separa de la madre, hay varios sistemas conductuales componentes y específicos que pueden ser activados para reducir la distancia entre ambos o mantener su proximidad. Algunas de esas conductas funcionan en el sentido de llevar a la madre hacia el bebé, como por ejemplo las de llorar y sonreír. Otras conductas funcionan en el sentido de llevar al niño hacia la madre, como las de aferrarse a ella o seguirla (Bowlby, 1963).

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 4.

Teoría del apego.- En las décadas del 30 y 40 se investigó como influía negativamente sobre el desarrollo de la personalidad el prolongado cuidado del niño en instituciones y los frecuentes cambios en la figura materna. En la década del 50 Bowlby comenzó a ocuparse de estos problemas, o sea, de como influía negativamente sobre el niño el cuidado maternal inadecuado, su pena por verse separado de los seres a quienes aman, y las consecuencias de todo ello a corto y largo plazo. Por esta época hubo psicoanalistas que criticaron esta postura diciendo que lo que cuentan son las fantasías de los niños y no tanto sus experiencias reales de privación.

Otros estudios que influyeron sobre Bowlby sobre la privación en los niños fueron los de Mary Ainsworth (1962) y Harry Harlow (1971).

El vínculo del niño con su madre.- Bowlby no está de acuerdo con la teoría según la cual el niño desarrolla un vínculo estrecho con la madre porque ella lo alimenta (vínculo primario) y establece una relación personal de dependencia con ella (vínculo secundario). Si fuese cierto cualquier niño se apegaría a quien lo alimenta.

Bowlby vio, por las investigaciones etológicas en animales de Lorenz, que se podía desarrollar un fuerte vínculo con la madre sin necesidad de que esta lo alimentara. A partir de aquí Bowlby comenzó sus investigaciones en humanos, llegando a la conclusión siguiente: "la conducta de apego es cualquier forma de conducta que tienen como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo", lo cual se ve especialmente claro cuando la persona está enferma o asustada.

La función biológica atribuida al otro es distinta a la alimentación o al sexo: es la protección, es decir, poder contar con el otro porque se sabe que está dispuesto a ayudar en momentos difíciles. Así se establece una relación de apego al otro (no conviene usar la expresión 'dependencia', más peyorativa).

Esta teoría del apego de Bowlby fue ubicada como una teoría conductista, pero este autor no está de acuerdo porque él distinguió apego de conducta de apego. El apego es una disposición a buscar la compañía o proximidad de alguien, atributo que persiste en el tiempo y no depende de la situación ambiental del momento.

Por lo tanto, la teoría del apego fue desarrollada como una variante de la teoría de las relaciones objetales, por cuanto postula la existencia de una organización psicológica interna que incluye representaciones del sí-mismo y de la (o las) figuras de apego.

La ansiedad de la separación.- Es la ansiedad por perder al ser amado o quedar separado de él. Para Bowlby, esta ansiedad se produce no porque haya una situación de peligro o riesgo real, sino por estar aumentada la probabilidad de dicho riesgo. Por lo tanto, la ansiedad de separación no aparece algunas veces sino que es una disposición humana básica: por ello la ansiedad no surge solo cuando se abandona al niño, sino cuando se amenaza con abandonarlo (aumenta el riesgo). Tal amenaza produce también ira para disuadir al que quiere abandonar, ira que puede volverse disfuncional (por ejemplo que lleve a matarlo).

Otra situación patógena es cuando la madre sobreprotege al hijo, o bien cuando la misma madre pretende que su hijo sea su figura de apego, con lo cual el niño ha de soportar la responsabilidad de cuidarla.

Duelo.- Mientras que la ansiedad de separación es la reacción habitual a una amenaza u otro riesgo de pérdida, el duelo es la reacción habitual ante la pérdida cuando ésta ha ocurrido. En un comienzo, el psicoanálisis sostuvo que los niños no podían hacer duelos, mientras que M. Klein sostenía lo contrario, todas conclusiones obtenidas a partir del análisis de sujetos mayores. Bowlby, en cambio, decidió hacer un estudio prospectivo observando directamente a los niños: protesta, desapego, desesperación, etc., como reacción frente a una separación temporal de la madre, reacciones que por lo demás se observan también en el duelo de personas sanas. Los niños y los adultos pueden asimismo sufrir perturbaciones en su proceso de duelo.

Mecanismos de defensa.- Cuando un niño se reencuentra con su madre luego de una separación temporal, es normal que la trate como si fuese una desconocida, aunque luego de un tiempo se pone ansioso por temor a perderla nuevamente. Esta situación momentánea de rechazo de la madre se llama desapego, y es para Bowlby y Robertson un mecanismo de defensa, y más concretamente una exclusión defensiva (exclusión de la conducta de apego) equiparable a lo que Freud denominó represión. Como se ve, la conducta de apego puede estar momentáneamente desactivada, como en el caso descrito de abandono temporal.

Una estructura alternativa.- Una estructura conceptual alternativa a la aquí descrita es la que propuso M. Mahler, aunque ella no se apoyó en observaciones directas sino en ideas psicoanalíticas preconcebidas cuando elaboró su teoría del desarrollo normal (incluyendo las fases de autismo y simbiosis).

A partir de las concepciones de Bowlby continuaron nuevas investigaciones, que entre otras cosas descubrieron a) que dos o más experiencias adversas multiplican el riesgo de perturbación psíquica, b) que alguien que tuvo una experiencia adversa aumenta el riesgo de vivir otra similar, y c) que perturbaciones psíquicas derivadas de privaciones en los padres producen efectos negativos sobre sus hijos (una madre ansiosamente apegada por su historia infantil es propensa a buscar el cuidado de su propio hijo, lo que puede tornar a éste ansioso y culpable).

Resumen de Bowlby J (1989) Una base segura. Buenos Aires: Paidós. Conferencia 2.

APERCEPCIÓN

Definición.- 1. Según Leibniz, es la conciencia de la *percepción*. Kant hace distinción entre Apercepción Empírica, o sea la conciencia de las representaciones con referencia al Yo, y la Apercepción Trascendental, o sea la conciencia que se tiene, a través de las representaciones, de la identidad del Yo. Actualmente se entiende por apercepción la conciencia, sintética, de las representaciones no concientes. 2. Desde el punto de vista de la psicología analítica, la apercepción "es un proceso psíquico por el cual el nuevo contenido se adecua a contenidos similares ya existentes de modo de ser comprendido, aprehendiendo o aclarado. Discriminamos la percepción activa de la pasiva; la primera es un proceso por cuyo medio el sujeto por sí mismo, por motivos suyos propios, conciente y atentamente, aprehende un nuevo contenido y lo asimila a otro contenido que está a disposición; el segundo es un proceso en el cual un nuevo contenido proviene del exterior (a través de los sentidos), o del interior del sujeto (de lo inconciente), entra empujando en la conciencia y durante cierto tiempo, impele sobre él la atención y la aprehensión. En el primer caso el acento de actividad descansa con el *ego*; en el segundo con el entrometido nuevo contenido" (Jung, *Psychologische Typen*).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Definimos "apercepción" como una interpretación (dinámicamente) significativa que un organismo hace de una percepción. En un extremo encontramos la percepción objetiva, no interpretada (para todos tal lámina es un hombre junto a un violín), y en el otro una percepción subjetiva, llamada "distorsión aperceptiva" (un esquizofrénico ve en la misma lámina un hombre junto a un lago). La percepción totalmente objetiva no existe: en los detalles, cada persona verá algo distinto en la lámina. Como se ve, hay distintos grados de distorsión aperceptiva, o sea distinto grado de influencia de percepciones pasadas en la percepción actual.

Condensado de Bellak L (1988) Sobre los problemas del concepto de proyección: una teoría de la distorsión aperceptiva.

Generalidades.- La apercepción es una interpretación (dinámicamente) significativa que un organismo hace de una percepción. Implica la influencia de recuerdos sobre la percepción de estímulos contemporáneos.

Para Murray, el sujeto supone que cada objeto es portador de algo beneficioso o dañino para su organismo, y lo llama "influyente". La "percepción influyente" es reconocer que algo es beneficioso o perjudicial. Interesa, sin embargo, la "apercepción influyente", definida por Murray como una situación generada por un estímulo que excita imágenes (concientes o inconcientes), representativas de pasadas situaciones "influyentes", con lo cual lo ya vivido es actualizado. Así, apercepción equivale a "proyección externalizadora".

Celener Graciela, Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (Ort-Tat), publicación interna de la Cátedra de Técnicas psicodiagnósticas II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Formas de la distorsión aperceptiva.- En un extremo está la percepción totalmente objetiva (no existe) y en el otro está la forma máxima de la distorsión aperceptiva: la proyección.

Proyección: el autor habla de una proyección "invertida", donde el primer paso es una formación reactiva y luego viene la distorsión aperceptiva. Por ejemplo: se darían estos casos 1) "yo lo amo" (algo inaceptable por el yo por ser hacia un objeto homosexual), 2) "yo lo odio" por formación reactiva, 3) este odio es también inaceptable y se reprime, y 4) por proyección ese odio pasa a ser "él me odia".

Proyección simple: proceso muy común, donde directamente la percepción actual es distorsionada por algún recuerdo. Por ejemplo, enojarse con alguien porque le hace recordar a su hermano en el pasado: se proyecta en la persona actual el odio que se había experimentado hacia el hermano.

Sensibilización: es por ejemplo el caso de quienes perciben enojo en los demás aún cuando no exista objetivamente: quedaron sensibilizados. Se diferencia de la proyección anterior en que en vez de captar un percepto objetivamente inexistente, hay aquí una percepción más sensible de estímulos existentes. El autor cita otros ejemplos.

Externalización: los tres procesos anteriores eran inconscientes, pero la externalización es preconsciente: puede hacerse fácilmente consciente, pues se trata de una configuración de imágenes ligeramente reprimida. Por ejemplo cuando alguien dice: "supongo que esto que digo era lo que me ocurrió en el pasado con mi madre".

Percepción puramente cognoscitiva y otros aspectos de la relación estímulo-respuesta: esta percepción totalmente objetiva no existe, pero es un referencia para entender las conductas adaptativas, conductas que buscan percibir las cosas tal cual son, sin distorsión. En rigor siempre hay alguna apercepción básica de cualquier estímulo. La conducta congruente con esos aspectos de la realidad "objetiva" ha sido llamada conducta adaptativa. Por ejemplo adaptarse al hecho que en la lámina se ve un hombre junto a un violín.

Cabe enumerar algunos principios:

La conducta es tanto más adaptativa cuanto más definido y estructurado sea el estímulo. Ej.: el Rorschach es no estructurado respuestas aperceptivamente distorsionadas.

La conducta adaptativa depende también de la disposición: hay más conducta adaptativa si se pide al sujeto que describa la lámina, en vez de hacer un relato sobre ella (aquí agregará más elementos subjetivos).

El grado de conducta adaptativa y de conducta proyectiva varía con cada persona, y aún dentro de una persona en distintos momentos.

Además de la conducta de la conducta adaptativas y la proyectiva (esta última, donde hay distorsión aperceptiva), está la conducta expresiva, que apunta al cómo de la respuesta: si usa frases cortas o largas, si hablan alto o bajito, etc. Los tres tipos de conducta siempre coexisten.

En suma, la proyección es uno de los procesos de la distorsión aperceptiva, distorsionales que son el resultado de la influencia estructuradora de los recuerdos de las apercepciones pasadas sobre las presentes. El enfoque psicoanalítico de la personalidad, así, puede entenderse como una historia de las apercepciones pasadas (por ejemplo de los padres, etc.) y su influencia sobre las apercepciones presentes.

Condensado de Bellak L (1988) Sobre los problemas del concepto de proyección: una teoría de la distorsión aperceptiva.

Intento de integración de los conceptos de la distorsión aperceptiva con los conceptos psicoanalíticos básicos.- Hay una falta de integración entre el psicoanálisis y la psicología no analítica (tipo Gestalt) para constituir una psicología aperceptiva integrada. Una forma de integración pasaría para mostrar que los conceptos psicoanalíticos básicos pueden expresarse en forma experimentalmente verificable.

Cabe entender al psicoanálisis como una teoría del aprendizaje que estudia en especial cómo se adquieren los perceptos, su interacción recíproca y su influencia sobre las percepciones posteriores. Esta concepción, el psicoanálisis la plantea desde la teoría de la libido, pues esta teoría habla sobre la percepción de estímulos orales, anales y genitales y sobre la reacción de los adultos (figuras parentales) frente a ellos. Todo ello influirá sobre las percepciones posteriores: el psicoanálisis afirma todo ello pero sin hacer un estudio sistemático, experimental, de la cuestión.

Plantea el psicoanálisis que los distintos perceptos, por ej. de la madre, luego se integran en una configuración posterior, quedando los primeros perceptos inconscientes. Una configuración posterior puede ser un sueño manifiesto, en el cual se esconden los perceptos primitivos (sobredeterminación).

Los perceptos del pasado entonces interactúan entre sí modificándose mutuamente, y a su vez interactúan con el percepto presente. La teoría de los mecanismos de defensa es, en realidad, una teoría relativa a la influencia selectiva de los perceptos mnémicos sobre la percepción de hechos actuales. Tales conceptos pueden reformularse para ser verificados experimentalmente. Por ej. el concepto de formación reactiva puede reformularse diciendo: cuando un estímulos evoca recuerdos de perceptos que producen actitudes agresivas y gratificadoras a las vez, y la actitud agresiva ha sido objeto de desaprobación,

entonces se suprime lo desaprobado y se refuerza lo que se aprueba. Esto puede demostrarse en principio en forma experimental.

Lo dicho por Freud puede entenderse también desde la teoría de la Gestalt. Por ejemplo el síntoma sería, como transacción, una mejor forma o gestalt posible.

Condensado de Bellak L (1988) Sobre los problemas del concepto de proyección: una teoría de la distorsión aperceptiva.

Algunos problemas dinámicos especiales vistos como casos de distorsión aperceptiva.-

a) Hipnosis.- Mediante la hipnosis podemos introducir grandes distorsiones y alterar así la apercepción de un sujeto. Bajo hipnosis, disminuyen las apercepciones del sujeto y se limitan sólo a la apercepción de la voz del hipnotizador. El hipnotizador es aperceptivamente distorsionado por la imagen del padre que antes nos hacía dormir. Si bajo hipnosis ordenamos al sujeto "siéntase enojado", éste evoca una situación pasada de enojo que distorsionará la percepción de las láminas del TAT.

b) Fenómenos psicológicos colectivos.- Igual que en la hipnosis, el grupo es temporariamente visto como una figura autoritaria que ejerce influencia sobre casi todos los otros recuerdos de imágenes. Mientras forma parte del grupo, el sujeto "ve el mundo a través de los ojos de la masa".

c) Transferencia.- Si entendemos transferencia como racional emocional entre paciente y analista, entonces el paciente transfiere al analista sentimientos previamente aprendidos, y distorsiona aperceptivamente sus reacciones. Es tarea del analista mostrarle la diferencia entre sus distorsiones y los hechos. En la situación transferencial el paciente distorsiona su apercepción del analista con imágenes cada vez más tempranas de los progenitores y los primeros años de vida. En delirios y alucinaciones psicóticas las imágenes tempranas surgen con tanta fuerza que su influencia distorsionadora es mayor que en cualquier otra situación.

d) Terapia.- Se puede reformular la teoría psicoanalítica de la terapia en estos términos:

Comunicación: el paciente se comunica con asociaciones libres, gracias a las cuales el analista conoce la conducta del paciente y algunos de sus denominadores comunes.

Interpretación: ese denominador común es señalado al paciente, tanto desde un estudio horizontal (su conducta en el presente) como vertical (sus orígenes en la infancia), como en su relación con el terapeuta (situación transferencial, caso particular de estudio horizontal). La interpretación señala en rigor los denominadores comunes de las distorsiones aperceptivas del paciente.

Insight: es la capacidad del paciente para percibir la relación entre un síntoma dado y las distorsiones aperceptivas previamente inconscientes, subyacentes a sus síntomas. El insight tiene un aparte intelectual (captar la relación horizontal y vertical, hacer un cierre gestáltico) y otra emocional (sentir el afecto correspondiente al insight intelectual).

Elaboración: o nuevo insight, que se da entres planos: intelectual (el paciente aplica lo aprendido a otras situaciones similares). Si comprendió una distorsión aperceptiva con su jefe, puede trasladar esto ahora a otra figura de autoridad, pasada o presente; el segundo plano es terapéutico o emocional, y el tercero es conductal (fuera de la sesión el paciente sigue enfrentando situaciones ya examinadas y otras nuevas).

Condensado de Bellak L (1988) Sobre los problemas del concepto de proyección: una teoría de la distorsión aperceptiva.

APGAR

Definición.- Calificación determinada al minuto y a los cinco minutos del nacimiento para evaluar a los neonatos. Se asigna una calificación de 0 a 2 mediciones del ritmo cardíaco, respiración, tono muscular, reflejos y color. Una suma de calificaciones entre 7 y 10 es normal para los recién nacidos.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Índice Apgar.- El índice Apgar es una prueba que se toma al recién nacido. Se dan tres posibilidades:

- Estado óptimo.- El resultado óptimo es Apgar = 10, es decir, 2 puntos por cada indicador.
- Normalización progresiva.- El bebé se va normalizando si el índice Apgar tiende hacia 10 en los 30-60 segundos siguientes.
- Anomalía.- Se produce cuando al seguirlo cada 30 segundos, el índice Apgar se mantiene bajo.

INDICADOR	0 (Cero)	1 (Uno)	2 (Dos)
Frecuencia cardíaca	No hay	Menos de 100 por minuto	Más de 100 por minuto (1)
Respiración Llanto	No hay	Hiperventila Llanto débil	Llanto vigoroso
Tono muscular	Flaccidez de miembros inferiores	Algo de flaccidez en extremidades	Movimientos activos Flexión completa
Irritabilidad refleja	No reacciona	Reacciona con mueca	Reacciona con llanto

Color	Azul pálido total	Cuerpo rosado Cianosis en manos y pies	Rosado total

(1) 140-160 normal en el feto. 120-140 normal en el recién nacido. 60-70 normal en el adulto en reposo.

APRECIO

Generalidades.- Para Rogers, el aprecio es uno de los elementos esenciales que aporta el profesional asistencial a la relación con el cliente. Es la experimentación por parte del asesor de una actitud cálida, positiva, benigna hacia lo que *existe* dentro del cliente. Esa actitud significa que aprecia a su cliente de forma parecida al del progenitor hacia su hijo, estimándolo como individuo sin entrar a considerar su conducta en ese momento; implica preocuparse por él de un modo no posesivo; implica que el cliente está dispuesto a exteriorizar los verdaderos sentimientos o sensaciones que experimente en ese momento, sean cuales fueren: hostilidad o ternura, rebelión o sumisión, etc; en el asesor, implica el amor hacia el cliente tal cual es, pero no amor en el sentido usual de algo romántico y posesivo. Cuando más incondicional sea el aprecio positivo, tanto más eficaz será la relación, entendiéndose por incondicional el hecho de que el asesor aprecia al cliente de una manera total, en vez de condicional. No acepta algunos de sus sentimientos y desaprueba otros, pero siente un aprecio positivo e *incondicional* por esa persona: es un sentimiento que aflora sin reservas ni evaluaciones e implica *no* juzgar.

Rogers C, *La relación interpersonal: núcleo de la orientación*. Incluido en Rogers C, Stevens B y otros, "Persona a persona". Buenos Aires: Amorrortu, pág. 96.

APRENDIZAJE

Definición.- "Modificación más o menos permanente en la conducta o capacidades de un organismo, como resultado de su experiencia en el entorno".

Vander Zanden James, *Manual de Psicología Social*, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 614.

Generalidades.- "Los animales y el hombre poseen una característica esencial, son capaces de modificar su comportamiento en virtud de la experiencia previa que han adquirido de una u otra manera. Esta modificación sistemática de la conducta de un organismo se llama 'aprendizaje'. Bajo este título se agrupan infinidad de manifestaciones objetivas que se extienden desde el reflejo condicionado hasta la educación superior".

Battro A., "Manual práctico de psicología moderna", Buenos Aires, Emecé, 1970.

Generalidades.- Para los conductistas, gran parte de la conducta de los seres humanos es aprendida y depende de las contingencias ambientales. Explican el aprendizaje en forma descriptiva como un cambio estable en la conducta, de lo cual se desprende que el interés es conseguir que el alumno adquiera o aprenda un repertorio de conductas a través, principalmente, del reforzamiento.

Hernández Rojas G., *Paradigmas en psicología de la educación*, Buenos Aires, Paidós, 1998, pág. 95.

Generalidades.- Para los humanistas, y en particular para K. Rogers, el ser humano tiene una capacidad innata para aprender, y este aprendizaje llega a ser significativo cuando involucra a la persona en su totalidad (procesos afectivos y cognitivos) y se desarrolla en forma experiencial (que se entreteja con la personalidad del alumno). Para lograr esto, el aprendizaje debe ser autoiniciado, y debe ser visto por el alumno como algo importante para su desarrollo personal.

Hernández Rojas G., *Paradigmas en psicología de la educación*, Buenos Aires, Paidós, 1998, pág. 111.

Aprendizaje por observación.- "Transmisión social de la conducta, de manera deliberada o no, mediante los ejemplos que ofrecen las personas influyentes. Tendencia de los individuos a reproducir las acciones, actitudes o respuestas emocionales que presentan los modelos reales o simbólicos".

Vander Zanden James, *Manual de Psicología Social*, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 614.

Aprendizaje social.- "El aprendizaje perceptual, social, por imitación u observacional, es un proceso por el cual un individuo logra realizar una conducta nueva o alterar la frecuencia de una previamente aprendida, por la observación de modelos. Si bien este fenómeno fue conocido desde los comienzos de la psicología del aprendizaje (por ejemplo, Miller y Dollard, 1941), es Bandura quien, a partir de los '60, establece algunas de las condiciones necesarias y suficientes para el aprendizaje imitativo (ejemplo, Bandura y Walters, 1963). Entre ellas están que el modelo debe recibir reforzamiento por lo que realiza, que haya similitud entre modelo y observador, que el modelo tenga prestigio ante el observador, que el observador tenga los componentes de la respuesta a ejecutar y que el imitador reciba también reforzamiento por la imitación".

Mustaca A., *Rol de la imitación en la ejecución de una tarea que provoca miedo*, incluido en Revista "Investigaciones en Psicología", Año 2 Número 3, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1997, pág. 81.

Teoría del aprendizaje social.- “La *teoría del aprendizaje social* se fundamenta en el sistema de roles, la identificación y la interacción humana. Una persona puede aprender imitando a otra, pero hay también involucrados factores personales. Es poco probable que se produzca un comportamiento imitativo hacia una persona que, por algún motivo, desagrada al sujeto. Los teóricos del aprendizaje social combinan las teorías de condicionamiento clásico y del condicionamiento operante. Por ejemplo, aunque la observación de modelos sea un factor esencial en el proceso de aprendizaje, esta imitación se puede ver reforzada o recompensada si dichos comportamientos llegan a incorporarse al repertorio personal”.

“Albert Bandura es uno de los principales representantes de la escuela de aprendizaje social. El comportamiento se produce como resultado de la interacción entre factores cognitivos y ambientales, un concepto llamado *determinismo recíproco*. Las personas aprenden observando a los otros, voluntaria o accidentalmente; este proceso se conoce como *seguir un modelo* o aprender por imitación. Hay factores que determinan que el sujeto opte por tomar una persona concreta como modelo, tales como la edad, el sexo, el estado civil y las posibles similitudes con uno mismo. Si el modelo elegido refleja normas y valores sanos, el sujeto desarrolla lo que se llama *autoeficacia*, es decir, la capacidad de adaptarse a la vida cotidiana y a las situaciones amenazantes. Se pueden eliminar patrones de comportamiento negativo enseñando al sujeto técnicas alternativas procedentes de otros modelos de conducta. Por ejemplo, los niños miedosos se sienten aliviados cuando ven a otros niños actuar con valentía en situaciones semejantes a las que a ellos les producen miedo. De la misma manera demostrar un acercamiento valeroso a una situación fóbica puede ser eficaz para conseguir que el paciente se enfrente al objeto o a la situación que teme”.

“También se han utilizado las técnicas de modelado en programas para adelgazar o dejar de fumar. Es un factor fundamental en los planes para tratamientos de grupos, en la que cada uno de los miembros aprende de los otros” (páginas 174-175).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Aprendizaje vicario.- Aprendizaje obtenido por medio de la imitación de la conducta de otros. También denominado aprendizaje observacional, modelado o aprendizaje social.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 87.

Definición.- “El *aprendizaje* se define como cambio de una persona en una situación dada, que se produce mediante la repetición de la experiencia en dicha situación, siempre que dicho comportamiento no pueda ser explicado como una respuesta innata en el individuo, o como consecuencia de su madurez o estado temporal” (página 169).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Definición.- 1. El proceso que conduce a la adquisición de cierta habilidad para responder en forma adecuada a una situación que puede ser tanto nueva como ya conocida. 2. La modificación favorable de la forma de responder, basada en la experiencia previa y particularmente en el desarrollo de una nueva serie de respuestas motrices, coordinadas en forma compleja entre sí. 3. La fijación de datos en la memoria, de manera que los mismos son recordados y reconocidos. 4. El proceso que conduce a la comprensión de una comprensión determinada. 1) y 2) son aplicados generalmente a la adquisición de respuestas combinadas que colocan al individuo en condiciones de resolver en condiciones de resolver en forma más económica los problemas que les presentan ciertas situaciones complejas o variables; en este sentido el término “aprendizaje” tiene un significado más amplio que el de la *Formación de Hábitos*. Los progresos alcanzados en el transcurso del aprendizaje son medidos habitualmente a base de la eficiencia adquirida, esto es, usando como criterio la velocidad con que se trabaja, la ausencia de errores, la complejidad de la coordinación alcanzada, la economía de fuerzas con que se trabaja o la perfección formal del producto. (Al.: *Lernen*; Fr.: 1) y 2) *Apprentissage*; 3) *Acquisition*; I.: *Learning*.) (Warren).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Aprendizaje laboral.- La creencia tan arraigada de que el aprendizaje se adquiere en las aulas es el que le concede gran importancia a las credenciales y certificado académicos. A pesar de ello, la investigación en el mercado de Recursos Humanos para la búsqueda y selección laboral no se guía por ese criterio, sino por las capacidades e idoneidad del candidato.

El aprendizaje del trabajo implica diversos niveles de análisis e integración: a) Construcción de un ‘saber hacer’ requeridos en la realización de una tarea. Se trata básicamente de un contenido procedimental. b) Consideración de la vida afectiva, eje y fundamento de la dinámica de las relaciones personales y grupales, lo que incluye, entre otras cosas, temores, ansiedades y conflictos vinculados con la situación de aprender un trabajo. c) La estructura socioeconómica que determinan la cultura del trabajo vigente y las características del mercado laboral.

El aprendizaje del trabajo comienza en el momento en que el trabajador construye su proyecto de vida laboral, cuando elige qué hacer y cómo hacerlo. A partir de aquí comienza la búsqueda de empleo. El aprendizaje del trabajo tiene que ver con lo que Knowls denominó autodirección, conocimiento de uno mismo y análisis autocrítico. Para aprender un trabajo el adulto tiene que tener interés. Según una

expresión de Dewey "para que exista interés tiene que existir un problema que merezca ser solucionado, que esté relacionado con las necesidades del trabajador, y que estén ligadas a la vida cotidiana".
Hernández Liliana (2002) El aprendizaje laboral.

Enfoque psicoanalítico.- El siguiente material resume algunos puntos de vista sobre el enfoque psicoanalítico del aprendizaje y los problemas de aprendizaje.

Silvia Bleichmar: Clásicamente, el psicoanálisis consideró el trastorno de aprendizaje como una inhibición. Para ello partió de la idea de un inconciente ya constituido desde los orígenes, y de que todo trastorno relativo a la constitución psíquica era efecto del inconciente y la represión.

Otra versión del mismo Freud refiere que el inconciente no está constituido desde los orígenes, sino que es producto o efecto de la relación con el otro y de la represión. Desde esta perspectiva un problema de aprendizaje no siempre será una inhibición o síntoma, pudiendo también ser la expresión de un problema en la constitución misma del psiquismo.

El inconciente no está regido por la lógica habitual: no existe la negación, la duda, la certeza ni la temporalidad; no hay memoria sino inscripciones que la conciencia podrá recuperar mediante la memoria. Si fuera solamente por el inconciente no habría conocimiento, ni aprendizaje ni problemas de aprendizaje: estos se entienden desde el sistema preconciente-conciente. El inconciente tampoco es omnisciente como a veces se dice ("si se levanta la represión el sujeto va a saber", etc.). El inconciente no 'sabe' nada.

En el inconciente operan representaciones-cosa que están cerradas a todo referente o comunicación con el otro: no hay lenguaje (es lo histórico-vivencial, según Freud). En el preconciente-conciente está la posibilidad de establecer comunicación con el semejante o de apropiarse de objetos externos. Allí encontramos retranscripciones, resimbolizaciones.

Debemos diferenciar dos tipos de problemas en la adquisición de la inteligencia: aquellos que se producen cuando ya está constituido el aparato psíquico y el proceso secundario (son las inhibiciones como efectos de un síntoma), y aquellos que se producen como resultado de un problema en la constitución misma del aparato psíquico en su totalidad, que ocurre alrededor de los 5 o 6 años.

Un ejemplo del primer caso es una niña que había constituido la lógica del proceso secundario, pero que su problema para escribir tenía que ver con que su padre había sido echado por 'escribir' cosas peligrosas, y la única manera de preservarse era entonces no escribiendo.

Un ejemplo del segundo caso es un niño donde aparecen complejos engarces del proceso primario con el secundario. Al preguntarle "¿qué estás haciendo?" contestaba "pintar", o sea, en infinitivo, no decía "pinto", había una ausencia de sujeto e imposibilidad de manejar los tiempos verbales. El chico no había plasmado la temporalidad, la negación, la identidad.

No es sostenible, por último, el causalismo lineal del tipo "a este niño le pasa esto... porque la madre tal otra". Por ello, debemos diferenciar las *condiciones estructurantes* de un fenómeno y las *determinaciones estructurales* que producen la emergencia sintomal específica. Es a partir de estas diferencias como podremos abordar y discriminar trastornos en la constitución de la inteligencia, o síntomas como productos inhibitorios.

Emilio Tenti: Mi punto de vista es sociológico, y el aprendizaje me interesará acá como una variable dependiente, es decir, dependiente de factores sociales. La sociología estudia la interacción maestro-alumno en tanto se da en un contexto institucional que la define. Antiguamente por ejemplo, no había un lugar físico especial para enseñar y aprender, pero hoy sí (hay aulas, escuelas), así como nuevos roles especializados como el de profesor, etc.

Si bien determinantes del rendimiento escolar son educación paterna, ingresos, tipo de vivienda, etc., hay otra dimensión menos analizada y que permite dar cuenta de desigualdades en el aprendizaje y explicar por qué variables socioeconómicas como las indicadas producen desiguales rendimientos.

Ello se debe a que los sujetos hacen diferentes interpretaciones acerca de esas cosas sociales. Por ejemplo, para estudiar el impacto de la clase social sobre el aprendizaje se toma en cuenta no sólo la clase social misma sino la percepción que tienen los maestros de la clase social de sus alumnos. También interpretan o significan de diferente forma sus edades, sexos, altura, peso, y demás variables objetivas. Investigadores norteamericanos ya habían visto la relación que hay entre las expectativas del maestro y el rendimiento escolar. Cuando dice "este alumno es burro" el maestro está también dando una expectativa ("le irá mal") y esto influirá sobre su rendimiento. Así, la tipificación que hacen los maestros influirá en la interacción maestro-alumno, y podrá también influir en los desiguales rendimientos escolares.

José Luis Cao: No creo que haya lugares específicos para educar, como escuelas, etc. En realidad siempre hay educación porque el hombre es, además de sujeto del inconciente, sujeto de la cultura y siempre está aprendiendo ritos y asimilando creencias de su cultura o sociedad. Tales creencias y rituales son propios de cada cultura, son siempre significantes que tienen un sentido, aunque a la gente de otra cultura le parezcan absurdos.

Las culturas también tienen sus utopías (como los ensueños de igualdad, libertad, justicia, etc), que son proyectos que no se plantean en términos de cambios graduales en función de metas posibles.

Las utopías pueden ubicarse en un pasado remoto y en un futuro lejano, y no son siempre compensaciones a desgracias cotidianas, sino también planteos éticos, propuestas ideales que hace una sociedad. La "República" de Platón es una utopía política, y el "Emilio" de Rousseau es una utopía pedagógica.

En rigor el hombre está siempre entre "El porvenir de una ilusión" y "El malestar en la cultura", o sea, planteando utopías y después desengañándose con el malestar que encuentra en las propias instituciones en las que creyó encontrar bienestar (ya que la mayoría de las utopías intentan transformar el hombre natural en hombre social).

La utopía plantea un ideal, y en las utopías pedagógicas está en juego precisamente el ideal que los alumnos transfieren sobre los maestros, así como los ideales que éstos buscan en los alumnos.

José Antonio Castorina: El aprendizaje en una perspectiva interdisciplinaria aparece como un fenómeno complejo donde incide lo neurofisiológico, lo psíquico, lo social, y es abordado desde la psiconeurología, la psicología genética, el psicoanálisis, la sociología de la educación, la psicología institucional, etc.

Mencionemos finalmente algunas opiniones sobre el estado actual de la investigación interdisciplinaria en los problemas de aprendizaje. Respecto de sus mecanismos más generales, no parece haber experiencias interdisciplinarias, pero sí esfuerzos multidisciplinarios rescatables. Respecto de problemas más específicos, se han abordado cuestiones como los trastornos del aprendizaje en la institución escolar, los fracasos escolares, y el proceso de enseñanza - aprendizaje.

Respecto de este último, por ejemplo, se ha analizado el deseo como fundante del aprendizaje, el contrato didáctico que vincula al alumno con el maestro y el saber, etc. Valioso es el aporte de G. Sacristán, al mostrar el desarrollo independiente de las teorías del aprendizaje y las teorías de la enseñanza, los intentos por reducir unas a otras y la importancia de una realimentación entre ambas para generar una fructífera interdiscipliniedad. Esta última es aún un proyecto, y no una actividad efectivamente consolidada.

Condensado de: Bleichmar S, Cao J, Tenti E. y Castorina J. (panelistas), Condiciones y determinantes del aprendizaje. Buenos Aires: Temas de Psicopedagogía, Anuario N° 4.

Aprendizaje retardado.- Es aquel aprendizaje donde la extinción se presenta "antes" que el condicionamiento, lo que trae como consecuencia que el condicionamiento tarde más en formarse (aprendizaje retardado). Si primero castigamos a un niño, haga lo que haga (extinción de la respuesta, no hará nada), y luego cambiamos la situación y castigamos sólo las conductas malas, entonces tardará mucho más tiempo en superar la primera etapa donde no respondía con ninguna conducta.

Rachlin Howard (1985) Comportamiento y aprendizaje.

Obstáculos.- Para Freud y para Piaget, el obstáculo del aprendizaje es inconciente. Poco a poco ese obstáculo va luego haciéndose conciente, cuando Piaget habla de conciencia del conflicto y Freud de la aparición del preconciente, cuando lo inconciente puede unirse a representaciones verbales.

Pichon sintetiza (Epistemología Convergente) ambos enfoques delimitando el concepto de "normalidad del obstáculo". Hablará de un obstáculo epistemológico en relación a los ámbitos comunitario e institucional, y de un obstáculo epistemofílico que alude a lo psicosocial y psicodinámico.

El obstáculo epistemológico es la dificultad o confusión que se asienta en la producción del conocimiento científico (por ejemplo, no hay una teoría totalizadora para comprender algo, y entonces se lo ve desde dos lugares disociados, como el mito de ver placer en el juego y sufrimiento en el trabajo).

El obstáculo epistemofílico son las trabas producidas por elementos motivacionales que dificultan la aprehensión del objeto de conocimiento. Mediante una serie de identificaciones, el sujeto que aprende debe ir identificándose con lo que estudia (el objeto de conocimiento) pero también distanciándose de él, no verlo desde sus motivaciones y conflictos porque así lo deforma. Debe buscarse una distancia óptima en la relación con el objeto, que supere la identificación masiva y el excesivo alejamiento.

Condensado de Jaitin (1993) Clínica grupal en niños.

APTITUD

Definición.- Capacidad para aprender a realizar una tarea o habilidad particular. Tradicionalmente, se pensaba que la aptitud dependía más del potencial innato que de la experiencia y la práctica.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definición.- "Conjunto de condiciones positivas existentes en el individuo para un óptimo desarrollo del rendimiento académico y profesional".

Farré Martí J (2000), Diccionario de Psicología. Madrid, Océano, pág. 45.

Definición.- "Conjunto de condiciones positivas existentes en el individuo para un óptimo desarrollo del rendimiento académico y de la vida profesional. Se relaciona estrechamente con la complejidad de la vida real y se orienta hacia determinados valores. El concepto de aptitud no incluye el origen de las correspondientes características individuales (adquiridas o congénitas) ni los condicionamientos que

pueden influir entre competencia y capacidad, por un lado, y motivaciones e impulsos, por otro. La aptitud la componen las características del comportamiento relativamente duraderas del individuo, aquellas que se mantendrán en un futuro más o menos próximo, y que se suponen fundamentales e incluso <<primarias>>. Respecto a la aptitud profesional, se ha de tener en cuenta la diversificación real de las actividades en relación con las características de los sujetos, así como la correspondiente <<multipotencialidad>> de los sujetos respecto a dichas profesiones. / *Aptitud social*, capacidad de un individuo para desenvolverse en la vida social y establecer relaciones interpersonales adecuadas. Implica responsabilidad hacia uno mismo y hacia los demás”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

ARCO REFLEJO

Definición.- “La unidad básica de la actividad nerviosa integrada en el arco reflejo. Este consta de un órgano sensitivo, de una neurona aferente, de una o más sinapsis en una estación central integradora, de una neurona eferente y de un efector. En los mamíferos, la conexión entre las neuronas aferente y eferente somáticas se halla en el encéfalo o en la médula espinal” (pág. 79).

Ganong William (1980) Manual de fisiología médica. México: El Manual Moderno. 7ª edición.

ARQUETIPO

Definición.- “1. Tipo o forma ideal original o principal, prototipo. 2. Formación fundamental del llamado <<inconciente colectivo>>, constituido por las fuentes primigenias como fábulas, mitos, leyendas o arte popular. Los arquetipos son los esquemas básicos que conforman las actitudes y creencias de alcance universal. Para C. G. Jung, su origen es primitivo y en ella se sustentan los productos de la fantasía colectiva, así como también muchas de las creencias individuales. Arquetipos como el del padre (autoridad, protección), la madre (amor, reproducción), el hijo (continuidad, abandono) y el héroe (superación, caída-retorno), se consideran universalmente enraizados en el inconciente colectivo humano”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- En “Arquetipos e inconciente colectivo”, en la década del '30 Jung llega a la conclusión que tanto los fenómenos físicos como los psíquicos responden a un factor ordenador, no visible pero sospechado por sus efectos: los arquetipos (Costa, 1997:37).

El factor emocional del arquetipo es lo numinoso, un neologismo de Rudolf Otto que designa las experiencias provenientes del inconciente que abarcan lo emocional profundo, lo irracional y lo que fascina por ser misterioso y desconocido (Costa, 1997:45).

Costa Néstor (1997) Sincronicidad y saber absoluto en la teoría de Carl Jung. Centro Editor Argentino, Buenos Aires.

Arquetipos y símbolos.- Lo simbólico es lo que permite vehiculizar lo arquetípico. Los mitos, las leyendas, el folklore serían formas de revelar lo arquetípico a través de lo simbólico, que son su expresión más acabada (Costa, 2003:80).

Solamente puede accederse a los arquetipos o formaciones arquetípicas a través de los símbolos, que operan como vehiculizadores de los contenidos del inconciente colectivo, también llamado inconciente objetivo (Costa, 1997:43).

Una imagen, una figura, una acción no es el arquetipo en sí, sino sólo lo que se manifiesta de él de una forma determinada. De ello se deduce que el arquetipo es forma y energía, y así la imagen toma una forma determinada en función de la energía para expresar el arquetipo, o bien puede también decirse que la energía propia del arquetipo otorga a la imagen la posibilidad de expresarse de cierta forma (Costa, 2005:71).

El símbolo no solo opera como transformador de la energía psíquica, sino que vela y devela conjuntos de sentidos y significados. El símbolo genera la posibilidad de expresión tanto de los contenidos inconcientes como concientes. El símbolo no es simple, oculta una realidad compleja, relativamente desconocida, y es por tanto todo un desafío a la comprensión (Costa, 2005:123).

Costa Néstor (1997) Sincronicidad y saber absoluto en la teoría de Carl Jung. Centro Editor Argentino, Buenos Aires.

Costa Néstor (2003) Temas de psicología junguiana. Centro Editor Argentino. Buenos Aires.

Costa Néstor (2005) Jung: un mundo de imágenes y símbolos. En prensa: Buenos Aires.

Arquetipos e inconciente colectivo.- La conciencia aparece como dependiendo de dos factores: de la conciencia colectiva o conciencia social, por un lado, y por el otro de los arquetipos del inconciente colectivo. Estos se subdividen a su vez en dos categorías: la instintiva y la arquetípica. La primera incluye los impulsos naturales y la segunda aquellos dominantes universales (o imágenes primordiales) que entran en la conciencia como ideas generales (Costa, 1997:97).

Dice Jung que es el inconciente colectivo donde “se encuentran las experiencias más terribles pero también las más maravillosas y emocionantes de la humanidad. Forman el sedimento, las huellas

mnémicas de viejísimas experiencias acumuladas en el transcurso de millones de años" (Costa, 2003:79).

Los arquetipos son mas bien formas y contenidos que pertenecen al inconciente colectivo, al alma humana, imágenes e ideas dotadas de un poderoso contenido emocional, precisamente lo numinoso. Jung calificó como psicoideo la capa más profunda del inconciente colectivo y sus contenidos los arquetipos (Costa, 1997:50).

Costa Néstor (1997) Sincronicidad y saber absoluto en la teoría de Carl Jung. Centro Editor Argentino, Buenos Aires.

Costa Néstor (2003) Temas de psicología junguiana. Centro Editor Argentino. Buenos Aires.

Arquetipo del vado.- El arquetipo del vado, por su parte, se prefigura en imágenes de un río con agua que corre y que resulta peligroso cruzar. En un sueño podría aparecer como una corriente de agua que ahoga y angustia, y que lo va arrastrando hasta un borde u orilla que simboliza un límite sobre lo que puede hacer (Costa, 2003:50).

El arquetipo del vado puede ser visto también como un ritual de pasaje, que algunos investigadores identifican con el ritual de iniciación, o pruebas que en la antigüedad sometían a los héroes quienes debían así demostrar su sagacidad y arrojo para superarlas (Costa, 1997:154).

Costa Néstor (1997) Sincronicidad y saber absoluto en la teoría de Carl Jung. Centro Editor Argentino, Buenos Aires.

Costa Néstor (2003) Temas de psicología junguiana. Centro Editor Argentino. Buenos Aires.

Generalidades.- En la obra de Freud, el inconciente designaba el lugar de reunión de contenidos olvidados y reprimidos. De acuerdo con esto entonces, el inconciente aparece como algo exclusivamente personal, ya que cada uno reprime los acontecimientos que vivió. A pesar de esto, ya Freud había visto el carácter arcaico-mitológico de lo inconciente, es decir, que trascendía lo meramente personal.

El inconciente personal de Freud está en un estrato superficial. Ese estrato descansa sobre otro más profundo que no se origina en la experiencia ni en la adquisición personal, sino que es innato, y lo llamaremos inconciente colectivo. Es universal, idéntico en todos los hombres y constituye así el fundamento anímico de naturaleza suprapersonal.

Los contenidos del inconciente personal son complejos de carga afectiva, mientras que los contenidos del inconciente colectivo se llaman 'arquetipos', los cuales se expresan por ejemplo, a través de los mitos y las leyendas.

Desde el punto de vista estrictamente psicológico, el arquetipo es la expresión de un acontecer psíquico, nos acerca algo de la naturaleza del alma. No le basta al hombre primitivo con ver la salida y la puesta del sol, sino que esta observación exterior debe tener para él, significado psicológico, debe representar el destino de un dios o un héroe, el cual no es más que una simbolización de sí mismo. Jung cita algunos ejemplos para ilustrar que en esta tesis, los arquetipos no son meras descripciones de acontecimientos externos, sino que reflejan aspectos íntimos, psicológicos del ser humano como especie.

Justamente la investigación de los arquetipos es una puerta para entrar en nuestra propia intimidad, es un camino de autoconocimiento. Ese sí-mismo que es cada uno de nosotros es la 'sombra', un arquetipo que aparece frecuentemente en mitos y leyendas, por ejemplo cuando nos miramos en el agua y nos vemos a nosotros mismos (el mito de Narciso que se había enamorado de su propia imagen). El encuentro consigo mismo significa en primer lugar el encuentro con la sombra.

Otro arquetipo muy importante es el 'ánima'. No es el único arquetipo ya que hay otros; el ánima expresa sólo una parte de nuestro inconciente, de nuestro ser. Representa concretamente nuestros aspectos femeninos (seamos hombres o mujeres). Cada sexo lleva dentro de sí, en cierta medida, el otro sexo, pues biológicamente, solo la mayor cantidad de genes masculinos es lo que decide nuestra masculinidad. En los mitos y leyendas entonces, el ánima aparece representada por figuras femeninas como sirenas, sílfides, etc.

Sin embargo un arquetipo no agota su significación en un solo significado, sino que sus sentidos son inagotables: por ejemplo, el ánima representa también el impulso, la vitalidad.

Otro arquetipo es la figura del anciano sabio que puede adoptar distintas personificaciones, pero su sentido apunta al saber, a alguien que atraviesa con la luz del sentido las oscuridades caóticas de la vida, alguien que es sabiduría viviente.

Todos estos arquetipos se expresan como personajes, pero también pueden adquirir forma de situaciones, lugares, medios, caminos, etc., es decir, debemos concluir que los símbolos no son estáticos, van sufriendo transformaciones y están dotados de significados inagotables. El juicio intelectual siempre trata de hacerlos unívocos (de un solo sentido), perdiendo de vista así su riqueza.

Existe el peligro de sucumbir al flujo fascinador del arquetipo. Esto ocurrirá probablemente si una no toma conciencia de las imágenes arquetípicas. Si hay una predisposición psicótica, puede ocurrir que las figuras arquetípicas -que de todos modos tienen una cierta autonomía- se liberan del control de la conciencia y alcancen independencia, es decir que produzcan fenómenos de posesión. Es una posesión por el ánima, por ejemplo, el enfermo se transforma por autocastración en una mujer llamada María, o teme que se le imponga por la violencia algo semejante.

En las neurosis, el arquetipo queda oculto pero desde esa profundidad influye sin embargo sobre la conciencia. Cuando mediante el análisis penetramos en el fondo de los fenómenos de la conciencia, descubrimos allí, las mismas figuras arquetípicas que animan los delirios de los psicóticos. El elemento patológico no consiste en la mera existencia de estas representaciones, sino en la disociación de la conciencia, que ya no puede dominar lo inconciente. Por eso cuando hay disociación, se hace necesaria la integración de lo inconciente en la conciencia. A esto último Jung lo llamó proceso de individuación. Esta integración no puede hacerse simplemente por la vía racional, sino que requiere un método dialéctico, una verdadera discusión.

Resumen de Jung C (1984) Arquetipos e inconciente colectivo. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

Generalidades.- Según Jung, los arquetipos o imágenes primordiales son “formas o imágenes colectivas que se dan en toda la tierra como elementos constitutivos de los mitos y, al mismo tiempo, como productos autóctonos e individuales de origen inconciente”. Son patrones de formación de símbolos que se repiten a lo largo de la historia y las culturas, en la humanidad entera, y a través de ellos buscan expresión las energías psíquicas. Los arquetipos en sí mismos son inaccesibles: los llegamos a conocer, y nunca totalmente, porque se materializan en símbolos concretos. Su carácter primordial no alude solo a que son muy antiguas en la historia del hombre, sino que pueden generarse en cualquier otro periodo histórico, incluso en el actual. Los arquetipos no son ideas innatas heredadas tal cual, sino formas, tendencias, patrones que subyacen a la formación de símbolos. Ejemplos: el arquetipo del niño milagroso (por ejemplo Cristo, Hermes, Zeus, etc.), el arquetipo de la madre universal (por ejemplo la madre naturaleza, la “abuela” en ciertos indios, o el principio femenino de las religiones orientales), el arquetipo del héroe, el arquetipo de la conservación (el fuego eternamente vivo de Heráclito o el principio de conservación de la física), etc. En ciertas ocasiones (por ejemplo en los mitos y los sueños), el individuo puede sacar a la superficie estos arquetipos

Progoff Ira, La psicología de Jung y su significación social, Buenos Aires, Paidós, 1967, pág. 93-103.

Generalidades.- Dentro del inconciente colectivo se encuentran, según Jung, los arquetipos o imágenes primordiales. Un arquetipo es una forma de pensamiento universal o predisposición a responder ante el mundo de ciertas maneras (Jung, 1936). La palabra ‘predisposición’ enfatiza potencialidades. Los arquetipos no pueden ser conocidos o descritos por completo pues nunca entran por entero en la conciencia. Se nos presentan en forma pictórica, personificada o simbolizada y pueden penetrar en la conciencia por medio de mitos, sueños, arte, rituales y síntomas. Es útil estar en contacto con ellos porque nos llevan más allá del desarrollo de nuestras potencialidades individuales y nos incorporan en el proceso cósmico eterno. Jung indicó (1954): “El arquetipo es una especie de predisposición para producir una y otra vez las mismas ideas míticas o ideas similares”.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 82.

ARTE

El arte y la sistemática freudiana.- La sistemática es un punto de vista freudiano, según el cual un fenómeno psíquico es explicable a partir del aparato psíquico (Yo-ello-superyó, o Inc-Prec-Co) y a partir del enfoque económico y dinámico, donde se coloca al fenómeno en un sistema de fuerzas que circulan y se oponen.

Freud estudió desde este punto de vista sistemático, a los fenómenos estéticos, diciendo de ellos que el arte es la forma no obsesional, no neurótica, de la satisfacción sustituida; el ‘encanto’ de la creación estética no procede, como en la religión, del retorno de lo reprimido. El análisis psicoanalítico del arte se hace difícil, porque allí no hay asociaciones libres, ni relación médico-paciente. La forma en que procede Freud, es sobre todo, por analogía, comparando por ejemplo, poesía con sueño, pero esto no llega a ser suficiente para poder penetrar la creación estética en su profundo dinamismo. Ricoeur plantea que se puede ahondar en este dinamismo, examinando las relaciones entre la técnica de la obra estética y el efecto de placer que produce en el artista y en quien admira la obra: es una forma de exploración del deseo. No obstante el psicoanálisis no habrá de limitarse a interpretar el arte como un sueño, sino ir más allá: comprenderlo como producto de la cultura, como manifestación del hombre, como realidad estética y no única ni simplemente como realidad psíquica.

Condensado de Ricoeur P (1975) Hermenéutica y psicoanálisis. Buenos Aires: Megápolis.

Interpretación de la obra de arte según Jung.- El relato de nuestras fantasías y sueños contiene siempre, no sólo nuestros problemas más perentorios, sino también lo más doloroso de nuestros problemas íntimos. Lo mismo ocurre con una obra de teatro, que es como una elaboración pública de complejos. En este capítulo cita Jung un ejemplo de Miss Miller, donde aparecen relatados diversos complejos y problemas íntimos.

Jung da también ejemplos del pensamiento no dirigido en base a trozos literarios de Miss Miller. Aborda entonces aquí una interpretación psicológica de esos textos y dice que la interpretación debe abordar no solamente lo sexual (o esfera inferior del psiquismo). Es tanto o más importante también el espiritual,

por ejemplo la creación intelectual, estética y religión. En "el himno al creador" aparece el símbolo Dios. Psicológicamente, la imagen de Dios es un complejo de representaciones de naturaleza arquetípica: es el representante de una cierta cantidad de energía (libido) que se presenta proyectada. No es meramente la imagen paterna, sino el símbolo de lo terrible, de lo omnipotente, de lo amante, etc.

Sigue analizando aquí Jung trozos literarios de Miss Miller, e interpretándolos para descubrir su significación inocente. En este caso se trata de una poesía que hizo Miss Miller cuando vio volar una paloma: la canción de la palomilla, donde habla de una paloma que quiere alcanzar el sol y se quema las alas, y de un insecto que quiere la luz inmortal. Esta palomilla es Miss Miller, y el astro, sol o estrella hacia el cual va es Dios. Dios es el nombre dado a un complejo de representaciones agrupadas alrededor de un sentimiento muy intenso. Relaciona a Dios con el sol porque los atributos lumínicos e ígneos (Luz y fuego) describen la intensidad de la tonalidad efectiva y son, en consecuencia, expresiones de la energía psíquica que se manifiesta como libido. Según Jung la libido o energía psíquica crea la imagen de dios aprovechando un modelo arquetípico, y el hombre termina tributando honores divinos a la fuerza anímica que actúa en él. Asimismo, la idea de acercarse a dios es un fortalecimiento del individuo frente a la debilidad e inseguridad en la vida personal.

Condensado de Jung C (1982) Símbolos en transformación. Buenos Aires: Paidós.

Arte y esquizofrenia.- Este estudio pretende identificar las preferencias estéticas de pacientes esquizofrénicos que eligen entre el arte figurativo y el arte abstracto. Este grupo está formado por 60 pacientes diagnosticados de esquizofrenia (n = 60) según criterios CIE-10. Fueron estudiados mediante las escalas PANSS, EEAG y CGI y el test MEC-30. Se estudia la relación de la variable categórica de dos posibles valores (preferencia por parte de los pacientes entre arte figurativo y abstracto) con cada uno de los resultados de las diferentes pruebas, que son variables numéricas. Para ello se utilizó el análisis de la varianza de un factor. Es decir, si el resultado de cada una de las pruebas (PANSS y MEC-30) presenta diferencias significativas entre si el paciente prefiere arte figurativo o arte abstracto. Después se realiza el ANOVA y no se encuentran diferencias significativas. Los hallazgos encontrados ponen de relieve que las preferencias de elección artística no se ven influidas por el estado clínico ni por el deterioro cognitivo. Los sujetos tienden a preferir el arte figurativo.

González Pablos, E; Pérez del Río, F; Alonso del Teso, F; Sanguino Andrés, R. Preferencias estéticas entre el arte figurativo y el arte abstracto de un grupo de pacientes con esquizofrenia. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2008 JUN;24(3)

ASCETISMO

El ascetismo de la pubertad.- "Alternando con los excesos instintivos, las irrupciones del ello y otras actitudes aparentemente contradictorias, en el adolescente siempre podemos observar un antagonismo frente a los instintos, cuya magnitud sobrepasa en mucho la habitual en la represión instintiva de la vida normal y en las condiciones más o menos graves de las neurosis. En la modalidad y extensión de sus manifestaciones este ascetismo no se asemeja tanto al de las neurosis declarada, cuanto a la actitud frente a los instintos propia de ciertos fanáticos religiosos" (Freud A, 1979:169).

Freud Anna (1979), El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós.

ASERTIVIDAD

Definición.- "Es la capacidad para expresar sentimientos, ideas, opiniones, creencias, en situaciones interpersonales, de manera efectiva, directa, honesta y apropiada, sin que se genere agresividad o ansiedad".

Da Dalt E y Difabio H, Asertividad y su relación con los estilos educativos familiares. Buenos Aires, Revista de Psicología y Ciencias Afines, Volumen 19, Número 2, página 119.

Definición.- Habitualmente se entiende por asertividad la disposición a emprender y a hacer algo que sea beneficioso para la persona o los demás, o bien a participar activa y entusiastamente de cualquier tarea. Implica entre otras cosas asumir una actitud "positiva", de "querer hacer algo" con ganas, buen ánimo y disposición. Algunos tests miden, entre otras cosas, la asertividad, y dan su propia definición operacional sobre este constructo. Por ejemplo, el NEO PI-R (un Inventario de Personalidad), describe la personalidad asertiva como un sujeto dominante, animoso y socialmente destacado que habla sin titubeos y a menudo se convierte en líder (en oposición a quien prefiere permanecer en la sombra y dejar hablar a los demás).

Cazau P (2002), Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Definición.- Alberti y Emmons (1970) definen la conducta asertiva como la que "permite a la persona actuar con su mejor interés, levantarse por sí mismo sin sentimientos de ansiedad indebidos, expresar sentimientos honestos de comodidad y ejercer sus derechos sin negar los de otros" (pág. 269).

Striegel-Moore R y Slaikeu K, (1993) Glosario de técnicas de terapia en crisis. Incluido en Slaikeu K, Intervención en crisis. México: El Manual Moderno.

ASOCIACIÓN

Definición.- Ligazón entre dos o más elementos psíquicos, cuya serie constituye una cadena asociativa. En filosofía, Aristóteles y el empirismo inglés hablaron de asociación en función de conexiones de semejanza, contigüidad y causa-efecto. En psicología, el concepto es retomado por el asociacionismo (por ejemplo Wundt, Pavlov, Watson), y, dentro de un contexto más holístico, por la teoría de la Gestalt. El psicoanálisis habla también de esta idea en términos de asociación libre.

Cazau Pablo (2002) Vocabulario de psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Definición.- 1. "Cuando determinadas imágenes estuvieron simultáneamente y en sucesión próxima en la conciencia, la presencia de la vivencia de una suscita, según ciertas leyes, a la otra, y otras imágenes". La mayor parte de los psicólogos modernos juzgó este proceso de índole puramente mecánica, material, considerando la asociación, al igual que toda la conciencia, como una conexión de elementos de los cuales uno provoca mecánicamente a otro. Dice Gemelli: "La unidad era la neurona; la unidad elemental del mundo psíquico era la imagen; cada una de esas imágenes tenía su sede en una neurona". Las nuevas investigaciones de Ach, Messer, Marbe, Michotte, Lindworsky, etc. Han dejado de lado esta concepción mecanicista que los "asociacionistas" habían puesto de moda y según la cual la conciencia era como un mosaico, rígido y mecánico de elementos unidos en un conjunto por nexos asociativos. Son Head, Goldstein, Grünbaum, Bianchi y Pierón, los que se ocuparon de los dinamismos de la memoria de la afasia, y de la asociación misma. Ebbinghaus encontró diferentes formas de asociación fuera de la principal, "de la directa". Hay asociaciones "secundarias", de saldos, regresivas de psicosis, en la formación de las cuales intervienen otros factores, en primer lugar, afectividad, lo subconsciente, etc. La base de las asociaciones es una disposición compuesta de un elemento material y otro psíquico. La excitación ligada a la imagen primera por disposición psíquica llega a la imagen asociada. 2. La psicología de Gestalt sostiene que hay dentro de la estructura relaciones asociativas, sin negar la presencia de las relaciones mecánicas.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "La asociación de las ideas es el mecanismo que relaciona, conecta y encadena las ideas y representaciones mentales. Es el primer paso importante hacia la elaboración del pensamiento". La asociación de ideas tiene lugar en virtud de ciertas leyes asociativas: contigüidad espacial, y temporal, semejanza externa e interna, y contraste (Betta, 1984:136).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Psicopatología.- La asociación de ideas presenta dos tipos de alteración: del ritmo y de la coherencia. 1) Alteraciones del ritmo: a) Ritmo normal: Debe tenerse en cuenta como punto de referencia. Es el que permite seguir el curso de un pensamiento elaborado en forma lógica formal. Las variantes dependen del tempo psíquico de cada uno. b) Ritmo acelerado: Por aceleración del tempo psíquico. Asociaciones rápidas y fugaces. Fuga de las ideas. c) Ritmo retardado: Por retardo del tempo psíquico disminuyen las asociaciones en la unidad del tiempo Hay entorpecimiento y dificultad para hallar los términos que han de formar la cadena asociativa. 2) Alteraciones de la coherencia: La coherencia normal se perturba cuando se debilita la concentración psíquica y la atención. Se enturbia la lucidez de la conciencia y se descontrola la actividad psíquica, no se asocia con las leyes lógicas normales y se cae en la incoherencia asociativa (Betta, 1984:137).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Asociación libre.- Las pruebas de asociación libre se utilizan como exploraciones proyectivas al servicio de la clínica o de la investigación, desde que fueran utilizadas por Jung y luego por psicólogos cognitivos, entre otros. Por ejemplo, puede utilizarse para investigar cuál es la representación que tienen los adolescentes sobre el sexo. Además de pedirles que digan diez palabras que asocien con sexo, convendrá también luego pedirles que las ordenen según su importancia. También sería interesante comparar las respuestas entre adolescentes varones y mujeres, adolescentes con y sin instrucción escolar, adolescentes de diferentes estratos sociales y adolescentes en diferentes edades. También, puede ser interesante clasificar las respuestas en términos de las expectativas que despierta la palabra sexo. Por ejemplo: positivas si relacionan sexo con placer, y negativas si lo relacionan con enfermedades.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires, Redpsicología.

ASOCIACIONISMO

Definición.- 1. Este concepto filosófico de Hume (contigüidad, semejanza, causalidad) se aplica en la psicología pura denominándose asociacionismo psicológico. 2. (G.) En la *psicología estructurada* le dan una importancia especial ampliándolo con otros elementos: frecuencia, simultaneidad, etc. 3. "El

asociacionismo hace de las leyes de la asociación el principio de toda vida psíquica cuyos únicos elementos eran las sensaciones. Esta opinión destruiría el valor universal de los principios lógicos y metafísicos, base de toda ciencia. El enlace lógico se distingue de la asociación en que aquél tiene como fundamento la inteligencia de la conexión entre los significados, lo cual no ocurre en la asociación. Otros reconocían elementos psíquicos superiores, pero veían en la asociación la única causa de la presencia de nuevos elementos en la conciencia. En tal caso no sería posible dominar a voluntad los pensamientos. En realidad la asociación hace que aparezcan nuevos elementos, pero la voluntad los conserva o los rechaza gobernando así el curso del pensamiento en el estado de vigilia.”

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Doctrina psicológica que considera que la realidad psíquica puede reducirse a elementos últimos que, al asociarse entre sí, generan elementos mentales más complejos. Por ejemplo, a partir de los datos primarios de los sentidos se edifican los recuerdos, los juicios de la inteligencia, etc. El asociacionismo está muy emparentado con la doctrina filosófica del atomismo, para la cual la realidad se reduce a elementos últimos indivisibles llamados átomos.

Cazau Pablo. Buenos Aires, 1989.

Generalidades.- El asociacionismo o psicología de la asociación se funda en las leyes de la asociación mental (semejanza y contigüidad) de Aristóteles. Hartley (1705-1757) inicia esta corriente postulando que la base de la vida mental es fisiológica, pues está en las sensaciones, las cuales a su vez resultan de las vibraciones nerviosas que se vinculan entre sí asociándose por contigüidad.

Más extremista será J. Mill (1773-1836), para quien las ideas complejas se explican por adición de ideas simples, de modo que la suma de sensaciones da lugar a una idea compleja. Su hijo J. Stuart Mill (1806-1873) transforma esta aditividad en una química mental: las ideas simples se fusionan entre sí perdiendo cada una su identidad original, y forman ideas complejas. Dicha fusión se da por asociación, la cual cumple entonces el papel de catalizador. Por eso el sujeto percibe una idea compleja como si fuera simple, porque sus elementos perdieron identidad al fusionarse: la idea ‘flor’ es compleja pero captada como simple, pues se fusionaron color, forma, perfume, textura, etc.

Bain (1818-1903), que funda la primera revista psicológica, amplía las leyes de la asociación al especificar los distintos tipos de semejanza y contigüidad que puede haber. Además, sintetiza las ideas de aditividad de Mill y de fusión de Stuart Mill, reuniéndolas bajo el concepto de creatividad. La creatividad es el principio general de la actividad mental por el cual las ideas complejas surgen de la adición y de la fusión o generación de ideas simples. Agrega además la idea de que las asociaciones tienen una determinada fuerza según qué consecuencias tengan para el sujeto: las asociaciones serán más fuertes cuanto más positivas sean para el sujeto las consecuencias posteriores. Esto es un antecedente de la ley del efecto de Thorndike y del refuerzo de Skinner.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

ATENCIÓN

Definición.- “La atención es un concepto teórico que engloba, a su vez, tres conceptos derivados de las investigaciones psicofisiológicas: 1) La alerta, respuesta comportamental fisiológica a la entrada de estímulos o bien receptividad incrementada a éstos. 2) La atención como efecto selectivo, subsidiario del primero, respecto de la categorización de los estímulos. 3) La activación (o intención) como una preparación o disposición psicológica (o cognitiva) para la acción”.

Vallejo Ruiloba J y otros, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Masson, Barcelona, 1999, 4º edición, pág 159.

Definición y características generales.- “La atención es una actitud mental mediante la cual es posible concentrar la actividad psíquica sobre un objetivo, que pasa a ocupar el punto de mayor concentración en la conciencia.

1º) Debe tenerse en cuenta el concepto de unidad e indivisibilidad de la psique. Totalidad cuyo funcionalismo se evidencia por variadas formas de expresión de la actividad psíquica.

2º) La atención es una modalidad de dicha actividad, que entra en juego por toda suerte de elaboraciones mentales y la estimulación externa e interna.

3º) Poner o prestar atención, cuando se coloca el objetivo en el punto de mayor concentración de la conciencia. Prueba de que la atención no es una función sino una actitud.

4º) Todas las manifestaciones psíquicas están íntimamente ligadas; atender es percibir, percibir es comprender; para esto es necesaria la actividad de todo el mecanismo de pensar.

5º) La atención es inseparable de lo afectivo, se atiende con mayor solicitud lo que más interesa. La atención es movida por el mecanismo afectivo bajo la forma de interés. La atención espontánea es atraída por lo que interesa y agrada a cada uno. La voluntaria obliga a reparar tanto en las cosas agradables como en las desagradables.

6º) La voluntad participa en gran escala en el acto de atender. La atención aumenta la claridad del objetivo sobre el que se fija voluntariamente

7º) La atención mantiene a la personalidad en estado de alerta, para su perfecta adaptación a los mundos externo e interno" (Betta, 1984:65).

Otros aspectos a considerar en la psicología de la atención son los siguientes (Betta, 1984:67):

Efectos de la atención	1º) Aumenta la claridad del objetivo. 2º) Limita la actividad intelectual al reducir el campo de la conciencia. 3º) Favorece la memoria estimulando la fijación. 4º) La concentración atenta es el primer paso hacia las elaboraciones psíquicas.
Intensidad de la atención	También llamada agudeza de la atención. Cantidad de energías que se vuelcan en el acto de atender. Depende de circunstancias fisiológicas: fatiga nerviosa y muscular; acción de estimulantes: café, alcohol; de circunstancias patológicas: debilitación o insuficiencia psíquica.
Fatigabilidad de la atención	Según el vigor psíquico: unas personas son más fatigables que otras. En condiciones normales, es más fatigable por la noche y por la persistencia del mismo estímulo. En condiciones patológicas: fatigable en todos los estados deficitarios.
Concentración y dispersión	El grado de concentración: depende de la energía y dedicación que la psique le dispensa. La concentración atenta produce la tensión de diversos grupos musculares y la adopción de actitudes determinadas. Desviación de la atención: cuando es atraída por otro estímulo que acapara la conciencia, continuando en forma automática la ejecución del acto que primero lo requirió Distracción de la atención: cuando en estado de laxitud extrema, el individuo no ordena el curso de sus ideas y no repara en los estímulos, la atención es dispersa.
Formas o tipos de atención	Seguendo a Ribot: 1º) Atención espontánea (fisiológica, automática, refleja o reactiva); 2º) Atención voluntaria (dirigida o psicológica). Son dos aspectos diferentes de la atención. La espontánea es la forma más natural y simple; llamada refleja o sensorial, pues es requerida por toda la estimulación externa e interna. La voluntaria constituye un grado más intenso y avanzado; la voluntad lleva a la concentración psíquica sostenida sobre un objetivo.
Factores estimulantes atención	1º) El estímulo debe tener: una intensidad suficiente, que impresione los centros sensoriales. 2º) Una magnitud determinada. 3º) La repetición del estímulo atrae la atención. 4º) Su desaparición la activa. 5º) La novedad, la variedad y la rareza de los estímulos atrae la atención.
Extensión de la atención	Se entiende por "extensión de la atención" a la amplitud del campo de atención, medido por el número de unidades de percepción en la unidad de tiempo (de 4 a 5).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Psicopatología de la atención.- Las perturbaciones son esencialmente de orden cuantitativo; la capacidad de atención se halla supeditada a la cantidad de energía psíquica que se le dispense. Dichas perturbaciones son: aprosexia, hipoprosexia, hiperprosexia y paraprosexia.

El estado de la atención en los diferentes *síndromes mentales* es el siguiente: 1º) Síndrome de excitación psicomotriz: atención muy inestable, constantemente móvil. Existe paraprosexia; la atención del maniaco es casi exclusivamente espontánea. Capta mayor tipo de unidades en la unidad del tiempo, Superficial y con muchos errores. Atención voluntaria difícil. 2º) Síndrome de depresión psicomotriz y 3º) Síndrome delirante: existe aparente hipoprosexia con respecto a sus conexiones con el mundo externo. Desde el punto de vista de su introversión, hay intensa vida interior; captación de estímulos endógenos y estados reflexivos. Atención variable. Generalmente normal. En los delirios interpretativos hay marcada hiperprosexia, que llega a los estados reflexivos y su meditación. Atención activa en los alucinados. 4º) Síndrome esquizofrénico: en general hipoprosexia; es posible activarla por la estimulación. Al comienzo la atención está introvertida, atraída por los trastornos cenestésicos graves, sentimiento de transformación de la personalidad y despersonalización. 5º) Síndrome confusional: marcada hipoprosexia por la suspensión más o menos intensa de la actividad psíquica. Se debe al embotamiento del sensorio, que no capta los estímulos. La hipoprosexia varía con el grado de la obnubilación. 6º) Síndrome demencial: Se observan diversos grados de hipoprosexia en relación con el grado de la debilitación. En los estados avanzados hay gran fatigabilidad y en grados extremos se llega a la aprosexia. 7º) Síndrome frenasténico: diferentes grados de hipoprosexia de acuerdo al grado de la insuficiencia. En los débiles mentales suele haber buena atención, sobre todo en los fronterizos (Betta, 1984:67).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Alteraciones de la atención.- Algunas alteraciones de la atención son las siguientes: 1) Fatigabilidad de la atención: modificación producida por el efecto de mantener la atención, acompañada por escasos rendimientos y abundancia de errores; 2) Indiferencia atencional: "Término clásico que designa una

considerable falta de atención para interesarse por los acontecimientos, siendo ineficaces los estímulos que despiertan interés en situaciones normales"; 3) Perplejidad atencional: "Alteración cualitativa de la atención que se caracteriza porque el sujeto no logra la síntesis del contenido de la atención, careciendo de la concreta significación de los fenómenos y sus efectivas relaciones, de suerte que no acierta a comprender sus actos y las circunstancias que le rodean". Véase también *aproxemia*. Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 183.

Definición.- 1. Aplicación selectiva de la conciencia sobre un elemento determinado, que queda destacado en el campo mental. Aplicada a hechos exteriores, recibe el nombre de observación, y a estados de conciencia, reflexión. En la filobiología de Burrow: atención partitiva, 1) porque escoge un elemento o párrafo parcial de un objeto que habrá de constituir su signo o símbolo, y 2) porque el proceso de atención se ve entonces invariablemente envuelto en elementos afectivos secundarios, extraños, que tenderán ya a reencaminar el sentimiento básico del hombre, ya a separarlo de los canales enfáticos de activación primarios del organismo. Las funciones especiales de la atención son: a) enfocar determinadas partes de una experiencia; b) la adaptación del aparato sensorial que facilita la excitación óptima de determinado estímulo o complejo de estímulos, rechazando al mismo tiempo la acción de todos los demás; c) concentración de la mente. Se consideran dos tipos de atención: 1) primaria: espontánea, pasiva, automática o reflejada; 2) secundaria: activa o voluntaria.

2. Es un modo de responsabilizarse, de hacerse cargo. Atendemos nuestra persona. Atendemos lo que nos rodea. Atender es un estilo de vida. Estar alerta es una manera de "sentir" la vida, de discriminar y de "darse cuenta". Castaneda habla de la atención como una de las cuatro armas imprescindibles en el camino del "guerrero" (el camino de los "hombres de conocimiento", los Cristos y los Budas que marcaron derroteros a la humanidad). De ahí que Huxley, en *La isla*, haga decir entre otras cosas a sus mirlos: ¡Atención a la atención! Esto significa atención al estilo de vida que elegiste, atención a tu compromiso de hacerte responsable.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Un ingenioso experimento, realizado por investigadores del University College de Londres, en el Reino Unido, y del Instituto de Tecnología de Pasadena, en California (EEUU) demuestra -según un artículo que publica la revista *Science*- que la información que procesa el cerebro es tan sólo aquella a la cual las personas prestamos atención.

Es decir, no siempre lo que se ve se procesa y los despistes no son sino una falta de atención. El experimento combina series de imágenes, palabras reconocibles y letras sin sentido con imágenes de resonancia magnética funcional para ver si el cerebro procesa la información que está a la vista directa de la persona, pero que no ocupa su atención, según informa Europa Press. Los resultados indican que no se procesa información cuando no prestamos atención, lo que significa que la mente es realmente ciega más que olvidadiza.

El cerebro no procesa aquello que ve sin prestar atención. Copyright 2000 Psicologia.com

Generalidades.- Williams James ya definía la atención como la toma de posesión por la mente, de un modo claro y vívido, de uno entre varios objetos o cadenas de pensamientos simultáneamente posibles. Es 'mi experiencia conciente de lo que yo decido atender'.

Hoy se entiende que la mente abarca dos grandes partes: el sistema de procesamiento de la información y el sistema atencional: este último seleccionaría la información para controlar el procesamiento y alcanzar las metas del organismo.

La atención como constructo psicológico.- Como constructo, es una etiqueta para nombrar un conjunto de problemas relacionados con la definición habitual de atención. Esta es una actividad interna relacionada con la intencionalidad, la toma de decisiones y la planificación de acciones.

El problema del homúnculo.- No debe confundirse la atención con el yo o sujeto. No es un pequeño hombrecito que nos susurra la información que debemos seleccionar.

Problemática atencional y teoría atencional.- Según Tudela, la problemática atencional denota un uso descriptivo del concepto atención, mientras que la teoría atencional denota un uso explicativo que invoca un mecanismo hipotético subyacente a la problemática atencional.

Selectividad atencional, limitación de capacidad y prioridad de procesamiento.- Muchos autores definen la atención bajo el supuesto de la limitación de la mente, cuando dicen que "es el proceso mental que, cuando nos enfrentamos a una situación con múltiples estímulos equipotenciales, permite seleccionar uno de ellos para guiar la conducta".

Estas capacidades limitadas corresponderían a la percepción (que actuaría como un acto de unir diferentes estímulos para identificar un objeto: color, forma, tamaño, etc), a los sistemas de memoria (solo se puede retener cierta información durante determinado tiempo), y a los sistemas de respuesta (no pueden hacerse dos cosas a la mismo tiempo).

Sin embargo, hay aspectos de la atención que escapan a la idea de limitaciones de capacidad, ya que la atención funciona aún cuando los estímulos son muy simples y no requieren sobrecarga y capacidades limitadas.

De acuerdo a Van der Heijden, así, la atención es una fuerza interna que establece prioridades en el procesamiento de la información, justamente para proteger al sistema de una sobrecarga.

Más genéricamente, Tudela define atención como un mecanismo central cognitivo cuya función principal es controlar y ordenar la actividad consciente del organismo de acuerdo a un objetivo determinado.

Naturaleza no unitaria del sistema atencional.- Posner encontró evidencia de la existencia de al menos dos redes atencionales subordinadas entre sí: el ejecutivo central o atención interior, y la atención espacial, exterior o sensorial. En otras palabras, atención para la introspección y atención para la observación, respectivamente.

La atención espacial.- Para estudiar la atención exterior espacial Posner diseñó un experimento llamado tarea de costos y beneficios.

La persona debe fijar su vista en un punto en el centro de la pantalla donde aparecerá una flecha, la cual puede apuntar hacia la izquierda, hacia la derecha o ser una doble flecha, que indican la dirección más probable de la aparición de un estímulo. Luego de unos milisegundos, aparece el estímulo (llamado 'objetivo'), y el sujeto debe indicar que lo ha visto (por ejemplo apretando una tecla). Si el objetivo aparece en la dirección de la flecha, el ensayo es válido, y si aparece en el lado opuesto, es inválido. La doble flecha ofrece una línea de base para calcular los efectos atencionales.

Ensayo válido (beneficios)	Estímulo	←	-----
Ensayo inválido (costos)	-----	←	Estímulo

Los efectos atencionales en esta tarea pueden ser: *beneficios* (en los ensayos válidos), consistentes en un menor tiempo de reacción (o errores) frente a la condición neutra de doble flecha, o *costos* (en los inválidos), consistentes en un mayor tiempo de reacción (o errores) que en la condición neutra.

Hay *atención abierta* cuando coinciden la mirada y la atención, o sea, el sujeto fija su vista sobre el lugar que atiende. Sin embargo, mirar y atender pueden disociarse, fenómeno llamado *atención encubierta*, como cuando alguien simula mirar algo pero está atendiendo otra cosa. El experimento de beneficios y costos permite estudiar esta última.

Se conoce como *asincronía de comienzo de los estímulos* el intervalo temporal entre la aparición de la flecha y la aparición del estímulo objetivo. Manipulando esta variable independiente podemos estudiar el curso temporal del cambio atencional.

La señal espacial que orienta la atención puede ser *central*, cuando el símbolo se presenta en la fovea y proporciona información sobre el lugar a atender (ejemplo una flecha). O puede ser *periférica*, cuando el símbolo ocurre en la periferia visual, como un movimiento o cambio de intensidad luminosa donde aparecerá el estímulo objetivo.

Ambos tipos de señal se asocian a dos modos de control de la orientación atencional: *endógeno* o bajo control del sujeto, y *exógeno* o bajo control del estímulo.

De estos estudios se concluye que puede entenderse la atención espacial como un *foco de linterna*, cuyas ideas centrales son: a) La atención visual selecciona una región del campo visual, región que es de tamaño fijo. b) Cualquier estímulo dentro de dicha región verá facilitado su procesamiento, no importando si el sujeto espera que en dicha región aparezca o no el estímulo. c) No se puede atender a la vez a dos regiones contiguas.. d) Si el foco es único y de tamaño fijo, solo hay un modo de atender a dos posiciones espaciales no contiguas: en sucesión, mediante un desplazamiento del foco desde su posición actual a la nueva.

Estos estudios permiten explicar el llamado *Reflejo de Orientación Espacial* como una manifestación descubierta de un movimiento encubierto de la atención espacial exógena.

El ejecutivo central.- Ubicado en áreas cerebrales anteriores, actúa cuando deben sobreimponerse a acciones automáticas, buscar respuestas nuevas o planificar acciones y tomar decisiones. Tiene una capacidad limitada y funciona de manera unitaria.

Ejecutivo central y control.- El hombre, además de actos voluntarios, posee respuestas automáticas, reactivas. Por ejemplo, no se puede evitar leer una palabra (se produce interferencia cuando el sujeto está frente a la palabra 'azul' escrita en tinta verde: tarda más en responder de qué color es la tinta). En estos casos el ejecutivo central busca sobreimponerse a las respuestas automáticas. Pacientes con lesiones frontales han perdido el control voluntario sobre sus actos, actuando automáticamente.

Ejecutivo central y conciencia.- La conciencia es un dispositivo la aumentar la probabilidad de sobrevivir, pues selecciona la información y tiene capacidad limitada para inducirnos a la acción.

No hay mucha relación entre conciencia y atención (tenemos poca conciencia de guiar nuestros ojos a la localización de objetos), pero sí entre conciencia y Ejecutivo Central (tenemos conciencia de nuestros fines).

Atención y emoción: la inteligencia emocional.- La limitada capacidad de la conciencia tiene relación con nuestra capacidad o incapacidad para ser racionales.

La inteligencia emocional se refiere al conocimiento de nuestras emociones, la capacidad para controlarlas, la capacidad de automotivarse, el reconocimiento de emociones ajenas y al control de las relaciones.

El principal componente del ejecutivo central es la inteligencia, y tiene también relación con las emociones. Cuando se atiende a un estímulo, cesan momentáneamente las emociones. En situaciones de alerta se produce este fenómeno, llamado de limpieza de conciencia, que evita la interferencia de emociones negativas cuando se realiza una tarea con gusto.

Experimentos han mostrado que un sujeto ansioso tarda más en responder a estímulos que generan miedo, es decir, encuentra problemas en atender y emocionarse al mismo tiempo. El miedo controla la atención y perturba la eficacia de la tarea.

Conclusiones.- La atención no es unitaria, pues tiene al menos dos componentes: la atención espacial y el ejecutivo central. La primera permite observar el entorno, y se estudió mediante el experimento de costos y beneficios. La atención espacial da prioridad al procesamiento de la información contenida en el foco de la linterna. Por otro lado, el ejecutivo central permite la introspección y el control de la acción. Está ubicado en el lóbulo frontal y tiene relación directa con la conciencia y el aprendizaje. Sus relaciones con la emoción podrían ser el núcleo de la inteligencia emocional. *Resumen: P. Cazau*
Resumen de Torres S y colaboradores, Procesos psicológicos básicos. Capítulo 1.

Atención y esquizofrenia.- “Los déficits de atención contribuyen significativamente a la imagen clínica de la incapacidad funcional que se ha observado en la esquizofrenia, pero no hay un consenso sobre si esta función cognitiva puede ser fraccionada para permitir una mejor descripción del daño. Examinamos quince pacientes con esquizofrenia crónica y 15 controles usando pares de tareas designadas para medir cuatro aspectos hipotéticos del control de la atención: la habilidad de focalizar la atención, de resistir a la distracción, de cambiar la atención, y de dividir la atención. El grupo con esquizofrenia mostró una significativamente mejor precisión en la tarea de repetición con un lapso de un dígito cuando un box simultáneo y se cruzaba en la tarea y era agregado (condición de atención dividida). A pesar de que el grupo de pacientes mostró una menor ejecución a lo largo de casi todas las tareas, no fueron desproporcionadamente afectadas durante las condiciones de las tareas asumidas como demandantes de una atención mayor. Estos resultados sugieren que los aspectos de atención y de función ejecutiva de este estudio no están significativamente afectados por la esquizofrenia e indican la necesidad de una mayor concreción del daño usualmente observado en la utilización de los tests convencionales de atención en pacientes con esquizofrenia”.

Birkett P y otros, El control de la atención en la esquizofrenia. FUENTE: JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH. 2006 OCT; 40(7)

Generalidades.- La atención es un sistema de capacidad limitada que realiza operaciones de selección de información, y cuya disponibilidad o estado de alerta fluctúa considerablemente (De Vega, 1984). Esta definición está apuntando a tres características esenciales del mecanismo atencional:

a) Primero, nos está diciendo que la atención selecciona información, vale decir, decide activamente a cada instante qué aspectos de los inputs (información recibida) son relevantes y requieren alguna elaboración cognitiva. El resto de la información, no relevante, quedará amortiguada y recibirá un procesamiento mínimo o incluso nulo. Por ejemplo: en una fiesta atiendo la música en vez de escuchar lo que me están diciendo, o viceversa.

b) Segundo, la atención tiene un límite, una capacidad limitada. De hecho no podemos atender a la realización de dos tareas simultáneas o, si lo hacemos, el rendimiento decae bastante. Por ejemplo: estudiar y al mismo tiempo escuchar el noticiero. O, para alguien que está aprendiendo a manejar, atender el manejo y atender el tráfico simultáneamente. Obviamente estamos considerando que ambas tareas requieren atención, ya que si una de ellas es automática, la atención puede concentrarse en la otra y habrá un rendimiento eficaz. Tal es el caso de quien ya sabe manejar: maneja prácticamente en forma automática, y puede atender el tráfico más fácilmente.

c) La atención implica, por último, un estado de alerta que es fluctuante. La alerta es entendida como un factor endógeno, como una disposición general del organismo para procesar información, y varía bastante por ejemplo en la vigilia y el sueño. Mientras en la vigilia el estado de alerta es alto, en el sueño es al revés: el hecho que haya bajo nivel de alerta hace que no podamos prestar adecuada atención a lo que hacemos (o no prestarla en absoluto), y entonces aparece una conducta desorganizada o poco eficaz, o bien ausencia de conducta.

Aún si consideramos solamente el estado de vigilia, allí el alerta también fluctúa considerablemente, ya que no siempre estamos con la misma disposición para prestar atención a algo. Así, los estados de alerta pueden presentar oscilaciones rápidas (alerta fásica) u oscilaciones lentas (alerta tónica).

La alerta fásica implica un estado transitorio de preparación para procesar determinado estímulo específico, como cuando al corredor le gritan ¡Preparado!. En este momento entra en alerta fásica, está muy expectante, muy atento a la señal que vendrá después (por ejemplo un disparo que le indica que debe empezar a correr). La alerta tónica en cambio no dura segundos, como la anterior, sino horas e incluso años. A lo largo de ese tiempo el estado de alerta podrá aumentar o decrecer en forma paulatina. Por ejemplo, a lo largo del día la alerta tónica aumenta, tenemos cada vez más disposición para atender, mientras que a lo largo de los años este estado disminuye.

Por último, distingamos el concepto de atención de otras dos ideas muy relacionadas: conciencia y memoria activa. Atención y conciencia no son la misma cosa pero sí son fenómenos concurrentes, en el sentido que somos conscientes de aquello a lo cual prestamos atención. La conciencia (o el estar conciente) es la experiencia subjetiva correlativa del proceso atencional. Así por ejemplo, el sujeto es conciente de la tarea que eligió, y no conciente de la tarea rechazada. Del mismo modo es conciente de la tarea controlada, pero no conciente de la tarea automática, que se ejecuta sin necesidad de prestarle atención.

Respecto del segundo punto, las últimas investigaciones tienden a mostrar que en realidad es lo mismo el proceso atencional controlado y la memoria activa, también llamada memoria a corto plazo (MCP), entendida esta en su función de coordinar y controlar procesos de pensamiento como calcular, razonar, etc (ya que la otra función de esta memoria es el almacenamiento de la información que puede ser útil a corto plazo).

Modelos atencionales. - La psicología cognitiva ha elaborado desde la década del '50 en adelante varios modelos que intentan explicar el fenómeno de la atención, y que a grandes rasgos pueden clasificarse como modelos de filtro y como modelos de recursos limitados (De Vega, 1984).

Esta distinción se basa, entre otras cosas que iremos viendo, en que investigan especialmente ciertos aspectos de la atención. Los modelos de filtro estudian la atención como seleccionadora de información (los filtros hacen esta selección), mientras que los modelos de recursos limitados estudian la atención como un sistema que tiene una capacidad limitada. Iremos examinando ahora estos diferentes modelos, siguiendo la clasificación que aparece en el esquema 1.

Esquema 1 – Clasificación de modelos atencionales

MODELOS TRADICIONALES O DE FILTRO Explican la atención a partir de su función de seleccionar información	FILTRO PRECATEGORIAL 1958 Filtro rígido (Broadbent) 1969 Filtro atenuado (Treisman) FILTRO POSCATEGORIAL 1963 Deutsch y Deutsch 1968 Norman
MODELOS MODERNOS O DE RECURSOS LIMITADOS Explican la atención a partir de su propiedad de capacidad limitada	1973 Kahneman 1975 Norman y Bobrow Otros

A. **MODELOS DE FILTRO.**- Estos modelos, surgidos entre 1958 y 1968, proponen que la atención implica un mecanismo básico de selección de la información, es decir, ésta es 'filtrada' a través de un filtro. Atender es entonces, ante todo seleccionar la información.

El experimento típico que realizaron (o paradigma experimental) es la llamada 'escucha dicótica', donde los sujetos recibían simultáneamente dos mensajes verbales (uno en cada oído) y el experimentador instruía al sujeto para que prestara atención a uno solo de ellos. Resultado: el mensaje atendido podía recordarse porque era memorizado, pero el otro no.

Los modelos de filtro intentan responder cuestiones como: a) con qué criterios de filtra la información, b) qué pasa con la información que no es filtrada, y c) en qué etapa del procesamiento de la información está el filtro.

Esta última cuestión es importante en cuanto nos permite clasificar los modelos de filtro en dos grandes grupos: los modelos de filtro pre-categorial, y los modelos de filtro post-categorial. Para los primeros, el filtro está al comienzo de todo el proceso, lo que significa que primero de todo se filtra la información y recién después se la procesa o categoriza (de aquí el nombre 'pre-categorial').

Para los segundos, en cambio, primero de todo se procesa o categoriza la información y, en función de ella, después de filtrará la información pasando solamente la más relevante.

Dentro de los modelos de filtro pre-categorial encontramos el modelo de filtro rígido y el modelo de filtro atenuado, y entre los modelos de filtro postcategorial, los modelos de Deutsch y Deutsch, y de Norman.

a) *Modelos de filtro rígido.*- Ante todo, filtro rígido significa filtro que deja pasar la información relevante, pero la irrelevante no pasa. En un filtro atenuado, en cambio, algo de información irrelevante pasa, al menos en sus rasgos más groseros.

Hemos dicho que los modelos de filtro en general usan como prototipo experimental la escucha dicótica. Tales experimentos no muestran solamente la limitación de la atención (no se puede atender a dos cosas al mismo tiempo), sino también su selectividad (se atienden y procesan ciertos estímulos y otros no).

Este prototipo experimental admite muchas variantes, pero hay dos de ellas que ejercieron especial influencia en la creación del modelo de filtro rígido de Broadbent: el paradigma de seguimiento y la técnica de la amplitud dividida.

Paradigma de seguimiento: A un sujeto se le ponen auriculares, y por cada oído recibe simultáneamente dos mensajes distintos (por ejemplo series de palabras), con la consigna que debe atender a uno sólo de ellos según de qué lado se prende una lamparita que está frente al sujeto. Resultado: las personas recordaban bien el mensaje atendido, pero no recordaban el mensaje irrelevante, salvo en algunos casos en sus rasgos más groseros de tipo sensorial (las palabras como ruidos, no como entidades con significado). Esta captación grosera del mensaje irrelevante fue considerada especialmente luego por los modelos de filtro atenuado.

Técnica de amplitud de memoria dividida: A diferencia del experimento anterior, aquí no se pide al sujeto atención selectiva, sino se lo insta a repetir ambos mensajes (por ejemplo series de números) inmediatamente después de recibirlos en el orden que elija. Se comprobó que los sujetos recordaban primero todos los estímulos de un oído y después los del otro, o sea agrupaban la información por canal (canal izquierdo y canal derecho). Algunos sujetos podían también, dentro del canal elegido, recordar los números en el mismo orden en que fueron percibidos.

También se comprobó que, cuando la velocidad de presentación se hacía más lenta (por ejemplo un número cada dos segundos), los sujetos ya no recordaban las series según el canal sino según la secuencia temporal, es decir de acuerdo como iban llegando los estímulos más allá de si venían del lado izquierdo o derecho.

Otra diferencia con el experimento anterior es que aquí no hay una selección tan importante de la información: aunque por canales, se recuerdan los dos tipos de estímulos (oído izquierdo y oído derecho). Para explicar este fenómeno, Broadbent postula una memoria transitoria que retiene la información de ambos canales por un instante: el filtro actúa después de esto seleccionando uno u otro mensaje.

El lapso de dos segundos arriba indicado es importante: una pausa de dos segundos entre cada par de ítems escuchados simultáneamente alcanza para que el filtro procese uno de ambos mensajes y enseguida pueda centrarse en el otro, lo que hace que pueda recordarlos en un orden temporal determinado.

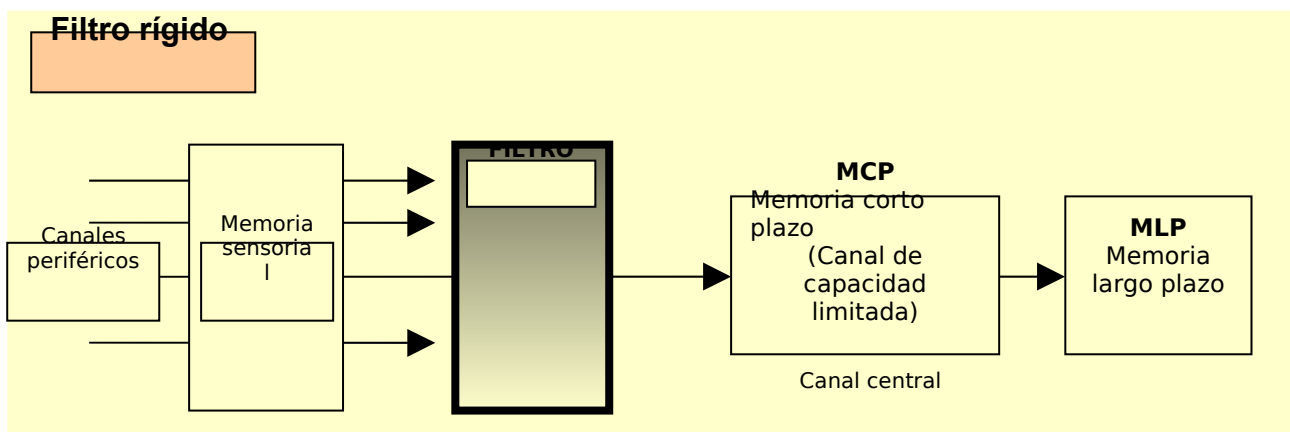
En suma, por debajo de los dos segundos la información se selecciona por canal, y por encima de los dos segundos por orden temporal de aparición.

Basándose en estos resultados experimentales y en las teorías de la comunicación vigentes en su época, Broadbent pudo sacar las siguientes conclusiones:

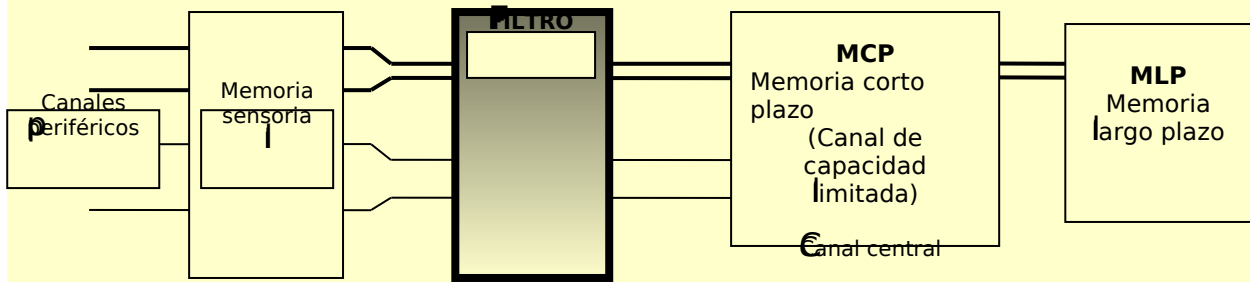
- La información concurrente que ingresa por canales periféricos (por ejemplo los oídos) se procesa inicialmente y al mismo tiempo en paralelo, y se retiene transitoriamente en la memoria sensorial.
- En procesos más complejos (por ejemplo en el análisis semántico de las palabras) la mente funciona como un canal único (canal central) de capacidad limitada, esto es, sólo puede procesar un mensaje por vez: opera secuencialmente o en serie (no en paralelo).
- Como este canal central recibe información de varios canales periféricos (que son los órganos sensoriales), puede sobrecargarse y perder eficacia, razón por la cual hay un filtro selectivo que permite el acceso de la información al canal central, perdiéndose el resto de la información (ver esquema 2). La selección depende del estímulo (por ejemplo de su intensidad, su localización, etc), y del sujeto (necesidades, impulsos, 'drives', etc).
- La transición del filtro desde un mensaje a otro no es instantánea, y requiere aproximadamente dos segundos.

Reiteremos por último que De Vega llama a este modelo de 'filtro rígido' porque el filtro selecciona por todo o nada: selecciona un canal (por ejemplo el oído izquierdo) y no el otro, o bien un determinado mensaje y no el otro, perdiéndose esos otros que son simultáneos.

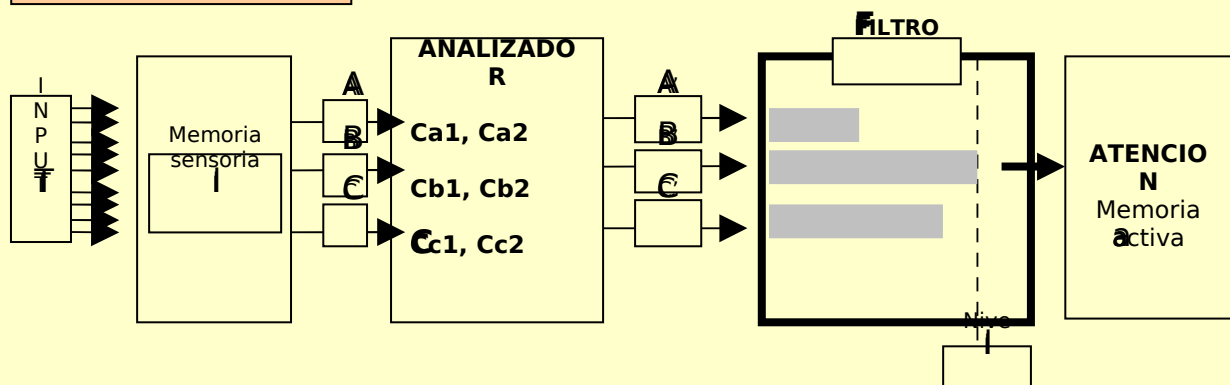
Esquema 2 - Modelos de filtro



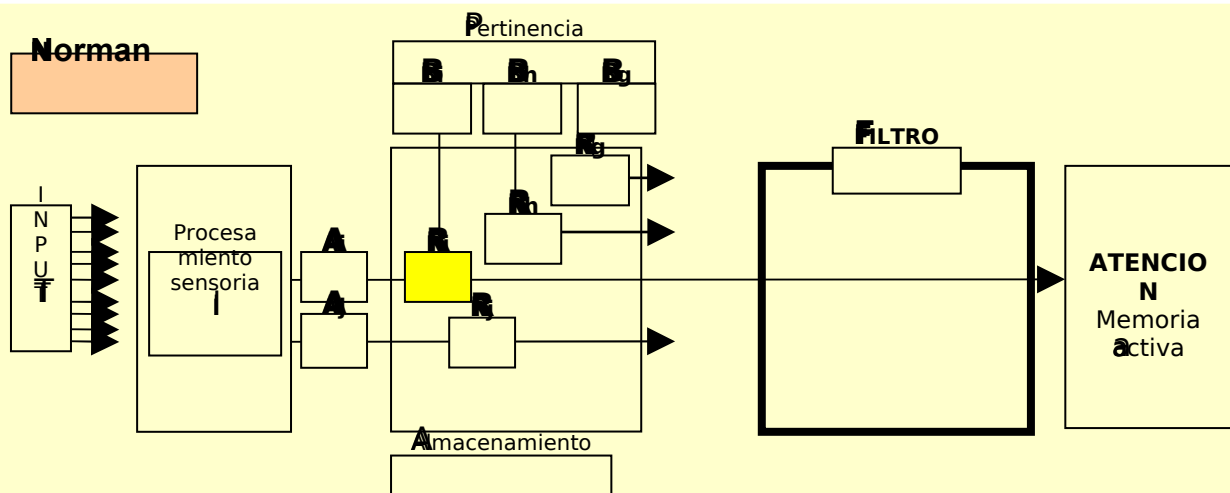
Filtro atenuado



Deutsch y Deutsch



Norman



b) *Modelo de filtro atenuado.*- Los mismos experimentos que venimos comentando mostraron también que el filtro no es tan rígido, ya que los estímulos no atendidos eran de alguna forma procesados, al menos en sus caracteres sensoriales groseros. En base a estos resultados Treisman postuló su modelo de filtro atenuado, según el cual los estímulos no atendidos no se pierden totalmente quedando, precisamente, atenuados.

Treisman llevó a cabo experimentos donde se pedía a los sujetos que detectaran determinada letra en cualquiera de ambos oídos, cosa que los sujetos realizaban bien. Esto prueba que el filtro no es tan rígido, y la explicación suministrada por Treisman fue que el mecanismo central de atención limitada distribuye su capacidad entre 'todos' los mensajes, solo que el mensaje relevante atraviesa el filtro con mayor intensidad que los otros (ver esquema 2), mientras que éstos últimos pasan con menor intensidad el filtro a fin de no sobrecargar el mecanismo central de procesamiento. Ejemplo: cuando estamos

estudiando y de repente escuchamos nuestro nombre o una sirena, prestamos atención, es decir no tenemos un filtro rígido que capta una cosa y otras no, sino un filtro atenuado donde los estímulos como la sirena se captan groseramente aunque no le prestemos atención. La prueba está en que al escuchar la sirena podemos atenderla.

Esto significa que captamos ciertas características del mensaje que en ese momento es irrelevante, tales como sus rasgos físicos (intensidad de la sirena) y hasta semánticos (nuestro nombre).

La idea según la cual se captan también los rasgos semánticos surgió además a partir de algunos experimentos, donde se presentaban al sujeto dos palabras sinónimas simultáneamente (una por cada canal u oído), y los sujetos vacilaban. Se observó también que este procesamiento semántico simultáneo ocurría solamente durante la aplicación de los primeros estímulos, porque después el sujeto tendía a atender y procesar solamente el mensaje relevante.

En cuanto a los mensajes irrelevantes, se constató que había un procesamiento automático de ciertas propiedades sensoriales del estímulo, pero, sin embargo, su integración perceptiva requería de un mecanismo atencional central (ubicado después del filtro).

Algunos criticaron este modelo aduciendo que la expresión 'atenuado' es ambigua, y no se sabe si ello significa atenuación de los rasgos físicos del estímulo. Si esto fuera así sería poco verosímil, pues precisamente los rasgos físicos parecen recibir un procesamiento más intenso.

Selección de la información visual: Si bien Broadbent y Treisman utilizaron solamente estímulos auditivos, generalizaron sus modelos a todos los otros canales, incluyendo los visuales. Sin embargo, hay dos diferencias entre el auditivo y el visual: a) el oído no puede acomodarse para seleccionar un estímulo y otro no (el oído oye todo lo que sea sonido, no puede oír una cosa y otra no), y entonces la selección debe realizarse a nivel central, no periférico. No sucede lo mismo con el ojo que, con sus movimientos, puede seleccionar lo que ve. b) los oídos pueden recibir dos estímulos diferentes (de un lado una trompeta y del otro una conversación), pero los ojos no: ambos están enfocados en el mismo estímulo. Para que el ojo pudiese captar dos mensajes diferentes se diseñaron experimentos especiales, como por ejemplo mostrar una película en dos planos superpuestos (un ojo veía uno y el otro otro), o mostrar dos películas distintas, una para cada ojo, mediante un juego de espejos. El primer caso se llama visión binocular, y el segundo visión dicóptica. Resultado: se comprobó que a nivel visual, los mensajes irrelevantes, en la gran mayoría de los casos, se perdían totalmente, y no eran ni atendidos ni procesados.

c) *Modelos de filtro post-categorial.*- Los modelos tradicionales que acabamos de examinar ven el filtro como un dispositivo pre-categorial, que opera inmediatamente después del registro sensorial: el estímulo se percibe y se comprende sólo después de haber sido seleccionado por el filtro.

Esta hipótesis sin embargo resultaba contradictoria, porque, si el mensaje no fue percibido ni procesado, ¿con qué criterio se hacía la selección? Además, había cierta evidencia empírica de la presencia de algún análisis semántico que se efectuaba antes de la selección.

Todo ello llevó finalmente a ubicar el filtro 'después' de la percepción y la categorización del estímulo, en los estadios finales del procesamiento de los datos. Así nacieron los modelos de filtro post-categorial, que describirán todo el proceso de la siguiente manera (y que podemos seguir con el esquema 2):

1) Los mensajes provenientes de las vías sensoriales se registran momentáneamente en la memoria sensorial.

2) A continuación, los estímulos se procesan en paralelo mediante un sistema analizador. Este sistema equivale funcionalmente al canal central de Broadbent, sólo que el sistema analizador serían varios canales que analizan al mismo tiempo varios mensajes.

3) Después de dicho análisis opera el filtro, seleccionando el mensaje relevante.

4) El mensaje seleccionado se recoge en la memoria a corto plazo (MCP) o mecanismo central de la atención. Recién en este momento el mensaje es percibido conscientemente por el sujeto y es entonces donde se produce el fenómeno atencional. Antes de esto, la selección de los mensajes se hace sin un control conciente. Examinemos ahora dos ejemplos de modelos de filtro post-categorial.

a) *Modelo de Deutsch y Deutsch.*- Siguiendo el esquema 2, observaremos que en el modelo de Deutsch y Deutsch las señales sensoriales A, B, C, etc., son procesadas por el analizador en sus características Ca1, Ca2, Cb1, etc., transformándose entonces en señales A', B', C', etc. Por ejemplo, una señal A puede ser una melodía que escuchamos, una señal B puede ser las imágenes de la película donde un conjunto toca esa melodía, etc. Si tomamos la primera señal, de tipo auditivo, sus características pueden ser la melodía, el ritmo, la voz del cantante, el timbre del piano, etc. Luego de procesar estas características, el analizador emite una señal resultante A', que puede ser por ejemplo el ritmo, o la voz articulada con la melodía, etc. El selector o filtro evalúa a continuación todas estas señales resultantes, selecciona la más relevante y la transmite a la memoria activa o atención. Este modelo de Deutsch y Deutsch no detalla el funcionamiento del analizador, pero sí indica el mecanismo del filtro. Este último no actúa comparando las distintas señales entre sí según sus rasgos relevantes, lo que implicaría un proceso lento e ineficaz. En realidad, la señal más relevante de todas (en el esquema es la B') mueve o desplaza el nivel del selector hasta su propia altura, y por ende será la señal seleccionada, porque se seleccionan las señales

que precisamente alcanzan ese nivel. Este nivel de la señal más relevante no está predeterminado ni es absoluto, sino que puede desplazarse hacia la izquierda o la derecha según se lo indique la señal más relevante. Por ejemplo, si no existiese la señal B', el nivel del selector quedaría a la altura de la siguiente señal más relevante, en este caso C'.

b) Modelo de Norman.- Este otro modelo post-categorial detallará mejor el funcionamiento del analizador que el modelo anterior. En primer lugar, se procesa sensorialmente la información, de lo cual resultan las señales Ai, Aj, Ak, etc. (esquema 2). Estas señales pasan a su vez al sistema analizador, que las va a analizar de acuerdo a dos procesos básicos: el reconocimiento y la pertinencia.

Reconocer significa aparear o comparar las señales con ciertas huellas mnémicas almacenadas en la memoria. Así, la señal es reconocida si hay una coincidencia con alguna huella mnémica.

La pertinencia, por otro lado, es un mecanismo endógeno que, independientemente de las señales sensoriales, genera sus propias señales Bi, Bh, Bg, etc. Estas señales endógenas activan a su vez las correspondientes representaciones alojadas en la memoria (Ri, Rg, Rh, etc.).

Como resultado, la representación más relevante será aquella que resulta activada simultáneamente por el reconocimiento y por la pertinencia, en este caso, la representación Ri, y será la única que atravesará el filtro para pasar al sistema atencional. Notemos que Rh no es relevante porque, aunque activada por la pertinencia, no fue reconocida. Del mismo modo, tampoco Rk será relevante porque, aunque reconocida, no resulta pertinente respecto de las expectativas internas del sujeto, vinculadas a su vez con expectativas sobre futuros inputs o al contexto generado por los inputs incorporados en este momento.

Así, la selección no depende solamente de la intensidad de las señales sensoriales (como sugería el modelo de Deutsch y Deutsch), sino también del mismo sistema cognitivo (pertinencia), vale decir de las expectativas propias del organismo. Es así que los mismos estímulos sensoriales serán ponderados en forma distinta según cada persona, por influencia del factor subjetivo pertinencia.

Ejemplo: para una persona que por ejemplo está aprendiendo a cantar, una señal relevante puede ser la inflexión de la voz de un cantante debido a que es pertinente (coincide con sus expectativas de aprender a cantar) y a que fue reconocida (por ejemplo porque canta tan bien como aquella otra persona que una vez escuchó anteriormente).

En suma, para los modelos post-categoriales en general, una gran parte de la información se analiza y se procesa automáticamente 'antes' del filtrado (salvo ciertos procesos cognitivos complejos que requieren un nuevo procesamiento posterior al filtrado), y sólo después de haber atravesado el filtro se hace conciente, se le presta atención. La denominación 'post-categorial' alude a que el filtro 'viene después' del procesamiento o categorización. En el esquema 3 sintetizamos las principales características y diferencias de los distintos modelos de filtro entre sí.

Esquema 3 – Comparación entre modelos de filtro

	Filtro precategorial		Filtro poscategorial
	Filtro rígido	Filtro atenuado	
Con qué criterios de filtra la información	Según propiedades del estímulo (intensidad, etc.) y según estados del sujeto (necesidades, etc)	Se agregan especialmente los rasgos semánticos de las señales	<i>Deutsch</i> : La señal con más alto nivel de relevancia. <i>Norman</i> : Según características de la señal y según la pertinencia.
Qué pasa con la información no relevante	Se pierde	Queda atenuada	Se pierde
En qué parte del proceso está el filtro	El filtro es precategorial: 1º) Filtrado 2º) Procesamiento (categorización) 3º) Atención		El filtro es poscategorial: 1º) Procesamiento (categorización) 2º) Filtrado 3º) Atención

B. MODELOS DE RECURSOS LIMITADOS.- Estos nuevos modelos, surgidos a partir de la década del '70, presentan algunas diferencias con los tradicionales modelos de filtro, que pueden sintetizarse en los siguientes puntos (ver esquema 4):

Esquema 4

	Modelos de filtro	Modelos de recursos limitados
Cuáles son	Filtro rígido Filtro atenuado Filtro poscategorial	Kahneman Norman y Bobrow Otros
Fenómeno atencional	Selección de información	Proceso de capacidad limitada

estudiado		
Paradigmas experimentales	Escucha dicótica (investiga fenómenos receptivos)	Atención dividida o doble tarea (investiga realización de tareas)
Tipo de modelo	Estructural (más rígido)	Funcional (más flexible)
Sencillez	Más fáciles de captar intuitivamente	Menos fáciles de captar (no se pueden representar con diagramas de flujo)
Cuestionamientos	Antes de ser seleccionada por el filtro, la información debe procesarse, y por tanto el filtro ha de ser poscategorial	La atención no es tan selectiva, pues se pueden hacer dos tareas simultáneas.

a) Estudian especialmente las limitaciones de la atención, más que sus propiedades para seleccionar la información.

b) Por tanto, el énfasis no recae tanto en la recepción de información (que implica una selección de la misma), sino sobre la atención que ponemos al realizar tareas (que implica una cierta capacidad limitada).

c) Abandonan el paradigma experimental de la escucha dicótica, y utilizan el paradigma de la atención dividida o de doble tarea.

d) Abandonan los modelos estructurales (como los de filtro) y utilizan modelos funcionales, más flexibles.

e) Los modelos de recursos limitados son más difíciles de captar intuitivamente, ya que por ejemplo, no pueden representarse mediante diagramas de flujo.

Examinemos previamente el tipo de experimento usual en estos modelos, que es el paradigma de la atención dividida.

Se pide a los sujetos que realicen dos tareas más o menos simultáneas, y se considerará que el bajo rendimiento en una de ellas es un indicio de la demanda de atención que exige la otra tarea.

A diferencia de lo que pasaba en la escucha dicótica, aquí sí dos tareas pueden realizarse simultáneamente, siempre que sean sencillas. Por ejemplo caminar y hablar, cantar y dibujar, etc.

Si una tarea es muy compleja, la otra se realiza defectuosamente, lo cual indica que ambas tareas hacen uso de los mismos recursos (si una utiliza muchos recursos la otra se quedará con pocos).

Por ejemplo, manejar en un lugar de mucho tráfico es una tarea difícil, y si al mismo tiempo estamos realizando otra tarea, en el manejo de habrán de cometer más errores.

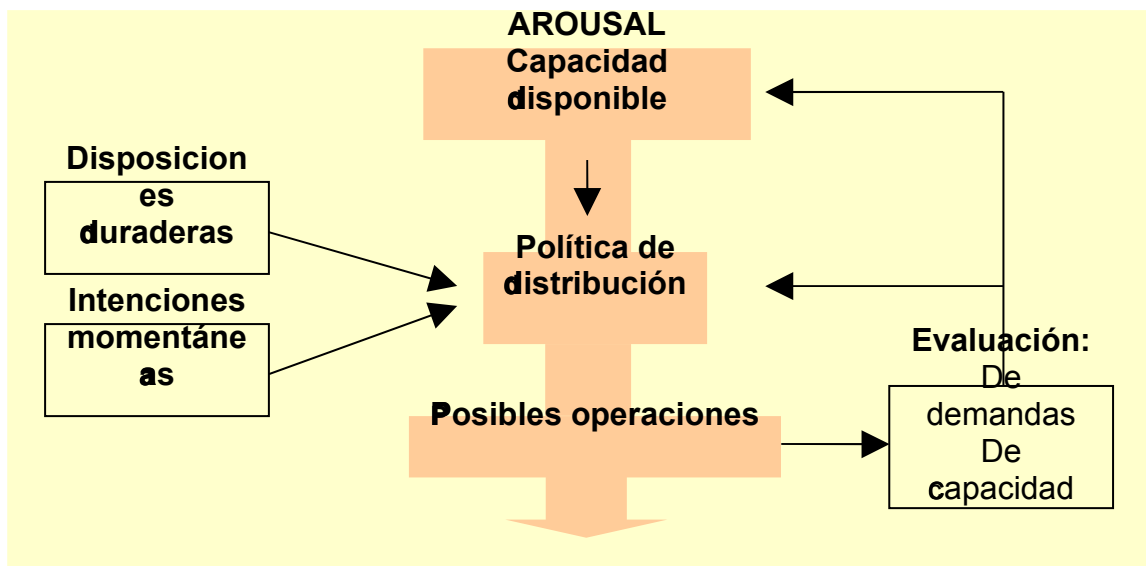
Estos experimentos permiten así conocer las limitaciones de la atención o, lo que es igual, las demandas atencionales de las tareas. Las teorías surgidas de estos experimentos constituyeron los modelos de recursos limitados, así denominados porque consideran a la atención como un sistema cuyos recursos limitados se distribuyen en tareas concurrentes. En el paradigma experimental que utilizaron, se considera una de las tareas como la central o principal, y la otra como la secundaria, entendiendo por tal la tarea que puede sufrir algún deterioro debido a que gran parte de los recursos están puestos al servicio de la tarea principal.

Existen varios modelos de recursos limitados, de los cuales examinaremos dos, que están entre los primeros en haber sido formulados: el modelo de recursos centrales de Kahneman, y el modelo de Norman y Bobrow.

a) *Modelo de Kahneman.*- Cuando llevamos a cabo dos tareas al mismo tiempo, la noción de filtro resulta innecesaria, ya que en las tareas, al ser simultáneas, la información no se selecciona: las tareas no se seleccionan sino que se interfieren. De esta manera, estos nuevos modelos consideran a la atención como un conjunto de recursos indiferenciados, sin localización específica e independientes de las estructuras de procesamiento y selección.

Tales recursos atencionales se distribuirán entre las estructuras y los procesos en función de las demandas, tal como el combustible puede distribuirse en diferentes motores para hacerlos andar. Tales recursos son entonces ante todo energía (similar a la libido en Freud, o al arousal en la neurofisiología), y por ende, estos nuevos modelos son económicos. En el modelo de Kahneman (esquema 5) se busca explicar entonces qué sucede con los recursos disponibles cuando debemos distribuir la atención en dos tareas concurrentes (simultáneas).

Esquema 5 – Modelo de Kahneman



Si debemos realizar ambas tareas, lo primero que hacemos luego de haber incorporado información del entorno (inputs) es evaluar qué posibles operaciones deberán realizarse en esas tareas, y, en función de ellas, hacemos una evaluación de las demandas de capacidad, es decir evaluamos con qué capacidad o cantidad de recursos atencionales deberemos contar (por ejemplo si alguna tarea es difícil deberemos contar con una mayor demanda de capacidad atencional).

Tal demanda se comparará con la capacidad disponible en ese momento, con la energía (arousal) que en ese momento podemos utilizar para realizar las tareas. En función de esta disponibilidad, a continuación entra en funcionamiento la política de distribución, que permitirá establecer cómo distribuir la energía disponible entre las diferentes operaciones posibles que exigirán las tareas.

La política de distribución de la capacidad o energía va a depender a su vez de cuatro factores:

a) Disposiciones duraderas: que hacen que los recursos atencionales se concentren en ciertas actividades que tienen que ver con nuestra forma de ser, en ciertas tareas vinculadas con nuestras disposiciones habituales (atender una conversación donde se pronuncia mi nombre, atender una tarea que gratificará más mis expectativas permanentes, etc). Las disposiciones duraderas gobiernan la atención involuntaria.
b) Intenciones momentáneas: o criterios selectivos activados en cierto momento o circunstancia (dada una cierta circunstancia de mi vida, en ese momento me interesará concentrarme más en cierta tarea que en otra).

c) Evaluación de demandas: que permite decidir a donde enviar los recursos atencionales. La demanda de atención será menor en tareas automáticas y mayor en tareas que exigen un control conciente. En este último caso a su vez, también varía la demanda: ésta aumenta a medida que termina el procesamiento de la información y estamos próximos a ejecutar la tarea (respuesta).

En otras palabras, aumenta nuestra atención a medida que nos acercamos a la ejecución de la tarea.

d) Arousal o activación: Cantidad de energía que exige la tarea a realizar. El arousal es menor en personas extravertidas, en niños y en ancianos (o sea, les cuesta más poner atención en lo que hacen por tener menor energía disponible para ello). Si el nivel de arousal (o estrés, como también se lo califica en este modelo) es bajo y empieza a subir, los recursos para la atención suben, pero luego de cierto punto de aumento del arousal, la atención empieza a decaer. Por ejemplo, cuando hay un estrés o arousal moderado, la atención tiene gran eficiencia, pero si está muy aumentado ella se reduce drásticamente, con el consiguiente deterioro en la conducta debido a que ésta no queda ya tan dirigida por la atención.

En efecto, niveles de arousal o estrés altos indican que hay una situación límite en el entorno, y entonces casi todos los recursos deben ir hacia las estructuras periféricas (sentidos, etc) quedando pocos recursos para el procesamiento central, que dirige la atención. Por este motivo en situaciones extremas o límite es bueno contar con un repertorio de rutinas automatizadas que apenas consuman atención, para lograr mayor efectividad y organización en la conducta de ese momento.

Aclaramos que arousal es un constructo psicofisiológico, un concepto que se expresa tanto a nivel fisiológico como mental. Fisiológicamente se expresa en la pupila y el ritmo cardíaco (a mayor arousal mayor dilatación pupilar y menor ritmo cardíaco). En cuanto a sus correlatos psíquicos, estos son la capacidad atencional disponible y el esfuerzo puesto en atender la tarea.

En los experimentos de base de estos modelos, el grado de interferencia entre dos tareas concurrentes es un indicio del consumo atencional de una de ellas. Tal interferencia puede ser de capacidad, como cuando ambas tareas compiten solamente por los recursos centrales, o estructural cuando compiten por

alguna estructura motriz o perceptiva (de aquí se nos resulte más fácil ver y oír algo, que oír dos cosas distintas o ver dos cosas diferentes).

b) Modelo de Norman y Bobrow.- Este modelo es una ampliación del anterior, por cuanto agrega una nueva idea: la realización de una tarea puede estar limitada por los recursos o por los datos.

Debemos pensar que para ejecutar una tarea, debe haber un umbral mínimo de recursos necesarios para atenderla y realizarla. Si los recursos se dirigen solamente hacia esa tarea, el rendimiento mejora (por ejemplo, estudiamos mejor si apagamos la radio).

Otras veces la adición de recursos no mejora la tarea sino los mismos datos que están ingresando (input): la atención se verá más dificultada si escuchamos un sonido con otros ruidos de fondo, que cuando lo escuchamos en una habitación silenciosa. El modelo de Norman y Bobrow permite explicar dos fenómenos: a) permite entender porqué dos tareas se interfieren mutuamente (interferencia simétrica); la explicación es que los recursos generales deben distribuirse entre las dos, con lo cual cada una recibe un suministro inferior al óptimo; b) también permite entender porqué una tarea interfiere a otra pero ésta no interfiere a la primera (interferencia asimétrica); la explicación es que una de ellas, la interferida, está limitada por los recursos, mientras que la otra, la no interferida, por los datos.

Procesos automáticos y controlados.- El sistema cognitivo dispone de medios para contrarrestar las limitaciones de la atención, ya que puede realizar procesos automáticos que casi no requieren atención, y que no interfieren, por tanto, apreciablemente con los procesos controlados voluntariamente. Las diferencias entre ambos procesos, pueden resumirse en el esquema siguiente.

Procesos automáticos	Procesos controlados
Escaso consumo atencional Son aprendidos Difíciles de modificar Requieren esfuerzo conciente Eficaces en situaciones de arousal alto y cuando hay pocos recursos atencionales No interfieren mayormente en situaciones de doble tarea	Consumen atención No son rutinas aprendidas Flexibles, se adaptan a lo nuevo Concientes con impresión de esfuerzo Pierden eficacia en situaciones de arousal elevado Gran interferencia en situaciones de doble tarea

Globalmente, es posible establecer tres criterios empíricos para saber si un proceso es automático o controlado:

a) Sensibilidad al número de alternativas: Hay un proceso automático cuando, aunque varíe el número de alternativas a elegir, el tiempo en ejecutar la tarea es más o menos el mismo.

Alternativamente, hay un proceso controlado cuando esta tardanza en responder aumenta a medida que aumenta el número de alternativas a elegir.

b) Interferencia sobre nuevos aprendizajes: los procesos automáticos interfieren bastante en el aprendizaje de nuevas conductas, ya que son procesos rígidos. Si a una persona le pedimos que nombre un color escrito en letras negras responderá rápido, automáticamente, pero ante una nueva situación (por ejemplo la palabra está escrita es 'rojo') tardará un poco más en responder: el tiempo de latencia (o tiempo entre la presentación del estímulo y la respuesta) será mayor.

c) Interferencia entre dos tareas concurrentes: la tarea primaria es automática si interfiere poco en la secundaria, sea cual fuere la dificultad de ésta última. Es, en cambio, controlada, si a medida que la secundaria se hace más difícil, la primera tarea interfiere cada vez más a ésta última.

Cazau P (1989) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

De Vega, Manuel (1984) Introducción a la Psicología Cognitiva. Barcelona: Alianza.

ATRACCIÓN

Atracción hombre-mujer.- Elegir pareja es un proceso muy complejo, del cual no somos totalmente concientes. Los hombres tienden a desear a aquellas mujeres con características que sugieran juventud y fertilidad, lo que incluye una ajustada relación cintura-cadera, labios carnosos y rasgos faciales suaves. Estudios recientes confirman que las mujeres tienen gran preferencia por la belleza masculina viril, de cuerpos firmes, amplios hombros, buena piel y rasgos faciales masculinos, todo lo cual puede indicar potencia sexual y buenos genes. También sabemos que las mujeres se ven atraídas por los hombres con apariencia de ser ricos o que tengan la habilidad de adquirir riqueza, y que tanto hombres como mujeres valoran mucho la inteligencia de la pareja. Las preferencias por estas cualidades -belleza, cerebro y recursos- son universales.

Haselton M (2006) Cómo opera la "química del amor". Los secretos detrás de la elección de pareja. Londres: New Scientist. Disponible en www.lanacion.com.ar

Atracción hombre-mujer.- Un fascinante trabajo sobre genética y elección de pareja ha demostrado que cada uno de nosotros se ve atraído por personas que poseen un particular conjunto de genes, conocido como principal complejo de histocompatibilidad, que tiene un papel crucial en nuestra capacidad para combatir las enfermedades.

Las parejas que tienen diferentes complejos de histocompatibilidad producen retoños más sanos y con mejores sistemas inmunológicos. Y la evidencia muestra que estamos inclinados a elegir personas que se nos acomoden en este aspecto: las parejas tienden a tener complejos de histocompatibilidad mucho más diferentes que si se hubieran unido por casualidad.

¿Cómo se encuentra la gente que es diferente en su complejo de histocompatibilidad? Esto no se comprende totalmente, pero sabemos que el olor es un factor importante. La gente parece literalmente elegir a su pareja por el olor.

Sin embargo, las mujeres que toman anticonceptivos prefieren hombres que tienen genes similares a los propios. Así, las mujeres que las toman tienen el riesgo de elegir a un compañero que no sea genéticamente adecuado (mejor, primero sentirle el olor y luego tomar la pastilla). Este es un buen ejemplo de cómo la atracción química puede depender de las circunstancias.

Otro ejemplo: la atracción puede fluctuar a lo largo del ciclo menstrual. Los hombres evalúan los aromas de las mujeres como más atractivos cuando éstas están cerca de la ovulación y en nuestros estudios de la Universidad de California en Los Angeles, hemos visto que los hombres están más afectivos con sus compañeras a medida que la ovulación se acerca.

Las preferencias de las mujeres por ciertos aromas masculinos y otras características de los hombres cambian a lo largo del ciclo. Cerca de la ovulación, prefieren los rasgos masculinos; en otras fases de su ciclo, prefieren menos sexualidad y más estabilidad. Todo esto sugiere que el camino hacia el amor es algo casual, particularmente en las mujeres.

Haselton M (2006) *Cómo opera la "química del amor"*. Los secretos detrás de la elección de pareja. Londres: New Scientist. Disponible en www.lanacion.com.ar

Atracción hombre-mujer.- Una encuesta en Argentina (Diario la U, 2004) reveló que los jóvenes de 13 a 30 años: a) en la pareja privilegian la compañía y el entendimiento, restan importancia al sexo y no creen en los vínculos a largo plazo; b) entre los hombres, el atractivo físico de la mujer ocupa el lugar 5 en las preferencias; c) entre las mujeres, el atractivo físico del hombre ocupa el lugar 9 en las preferencias.

Diario la U. Buenos Aires, 18 agosto 2004.

ATRIBUCIÓN

Definición.- Proceso por el cual el individuo explica e interpreta los hechos que le acontecen.

Vander Zanden J., *Manual de psicología social*, Barcelona, Paidós, 1995.

Teoría de la atribución.- "La teoría de la atribución, tal como fue originalmente propuesta por Fritz Heider (1944, 1958), sostiene que todos somos 'psicólogos ingenuos' que intentamos explicar las causas de las acciones propias y ajenas, relacionando por proximidad y similitud, causa y efecto, actor y acto. Así un 'mal' acto se conecta con facilidad con una 'mala' persona (el actor) y los actos quedan imbuídos de las características de las personas que los realizan. Por ejemplo, Juan está solo porque es egoísta, desconsiderado. [...] Heider distingue dos tipos de causas: las personales y las situacionales, ya sea que las acciones dependan de la persona (capacidad, esfuerzo, intención, habilidad) o de factores del entorno (relaciones con la tarea, suerte, desgracia). Esta división lleva a una primera clasificación de la atribución en interna versus externa, en función del origen de la causalidad percibida".

Muchnik E y Seidmann S, *Aislamiento y soledad*, Eudeba, Buenos Aires, 1998, págs. 91-92.

Generalidades.- Al percibir también interpretamos lo percibido, le atribuimos características. La atribución es el proceso por el cual explicamos e interpretamos los hechos que nos acontecen.

Causalidad interna o externa: cuando queremos explicar un comportamiento o característica de alguien podemos atribuirlo a una causa interna (el mismo sujeto) o a una causa externa (el ambiente, etc). En relación a los demás buscamos explicaciones internas, y en relación a nosotros mismos más bien causas externas.

Influencia del status: atribuimos causas externas a personas de bajo status, y causas internas a personas de alto status social.

Influencia del éxito o fracaso: atribuimos nuestros éxitos a una causa interna, y nuestros fracasos a una causa externa.

Causalidad y motivación: podemos atribuir un cierto suceso a la capacidad o esfuerzo nuestro o ajenos, a la mera suerte o a la dificultad de la tarea, o sea a una causalidad externa (pues la causalidad interna significa atribuir la tarea a la capacidad personal).

Funciones de la atribución: 1) nos suministra explicaciones deterministas sobre las personas, o sea, sus conductas no obedecen al azar, sino que son estables; 2) por tanto, podemos hacer predicciones sobre

ellas; 3) las atribuciones sirven para proteger creencias acerca de nosotros mismos, pues por ejemplo, atribuimos el éxito a nosotros, no al azar; 4) las atribuciones ayudan a plasmar nuestra conducta, pues frente a los demás podemos presentarnos como una 'determinada' clase de persona, con la esperanza de obtener ciertos resultados; o sea, influyen en nuestra conducta.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós.

Generalidades.- La teoría de la atribución pertenece al campo teórico de la psicología cognitiva y de la psicología social, comenzando su desarrollo hacia 1944 cuando Heider escribe un artículo sobre la causalidad fenoménica.

Consideraremos aquí los planteos de Heider (1944), Jones y Davis, Kelley, Abrahamson (1978), Weiner (1979-1986), y Peterson-Seligman, entre otros.

La expresión 'atribuir' puede ser empleada con significados diversos: atribuir puede querer significar conferir, otorgar, asignar, destinar, acusar, etc. Sin embargo, el significado concreto que cabe darle al término en la psicología social es el siguiente: atribuir significa básicamente dar una explicación, es decir, asignar una causa o razón a los propios comportamientos o a los de los demás.

Empleando un lenguaje aristotélico, el término causa se refiere, además, principalmente a la causa eficiente, no a la causa final. Una cosa es afirmar "me drogo *porque* no puedo resistir la tentación", y otra distinta es decir "me drogo *para* sentirme bien". En el primer caso se da una explicación causal propiamente dicha, mientras que en el segundo se da una explicación teleológica, es decir, una explicación en términos de motivos, razones o fines (Bochenski, 1969:213). Lo que los teóricos de la atribución causal refieren como causa es la causa eficiente, y tal es el sentido principal que cabe adoptar en la teoría de la atribución en psicología social.

Una vez consignadas estas aclaraciones, convendrá ahora especificar qué clase de conducta es la que se intenta explicar causalmente, es decir, sobre qué clase de conductas se hacen las atribuciones en el contexto de la teoría de la atribución.

A tal efecto, las atribuciones pueden hacerse con respecto a:

Creencias (soy depresivo porque...).

Comportamientos (siempre me equivoco porque..., o me drogo porque..., o soy impuntual para ir a terapia porque...).

Afectos (estoy contento porque...).

Estados o experiencias subjetivas (tengo alucinaciones porque...).

etc.

La teoría de la atribución "es un enfoque cognitivo que se interesa por cómo percibe la gente las causas del comportamiento. Según esta teoría, 1) las personas suelen atribuir su propio comportamiento a causas situacionales, pero tienden a atribuir el comportamiento de los demás a una disposición interna estable (rasgos personales), y 2) la causa concreta a la que una persona atribuye un hecho dado condiciona sus sentimientos y su conducta futura" (Bochenski, 1969:213).

La atribución puede ser definida como el proceso cognitivo en virtud del cual las personas intentan explicar o interpretar las características y propiedades de sus experiencias y/o las de los demás en términos de conclusiones. Vander Zanden define sintéticamente la atribución como un proceso por el cual el individuo explica e interpreta los hechos que le acontecen (Bochenski, 1969:213).

Así, cuando el individuo intenta explicar su comportamiento o alguna característica propia, puede atribuirlo a sí mismo, (causalidad interna), o al ambiente, (causalidad externa). Por lo general, las personas atribuyen sus propios éxitos (aprobar un examen) a sí mismas, mientras que tienden a atribuir sus fracasos (reprobar un examen) al entorno. Por ejemplo: cuando hacen afirmaciones del tipo "Aprobé porque me esforcé en estudiar" o "Reprobé porque el profesor se ensañó conmigo".

Dentro del marco de las investigaciones llevadas a cabo en la teoría de la atribución, se ha podido constatar, también, que suelen atribuirse causalidades externas a la conducta de personas de bajo status social, y causalidades internas a las de alto status.

Para esta teoría, las atribuciones, cumplen algunas funciones importantes:

a) suministran explicaciones deterministas sobre las otras personas, es decir, sus conductas no obedecen al azar, son estables;

b) por lo tanto, es posible hacer predicciones sobre ellas y tornar controlable el vínculo con el otro (por ejemplo, si se piensa que las conductas de otra cierta persona obedecen a una causa ambiental externa, se tenderá a operar sobre estas causas para inducir cierta conducta en el otro);

c) las atribuciones sirven también para proteger las propias creencias que sobre sí misma tiene cada persona, en la medida en que atribuye sus propios éxitos a una causalidad interna y no al azar; y

d) las atribuciones ayudan a las personas a modelar sus propios comportamientos influyendo sobre estos. Por ejemplo, en la tendencia a presentarse ante los demás como una 'determinada' clase de persona (como una víctima de las circunstancias, si se cree en causalidades externas, como un individuo autodeterminado si se cree en causalidades internas).

Por su parte Hewstone (Bochenski, 1969:213) describe tres funciones básicas de la atribución causal: control, autoestima y autopresentación. La función de control se refiere a la posibilidad de poder controlar conductas atribuyéndolas a un factor interno: 'si mi comportamiento depende de mí, podré

controlarlo'. Se han comprobado procesos de autoatribución en enfermos o víctimas de accidentes que se autoinculpaban por lo que se había sucedido. Esta autoinculpación permite evitar que el acontecimiento desagradable (enfermedad o accidente) vuelva a ocurrir.

La función de autoestima se refiere al hecho de que el general, las atribuciones son internas en lo referente a éxitos, y externas en lo referente a los fracasos.

Finalmente, y en cuanto a función de autopresentación, puede decirse que "el individuo puede controlar potencialmente la visión que otros tienen de él, comunicando atribuciones planeadas para ganarse la aprobación pública y evitar toda turbación" (Hewstone, 1992:81).

Cabe repasar brevemente, por último, los principales aportes a la teoría de la atribución desde sus orígenes (Heider) hasta los desarrollos más recientes. En este recorrido deberá tenerse en cuenta que muchos autores consideraron que la clasificación de Heider en atribuciones internas y externas es pobre y confusa, con lo cual han propuesto nuevas categorizaciones tales como las atribuciones globales y específicas, estables e inestables, y controlables e incontrolables.

Heider.- A partir de 1944, Heider publica una serie de artículos que se consideran los impulsores de la teoría de la atribución. Según este pensador, las personas presentan diferentes maneras de atribuir causalmente sus propias acciones o las de los demás a un sinfín de factores que, globalmente, pueden categorizarse como causas internas o disposicionales, y causas externas, ambientales o situacionales. A partir de aquí obtuvo otra serie de resultados, entre los cuales, por ejemplo, se cuenta la idea según la cual es más fácil atribuir causas personales o internas de conductas intencionales que a conductas no intencionales (Bochenski, 1969:213).

Jones y Davis.- La llamada teoría de la inferencia correspondiente de estos autores intenta formalizar algunas de las ideas de Heider. Según esta teoría, "la finalidad del proceso atributivo es deducir que el comportamiento observado y la intención que lo produce se corresponden con ciertas cualidades estables subyacentes en la persona o actor" (Bochenski, 1969:213). Esta teoría intenta entonces explicar con mayor detalle y profundidad la idea de Heider según la cual si el comportamiento es intencional, entonces será más fácil que la persona lo adjudique a causas internas o personales.

Kelley.- Las aportaciones de Kelley (Bochenski, 1969:213) datan de la década del '70, y se refieren fundamentalmente a la información que las personas utilizan para concluir atribuciones causales.

Al respecto, este autor concluyó que pueden agruparse en dos los tipos de información que la gente utiliza para hacer atribuciones: la covariación y la configuración.

En el primer caso, las personas obtienen información de múltiples fuentes y pueden percibir la covariación de un efecto observado y sus causas posibles. Por ejemplo, si una persona observa que cada vez que suena un trueno o explota una bomba la gente se asusta, entonces tenderá a adjudicar las reacciones de miedo a un factor situacional externo.

En el segundo caso, las personas obtienen información a partir de una única observación, y han de tener en consideración la configuración única de aquellos factores que son causas plausibles del efecto observado.

Sobre la base de las investigaciones descriptas -ya clásicas- y de otras investigaciones más recientes, es posible sintetizar del siguiente modo las diferentes categorizaciones atribucionales:

Atribución externa y atribución interna

Atribución global y atribución específica

Atribución estable y atribución inestable

Atribución controlable y atribución incontrolable

Atribución compleja y atribución simple

Autoatribución y heteroatribución

Las atribuciones externas se refieren a causas situacionales, exteriores al sujeto, mientras que las internas conciernen a disposiciones personales.

La atribución global se refiere a causas inespecíficas, vagas o demasiado generales, en oposición a la atribución específica.

Las atribuciones estables conciernen a causas permanentes, que están actuando siempre, mientras que las atribuciones inestables se refieren a causas ocasionales.

La diferencia entre atribución controlable y atribución incontrolable hace referencia, por su parte, al grado de control que el sujeto puede tener sobre las causas de su conducta. Si el sujeto hace una atribución controlable, considerará que puede mantener bajo control su propia conducta controlando sus causas.

Las atribuciones complejas y simples se refieren al grado de complejidad atribuido a los factores causales. Más adelante se expone con mayor detalle esta categorización.

Finalmente, las autoatribuciones son las atribuciones que el sujeto realiza sobre su propia conducta, mientras que las heteroatribuciones (o, según la bibliografía consultada, 'atribuciones ajenas') son las que el sujeto realiza sobre la conducta de los demás. Heider fue quien inició las investigaciones sobre las diferencias entre ambos tipos de atribución, llegando a sostener, por ejemplo, que "la persona tiende a atribuir sus propias reacciones al mundo objetivo, y las ajenas, cuando difieren de las propias, a características personales" (Kaplan, 1996:174).

Debe tenerse en cuenta que cualquier atribución concreta que una persona realice, puede ser clasificada de acuerdo a todos los criterios categoriales indicados. Por ejemplo, una atribución puede ser autoatributiva, externa, compleja, controlable y estable.

Ciertas configuraciones atributivas son significativas. Por ejemplo, algunos autores estimaron que "quienes hacen atribuciones internas, estables y globales de sus comportamientos negativos, están *predispuestos* a la depresión" (Vander Zanden, 1986:615).

El siguiente esquema suministra algunos ejemplos de tipos de atribución, aplicados a dos situaciones diferentes: desaprobación de un examen y consumo de droga.

Tipo de atribución	Conducta a explicar: <i>desaprobar un examen</i>	Conducta a explicar: <i>consumir droga</i>
Externa	Desaprobé porque el profesor se ensañó conmigo	Nadie que viva en mi barrio llegará a ser un consumidor de droga (Vander Zanden, 1986:615).
Interna	Desaprobé porque yo no estudié	Soy adicto físicamente al alcohol y mi organismo no puede sobrevivir sin él (Vander Zanden, 1986:615).
Global	Desaprobé porque no sirvo para nada	Me drogo porque es mi forma de ser.
Específica	Desaprobé porque esta materia en particular no es mi fuerte	Me drogo porque la heroína en particular me copó.
Estable	Desaprobé porque yo soy así, es algo típico de mi personalidad	Me drogo porque drogarse es parte de la naturaleza humana.
Inestable	Desaprobé porque hoy no era mi día	Me drogo porque hoy me siento mal.
Controlable	Desaprobé porque no estudié (estudiando puedo aprobar)	Me drogo porque no me quiero cuidar (si quisiera cuidarme, no sería adicto).
Incontrolable	El azar quiso que desaprobara (por más que estudie, puede irme mal)	Me drogo porque no me puedo desprender de la droga.

Deben agregarse a las categorizaciones propuestas las atribuciones disfuncionales y funcionales, y las atribuciones terapéuticas y las no terapéuticas, las que serán definidas en los ítems siguientes. Ambas categorizaciones constituyen aportes originales del autor, además de la consideración de la atribución como mecanismo de defensa.

Cazau P (2001) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Baumeister, 1982), A self-presentational view of social phenomena. Psychological Bulletin, 91, 3-26.

Beck A y otros (1999) Terapia cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós.

Bochenski I (1969) Los métodos actuales del pensamiento. Madrid: Rialp, 6ª edición.

Hewstone Miles (1992) La atribución causal. Buenos Aires: Paidós.

Kaplan H y otros (1996) Sinopsis de Psiquiatría. Madrid: Médica Panamericana, 7ª edición.

Marlatt G (1985), Cognitive factors in the relapse process. En G. Marlatt y J. Gordon (comps), Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors, Nueva York, Guilford, Páginas 128-200.

Tedeschi J y Riess M (1981), Verbal strategies in impression management. En C. Antaki (comp.), The psychology of ordinary explanations of social behaviour. Londres: Academic Press.

Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Buenos Aires: Paidós.

Teoría de la atribución.- La teoría de la atribución es una psicología de la percepción de personas, donde no solo atribuimos ciertas conductas a ciertas personas, sino que también explicamos el porqué, lo que hacemos en función de disposiciones internas del sujeto o situaciones externas. La estabilidad de la atribución depende de si la nueva información puede reemplazar a la anterior (un señor a pesar de su apariencia, no era un ladrón). Las primeras impresiones son muy importantes para atribuir: tenemos nociones preconcebidas sobre la relación entre apariencia y disposiciones. Una actitud así, es una predisposición adquirida que se traduce en conductas.

Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

La teoría de la atribución y las adicciones.- Marlatt (Vander Zanden, 1986:615) describe cuatro procesos cognitivos relacionados con las adicciones que reflejan los modelos cognitivos: autoeficacia, resultados esperados, atribuciones de causalidad y procesos de toma de decisiones.

Nos interesan particularmente las atribuciones de causalidad, las cuales se refieren a "las creencias de un individuo acerca de si la utilización de la droga es atribuible a factores internos o externos. Por ejemplo, un individuo puede creer lo siguiente: "nadie que viva en mi barrio llegará a ser un consumidor de droga" (factor externo), o "soy adicto físicamente al alcohol y mi organismo no puede sobrevivir sin él" (factor interno)" (Baumeister, 1982).

Marlatt señala que este tipo de creencias que atribuyen causalidad externa es muy probable que lleven al consumo continuado de droga, por cuanto el adicto percibe su utilización como algo a lo cual está

predestinado y fuera de control. En estos casos suele usar expresiones del tipo "me falta poder de voluntad", o, en ocasión de una recaída, "he fallado, así que de todas maneras seguiré consumiendo".

Cuando la atribución es externa el paciente considera que su malestar se origina en situaciones provocadas por las otras personas o por circunstancias ajenas a él, sintiéndose perjudicado por ello. En cambio, cuando la atribución es interna, ubicará el origen de su malestar en alguna dificultad interna, una forma de incapacidad intelectual o emocional que lo ha llevado a su condición actual. Por regla general, estas personas suelen ser menos resistentes y demuestran mayor predisposición para el trabajo terapéutico.

En psiquiatría, "la teoría de la atribución puede ayudar a explicar por qué algunas personas atribuyen un cambio en su conducta a un acontecimiento externo (situación) o a un cambio en la situación interna personal (disposición o capacidad). De la misma manera, los cambios de comportamiento pueden atribuirse al uso de drogas o a acontecimientos interpersonales. La investigación sobre los efectos de las sustancias por teóricos de la atribución ha mostrado que podría ser un sinsentido definir una sustancia como fuerte o efectiva porque, si produce el efecto deseado, el paciente creerá que es la única razón por la que mejora" (Tedeschi y Riess, 1981).

Cazau P (2001) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Baumeister, 1982), A self-presentational view of social phenomena. Psychological Bulletin, 91, 3-26.

Marlatt G (1985), Cognitive factors in the relapse process. En G. Marlatt y J. Gordon (comps), Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors, Nueva York, Guilford, Páginas 128-200.

Tedeschi J y Riess M (1981), Verbal strategies in impression management. En C. Antaki (comp.), The psychology of ordinary explanations of social behaviour. Londres: Academic Press.

Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Buenos Aires: Paidós.

Estilo atribucional.- Es la tendencia idiosincrásica de cada paciente de hacer atribuciones respecto de su malestar, las que han de ser consideradas incluyendo también las atribuciones funcionales y disfuncionales, terapéuticas y no terapéuticas.

El concepto de estilo atribucional es originalmente un constructo elaborado por varios autores con el fin de medir diferencias individuales en atribución causal. Se trata de una característica de la personalidad que puede ser definida como "una tendencia a realizar determinados tipos de inferencia causal y no otros, tanto en situaciones diferentes como en función del tiempo" (Metalsky y Abramson, 1981, citados por Hewstone M, 1992:62).

Se han confeccionados diversos cuestionarios para medir el constructo estilo atribucional, entre los cuales cabe citar el ASQ (Attributional Style Questionnaire), de Peterson y Seligman, herramienta que mide concretamente el grado hasta el cual el individuo explica sucesos adversos en tres dimensiones: interna-externa, estable-inestable y global-específica.

Otros cuestionarios, como el ACS (Attributional Complexity Scale) (Fletcher y col) proponen una medición del estilo atribucional en términos de complejidad, ya que existen atribuciones causales más simples y más complejas, con toda la variedad intermedia. Por ejemplo, hay personas cuya tendencia es hacer atribuciones causales complejas (invocando procesos causales abstractos y multideterminados) y otras que tienden a las atribuciones simples (invocar, por ejemplo, una única causa concreta).

Considerado como variable, el estilo atribucional en principio puede ser categorizado como estilo atribucional funcional, estilo atribucional disfuncional y estilo atribucional mixto. Seguramente lo que podrá encontrarse es éste último, si consideramos que la mayoría de las personas utilizan atribuciones funcionales y disfuncionales, con un predominio de unas u otras. Según como quede así cada paciente categorizado, podrán ser evaluados los procesos diagnósticos y pronósticos. Los procesos terapéuticos serán evaluados, en cambio, en términos de atribuciones terapéuticas o no terapéuticas.

Las atribuciones que hacen los pacientes adictos sobre su malestar y sobre las vicisitudes (avances, retrocesos, estancamientos) del tratamiento evolucionan con el tiempo, siendo la modalidad de esta evolución un indicador esencial para evaluar la eficacia del tratamiento y el progreso del paciente.

Cazau P (2003) Vocabulario. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Fletcher G. y otros, "Attributional complexity: An individual differences measure". Journal of Personality and Social Psychology, 51, 875-884.

Hewstone Miles (1992) La atribución causal. Buenos Aires: Paidós.

Estilo atribucional y diagnóstico.- Es habitual considerar como parte del psicodiagnóstico y las entrevistas diagnósticas algún tipo de conocimiento acerca del grado de conciencia de enfermedad que el paciente tiene (Fernández Alvarez, 1997:150).

Pero la conciencia de enfermedad no está necesariamente relacionada con la atribución interna del malestar, ya que el paciente puede atribuir su malestar a que "yo me enfermé" (atribución interna) o a que "los demás me enfermaron" (atribución externa), con lo cual parte de la tarea diagnóstica implicará también la exploración de los estilos atribucionales del paciente.

Cuando el DSM-IV diagnostica dependencia de sustancias, no incluye entre sus criterios la consideración del estilo atribucional del adicto.

Las atribuciones en tanto funcionales o disfuncionales pueden ser un punto de referencia útil a los efectos de la realización del diagnóstico. Las *atribuciones funcionales* son aquellas que ponen de manifiesto los aspectos 'sanos' del funcionamiento cognitivo del paciente, en oposición a las *atribuciones disfuncionales*, que ponen de manifiesto los aspectos patológicos.

Estos aspectos sanos y patológicos a su vez, se evalúan en términos de si las atribuciones -no o sí- alteran significativamente el juicio de realidad. Por ejemplo, si un paciente atribuye su condición de adicto a la influencia del demonio o al resultado de una confabulación mundial en su contra, el carácter delirante de esta atribución revela una grave afectación del juicio de realidad, y entonces puede considerársela disfuncional.

Esta cuestión trae a la discusión el tema de lo que podría llamarse las atribuciones *verdaderas* y las atribuciones *falsas*, según que se correspondan o no con la realidad. De hecho, tanto Heider como Jones y Kelley llegaron a admitir que los procesos de atribución podían estar "sujetos a error" (Hewstone, 1992:69) en términos de adecuación o no con la realidad.

Cazau P (2003) Vocabulario. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Fernández Álvarez Héctor (1997) Desarrollos en psicoterapia. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.

Hewstone Miles (1992) La atribución causal. Buenos Aires: Paidós.

Mecanismos de defensa y atribuciones.- Puede tomarse el ejemplo -hipotético pero plausible- del adicto cuya madre, al no haberse ocupado de él, es en una importante medida la responsable de su adicción. Sin embargo, esta creencia es evaluada inconcientemente por el adicto como potencialmente peligrosa, porque entonces debería aceptar que su madre es una persona desaprensiva, irresponsable e incapaz de protegerle y darle seguridad. Para evitar el displacer que esto le provoca, recurre defensivamente a una atribución interna, y termina creyendo que es él es único responsable de su adicción.

De hecho, algunos de los procesos psíquicos que el psicoanálisis ha descripto como defensas, pueden ser considerados como atribuciones. Un ejemplo es la racionalización, entendida como "dar explicaciones falsas pero socialmente aceptables de la conducta" (DSM-IV, 1995) y, más específicamente, como un procedimiento para dar una explicación coherente desde el punto de vista lógico o aceptable desde la perspectiva moral sobre algún comportamiento cuyos motivos verdaderos el sujeto no percibe (Laplanche y Pontalis, 1981:349).

Por qué resulta conveniente la consideración de la atribución como recurso defensivo a los efectos de una estimación diagnóstica?

Para responder a esta pregunta ha de comprenderse que el proceso diagnóstico incluye una estimación de la gravedad de la patología diagnosticada, lo cual a su vez puede determinarse a partir del tipo de defensa utilizada por el paciente, ya que hay defensas más o menos primitivas, más o menos fallidas, más o menos adaptativas que otras. De hecho, el psicoanálisis freudiano ha utilizado como un criterio de distinción entre neurosis y psicosis el tipo de defensa utilizado, y, más adelante en el tiempo, Otto Kernberg diferenció neurosis, psicosis y fronterizos en función de -junto con el juicio de realidad y la identidad- la modalidad de las defensas utilizadas en cada caso.

Incluso fuera del contexto psicoanalítico, se han intentado clasificaciones de los mecanismos defensivos en términos de más adaptativos o menos adaptativos, como el que realizó el DSM-IV al establecer una escala de mecanismos que van desde aquellos que implican un nivel adaptativo elevado (afiliación, altruismo, etc.), hasta los que implican un nivel importante de desequilibrio donde las defensas fracasan en su función de contener las amenazas (como la negación psicótica y la proyección delirante) (DSM-IV, 1995:768).

De esta manera, analizar el estilo atribucional en términos defensivos permite evaluar la gravedad de la patología y, con ello, construir un diagnóstico correcto. Podría entonces decirse que, cuanto más fallida o menos adaptativa es una defensa utilizada al atribuir causalidad a la conducta propia, tanto más grave debería ser considerado el padecimiento del paciente.

Por último, será conveniente aclarar que el empleo del término 'defensa' no presupone un marco teórico específicamente o únicamente psicoanalítico, ya que puede ser entendido en un sentido amplio, como por ejemplo el utilizado por el DSM-IV cuando homologa mecanismo de defensa con estrategia de afrontamiento del estrés. En este sentido amplio, los mecanismos de defensa "son procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas de origen interno o externo" (DSM-IV, 1995:767).

Cazau P (2003) Vocabulario. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

DSM-IV (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Laplanche J. y Pontalis J., "Diccionario de Psicoanálisis", Barcelona, Labor, 1981, 3ra. edición, pág. 349

Estilo atribucional y pronóstico.- Señala Fernández Álvarez que "las diferentes formas de atribución constituyen uno de los elementos que permiten discriminar más finamente las resistencias del paciente y

estimar las necesidades y posibilidades de cambio a que puede aspirar efectivamente una psicoterapia" (Fernández Alvarez, 1996:304).

El mismo autor refiere que por regla general, las personas que hacen atribuciones internas suelen ser menos resistentes y ofrecen mayor predisposición para el trabajo terapéutico. Por lo tanto, "cuando la atribución comienza siendo externalizada deberá explorarse cuidadosamente la capacidad del paciente para vincular esa atribución a circunstancias internas. Cuando esto es muy dificultoso, es altamente probable que el inicio de una psicoterapia conduzca a un fracaso" (Fernández Alvarez, 1996:305).

Sin embargo, la atribución interna no garantiza tampoco éxito en el tratamiento, habiendo personas con grandes resistencias que no tienen problemas en hacer atribuciones internas de su malestar: al autodesvalorizarse, es decir, al no confiar en sus propios recursos, creen y sostienen que no podrán mejorar ni curarse.

Algunas veces (Fernández Alvarez, 1996:306) los pacientes no son concientes de hacer ninguna atribución definida y delegan en el terapeuta esta decisión. En otros casos, como quedó dicho, el paciente cree saber en qué medida el origen de su problema es externo o interno, y, por lo tanto, en qué dirección deben avanzar los cambios deseados.

Weiner (1985) y Graham (1990) y que investigaron la teoría de la atribución en el ámbito educacional, están de acuerdo en que los estudiantes que creen que su bajo desempeño es debido a factores que están fuera de su control, no pueden ver ninguna razón para desear mejorar.

Podríamos extender razonablemente la misma hipótesis al caso de las adicciones, señalando que los adictos que creen que su problema de dependencia es debido a factores ajenos a ellos, tampoco podrán ver ninguna razón para desear mejorar, con lo cual el pronóstico quedará ensombrecido.

Otro aspecto importante a considerar a los efectos pronósticos es lo que podría denominarse el *grado de congruencia* entre el estilo atribucional del paciente y el estilo atribucional del futuro terapeuta.

No todos los terapeutas, es bien sabido, tienen la misma orientación teórica. Un terapeuta conductista o sistémico tenderá a hacer atribuciones externas sobre el comportamiento de su paciente, mientras que un terapeuta de orientación psicoanalítica o cognitivista tenderá a hacer heteroatribuciones internas, por cuanto adjudicará la conducta del paciente, respectivamente, a dinamismos inconcientes y a creencias o cogniciones disfuncionales.

En principio, debería existir un cierto grado de congruencia entre el estilo del terapeuta y el del paciente cuando se trata de hacer un pronóstico sobre las posibilidades terapéuticas del tratamiento. Por ejemplo, si un terapeuta es conductista y su paciente, al revés, insiste en las autoatribuciones internas, ello podría amenazar la eficacia terapéutica por cuanto los esfuerzos de ambos estarían encaminados hacia direcciones opuestas: el terapeuta intentará cambiar los determinantes externos, mientras que el paciente -en el mejor de los casos- hará lo mismo respecto de los determinantes internos, desvalorizando los esfuerzos del terapeuta.

Cazau P (2003) Vocabulario. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Fernández Alvarez H (1996) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.

Weiner B. (1985), "An attributional theory of achievement motivation and emotion. Psychological Review, 92(4), 548-573. EJ 324 684.

Graham S. (1990) "Communicating low ability in the classroom: bad things good teachers sometimes do". In Graham and V. Folkes (Eds.), "Attribution Theory: applications to achievement, mental health, and interpersonal conflict" (pp. 17-36). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Estilo atribucional y psicoterapia.- La creencia de que "el cambio se produce como resultado de la comprensión por parte del individuo de los orígenes históricos de sus problemas formaba parte de los primeros planteamientos del psicoanálisis de Freud" (Safran y Segal, 1994:160).

Este planteamiento freudiano nos lleva a considerar la posibilidad de atribuciones mixtas, es decir, que son al mismo tiempo internas y externas. Por ejemplo, si un paciente llega a considerar que su malestar se debe a ciertos significados personales que otorgó a ciertas experiencias sufridas en etapas tempranas de su vida, estará haciendo una atribución interna porque el significado es personal, y una atribución externa porque la experiencia fue entendida como engendrada por alguien externo a él (los padres, por ejemplo).

Uno de los valores que se intentan inculcar en la comunidad terapéutica para adictos es la responsabilidad, lo cual supone que el adicto debe poder realizar una atribución interna de su conducta. Elena Goti señala que el adicto debe poder llegar a decirse que "...no debo ser responsable porque los demás me lo exijan, sino porque yo mismo decido serlo. También implica no responsabilizar a otros por lo que me pasa ni por lo que me pasó. Implica el reconocimiento de mi cuota en aquellas cosas que sigo haciendo con prejuicio para mí y para los otros" (Goti, 1997:48).

De lo anteriormente dicho se desprende la necesidad de distinguir atribuciones terapéuticas y atribuciones no terapéuticas.

Puede convenirse en llamar *atribución no terapéutica* a aquella que obstaculiza el progreso del tratamiento o, al menos, que no impide su avance, y llamar *atribución terapéutica* a aquella que contribuye al avance del tratamiento.

En este último sentido, resulta tan importante que el paciente pueda atribuir su avance terapéutico a sí mismo como al terapeuta. En el contexto de las comunidades terapéuticas, por ejemplo, Goti (1997:73) señala que la autoayuda es la estructura que hace a la parte activa del tratamiento, y puede ser entendida de varias maneras. Dos de estas formas son el "me ayudo a mí mismo" (atribución interna) y el "me ayuda el otro" (atribución externa). Este último tipo de atribución permite mantener intacta la confianza en el terapeuta, lo cual es una condición importante para el éxito del tratamiento.

Beck y otros (1983:272) en su abordaje de la terapia cognitiva de la depresión, sostienen que los pacientes suelen tener una serie de creencias 'antiterapéuticas' que operan obstaculizando el tratamiento.

Si analizamos estas creencias, es posible reconocer que algunas son el producto de atribuciones externas y otras resultan de atribuciones internas. Entre las primeras se cuentan, por ejemplo, "yo no estoy deprimido porque distorsione la realidad sino porque las cosas van realmente mal. Cualquiera de deprimiría en estas circunstancias", o "mi esposa es la causa de mi depresión". Traduciendo estas atribuciones al paciente adicto, podríamos decir: "cualquiera se drogaria estando desempleado", o "el que me provee la droga es la causa de mi adicción".

Entre las atribuciones internas citadas por Beck y otros para la depresión se cuenta, en cambio, por ejemplos: "sé que interpreto las cosas en un sentido negativo, pero no puedo cambiar mi personalidad", lo que, traducido al caso de las adicciones, podría parafrasearse como "sé que no puedo estar sin droga: esto forma parte de mi personalidad".

De todas maneras, más allá de la comparación entre las atribuciones de estado de ánimo depresivo y las atribuciones de adicción, sigue siendo importante considerar las primeras en sí mismas dada la alta tasa de comorbilidad entre depresión y adicción. Señalan Beck y otros, en efecto, que los trastornos del estado de ánimo suelen aparecer frecuentemente como un añadido a los trastornos por abuso de sustancias (Beck y otros, 1999:301).

"Construimos concepciones de nosotros mismos que nos sirven para volver estable, predecible y manejable la visión que tenemos de nosotros. Al atribuirnos rasgos estables y disposiciones permanentes, nos sentimos más capaces de comprender nuestra propia conducta y de planear nuestras acciones futuras" (Vander Zanden, 1986:178).

Según Beck y otros, si los pacientes con PTF (baja tolerancia a la frustración) pueden "atribuir la responsabilidad a otro y a su vez pueden reprochárselo, podrán recuperar en parte la sensación de poder perdido. Si se insulta a otra persona, es como si el paciente estuviera diciendo: "no soy tan débil e indefenso. Soy suficientemente fuerte como para castigarte a tí". Evidentemente, si dichos pacientes perciben en sí mismos la causa del problema, se autocritican y se sienten aún más indefensos" (Beck y otros, 1999:331).

Como quedó indicado, cuando se trata de analizar el papel del estilo atribucional en el transcurso de un tratamiento, convendrá distinguir la atribución funcional de la atribución terapéutica. Mientras la atribución funcional es aquella que permite disminuir los montos de malestar o dolor psíquico, la atribución terapéutica es aquella que colabora con los objetivos de la terapia.

La atribución terapéutica puede ser inducida por el terapeuta, en colaboración con los padres del paciente. Un ejemplo importante es la técnica sistémica del reencuadre (Minuchin y Fishman, 1981) que consiste en connotar el abuso como mala conducta antes que como enfermedad. Más concretamente, se trata de lo que podría calificarse como una atribución interna forzada, por cuanto la técnica del reencuadre implica inducir al paciente a practicar una atribución interna.

Sin embargo, debe insistirse en este punto que la efectividad de la técnica del reencuadre no reside en el carácter interno de la atribución, sino en su carácter terapéutico, y de aquí la necesidad de discernir nuevas modalidades de atribución, entre las cuales se había propuesto en este trabajo la atribución terapéutica, es decir, aquella que puede colaborar con los objetivos del tratamiento.

Finalmente, cabe consignar que para que una atribución pueda ser considerada terapéutica no es suficiente con que sea una atribución verdadera. Indudablemente, no ha de tratarse de una atribución delirante que viole en juicio de realidad, pero ello no es aún suficiente porque además de verdadera deberá ser también oportuna.

Por ejemplo, si un paciente atribuye su adicción a las condiciones socio-económicas del país o al aumento del tráfico de estupefacientes en su hábitat, probablemente esté haciendo una atribución verdadera. No es, sin embargo, oportuna, porque el objetivo de la terapia no es actuar sobre ese tipo de causas externas sino sobre aquellas otras que puedan ser controlables. La oportunidad de la atribución es, entonces, función del grado en que -en determinado momento de la terapia- el paciente puede comenzar a ejercer un control sobre las causas invocadas para revertir su condición de adicto.

Cazau P (2003) Vocabulario. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Beck A y otros (1983) Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer, 5ª edición.

Beck A y otros (1999) Terapia cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós.

Goti Elena (1997) La comunidad terapéutica. Un desafío a la droga. Buenos Aires: Nueva Visión, 2ª edición.

Minuchin y Fishman (1981) Family Therapy Techniques. Cambridge Mass: Harvard University Press.

Safran Jeremy y Segal Zinder (1994) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Barcelona: Paidós.

Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Buenos Aires: Paidós.

Estilo de atribución en depresión.- Antecedentes. Pocos estudios han examinado si el estilo de atribución (explicación individual del porque los eventos suceden) es un factor de vulnerabilidad genéticamente influenciado para la depresión. Objetivos. Investigar si el estilo de atribución es un rasgo de vulnerabilidad duradero para la depresión recurrente. Método. Como parte del estudio de depresión de Cardiff, entrevistamos a 108 personas con depresión y sus hermanos, y a un grupo control de 105 individuos sanos y sus hermanos, utilizando los "programas para valoración clínica en Neuro-Psiquiatría y el programa de eventos de vida y dificultades". Los participantes también completaron el cuestionario de estilo de atribución. Resultados. Los análisis de regresión mostraron que el estilo atribucional resulta del estado anímico y no es un factor de riesgo familiar para la depresión. Sin embargo, la tendencia a internar eventos negativos estuvo relacionada con el haber tenido un episodio de depresión anterior, sugiriendo un efecto de "miedo". También, los eventos no severos estuvieron asociados a un subconjunto de atribuciones optimistas. Conclusiones. El estilo de atribución principalmente mide el estado anímico actual y no refleja un factor de riesgo familiar para la depresión.

Harriet A. Ball; Peter McGuffin; Anne E. Farmer. Estilo de atribución y depresión. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 ABR;192(4):275-278.

AULAGNIER, PIERA

Biografía.- Psicoanalista italiana radicada en Francia (1923-1991), ex-discípula de Lacan, se aparta de la Escuela Freudiana de París fundando el "Cuarto Grupo". Desarrolla un planteo original que propone, entre otras ideas, los primeros enunciados maternos como origen del yo, la existencia de un proceso anterior al primario, llamado proceso originario, y una revalorización del pensamiento y el entorno histórico del sujeto.

Nacida en Italia con el nombre de Piera Aulagnier Spairani, estudia en Francia como discípula de Lacan. Colabora con él en el hospital St. Anne en la presentación y el control de pacientes, y cuando Lacan funda en 1964 la Escuela Freudiana de París, ella queda a cargo del departamento de enseñanza. Al año siguiente, presenta trabajos sobre la perversión, encarando luego el problema del desarrollo de la femineidad.

En 1967 publica la revista "L'inconscient", que incluye temas como la transgresión, la perversión, la identificación, la paternidad y la enseñanza del psicoanálisis. Al año siguiente, Piera cuestiona la forma que aceptar a los candidatos a la Escuela Freudiana, y en 1969 renuncia fundando el llamado "Cuarto Grupo" (pues antes habían habido tres escisiones), con un enfoque más sociológico y culturalista, y más abierto a las diferentes corrientes psicoanalíticas. Son sobre todo mujeres, lo que refleja las aspiraciones del momento en cuanto a la liberación femenina. Piera edita la revista "Topique".

Aulagnier cuestiona la reducción de la realidad psíquica a un puro deseo del Otro, sin ninguna atadura al mundo donde nació y donde está inserto. Propone que el yo se origina en los primeros enunciados del discurso materno, estructurándose desde el lenguaje, pero a diferencia de Lacan no es un yo condenado al desconocimiento, ni totalmente pasivo al discurso del Otro. No se considera estructuralista, jerarquizando mas bien la realidad histórica.

Describe una 'potencialidad psicótica' que podrá o no manifestarse, según las vicisitudes de la vida, pudiendo quedar enquistada y nunca manifestarse sintomáticamente.

Propone una vuelta a la clínica, una 'teorización flotante' que evitaría una cierta tendencia a llevar el psicoanálisis hacia la filosofía o la literatura.

Según L. Horstein, Piera revaloriza la ilusión y el pensamiento como constitutivos y transformadores de la realidad, frente a una epistemología pesimista influenciada por la modernidad y la posmodernidad que habla de 'crisis de la razón', 'era del vacío', etc. Denuncia el olvido del paradigma freudiano de la preocupación por la cura, frente al paradigma imperante de los 'largos silencios y la extensión del tiempo', que solo conducen a una idealización del analista y por ende, a una alienación.

Incluye una categoría anterior al proceso primario, que llama 'proceso originario', concepto que utiliza para dar cuenta del proceso psicótico. Habla del proceso de 'metabolización', entendido como la transformación de una información externa en representación. Se refiere también a la pulsión de muerte considerándola una desinversión de objeto, pero no para ser reemplazado por otro objeto, sino un 'deseo de no deseo'. En este caso no quedan huellas, sólo un vacío: la amenaza es general, se borra toda investidura.

Piera se casa con Cornelius Castoriadis, cuyas ideas respecto de la revalorización del pensamiento, del sentido social y la historicidad, aparecen destacadas en la obra de Aulagnier. Muere en 1991.

(Condensado de Mancas, Amparo, "Biografía de Piera Aulagnier", incluido en Abadi, Sonia y otros, "Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores", Buenos Aires, Editorial de Belgrano, 1997).

Biografía.- [psicoan.] (1923-1990) Nació en Milán, en octubre de 1923. Su nombre: Piera Spairani. Vivió sus primeros años en Egipto y luego retornó a Italia. Estudió medicina en Francia a los comienzos de los años 50. Su primer marido, Aulagnier; de ahí el apellido con el que es conocida. De ese matrimonio tuvo

un único hijo que actualmente es psiquiatra. Después de unos años de matrimonio con Aulagnier se separó y se casó con Cornelius Castoriadis, filósofo, escritor, psicoanalista, con quien compartió no sólo años de matrimonio sino también desarrollos teóricos a los que ambos remitieron mutuamente como complemento de sus propias tesis. Durante los 10 primeros años como psiquiatra se dedicó a trabajar con pacientes psicóticos. Entre 1955 y 1961 se analizó con Lacan. Fue su discípula hasta 1968, año en que se alejó definitivamente de la Escuela Freudiana de París. Sus filiaciones fueron Freud y Lacan. "Filiaciones eróticas" y no "fijaciones tanáticas" que le permitieron seguir avanzando en la investigación de los conceptos psicoanalíticos. Como decía Freud: "lo que has heredado de tus padres adquiérela para poseerlo". Adquirirlo y poseerlo no es reproducirlo, es proseguir la obra, transformarla. En el invierno de 1967 publicó junto con Jean Clavreul la revista *L'Inconscient* que después de apenas ocho números interrumpió su publicación en medio de las tormentas que habían estallado en la Escuela Freudiana de París por la cuestión del pase y que terminaron en la escisión de 1968. Desde 1962 dictó junto con Clavreul seminarios en Saint Anne, con la misma intensidad con que analizó, investigó y teorizó. Los seminarios fueron un "lugar de encuentro" privilegiado donde sus pensamientos y su tarea clínica podían ser "hablados", obligándola a hacer comunicable, cuestionable, conceptualizable el camino recorrido por su reflexión y su escucha día tras día. En 1968 se alejó de la EFP, entre otras cosas por no aceptar la concepción jerárquica que regía la formación de los analistas. En enero de 1969 Piera Aulagnier y otros diez psicoanalistas de la EFP fundaron el Quatrième Groupe. Como el grupo es independiente, sin adhesión ni a la IPA ni a la ortodoxia lacaniana, al nombre le agregan una sigla, OPLF, Organización Psicoanalítica de Lengua Francesa. Subrayan así que es posible y deseable una pluralidad de referencias, y que ningún grupo tiene derecho a reivindicar la exclusividad de una herencia. En sus comienzos Jean Paul Moreigne y Jean Paul Valabrega fueron los que dieron cuenta de las nociones del funcionamiento colectivo de la organización. P. Aulagnier tomó en sus manos la dirección de la revista *Topique*, cargo que conservará hasta su muerte. (En el otoño boreal del 69 salió el primer número, con artículos consagrados a la fundación del Cuarto Grupo y a la formación de los psicoanalistas). Ese nombre, "Topique", no era casual. También él reenviaba a las diferentes zonas de la metapsicología freudiana y a una representación "plural" del psicoanálisis. Desde esta separación reflexionó cada vez sobre el proceso analítico y sobre la teoría que lo sustenta. En un comienzo escribe sus artículos más polémicos, consecuencia de su divergencia con la modalidad que fue asumiendo la práctica lacaniana. Posteriormente en el resto de sus publicaciones -varios artículos publicados en revistas, congresos, y conferencias en distintas partes del mundo- pone en juego una renovadora propuesta metapsicológica, testimonio de un pensamiento sistemático y esencialmente antidogmático y de un trabajo de elaboración sobre los fundamentos que no pierde la referencia constante a los hechos que lo han suscitado. Quien se sumerja en su obra y la escale advertirá tres periodos: 1961-1968, 1969-1975 y 1976-1990. y también los hitos de un paisaje visto desde varias perspectivas: - problemática identificatoria - proceso identificatorio - construcción identificatoria - conflicto identificatorio. Propuesta metapsicológica fuerte que indaga en lo más genuino y profundo de la constitución de la subjetividad. Entre 1961 y 1968, sus trabajos sobre deseo de saber, demanda e identificación, perversión y psicosis, muestran aún la neta influencia del pensamiento lacaniano. Desde 1968 hasta 1975 escribe sus artículos más polémicos sobre todo en lo que se refiere a la teoría y a la técnica en la práctica psicoanalítica. En 1975, su primer libro, *La violencia de la interpretación*, marca el comienzo de la tercera etapa. Muestra en sentido pleno la imbricación teórico-clínica a la vez que propone las bases para una nueva concepción metapsicológica, a partir, fundamentalmente, del estudio sobre la psicosis. Su obra propone una nueva visión psicoanalítica de la madre con el recién nacido, una nueva metapsicología de la representación, a la vez que abre con su novedosa propuesta sobre el yo el trabajo de auto-historización y su relación con los otros, otra manera de pensar la cuestión del sujeto muy cercana al pensamiento de Freud de sus últimos escritos. *Problemáticas fundamentales*. Su obra teórico-clínica la ubica entre los pensadores que harán historia en el psicoanálisis contemporáneo. Reformula algunos conceptos fundamentales en resonancia con los desarrollos actuales de la ciencia, de la historia y de la cultura. Intenta una teoría sobre la ontogénesis psíquica sin encerrarse en una propuesta témporo-espacial lineal. La historia de un sujeto no está sobredeterminada desde el inicio ni puede ser totalmente anticipada, lo cual desestimaría el valor del azar. Tras la conciencia reviven las trazas de lo visto, lo oído y lo vivenciado sexualmente en la prehistoria [del yo] que en su articulación con los aconteceres del presente se actualizan en recuerdos, fragmentos de recuerdos, en sueños, en "fantasías", en una "psiconeurosis". Su propuesta sobre la subjetividad evoca nuevas ideas que las ciencias de la complejidad proponen para la inteligibilidad de las formas vivas. *"Cualquier objeto real divide al mundo en dos partes: él mismo y el resto del mundo. Ambas porciones universales pueden influirse mutuamente a través de una superficie común real o imaginaria: la frontera. Cambios en uno inducen cambios en el otro. Algunos objetos de este mundo, muy pocos, exhiben una rarísima propiedad: tienden a independizarse de la incertidumbre de su entorno"*. Hablar del sujeto en psicoanálisis es hablar de la psiquis como "pluralidad de personas psíquicas". El sujeto no puede plantearse sin relación con esta instancia fundada sobre el lenguaje organizado e inseparable de su relación con otro que es el yo. Al mismo tiempo es el sujeto lo que subvierte la pretensión del yo de unicidad respecto a la totalidad de la psique y del pensamiento, lugar

que igualmente intenta defender contra viento y marea. Protagonista de una historia, el sujeto es fruto de sucesivas remodelaciones y reconstrucciones fantasmáticas sustentadas en las teorizaciones del yo y en el trabajo de simbolización que éste hace desde el presente, apoyado en un fondo de memoria que se inscribe en el psiquismo a partir del impacto afectivo de los distintos acontecimientos de su vida. La reformulación metapsicológica se alimenta, al igual que en Freud, "del rigor de la clínica, siempre renovada". Entra en sus textos años de escucha del discurso psicótico. Por eso da en pensar en la prehistoria del yo. La metapsicología es pos-escritura de algo que se ha notificado en la cosa clínica. El conocimiento de "la materia" del psicoanálisis, el inconsciente, se logra desde el único espacio capaz de conocer: el yo. Por eso el yo piensa, sufre, se relaciona, conoce, duda. Y ella, que ha dicho que el sujeto está condenado a investir, a lo largo de su obra está condenada a investir la dilucidación teórica del yo. Sus compatriotas, polemizando con la psicología del yo, han tirado al niño y no sólo el agua de la bañera. Ella retoma la segunda tópica, retoma conceptos centrales de Freud: el yo como un polo del conflicto, la importancia del superyó y del ideal, el valor de la historia, el concepto de elaboración y la dimensión terapéutica del psicoanálisis. En Freud la noción de yo se había ido complejizando. Alcanza su advenimiento pleno entre 1915 y 1924, a partir del descubrimiento del narcisismo, la importancia de las identificaciones en la constitución del psiquismo y las instancias ideales. Entonces el yo deviene objeto de amor debido al precipitado de las identificaciones con los otros significativos y es inconcebible pensarlo por fuera de la relación con esos otros. Enfatizar la segunda tópica freudiana, volver a ella, es acentuar la fuerza constitutiva de lo identificatorio y del conflicto entre las diferentes identificaciones. Tópica más cercana a la experiencia clínica, que es el campo de los afectos y de lo relacional. Es un "giro escandaloso" que hace referencia a un "yo-morfismo" no feliz para quienes privilegian la primera descripción del aparato psíquico "más abstracta y psicologizante". Es sólo desde el yo y gracias al proceso secundario que podemos acceder a todo espacio fuera del yo, único decodificador del ello y única instancia para pensar el placer y/o el sufrimiento que toda experiencia vivencial produce. La complejidad del yo lo vuelve inseparable del proceso identificatorio que hace posible su constitución, su continuidad y su devenir, siempre en relación a los otros que forman su entorno. P. Aulagnier privilegia el lugar del encuentro en la constitución de la subjetividad, en el desencadenamiento de potencialidades y en el despliegue de la tarea clínica. Encuentro entre un cuerpo y un "mundo" exterior que el infans desconoce como tal; encuentro entre una psiquis y un discurso deseante, el de la madre, y finalmente, encuentro entre el yo y el tiempo. Inscripción psíquica implica trama relacional, aun cuando en la relación con el otro significativo, éste no sea diferenciado como otro. Esta trama deviene de enigmáticos mensajes cargados de sentido, del misterio de los gestos, de los silencios sustitutos de una palabra de amor o de un grito de odio. Conocer la ontogénesis del deseo de que un yo sea es sostén simbólico, marca de identidad que hace posible referir siempre a un pasado evitando quedar adherido a puntos de fijación que detendrían la marcha del proceso identificatorio. La problemática identificatoria (ese hilo conductor) y la del trabajo del yo y el pensamiento son sus "cuestiones fundamentales", los disparadores de una metapsicología propia, que no abandona el conocido (¿o desconocido?) triple registro indicado por Freud: tópico, dinámico y económico. Cuestiones que retoma en la tarea clínica y al privilegiar un itinerario teórico. Escuchar, cuestionar. Eso: escuchar. No silenciar los dictados de la clínica, las dudas, lo interrogantes, los éxitos, los fracasos, el pensamiento de autores que privilegiaron o indagaron otros itinerarios es una necesidad a la que obliga la complejidad del campo teórico y clínico que nos ocupa. En la concepción metapsicológica no hay lugar para un ello-yo indiferenciado en los orígenes como pensaba Freud. El yo para poder constituirse debe apropiarse de los enunciados identificatorios que la madre ofrece. La indiferenciación de los comienzos sería entre un yo anticipado por la madre y un yo por venir. El yo se apropia de los enunciados identificatorios que aporta la madre en un comienzo, para luego ser identificante de sí mismo y de los otros. El proceso de identificación exige un trabajo de elaboración, de duelo, de apropiaciones que se operan sobre las representaciones identificatorias que el otro primordial le aportó. Durante el tiempo de la infancia el yo parental es una prótesis necesaria para el niño. A partir de esta íntima dependencia con la madre el niño podrá formular sus primeras palabras, investir sus primeros referentes identificatorios, reconocer la exterioridad de sus soportes de investimento, tener la intuición de un movimiento temporal que lo pone ante la necesidad de investir un momento posterior al presente. Podrá, en suma, investir el proyecto. Prótesis invaluable que posibilita la organización y la forma de funcionamiento del yo, cuyo devenir dependerá de una serie de factores internos, los productos de su organización (nunca definitiva) y de otra serie de factores externos, no previsibles con los que se encontrará a lo largo de su existencia: experiencias, logros, frustraciones, encuentros felices o desgraciados que el medio externo (el conjunto de los otros, la sociedad, y también su propio cuerpo) le impondrán inevitablemente. En los comienzos el yo es un simple repitente de los enunciados con los que la madre lo piensa, pero son esos enunciados el apoyo que tiene para reconocerse e investirse a sí mismo. Este narcisismo del yo, tomarse como objeto de amor, es un requisito para dejar de depender de los anhelos identificatorios que la madre le formula y pasar a tener los propios. El "cuando seas grande serás..." que anhela la madre para su hijo tendrá que transformarse en "cuando sea grande seré..." Y tendrá que asumir un compromiso con la realidad que si bien lo pone ante el riesgo de sentir lo solitario del desprendimiento parental, le da un grado de libertad y un sentimiento de estima de sí para investir y

realizar sus propios proyectos. Un proceso que aproximadamente termina cuando termina la adolescencia. Junto al advenimiento del yo se pone en juego para la psique la categoría de temporalidad y junto a ella la incertidumbre, la duda y la imprevisibilidad, inseparables de la necesidad de alteración, modificación y alteridad que el yo requiere para poder persistir. Piera Aulagnier condena al yo a tres trabajos: pensar, invertir, sufrir. Pensar e invertir son dos funciones sin las cuales el yo no podría advenir ni preservar su lugar sobre la escena psíquica. Y sufrir es el precio que deberá pagar para lograrlo. Recuperó esa cuarta instancia freudiana, la realidad, tan soslayada en otros desarrollos posfreudianos. El sujeto oscila permanentemente entre el principio de placer y el principio de realidad. Es la realidad de las necesidades del cuerpo, de las necesidades narcisistas, de las condiciones que el infans encontrará en el ambiente físico y psíquico que lo rodea el que revelándose diferente a lo pictográfico y a lo fantasmático del deseo exigirá el reconocimiento de su existencia fuera de la psique y el de sus exigencias. Desconocer la relación realidad psíquica-realidad en la constitución del psiquismo como perpetuo devenir del proceso identificador implica desconocer la realidad de los acontecimientos que resignifican a cada paso lo histórico vivencial. Para P. Aulagnier la realidad histórica es el conjunto de acontecimientos que marcan la primera infancia de todo sujeto, cuyo surgimiento confronta al niño con experiencias afectivas, somáticas, psíquicas, que lo obligan a una reorganización exitosa o fallida de su mundo interno, a una reevaluación estructurante o desestructurante de su economía psíquica, a una reorganización más rica o más pobre de sus referentes identificatorios. Esas experiencias vividas serán o reprimidas, o reconstruidas cuando lo permite el recuerdo, o exhibidas como heridas siempre abiertas. El trabajo analítico podrá darle al sujeto la oportunidad de transformar su significación, de relativizar el impacto que pudieron haber producido o bien de imputarles otra causalidad, pero sin dejar de reconocer que en el momento que se produjeron tuvieron un rol determinante para el funcionamiento psíquico del niño. Su trabajo con los psicóticos la llevó a una conceptualización metapsicológica propia. La psicosis, dice, no es sólo efecto de una carencia o de una represión que no se ha producido, aun cuando ambas situaciones estén presentes, sino también del trabajo de construcción que debe hacer el sujeto psicótico para poder dar cuenta de una teoría de los orígenes que le dé la posibilidad de insertarse en una temporalidad que no lo condene a vivir indefinidamente lo que vivió en el pasado. Para el Yo, la esquizofrenia y la paranoia son dos formas de representar su relación con el mundo cuando se ve enfrentado a ciertas condiciones de arbitrariedad que no le permiten compartir con el discurso social una teoría sobre los orígenes. Según P. Aulagnier, la psicosis nunca es reducible a la proyección de una fantasía sobre una realidad neutra. No es que falte la proyección fantaseada pero para que se desencadene una psicosis se requiere un potenciamiento entre la fantasía y lo que aparece en la escena de la realidad. Por otra parte, así como el yo no es un destino pasivo del deseo de la madre, la psicosis tampoco lo es. De ahí la importancia que en la teoría de Aulagnier tiene el concepto de remodelación de las escenas fantasmáticas propias del proceso primario y el trabajo de interpretación y resignificación del yo. Coherentes con este pensamiento teórico fueron la tarea clínica y la trayectoria profesional de Piera Aulagnier. Es allí donde emerge ese subterráneo trabajo de ligazón que pone en relación lo que oímos en nuestros encuentros clínicos y las adquisiciones sedimentadas gracias a la teorización flotante. La meta del análisis es desencadenar la apertura de un movimiento interpretativo con el fin de que el yo pueda modificar la versión de sus vivencias infantiles. La búsqueda y el develamiento de nuevas causalidades apuntan a operar una transformación del espacio psíquico a partir de la apropiación de la nueva relación de los objetos libidinales que se establece como consecuencia de los desplazamientos que en el registro causal produce la interpretación analítica, cuya meta es permitirle al yo librarse de un "sufrimiento neurótico". La reinterpretación del pasado puede modificar el vivenciar presente, "romper" con las fijaciones, las conductas repetitivas, la huida ante lo imprevisto, la negación; desconstruir una realidad que se volvió rígida sustituyéndola respecto tanto de sí mismo como de los otros según la posibilidad que el encuentro con el análisis y el analista le permitan. Tiempo, memoria e historia, tres términos indisociables en la constitución de la subjetividad como en la relación del analista con la interpretación. La concepción de la interpretación que propone P. Aulagnier está inscripta en el reconocimiento de la existencia de tendencias y posiciones teóricas diversas que se fundamentan en los diferentes discursos metapsicológicos que cada analista privilegia. La clínica psicoanalítica no puede quedar aislada de la metapsicología que la sustenta. El énfasis en la articulación teórico-clínica que Piera Aulagnier muestra a lo largo de su obra, tanto en los escritos teóricos como en los historiales, se pone en juego en su concepto de "teorización flotante": trabajo preconsciente del analista en el que está presente la teoría del funcionamiento psíquico así como los elementos que éste conoce y guarda en su memoria referidos a la historia de su paciente y a la historia transferencial que ambos construyeron conjuntamente. El analista escucha las palabras del paciente tomando aquellas que tienen una particular resonancia afectiva tanto en su propia fantasmática como en esos otros espacios de memoria que son su capital teórico, para transformar una hipótesis teórica de valor universal en un elemento singular de la historia de ese sujeto. Pero no confunde la fantasía de su analizando con la propia. Por el contrario es en el punto de deslinde de ambas donde se pone en juego la interpretación. Y la primera tarea del psicoanálisis, la primera meta, es la de traer a la luz el conflicto psíquico que está en la base del sufrimiento al servicio de objetivos singulares que refuercen la acción de Eros a expensas de Tánatos, ampliar el derecho y el placer de pensar, de disfrutar,

de existir facilitando un trabajo de sublimación que posibilite al sujeto, sin pagarlo demasiado caro renunciar a ciertas satisfacciones pulsionales que se oponen al ideal del yo. Tarea sólo posible si se establece una relación de intercambio entre analista y analizando que implique compartir fines, objetivos, conocimientos, sin dejar de mencionar ese plus de placer que todo trabajo creativo posibilita. Creación como transformación singular y producto del trabajo compartido. [www.pieraaulagnier.com]

Cristina Rother de Hornstein
Aporte de Ricardo Bruno

AUTENTICIDAD / INAUTENTICIDAD

Generalidades.- El hombre logró crear muchas cosas por la tecnología, pero no ha podido crearse o producirse a sí mismo (autocreación). No tiene la posibilidad de autoproducirse, pero según Heidegger tiene otra posibilidad que debe enfrentar: la de su propia muerte. Frente a ella se pueden asumir dos actitudes:

1) Vivir para la muerte, o sea, emprender la búsqueda de una existencia auténtica. Ante la muerte la existencia es imposible, pero sí es posible comprender dicha imposibilidad, lo cual genera en el Dasein, un estado de angustia frente a la nada, o sea, frente a la imposibilidad de la existencia.

2) Huir de la muerte, negar su inevitabilidad, su insuperabilidad y su carácter incondicionado. Para ello el Dasein (ser-en-el-mundo) se refugia en la cotidianidad, o sea, se transforma en un "uno", el cual aparece por ejemplo, en las cosas cotidianas: "se va al cine", "se usa este tipo de traje", etc., todo esto sin hacer un análisis ético-valorativo (axiológico) sino simplemente ontológico.

Autenticidad e inautenticidad.- Estos dos caminos, o sea, asumir la angustia frente a la propia muerte o refugiarse en el anónimo e impersonal 'uno', son los dos polos antitéticos entre los cuales deambula la existencia para Heidegger, y se llaman inautenticidad y autenticidad.

Autenticidad significa aceptar nuestra finitud, comprometernos con los demás y con nosotros mismos, e inautenticidad significa negar nuestras limitaciones y coquetear con la omnipotencia y la inmortalidad.

El animal no puede ver cuales son sus posibilidades de ser-en-el-mundo, pero el hombre sí: autenticidad e inautenticidad. En el hombre prima la existencia sobre la esencia: el animal tiene una esencia fija, el hombre una existencia que puede adoptar distintas formas, para eso es libre de elegir las.

Tanto en la autenticidad como en la inautenticidad, el hombre asume ciertas actitudes hacia los demás Dasein, hacia las cosas y hacia sí mismo.

En la autenticidad puede vincularse sin perder su libertad de pensar autocrítica, ni renunciar a sus compromisos existenciales, ni a su angustia.

En la inautenticidad no hay autocrítica, no hay duda como motor del cambio y hay negación de la muerte. Esta opción conduce al "se" (das Man), o sea, un ser anónimo, impersonal, al que nos referimos antes.

Características distintivas del impersonal.- 1) Habladurías: el discurso del ser inauténtico da más importancia a la forma que al contenido. Se habla mucho y no dice nada, y además se pretende llegar al fondo de la cuestión, sin lograrlo nunca. Hablamos para huir de nuestra propia realidad.

2) Avidez de novedades: satisfacer la curiosidad con lo último novedoso. En realidad ello implica buscar lo nuevo solo para saltar a otro tema nuevo, y no resulta así posible quedarse con un tema determinado. Esta avidez de novedades conduce a la habladuría o charlatanería. Es una pseudo-curiosidad y no un ansia auténtica de saber. Esto nos conduce a la tercera característica:

3) Ambigüedad: La novedad parece ser clara y nuestra comprensión de ella parece ser buena, pero no lo es. La novedad y la charlatanería esconden otro sentido: el de la inautenticidad, pues por ellas creemos saberlo todo.

Nuestro sometimiento a la dictadura del impersonal "se" nos impide conectarnos auténticamente con nuestra condición de seres finitos, nos lleva a nuestra despreocupación por el otro, haciéndonos olvidar que este otro ser puede ser una posibilidad que podría ser la nuestra. En el impersonal "se", también estamos esclavizados por las cosas, los bienes, que terminan convirtiéndose en un fin en sí mismo, en vez de usarlas para desarrollar nuestra posibilidad auténtica de ser-en-el-mundo.

Aplicación del planteo del ser-ahí de la cotidianidad a un problema de nuestro tiempo.- La drogadicción es una forma de existencia inauténtica. El adolescente sumergido en el ser-ahí de la cotidianidad se desliga de sus auténticas responsabilidades frente a sí mismo y los demás buscando la avidez de las novedades (y la droga es una novedad). Ella proporciona además un efímero sentimiento de omnipotencia. El joven, al identificarse con los otros que consumen drogas, se funde con ellos en el impersonal "se" y comienza su autodestrucción. La droga permite la evasión de la realidad que nos toca vivir y no enfrentar nuestra propia finitud y, en tercer lugar, no nos permite el diálogo fructífero con nosotros mismos y los demás.

En suma, tanto la inserción en el impersonal como la adicción a las drogas, nos alejan de nuestra angustia de finitud y de nuestros compromisos existenciales, implícitos en cualquier proyecto de vida enriquecedor.

Otro tanto pasa con una droga socialmente aceptada: el cigarrillo. Al respecto hay dos cuestiones importantes:

a) El fumador siente culpa por fumar, conciente o inconscientemente, porque se está autodestruyendo y con el ejemplo destruye a los demás, especialmente a sus hijos.

b) Este grado de culpabilidad generalmente no es adecuado al daño enorme que produce el tabaquismo, pues la culpa de "anestesiada" o acallada cuando el fumador se refugia en el ser-ahí de la cotidianidad. Fumar es lo que "se" hace cuando estamos ansiosos; además "se" acostumbra a fumar, o sea, se refugia en el "se" impersonal. Es una forma de reducir la culpa repartiéndola entre muchos. El ex-fumador se desligó de la tiranía del ser-ahí de la cotidianidad y de su postura omnipotente frente al daño que puede ocasionarle.

Condensado de Roviralta P (1991) La dictadura del ser ahí de la cotidianidad de Martín Heidegger y su aplicación a un problema de nuestro tiempo (artículo).

AUTOCONCEPTO

Definición.- Evaluación que hace una persona de su habilidad para realizar con éxito una tarea particular en cierta situación.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definición.- Este término suele definirse, en sentido genérico, como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo. Así, es posible diferenciar dos componentes o dimensiones en el autoconcepto: los cognitivos (pensamientos) y los evaluativos (sentimientos). Los primeros se refieren a las creencias sobre uno mismo tales como la imagen corporal, la identidad social, los valores, las habilidades o los rasgos que el individuo considera que posee. Los segundos, también llamados autoestima, están constituidos por el conjunto de sentimientos positivos y negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo.

Salvareza L, Psicogeriatría, Paidós, Buenos Aires, 1999, pág. 98.

Generalidades.- "El autoconcepto suele definirse, en sentido genérico, como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo. Pensamientos y sentimientos que, consecuentemente, permiten diferenciar dos componentes o dimensiones de los mismos: los cognitivos y los evaluativos (Rosenberg, 1979). La dimensión cognitiva hace referencia a las creencias sobre varios aspectos de sí mismo, tales como la imagen corporal, la identidad social, los valores, las habilidades o los rasgos que el individuo considera que posee. Los aspectos evaluativos del autoconcepto, a los que también se suelen denominar autoestima, están constituidos por el conjunto de sentimientos positivos y negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo (McCrae y Costa, 1988). En la determinación de la influencia de ambos componentes (cognitivos y evaluativos), va siempre a representar un papel importante la imagen que el sujeto considera que los demás tienen de él: la dimensión social que considera que merece".

Salvareza Leopoldo (comp) (1998) La vejez: una mirada gerontológica actual. Paidós, Buenos Aires, pág. 98.

Según Rogers.- Para C. Rogers, el autoconcepto está compuesto de aquellas percepciones y valores concientes de 'mí' o 'yo', algunas de las cuales son un resultado de la propia valoración por parte del organismo de sus experiencias, y en algunos casos fueron introyectadas o tomadas de otros individuos significativos o importantes. El autoconcepto es la imagen que el individuo percibe de sí mismo.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 330-331.

Según Rogers.- Para C. Rogers, el autoconcepto está compuesto de aquellas percepciones y valores concientes de 'mí' o 'yo', algunas de las cuales son un resultado de la propia valoración por parte del organismo de sus experiencias, y en algunos casos fueron introyectadas o tomadas de otros individuos significativos o importantes. El autoconcepto es la imagen que el individuo percibe de sí mismo (Engler B, 1989:330).

Engler Barbara (1989), *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: McGraw-Hill.

AUTOCONOCIMIENTO

El impulso hacia el autoconocimiento.- Ciertos hechos que podemos constatar cotidianamente nos obligan a pensar en la existencia de un impulso epistemofílico muy especial, dirigido hacia uno mismo, y que podemos llamar el impulso hacia el autoconocimiento, un impulso que tal vez encuentre su más temprana manifestación en las actividades autoeróticas de la primera infancia.

Están bastante difundidos los cursos y libros de autoayuda que se proclaman como "guías indispensables en la aventura de conocerse a uno mismo". Si estos libros se venden tanto es porque están satisfaciendo una necesidad de autoconocimiento: de hecho, no es infrecuente el enorme interés que manifiestan las personas cuando se les propone, aunque sea como un juego, hacerles un "test" o un análisis grafológico para explorar su personalidad. Somos extraños para nosotros mismos, nos desconocemos y este misterio ejerce una gran fascinación sobre nosotros, con lo que quedamos autoseducidos. Tal vez este impulso

hacia el autoconocimiento tenga su razón de ser, al igual que la tradicional pulsión de hambre, en mecanismos dispuestos por la naturaleza para la autoconservación del individuo: si me conozco mejor estoy en mejores condiciones de enfrentar las adversidades del mundo, tanto interno como externo. Este impulso hacia el autoconocimiento sería particularmente intenso en aquellas personas que Howard Gardner, califica como de 'inteligencia intrapersonal' (Porrás, 1990).

Ahora bien, este impulso hacia el autoconocimiento va descargándose a medida que vamos develando los misterios sobre nosotros mismos. Sin embargo, esta descarga no es nunca total, y ello por tres motivos: a) esta descarga del impulso al autoconocimiento se enfrenta con importantes obstáculos cuando encontramos algunas cosas que no nos gustan de nosotros mismos: por el principio del placer, descarga y displacer son procesos incompatibles; b) la no descarga total permite al sujeto mantener la ilusión de que él sigue siendo algo que en realidad no es, o para decirlo más psicoanalíticamente, permite al sujeto mantener la ilusión del Yo Ideal, sin defectos. Es como decir: "como no me conozco totalmente, es aún posible que sea todopoderoso, genio, etc". Un periodista de televisión llegó a decir que todos tenemos algo de genio, aunque no lo hayamos descubierto; y c) una descarga total haría desaparecer todo interés en el objeto conocido -nosotros mismos-, deslibidinización del yo que acarrearía una grave amenaza para la integridad yoica, similar a la que ocurre en la melancolía, y en consecuencia también para la autoconservación.

Pero, ¿cómo se las arregla en yo para vencer los obstáculos descriptos en el punto a), es decir, como hace el yo para autoconocerse a pesar del peligro de encontrar aspectos displacenteros o desagradables en sí mismos? La respuesta a esta cuestión podría ser la siguiente: el yo tiene que empezar por separar o escindir sus aspectos buenos y malos, o agradables y desagradables. Para ello retomamos una idea kleiniana: el yo proyecta en algunos objetos sus aspectos positivos y entonces amará a esos objetos, y en otros objetos distintos proyectará sus aspectos negativos, y entonces los odiará y le resultarán antipáticos. No es raro encontrar personas que aman a sus hijos porque "son como uno", y personas que odian a los chismosos, sin advertir que ellas mismas son más chismosas que los demás. Tal vez la realidad y el otro sean objetos sobre los cuales estemos proyectando esos aspectos positivos nuestros, y que en rigor, el ansia de conocerlos esconde en realidad un ansia de autoconocimiento. Este afán narcisista -amor hacia sí mismo- estaría entonces instituido como el motor del conocimiento, tanto de la realidad en general como del otro (pareja, etc).

Cazau P (2001) Vocabulario. Buenos Aires: Redpsicología

Referencias bibliográficas

Porrás J (1990) La hora de las siete inteligencias. Buenos Aires: Revista Conocer y Saber N°24, 1990.

AUTOEFICACIA

Definición.- Juicio que hace una persona concerniente a su habilidad para realizar con éxito una tarea particular en cierta situación.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

AUTOEROTISMO

Definición.- "Término acuñado por Havelock Ellis. Denomina un conjunto de manifestaciones sexuales cuyo objeto es el propio cuerpo. Puede incluir caricias generales así como la autoestimulación. El fin último no es siempre el orgasmo".

Barragán Medero F, (1991), La educación sexual. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós, pág. 151.

AUTOESTIMA

Generalidades.- "La opinión sobre nosotros mismos parece variar a lo largo de la vida, con el mayor grado de autoestima durante la niñez y a mediados de la adultez, y el menor durante la adolescencia y la vejez, según un estudio. 'Lo principal es que hay dos periodos críticos en el desarrollo donde la autoestima decae: la adolescencia y la vejez', dijo el autor del estudio, Richard W. Robins, de la Universidad de California, en Davis. 'Podemos especular que si la autoestima disminuye durante la adolescencia y la vejez, entonces quizás deberíamos enfocarnos en lo que es común a ambos periodos, es decir, los cambios rápidos de índole social y biológica', añadió el investigador. 'Tal vez, cuando el contexto social y nuestros cuerpos atraviesan periodos de cambios drásticos, la consecuencia más probable es la pérdida de la autoestima'. Los hallazgos se basaron en un sondeo a través de la Web de más de 326 mil personas de 9 a 90 años".

Cambios vitales y autoestima. Diario La U, Buenos Aires, 9 de octubre de 2002.

AUTOESTIMULACIÓN

Definición.- "Manifestación sexual normal, tanto masculina como femenina, de relación con nuestro propio cuerpo, especialmente los órganos genitales. No debe ser conceptuada como sustitutiva de otras

relaciones valoradas como más completas. Simplemente es diferente de otras formas de satisfacción sexual”.

Barragán Medero F, (1991), La educación sexual. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós, pág. 151.

AUTOINFORME

Definición.- “Información verbal que un individuo proporciona sobre sí mismo o sobre su comportamiento. Puede considerarse como una derivación de la autoobservación. El método de autoinforme posibilita recabar información sobre las situaciones en que tiene lugar la conducta. La calidad del autoinforme aumenta cuanto más contrastable y accesible es la información solicitada. También influye en la calidad el que haya transcurrido poco tiempo respecto a lo que se informa, el que requiera pocas transformaciones u operaciones cognitivas, y el que las inferencias realizadas sean las mínimas. No existe un acuerdo general sobre la forma de clasificar los autoinformes. Así, mientras gran parte de los autores incluyen bajo esta denominación todas aquellas técnicas o instrumentos mediante los cuales el sujeto proporciona información sobre sí mismo, es decir, la entrevista, el autoregistro, los comentarios, los inventarios de personalidad y las escalas, así como los pensamientos en voz alta, otros excluyen el autoregistro como categoría específica, y algunos autores, por motivos prácticos, utilizan el término para referirse únicamente a cuestionarios, inventarios y escalas, diferenciándolo así de la entrevista y del autoregistro”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

AUTOPLASTIA

Definición.- (Psicoanálisis) Normalmente el hombre trata de modificar el mundo externo, cuando quiere satisfacer una tendencia del Ello. Designaremos este proceso con el nombre de *aloplastia*. Pero, si en lugar de la modificación deseada se produce una alteración del Yo, el proceso recibe el nombre de autoplastia (Ferenczi).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- *Autoplástica* es un término empleado por autores como Lagache y Ferenczi, por ejemplo, y que designa toda conducta dirigida hacia el propio sujeto y, por tanto, capaz de modificarlo. Por ejemplo la conversión histérica (Ferenczi). Antónimo: aloplástica.

Cazau P (2000) Vocabulario de psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

AUTORREALIZACIÓN

Definición.- 1. a) Proceso por el cual un individuo desarrolla sus talentos y capacidades, la comprensión y aceptación de sí mismo; b) Estado resultante de la armonía e integración de los propios motivos. 2. Desarrollo equilibrado y armónico de todos los aspectos de la personalidad. Sinónimos aproximados: desarrollo de sí mismo, autonomía, individualización, productividad.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Según Maslow.- Según Maslow, “en general, la autorrealización se refiere al deseo de satisfacer el potencial más alto propio. En este nivel, el individuo que no aprovecha a plenitud sus talentos y capacidades está descontento e intranquilo: un músico debe crear música, un artista debe pintar, un poeta debe escribir si ha de estar en paz consigo mismo, decía Maslow” (pág. 356).

“Maslow definió a las personas autorrealizadas como individuos que están satisfaciéndose a sí mismos y realizando lo mejor de lo que son capaces de hacer”, y enlistó varias características que pueden agruparse en cuatro dimensiones clave: conciencia, honestidad, libertad y confianza”.

La *conciencia* implica rectitud interna propia y experiencias pico de la vida. El autorrealizado tiene una percepción precisa del mundo, es más realista y sus sentidos están más desarrollados. Es receptivo a la experiencia y no suele prejuzgar. Tiene con frecuencia experiencias pico donde expande su yo y cambia su modo de pensar.

La *honestidad* les permite conocer sus sentimientos y confiar en ellos. Pueden confiar en una gama amplia de sentimientos –amor, enojo, humor- presentes en las relaciones interpersonales. Los autorrealizados tienen un humor filosófico, interés social (se sienten profundamente parte de la humanidad) y forman relaciones interpersonales profundas, teniendo también una estructura de carácter democrático (son tolerantes).

En cuanto a la *libertad*, los autorrealizados son libres para ser independientes, creativos y espontáneos. Experimentan un alto grado de libertad que les permite aislarse del caos que rodea a otros. Tienen alto grado de desapego y necesidad de privacidad, y son autónomos e independientes, así como espontáneos (simples y naturales).

En cuanto a la *confianza*, los autorrealizados confían en ellos mismos, en su misión en la vida, en los demás y en la naturaleza. Se concentran más en el problema que en ellos mismos, demuestran

aceptación de sí mismos, de los demás y del mundo. Viven en armonía con su cultura pero permanecen algo apartados de ella, y a veces se los tilda de excéntricos.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 356-363.

Según Jung.- Jung sugirió que el yo está en el proceso de la autorrealización. No indicó etapas en el desarrollo de la personalidad ni sugirió que la infancia fuese la más importante. De hecho, los años medios (35-40 años) marcan cambios importantes.

Jung señala que la autorrealización implica desarrollar potencialidades hacia un fin (teleológico) y también es el efecto de causas primarias o condiciones antecedentes. La autorrealización de sí mismo implica individuación y trascendencia. En la *individuación*, los sistemas de la psique individual logran su más completo grado de diferenciación, expresión y desarrollo. La *trascendencia* se refiere a la integración de los diversos sistemas del yo hacia el objetivo de la integridad y la identidad con toda la humanidad.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 88.

AVERSIÓN

Definición.- "Repulsión violenta, repugnancia respecto de alguna cosa o de alguien. En terapia de conducta, *terapia por aversión*, método terapéutico que intenta conseguir la eliminación de un hábito patológico, mediante la presentación de un estímulo, físico o farmacológico, desagradable, junto con el hábito que se desea eliminar. Esta presentación conjunta de forma contingente produce un condicionamiento o asociación entre el estímulo desagradable (aversivo) y el citado hábito".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

BARANGER, WILLY

[psicoan.] (Bône, 1922-Buenos Aires, 1994). En 1946 el Ministerio de Relaciones Exteriores de Francia lo envió a Buenos Aires, como profesor del Instituto Francés de Estudios Superiores. Ese mismo año Willy y su esposa Madeleine, profesora de letras clásicas, se integraron a la recientemente fundada Asociación Psicoanalítica Argentina (A.P.A). Su formación filosófica y humanista ejerció en él una particular manera de pensar el psicoanálisis, preservándolo de los riesgos del enfoque genético, económico y objetivante. Su obra se podría enfocar como un conjunto de trabajos sobre varios núcleos temáticos referidos a la teoría de la técnica, a la psicopatología, al concepto de objeto en psicoanálisis, a la incidencia de lo ideológico en el quehacer analítico y preocupaciones por el escamoteo de la noción de sujeto. Es esta formación la que le permite entender de entrada al Freud del descubrimiento del inconsciente y su acción de subversión. Es esto también (y sin perder a M. Klein) lo que le lleva a leer a Lacan. Se interesa especialmente en el Lacan de la década del 53 al 63, aquel del "volver a Freud", el que todavía no se postula como un nuevo paradigma. Baranger es un maestro también en sus textos. Si cada autor está implícito en su obra, si el estilo supone íntegramente el ser, él invita a su interlocutor imaginario a un diálogo fecundo para pensar y repensar la teoría y la técnica psicoanalíticas. Un texto de Baranger obliga al lector a enzarzarse con él en un cuidadoso y singular cuerpo a cuerpo. Sus textos, rigurosos y medulosos, tienen el efecto de generar en el lector el surgimiento de un desafío trófico que lo entusiasma para adentrarse en ellos, similar a la aventura que suscita el ingreso a una ciudad desconocida para internarse, extraviarse en sus vericuetos y rastrear su elusivo camino en un incesante proceso de reconstrucción. Claro, se abren paso con lentitud. Se dejan leer con una incertidumbre creadora, que deja crecer y desarrollarse orgánicamente en el lector con una mínima intervención del autor-maestro. Jean Genet solía dictaminar sobre la escritura de su tiempo: "Si se conoce de antemano el punto de partida y el de llegada no puede hablarse de empresa literaria, sino de trayectoria de autobús". La lectura rigurosa de otros autores, que con criterio clínico desarrolla y sus aportes cuestionadores e innovadores mantienen al lector en la posición de la sorprendente aventura del descubrimiento psicoanalítico y operan como una garantía del no cierre a un pensamiento cristalizado. Pero un texto de Willy no se contenta con una simple lectura. Sino que requiere de un ejercicio particular: la relectura. Como observó con lucidez André Gide: "lo que se comprende en un abrir y cerrar de ojos no suele dejar huella", y este producto de asimilación instantánea está condenado de ordinario al olvido. El lector "barangereano" se halla impulsado a colaborar con el autor para apropiarse de las innovaciones propuestas. Imperceptiblemente, el lector se convertirá en relector y, gracias a ello, intervendrá activamente en el asedio y escaló del texto leído y releído. A la postre, Baranger como autor-maestro de la obra psicoanalítica no sólo crea a ésta, sino a un interlocutor con el que intercambia experiencias y estimula creativamente su pensar. Es un autor que no fascina con la palabra; ésta cumple la función de una suerte de palabra-ventana para que el lector pueda abrirla-cerrarla-asomarse o dejarla entreabierta para que él mismo pueda regular la intensidad de la luz adecuada y logre disfrutar y confrontar con el texto. Es así como el lector deviene activamente en relector y la relectura fecunda su pensamiento. Por eso las palabras oral y escrita de Baranger tienen el efecto elocuente de una experiencia, a la vez que profunda e íntima, imborrable y transformadora. Muchas veces le preguntamos por sus primeros pasos en el psicoanálisis. Nos decía: "en el primer tiempo estuve muy identificado, digamos, con el pensamiento kleiniano, pero hubo un antes;

yo venía de la filosofía, y acá me encontré con Pichon, por supuesto. Pero hubo un antes de Pichon..., que era Lautréamont, el surrealismo, y con la posición de un filósofo de posguerra, un tiempo merleau-pontiano. Cuando estuve trabajando en el Hospicio con Pichon me di cuenta claramente de algo que yo sabía desde Merleau-Ponty: que el objeto no es el objeto y el sujeto no es el sujeto, y que el objeto y el sujeto se dan como campo y se definen uno por otro. Seguro que esto está explícito en la teoría del campo, está claro desde el principio: cuando se habla de dos personas en el análisis es lo mismo, uno se define respecto al otro". Y le preguntábamos por sus lecturas: "Mis primeros contactos con los libros de Freud fueron a los 16 años, viniendo a Buenos Aires, y a través de la Negra [Arminda Aberastury], que era muy convincente y creadora, me encontré con Melanie Klein. No hay que olvidar que el primer número de la revista de A.P.U. tiene un artículo de Melanie Klein. Eso no es casualidad." (Recordemos que Madelaine y Willy Baranger tuvieron un papel decisivo en la creación de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay). "Después de conocer bien la obra de M. Klein me empecé a preguntar: ¿cómo se casan Klein con Freud? Durante un tiempo coexistieron dentro mío; hasta que estas reflexiones me llevaron a hacer cuestionamientos, por ejemplo al punto de vista económico de Freud, al Edipo temprano y tardío y la ausencia del padre en M. Klein. Y luego surgió mi encuentro con Jacques Lacan". En el año 1959, Baranger publica en la Revista de Psicoanálisis de Francia dirigida por Lagache, un artículo acerca del "Yo y la función de la ideología"; en el que esboza el concepto de baluarte intrasubjetivo que es necesario diferenciar del baluarte intersubjetivo que se da en el campo analítico. ¿Pero qué es un baluarte? "Para el analizante el baluarte representa un refugio inconsciente de poderosas fantasías de omnipotencia. Este baluarte es enormemente diverso entre una persona y otra pero nunca deja de existir. Es lo que el analizante no quiere poner en juego porque el riesgo de perderlo lo pondría en un estado de extrema desvalidez, vulnerabilidad, desesperanza. En ciertas personas el baluarte puede ser su superioridad intelectual o moral, su relación con un objeto de amor idealizado, su ideología, su fantasía de aristocracia social, sus bienes materiales, su profesión, etc. La conducta más frecuente de los analizantes en defensa de su baluarte consiste en evitar mencionar su existencia. El analizante puede ser muy sincero en cuanto a una multitud de problemas y aspectos de su vida, pero se vuelve esquivo, disimulado y aún mentiroso cuando el analista se aproxima al baluarte. El éxito del análisis depende de en qué medida el paciente haya aceptado analizarlo, es decir perderlo y perder con el baluarte sus fantasías básicas de omnipotencia. Pero el baluarte dentro del campo psicoanalítico se produce por una complicidad que engloba tanto la resistencia del analizante como la contrarresistencia del analista, comunicadas inconscientemente entre sí y operando juntas. Analista y analizante siguen dando vueltas alrededor de la noria o del baluarte que han constituido juntos, sin quererlo. El baluarte en el campo psicoanalítico es una formación artificial. Un subproducto de la técnica analítica. Se manifiesta como obstáculo al proceso analítico porque sustrae un sector más o menos amplio del mundo interno del analizante. Es una estructura cristalizada o una modalidad de relación inamovible entre ambas partes participantes. Proviene de la colusión entre ciertos aspectos inconscientes del analizante y aspectos correspondientes del inconsciente del analista". Sostengo que los conceptos barangereanos cuestionan el compromiso del analista en el proceso analítico y modifican el enfoque unipersonal o bipersonal acerca de los términos de: insight, resistencia y trabajo de elaboración. Y el concepto de campo no debería ser equiparado a la mera existencia de la transferencia del analizante y de la contrartransferencia del analista. No es sólo eso. El campo es creador de un conjunto fantasmático original: de una fantasía inconsciente básica, concepto que despierta variadas resistencias entre los analistas: ¿Pero en qué se diferencia esta fantasía de otras? Esta fantasía surge en el proceso analítico creado por la situación del campo y por su intermedio las cosas se suceden. No es la consecuencia de una comunicación inconsciente, ni de un mecánico entrecruzamiento de identificaciones proyectivas e introyectivas, sino su condición. La fantasía inconsciente básica es una producción original y originada en el campo y por su mediación se estructura su dinámica, incluye zonas importantes de la historia personal de los participantes que asumen un rol imaginario estereotipado. Esta fantasía no tiene una clara existencia fuera de la situación del campo, si bien se enraíza en el inconsciente de cada uno de los integrantes. A partir de esta fantasía inconsciente de campo se puede comenzar a desentrañar el funcionamiento psíquico y la historia intrasubjetiva en cada uno de los participantes. Desde la intersubjetividad a la intrasubjetividad. Desde el "hic et nunc" al pasado y al porvenir. Desde este precipitado aparentemente atemporal, a la temporalidad de la resignificación. La admisión del status del concepto de fantasía inconsciente básica de campo se halla condicionada a la superación de varios obstáculos: Este concepto asesta una nueva herida al narcisismo y al poder del analista porque éste vuelve a perder la ilusión de la omnipotencia y de la soberanía de la autosuficiencia. En el vínculo con el otro y con los otros, la fantasía creada en y por la situación de campo "despliega sus alas", es autónoma y ejerce sus propios influjos sobre los sujetos a semejanza del inconsciente que tiene sus propias leyes y psicodinamismos independientes al dominio consciente y racional. Aceptar su presencia en toda relación más o menos estable y duradera, exige la inevitable asunción de un trabajo complejo y agregado. El analista no puede continuar sosteniendo la posición de un pasivo observador de una situación que injustamente lo aliena y frustra, sino que requiere efectuar un cambio posicional. El también participa en grados asimétricos, a través de su propio funcionamiento psíquico, condicionado a sus series complementarias, en el desenlace de los destinos tróficos o

destructivos de los vínculos. El trabajo psíquico agregado impone la resignación de la automática tendencia a depositar el torrente de proyecciones e identificaciones proyectivas en los otros o a la vuelta masiva de éstos sobre sí mismo, para admitir que, finalmente cada uno de los integrantes del campo, participa en la producción de la fantasía intersubjetiva, que además, es originada y original por la particular situación de ese campo. La fecundidad de este concepto abre caminos nuevos: el advenimiento de la mismidad correlativamente con la consolidación de la alteridad; permite la revisión de la historia propia y de la ajena y el reconocimiento de los puntos de anudamiento, de semejanza, de diferencia y de complementariedad entre los participantes.

Luis Kancyper

Aporte de Ricardo Bruno

BARBITÚRICO

Definición.- Los barbitúricos son derivados del ácido barbitúrico o malonilurea, descubiertos en 1862 y aplicados desde 1903. Hasta la actualidad se han sintetizado más de dos mil barbitúricos.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

BARRERA

Definición.- Concepto derivado de la *psicología topológica o vectorial*, de Kurt Lewin. Este autor describe el "espacio vital" como un campo de fuerzas. Barrera es algo que impide o previene un curso de acción. Además de pasiva -al modo de un escudo o parapeto-, la barrera es también una fuerza, pero de sentido contrario.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- La fuente usual del conflicto es una barrera que se opone a satisfacer un motivo. Hay tres tipos principales de barreras:

Situacionales	Bloqueo físico Ambigüedad situacional
Interpersonales	
Intrapersonales	Por deficiencia Por presencia de otros motivos conflictivos

Barreras situacionales: Puede ser un bloqueo físico (el bebé no puede alcanzar el juguete por estar fuera del corralito) o, sin que haya bloqueo físico, no se puede alcanzar la satisfacción por haber indicios ambiguos para llegar a ella (el que quiere llegar a cierto lugar y los carteles indicadores son ambiguos, o el perro que no sabe cómo reaccionar frente a una elipse que parece un círculo, cuando fue entrenado para huir con elipses y acercarse con círculos. Ambos experimentan frustración).

La ambigüedad puede estar también en la retroalimentación, por ejemplo, el chico que a veces es premiado y otras castigado por la misma conducta y en la misma situación.

Barreras interpersonales: Cuando una persona o un grupo impide satisfacer un motivo, sea éste social (no dan el cariño que uno quiere) o no social (no nos aceptan como socios de un club).

Barreras intrapersonales: Barreras cuyo motivo de satisfacción están en ellas mismas. Algunas veces no podemos lograr metas por alguna deficiencia (un atleta herido, un inmigrante que no conoce el idioma). Otras veces es porque hay otro motivo: o estudiar o divertirse; o comprar un juguete o un caramelo. Ejemplo clásico: el del adolescente que debe optar entre pecar y resistir la tentación.

Muchas veces las situaciones implican varios tipos de barreras: por ejemplo, la adolescente que vive en el campo (barrera situacional) no puede lograr su meta de popularidad no solo por la distancia física a la ciudad, sino por la apatía de sus compañeros (barrera interpersonal) y su propio temor a ser rechazada (barrera intrapersonal).

Sin embargo, distinguir los tres tipos de barreras ayuda a identificar las fuentes potenciales de frustración.

Resolución del problema frente a la frustración.- Normalmente las barreras llevan a la solución de problemas, pero cuando se abandona el intento por resolverlos, esta frustración obedece más bien al convencimiento que la persona no puede alcanzar sus objetivos.

Condensado de Mc Keachie W y Lackner Doyle C (1973) Psicología. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano. Capítulo 11.

BATERÍA

Definición.- Una combinación de tests cuidadosamente seleccionados para producir una variedad de respuestas correspondientes y balanceadas con respecto al score total para proveer una eficiencia máxima como instrumento de medición.

BEBÉ PREMATURO

Escolaridad.- Un estudio reveló que 25 por ciento de los bebés prematuros tuvo dificultades escolares. Los niños nacidos entre cinco y ocho semanas antes de tiempo tienen más probabilidades de atravesar dificultades durante sus etapas escolares que aquellos que nacen a su debido tiempo, según reveló un grupo de investigadores británicos.

El estudio, publicado en la revista "Archives of Disease in Childhood", comprendió a chicos nacidos en 1990 con entre cinco y ocho semanas de antelación.

Los psicólogos y clínicos ingleses señalaron que de los chicos que nacieron prematuros "el tres por ciento iba a una escuela especial, el cuatro necesitaba ayuda especial en temas educativos y el 25 presentó dificultades con las matemáticas, la escritura y las capacidades motrices".

Estudiar es mas difícil para bebés prematuros. Buenos Aires, Diario Publimetro, 2 de Julio de 2001

Estrés postraumático en nacidos prematuros.- Introducción: El recién nacido prematuro es fisiológicamente inmaduro y vulnerable. Tras el alumbramiento, se enfrenta a un contingente de estímulos adversos, radicalmente opuestos a la calidez del útero materno. En este estudio se pretende evaluar la prevalencia de las alteraciones emocionales del recién nacido y la influencia del contacto físico con la madre durante el ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Pacientes y métodos: Estudio de seguimiento prospectivo de una cohorte de recién nacidos ingresados en una UCIN, con grupo de comparación de recién nacidos a término, no ingresados. Resultados: Comparando el número de respuestas consideradas patológicas dentro de la incubadora/cuna y fuera de la misma en brazos de la madre, se hallaron los siguientes promedios: en brazos de la madre, 0,6/h, y en la incubadora/ cuna, 20,6/h ($p < 0,001$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la presencia de reacciones patológicas a estímulos externos que favorecían la reexperimentación del acontecimiento traumático (riesgo relativo: 3,3). Conclusiones: Sin duda, son muchos los factores que deben considerarse en la prevención del desarrollo de trastorno por estrés postraumático, y son investigaciones de esta índole las que nos impulsan a pensar en la necesidad de realizar estudios sobre modificaciones ambientales en la UCIN.

S Reyes-Alvarado; J Romero Sánchez; F Rivas-Ruiz; E Perea-Milla; R Medina López; AM León Ruiz; J Álvarez Aldeán.

Trastorno por estrés postraumático en nacidos prematuros. ANALES DE PEDIATRÍA. 2008 AGO;69(2):134-140.

BEHAVIORISMO

Definición.- "Escuela psicológica que considera que el comportamiento es base primordialmente importante en la psicología y que puede ser estudiado y observado de la misma forma en que se observan y estudian otros fenómenos físicos. Esta escuela se deriva de los trabajos de C. Lloyd Morgan sobre el comportamiento animal y la mejor obra, tal vez, (página 52) introductora de esta disciplina es "Behaviorism" de J. B. Watson" (Speck, 1966:51).

Speck G (comp) (1966) Diccionario científico ilustrado. New York: Editors Press Service.

Definición.- "La psicología vista por un behaviorista es una rama experimental puramente objetiva de la ciencia natural. Su objetivo teórico es la predicción y el control de la conducta. Ni la introspección forma parte de sus métodos, ni el valor científico de sus datos depende de la facilidad con que estos se presten a una interpretación en términos de conciencia. El behaviorista, en su esfuerzo por obtener un esquema unitario de la respuesta animal, no reconoce línea divisoria entre el hombre y la bestia. La conducta del hombre, con todo su refinamiento y complejidad, solo forma parte del esquema behaviorista total de investigación".

Watson J, La psicología vista por un behaviorista. Psychological Review 20,158-177. Traducción de María Teresa Bollini.

Postulados.- "El behaviorismo se caracteriza ordinariamente como la ciencia del comportamiento. Si fuera así, su verdadero nombre debería ser: praxología o antropomanía o mejor aun: behaviorística. Una palabra terminada en "ismo" puede servir a lo sumo para designar a una teoría. De hecho, el behaviorismo no es una ciencia psicológica, sino una concepción de la psicología como ciencia. Brevemente formulada, plantea que la psicología para ser una ciencia irrefutable, tal como la física o la fisiología, no puede y no debe tener otro objeto que el comportamiento (behavior) del hombre y del animal" (Tilquin A, 1969:3).

Tilquin A (1969) El behaviorismo. Ficha N 399 de la Cátedra de Historia de la Psicología, de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Traducción de María Angélica Palombo de Le Behaviorismo. Origine et développement de la psychologie de réaction en Amérique, Librairie Philosophique J. Vrin, Paris, 2da ed, 1950).

Programa.- "La psicología humana, tal como la concibe el behaviorista, debe construirse a imitación de la psicología animal objetiva y experimental, tomando prestado de ella su objeto, su método, su fin, de

manera tal que haya no dos psicologías, la humana y la animal, separadas por una membrana impermeable, ignorándose la una a la otra, teniendo objeto, métodos, fines radicalmente diferentes, sino una sola psicología que ocupe su rango entre las ciencias de la naturaleza.

La psicología así comprendida no trata del alma, la conciencia, el espíritu, sino del comportamiento, es decir, del conjunto de respuestas adaptativas, objetivamente observables, que ejecuta el organismo, tomado como un todo, en respuesta a los estímulos, objetivamente observables también, provenientes del medio físico o social en el cual vive el organismo.

Dicha psicología tiene por método, no ya la introspección o sus formas larvadas, sino la observación ordinaria; por fin, no la descripción analítica y estéril de la conciencia, sino la formulación de leyes de comportamiento susceptibles de permitir previsiones y de fundamentar eventualmente una acción eficaz del hombre sobre la naturaleza humana. La psicología humana es entonces una ciencia indiscutible, una ciencia concreta, porque parte de la vida corriente, es una ciencia útil y fecunda, porque alcanza esta vida y puede dar lineamientos al hombre.

Watson está convencido de que se puede definir a la psicología humana como a la "ciencia del comportamiento", que se puede construir una psicología que se atenga estrictamente a esta definición sin emplear nunca más los conceptos condenados de conciencia, contenidos de conciencia, espíritu, estados mentales, sensaciones, imágenes, etc. Y su definición del comportamiento muestra que realmente, es la psicología animal, con sus preocupaciones biológicas, la que lo conduce a esta concepción. Una psicología humana, capaz de satisfacer a los hombres de ciencia, dice Watson, debe tener por punto de partida "el hecho observable de que todos los organismos, humanos y animales, se adaptan a su medio por medio de ajustes innatos o adquiridos, sean estos ajustes perfectos, o por el contrario, tan defectuosos que el ser llegue muy escasamente a mantener su existencia" (Tilquin A, 1969:48).

Tilquin A (1969) El behaviorismo. Ficha N 399 de la Cátedra de Historia de la Psicología, de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Traducción de María Angélica Palombo de Le Behaviorismo. Origine et développement de la psychologie de réaction en Amérique, Librairie Philosophique J. Vrin, Paris, 2da ed, 1950).

Behaviorismo molar.- "El sistema de Tolman, behaviorismo "teleológico y molar" participa de la psicología finalista de Mc Dougall y de la psicología gestáltica, así como del behaviorismo.

Tolman se afirma behaviorista. Para él, el único objeto susceptible de investigación científica de parte del psicólogo, es el comportamiento. Pero se adopta el behaviorismo en tanto actitud, lo repudia en tanto doctrina. El estudio minucioso del comportamiento animal le ha mostrado las insuficiencias de la forma del behaviorismo estricto, que encuentra simplista, para una descripción fiel y matizada del comportamiento. Es llevado entonces a recurrir a nociones suplementarias que tornarán más exacta la descripción del comportamiento y que han sido planteadas antes por sistemas psicológicos no-behavioristas. Es así, que toma prestado de Mc Dougall. Por intermedio de Perry la noción de intención (purpose) que parece indisolublemente ligada a una concepción mentalista e incluso vitalista de la actividad psicológica. Es así que incluso toma prestada de la escuela de la Gestalt, la noción de configuración (de donde elabora la noción de "signo-gestalt) que es una noción fenomenológica, es decir, en suma mentalista. Es así finalmente que toma de la psicología corriente, términos como conocimiento, hipótesis, representación, idea, etc.... Esos préstamos pueden parecer incompatibles con la actitud behaviorista, y lo serían ciertamente, si, por intención, conocimiento, idea, signo-gestalt, etc., Tolman entendiera entidades psíquicas distintas del comportamiento (por medio del cual) ellas se manifestarían. Pero su tesis es la de que se trata sólo de aspectos, de rasgos inmanentes del comportamiento (en el cual) son directamente observables. La fórmula behaviorista del comportamiento, se enriquece considerablemente entre las manos de Tolman, como ya había ocurrido con Kantor. El estímulo, y la respuesta no son sino las extremidades de una red muy complicada, cuyos numerosos elementos se distribuyen en muchos casos, y quizá sobre muchos escalones, y son designados muy a menudo con nombres inventados y difícilmente traducibles" (Tilquin A, 1969:85).

Tilquin A (1969) El behaviorismo. Ficha N 399 de la Cátedra de Historia de la Psicología, de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Traducción de María Angélica Palombo de Le Behaviorismo. Origine et développement de la psychologie de réaction en Amérique, Librairie Philosophique J. Vrin, Paris, 2da ed, 1950).

BIENESTAR PSICOLÓGICO

Generalidades.- "Desde el punto de vista teórico, el bienestar psicológico supone poder desarrollar actitudes positivas hacia la vida personal, tanto respecto del tiempo actual como pretérito; capacidad para vincularse con los otros; relaciones afectivas con significación personal; creencias respecto del sentido de la vida; sentimientos positivos a propósito del paso del tiempo y el logro de la madurez, y un grado de autonomía en la toma de decisiones" (Casullo M, 1992).

Casullo María Martina (comp) (1992) Evaluación del bienestar psicológico en iberoamérica. Buenos Aires: Paidós.

BINET, ALFRED

(Niza, 1857-París, 1911) Pedagogo y psicólogo francés. Especializado en psicofisiología por La Sorbona, trabajó junto a Charcot en el Hospital de la Salpêtrière. Sus investigaciones con los niños inadaptados y con bajo rendimiento intelectual se exponen en sus libros *La sugestibilidad* (1900) y *Estudio experimental de la inteligencia* (1903). En *La escala métrica de la inteligencia*, publicado en 1905 conjuntamente con Théodore Simon, por encargo del gobierno francés, elaboró una escala de tests de dificultad progresiva para medir el desarrollo de la inteligencia en los niños, adaptados a la capacidad de respuesta correspondiente a la edad. Los resultados del test se expresan en términos de «coeficiente de inteligencia», que se obtiene al dividir la «edad mental», derivada de los resultados de la prueba, por la edad cronológica del niño multiplicada por cien. En 1908 publicó una revisión del test que modificaba algunos ítems del cuestionario, a la que sucedieron otras revisiones en años posteriores.

Fuente: <http://www.biografiasyvidas.com/>

BINSWANGER, LUDWIG

Nació el 13 de abril de 1881 en Kreuzlingen, Suiza, dentro de una familia bastante acomodada en la tradición médica y psiquiátrica. Obtuvo su licenciatura de la Universidad de Zurich en 1907. Estudió bajo la tutela de Carl Jung y como él mismo estuvo haciendo su internado con Eugen Bleuler, compartiendo su interés por la esquizofrenia.

Jung le presentó a Sigmund Freud en 1907. En el 1911 Binswanger ocupó la plaza de Jefe Médico y Director en el Sanatorio Bellevue en Kreuzlingen, posición ocupada previamente por su padre y su abuelo. Al año siguiente, enfermó y recibió una visita de Freud, quien raramente se alejaba de Viena. Su amistad duró hasta la misma muerte de Freud en 1939, incluso a pesar de sus divergencias teóricas. En los primeros años de la década de los veinte, Binswanger cultivó un interés especial sobre las obras de Edmund Husserl, Martin Heidegger y Martin Buber, inclinándose paulatinamente hacia una perspectiva existencialista más que freudiana. En los años 30, podríamos decir con franqueza que fue el primer terapeuta verdaderamente existencialista. En 1943, publicó su trabajo más importante, *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*, el cual aún no se ha traducido al inglés.

En 1956, Binswanger abandonó su posición en Bellevue después de 45 años como Jefe Médico y Director. Continuó estudiando y escribiendo hasta su muerte en 1966.

Fuente: Boeree George (2002) *Teorías de la Personalidad*. Traducción de Gautier Rafael.

BIOGRAFÍA

Generalidades.- Revisión escrita de la vida de una persona. Es una de las formas más antiguas de expresión literaria, y tiene como variante la autobiografía, que es una biografía del propio autor. El término biografía se refiere en la actualidad a un género literario que emplea un amplio número de recursos, estrategias y aproximaciones y, por lo general, entra en las profundidades más íntimas de la personalidad y de la experiencia, intentando presentar un panorama lo más amplio posible del sujeto de la biografía, no sólo relatando los acontecimientos de su vida, sino identificándose con él en todas las etapas de su existencia. Idealmente, el autor reseña hechos de la vida del sujeto -nacimiento y muerte, estudios, ambiciones, conflictos, medio social en el que se desarrolló, trabajo, relaciones y anécdotas, entre otros- en un libro que tiene la independencia de cualquier obra creativa y que, a la vez, es real como la vida misma. [Encarta] Acotación: que la vida sea un sueño, como dijo Segismundo, o real, como afirma el redactor de Encarta, es asunto que discuten los filósofos. La que sí ni es real ni la vida misma es la biografía (o la autobiografía). Es una reproducción verbal de la vida, ni siquiera de la vida misma. La palabra no es la cosa. Y para Freud, la representación-palabra no agota la representación-cosa. En el mejor de los casos, el biógrafo trata de ser fiel y exhaustivo. La exhaustividad estará condicionada por el tiempo de que disponga y por el medio (revista, libro, CD, página Web) en que publique. La fidelidad será, ante todo, parcial, porque el biógrafo no es el biografiado, tampoco si se trata de una autobiografía. Intervienen también los sentimientos conscientes e inconscientes del autor, sus prejuicios y sus tendencias de grupo o de escuela. Uno de ellos, la envidia (vulgarmente, "mala leche"), ya que el personaje sobre el cual se escribe es alguien sobresaliente. Unas veces el biógrafo es agresivo, intentando ponerse él en primer plano. Otras veces con aparente "buena leche", omitiendo los aspectos negativos del personaje, se presenta como alguien con buenas intenciones.

Por Ricardo Bruno. El autor fue entre 1978 y 1998 asesor literario de la Revista de Psicoanálisis de la APA, y ha dirigido el Diccionario de Psicología (Ed. Claridad, Buenos Aires, 2000).

BION, WILFRED

Biografía.- Wilfred Rupert Bion (1897-1979), médico psiquiatra conocido fundamentalmente por sus experiencias con grupos terapéuticos y sus trabajos teóricos sobre la vida grupal, y por sus investigaciones sobre la esquizofrenia, a propósito de las cuales elaboró un sistema teórico sobre la génesis del pensamiento.

Bion nace en 1897 en la ciudad de Muttra (India) donde su padre, un ingeniero civil británico se encontraba trabajando. Permanece allí hasta los 7 años, edad a la que es enviado a Gran Bretaña para realizar sus estudios.

A los 18 años es incorporado al Ejército, del que saldrá con el grado de oficial, y participa activamente en la Primera Gran Guerra. Al finalizar ésta, comienza sus estudios en Oxford, graduándose en Historia Moderna en 1921. A continuación estudia Medicina, recibiendo en 1929.

Comienza su trabajo como médico psiquiatra en distintos hospitales al mismo tiempo que comienza su análisis personal con John Rickman en 1943.

Ingresa a la Tavistock Clinic, y en la década 1940/1950 se dedica a trabajar con grupos terapéuticos, tanto en la Tavistock como en su consultorio particular. En 1950 comienza su análisis didáctico con M. Klein y abandona el trabajo con grupos, aunque no sus trabajos teóricos sobre la vida grupal, trabajos que se irán elaborando a lo largo de 30 años.

Los primeros grupos por él atendidos eran miembros del ejército británico, afectados por la Segunda Guerra Mundial y a los que había que rehabilitar para lograr su readaptación profesional y privada. Se dedicará en los años siguientes a investigaciones sobre psicosis, especialmente la esquizofrenia, a partir de lo cual elaborará sus teorías sobre el pensar, tanto patológico como normal, sobre el lenguaje, y sobre las funciones y factores de la vida mental. También se ocupa de los problemas relativos al crecimiento mental y el cambio, y los fenómenos inherentes a la función del analista.

En 1968 decide emigrar a los Estados Unidos, donde permanece once años, viajando además por Europa y América dictando numerosos cursos y seminarios, y efectuando supervisiones. En aquel año estuvo en Buenos Aires durante dos semanas, reuniendo a su alrededor en sus clases y conferencias a todos aquéllos que desde hacía años adherían a sus teorías.

A lo largo de su extensa vida fue miembro y recibió las máximas distinciones de las distintas asociaciones psicoanalíticas europeas y americanas.

Bion fallece en Oxford, en noviembre de 1979 a los 82 años, luego de una breve enfermedad y cuando ya tenía decidido volver a Gran Bretaña luego de su "exilio" de once años, según dijo, "ante el peligro de ser decorado con medallas hasta hundirse sin dejar rastros". Su propia coherencia interna con las teorías por él postuladas, lo llevó a buscar perpetuamente otros caminos en el afán de encontrar más o mejores verdades.

Entre sus principales trabajos se cuenta "Tensiones intragrupalas" (1943), "Psiquiatría en un momento de crisis" (1947), "Experiencias en grupos" (1948-1952), "Lenguaje y esquizofrenia", "Desarrollo del pensamiento esquizofrénico", "Ataques al vínculo", "Volviendo a pensar", "Diferenciación de la personalidad psicótica y no psicótica", "Sobre la alucinación", "Sobre la arrogancia", "Los trastornos psicóticos y algunas de sus peculiaridades" (todos trabajos sobre esquizofrenia que datan de 1953/59), "Una teoría del pensamiento" (1962), "Aprendiendo de la experiencia" (1962), "Elementos de psicoanálisis" (1963), "Transformaciones" (1965), "Atención e interpretación" (1970), y "Memoria del futuro" (autobiografía novelada en tres tomos: "El sueño", "El pasado presentado" y "El amanecer del olvido", 1979).

Condensado de Rousseau Mignon (1995) Grupo, esa posible-imposibilidad. Buenos Aires: Tekné.

BIORRETROACCIÓN

Generalidades.- Se distinguen miedos primarios (producidos por un peligro real, un estímulo doloroso) y miedos secundarios (de origen desconocido, son adquiridos). Estos miedos pueden disiparse mediante biorretroacción, o sea estableciendo un feed-back con el ambiente y las consecuencias de la propia conducta. Uno puede modificar sus conductas si cambia el medio (por ejemplo si aparece una recompensa o un castigo) y a su vez la conducta cambiada influye sobre el ambiente. Ejemplos de feed-back son la electromiografía y electroencefalografía, donde el paciente cambia su conducta a medida que ve como varían sus registros eléctricos en una pantalla.

Hay una biorretroacción intrínseca y otra extrínseca. Las primeras son aquellas de las que dispone normalmente nuestro cerebro cuando debe aprender nuevas conductas psicomotrices, y son casi totalmente involuntarias o autónomas.

La biorretroacción extrínseca es voluntaria, porque el paciente recibe un dato del ambiente (por ejemplo su presión arterial en un reloj), y en función de ella cambia su conducta o intenta reducir su ansiedad.

La biorretroacción se aplica en casos como por ejemplo de rehabilitación neuromuscular luego de lesiones, incontinencia fecal y enuresis, síndrome de Raynaud (manos y pies fríos por ansiedad), cefaleas migrañosas o por tensión, arritmias cardíacas, hipertensión e hipotensión, dolores articulares, Gran Mal, hiperactividad y asma.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 26, punto 8.

Generalidades.- "La Biorretroacción suministra información a una persona considerando uno o más procesos fisiológicos en un esfuerzo por capacitar a la persona para ganar algún elemento de control voluntario sobre las funciones corporales que normalmente operan fuera de la conciencia. La Biorretroacción se basa en el concepto de que las respuestas autonómicas pueden controlarse por

procesos de condicionamiento operante o instrumental. Las manifestaciones fisiológicas de ansiedad o tensión (por ejemplo, cefaleas, taquicardia y dolor) se pueden reducir enseñando al paciente a ser conciente entre las diferencias fisiológicas de tensión y relajación. La enseñanza implica retroalimentación inmediata al paciente a través de registros concretos luminosos o acústicos del funcionamiento biológico del paciente durante los estados de ansiedad versus relajación. El procedimiento refuerza la conciencia del paciente de que el estado se presenta y ayuda al paciente a controlarlo" (página 869).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

BIORRITMO

Definición.- Ritmo de la vida, de los procesos vitales de los organismos, muy evidentes en los ciclos periódicos femeninos, así como en la etapa adolescente de ambos sexos. Algunos supuestos no han podido ser comprobados, por ejemplo el de Wilhelm Fliess, quien afirmó que la vida de un hombre se mueve en fases rítmicas de 23 días, y la de una mujer en fases de 28.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

BIOTIPO

Definición.- Este término genérico comprende todos los individuos que se parecen uno a otro genotípicamente.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "1. Conjunto de sujetos que tienen el mismo genotipo, es decir, la misma constitución genética. 2. Tipo de personalidad basada en la constitución corporal. El modelo más sobresaliente fue propuesto por E. Kretschmer, que distinguía entre biotipos leptosómicos, pícnicos y atléticos (delgados, gruesos y fornidos, respectivamente). Más tarde E. H. Sheldon llegó a una clasificación paralela, si bien llamó a sus tres grupos ectomorfo (análogo al leptosómico), endomorfo (correspondiente al pícnico) y mesomorfo (correspondiente al atlético). Debido a sus limitaciones, estos modelos de personalidad poseen hoy en día poca aceptación en la psicología científica".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

BOSS, MEDARD

Resulta imposible imaginarse una mejor preparación en una carrera de psicoterapia. Nacido en St. Gallen, Suiza, el 4 de octubre de 1903, Medard Boss creció en Zurich durante un tiempo donde la ciudad era el centro de la actividad psicológica. Recibió su licenciatura en Medicina en la Universidad de Zurich en 1928, tomándose un tiempo en el camino para seguir estudiando en París y Viena y ser analizado por el mismo Sigmund Freud.

Después de 4 años en el hospital Burgholzli como asistente de Eugene Bleuler, se fue a estudiar a Berlín y Londres, donde varios de sus maestros pertenecían al círculo interno de Freud, como Karen Horney y Kurt Goldstein. Al inicio del año 1938 se asoció a Carl Jung, quien brindó a Boss la posibilidad de un análisis pero sin atarse a las interpretaciones freudianas.

Con el tiempo, Boss leyó los trabajos de Ludwig Binswanger y de Martin Heidegger. Pero no fue hasta un encuentro en 1946 y posteriormente una amistad con Heidegger lo que le volcaría definitivamente sobre la psicología existencial. El impacto de Boss sobre la terapia existencial ha sido tan grande que con frecuencia se le asocia a Ludwig Binswanger como co-fundador.

Aunque Binswanger y Boss están de acuerdo con las bases de la psicología existencial, el último se acerca algo más a las ideas originales de Heidegger. Por ejemplo, Boss no comparte las ideas de Binswanger sobre "el diseño-del-mundo": El cree que la idea de que las personas vienen al mundo con expectativas preformadas desvía la atención de un punto mucho más existencialista de que el mundo no es algo que interpretemos, sino más bien que se revela a sí mismo dentro de la "luz" del Dasein.

La analogía de la luz juega un papel importante en la teoría de Boss. Por ejemplo, el fenómeno "mundo" literalmente significa "brillar en expansión" o "salir de la oscuridad", por lo que Boss considera al Dasein como una luz que permite que las cosas fluyan en su propio brillo.

Esta idea tuvo un profundo efecto sobre cómo Boss entendía muchas cosas como la psicopatología, las defensas, el estilo terapéutico y la interpretación de los sueños. La defensividad, por ejemplo, es una cuestión de falta de luz sobre algún aspecto de la vida y la psicopatología es análogo a escoger vivir en la oscuridad. Por otro lado, la terapia comprende revertir esta constricción de nuestra apertura básica o "¡Aclaración!".

Una de sus sugerencias más importantes al paciente es "dejar que las cosas fluyan" (Gelassenheit). La mayoría de nosotros intentamos con mucho esfuerzo mantener las cosas bajo un estricto control. Pero la vida es demasiado para nosotros; deberíamos darle un poco de confianza al destino; saltar hacia la vida en vez de estar probando siempre el agua a ver si está caliente o fría. En vez de mantener la luz de Dasein muy focalizada, deberíamos dejar que brille más libremente.

CAFEÍNA

Cafeína y estrés.- El equipo dirigido por Han-Seok Seo de la Universidad nacional de Seúl en Corea del Sur realizaron un experimento con ratas de laboratorio, en las que algunas estaban estresadas por falta de sueño.

Los investigadores realizaron detallados estudios genéticos que mostraban que la actividad de once genes aumentaba y la actividad de dos genes disminuía en las ratas que olían café, en comparación con las que no lo hacían. El aroma del café ayudó a aliviar el estrés de los roedores privados de sueño.

Peter R. Martin, director del Instituto de estudios del café en la Universidad de Vanderbilt, reconoció que los investigadores usaron la tecnología más moderna para ver cómo cambiaba la expresión cerebral de ARN.

Por otra lado Joe. A. Vinson, profesor de química en la Universidad de Scranton en Pensilvania, declaraba que los compuestos aromáticos responsables del olor del café podrían ser antioxidantes y éstos en el café líquido son polifenoles, los que se encuentran en el aroma son compuestos heterociclos que contienen átomos de azufre o nitrógeno.

La cafeína entra al cerebro por el torrente sanguíneo y en este caso, las moléculas aromáticas entran al cerebro a través del sistema olfatorio.

Los investigadores apuntan que en estudios anteriores se ha demostrado que el consumo de café puede reducir la depresión y el riesgo de suicidio, además de aliviar el estrés, efectos generalmente atribuidos a la cafeína del café.

El simple aroma del café podría reducir el estrés. HEALTHDAY. 2008 JUN.

CALIBRACIÓN

Generalidades.- De la elaboración estadística de los tests surge la calibración. Es un método psicotécnico que consiste en realizar la misma prueba en gran cantidad de sujetos recopilando y clasificando los resultados según la edad. Para cada grupo de edad investigado, corresponde un promedio. Se considera como estándar, para una edad determinada, cuando el 67-75 % de los niños de esa misma edad han resuelto bien la prueba. Cuanto más perfecta sea la calibración o estandarización, es decir, cuanto mayor sea el número de grupos y, dentro de cada uno, más elevado el número de sujetos (p. ej. que la agrupación no se haga solo por años sino también por meses; así, 6 años y 1 mes, 6 años y 2 meses, etc.) tanto mayor será la probabilidad de alcanzar el fin del buen test: la objetividad de sus medidas. La gran probabilidad obtenida mediante un considerable número de resultados asegura una buena calibración de test. Se trata de una probabilidad matemática, que se aproxima a la probabilidad psicológica. La objetividad matemática excluye los efectos personales (como simpatías y antipatías), que pueden influir en los juicios. El trabajo del psicopedagogo su apoya en la comparación y elaboración de las probabilidades matemáticas obtenidas por los tests, y las probabilidades psicológicas obtenidas por propia observación.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CALIDAD DE VIDA

Generalidades.- "La evaluación del concepto Calidad de Vida presenta una situación compleja dado que existe una amplia gama de definiciones para dicho constructo Para Dennis Williams Giangreco y Cloninger (1993) los enfoques de investigación de este concepto son variados pero podrían englobarse en dos tipos: Enfoques cuantitativos cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida Para ello han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud el bienestar social la amistad el estándar de vida la educación la seguridad pública el ocio el vecindario la vivienda etc) Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales) y Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) y Enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente A pesar de esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y la metodología utilizada para su estudio el concepto ha tenido un impacto significativo en diversos campos de aplicación de la Psicología durante los últimos años Para Schalock (1996) la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra sometida a transformaciones sociales políticas tecnológicas y económicas".

Mikulic Isabel (2005) Evaluación psicológica de calidad de vida percibida en contexto de empleo y desempleo en Argentina. Ponencias del 30º Congreso Interamericano de Psicología. Buenos Aires, Junio 2005.

Calidad de vida profesional.- "Objetivo. Describir la calidad de vida profesional (CVP) percibida por los trabajadores de atención primaria (AP) y el clima de la organización (CO) de sus centros, y conocer la influencia del CO sobre la CVP y las variables que explican esta relación.

Diseño. Transversal, analítico. Emplazamiento. Centros de atención primaria del Área de Salud de Menorca. Participantes. Un total de 166 profesionales sanitarios y no sanitarios. Mediciones principales. Dos cuestionarios anónimos autoadministrados y validados en AP: CVP-35 (dimensiones: demandas, apoyo directivo y motivación) y CO (dimensiones: trabajo en equipo, cohesión y compromiso). Se analizan la edad, la antigüedad, el grupo profesional, la relación laboral y el centro sanitario.

Resultados. La tasa de respuestas fue del 67,4%. La CVP global es 5,78, peor a mayor edad y mejor cuanto más cohesión. La percepción de demandas es 5,53, más en médicos y menos si hay un elevado compromiso. El apoyo directivo se valora en 4,9, mejor cuanto más cohesión y trabajo en equipo y peor en trabajadores fijos y administrativos. La motivación intrínseca es 7,43 y aumenta con el incremento del compromiso. Hay asociación entre CO y QVP (mayor en las dimensiones motivación [$r^2 = 0,26$] y apoyo directivo [$r^2 = 0,476$]), independientemente de la edad, el grupo profesional y la antigüedad laboral.

Conclusiones. El clima influye en la calidad de vida profesional, especialmente en la motivación y el apoyo directivo. El compromiso mejora la motivación intrínseca y la percepción de demandas. La valoración del apoyo directivo mejora si lo hacen la cohesión y el trabajo en equipo".

E Muñoz-Seco, JM Coll-Benejam M Torrent-Quetglas, L Linares-Pou, Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. ATENCIÓN PRIMARIA. 2006 MAR; 37(4).

Salud y calidad de vida.- Antecedentes: La medida de la calidad de vida con relación a la salud (HRQoL) y los instrumentos basados en la preferencia genérica permite comparaciones de la severidad en diferentes condiciones y tratamientos. Esto es necesario para la política de salud pública racional.

Objetivos: Medir el decremento de HRQoL y la pérdida de años de vida ajustados por la calidad (QALYs) asociados a las formas puras y comórbidas de trastornos depresivos y de ansiedad y de dependencia alcohólica.

Método: Se llevó a cabo una encuesta poblacional general de finlandeses, en edades de 30 años y mayores. Se diagnosticaron los trastornos psiquiátricos con la Entrevista de Diagnóstico Internacional Compuesta y se midió la HRQoL con los cuestionarios 15D y EQ-5D.

Resultados: La distimia, el trastorno de ansiedad generalizado y la fobia social estuvieron asociados con la mayor pérdida de HRQoL a nivel individual antes y después de realizar los ajustes por comorbilidad somática y psiquiátrica. A nivel poblacional, los trastornos depresivos sumaron el 55%, los trastornos de ansiedad el 30%, y la dependencia alcohólica el 15% de la pérdida QALY, identificadas en este estudio.

Conclusiones: Los trastornos de ansiedad crónicos y la distimia están asociados a un HRQoL más pobre que lo que se creía anteriormente.

Impacto de los trastornos psiquiátricos en la calidad de vida relacionada con la salud: encuesta poblacional general. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 ABR; 190(4).

Calidad de vida y depresión.- El presente estudio es transversal y sus objetivos son determinar las variables predictoras de la calidad de vida percibida y analizar las diferencias entre las mujeres de familias monoparentales y las de familias nucleares, respecto a su calidad de vida percibida, depresión e ingreso familiar.

La muestra no probabilística fue de 140 mujeres del área metropolitana de Monterrey, N. L., México, de ellas 107 pertenecen a familias biparentales (nucleares) y 33 a monoparentales.

Algunos de los resultados encontrados fueron que las mujeres de familias monoparentales tienen un menor puntaje en calidad de vida que las mujeres de familias nucleares ($Z = -2.224$, $p = .026$), un menor ingreso ($Z = -2.727$, $p = .006$) y mayor depresión ($Z = -6.143$, $p = .001$).

Las variables predictoras de la calidad de vida en el modelo de regresión múltiple con la muestra general ($n = 140$) fueron la depresión, el ingreso y el número de hijos, explicando el 25.4% de la varianza.

René Landero Hernández; Benito Estrada Aranda; Mónica Teresa González Ramírez. Depresión y calidad de vida de mujeres en familias monoparentales y nucleares. THE SPANISH JOURNAL OF PSYCHOLOGY. 2009 MAY; 12(1):171-183.

CAMBIO

Cambio y persistencia.- Toda percepción y pensamiento son relativos, y operan por comparación y contraste. Whorf por ejemplo dice que si todo fuera azul, el concepto azul no se daría, por ausencia de colores que sirvan de contraste. Tal principio se aplica también cuando estudiamos la persistencia y el cambio, que deben ser estudiados dentro de una misma teoría por ser conceptos contrastantes. Siempre se los estudió por separado, y entonces hubo teorías que tomaban la persistencia como algo natural con lo cual había que explicar el cambio, y viceversa.

Dos teorías de la lógica matemática, la teoría de los grupos y la teoría de los tipos lógicos pueden ayudarnos aunque solo como analogía para hacer una teoría del cambio y la persistencia.

Teoría de los grupos.- Creada por E. Galois a principios del siglo XIX, tuvo luego un papel importante en la física relativista. Sostiene que un grupo posee cuatro características:

- 1) Está compuesto por miembros, los que tienen algo en común. Estos miembros pueden 'combinarse' entre sí, dando un nuevo miembro del grupo. Por ejemplo $3+4=7$.
- 2) Los miembros pueden combinarse en distinto orden y dar el mismo resultado. Hay variación en el proceso e invariancia en el resultado. Por ejemplo $3+4=7$.
- 3) Todo grupo tiene un miembro llamado 'identidad' tal que, combinado con otro miembro x, da como resultado dicho miembro x. Por ejemplo en grupos cuya ley de combinación es aditiva, el miembro identidad es el cero, pues $5+0=5$. O sea, un miembro puede actuar sin provocar cambio alguno.
- 4) Cada miembro tiene su 'recíproco' u opuesto, de forma tal que combinados entre sí dan el elemento identidad. Ejemplo $5+(-5)=0$

Con esta teoría se pueden entender cambios dentro de un mismo sistema (cuanto más cambia algo, más es la misma cosa), pero cuando los cambios trascienden un determinado sistema o trama de referencia, recurriremos a la teoría de los tipos lógicos.

Teoría de los tipos lógicos.- También considera totalidades compuestas de miembros con un elemento en común, sólo que en vez de hablar de grupos, a esas totalidades las llama clases.

Un axioma esencial de esta teoría de Whitehead y Russell, dice que "cualquier cosa que abarque a todos los miembros de la totalidad, no puede ser miembro de la misma. Ejemplo: la humanidad es la clase de todos los seres humanos, pero ella misma no es un ser humano. En otro ejemplo: el comportamiento económico de una ciudad de cuatro millones de habitantes multiplicado por cuatro millones (quien sí cree esto sigue el modelo llamado Robinson Crusoe).

El axioma de Russell ayuda a discriminar niveles distintos. Por ejemplo tomando el cambio más evidente, el cambio de posición, a eso lo llamamos movimiento. Pero este movimiento puede a su vez cambiar, por ejemplo en la aceleración, y entonces es un cambio del cambio (o metacambio), y si a su vez cambia la aceleración estamos en un cambio del cambio del cambio (o metametacambio). Confundir estos niveles acarrea paradojas, lo cual se puede ver en los niveles del lenguaje cuando se confunden el lenguaje y el metalenguaje (o lenguaje sobre el lenguaje).

De esta teoría sacamos dos conclusiones importantes: a) los niveles lógicos deben ser separados a fin de evitar paradojas y confusiones, y b) pasar de un nivel a otro supone una transformación o discontinuidad de gran importancia teórica y práctica, pues nos conduce fuera de un sistema. La teoría de los grupos, en cambio, habla de cambios que suceden dentro del sistema, el que en sí permanece invariable.

Podemos distinguir entonces dos tipos de cambio: cambio 1 y cambio 2. Este último es el 'cambio del cambio', lo cual implica salir fuera del sistema, situación ésta que Aristóteles negaba cuando decía que por ejemplo no puede haber movimiento del movimiento o devenir del devenir.

Ejemplo: un cambio 1 implica cambiar las escenas de una pesadilla, pero el cambio 2 implica cambiar de estado, de sistema, o sea despertar (esto es un cambio en el soñar: pasar a despertar). En otro ejemplo: las operaciones de suma en la teoría de los grupos son un cambio 1, mientras que las reglas de combinación, los axiomas vistos, son cambios 2, es decir son un metalenguaje.

Watzlawick y otros (1989), Cambio: formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder, 6º edición.

Tipos de cambio.- Evolutivamente, la disfuncionalidad puede agravarse o bien corregirse. Esto último es por ejemplo encarar la tarea terapéutica, como intento por generar un nuevo proceso de cambio.

Existen básicamente tres tipos de cambios: progresivos, circulares y regresivos.

Los cambios progresivos marcan transformaciones en las estructuras de significado que buscan alcanzar niveles de acción superiores en el cumplimiento del guión personal. Hay una tendencia hacia una mayor complejidad.

Los cambios circulares promueven transformaciones que resultan en modos de significación que retrotraen al punto inicial, previo a la generación del cambio. Los cambios regresivos generan el desplazamiento de ciertas estructuras, conduciendo a que se vuelvan preeminentes otras que han sido desarrolladas previamente.

Tanto los cambios circulares como los regresivos indican la dificultad contextual para avanzar en el desarrollo del proyecto personal. El cambio circular impide avanzar, y el cambio regresivo desmorona estructuras de significado. En este último caso se habla de una ruptura del guión. La disfuncionalidad aparece cuando esos cambios se vuelven estructurales.

En cambio la posibilidad de estructurar armónica y coherentemente los significados de un campo de experiencia, depende de la riqueza de la información circundante, la flexibilidad de los esquemas nucleares que gobiernan los guiones parental primero y personal después, y la cantidad de aciertos logrados en las acciones emprendidas.

Resumen de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 11.

Tipos.- Existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado (cambio-1 o cambio de primer orden), y otro cuya aparición cambia el sistema mismo (cambio-2 o cambio de segundo orden).

En el cambio-1, los parámetros individuales varían de manera continua pero la estructura del sistema no se altera, mientras que en el cambio-2, el sistema cambia cualitativamente y de manera discontinua, pues se producen cambios en el conjunto de reglas que rigen su estructura u orden interno.

Los sistemas que tienen la capacidad de variar de manera cualitativa son mucho más capaces de adaptarse a las alteraciones de su ambiente que los sistemas que sólo admiten cambios-1, es decir, son los que tienen capacidad para aprender.

El cambio-1 se basa en gran medida en la retroalimentación negativa, que equilibra las desviaciones y mantiene el sistema en un nivel constante: por tanto, implica volver a la situación anterior. El cambio-2 se basa en la retroalimentación positiva, que aumenta las desviaciones e inicia así el desarrollo de nuevas estructuras: es un cambio del cambio.

En psicoterapia familiar, se observa que muchas de las soluciones intentadas por la familia para resolver el problema de consulta son cambios-1 (por ejemplo frente al problema de aprendizaje del niño poner un profesor particular, cambiarlo de colegio, castigarlo, recompensarlo, etc.), ya que estos intentos no consiguen modificar cualitativamente las relaciones entre los miembros, o sea, las estructura familiar. El cambio-2 pasa por modificar las relaciones sin necesidad de que un miembro tenga que desarrollar un síntoma.

El fenómeno "más de lo mismo" es un típico ejemplo de Cambio-1. Consiste en aplicar reiteradamente el mismo intento de solución, a pesar de no obtener los resultados deseables, en vez de cuestionarse la conducta que uno aplica para la solución del problema, el individuo parte de la premisa mental de que esa conducta es la correcta, y la justificación que se da al hecho de no obtener el resultado deseable es que "no la aplica con la suficiente intensidad".

Por ejemplo, cuando una esposa exige que su marido sea más comunicativo con ella y no lo consigue, en vez de abandonar esa conducta de exigencia, lo que hace es incrementarla, suponiendo que mientras "más insista" más cerca estará de conseguirlo. Lo que ocurre es que mientras "más" le presiona ella "más" se cierra él, apareciendo un segundo problema, el que ahora su marido no sólo es poco comunicativo sino que se muestra despreciativo y rechazante. Es la "solución aplicada" lo que crea el problema.

Watzlawick P y otros, Cambio. Barcelona: Herder.

Cambio social.- "Cualquier diferencia observable en la interacción entre dos o más individuos a lo largo de cierto periodo; por lo común el concepto se emplea únicamente para referirse a una diferencia significativa en las conductas, no a diferencias comparativamente secundarias".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 615.

Cambio catastrófico.- El crecimiento mental implica siempre desestructuraciones, que pueden vivirse como cambios catastróficos. Lo importante es poder reconocer en la nueva estructura algo de la original. Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

CAMPO

Definición.- "Llamado también espacio vital. La persona y el ambiente concebidos como una constelación de fuerzas interdependientes".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 615.

Generalidades.- P Bourdieu intenta, con su teoría de los campos, conceptualizar los procesos de reproducción social en la singularidad de los actores institucionales, y entiende que la reproducción no se lleva a cabo en términos de lucha de ideas sino en términos de las relaciones que imponen un modo de percibir el mundo. Se piensa y actúa según ciertos esquemas o categorías que determinan qué viviremos como posible, como inalcanzable y hasta como impensable.

Hay varios campos específicos: el artístico, el político, el científico, etc, cada uno con su propia lógica. Sin embargo, todos tienen en común algo: un campo es una "configuración de relaciones de fuerza entre las posiciones que ocupan los participantes", siendo tales relaciones independientes de las voluntades individuales.

Para analizar un campo específico, debe tenerse en cuenta:

- a) Qué posición ocupa el campo específico en relación al campo social total.
- b) La estructura de las relaciones entre las posiciones que ocupan los agentes en competencia.
- c) El capital simbólico (poder simbólico) que resulta valioso en ese campo (por ejemplo conocimiento, habilidades, etc).
- d) Los hábitos o disposiciones duraderas de los agentes.

Bourdieu Pierre (1990), Sociología y cultura. Madrid: Grijalbo.

Generalidades.- "Se define un campo como el conjunto de elementos coexistentes e interactuantes en un momento dado. El concepto proviene de la física, donde fue introducido por Faraday, Maxwell, Hertz y

traído y estudiado en la psicología especialmente por K. Lewin, quien da la siguiente definición: "Totalidad de hechos coexistentes concebidos como mutuamente interdependientes". Por hechos independientes se entienden personas y objetos. El campo es dinámico, si está permanentemente reestructurado y modificado, por lo cual el estudio de un campo como un corte es siempre artefacto, que se puede obviar en gran medida con el estudio de campos sucesivos y continuos. Incluye siempre, como uno de sus elementos integrantes, el sujeto o partes de su personalidad (Yo). La conducta es siempre el emergente de un campo; emergente que puede recaer en forma predominante sobre el individuo o sobre los otros elementos que lo integran. La parte del campo o de la situación que rodea al individuo se denomina *Entorno* o *Medio*, reservándose la designación de *Medio ambiente* para el entorno social, humano" (página 37).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

CÁNCER

Psicoprofilaxis.- Según Buela-Casal y Moreno (1991), entre las técnicas conductuales recomendadas en los pacientes oncológicos se cuentan el biofeedback, las técnicas de relajación, y la hipnosis, y, entre las técnicas cognitivas, el entrenamiento en respuestas de afrontamiento, el control de pensamientos negativos, la expresión de sentimientos, y el entrenamiento en solución de problemas. Las características más notorias del modelo cognitivo-conductual para los pacientes son (Burns, 2000): a) El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos, sentimientos y conducta. b) Se trabaja en el presente, en el "aquí y ahora", y en la gran mayoría de los casos no es necesario investigar el pasado ni los "orígenes" para lograr los resultados. c) Se va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados.

La intervención psicoprofiláctica en pacientes oncológicos tiene particular importancia por la incidencia de esta enfermedad en la población, que es comparativamente muy alta. Por ejemplo, según el censo realizado en Argentina en 1995, los tumores malignos ocupan el segundo lugar entre las causas de mortalidad en Argentina para todas las edades, inmediatamente después de las enfermedades cardíacas e inmediatamente antes de los accidentes cerebrovasculares (Laurell, 1996).

Según refieren Buela-Casal y Moreno, otro tanto ocurre, en general, a nivel de todos los países occidentales. En España, por ejemplo, el número de muertes por cáncer oscila en torno al 20 por ciento.

La intervención psicoprofiláctica quirúrgica es eminentemente preventiva, por cuanto está planificada para "promover, en el funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental del enfermo, recursos que lo orienten a a) afrontar la operación, b) reducir efectos, eventualmente adversos, para el psiquismo, y c) facilitar la recuperación biopsicosocial" (Mucci, 1994:5).

Buela-Casal G y Moreno S (1991) Manual de Psicología de la Salud, Fundamentos, metodología, aplicaciones.

Burns D, (2000), Técnicas cognitivo-conductuales. Traducido al castellano por: Juventino Reguera Baños Disponible en: <http://users.servicios.retecal.es/jureva/tecnicasburns.htm>

Laurell, Cristina (1996) Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. Buenos Aires, Publicación interna de la Cátedra de Psicohigiene y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la UBA.

Mucci M (1994) Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica de abordaje terapéutico multidimensional. Ficha CEP 78-04-58.

Técnicas psicoprofilácticas.- El uso de las técnicas de relajación es el más extendido en el tratamiento conductual de los problemas asociados al cáncer, y es además la técnica que más éxitos ha cosechado en el área de la psicooncología (Buela-Casal y Moreno, 1991:518). Las técnicas de distracción procuran "centrar la atención del sujeto en actividades o estímulos agradables a la vez que se mantiene dicha atención alejada de las sensaciones desagradables y aversivas" (Buela-Casal y Moreno, 1991:524).

Entre otras técnicas, se encuentran las siguientes (Burns, 2000):

Pensando en escala de grises.- En lugar de pensar sobre los problemas en términos de blanco o negro, el paciente evalúa las cosas en una escala de grises.

La Técnica de la Fantasía Temida.- El paciente y el terapeuta representan el escenario del mayor miedo del paciente, tal como ser rechazado debido a que no se comporta de forma suficientemente inteligente o buena. El peor temor frecuentemente no se convierte en algo espantoso, sino que se presenta como un globo hinchado que puede reventarse con una mínima lógica, sentido de compasión o sentido común.

La técnica del Qué pasaría si.- Ud. pregunta "¿Qué pasaría si pudiera ocurrir lo peor? ¿Qué es lo que más teme?", Entonces responder "¿Cuán deseable sería eso? ¿Podría todavía vivir si ello ocurriera?".

Empatía terapéutica.- El objetivo de la empatía es para dar al paciente la oportunidad de manifestar las emociones y sentirse comprendido. Se realiza muy poco o ningún esfuerzo en retar o refutar cualquier cosa que este diciendo el paciente. Mas bien, el objetivo es proveer aporte emocional e intentar ver el mundo a través de los ojos del paciente. Intentar mostrar al paciente que se es su aliado y que puede apoyarse - a un nivel intelectual y emocional- en uno para lo que tenga que afrontar.

La empatía es particularmente importante en tres fases cruciales de la terapia: 1) Al comienzo del tratamiento, cuando el paciente tiene que contar su historia. La catarsis emocional puede proporcionar una importante unión entre terapeuta y paciente. 2) En cualquier momento de las sesiones de terapia

cuando el paciente repentinamente se siente abrumado por una emoción -tal como miedo, pánico, ira, o desesperación- El terapeuta debería inmediatamente poner todas las técnicas cognitivas-conductuales a un lado y ofrecer apoyo emocional. Una vez que el paciente ha expresado esos sentimientos y verse entendido y aceptado, se puede volver a la intervención terapéutica de nuevo. 3) En cualquier momento que haya una ruptura de la alianza terapéutica debido a que el paciente se siente disgustado con el terapeuta. Esto puede ser debido a que el paciente se siente herido, airado, desconfiado, no comprendido, juzgado, rechazado o criticado por el terapeuta.

La comprensión empática y las diferentes técnicas mencionadas, además del efecto profiláctico que producen, incidirían en el incremento de las defensas inmunológicas. En efecto, "la posibilidad de que factores psicosociales y psicológicos puedan contribuir al desarrollo y progresión del cáncer a través de sus efectos sobre el sistema inmunitario es un hecho demostrado en la actualidad" (Buela-Casal y Moreno, 1991).

Buela-Casal G y Moreno S (1991) Manual de Psicología de la Salud, Fundamentos, metodología, aplicaciones.

Burns D, (2000), Técnicas cognitivo-conductuales. Traducido al castellano por: Juventino Reguera Baños Disponible en: <http://users.servicios.retecal.es/jureva/tecnicasburns.htm>

Psicoterapia del cáncer de mama.- La mayoría de los autores están de acuerdo en que las mujeres que padecen cáncer de mama y se someten a un trabajo psicoterapéutico evolucionan mucho mejor que aquellas que no lo hacen; de ahí, que en este estudio pretendamos determinar unas metas razonables a alcanzar en la psicoterapia con estas pacientes.

Para ello, hemos tomado un conjunto de mujeres con las que venimos realizando intervenciones (grupales e individuales) con resultados bastante alentadores. Mediante la observación clínica y el seguimiento a lo largo del proceso, hemos logrado sistematizar los objetivos y actuaciones que resultaron más útiles.

A partir de ahí, se logró descubrir que eran personas que se desbordaban con facilidad, por lo que precisaban un lugar no sólo donde expresar sus emociones, sino donde aprender a canalizarlas adecuadamente a través de la elaboración psicológica de las mismas. Asimismo, se favoreció que tomaran decisiones, aceptaran la enfermedad y se abrieran al medio procurando no aislarse y obtener apoyos efectivos.

Finalmente, no podemos olvidar la realización de un trabajo adecuado con la "imagen corporal", que se halla fracturada por la mastectomía, algo que la medicina tradicional ha olvidado consagrándose al fin último de salvarles la vida.

José Manuel García Arroyo; María Luisa Domínguez López. Fundamentos de la psicoterapia con mujeres afectadas de cáncer de mama. ALCMEON. 2010 MAR;16(2):125-139.

CANIBALISMO

Definición.- Término que cualifica las relaciones de objeto y los fantasmas correspondientes a la actividad oral, aludiendo al canibalismo practicado por ciertas poblaciones. Metafóricamente se refiere a las distintas dimensiones de la incorporación oral: amor, destrucción, conservación en el interior de sí mismo, apropiación de las cualidades del objeto. Circunstancialmente se utiliza la expresión como equivalente de la fase oral, o más específicamente como equivalente de la fase sádico-oral.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- "En la antigüedad el canibalismo ha sido propiciado por factores de supervivencia ante una necesidad extrema o por razones mágicas o religiosas. En nuestra sociedad actual estos casos son de extrema rareza y se suelen asociar a personas con enfermedades mentales graves. Exponemos el caso de una persona con esquizofrenia y canibalismo. El paciente, sin conciencia de enfermedad mental, admitió los actos de canibalismo y explicó detalladamente los procedimientos para la preparación de los cuerpos. Realizó declaraciones en televisión y prensa y se le puso el sobrenombre de «el come gente», identificación que asumió rápidamente e integró a su sistema de delirios. Este tipo de casos son extremadamente raros, pero el hecho de que los pacientes con esquizofrenia cometan crímenes fuera de lo común y no previsibles atrae a los medios de comunicación. Esta circunstancia no sólo provocó interferencia en la evolución natural de la enfermedad, sino también en la conducta terapéutica y la visión social del paciente".

Ó. Medina Ortiz, D. Contreras Galvis, N. Sánchez-Mora, Celso Arango López, Canibalismo en la esquizofrenia paranoide: a propósito de un caso. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2006 MAR; 34(2).

CANNABIS

Definición.- Parte de la planta femenina del cáñamo que tienen efectos narcóticos si son comidas, bebidas o fumadas. Las más conocidas son el *hachís*, que viene de la India, y la *marihuana* de origen americano.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Cannabis sativa. "Planta con efectos psicoactivos de la que se pueden fumar sus hojas -en este caso se habla de marihuana (*grifa, maría o hierba*)- o fumar su resina -el hachís (*haschís, chocolate, mierda, costo, goma*)-, recibiendo el cigarrillo de hachís nombres como *porro, canuto, petardo*, etc."

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 525.

Cannabis y psicosis.- Contexto. La psicosis inducida por el consumo de cannabis es considerada una entidad clínica distinta en los sistemas de diagnóstico psiquiátricos existentes. Sin embargo, su validez de diagnóstico es incierta.

Objetivos. Establecer los porcentajes de tasa del desarrollo de la psicosis inducida por el consumo de cannabis asociada con la predisposición a la psicosis y a otros trastornos psiquiátricos en parientes de primer grado y, compararlos con los índices de porcentaje correspondientes para el desarrollo de los trastornos del espectro esquizofrénico.

Diseño. Se obtuvo una cohorte poblacional del Registro Central Psiquiátrico Danés y vinculada con el Sistema de Registro Civil Danés. Se utilizó el historial de tratamiento de los trastornos psiquiátricos en los miembros familiares como un indicador de la predisposición a los trastornos psiquiátricos. Se compararon, las tasas de porcentaje de la psicosis inducida por el consumo de cannabis y la esquizofrenia asociada a la predisposición con los trastornos psiquiátricos, utilizando análisis de riesgo competentes.

Escenario. Muestra poblacional nacional de todos los individuos nacidos en Dinamarca entre el 1ro de Enero de 1955 y el 1ro de Julio de 1990 (N= 2 276 309).

Pacientes. Durante el seguimiento de 21.9 millones de personas-año entre 1994 y 2005, 609 individuos recibieron tratamiento de la psicosis inducida por el consumo de cannabis y 6476 recibieron tratamiento del trastorno del espectro esquizofrénico.

Resultados. En general, las tasas de porcentaje del desarrollo de la psicosis inducida por el consumo de cannabis y el trastorno del espectro esquizofrénico asociado con la predisposición al trastorno del espectro esquizofrénico, a otras psicosis, y a otros trastornos psiquiátricos en parientes de primer grado fueron de magnitud similar. Sin embargo, los niños con una madre con esquizofrenia tuvieron un riesgo creciente cinco veces mayor de desarrollar esquizofrenia y 2.5 veces mayor riesgo de desarrollar psicosis inducida por el consumo de cannabis. El riesgo de un trastorno del espectro de la esquizofrenia seguido de una psicosis inducida por el consumo de cannabis y el tiempo de inicio, no guardan relación con la predisposición familiar.

Conclusiones. La predisposición para ambos trastornos psiquiátricos en general y específicamente los trastornos psicóticos contribuyen igualmente al riesgo de tratamiento posterior debido a la esquizofrenia y a la psicosis inducida por el consumo de cannabis. La psicosis inducida por el consumo de cannabis podría ser una señal temprana de esquizofrenia más que una entidad clínica distinta.

Mikkel Arendt; Preben B. Mortensen; Raben Rosenberg... (et.al) Predisposición familiar al trastorno psiquiátrico.

Comparación de sujetos tratados por psicosis inducida por el consumo de cannabis y esquizofrenia. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2008 NOV; 65 (11):1269-1274.

CAPACIDAD

Definición.- "Posibilidad de lograr el éxito en la ejecución de una tarea. Este éxito expresa la capacidad del individuo y, en determinadas condiciones, permite estimar su aptitud".

Farré Martí J (2000), Diccionario de Psicología. Madrid, Océano, pág. 66.

Definición.- La potencialidad de mejoramiento de una función determinada (habilidad, entendimiento y gusto) bajo condiciones óptimas de entrenamiento. La capacidad es deducida de medidas de habilidad; los individuos cuyos scores son usados en la determinación de su capacidad, deben haber tenido montos de entrenamiento u oportunidades iguales, con lo cual pueden ser establecidas las coparaciones.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "Capacidad de lograr el éxito en la ejecución de una tarea. El éxito expresa la capacidad del individuo y, en determinadas condiciones, permite estimar su aptitud. La capacidad de tratamiento y la capacidad mnésica sería la máxima capacidad de información que puede procesar y almacenar un sistema cognitivo".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Punto de vista jurídico.- La *capacidad* es el conjunto de aptitudes que permiten a una persona adquirir derechos y contraer obligaciones. La expresión 'adquirir derechos' incluye también la conservación y la pérdida de derechos. La capacidad puede ser de derecho o jurídica (le pertenece a todo ser humano por el solo hecho de serlo) o de hecho o capacidad para obrar (aptitud que permite a una persona ejercer los derechos y obligaciones adquiridos). La capacidad de hecho puede ser absoluta, cuando permite actuar en toda clase de actos jurídicos, o relativa, cuando faculta a realizar algunos de ellos pero no otros (por ejemplo puede contraer matrimonio pero no disponer de sus bienes) (Travacio, 1996:96).

Según Nerio Rojas (1959) la capacidad civil completa supone aptitud psicológica de discernimiento, decisión y voluntad libre para elegir y ejecutar los actos, y reposa sobre dos condiciones: mayoría de edad y salud mental.

La *incapacidad* es la carencia de las aptitudes que permiten a la persona ejercer derechos y contraer obligaciones. Es total cuando impide en absoluto la capacidad de obrar, y es parcial cuando inhabilita para realizar determinados actos.

Indica Travacio (1996:98) que si la capacidad civil supone la existencia de aptitudes psicológicas para 'administrar sus bienes y dirigir su persona', y teniendo en cuenta que nadie puede ser declarado incapaz (por demencia) ni inhábil (por ser alcoholista habitual, toxicómano, disminuido en sus facultades mentales sin llegar a demencia, o pródigo) sino en virtud de un proceso judicial llamado declaración de insania, será objeto de la peritación psicológica determinar la existencia de una alteración de tales aptitudes que impida al sujeto la dirección de su persona y/o la administración de sus bienes. Como se ve, el Código Civil argentino (a diferencia del español, por ejemplo) contempla en forma separada la incapacidad e inhabilidad.

El concepto de *demencia*, además de un concepto psicopatológico es un concepto jurídico. En este último sentido no importa la causa de la enfermedad sino sus efectos a cuanto a como inciden en la administración de la persona y/o bienes del presunto demente (Travacio, 1996:101).

Ey y otros (1978:1058) indican que para que la enfermedad mental sea causa de incapacidad, deben cumplirse simultáneamente tres criterios: 1) psicopatológico: existir un trastorno mental lo suficientemente intenso como para repercutir en la conducta, 2) cronológico: permanencia o habitualidad del mismo, y 3) jurídico: como consecuencia del trastorno el enfermo resulte incapaz de proveer sus propios intereses, o sea gobernarse a sí mismo.

Rojas N (1959) Medicina legal. Buenos Aires: El Ateneo.

Ey H y otros (1978) Tratado de psiquiatría. Buenos Aires: Toray-Masson.

Travacio M (1996) Manual de psicología forense. Buenos Aires: Oficina de publicaciones del CBC, Universidad de Buenos Aires.

Capacidad para estar solo.- La capacidad para estar solo es uno de los signos más importantes de madurez en el desarrollo emocional. Esto puede haberlo logrado el paciente cuando en sesión queda en silencio. Hablamos no del miedo o el deseo de estar solo, sino de la capacidad.

Así como antes de las relaciones tripersonales (Edipo) hay relaciones bipersonales (madre-niño), antes aún puede hablarse de relaciones unipersonales (en principio parecería ser el narcisismo). La capacidad para estar solo no tiene que ver con estarlo realmente (quienes están confinados en una celda pueden no tener capacidad para estar solos), y se desarrolla después de haberse establecido relaciones bipersonales.

Hay una paradoja: la experiencia de estar solo no se desarrolla sino en presencia de la madre. Es una presencia confiable para el niño, importante para él: ella es un yo auxiliar. Por lo tanto, debemos estudiar la capacidad para estar solo en el marco de la relacionalidad del yo, o sea, en la relación del niño con su madre.

La capacidad para estar solo del niño depende de su aptitud para encarar los sentimientos ambivalentes de la escena primaria, de la cual él está excluido. Supone tolerar la ambivalencia y la fusión de lo agresivo y lo erótico. Las relaciones del ello (amor-odio) fortalecerán el yo inmaduro.

Desde M. Klein, la capacidad para estar solo depende de que haya un objeto bueno en la realidad psíquica, con lo cual puede estar satisfecho aún en ausencia de objetos buenos externos. El objeto suficientemente bueno depende de un ambiente donde se hayan repetido gratificaciones instintivas satisfactorias.

La experiencia de soledad puede producirse muy tempranamente, cuando la inmadurez del yo es naturalmente equilibrada por el yo auxiliar de la madre. Con el tiempo, el sujeto introyecta la madre auxiliar, constituyéndose el objeto bueno interno.

En la expresión "yo estoy solo" hay tres palabras. "Yo" significa madurez, unidad, hay un yo. "Estoy" significa que hay un yo estructurado, con defensas, que no es vulnerable como en el simple "soy", y la palabra "solo" remite a la aceptación de la existencia ininterrumpida de una madre confiable.

La relacionalidad del yo es importante para entender la capacidad de estar solo. Aclaremos antes que un impulso del ello fractura a un yo débil o puede fortalecer un yo fuerte: esto último ocurre en un marco de relacionalidad del yo. Cuando el niño está solo puede descubrir su propia vida personal, puede "relajarse", puede momentáneamente dejar de estar reaccionando a estímulos externos, con lo que queda a expensas de estímulos internos, provenientes del ello, que entonces experimentará como reales. En ese momento debe haber alguien presente que lo auxilie (yo auxiliar). Con el tiempo podrá prescindir de su presencia porque se formó un ambiente interno (madre introyectada).

Hay un clímax en la relacionalidad del yo: el orgasmo del yo. Por ejemplo, el que se alcanza escuchando música, o en la amistad, o en el juego infantil feliz, sublimado. El niño normal es capaz de sentirse satisfecho jugando sin experimentar la amenaza del orgasmo físico de una excitación local. El niño deprivado con tendencia antisocial, o con defensas maníacas, no puede disfrutar de su juego porque su físico, sus instintos quedan involucrados.

Winnicott D (1958) La capacidad para estar solo. Incluido en Winnicott D (1996), Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós.

Capacidad mental en pacientes psiquiátricos.- “Antecedentes: La capacidad mental es central para los debates legales y éticos sobre el uso de la obligación en la psiquiatría. Objetivos: Describir la epidemiología clínica de la incapacidad mental en pacientes con trastornos psiquiátricos, incluyendo la confiabilidad de la inter-evaluación de valoraciones, frecuencia en la población psiquiátrica y asociaciones de la incapacidad mental. Método: Se revisaron sistemáticamente estudios transversales de capacidad para consentir tratamiento a pacientes psiquiátricos de bases de datos de Medline, EMBASE y PsycInfo. Se extrajo la información sobre la confiabilidad de valoraciones, frecuencia y asociaciones de incapacidad mental. Resultados: De las 37 investigaciones revisadas, se identificaron 29 diferentes herramientas de valoración de capacidad. Los estudios fueron altamente heterogéneos en su medida y definiciones de capacidad. Las confiabilidades de inter-evaluación entre las herramientas fueron altas. Los estudios indican que la incapacidad es común (promedio 29%) pero la mayoría de pacientes psiquiátricos hospitalizados son capaces de tomar decisiones sobre el tratamiento. La psicosis, severidad de síntomas, admisión involuntaria y rechazo al tratamiento fueron los factores de riesgo más fuertes para la incapacidad. Conclusiones: La capacidad mental puede determinarse de forma confiable. La mayoría de pacientes psiquiátricos hospitalizados tienen capacidad y las variables socio-demográficas no tienen un impacto importante, pero las clínicas sí”.

David Okai, Gareth Owen, Hugh McGuire, Swaran Singh, Rachel Churchill, Matthew Hotopf, Capacidad mental en pacientes psiquiátricos: Revisión sistemática. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 OCT;191 (4).

CARÁCTER

Definición.- “Conjunto de características personales establecidas mediante el aprendizaje y por influencia del ambiente. Las reglas sociales y las tradiciones culturales desempeñan un papel fundamental, hasta el extremo de que el carácter está marcado por los hábitos que se ajustan a las tradiciones, ética y costumbres de la sociedad en la que el individuo ha desarrollado. El carácter se forma, pues, tanto a causa de la interiorización de las normas sociales, como por el ajuste de la conducta de las mismas que el individuo hace voluntariamente”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Carácter genital.- El carácter de la personalidad normal madura y sana no fue debidamente considerado por Freud. Lo que Freud denominaba carácter genital ha permanecido como un concepto vago. Para él no se trata de otra cosa sino de una estructura de carácter en la cual la libido oral y anal han perdido su predominio y actúan bajo el dictamen de la sexualidad genital cuyo único fin es el placer por la unión sexual con uno de sexo opuesto. “El criterio de carácter genital es: ser capaz de confucionar con satisfacción sexual, y socialmente” (Fromm, *Ética y Psicoanálisis*).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Carácter neurótico.- Personalidades patológicas que actúan según impulsos y no bajo los dictámenes de la realidad. El enfermo neurótico sufre y considera su síntoma como algo ajeno a sí mismo; el carácter neurótico actúa y juzga su actitud personal. Se forma la vida de los caracteres neuróticos por reacciones *aloplásticas*. (Franz Alexander: *Der neurotische Charakter*).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Carácter oral.-Depende de cómo ha pasado el sujeto su período de lactancia. Si bien tienen tendencias optimistas, a veces paraliza su expansión personal. Corresponde al tipo que busca un empleo simple, pero permanente. Tiene a veces obsesión de hablar. Si el período de la lactancia fue insatisfactorio, se encuentran en ellos elementos sadísticos, “chupan” todo, son mordaces. Son impacientes y no tienen constancia ni perseverancia en sus actitudes. Tipos contrarios de un carácter anal. (Karl Abraham, *Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung*).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Carácter, rasgo de.- La tendencia pregenital originaria, ya sea persistiendo, ya sublimándose, o bien transformada en una reacción reactiva. Se clasifica como *oral*, generalmente optimista; *uretral*, asumiendo la forma de ambición; y *anal*, combinando orden, mezquindad y obstinación, frecuentemente asociada al pesimismo, odio y pulcritud excesiva.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CARACTEROLOGÍA

1. La ciencia de investigar cuales son los factores que determinan al carácter y, al mismo tiempo, individualmente, verificar el carácter de una persona. El padre de la caracterología es Hipócrates, según

el cual los individuos se distinguen de acuerdo con el predominio de uno de los cuatro humores: sangre, flema, bilis, atrabilis, que determinan a los caracteres sanguíneos, flemáticos, biliosos o melancólicos, respectivamente. En nuestros días la caracterología utiliza un grupo de ciencias, entre las cuales ocupa el primer lugar la psicología, pero de no menos importancia son la endocrinología y sociología. 2. C. G. Jung hace una distinción dentro de lo introvertido y extrvertido. Cada uno de estos tipos puede ser pensativo o sensitivo. Los cuatro grupos principales, pues, son: a) sensitivo, b) pensativo, c) extrvertido pensativo, y d) extrvertido sensitivo. Entre los investigadores de caracterología, recordamos a Jung (tipos psicológicos). E. Kretschmer, Ludwig Klages, etc. En la literatura actual sobre el carácter, mencionamos como una obra de mayor importancia: Lersch: *Der Aufbau des Charakters* (La estructura del carácter), y de Künkel: *Einbruch in die Charakterologie*. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CÁRCAMO, CELES ERNESTO

[psicoan.] (La Plata, 1903 - Buenos Aires, 1990) Pionero del psicoanálisis en la Argentina, fundador de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Procedente de una familia vinculada por siete generaciones con las Ciencias Médicas, se doctoró en Medicina en 1930. En los comienzos de su práctica se orientó hacia la Clínica Médica, en la cátedra del Profesor Mariano Castex, en el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Hombre de una vasta cultura humanística, interesado en la filosofía y la historia, incursionó también en la homeopatía, atraído por una disciplina que buscaba comprender al hombre en su totalidad. En la cátedra de Castex conoció al Dr. James Mapelli, psicoterapeuta italiano que practicaba la hipnosis. A partir de esta relación se interesó en la psicoterapia y se dedicó a leer apasionadamente lo que pudo encontrar sobre el tema. La obra de Freud, que había sido recientemente traducida al castellano lo impactó particularmente y decidió trasladarse a Europa para realizar su formación como psicoanalista. En el seno de la Sociedad Psicoanalítica de París, cursó los seminarios de formación, hizo su análisis didáctico con Paul Schiff y las supervisiones con Charles Odier y Rudolf Loewenstein, y presentó, en 1939 su trabajo de titularidad "La serpiente emplumada. Psicoanálisis de la religión Maya-Azteca y del sacrificio humano". En París conoció a Ángel Garma, psicoanalista español formado en Alemania, quien luego de practicar algunos años el psicoanálisis en Madrid, se había exilado en Francia como consecuencia de la Guerra Civil Española. Juntos decidieron trasladarse a Buenos Aires, para promover la formación de un grupo psicoanalítico, que comenzó a reunirse en 1939 y se constituyó como Asociación componente de la Asociación Psicoanalítica Internacional tres años después. Cárcamo fue Secretario Científico de la primera Comisión Directiva y Presidente de la Segunda. Particularmente interesado en la aplicación del Psicoanálisis a la práctica médica, organizó en 1958 el primer curso de Psicología Médica que se realizó en la Facultad de Medicina de Buenos Aires y, años más tarde participó activamente en la creación de la Cátedra de Psicología Médica y del primer curso oficial de especialización en dicha disciplina, en el que durante años dictó la materia psicoterapia. [Elisabetta Gennari de Rocca]

Elisabetta Gennari de Rocca

Aporte de Ricardo Bruno

CÁRCEL

Sistemas carcelarios.- En Inglaterra, Benham propuso un sistema edilicio llamado *panóptico*, para que menos guardias pudieran vigilar mejor a más presos, y donde estos se sintiesen vigilados permanentemente (por ejemplo mediante mirillas).

Ejemplos de panópticos: a) En un único pasillo, los guardias vigilan las celdas que están en ambos costados del mismo. b) En un sector están todos los presos juntos, y en una sala adyacente los guardias que pueden verlos. c) En el sistema radial, los guardias están en el centro de un círculo, a partir del cual se irradian pasillos en todas las direcciones, donde están a ambos lados de los mismos las celdas.

De este sistema surgieron en EEUU dos tendencias, con el nombre de las respectivas ciudades donde se aplicaron:

1) Filadelfia: Los reos estaban en celdas compartidas, y salían a trabajar en talleres comunes, bajo la regla del silencio.

2) Auburn: Más cerrado. El preso vivía y trabajaba en celdas individuales, y a ciertos horarios salía a un patio. Este sistema pasó a Europa, pues allí había que mantener aislados a los presos políticos para evitar confabulaciones, adoctrinamientos y motines, y es el sistema que se adoptó en la Argentina.

En EEUU hay celdas triangulares que permiten ver mejor todos los movimientos. Se busca siempre optimizar el panóptico para que menos personal vigile mejor a más presos. El sistema se aplicará en nuestro país en los penales de Ezeiza, Marcos Paz y Campana.

Condensado de Álvarez C, Clases teóricas de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2º cuatrimestre de 1996.

Programa de intervención en el centro de preventivos jóvenes de Carabanchel.- Se realizó un programa de actividades con presos en una cárcel de Carabanchel. Estos detenidos iban a estar poco tiempo, por lo que no se podían programar actividades a largo plazo. La población de detenidos estaba entre 17 y 21 años, algunos habían estado antes detenidos y otros no. Dada sus edades, cabía esperar cierta inmadurez e inseguridad, y poco conocimiento del sistema carcelario. También presentaban un déficit educacional, laboral, cultural, etc. En el programa de actividades participarían alumnos de la universidad.

El programa se situaba al comienzo del proceso de prisionización, o sea cuando empiezan a consolidarse las consistencias comportamentales resultantes del encarcelamiento. En esta primera etapa, tales consistencias correspondían a una situación de inadaptación objetiva que ya traían antes de ser detenidos. Tales características de inadaptación son de tres tipos: sociales, escolares y laborales.

a) Habilidades sociales: comportamiento muy primitivo que busca gratificaciones inmediatas, egocentrismo, vacío de historia personal, poca resistencia a la frustración, comportamiento reactivo e incontrolado, perplejidad autodescriptiva (no elaboraron una imagen de sí mismos), bajo nivel de autoestima, búsqueda incesante de prestigio. Las actividades que se proponían al recluso apuntaban a modificar las habilidades sociales indicadas, pues aún estaban a tiempo de hacerlo, y superar un sentimiento fatalista de la vida.

b) Escolaridad: Comienzo tardío de la educación, escuela muy distanciada de su problemática y de su vida, abandono temprano de la escolaridad, fracasos escolares. Las actividades propuestas buscaron compensar estos déficits educacionales.

c) Ámbito laboral: los reclusos presentaban falta de especialización laboral, falta de experiencia, experiencia vicaria negativa (el modelo paterno no les servía), incapacidad para aceptar la relación laboral, desconocimiento total de las reglas de las relaciones laborales, etc. Aquí la intervención se hacía más difícil, porque no se partía de cero sino desde más atrás: el individuo estaba motivado negativamente para trabajar: no quería hacerlo.

No se podía modificar el contexto del centro penitenciario, por lo que hubo que adaptarse a sus características peculiares, que eran las siguientes:

1. No había una colaboración activa por parte del personal penitenciario. De hecho, hacia el final del programa había hostilidad y hasta una prohibición de continuar con el programa de actividades.

2. El aspecto arquitectónico era agresivo y despersonalizante. Oscuro, mal equipado, demasiadas rejas, ausencia de vegetación, poco espacio para cada individuo. Había por lo tanto hacinamiento, acentuado porque los detenidos que llegaban eran cada vez más.

3. El personal que atendía el centro de detención tenía poca motivación para trabajar, y no colaboraba con los alumnos que tenían que llevar adelante el programa, salvo excepciones. El director del centro fue el único apoyo.

El centro de detención tiene un alto grado de conflictividad, provocado tanto por las características arquitectónicas como por su personal. La conflictividad se manifestaba como motines esporádicos, clima de tensión permanente, lo que llevaba a sentimientos colectivos de inseguridad. En este ambiente resultaba muy difícil llevar a cabo el programa.

Los agentes del programa de intervención fueron alumnos de cuarto año de la licenciatura, profesores y otros profesionales. Se hizo una selección de quienes iban a participar, y también incluso una autoselección.

Los objetivos del programa de intervención fueron los siguientes:

a. Evitar o retardar la prisionización: Evitar que los reclusos adoptaran una forma de vida de preso y que la vida carcelaria dejara en ellos profundas huellas.

b. Normalización de la vida: Ofrecer al preso un ambiente lo más normal posible, aunque fuera casi utópico en este tipo de cárceles. Reducir las tensiones era dificultoso para lograr un clima de normalidad.

c. Ofrecer alternativas de vida: a través del entrenamiento en habilidades sociales, o sea fomentar relaciones interpersonales normales basadas en la solidaridad, la comprensión, etc. También ofrecer educarlos y elevar su nivel cultural. Conseguir que pudieran trabajar productivamente en equipos. Y un último objetivo era evitar el aburrimiento mediante programas de entretenimientos.

Las actividades del programa de intervención fueron:

a) Habilidades sociales: se aplicó la técnica del videoforum, donde los reclusos aprendían a expresarse verbalmente, a hablar sin interrumpir a los otros, a escucharse mutuamente, etc. También se realizaron dramatizaciones, que incluía expresión libre del cuerpo, relato espontáneo de grupo, relajación, etc. Todo ello para aprender a expresar emociones. También se desarrolló un taller de prensa, para motivar la expresión escrita y estimular la comunicación entre los mismos presos. Y por último, actividades deportivas.

b) Ámbito escolar: En primer lugar la alfabetización, y luego la iniciación en la lectura. Esta experiencia, al igual que la anterior de desarrollo de habilidades sociales, tuvo sus problemas por las condiciones en que se trabajaba, ya expuestas (poca colaboración de personal carcelario, ambiente físico deplorable, etc).

c) **Ámbito laboral:** Motivar y reforzar la decisión de buscar empleo, y proporcionar un aprendizaje de las técnicas más apropiadas para conseguirlo para una óptima reinserción laboral luego de dejado en libertad. Todas las actividades indicadas se desarrollaron también los fines de semana, donde la tensión aumentaba porque no había nada para hacer.

Diseño del programa de selección, formación y técnicas de búsqueda de empleo.- Se partió de la base que cualquier intervención adecuada en el centro sobre la conducta desadaptada pasaba por ofrecer alternativas de vida, obtener niveles mínimos de adaptación social y poder luego así insertarse en el mercado laboral. Para llevar a cabo este proyecto hubo que hacer una previa planificación de qué actividades se realizarían, en qué horarios y con quienes. Se consideró la posibilidad de que algunos reclusos se irían por haber cumplido su tiempo, y que se incorporarían nuevos. Se hizo una selección de los presos más idóneos para adaptarse a las necesidades de las actividades del programa y a futuros puestos laborales. A partir de allí, se comenzó la formación, sobre todo mediante cursos de capacitación en diversos tipos de trabajo, de acuerdo a la demanda social. Se buscó desarrollar habilidades laborales, habilidades sociales de interacción con los demás, y enseñanza de contenidos específicos. Se instaló finalmente un taller de búsqueda de empleo, donde se enseñaba al recluso a decidir qué tipo de empleo debía buscar en función de su formación y características personales. Se le enseñó también a buscar fuentes de información para saber dónde y cómo buscar el empleo, y por último facilitarle la inscripción en una oficina de empleos y garantizarle un subsidio por desempleo. También se los entrenó para superar con éxito las pruebas de selección que se hacen en los diferentes medios laborales.

Condensado de Valverde Molina Jesús (1996) La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada. Capítulo 3.

CARUSO, IGOR

(1914-1981) Director del *Círculo vienés de Psicología Profunda*, cuyos conceptos sobre una *psicoterapia personalística* son básicos para una nueva orientación universal (espiritual) de la psicología, como método psicoterapéutico. Caruso da la misma importancia al análisis sistemático de los factores psicofísicos, que a una *síntesis existencial*. Ambos están vinculados uno con el otro y se amplían mutuamente. Psicoanálisis y psicosis existencial son pilares equivalentes de una comprensión psicológica. Su obra maestra es: *Psychoanalysis und Synthese der Existenz (Análisis psíquico y síntesis existencial)*, Herder, Barcelona – Buenos Aires, 1954).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CASTIGO

La criminología psicoanalítica ha brindado conceptos nuevos sobre la génesis de la criminalidad entre individuos que deben ser considerados como criminales neuróticos. Ha demostrado que la base de la criminalidad es un sentimiento *complejo de culpabilidad*, y que el delito se comete como consecuencia, como fenómeno secundario. Este delito mismo es considerado por el Psicoanálisis como la provocación de un castigo tendiente a restablecer una relación primitiva armoniosa, no perturbada por el *pecado original*. Entre el delito y el castigo se halla interpuesta la *confesión* que el Psicoanálisis considera una obsesión de la psique humana. El deseo de castigo, como contenido anímico de todos los delitos, no solamente es una forma de reconciliación, el precio que se paga por el restablecimiento del antiguo contrato social, sino también un anhelo de la libido. El niño, p. ej. comete algún acto prohibido para conseguir que la madre lo castigue, y recuperar así él, a través del castigo, su amor. Con esta provocación del castigo por un acto neutral, el niño a menudo busca el castigo como liberación de su sentimiento de culpabilidad por su masturbación y por sus fantasías criminales originadas en el *Complejo de Edipo*. Igual finalidad puede tener el auto-castigo, y como tales son considerados por el Psicoanálisis también los síntomas neuróticos. Hay aun otras formas de auto-castigo: el *ascetismo*, la *penitencia*, el *suicidio*, etc. El castigo tiene un doble aspecto, en el sentido de que quien castiga también actúa determinado por reglas psicológicas, por un deseo de castigar. (El juez representa este deseo de la sociedad). Psicológicamente, se trata de una venganza, y Freud afirma que el hombre no puede perdonar a otro un acto que a él mismo le hubiera gustado cometer. Las personas muy severas en sus juicios morales "quieren demostrar que *otro* ha cometido el delito" (Reik). Según Freud, el castigo, como institución jurídica, es una medida defensiva de la sociedad contra los impulsos criminales que actúan en nuestro inconsciente. El deseo de castigar se nutre de un impulso de venganza, y al mismo tiempo del miedo a una epidemia de actos delictuosos. El otro aspecto que acompaña al deseo de castigar, es el deseo de ser castigado. La investigación del Psicoanálisis ha demostrado que lo importante es la confesión y no el castigo. El castigo sin una confesión, psicológicamente no puede ser considerado como el restablecimiento del equilibrio, y, por otra parte, una confesión profunda hace innecesario el castigo. Estos conceptos del Psicoanálisis, naturalmente, pueden ser aplicados por razones sociales, solamente, en el terreno de la educación.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CASUÍSTICA

Definición.- Término que designa la forma de proceder considerando la singularidad de cada sujeto, es decir, 'caso por caso'. En psicología, se supone que toda persona posee características generales, compartidas con los demás, pero también rasgos personales derivados de su constitución genética y sus particulares experiencias de vida. La casuística centra su atención en este último aspecto.
Cazau P (2000) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

CAT

Generalidades.- El CAT es un test de apercepción aplicable a niños de 3 a 10 años, y es un derivado del TAT del Murray. La letra C significa "childrens" (niños). Esta prueba tiene tres versiones CAT-A, CAT-H y CAT-S.

El CAT-A contiene 10 láminas con dibujos de animales, utilizadas porque: a) el niño tiene fuertes vínculos emocionales con los animales; b) les resulta más fácil proyectar la agresión sobre ellos al resultarles menos prohibido o culposos; c) los animales suelen ser importantes en las fobias y los sueños infantiles; y d) en el Rorschach los niños suelen dar muchas respuestas animales.

El CAT-H contiene dibujos de figuras humanas y son para niños más grandes (10-11 años), ya que a ellos pueden parecerle muy infantiles los dibujos de animales.

El CAT-S contiene láminas con dibujos que evocan problemas especiales como escolaridad, embarazo, etc., es decir, no remiten tanto a las fantasías universales, como las dos primeras versiones.

Condensado de Bruzzoni Marta, El test de apercepción temática para niños (CAT). Clase dictada en la cátedra de "Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico. Módulo II" (Primer Cuatrimestre), Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 30 de mayo de 1996.

Administración.- El CAT tiene básicamente la misma consigna que el TRO (Test de Relaciones Objetales de Phillipson). En primer lugar deben ordenarse las láminas con el dibujo hacia abajo, y comenzar con la primera mostrándola al niño. A los niños de 3-10 años se le dice "Te muestro algunas láminas, hacé un cuento con cada una, decime qué pasó antes, qué pasa ahora, y qué pasará". A los niños de 11-12 años se agrega "...contame un cuento como se lo contarías a un nene más chico".

Deben tomarse notas de las historias en la forma más textual posible. No inducir respuestas (las intervenciones deben ser neutrales; no sugerir cosas como "Se enojó la mamá?", "Cómo reaccionó el papá?", etc.). Si el niño describe, insistir en que haga una narración. Si se detiene, instarlo a seguir, preguntándole por ejemplo "Qué pasó al otro día?". Si un personaje se duerme, preguntarle "Qué soñó?". Frente a los desenlaces tipo "Y colorín colorado...", instarlo a que especifique un desenlace.

Condensado de Bruzzoni Marta, El test de apercepción temática para niños (CAT). Clase dictada en la cátedra de "Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico. Módulo II" (Primer Cuatrimestre), Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 30 de mayo de 1996.

Interpretación.- La interpretación del CAT debe centrarse en la percepción del estímulo y en la historia narrada. En la percepción del estímulo debe atenderse al contenido animal, y al contenido de realidad. En la historia debe identificarse la coherencia, el hilo conductor, el lenguaje utilizado (regresivo, sobreadaptado, etc.) y los aspectos dinámicos (roles y acciones adjudicados, problemática básica, ansiedades y defensas, si hay o no solución, y como es, etc.).

En el CAT-A, cada lámina remite a una problemática específica. Por ejemplo, en la lámina 1 hay tres patitos y una gallina, lo que remite a las relaciones familiares, la madre gratificadora o frustradora y la rivalidad fraterna. En la lámina 2 hay dos animales grandes y uno chico tirando de una soga (triangularidad edípica, identificaciones). En la lámina 3 hay un león y un ratón (figura paterna, autoridad). En la lámina 4 hay un canguro y dos canguritos, uno en una bolsa (curiosidad por el origen de los bebés, figura materna, rivalidad fraterna). En la lámina 5 hay una cuna frente a una cama con bultos tapados (escena primaria). En la lámina 6 hay animales en una cueva (retoma y refuerza la lámina anterior). En la lámina 7 hay un tigre atacando un mono (agresión, castración por los dibujos de lianas y colas). En la lámina 8 hay monos y un monito en una tertulia (inserción en el mundo adulto). En la lámina 9 hay una habitación con la puerta abierta y una cuna (temor a la oscuridad y al abandono, curiosidad). En la lámina 10 hay un perro con un perrito (castigos, control de esfínteres, fantasías masturbatorias).

Condensado de Bruzzoni Marta, El test de apercepción temática para niños (CAT). Clase dictada en la cátedra de "Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico. Módulo II" (Primer Cuatrimestre), Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 30 de mayo de 1996.

El CAT y la exploración de lo preedípico y lo edípico.- Finalmente, ofrecemos algunos indicadores útiles como ejemplos para inferir las condiciones del niño respecto de la etapa preedípica y la etapa edípica:

Lámina	Indicador preedípico	Indicador edípico

7	"El mono se paraliza de miedo" (angustia pánica). "El tigre está chistoso..." (inversión del afecto). "Yo no sé..." (negación). "No hay historia aquí..." (evasión, aislamiento). Como se ve aparecen defensas más primitivas, y también acting-out.	"El mono se sube al árbol" (angustia como señal: le permite una estrategia frente al peligro). En la etapa edípica se encontrarán defensas más elaboradas, como la racionalización, la sublimación, la formación reactiva, etc.
10	"Llora y patalea porque la mamá se fue..." (No hay constancia objetal).	"La mamá fue de compras, pero volverá..." (Constancia objetal).
1	"Lo castigó severamente" (superyo severo).	"Le dijo: no lo hagas más" (Superyo moderado).
8	"El monito cuenta lo que hizo, y los demás se ríen y sienten vergüenza" (Vergüenza y humillación. Egocentrismo).	"El monito cuenta que encontró un perrito abandonado y lo cuidó" (Menor vergüenza y egocentrismo. Preocupación por el otro. Culpa).

Condensado de Bruzzoni Marta, El test de apercepción temática para niños (CAT). Clase dictada en la cátedra de "Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico. Modulo II" (Primer Cuatrimestre), Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 30 de mayo de 1996.

CATARSIS

Definición.- "Eliminación de la energía agresiva mediante su descarga a través de una conducta agresiva".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 615.

Definición.- 1. Neutralización más o menos completa de un estado de excitación excesiva por una nueva ligación entre la emoción y la causa exterior que la originara. 2. El método psicoanalítico se basa en el concepto de catarsis (palabra griega, sinónimo de purga) de una evacuación natural o artificial. La palabra significa, según Aristóteles, la limpieza del alma. Fue Breuer quien pro primera vez utilizó este método en una enferma histérica, la que, contados sus recuerdos curó de su enfermedad. La confesión de la religión católica se considera, desde el punto de vista psicológico, como un método catártico para aliviar así el complejo de culpabilidad.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Catártico, método.- (Psicoanálisis) Método aplicado por *Breuer* y Freud para el tratamiento de las neurastenias e histerias, el cual consiste en hacer narrar al enfermo libremente todas sus ideas, reales o imaginarias, y también los acontecimientos de su vida. Debido a esta narración que revive el pasado del sujeto, este "limpia" su psique.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CATÁSTROFE

Definición.- El término "catástrofe", se puede definir como cualquier suceso infausto que altera gravemente el orden de las cosas. Existen otros sinónimos que también se utilizan de forma indistinta como "desastre", "siniestro" o "calamidad". En conjunto estos términos se refieren a una serie de situaciones o acontecimientos trágicos (desgracias, pérdidas, infortunios), en cierto modo, imprevisibles (fortuitos, fatales), que se escapan al control de las personas (grupos o comunidades) y producen graves consecuencias (pérdidas de vidas humanas, destrucción de bienes materiales, desorganización social, elevados niveles de frustración y sentimientos de impotencia personal).

Las catástrofes tienen una serie de características:

1. Son acontecimientos de aparición generalmente imprevisible, en general de forma brutal y repentina y que producen graves consecuencias.
2. Por lo general producen gran número de afectados no necesariamente siempre víctimas mortales, sino también un sinfín de heridos, quemados, intoxicados, siniestrados,... Incluye tanto a los sujetos afectados directamente por la catástrofe, como a los afectados indirectamente como familiares, amigos, testigos, equipos de socorro, servicios sociales, técnicos, organizadores o responsables.
3. Causan importantes destrucciones materiales, en general, ya que en ocasiones pueden darse también catástrofes sin destrucción material.
4. Las consecuencias de las catástrofes superan y desbordan los recursos y medios de la colectividad, haciendo ineficaces las medidas tradicionales de respuesta y precisando ayuda exterior, sobre todo a países en vías de desarrollo, que poseen peores infraestructuras para la protección de su población y medio ambiente.

5. Las catástrofes producen una importante desorganización social. Las peores consecuencias de una catástrofe son las alteraciones en medios de producción y consumo de energía, agua potable y víveres, la circulación de las personas y bienes, el mantenimiento del orden, las comunicaciones, la distribución de cuidados sanitarios e incluso la gestión de cadáveres.

González E, Reacciones conductuales ante una catástrofe. INTERPSIQUIS. 2006; (2006)

Generalidades.- Originalmente, proviene del griego 'katastrophé', que significa la última parte de una pieza dramática, y en general todo final doloroso de un poema. Pero lo que aquí interesa es más su sentido figurado: catástrofe como suceso desgraciado (Varios, 1978:423).

Desde un punto de vista psicológico, se podrían clasificar las catástrofes en objetivas y subjetivas: las primeras son aquellas que efectivamente se producen en el ámbito del mundo externo como terremotos, actos terroristas, accidentes de aviación u otros, etc. En cambio en un sentido subjetivo, una catástrofe se refiere a un suceso imaginario, que no sucedió objetivamente pero que es vivenciado o experimentado como si realmente hubiese ocurrido en el entorno. Acerca de esta clasificación caben dos comentarios:

1) Esta forma de tipificar las catástrofes me fue sugerida por una observación clínica realizada por Freud, cuando observó y constató que en muchos pacientes podía rastrearse en su infancia una situación de seducción y violación, es decir un suceso traumático que objetivamente no había ocurrido, sino que era un producto de las fantasías de los mismos pacientes. Cabe considerar a dichos sucesos como no objetivamente ocurridos pero sí 'reales', si aceptamos la distinción freudiana entre realidad externa y realidad psíquica, donde esta última puede quedar definida como todo aquello que, en el psiquismo del sujeto, "presenta una coherencia y una resistencia comparables a las de la realidad material, y se trata fundamentalmente del deseo inconciente y de las fantasías con él relacionadas" (Laplanche y Pontalis, 1981:352).

Una idea interesante derivada de esta formulación es que, tanto las catástrofes materiales como las fantaseadas tienen ambas capacidad para ejercer efectos psíquicos importantes, de forma tal que el aparato psíquico reacciona ante la catástrofe imaginada o fantaseada del mismo modo, en cierto sentido, que frente a catástrofes materiales u objetivas. De alguna manera, la vivencia de catástrofes imaginadas como si fueran realmente sucedidas representa un fracaso de la prueba de realidad, es decir de la prueba que hace el sujeto para distinguir los estímulos procedentes del mundo exterior, de los estímulos internos.

2) Un segundo comentario se refiere al hecho de que ambos tipos de catástrofes nunca, o por lo menos casi nunca resultan ser mutuamente excluyentes. Por ejemplo: cuando una persona sufre un accidente automovilístico, el acontecimiento en sí puede parecerle 'subjetivamente' más catastrófico o menos catastrófico que a su acompañante, también víctima del mismo accidente. Esto significa que la magnitud o intensidad de una situación desgraciada depende no sólo de factores objetivos sino también de factores subjetivos, que magnificarán o minimizarán el desgracia objetivamente ocurrida.

El presupuesto teórico que me permite sustentar este último comentario es la teoría de las series complementarias de Freud, que puede aplicarse perfectamente a nuestro tema. Si bien el objeto de análisis de mi trabajo son las consecuencias psíquicas de las catástrofes objetivas o materiales (guerras, terrorismo, etc), la consideración de dichas consecuencias psíquicas implica valorar cómo la catástrofe es vivenciada o experimentada por las distintas personas.

Benyakar, un terapeuta que actuó como tal en las diversas guerras israelíes, afirma que "no siempre la vivencia traumática desencadenará en una patología. A partir de la vivencia traumática, hay una posibilidad de resignificación que permite una mayor libertad interna, elemento que nos lleva a replantearnos nuestra posición en la situación terapéutica" (1994:32).

Cazau P (1989) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Benyakar M, Trauma y neurosis post-traumática: de la vivencia a la reflexión teórica, Buenos Aires, Revista Actualidad Psicológica, Julio de 1994.

Laplanche J y Pontalis J (1981) Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Labor, 3º edición.

Varios (1978) La fuerza de las palabras. México: Selecciones del Reader's Digest, 2º edición.

Alteraciones conductuales en catástrofes.- Como se ha expuesto anteriormente, las situaciones de catástrofe afectan directamente a las personas que han visto su vida, la de sus seres queridos y/o sus bienes amenazados. También pueden verse afectados, directa o indirectamente, los testigos, socorros y dirigentes, sobre todo si carecen de la experiencia y de la formación necesaria para actuar en este tipo de situaciones, al ser desbordados por el impacto del horror y la extensión de los daños producidos por la catástrofe.

Se pueden distinguir tres tipos de reacciones posibles ante el impacto de un evento traumático:

1) Reacciones adaptadas: Se estiman aproximadamente del 10 al 20% de los afectados, variable según el tipo y características del desastre. Se caracterizan por la capacidad de mantener la calma, la adopción de medidas de protección y auxiliar a los compañeros. Suelen ser personas informadas o preparadas, con experiencia de mando y elevado sentido de la responsabilidad cívica y moral.

2) Reacciones inadaptadas: Se estima un porcentaje entre el 20 y el 25% de los sujetos afectados los que pueden presentar conductas inadaptadas, desde reacciones emocionales intensas (pánicos) a comportamientos de agitación, inhibición o estupor, o marcadamente de negación y oposición.

3) La mayoría (50 al 60%) de los afectados es altamente influenciable, se muestran inseguros e indecisos y actúan bajo la presión de las circunstancias ambientales. Pueden dirigirse hacia un sentido positivo (conductas de cooperación y socorro) o hacia un sentido negativo (inhibición, pánicos, fugas). A esta población se dirigen de forma preferente los esfuerzos y medidas preventivas como la información o el entrenamiento.

En condiciones que sean favorables en la mayoría de las ocasiones nos encontramos con un control por parte de los afectados con lo que los comportamientos suelen ser adecuados, e incluso generosos y abnegados hacia el sacrificio por los demás; aunque no es óbice para encontrarnos por otro lado con alteraciones psicopatológicas severas. Así tenemos:

- Conductas de hiperactividad, a veces frenética y desordenada, estado de exaltación emocional, conductas motoras incontroladas, incluso marchando directamente hacia el peligro ("fuga hacia delante"), arriesgando la vida propia y/o la ajena.

- Comportamientos apáticos, sin iniciativa, con inmovilidad o desplazamientos sin sentido. Dóciles ante las órdenes que les imparten, muestran conductas próximas al automatismo.

- Conductas que persiguen el distanciamiento del acontecimiento traumático, llegando, incluso, hasta el estupor psicógeno, con disminución profunda o ausencia de la motilidad voluntaria y de la respuesta normal a los estímulos externos (luz, ruido, tacto).

- Comportamientos violentos. Se pueden desencadenar, tanto por los sentimientos de frustración personal, ante la magnitud de la catástrofe, pero en otras ocasiones aparecen como reacciones a determinadas medidas de los equipos de socorro y orden, (actuaciones a veces "impersonales") y, sobre todo, por la desinformación. Estas conductas violentas, pueden materializarse sobre bienes o personas.

González E, Reacciones conductuales ante una catástrofe. INTERPSIQUIS. 2006; (2006)

Catástrofes en trenes.- Estudios previos han mostrado que accidentes de "persona bajo el tren" (PBT) causan angustia psicológica a los conductores durante el primer año siguiente al incidente.

Nuestros objetivos fueron evaluar las consecuencias psicológicas de accidentes PBT en conductores anticipadamente e identificar los factores de riesgo para los efectos psicológicos.

En este estudio de un año de seguimiento, una serie de conductores PBT (n = 202) se compararon con un grupo de conductores controles combinados (n = 186). El estado psicológico fue evaluado a los 15 días, 3 meses y 1 año después del acontecimiento, utilizando cuestionario GHQ-28 y una entrevista de diagnóstico estandarizada (el v4.4 MINI).

Quince días después del acontecimiento, los conductores PBT tuvieron significativamente mayores puntuaciones GHQ-28 ($p < 0.0001$) y trastorno de estrés agudo ($p = 0.008$) que los conductores controles. No se encontraron diferencias significativas a los 3 meses y al 1 año después del accidente. Las variables explicativas significativas fueron la presencia de estresores psico-sociales crónicos y agudos (OR = 3.30 y 3.68) y la disponibilidad de ayuda inmediata (OR = 0.46).

Confirmamos de esta manera los hallazgos previos de que los conductores que han experimentado un accidente PBT experimentan trastornos psicológicos agudos. Nuestros resultados también resaltan la utilidad del programa de prevención sistemática proporcionado.

Limosin F y otros, Un estudio sobre los efectos psicológicos de "persona bajo el tren" en los conductores que sufren este accidente. JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH. 2006 DIC; 40(8).

Patologías mentales y huracán Katrina.- Resumen: Contexto: Existe cierta incertidumbre sobre la prevalencia, severidad y los correlatos de los trastornos mentales entre las personas expuestas al huracán Katrina.

Objetivo: Estimar la prevalencia y asociaciones entre los trastornos de ansiedad-estado anímico del DSM-IV y los aspectos de estrés relacionados con el huracán, separando los residentes del pre-huracán del área metropolitana de New Orleans y del resto de las áreas en Alabama, Luisiana, y Mississippi afectados por el Katrina. Diseño: Encuesta comunitaria.

Escenario y participantes: A una muestra probable pre-huracán de 1043 anglo parlantes, residentes de las áreas afectadas por el Huracán Katrina se les administró una encuesta vía telefónica entre el 19 de enero y el 31 de marzo del 2006. La encuesta valoró los aspectos de estrés relacionados al huracán y monitoreó por 30 días los trastornos de ansiedad-estado anímico DSM-IV.

Principales Medidas de Resultado: La escala de revisión K6 de los trastornos de ansiedad-estado anímico y la escala del Cuestionario de Valoración de Trauma para el trastorno de estrés postraumático (PTSD), ambos calibrados para entrevistas clínicas estructuradas para aproximar la prevalencia de 30 días de trastornos del DSM-IV.

Resultados: Se estimó que los residentes del pre-huracán del área metropolitana de New Orleans tenían un 49.1% de prevalencia de 30 días de cualquier trastorno de ansiedad-estado anímico DSM-IV (30.3% prevalencia estimada de PTSD) en comparación con el 26.4% (12.5% PTSD) del resto de la muestra. La gran mayoría de los respondedores reportó una exposición a los aspectos de estrés relacionados al

huracán. El grado de exposición a aspectos de estrés, estuvo mayormente relacionado con resultados en la sub-muestra del área metropolitana de New Orleans que en el resto de la muestra. Los aspectos de estrés mayormente relacionados a estos resultados fueron enfermedad/lesión física y adversidad física en la sub-muestra del área metropolitana de New Orleans y pérdida de propiedades en el resto de la muestra. Los correlativos sociodemográficos no fueron explicados ni por la exposición ni la reactividad a los aspectos de estrés relacionados al huracán.

Conclusiones: La alta prevalencia de los trastornos de ansiedad-estado anímico DSM-IV, las fuertes asociaciones de los aspectos de estrés relacionados al huracán con estos resultados, y la independencia del aspecto sociodemográfico del estrés; discuten que los problemas prácticos asociados a los aspectos de estrés en curso, se encuentra dispersos y deben ser tratados para reducir la prevalencia de los trastornos mentales en esta población.

Sandro Galea, Chris R. Brewin, Michael Gruber, Russell T. Jones, Daniel W. King, Lynda A. King, Richard J. McNally, Robert J. Ursano, Maria Petukhova, Ronald C. Kessler, Exposición a los factores estresantes y enfermedad mental después del huracán Katrina. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2007 DIC;64(12).

CATEGORIZACIÓN

Generalidades.- La mente humana tiene que pensar con la ayuda de categorías. Una vez formadas, las categorías constituyen la base del pre-juicio normal (Allport, 1962). Podemos decir que el proceso de categorización tiene 5 importantes características.

Construye clases y agrupamientos amplios para guiar nuestros ajustes diarios. Nosotros ocupamos la mayor parte de nuestra vigilia recurriendo para ese fin a categorías preformadas. Cuando el cielo se oscurece y el barómetro desciende juzgamos que habrá lluvia. Nos ajustamos a ese conjunto de acontecimientos saliendo con paraguas. En esta y en otras innumerables ocasiones lo que hacemos es "tipificar" un suceso aislado, ubicarlo dentro de un rubro familiar y actuar en consecuencia. A veces estamos equivocados, el suceso no corresponde a esa categoría, no llueve sin embargo nuestra conducta ha sido racional. Aunque utilizamos una categoría equivocada, no estaba en nuestras manos hacerlo de otro modo. Esto quiere decir que nuestra experiencia en la vida tiende a conformarse en agrupamientos (conceptos, categorías), y que si bien podemos equivocarnos de categoría o de ocasión al recurrir a ellos, es innegable, no obstante, que este proceso domina toda nuestra vida mental. Una nueva experiencia debe insertarse en categorías antiguas. No podemos tratar cada nuevo acontecimiento como si fuera una novedad absoluta.

La categorización se asimila lo más posible al agrupamiento: La mente tiende a categorizar los sucesos del medio ambiente de la manera más burda que sea compatible con la necesidad de acción. Si puedo agrupar a trece millones de mis conciudadanos bajo una simple fórmula: "Los negros son estúpidos, sucios e inferiores", simplifico mi vida enormemente. Sencillamente trataré de evitar a todos y a cada uno de ellos.

La categoría nos permite identificar rápidamente a un objeto por sus rasgos comunes: Cada acontecimiento tiene ciertos rasgos que sirven para poner en acción las categorías del pre-juicio. Cuando vemos que un automóvil viene zigzagueando hacia nosotros pensamos "que el que maneja está borracho" y actuamos de acuerdo a esa noción. Una persona con piel oscura activará todos los conceptos acerca de los negros que predominen en nuestra mente. Si la categoría dominante comprende actitudes y creencias negativas, inmediatamente evitaremos a esa persona o adoptaremos con ella aquel habito de rechazo que nos resulte más familiar y accesible. Así las categorías tienen una vinculación estrecha e inmediata con lo que vemos, con el modo como juzgamos lo que vemos y lo que hacemos.

La categoría satura todo lo que contiene con iguales connotaciones ideacionales y emocionales. Algunas categorías son puramente intelectuales. A tales categorías las llamamos conceptos. No sólo sabemos lo que significa ser chino, mexicano o londinense, sino que además el concepto puede ir acompañado en nosotros de un tono sentimental de agrado o desagrado.

Las categorías pueden ser más o menos racionales. Hemos dicho que en general una categoría comienza a constituirse sobre la base de un "germen de verdad". Una categoría racional parte de ello, y se agranda y se solidifica a través de la experiencia pertinente. Las leyes científicas son ejemplos de categorías racionales. Están respaldadas por la experiencia.

Algunas de nuestras categorías étnicas son bastante racionales. Es probable que un negro tenga piel oscura (aunque este no siempre sea el caso). Es probable que un francés hable mejor francés que un alemán (aunque aquí también hay excepciones). Pero ¿es cierto que todos los negros son supersticiosos, o que los franceses tienen un amoral laxa? Aquí la probabilidad es mucho menor, y su significado es casi nulo si comparamos estos grupos con otros grupos étnicos. Sin embargo nuestra mente parece no hacer ninguna distinción en la formación de categorías: las categorías irracionales se forman con igual facilidad que las racionales. Una categoría irracional es aquella que se forma sin adecuada evidencia. Estas carecen de todo fundamento real y se forman totalmente sobre la base de los rumores, proyecciones emocionales y fantasías.

Allport G W. (1962) "La Naturaleza del Prejuicio", Cap I y II . Editorial Eudeba. Buenos Aires.

CATTEL, JAMES MCKEEN

Biografía.- (1880-1944) Psicólogo americano quien, bajo la dirección de Wundt, comenzó con los experimentos sobre la reacción del tiempo y, bajo Galton, sobre diferencias individuales. Fue de los primeros en usar tests psicológicos en grupos grandes. Fundó, con Baldwin, la *Psychological Review* (1894-1909).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CELOS

Definición.- Forma enfermiza que Freud considera como una *defensa* contra impulsos homosexuales muy fuertes. La fórmula es: "no soy yo quien quiere al hombre, sino ella" o al revés. Se habla de delirio de celos (actividad delirante) en que el temor de una infidelidad de su cónyuge perturba la marcha normal del pensamiento del sujeto.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CENESTESIA

Definición.- 1. Totalidad de las sensaciones orgánicas que origina en el sujeto un estado general de desagrado o de bienestar, respondiendo al proceso de su vida vegetativa. 2. Sensibilidad difusa, caracterizada como sensibilidad general o indiferenciada. 3. La muestra dudosa de sensaciones orgánicas que componen el tono de sensación de un individuo en todo momento dado.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CEREBRO

Generalidades.- "La parte más compleja y altamente desarrollada del sistema nervioso. Consta de dos mitades o hemisferios derecho e izquierdo unidos en el medio por una ancha banda. Estas mitades consisten de "cortex" o sustancia gris (materia gris) que contiene células nerviosas y más abajo una capa de materia blanca que contiene fibras nerviosas que captan y emiten los mensajes de las células de la corteza o "cortex". La corteza constituida por una serie de dobleces para aumentar su área superficial, contiene ciertas formas cuyas funciones son bien conocidas. Así, en una de ellas -la zona motora- un estímulo en distintos puntos conduce a movimientos en distintas partes del cuerpo; otra zona se relaciona con la vista, otra con la percepción del tacto, otra con la facultad de hablar y otras más relacionadas con la facultad de comprender palabras que se oyen o se ven escritas. Si una enfermedad afecta al cerebro, declina la inteligencia; si afecta solo algunas partes, las consecuencias varían. Así, si hay trastorno en la zona motora, ciertas partes del cuerpo no pueden moverse a voluntad (parálisis). Característica curiosa es que las mitades izquierda y derecha del cuerpo están gobernadas por las partes opuestas de la corteza y así las lesiones en la corteza derecha conducen a parálisis del lado izquierdo del cuerpo" (Speck, 1966:74).

Speck G (comp) (1966) Diccionario científico ilustrado. New York: Editors Press Service.

Cerebro y conducta.- Hay dos enfoques alternativos describen la relación entre cerebro y conducta. Estos dos enfoques alternativos son la teoría del campo agregado y la teoría del conexionismo celular sobre la función cortical.

La teoría del campo agregado fue inaugurada por Joseph Gall, quien propuso que regiones delimitadas del córtex cerebral controlan funciones específicas, es decir, el encéfalo no funciona como un todo unitario y que se divide en al menos 35 órganos, cada uno a cargo de una facultad mental determinada, como por ejemplo la generosidad o la discreción. Si cada función mental se ejercita, hará aumentar el volumen del órgano cerebral correspondiente. Gall intentó también relacionar características anatómicas con rasgos de carácter, estudio que se llamó frenología.

Posteriormente Flourens desmintió en parte la teoría de Gall y propuso que cualquier parte del hemisferio cerebral puede realizar todas las funciones del hemisferio.

La teoría del conexionismo celular sobre la función cortical sostiene que las neuronas individuales son las unidades de señalización del encéfalo; se organizan por lo general en grupos funcionales y se conectan una con otra de un modo preciso. El trabajo de Wernicke demostró en particular que diferentes conductas están mediadas por diferentes regiones del encéfalo, las cuales se interconectan mediante vías neurales particulares. La historia del enfrentamiento de esta teoría con la anterior puede verse claramente examinando los estudios sobre la forma en que el encéfalo controla el lenguaje.

Las regiones del encéfalo están especializadas en diferentes funciones.- El sistema nervioso central tiene siete regiones bien diferenciadas: médula espinal, bulbo raquídeo, protuberancia, cerebelo, cerebro medio, diencéfalo y hemisferios cerebrales: las técnicas de neuroimagen permitieron visualizar esas partes in vivo, comprobándose que cada una tiene funciones específicas.

Una de las razones por la cual durante tantos años los investigadores no advirtieron lo anterior, es la idea de un principio de funcionamiento del sistema nervioso conocido como '*procesamiento en paralelo*', según el cual las diferentes funciones se sirven por lo general de más de una vía neural, de manera que cuando se lesiona una región o vía, otra puede compensar parcialmente la pérdida.

El lenguaje y otras funciones cognitivas están localizadas en el córtex cerebral.- Gran parte de lo que sabemos sobre localización del lenguaje procede del estudio de la afasia, que es más frecuente en quienes sufrieron accidentes vasculares. Por ejemplo, Broca describió un paciente que podía comprender el lenguaje pero no podía hablar (aunque sí decir palabras sueltas o cantar). El examen post-mortem reveló una lesión en el área posterior del lóbulo frontal en el hemisferio izquierdo (hoy Centro de Broca). Otros investigadores luego estimularon eléctricamente ciertas áreas cerebrales de animales y vieron que se producían respuestas en ciertas partes del cuerpo. Ello llevó a concluir que hay un hemisferio dominante, que en la mayoría de las personas es el izquierdo.

Años más tarde, en 1876 Wernicke describe un nuevo tipo de afasia donde el deterioro es la comprensión del lenguaje más que la expresión del mismo, y ubicó su localización en la parte posterior del lóbulo temporal. Wernicke intentó además una teoría que procuraba conciliar la teoría de la conexión celular (la corteza es un mosaico de funciones específicas) con la teoría del campo agregado (las funciones mentales no están localizadas en regiones específicas sino que cada función está representada difusamente por toda la corteza). Wernicke sostuvo que sólo las funciones mentales más básicas (perceptivas y motoras sencillas) están localizadas en áreas particulares, mientras que las funciones intelectuales más complejas resultan de la interconexión de varias zonas funcionales (*procesamiento distribuido*).

Propuso que el lenguaje implica programas sensoriales y motores específicos con diferente localización. Dijo que ambas zonas estaban conectadas haciendo que la persona pudiera hablar normalmente. Si se lesionaba esta conexión, se produciría una afasia de conducción, donde la persona usa incorrectamente las palabras (parafrasia), aún cuando se expresa bien y comprende bien. Esto es así porque normalmente, de acuerdo a Wernicke, la información visual y auditiva se transforman en una representación auditiva común del lenguaje, información que se transmite luego al área de Wernicke, donde llega a asociarse con un significado antes de ir hacia el área de Broca como output (lenguaje hablado o escrito).

Ulteriores investigaciones comprobaron que el procesamiento del lenguaje se da tanto en serie como en paralelo, y que dicho procesamiento requiere de áreas corticales específicas del encéfalo que han de estar adecuadamente interconectadas.

Los procesos mentales están representados en el encéfalo por sus operaciones elementales.- La idea de las localizaciones específicas de las funciones mentales es más complejo de lo que Gall o Wernicke se habían imaginado. Las regiones específicas no son responsables de facultades complejas sino que más bien realizan operaciones elementales. Las interconexiones en serie y en paralelo de varias regiones encefálicas posibilitan facultades más elaboradas. Como resultado, una lesión en un área particular no llega necesariamente a la total desaparición de una función. Así, procesos como percibir, pensar, aprender, recordar, etc., se componen en realidad de varios elementos independientes de información – procesamiento: la tarea cognitiva más sencilla requiere la coordinación de varias áreas distintas del encéfalo.

Hoy en día, las técnicas de neuroimagen ilustran cuáles son las regiones implicadas en conductas complejas específicas, y muestran como tales conductas pueden descomponerse en operaciones mentales más simples que tienen lugar en regiones específicas del encéfalo. *Resumen P. Cazau*

Resumen de Kandel E, Schwartz J y Jessell T (1996), Neurociencia y conducta. Madrid: Prentice Hall. Capítulo 1.

CEREMONIA

Definición.- 1. Conjunto de ritos y prácticas consagrados e investidos de carácter simbólico por la costumbre de un grupo determinado. 2. Secuencia de conductas regidas por normas, cuya significación emocional desborda el acto en sí. Sin: *rito*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CHARCOT, JEAN MARTÍN

Biografía.- (1825-1893) Neurólogo y psiquiatra francés. Famoso por las primeras investigaciones sobre la relación entre *histeria* y la *hipnosis*. Encabezaba aquel grupo de la Salpêtrière (hospital en París) que se opuso a las teorías de la escuela de Nancy sobre la interpretación de los fenómenos hipnóticos y sugestivos. Freud fue su alumno (1885-1886) y tradujo al alemán deferentes trabajos de Charcot. Obra principal: *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1877.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CHIOZZA, LUIS ANTONIO

[psicoan.] Médico psicoanalista argentino, nació en Buenos Aires en 1930 y se graduó en Medicina en 1955. Ejerció la clínica médica durante cinco años y luego se dedicó por completo al psicoanálisis. En 1963 presentó en la *Asociación Psicoanalítica Argentina*, bajo la forma de una comunicación preliminar, su primer libro, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, en el cual expuso, siendo aún muy joven, tesis audaces y originales que despertaron, entre sus colegas y maestros, cálidos elogios y duras críticas. En ese libro, en el cual presentó una nueva concepción de la relación psique-soma, postuló la existencia de una primacía y un nivel de fijación hepáticos prenatales, lo cual implica sostener que, así como existen fantasías inconscientes específicamente orales, existen también fantasías hepáticas. Su planteo abre, pues, un nuevo camino a la investigación de la relación psique-soma, ya que sostiene que todo proceso corporal es, desde otro ángulo de observación, una fantasía inconsciente específica. Sus desarrollos teóricos trascienden, sin embargo, el ámbito de la medicina psicosomática, ya que postula una concepción del psiquismo fetal diferente de las que sostenían sus predecesores y sienta las bases para una teoría psicoanalítica acerca de las relaciones entre idea y materia, apoyándola en el interjuego de dos procesos: idealización y materialización. *Full member* de la *International Psychoanalytical Association*, y analista didáctico desde 1974, fundó, presidió o dirigió, distintas instituciones, nacionales y extranjeras, entre las cuales cabe destacar la fundación que lleva su nombre, dedicada a la investigación en psicoanálisis y medicina psicosomática, y el *Centro Weizsaecker de Consulta Médica*, dedicado a la asistencia de pacientes desde un enfoque psicoanalítico particular, inspirado en la obra de Víctor von Weizsaecker, que se realiza mediante un método propio, que desarrolló junto al Dr. Enrique Obstfeld, y que denominó *Estudio Patobiográfico*. Ha ejercido ininterrumpidamente la investigación y la actividad docente, reuniendo a un grupo de colegas que lo acompañan desde hace muchos años. Su obra, que incluye más de quince libros, algunos de los cuales fueron traducidos al inglés, al italiano y al portugués, y numerosos artículos, fue publicada por primera vez en CD ROM en 1995. Miembro del comité científico asesor de prestigiosas revistas extranjeras, recibió el premio KONEX en la disciplina Psicoanálisis, en 1966. Entre sus libros más destacados figuran *¿Por qué enfermamos?*, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico* y *Cuando la envidia es esperanza*, además de la serie en la cual publica los resultados obtenidos por el grupo, en la investigación de numerosas enfermedades, cada una de las cuales es estudiada como la deformación defensiva de un particular afecto que permanece inconsciente y oculto. Su tesis acerca de la deformación "patosomática" de las claves de innervación de los afectos, la afirmación de que existe un ejercicio simbólico inconsciente, y de que la pulsión no se apoya en la función fisiológica, sino que meta pulsional y finalidad de una función fisiológica son dos maneras distintas de referirse a una misma realidad, constituyen los pilares fundamentales de su investigación en el significado inconsciente de las enfermedades somáticas. En el terreno de la teoría y la clínica psicoanalíticas enriqueció la metapsicología freudiana, construida sobre un modelo físico, con un enfoque metahistórico, construido sobre un modelo lingüístico, postuló la existencia de un proceso terciario, sostuvo la necesidad de que la constante interpretación de la transferencia-contratransferencia debe realizarse siempre de manera indirecta y debe dirigirse al lugar en donde los puntos de urgencia del analista y el paciente coinciden. (Véanse *psicosomático*; *fantasía inconsciente*).

Sergio Aisenberg

Aporte de Ricardo Bruno

CHISTE

Chiste según el psicoanálisis.- Freud en su obra *El chiste y su relación con lo inconsciente*, estudia el origen del chiste y llega a la conclusión de que se produce cuando un pensamiento preconsciente es elaborado por lo inconsciente y el resultado es captado por la percepción del consciente. Es, pues, la elaboración inconsciente la que produce el chiste. En el chiste el Ello siempre tan cruel frente al Yo, le permite a éste, reconcentrado en una palabra, llegar al placer, realizando así una agresión. En el chiste hay siempre una agresión, una sentencia que distintamente se dirige contra el mundo exterior. Pero esta agresión se vuelve después contra el individuo mismo. Son frecuentes los chistes de contenido sexual, como numerosas personas que experimentan un gran placer al contarlos o escucharlos. Se trata de una sublimación directa de la energía sexual. Esos chistes permiten decir cosas prohibidas en una forma sancionadas por la sociedad, y expresan el deseo vehemente de llegar, a través del poder mágico de las palabras, al goce sexual. Mediante un chiste breve y picante se puede decirlo todo con un gasto mínimo de energía. Y es precisamente esta economía de energía lo que nos causa placer y nos provoca risa, que es una liberación. El chiste solo tiene efecto si es comprendido y la comprensión significa que el que narra y el que escucha se funden en economía y juicio. En el humorismo es el Superyó el que se muestra benevolente con el Yo. El Superyó considera al Yo como el adulto considera al niño: lo halla insignificante, e ironiza la futilidad de sus intereses y cuitas, que tan importantes se le antojan al Yo. Freud escribe lo siguiente: "El Yo se niega a sentirse ofendido, a sufrir las vocaciones de la realidad. Insiste en que los traumas del mundo exterior son para él motivos de placer". El humorismo significa, por lo tanto, no solo un triunfo del Yo, sino también el del principio del placer, que tiene fuerzas suficientes para dar poca importancia a las fuentes de displacer del mundo real. El humor es siempre superior a los acontecimientos, y esta superioridad es siempre sabiduría. El Psicoanálisis ha investigado también la

psicología del chiste judío, acerca del cual Freud dice: "No hay sobre la tierra un pueblo que se ridiculice con tal ironía implacable, se condene y desgarre a sí mismo como lo hace el pueblo judío en su chiste". La investigación psicológica de este fenómeno, en particular la de Theodor Reik, la burla con que el chiste judío persigue al judío mismo, es una burla en forma latente (que solo se revela a través de lo inconsciente) al ambiente que persigue al judío. El judío perseguido anhela, sin embargo, el amor de su ambiente, y está pronto a identificarse con él. La pérdida del amor, o sea la persecución, se expresa en el chiste. Fischer definía el chiste como un *juicio en broma*. Freud demostró lo serio, lo profunda, que puede ser esta broma. El chiste es un arma peligrosa contra el terror y contra toda dictadura. El chiste significa a la vez condenación y lecha, pero también representa una liberación.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CI

Definición.- Coeficiente de inteligencia. "Definido inicialmente como una razón entre la edad mental y la edad cronológica multiplicada por 100 ($CI = em/ec \times 100$). En los tests de inteligencia contemporáneos, el rendimiento promedio para determinada edad tiene la puntuación 100".

Myers D., "Psicología", Madrid, Editorial Médica Panamericana, 3ra. edición, pág. 319.

Definición.- Cociente de inteligencia obtenido al dividir la calificación de edad mental del examinado en una prueba de inteligencia (como la antigua Stanford-Binet) entre su edad cronológica y multiplicando el cociente por 100. (Vea *CI de desviación*).

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Generalidades.- Abreviatura de Coeficiente Intelectual. Es una calificación derivada, usada originalmente en la calificación de la Escuela de Inteligencia de Stanford-Binet. Una razón CI se calcula dividiendo la *edad mental (EM)* del examinado entre su *edad cronológica (ED)* y multiplicando el cociente resultante por 100. Un CI de desviación se calcula multiplicando la calificación *z* que corresponde a una calificación cruda en una prueba de inteligencia por la desviación estándar del CI por desviación y agregando 100 al producto.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

CI de desviación.- Coeficiente intelectual (CI) que se obtiene al convertir las calificaciones crudas obtenidas en una prueba de inteligencia a una distribución de calificaciones que tiene una media de 100 y una desviación estándar fija, como 16 para la Stanford-Binet o 15 para los Tests de Wechsler.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

CIE

Definición.- Abreviatura de Clasificación Internacional de las Enfermedades. Sistema diagnóstico oficial de la Organización Mundial de la Salud, seguido en la actualidad por más de 140 países, con fines epidemiológicos y de investigación. A partir de la sexta edición (CIE-6) se incorporó un Capítulo V para los problemas psicopatológicos. La última edición (CIE-10) ha introducido importantes cambios en dicho apartado, comparativamente con las versiones anteriores.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 156.

CIENCIA COGNITIVA

Características fundamentales de la ciencia cognitiva.- Gardner plantea cinco características básicas de la ciencia cognitiva. Las dos primeras son supuestos nucleares, mientras que las otras tres son rasgos metodológicos o estratégicos.

1) Representaciones.- La ciencia cognitiva plantea la legitimidad de identificar un nivel de análisis llamado "nivel de la representación". Las representaciones son símbolos, esquemas, ideas, imágenes que se amalgaman y transforman entre sí, y ello explica el funcionamiento de la mente. Como son inobservables y superfluas para explicar esto, las representaciones son cuestionadas por el conductismo.

2) Las computadoras.- Las computadoras son concebidas como una prueba de existencia: si es posible sostener que una máquina piensa, tiene metas, corrige su conducta, modifica información, etc., entonces los seres humanos pueden ser caracterizados de la misma manera.

Pero además de servir de modelo para la mente, la computadora es también usada por los cognitivistas para analizar sus datos, y hasta simular con ella procesos cognitivos (inteligencia artificial).

3) Atenuación de la importancia atribuida a los afectos, el contexto, la cultura y la historia.- Los cognitivistas, en la práctica tratan de deslindar estos factores en sus investigaciones en el mayor grado posible.

4) Creencia en la validez de los estudios interdisciplinarios.- Aunque aún está lejos el ideal de una ciencia cognitiva integrada, es preciso la colaboración interdisciplinaria entre las diferentes ciencias cognitivas, pues cada una puede aprovechar los datos provenientes de las demás.

5) Las raíces en la tradición filosófica clásica.- Los problemas filosóficos clásicos son claves en la ciencia cognitiva contemporánea, como por ejemplo qué es conocer, como conocemos, etc. El ser humano tiene aspectos que no se asemejan a la computadora (es la llamada paradoja computacional).

Resumen de Gardner H (1989) La nueva ciencia de la mente. Capítulo 2, última parte.

Los cimientos de la ciencia cognitiva.- Según Gardner, los cimientos de la ciencia cognitiva son los siguientes:

-El simposio de Hixon y el desafío del conductismo.- En 1948 se reunió el Simposio de Hixon para estudiar la forma cómo el sistema nervioso controla la conducta, pero los debates desbordaron finalmente el tema oficial. Así, von Neuman trazó una notable analogía entre la computadora y el cerebro, y McCulloch entre el cerebro y ciertos procesos lógicos para procesar la información.

El psicólogo Lashley, sin conocer tanto de informática y computación, comenzó a sentar las bases de una ciencia cognitiva y atacó las fuerzas que habían impedido su desarrollo. Años antes, ya el conductismo había empezado a atacar a la psicología de base filosófica especulativa y al introspeccionismo, proponiendo que la psicología debía estudiar lo objetivo: la conducta, y con un método también objetivo fundado en la observación.

El conductismo había postulado la decisiva influencia del medio en la conducta humana, y entendió a ésta como una respuesta pasiva frente a los estímulos ambientales. Lashley postuló que adherir demasiado a estos cánones conductistas obstaculizaría el avance en el conocimiento de la mente humana, pues dejaba de lado aspectos como la imaginación, los deseos, etc., así como también las conductas humanas complejas como jugar o hablar.

Tampoco la neuropsicología podía dar cuenta de ninguna conducta ordenada en forma secuencial. Según Lashley, esas conductas debían ser planeadas de antemano según una organización psíquica jerárquica. Llegó a la conclusión de que la forma o estructura (del sistema nervioso) antecede y determina toda conducta concreta: la organización no es impuesta desde afuera sino que emana del interior del organismo.

Criticó a la neuropsicología la idea según la cual la mayor parte del tiempo el cerebro está inactivo, y se activa como reflejos aislados cuando aparecen ciertos estímulos específicos. El sistema nervioso, para Lashley, está jerárquicamente organizado y siempre está activo, y el control proviene de su centro y no del estímulo ambiental. Para demostrar su teoría, estudió especialmente el lenguaje.

-Un momento crítico en la historia de la ciencia.- El momento se vivió en el Simposio de Hixon, donde se abrían grandes posibilidades para resolver el enigma de la mente humana. Muchos estudiosos formados en la filosofía ahora veían un campo en la psicología, la lingüística, la antropología, la sociología y diversas neurociencias para dar respuesta a aquel enigma.

Además del conductismo, otros factores impidieron el lanzamiento apropiado de una ciencia de la cognición: el positivismo y el verificacionismo con su obsesión por lo observable y verificable, el psicoanálisis con sus intuiciones poco científicas. La situación política y las guerras vinieron a retardar más los estudios científicos de la mente. Pero la guerra trajo también un adelanto, pues el perfeccionamiento de dispositivos bélicos dio a Wiener, por ejemplo, la pauta que los mecanismos de retroalimentación tenían mucha semejanza con los procesos homeostáticos que hacen que el sistema nervioso desarrolle una actividad intencional. Estas ideas de retroalimentación, planificación, etcétera, eran totalmente antitéticas con el modelo conductista.

Las lesiones cerebrales producto de la guerra, estimularon los estudios de las funciones de las diversas partes del cerebro. Luego de la guerra, se sintió más la necesidad de una nueva disciplina que abordase científicamente el problema de la mente.

-Aportes teóricos claves para la ciencia cognitiva.- Fueron los siguientes:

1) Matemática y computación: hacia fines del siglo 19 hubo muchos progresos en matemática y lógica, superándose la lógica aristotélica y unificando ambas disciplinas mediante sistemas de símbolos abstractos, lo cual influyó sobre matemáticos como Wiener y von Neumann, que la aplicaron a la nueva ciencia cognitiva.

En la década del '30, el matemático A. Turing inventó una máquina muy simple (una tira de papel con varios recuadros) capaz de hacer muchas operaciones usando solamente dos signos (sistema binario); esto entusiasmó a quienes pensaron que entonces podrían construir computadoras sobre esa base, pero también a los psicólogos, pues se había dicho que la máquina de Turing podía incluso llegar a pensar tal como lo hacía el hombre. En base a ello von Neumann advirtió la posibilidad de hacer una máquina similar al cerebro, en el sentido de que dicha máquina tuviese una memoria interna almacenada en función de la cual actuar, y no como hasta entonces donde ante cada nueva tarea había que reprogramar todo de nuevo a la máquina. Se pensó por primera vez en la posibilidad que una máquina preparase y ejecutase sus propios programas.

2) El modelo de la neurona: McCulloch y Pitts demostraron en 1943 que las operaciones de una neurona y sus conexiones con otras (red neural) podían representarse mediante un modelo lógico. De A y B podía

deducirse C, aunque A, B y C fueran neuronas o enunciados lógicos. Tales circuitos eran también equiparables a circuitos eléctricos recorridos por ciertas señales. Desde entonces se pensó en fabricar una computadora tan perfecta como la del cerebro humano, que funcionase de acuerdo a la ley del 'todo o nada', o sea, circuitos que se abren o se cierran, neuronas que se conectan o no se conectan, etc. Fue un importante impulso para el desarrollo de la ciencia cognitiva la posibilidad de investigar la analogía entre el pensar humano en la resolución de problemas y las estrategias encarnadas en un programa de computación.

3) La síntesis cibernética: von Neumann y Wiener acopiaron información sobre el sistema nervioso, la matemática y la lógica. En particular Wiener se interesó por los mecanismos, tanto mecánicos como humanos, de autorregulación de la retroalimentación. Quedó asimismo impresionado por la analogía de McCulloch sobre la conexión lógica y la conexión nerviosa. Wiener advirtió que se estaba creando una nueva ciencia que reunía los modos de funcionar del sistema nervioso, la lógica y la computación, a la que llamó 'cibernética' (1948), y que estudia según él la teoría del control y la comunicación, ya sea en una máquina o en un animal, o sea la forma de procesar la información por medios eléctricos, mecánicos o nerviosos. Esta síntesis es valiosa como aporte interdisciplinario, aunque no fue la que en definitiva adoptó la ciencia cognitiva.

4) Teoría de la información: Shannon, fundador de la teoría de la información, empezó viendo un paralelismo entre los principios de la lógica (verdad-falsedad) con los dos estados (abierto-cerrado) de las llaves electromecánicas. Sobre esa base fundó la teoría de la información. El 'bit' (que significa dígito binario) es la unidad básica de información, definida como la cantidad de información requerida para seleccionar un mensaje entre dos alternativas equiprobables. Por ejemplo, para elegir un mensaje entre ocho alternativas equiprobables necesitamos tres bits: el primero limita la elección de 8 a 4, el segundo de 4 a 2, y el tercer de 2 elige una, o sea la última. La información no es materia ni energía: sólo es información, y esta puede vehiculizarse por cualquier medio: nervios, computadora, etc.

5) Síndromes neuropsicológicos: las lesiones cerebrales aportaron nuevo conocimiento a la ciencia cognitiva, sobre todo porque refutó la teoría del estímulo-respuesta o arco reflejo lineal. Por ejemplo, había afasias donde se mantenía la estructura de la oración pero no se reconocía el significado de las palabras, y al revés, en otras, se sabían los significados pero se armaba mal la oración.

-Encuentros catalizadores y escritos influyentes.- Hacia 1940 estaban ya sentadas las bases sobre las que más tarde habría de fundarse la ciencia cognitiva. Von Neumann, Wiener y Simon intuyeron un nuevo campo de estudio, una ciencia interdisciplinaria que estudiara la mente (la ciencia cognitiva). El Simposio de Hixon fue importante en la medida en que mostró la vinculación cerebro-computadora, y en la medida en que se opuso al conductismo prevalente. Pero este Simposio no fue lo único determinante.

Primero se reunió la Fundación Macy bajo el auspicio de von Neumann y Wiener, y luego, agregándose McCulloch, se hicieron reuniones para estudiar la retroalimentación, los mecanismos causales circulares tanto en sistemas biológicos como sociales. De aquí extrajo el antropólogo Bateson sus ideas sobre el 'doble vínculo' aplicado a la esquizofrenia. El físico Oppenheimer se interesó por estos conceptos dentro de la psicología, invitando a tal efecto a psicólogos como Miller y Bruner, que luego serían pilares para el surgimiento de la ciencia cognitiva. El interés de Oppenheimer tenía que ver con la percepción, pues en física existía el principio de indeterminación que aludía justamente al problema de la observación de partículas subatómicas.

Por esta época (1940-1950) hubo muchos encuentros entre todos estos investigadores y otros más, de todo lo cual surgieron nuevas ideas como consecuencia del intercambio de información entre ellos. Aparecieron luego libros como por ejemplo el de Ashby, inglés, que buscaba dar cuenta de la mente en forma mecanicista. Por ejemplo, la lógica podía explicar el aprendizaje y la conducta adaptativa. Entendió la mente como una máquina que se organiza a sí misma, responde a estímulos con el fin de alcanzar estabilidad. No obstante, Ashby nunca se apartó en estas concepciones del conductismo.

En lingüística, Jakobson empezó a discernir en el lenguaje unidades a partir de las cuales se construyen los fonemas o sonidos básicos. En neuropsicología, Hebb habló sobre el desarrollo e involución de la inteligencia, y en antropología Bateson habló de la retroalimentación en los sistemas sociales. También hubo aportes desde la matemática, como los modelos estocásticos. Todo ello fue una preparación de la escena donde surgiría la nueva ciencia cognitiva, cuyas bases ya estaban sentadas con los aportes de McCulloch, Turing, von Neumann, Wiener y Pitts. Estas investigaciones no formaban aún parte de la ciencia oficial del momento, que eran el conductismo, la lingüística estructural, la antropología funcionalista y la neuropsicología animal.

Resumen de Gardner H (1989) La nueva ciencia de la mente. Capítulo 2.

Las primeras décadas de la ciencia cognitiva.- Gardner plantea los primeros tiempos de la ciencia cognitiva de la siguiente manera.

-Una fecha de nacimiento aceptada.- Hay acuerdo en considerar el inicio de la ciencia cognitiva el 11 de septiembre de 1956, cuando se hizo un Simposio sobre la Teoría de la Información en EEUU. Miller recuerda dos aportes: uno de Newell y Simon (la computadora podía demostrar un teorema) y otro de Chomsky (el lenguaje humano es como un sistema matemático). Miller, Bruner y otros se dieron cuenta así que las computadoras, el lenguaje, etc. eran casos especiales de un sistema más general, objeto de

estudio de una futura 'ciencia cognitiva'. Las ciencias cognitivas entonces abarcan muchas disciplinas diversas, desde la teoría de la información hasta la lingüística, pasando por la neurología y la psicología y hasta la etología animal.

Así, se advirtieron analogías entre la computadora y la mente: ambas tenían un soporte material, por un lado (hardware) y estados mentales o programas (software) por el otro.

-La década de 1960: el movimiento toma fuerza.- Bruner y Miller fundan en Harvard el Centro para Estudios Cognitivos dando así impulso y gran difusión a las nuevas ciencias cognitivas. En 1960 publican "Los planes y la estructura de la conducta", anunciando allí el fin del conductismo y la necesidad de un nuevo enfoque cibernético de la mente, reemplazando el arco reflejo simple por la retroalimentación. Las investigaciones continuaron, y por ejemplo en 1967 se publica "Psicología cognitiva", de Neisser, quien propuso una concepción constructiva de la actividad humana: la cognición implica procesos analíticos y sintéticos inventivos. También, Simon en "Las ciencias de lo artificial" propuso que tanto la computadora como la mente humana debían concebirse como sistemas simbólicos capaces de procesar, transformar, elaborar y manipular símbolos de diversas especies.

-La iniciativa de la fundación Sloan.- Hacia 1970 la fundación privada Sloan impulsó y financió una serie de investigaciones, entre las cuales se encontraban una sobre neurociencias, dedicadas al estudio del sistema nervioso, con lo cual dieron gran impulso a la ciencia cognitiva integrando las neurociencias. Así, poco a poco fueron identificándose las diferentes disciplinas o ciencias cognitivas que habrían de integrar la llamada ciencia cognitiva. Estas diferentes disciplinas fueron 6: filosofía, psicología, lingüística, inteligencia artificial, antropología y neurociencia. Entre ellas se establecieron vínculos interdisciplinarios, que fueron fuertes (de la psicología con todas las demás, de la lingüística con todas las demás, de la filosofía con la psicología y la lingüística, de la antropología con la lingüística, la psicología y la neurociencia, de la neurociencia con todas las otras menos con la filosofía, y de la inteligencia artificial con todas menos con la filosofía y la antropología). Es decir, también hubo vínculos débiles. Estas seis ciencias forman el llamado en 1978, "hexágono cognitivo", el cual informaba por esta época sobre el cuadro de situación de la ciencia cognitiva.

Resumen de Gardner H (1989) La nueva ciencia de la mente. Capítulo 2, primera parte.

CIRUGÍA PLÁSTICA

Cirugía plástica, autoestima y suicidio.- Muchos estudios se han centrado en analizar el posible riesgo de los implantes mamarios, pero carecían del poder suficiente para obtener datos concluyentes. A pesar de la creencia de que estas prótesis podrían estar relacionadas con un aumento de la morbilidad y la mortalidad, la literatura científica indica todo lo contrario, que las mujeres que llevan implantes tienen un riesgo menor de muerte.

Investigadores de la Agencia de Salud Pública de Canadá analizaron las cifras de mortalidad de un grupo de más de 40.000 mujeres procedentes de las provincias de Ottawa y Quebec y las compararon con las de la población general. Entre las participantes, 24.558 se habían sometido a un aumento de pecho y 15.893 a otras operaciones de cirugía estética como rinoplastias, otoplastias o blefaroplastias, entre 1974 y 1989. Un estudio publicado en la revista 'American Journal of Public Health' analiza esta cuestión. En opinión de Howard Morrison, uno de los autores del estudio, "los resultados que hemos visto son fruto de un efecto de muestreo" ya que las mujeres que se someten a este tipo de intervenciones "tienen mejor salud que la población general". En primer lugar, porque para pasar por el quirófano es necesario estar sano, pero también porque suelen pertenecer a clases sociales altas, una variable asociada comúnmente con una mejor salud. Morrison explicó que lo único novedoso que sacan a relucir estas mujeres es el aumento del riesgo de suicidio, que resultó ser un 73% mayor entre aquellas que recibieron un implante de mama. El resto de las cirugías también se relacionan con un aumento de la tasa de suicidio, aunque menor.

Entre las posibles causas de esta tendencia a quitarse la vida, los autores señalan que estas mujeres han recibido psicoterapia más frecuentemente y tienen además niveles bajos de autoestima y confianza en sí mismas. Además, trabajos anteriores indican que las complicaciones derivadas de los implantes de mama "pueden provocar desesperación, lo que incrementa las posibilidades de suicidarse". A la luz de estos resultados, los autores consideran oportuno y razonable sugerir a los cirujanos plásticos que identifiquen y deriven a las consultas de psiquiatría a aquellas pacientes con probabilidades de desarrollar trastornos psicológicos o de cometer suicidio.

Morrison y otros, Las mujeres que se someten a una intervención de cirugía estética tienen niveles más bajos de autoestima y de confianza en sí mismas. FUENTE: AMERICAN JOURNAL PUBLIC HEALTH. 2006 AGO.

CLARIVIDENCIA

Definición.- 1. Supuesta capacidad de ver sin intervención de los ojos. 2. Presunto conocimiento de hechos pasados, presentes y futuros, sin el uso de los sentidos especiales.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CLIMATERIO

Definición.- “Época del tránsito entre la madurez sexual y el reposo genital de la vejez. Es una etapa vital en cuyo centro está aproximadamente la última menstruación, o sea, la menopausia. Hay, por lo tanto, una fase premenopáusica y otra posmenopáusica”.

Otte José (1977), Enciclopédica Médica. México: Reader's Digest, pág. 714.

Definición.- El climaterio es el periodo de la vida de la mujer en el que tiene lugar la desaparición de la función reproductiva e importantes cambios en la secreción de las hormonas sexuales, que condicionan modificaciones importantes no sólo en el tracto genital, sino en otros lugares del organismo. Definido así el climaterio, la menopausia es sólo un signo más del conjunto de fenómenos que definen el climaterio, del mismo modo que la menarquía constituye sólo un signo externo de la pubertad.

En el climaterio se producen cambios biológicos y psicológicos trascendentes, ya que marca el paso desde la madurez sexual, con plena capacidad reproductora, hasta la senectud. Durante este periodo, progresivamente la función ovárica normal da paso a la claudicación funcional definitiva de la gónada. Este periodo está bien definido por la pérdida de la menstruación o menopausia. Clásicamente el climaterio se divide en dos etapas: la premenopausia y la postmenopausia. La perimenopausia comprende los últimos años antes de la menopausia y el año posterior a la misma. Se acepta una amplia variabilidad individual, pero en general la duración de este periodo es de tres a cinco años, desde los 45 a los 50 años. La transición perimenopáusica es, en la mayoría de las mujeres, irregular, con alteraciones clínicas susceptibles de ser evitadas o, al menos, tratadas (Concepción Carnicer Fuentes O et al, 2002:23).

Concepción Carnicer Fuentes Olga; M^a Paloma Castro; Carmen Paublete Herrera (2002), Aspectos básicos de la fisiología del climaterio. Cádiz: Interpsiquis.

Definición.- El climaterio femenino es el período de transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva en la vida de toda mujer y representa para ésta una crisis vital en la cual ocurren una serie de transformaciones somáticas y psicobiográficas que precisamente definen este periodo de la vida (Rodríguez B, 2000:4).

Rodríguez Beatriz (2000), Climaterio femenino. Del mito a una identidad posible. Buenos Aires, Prometeo.

Definición.- El climaterio es el periodo de la vida de la mujer en el que tiene lugar la desaparición de la función reproductiva e importantes cambios en la secreción de las hormonas sexuales, que condicionan modificaciones importantes no sólo en el tracto genital, sino en otros lugares del organismo. Definido así el climaterio, la menopausia es sólo un signo más del conjunto de fenómenos que definen el climaterio, del mismo modo que la menarquía constituye sólo un signo externo de la pubertad.

En el climaterio se producen cambios biológicos y psicológicos trascendentes, ya que marca el paso desde la madurez sexual, con plena capacidad reproductora, hasta la senectud. Durante este periodo, progresivamente la función ovárica normal da paso a la claudicación funcional definitiva de la gónada. Este periodo está bien definido por la pérdida de la menstruación o menopausia. Clásicamente el climaterio se divide en dos etapas: la premenopausia y la postmenopausia. La perimenopausia comprende los últimos años antes de la menopausia y el año posterior a la misma. Se acepta una amplia variabilidad individual, pero en general la duración de este periodo es de tres a cinco años, desde los 45 a los 50 años. La transición perimenopáusica es, en la mayoría de las mujeres, irregular, con alteraciones clínicas susceptibles de ser evitadas o, al menos, tratadas (Concepción Carnicer Fuentes O et al, 2002:23).

Concepción Carnicer Fuentes Olga; M^a Paloma Castro; Carmen Paublete Herrera (2002), Aspectos básicos de la fisiología del climaterio. Cádiz: Interpsiquis.

Definición.- El climaterio femenino es el período de transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva en la vida de toda mujer y representa para ésta una crisis vital en la cual ocurren una serie de transformaciones somáticas y psicobiográficas que precisamente definen este periodo de la vida (Rodríguez B, 2000:4).

Rodríguez Beatriz (2000), Climaterio femenino. Del mito a una identidad posible. Buenos Aires, Prometeo.

Definición.- “Es un ordenamiento, en que por lo común participan varios miembros de la familia, con una postura combativa, de exclusión, o de chivo emisario, en perjuicio de un tercero. En la acepción corriente, coalición designa entendimientos entre más de dos personas. Ver *Alianza*.

Umbarger C, “Terapia familiar estructural”, Barcelona, Paidós.

Definición.- “Unión de dos o más bandos que coordinan sus empeños para lograr sus fines contra la oposición de uno o más bandos contrarios”.

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 616.

Enfoque psicoanalítico.- El psicoanálisis abordó también la cuestión del climaterio. "Las neurosis de desencadenan frecuentemente en la pubertad y en el climaterio. La persona en cuestión ha sido capaz de soportar una cierta cantidad de excitación instintiva no descargada, pero tan pronto como los cambios somáticos hicieron aumentar la cantidad absoluta de excitación, ya no fueron suficientes las contramedidas de contención" (Fenichel, 1966:28).

El mismo autor refiere que "la personalidad es repentinamente inundada por la ansiedad y las sensaciones vegetativas, tanto más penosas cuanto que el paciente, en razón de sus medidas defensivas, no aprendió nunca a asimilar las emociones y adaptarse a ellas" (Fenichel, 1966:508).

Freud, por ejemplo, había observado que una mujer, debido a circunstancias externas, había dejado de conceder todo valor a su vida sexual genital (Freud, 1913). Fenichel indica al respecto que con frecuencia puede observarse algo similar después del climaterio, donde se ha producido una regresión sádicoanal debida a factores orgánicos (Fenichel, 1966:315).

Fenichel Otto (1966), *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.

Aspectos endocrinológicos.- El patrón hormonal del climaterio consiste en un descenso de los niveles de estrógenos y un aumento de los niveles de gonadotrofinas.

Los principales acontecimientos que condicionan el climaterio son: a) Agotamiento de los folículos primordiales de los ovarios capaces de responder a estímulos de las hormonas FSH y LH. b) Importante caída de la secreción de estrógenos. c) Los andrógenos androstenodiona y testosterona siguen produciéndose en la estroma y en los restos de la teca ováricas, aunque la cantidad secretada disminuye. d) La producción de progesterona es muy baja. e) La pérdida del efecto feedback negativo, que los estrógenos y la progesterona ejercen sobre las gonadotrofinas hacen que la FSH y LH, estén elevadas. f) La hormona hipotalámica GnRh está aumentada en la postmenopausia. En resumen, el acontecimiento más importante del climaterio es el descenso de la producción de estrógenos; la mayoría de los restantes hechos señalados son consecuencia de la caída de los niveles de estrógenos.

Pellicer A, Simón C. (1999), *Climaterio y Menopausia*. Cuadernos de Medicina Reproductiva. Volumen 4. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Cambios anatómicos.- El cuadro clínico del climaterio está originado, directa o indirectamente, por la disminución de estrógenos.

Los ovarios experimentan cambios muy importantes en esta época de la vida. Disminuyen de tamaño y llegan a alcanzar dimensiones inferiores a una almendra. Su superficie es rugosa.

El útero experimenta igualmente una serie de cambios regresivos. Disminuye el tamaño, pero las modificaciones más importantes tienen lugar en el endometrio, que se adelgaza y atrofia, lo que constituye la base morfológica de los trastornos menstruales del climaterio. La vagina se acorta, desaparecen los fondos de saco y disminuye la secreción, que puede aumentar el pH y tornarse alcalina. También la uretra, particularmente en su tercio externo, y la zona del trigono de la vejiga experimentan cambios regresivos importantes. Todos estos cambios descritos pueden originar dispareunia y prurito vulvar, y favorecer la aparición de infecciones (vulvitis, vaginitis, cervicitis, endometritis, uretritis y cistitis). La atrofia también afecta a los órganos de soporte de los órganos pélvicos, tanto músculos como ligamentos. Por ello, en esta época son más frecuentes los prolapsos genitales y la incontinencia urinaria. Concepción Carnicer Fuentes Olga; M^a Paloma Castro; Carmen Paublete Herrera (2002), Aspectos básicos de la fisiología del climaterio. Cádiz: Interpsiquis.

Síntomas psíquicos.- Son muy variables, tanto en intensidad como en duración. Los más frecuentes son: irritabilidad, depresión, ansiedad, melancolía, pérdida de concentración, disminución de la libido unas veces y aumento de otras, etc. También las condiciones personales y ambientales de adaptación a esta época de la vida influyen en el cuadro clínico. Cuanto mejor sea el ajuste, la sintomatología será menos intensa.

Mecas A, Mañá M. Menopausia y autocuidados. *Enfermería Científica* Núm. 148-149 Julio-Agosto 1994: 21-24.

CLIVAJE

Generalidades.- Originalmente es un término de la química que designa, en los cristales, los distintos planos o zonas donde la unión de los átomos es más débil. Se trata entonces de zonas constituidas como posibles planos de ruptura o fractura.

El término fue empleado en psicología para designar, por ejemplo, zonas de fractura o escisión del yo (en la teoría kleiniana), y también en psicología institucional, para designar zonas de posible fractura dentro de una organización, como por ejemplo la zona que divide a directivos y personal subalterno.

Cazau P (2004) *Vocabulario de psicología*. Buenos Aires: Redpsicología.

Generalidades.- "En psicología, y especialmente en psicoanálisis desde Lacan, la palabra clivaje describe el efecto de la Función Paterna que separa al individuo del Deseo de la Madre. Si hasta que no aparece y resulta eficaz la Función Paterna, todo infante es como un apéndice de su madre; con el padre (o quien realmente cumpla su función) se obra una separación (tal como Freud lo describe al explicar el

complejo de Edipo), es decir, se separa al infante de la madre, se le escinde de ella, tal escisión, muy precisa, muy determinante e integradora del sujeto en la sociedad, es precisamente el clivaje.

El clivaje es un acto de represión sin dudas, si bien de una represión (por dialéctica) positiva, el idioma alemán (idioma de Freud) distingue bien Verdrängung de Unterdrückung, la Verdrängung es la "represión" en la cual lo reprimido es derivado o "exiliado", en el caso de lo psíquico, la Función Paterna significa una "represión" positiva (Verdrängung) por la cual los deseos inicialmente incestuosos son derivados a lo Inconsciente, posibilitándose así la exogamia del sujeto, y la vida lo más independiente posible del sujeto en cuestión. Es así que el clivaje funda realmente al sujeto y a su inconsciente. El sujeto escindido es llamado también sujeto clivado y se suele representar en psicoanálisis con el signo: \$".

<http://es.wikipedia.org/>

COALICIÓN

Generalidades.- Desde el punto de vista de la psicología sistémica, en la coalición las personas se unen contra un tercero, mientras que en la alianza las personas se unen para beneficiarse mutuamente. Si A y B se ponen de acuerdo para hacerle la vida imposible a C, formaron una coalición, pero si A y B se ponen de acuerdo para cubrirse mutuamente sus faltas, formaron una alianza. En la alianza hay dos beneficiados (como en la simbiosis en la ecología), y en la coalición dos beneficiados y uno perjudicado (como en una conjura).

Cazau P (2004) Vocabulario de psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

COCAÍNA

Definición.- Sustancia que "se extrae del arbusto de la coca (*Erythroxylum coca*). Se puede tomar en forma de hojas de coca masticadas a nivel tradicional, y en su estado manufacturado su alcaloide, cocaína, o el subproducto, crack. La *cocaína* propiamente dicha es clorhidrato de cocaína; el crack, pasta base de coca amalgamada con bicarbonato sódico".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 525.

COCIENTE DE DESARROLLO

Definición.- (Se abrevia CD). Índice que equivale aproximadamente a la edad mental, que resume el comportamiento de un infante según se evalúa por los programas de desarrollo de Gesell.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

CODEPENDENCIA

Generalidades.- El término "codependencia" nos llega desde el campo de las adicciones y fue introducido a fines de la década del setenta en los centros para "dependientes químicos" de Minnesota¹. Con él se intentaba definir a aquellas personas que se veían afectadas por la relación cercana con alguien que abusara de las drogas o el alcohol. Estas personas presentaban ciertos patrones vinculares característicos.

La codependencia es un concepto que proviene del campo de las adicciones y que posteriormente fue redefinido en el campo de la Psicología interpersonal. Con él se hace referencia a un modelo de relación en el que una persona focaliza en la otra con negligencia de sí misma. Se caracteriza por intentar controlar, rescatar y salvar la vida del otro, asumiendo la responsabilidad por sus conductas.

Faur Sofía, (2003) Codependencia y estrés marital. Interpsiquis.

COGNICIÓN

Definición.- 1. Los distintos significados de la palabra se pueden reducir a dos principales: a) la representación o captación en términos conceptuales de un objeto (concreto o abstracto) por percepción, imaginación o conceptualización; b) la comprensión o explicación: la comprensión de un objeto como específico, porque conviene a un sistema de relaciones que lo justifica por su misma naturaleza. En ambos significados, la acción cognitiva determina al objeto en cuanto tal y diferencia entre lo que se conoce y la persona que conoce. Por lo tanto, la cognición contrasta con la pura subjetividad de los estados de conciencia, sentimiento y creencia (M. J. Borel).

2. (PC) El significado de la palabra cognición deriva de conocer (cognoscere). Ello implica actividad interior, cierta actitud idealista y racional. La actividad cognitiva hace referencia a las representaciones mentales que incluyen los pensamientos y las emociones. La cognición humana existe dentro del contexto de la persona, de la sociedad y la cultura. La interacción entre ellos da forma a los procesos cognoscitivos.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- “La *cognición* es el proceso de obtener, organizar y utilizar el conocimiento intelectual. Las teorías sobre el aprendizaje cognitivo se interesan sobre todo por el papel de la comprensión. Las personas realizan operaciones mentales y almacenan conjuntos de información en su memoria para recuperarlos más tarde. La cognición implica la comprensión de la conexión que existe entre causa y efecto, entre una acción y sus consecuencias. Las *estrategias cognitivas* son los planes mentales que una persona utiliza para comprenderse a sí mismo y al entorno” (páginas 173-174).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

COHESIÓN

Definición.- “Fuerza que mantiene a los individuos dentro del grupo impidiendo que lo abandonen; sentimiento de constituir un <nosotros>”.

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 616.

COLESTEROL

Colesterol y salud mental.- “Antecedentes. Mientras los beneficios del colesterol bajo en la salud física no están en duda, varios estudios sugieren un aspecto potencial negativo del colesterol bajo para la salud mental. Los autores realizaron un estudio de observación para examinar la asociación entre el colesterol y la salud mental.

Método. De abril de 1995 a marzo de 2002, se administraron a 1972 empleados en Japón una serie de cuestionarios concernientes a la actividad física, consumo de alimentos, alcohol, café, hábito de fumar, y salud mental. Se realizó un seguimiento de 1 a 6 años a sujetos con colesterol menor a 150 mg/dL (grupo con colesterol muy bajo) y a otros sujetos (grupo control), y se les comparó su salud mental utilizando casos GHQ (mediciones GHQ-12 mayores a 3).

Resultados. Las curvas de supervivencia Kaplan-Meier revelaron que el grupo con muy bajo colesterol tenía casos GHQ significativamente mayores que el grupo de control. Notablemente, estos resultados se aplicaron a los varones pero no a las mujeres. Después del ajuste para la salud en general, el modelo de regresión de peligro proporcional Cox's confirmó esta asociación solamente en varones. Las curvas de supervivencia del grupo de control fueron significativamente diferentes entre los varones y las hembras mientras que en los grupos de colesterol muy bajo no fueron significativamente diferentes.

Limitaciones. En el análisis de supervivencia los casos GHQ fueron tomados como "muerte". Como tal, no es posible distinguir entre la disfunción mental persistente y la transitoria, y por lo tanto puede conducir a la sobrestimación de los casos GHQ en los años de observación.

Conclusión. Estos resultados sugieren que el colesterol muy bajo puede estar asociado con una peor salud mental en varones, y por el contrario es interesante indicar que los niveles moderados del colesterol (pero no muy bajos) pueden proteger la salud mental en varones”.

Shuji Soeda, Takeshi Terao, Noboru Iwata, Haruhiko Abe, Kazuhiko Uchida and Jun Nakamura, Efecto mental del colesterol en varones: ¿Tiene un efecto protector? J AFFECT DISORD. 2006 ABR; 91(2).

COLOR

Generalidades.- La psicología del color indaga la correlación entre los rasgos de la personalidad y las preferencias por un determinado color, y examina, por ejemplo, hipótesis acerca de cómo influyen los colores en nuestro comportamiento, o como influye nuestra personalidad en la elección de los colores. Por ejemplo: cierto color en las paredes del lugar de trabajo puede aumentar la productividad de los empleados y disminuir su estrés, el color de un envase puede decidir un aumento o disminución en las ventas del producto, etc. La psicología del color ha probado ser efectiva en los campos laboral, publicitario, entre otros. El test de los colores de Luscher indaga la psicología de las personas a partir de los colores que prefieren. El texto es Luscher Max (1993). *Test de los colores*. Barcelona, Paidós.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Generalidades.- 1. El valor afectivo de los colores es, desde todos los tiempos, conocido. Cada ser humano reacciona en diferentes formas frente a los colores, según su simpatía o antipatía para ellos. Pero hay también una reacción colectiva, p. ej., el color negro está considerado como el símbolo del dolor, de la tristeza; el blanco, de la pureza; el amarillo de la envidia, etc. ya Goethe elaboró una teoría no solamente de los colores como elemento físico, sino también sobre su valor afectivo. 2. Hace tiempo los psicólogos se ocupan de este problema. Con métodos exactos fueron elaborados diferentes tests de colores como el Test de Pirámides de Pfister-Heiss, otro de Luscher. Las investigaciones con el método de Pfister, centralizadas en la Universidad de Freiburg, han podido demostrar, elaborando psicoestadísticamente, que el color azul y el rojo son los más preferidos; el azul por las mujeres (22%); el colorado más por los varones (19,2%). En tercer lugar figura, como reacción normal, el verde (16,4%). La escala de valores sigue después así: amarillo (12,6%), naranja (10%), violeta (7,3%), marrón (7%),

negro (6%), blanco 2%) y gris (1%). Las investigaciones psicodiagnósticas han demostrado que el azul corresponde a una introversión, el amarillo a la extroversión. Para los neuróticos es el colorado lo significativo, para los histéricos el violeta. La preferencia sobre el negro, el blanco y sobre todo por el gris, demuestran, muy a menudo, una psicosis. Estas investigaciones muy lejos de estar terminadas, se abren hacia un nuevo camino. Es interesante que, según las investigaciones de Székely, los aborígenes sudamericanos reaccionan muy diferentemente de los europeos. Los colores preferidos para ellos son: amarillo, verde fuerte, bermellón, violeta y azul. 3. El otro camino de las investigaciones es: aclarar las relaciones entre color y tono. Es sabido que los tonos se asocian con los colores: por ejemplo: escuchando con ojos cerrados música, el oyente ve una "música de colores" también. (G. Anschütz, *Das Farbe-TonProblem*, 1929). Jung dice sobre el simbolismo de los colores en la cultura europea, lo siguiente: azul es el color de variedad del aire, del cielo claro y el símbolo del pensar; amarillo, es el color del sol que luciferiente trae la luz de la oscuridad sin fondo" y desaparece otra vez en la misma oscuridad, representando la intuición, como aquella función, que semejante a la luz deja aparecer y desaparecer las ideas; colorado es el color de la sangre pulsante, del fuego, y como tal, el símbolo de las pasiones vivas y ardientes; verde es el color de las plantas que cubren la tierra y simboliza la función de sensibilidad.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

COMA

Definición.- Abolición patológica total o parcial de la conciencia, con cierta conservación de las funciones vegetativas (circulación, respiración, etc).

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Etiología.- Afecciones cerebrovasculares, lesiones traumáticas (hematomas, fracturas de base de cráneo), inundación ventricular (la sangre pasa al cuarto ventrículo, aumentando la presión intracraneana), edemas, infartos masivos, tumores cerebrales, meningitis y encefalitis graves. Una hemorragia, un tumor, etc, pueden producir un edema cerebral y comprimir éste último el tronco encefálico, donde están los núcleos de los pares craneales. Precisamente la prueba de los pares craneales se hacen a partir del coma 2 para ir detectando a qué nivel está la lesión (peduncular, protuberancial, bulbo-protuberancial, o bulbar).

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Grados.- Para que un sujeto llegue al coma, aún superficial, debe estar afectada la totalidad de la corteza cerebral. Se reconocen cuatro grados de coma, desde el más superficial al más profundo:

Coma 1 (subcoma): Hay depresión de la conciencia pero el sujeto no llega a estar desconectado del medio. Está estuporoso, conserva los reflejos, el tono muscular y el control esfinteriano. Al EEG tiene ondas alfa de 7-8 ciclos por segundo.

Hay diferencias con la persona dormida. Esta última tiene la reacción del despertar, con orientación auto y alopsíquica y espacio-temporal, reconociendo a las personas, conservando las funciones superiores y puede responder a órdenes. En el coma 1 puede existir reacción del despertar pero hay desorientación y no responde a órdenes. Además de la corteza están alterados los sistemas talámicos de proyección difusa y límbico. Si cuando se estimula al paciente y no despierta, ya es coma 2, 3 o 4.

Coma 2 (coma ligero): La conciencia está desconectada, baja el tono muscular, no reacciona ante estímulos, conserva los reflejos cutáneo y profundo, pierde el reflejo de succión y hay perturbaciones en la deglución. Pierde el control de esfínteres, conserva las funciones vegetativas, los signos vitales son normales pero las ondas EEG se lentifican. Además de la alteración del sistema talámico de proyección y del sistema límbico, también está alterado el SARA, ya que su descarga ascendente no alcanza la corteza.

Coma 3 (coma profundo): Conciencia abolida totalmente, así como también el tono muscular, el control esfinteriano, la succión y la deglución. Se alteran las funciones vegetativas al cambiar los ritmos respiratorio y cardíaco. Hay hipotensión arterial con una taquicardia compensadora. Hipertermia y aumento de secreción bronquial.

Coma 4 (coma dépassé): Pérdida de todas las funciones vegetativas (paro cardiorrespiratorio). El paciente sobrevive por medios mecánicos. Hay parálisis midriática (indica irreversibilidad) y muerte cerebral (el cerebro inició su autólisis). Al EEG no hay ondas (plano), pese a que el resto de los órganos sigue su actividad celular.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

COMPETENCIA

Definición.- Es “una característica subyacente de un individuo que está causalmente relacionada con un nivel estándar de efectividad y/o con un desempeño superior en un trabajo o situación”.
Spencer L y Spencer S, *Competence at work, models for superior performance*, John Wiley & Sons, Inc, USA, 1993.

Tipos.- Alles distingue dos tipos de competencias: las competencias específicas o competencia de conocimientos, y competencias de gestión. Las primeras se refieren a los conocimientos técnicos necesarios para desempeñar un cargo, mientras que las segundas se refieren a otro conjunto de competencias vinculadas con el cargo y que están relacionadas con características de personalidad, tales como autonomía, iniciativa, tolerancia a la presión, creatividad, sentido común, dinamismo, responsabilidad, liderazgo, trabajo en equipo, etc. Por ejemplo, un contador necesita conocer su oficio (competencia de conocimientos), pero también puede ser necesario que tenga disposición y capacidad para trabajar en equipo (competencia de gestión).
Alles M, *Elija al mejor: como entrevistar por competencias*. Buenos Aires: Granica, 1999, pág. 93.

Competencia lingüística.- “Conocimiento latente de una lengua que posee un hablante, permitiéndole generar un habla completamente original y gramaticalmente correcta y, en teoría, generar un número infinito de frases en esa lengua (Chomsky)” (pág. 48).
Berstein Basil (1990), *Poder, educación y conciencia*. Sociología de la transmisión cultural. Barcelona: El Roure.

Competencia comunicativa.- “Término empleado por la *sociolingüística* para referirse a los conocimientos y aptitudes necesarios para que un individuo pueda utilizar todos los sistemas de signos de su comunidad sociocultural. Se trata del conocimiento de las reglas psicológicas, culturales, sociales y lingüísticas que rigen en su cultura. Incluye la *competencia lingüística* en cuanto ésta es el conocimiento del *léxico* y de las reglas combinatorias de una lengua, pero va más allá de ella en cuanto es el conocimiento del uso apropiado del lenguaje en distintas circunstancias. Incluye la *competencia textual* y la *competencia discursiva*, pero va más allá de ellas porque la comunicación incluye el conocimiento acerca de las estructuras textuales y de la selección del discurso apropiado para la *situación comunicativa*”.
Marín Marta (1997) *Conceptos claves*. Gramática, lingüística, literatura. Buenos Aires: Aiqué, pág. 25.

Competencia discursiva.- “Para la lingüística del discurso, es la habilidad que tiene un individuo de una comunidad sociocultural para elegir el discurso más adecuado a sus intenciones y a la situación comunicativa en que está”.
Marín Marta (1997) *Conceptos claves*. Gramática, lingüística, literatura. Buenos Aires: Aiqué, pág. 25.

COMPLEJO

Definición.- 1. Jung, que introdujo el término “complejo” en la psiquiatría, lo describe como la agrupación “de elementos psíquicos alrededor de contenidos de tono emocional”. Agrega que “consiste en el elemento nuclear y de gran número de asociaciones constelares secundarias”. Aparentemente los contenidos de un complejo pueden ser concientes o inconcientes. Se cree que el componente nuclear está siempre en lo inconciente. Jones define el complejo como “grupo de ideas investidas emocionalmente, parcial o totalmente reprimidas”. En general puede decirse que los conflictos psíquicos fundamentales, generalmente derivados durante las etapas de sexualidad infantil, pueden hacer surgir un complejo. Así, se habla de los complejos de Edipo y de castración.
Székely B (2000) *Diccionario de Psicología*. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Las experiencias son agrupadas en el inconciente personal en lo que Jung llama complejos. Un *complejo* es un grupo organizado de pensamientos, sentimientos y recuerdos respecto de un concepto particular, por ejemplo la maternidad. Un complejo tiene un poder constelador cuando puede extraer ideas nuevas e interpretarlas como corresponde, y atrae a experiencias relacionadas. Por ejemplo el complejo materno se refiere al grupo de experiencias personales resultantes de haber sido criados, y cada nueva experiencia de maternidad es llevada hacia este complejo, que será entendida e interpretada por éste. Un complejo puede actuar como una persona independiente, comportándose aparte de nuestras intenciones concientes. Algunos complejos parecen dominar la personalidad entera. Los complejos pueden ser concientes, en parte concientes, o inconcientes.
Engler Barbara, *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: McGraw-Hill, pág. 80.

Complejo autónomo.- Concepto junguiano. La energía psíquica ejerce su influencia más allá del control del individuo, de manera autónoma. Se constituyen así los complejos autónomos, partes escindidas dentro de la personalidad total que operan in forma independiente y viven su propia vida. La energía así desarrollada hace que ciertos contenidos psíquicos se agrupen en complejos o constelaciones. Cuando un complejo autónomo domina la personalidad, se produce un fenómeno de “posesión”. Jung cita el caso de la psicosis de Nietzsche, donde el complejo arquetípico dominante configuró un complejo

autónomo que se apoderó de su personalidad. El complejo autónomo emerge de lo inconciente y se identifica con el yo, sin que el individuo logre distinguirlo de su actitud conciente.

Los complejos autónomos suministran frecuentemente el carácter distintivo de la personalidad de un sujeto, y sólo se vuelven peligrosos si se alejan demasiado del resto de la psique, generando el desequilibrio consecuente. Los principales complejos descritos por Jung, entendidos como individuos independientes dentro de la psique, son la persona, la sombra, el anima y el animus. Véanse estos términos.

Progoff Ira, La psicología de Jung y su significación social, Buenos Aires, Paidós, 1967, pág. 107-109.

Complejo de Edipo temprano según M. Klein.- "Es la relación edípica tal como la experimenta el bebé al comienzo de la posición depresiva. Se la experimenta en términos pregenitales antes de alcanzarse la genitalidad".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 121.

COMPLEJO DE EDIPO

Operaciones del Edipo.- Saúl desarrolla este tema siguiendo el siguiente esquema: Operaciones del Edipo ---► Deseo ---► Protofantasías (escenas infantiles) ---► Síntoma.

Las operaciones del Edipo son las operaciones que permiten construir el deseo. El complejo de Edipo es una 'fábrica' de deseo, y cuando lo construye deja siempre un 'resto' (como la rebaba que queda al construir una mesa). Este resto es lo ininteligible, un residuo que a Freud le sacó canas verdes y que terminó englobando como aquello que está más allá del principio del placer (pulsión de muerte, reacción terapéutica negativa, masoquismo primario, etc).

Pero más allá de los restos que deje, el Edipo arma un producto llamado deseo. El deseo humano es sexual, y por tanto supone una pulsión, un empuje. El Edipo resulta ser una 'máquina de sexuar', y también podríamos decir que es una serie de fijaciones libidinales a modos pretéritos de satisfacción.

El complejo de Edipo logra su formulación más consistente a partir de "La organización genital infantil" (1923), y a partir de allí en adelante, podríamos decir que el Complejo de Edipo supone tres operaciones.

En la secuencia de las tres operaciones hay una temporalidad lógica más que cronológica: cuando a un niño le enseñamos a sumar, en esa primera lección ya está toda la estructura de la matemática. Del mismo modo, cuando el niño entra en el complejo materno, en la madre ya está instalada toda la castración y toda la trama edípica, pues la madre ya pasó por su Edipo. La madre es entonces como una maestra que va enseñando al niño la trama edípica, la cual está presente en cada una de las tres operaciones. Estas configuran *complejos* es decir, un conjunto de elementos que al interactuar entre sí engendran ciertas operaciones que darán un producto, el deseo, y un resto, ininteligible. Las operaciones son puestas en marcha por las pulsiones, la falta, el narcisismo, etc.

Las *tres operaciones* son:

a) Complejo de la madre: instaura la categoría de absoluto, sin resto, que es el narcisismo. La madre lo introduce narcisizando al niño, quien desde aquí lo quiere todo y lo puede todo, y no distingue lo propio de lo del otro. El niño se toma a sí mismo como objeto de amor, instaurándose el Yo Ideal del narcisismo. Se establece un *nuevo acto psíquico*, donde el conjunto de todas las satisfacciones eróticas se unifican. Esto es estimulado por la madre, cuando ella lo considera un 'rey': lo acaricia, lo mima, etc.

Como vemos, este narcisismo es posterior al autoerotismo. Hay que entender al respecto que en el Edipo el sujeto entra como un ser biológico y sale erotizado. Como ser biológico ingresa con un 'desamparo primordial', del cual la madre lo rescatará generando en el niño una dependencia absoluta de ella. Las primeras experiencias de satisfacción quedan registradas en la memoria, y por tanto pueden ser reactivadas, como en el autoerotismo. Recordar: hay placer cuando hay una reducción 'brusca' de las tensión, no paulatina.

Con este complejo el niño adquiere su primer lugar, lugar que le dará la madre en sus pensamientos inconcientes, en su 'útero mental' (una boca de cocodrilo, como decía Lacan, con una lengua que lo acaricia erotizándolo, pero rodeado de dientes).

En efecto, la madre tiene muchos posibles significados para su hijo: es algo que la consuela, o que realiza sus deseos maternos, o será su pene: todo dependerá cómo ella haya atravesado su propio Edipo.

El Edipo implica un proceso de erogeneización del cuerpo biológico del niño, y la madre es quien primero estimula esto, constituyendo al niño en objeto de satisfacción erótica. Sin embargo, para la madre el pene representa además del niño, también otros intereses exogámicos y culturales: tiene un deseo 'bifronte' (por ejemplo deja de atender al hijo para estudiar, ir al cine, etc). Al poner la madre su ideal en otros intereses, esto descoloca al niño precipitando el complejo de castración.

b) Complejo de castración: el narcisismo entra en crisis.

c) Complejo paterno: La categoría de absoluto queda relativizada. Es la reconstrucción de un deseo a partir de los pedazos, un deseo que es insaciable y condicional. El sujeto pasa de ser el rey del mundo a ser un hombre o una mujer (sexuación). Si se es hombre se renuncia a ser mujer, y viceversa, es decir, la posición sexual se constituye a condición de una pérdida. Entendemos por *sujeto* no una persona, sino todo aquello que está atado a un deseo inconciente.

El complejo paterno implica que el padre ofrece al niño un camino de identificación, tanto para el varón como para la niña. En este último caso, por ejemplo cuando la niña se identifica con la idea de mujer que tiene el padre.

La estructura y sus supuestos (leyes) es exterior a los sujetos. Por ejemplo la convención de regalar flores en el aniversario. Se puede renegar de la ley, como en la perversión, o estar demasiado sujeto a ella (sumisión). Para Lacan, el Otro es la estructura, la ley encarnada en el funcionamiento social, mientras que los otros son sujetos que obedecen, o no, la ley.

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Generalidades.- La investigación del complejo de Edipo nos ha mostrado el vínculo que nos une a nosotros, hombres modernos, con el hombre antiguo. Explorando los estratos ocultos del alma propia nos adueñamos del sentido viviente de la cultura antigua, lo que hace inmortal el problema edípico. Por ello la psicología individual no basta: debe incluir también este material histórico, y así como los conocimientos psicológicos pueden estimular la comprensión de las estructuras históricas, así también los materiales históricos pueden arrojar nueva luz sobre las cuestiones de la psicología individual.

Condensado de Jung C (1982) Símbolos en transformación. Buenos Aires: Paidós.

Según Lacan.- El resorte del Edipo es el complejo de castración. Como portador de la ley, el padre prohíbe el falo en la madre. Esto desata en el niño su posición de identificación a este objeto del deseo de la madre y lo lanza a la simbolización de la castración materna.

Lacan funda la transferencia en la noción del Otro como lugar de despliegue de la palabra. Por ello insiste en la importancia de preservar el lugar del deseo en la dirección de la cura. El deseo es 'pura acción del significante'. Con el acceso a este tercer tiempo del Edipo se producen efectos terapéuticos en el análisis de niños y entonces puede terminar el mismo.

Lacan ubica los descubrimientos de Melanie Klein en el primer tiempo del Edipo, y respecto de Anna Freud, dice que ella captó la condición del niño en su inacabada constitución subjetiva, pero no pudo situarse en la estructura del inconciente como lugar de la determinación. Lacan también sostiene que es muy útil la participación de los padres en el análisis de niños.

Según Lacan, la neurosis típica de la infancia se resuelve mediante una reanudación y completamiento del Edipo. Una identificación normativizante lo prepara para la metamorfosis de la pubertad.

Condensado de Tkach Carlos (1992) La dirección de la cura en psicoanálisis con niños.

Generalidades.- Freud formula en "Tótem y Tabú" una hipótesis antropológica que le permite sostener que las vivencias y la trama actuales del Edipo son el sedimento -heredado- de una historia vivida y sufrida por nuestro antepasados remotos. El antepasado incestuoso se mantiene vivo y se reedita en cada niño que viene al mundo.

Señala Lévi-Strauss que desear a la madre o hermana, asesinar al padre y arrepentirse son fenómenos que no corresponden a ningún hecho concreto ubicable históricamente, sino que es una forma simbólica de un sueño antiguo y duradero. Con el Edipo, el sujeto ingresa en el orden cultural, en el orden simbólico.

Señala Lacan que el nacimiento del sujeto en el orden simbólico, mediante el Edipo, se homogeneiza con la constitución del inconciente y la alienación por el lenguaje. El acceso a lo simbólico se hace sincrónicamente con la constitución de la metáfora paterna (el nombre del padre) y se liga metafóricamente a la represión originaria.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Complejo de Edipo según Kohut.- Kohut cuestiona el complejo de Edipo como complejo nodal de las neurosis. Con su psicología del self, busca complementar el limitado planteo freudiano del hombre que busca liberar sus instintos luchando contra el superyo. Este modelo del Hombre Culpable busca complementarlo con un modelo del Hombre Trágico, que pugna por realizar su self nuclear.

Para Kohut, el estadio edípico implica que el niño goza y se alegra por los logros que va alcanzando y encuentra respuestas empáticas de los objetos del self. Normalmente, desemboca en la capacidad autónoma de autoafirmación. En caso contrario, el self se quiebra en fragmentos volviéndose débil e inarmónico. La falta de respuestas empáticas durante la etapa edípica conduce a esta patología, que Kohut califica como Complejo de Edipo.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Complejo de Edipo. Replanteo de su estructura originaria.- Abadi considera que debe hacerse una revisión del complejo de Edipo y propone un nuevo enfoque del problema desde el punto de vista del nacimiento como momento central en la evolución del individuo.

Considera que la situación básica del ser humano gira alrededor del drama de tres actos del proceso *pre, intra y postnatal*: el camino de la vida transcurre desde el cautiverio del *interior* intrauterino hacia la libertad del *afuera* extrauterino, pasando por la línea de fractura del trauma del nacimiento.

La dinámica de esta situación básica surge del interjuego de tres factores:

1) El impedimento del feto al nacer o sea la prohibición de salir del útero materno hacia la vida (postnatal).

2) El anhelo de libertad del feto sea el intrínseco impulso a emerger de su encierro intrauterino. Esto es lo que puede llamarse el protoanhelo de nacimiento.

Para Abadi, el nacimiento se opera a favor de un impulso que hace a la esencia misma del ser vivo. Este nacimiento (primera expresión de un voluntario destierro o, si se quiere de una liberación del intolerable encierro intrauterino y de todo cautiverio que ulteriormente lo reproduzca) revela en el amor a la temida libertad el sentido último de la existencia humana, y hace del psicoanálisis en cuanto técnica de liberación de la cárcel de la neurosis, un método específico para el aprendizaje de un "resistido" nacimiento liberador.

En suma: todo ser humano, en la medida en que representa la unión de la dualidad *madre embarazada con fantasía de embarazo eterno, y criatura encerrada y cautiva con anhelo de liberación* (la llamada relación simbiótica) desea *nacer* (voluntad de curación entendida como liberación) y *no dejar nacer* (resistencia entendida como temor a soltar y a desprenderse).

Según Abadi nada se opone tanto a una comprensión de las angustias de muerte como la resistencia a aceptar que un mismo molde, una misma matriz dan forma a las fantasías y vivencias tanto acerca del nacimiento como de la muerte. En otras palabras, *nacimiento y muerte*, en las capas inconcientes de la mente, son una misma cosa.

De ahí también que la muerte haya sido postulada en muchos movimientos religiosos como la liberación de la cárcel corpórea, o sea un verdadero nacimiento a la inmortalidad, y también postulada como un retorno al vientre materno, o sea al amparo de la cárcel materna.

3) La culpa con que vive su nacimiento, por el crimen, cometido en contra de la prohibición materna, dañando el cuerpo y haciendo peligrar la vida de la madre durante el *desprendimiento* (nacimiento del feto como mutilación de la madre y la subyacente fantasía del matricidio).

Éste que es el acontecimiento más traumático en la vida del hombre, que tiene al mismo tiempo dos significados importantes: 1) es la expresión del anhelo de vida que hace del vivir, en cuanto exitoso, un continuo renacer; 2) el origen del sentimiento de culpabilidad, originalmente surgido a raíz del *Pecado Original*, por el robo de la VIDA de la madre.

Por eso se ha subtítuloado este replanteo original del complejo de Edipo: *protoanhelo y protoculpa del nacimiento impedido*.

Todos los conflictos ulteriores entre un *determinado impulso* (impulso que siendo vital para el sujeto puede ser mortal para el objeto) y la prohibición correspondiente de actuarlo y satisfacerlo son principalmente reproducciones o reelaboraciones de este conflicto primordial: conflicto, que da su peculiar connotación psicológica al *trauma del nacimiento*, haciendo de ese episodio central, no solo una experiencia penosa sino también el origen de la duda y de la perplejidad.

Para la explicación de la fantasía inconciente del nacimiento como una hazaña rebelde (*heroica*) el autor postula la fantasía optativa (en la madre) de un *embarazo eterno* y de una oposición a la separación e individuación del hijo. Éste es el origen en el niño de una *fantasía de cautiverio* en el cuerpo de la *Madre Terrible*. Ella se niega a parir el niño y amenaza continuamente de reincorporarlo, si se evade (siendo éste el significado psicológico de la fantasía de persecución oral de la madre contra el niño, como en las brujas de muchos cuentos infantiles).

Abadi relaciona esta protoculpa del nacimiento con el antiguo tema del *Pecado Original*, en religiones (Biblia) y en algunas teorías filosóficas (Anaximandro, Teognis, etc.). El autor relaciona el complejo edípico, en su primera formulación freudiana (correspondiente a la fase fálica) y en sus estructuras pregenitales, a este primer conflicto.

Y así expone el esquema hipotético del complejo edípico originario con la siguiente configuración (triangular): el niño lucha por su liberación de la madre, en un impulso prohibido, para establecerse en el mundo exterior, a través de una alianza con el padre, símbolo, en este contexto de la vida extrauterina prohibida (postnatal). El castigo por esta traición a causa de la madre (vida en el adentro) y a la alianza con el padre (vida en el afuera) es la muerte final, el retorno al útero materno.

Después de aludir a la leyenda de Edipo (con especial referencia a algunas versiones menos conocidas del clásico mito) el autor presenta algunos argumentos para explicar del significado conciente de algunos tópicos como: el mito del héroe, la fantasía del renacimiento, y el significado de la *couvade*, además de las implicaciones de esta última dentro del marco de la *lucha de los sexos*: ésta es interpretada por la lucha por la posesión del hijo en la medida en que este último es el *receptáculo de la vida futura*.

En este sentido la motivación importante del conflicto edípico es la angustia ante la muerte, fantaseada, como final regresión (también expiatoria) en el voraz cuerpo de la madre. La finalidad del incesto es el de retornar a la madre tan solo con el propósito de renacer de ella, más completo, o sea con aquellas partes

que habían sido supuestamente dejadas por el niño en su primer nacimiento y cuya posesión le es necesaria para sobrevivir en el afuera, o sea necesaria para una vida inmortal.

Abadi Mauricio, Complejo de Edipo. Replanteo de su estructura originaria: Protoanhelo y protodelito del nacimiento impedido. Buenos Aires, Revista de Psicoanálisis, Abril-Junio 1960. Tomo XVII, n°2.

Contribución al estudio del complejo de Edipo.- El *identikit* del complejo de Edipo, tal cual se perfila en los escritos freudianos, puede dibujarse mediante una docena de trazos fundamentales. Abadi pasará en reseña, a manera de introducción, esas doce marcas que caracterizan, a su juicio, la noción freudiana del complejo de Edipo, para luego ocuparse de su visión actual de la problemática edípica.

1°. Es una estructura integrada por los trayectos relacionales, en la *triada madre-padre-hijo*. Es una estructura compleja o, sustantivando el adjetivo, un 'complejo'. Siempre se trata de una estructura, de una organización, de una *Gestalt* dinámica y no de un conjunto caótico o casual, puesto que está regida por leyes ineludibles. Estas determinan las vicisitudes y los avatares de la totalidad así como que cada uno de los elementos o, mejor dicho, 'roles' que la integran.

2°. Es la expresión de un *conflicto*: al comienzo es un conflicto *extrapsíquico* (intrafamiliar o interpersonal); luego, por internalización, un conflicto *intrapsíquico*. Este conflicto intrapsíquico está: a) marcado por una desgarrante *ambivalencia* afectiva y b) definido por la imposición implícita de una cierta opción. Se trata de la opción ineludible entre tres alternativas posibles: el Edipo positivo, el Edipo negativo y la posición del tercero excluido frente a la escena primaria.

3°. Es el complejo nuclear de la neurosis, Freud considera que toda neurosis es la resultante de psicodinamismos que *intentan específicamente solucionar* (autocuración) precisamente el conflicto edípico, por la vía del proceso primario.

4°. El complejo de Edipo está *dinamizado*, en cuanto estructura, por dos diferentes clases de energía, quizá originariamente derivadas ambas de un mismo tronco común. Estas dos clases de energía son: la *pulsión libidinal* y la energía que rige el comportamiento agresivo (sadismo y masoquismo). Esta última energía en la teoría dualista de las pulsiones, remite a Tánatos.

5°. El complejo de Edipo abarca una subestructura incluida en él que es el complejo paterno. Ese complejo paterno está en la *Gestalt* del complejo de Edipo a la manera de un caballo de Troya que impide la solución directa de la relación con la madre. El padre aparece no ya como un elemento externo frente a la relación supuestamente diádica madre-hijo, sino como alguien intrínseco a esa relación. De tal manera que la relación diádica, por la cual tanto el deseo como la prohibición del hijo se dirigen hacia la madre, no podría darse si no fuera por la identificación con el padre: a) en el *Superyó*, 'heredero del complejo de Edipo', y b) en el *Yo*, por incorporación del deseo paterno hacia la madre. La estructura triádica, apenas enmascarada por la diada madre-hijo, moviliza el conflicto edípico. En otros términos, función básica e imprescindible del rol padre es *separar* al rol hijo del rol madre.

6°. *La sexualidad infantil*, en lo que tiene de psicosexualidad, es la protagonista del complejo de Edipo. Es importante, en este punto, destacar que, para Freud, se trata de la sexualidad que ya ha alcanzado, más allá de las etapas pregenitales, un *nivel fálico*. Para Freud la sexualidad infantil pregenital es siempre preedípica.

7°. No hay posibilidad de acceder a la comprensión de la dinámica del complejo de Edipo si no se toma en cuenta la ley fundamental que rige el funcionamiento de todas las culturas. Esa ley es la prohibición del *parricidio* y del *incesto*. Los hermanos, unidos en la horda totémica, heredera de la horda primitiva, producen la Ley. Esta Ley, postulada en nombre del Padre, sacralizado después de su muerte, intenta, profilácticamente, prevenir el acceso de uno de los hermanos al trono paterno, por la vía prohibida del incesto.

8°. El complejo de Edipo está indisolublemente enlazado, en su origen y en su culminación, con el complejo de castración. Desde mi particular lectura del texto freudiano, me parece que está implícita o que, por lo menos, es legítimo deducir la idea, la sugerencia, en cierta fase del desarrollo, de acuerdo con las pautas de las protofantasías básicas, sino también de un complejo de Edipo que, desde el suelo de la normatividad cultural, impone al sujeto su Ley y su destino.

9°. Por supuesto, la diferencia de los sexos no es indiferente, en el desarrollo del complejo de Edipo. Esa diferencia sexual marca el complejo de Edipo, el cual, precisamente en función de la diferencia, oposición y lucha de los sexos, alcanza su más violenta y dramática epifanía. En la medida en que puedo conjeturar el complejo de Edipo como una estructura defensiva frente a la castración, surgirán dos diferentes estrategias para su solución, según se sea -imaginariamente- poseedor o no de ese *falo* que parece ser el elemento fundante del narcisismo.

10°. Para Sigmund Freud, el complejo de Edipo tiene su eclosión más manifiesta entre los 3 y 5 años de edad. Sin embargo creo que conviene repetir lo ya dicho: en el pensamiento de Freud, aun cuando no esté explícitamente formulado, el complejo de Edipo está presente *-latiendo latente-* desde antes del advenimiento de la criatura al ámbito de su universo culturalizado. Entre los 3 y 5 años, el complejo de Edipo se va transmutando de mito en acontecimiento biográfico. De latente pasa a manifiesto.

11°. Un aspecto importante del complejo de Edipo es su final, el complejo de Edipo ni permanece tal cual en el inconsciente del adulto, sea neurótico o no, ni es totalmente desestructurado y aniquilado, sino que

-digámoslo bajo la advocación de Lavoisier- no se pierde sino que se transforma. Se transforma en el Superyó, heredero del complejo de Edipo y parte constitutiva de la personalidad.

12º. El complejo de Edipo es una situación sin salida, sin solución posible. Es un juego que no tiene más salida que el *reconocimiento* de la imposibilidad de jugarlo. Es un problema que revela cruelmente la *impotencia para solucionarlo*.

Para Abadi, el origen del complejo de Edipo *ya* está en el entrecruzamiento de la lucha *generacional* y de la lucha *de los sexos*. Vale decir que el Edipo nace en el momento y el punto que corresponde a la encrucijada de dos luchas que se dan simultáneamente: la lucha entre la pareja parental y los hijos, por una parte; y la lucha de los sexos o, más exactamente, entre padre y madre por la posesión del hijo, por otra parte. Esta lucha interparental por la posesión del hijo y la lucha del hijo por independizarse del vínculo parental representan ya, a mi juicio, una estructura defensiva frente a la angustia de muerte y a la relación de perder.

En resumen:

El identikit del 'edipo' freudiano (estructura, dinámica, roles, conflicto intrapsíquico. Metamorfosis en Superyó, etc.) es susceptible a ulteriores intentos de profundización.

Las ideas que sugiero, ya en anteriores trabajos, vinculan el edipo al entrecruzamiento de la lucha generacional y de la lucha de los sexos, por la posesión del hijo. Algunas de sus marcas distintivas son: la voluntad de nacimiento, en el rol filial: la fantasía de 'embarazo eterno' en el rol materno; y la función separadora y extractora en el rol paterno: como a) partero liberador así como b) el adueñamiento del hijo por la envidia que el padre le tiene a la capacidad procreativa de la madre; las fantasías del matricidio y el triunfo culpógeno, indisolublemente ligados al nacimiento; la protocupla por la transgresión implícita en el nacimiento impedido y vedado; el pánico ante la persecución parental reinfetante; la nostalgia del 'paraíso perdido' y al mismo tiempo el terror ante la regresión al 'encierro del infierno', son algunos de los momentos que jalonan no solo la biografía sino especialmente el mito que habita la biografía de todo ser humano.

Otro aspecto que debe privilegiarse es la posesión de Edipo -el hombre- frente a la Esfinge en cuanto símbolo de la búsqueda del saber, entendida como liberación del conocimiento, capturado y cautivo en el vientre de la gran madre terrorífica, retentiva y omnisciente. Lo cual es la contrapartida aterradora del desamparo del hombre frente al caos y al misterio del Universo. El drama del conocer signa el destino del *ánthropos*. Ese conocer, dilucidado por el psicoanálisis, es una oposición dinámica y dialéctica entre un intento fallido de des-conocer (*fobosofía*) y un intento también fallido de re-conocer (*filosofía*).

Abadi Mauricio, Contribución al estudio del complejo de Edipo. Buenos Aires, Revista de Psicoanálisis.

Meditación sobre (el) Edipo.- Mito y estructura.- El mito de Edipo es el núcleo central alrededor del cual se estructura la saga tebana. Vale decir que la saga de los Labdácidas, como suele también llamársela, debe pensarse, al igual que toda expresión mítica, en términos de **estructura** y no de secuencia temporal y lineal de hechos narrables. Los 'hechos' míticos son sólo en apariencia susceptibles de un relato equivalente a la historiografía. En realidad, no hay en ellos un **tiempo** -equivalente al tiempo histórico- en cuyo decurso se despliegue el acontecer mítico. Este se manifiesta en un contexto estructurado al margen de la cronología que encuadra la sucesión de los acontecimientos en el mundo 'real'. El mito se despliega en una dimensión atemporal que no es, sin embargo, la eternidad. Su ámbito es el indefinido presente del 'siempre'. Sus aparentes 'antes' y 'después' son partes del mito mismo, que el pensamiento racional distribuye a lo largo de una fingida secuencia temporal. Si lo que realmente descubrimos es el texto del mito es su condición de estructura, vale decir contextualidad sincrónica y no secuencia lineal diacrónica, si hemos de privilegiar por lo tanto lo paradigmático (propio de la intercambiabilidad y fluidez de los mitos y de los productos del inconciente) con exclusión en lo posible de lo sintagmático (propio del decurso de los hechos históricos), entonces se comprenderá que intentemos hablar del sistema y no del relato de un mito. Y se comprenderá también que para esa exposición **descriptiva** no elijamos un inexistente comienzo y una predeterminada dirección, que arranque de los supuestos orígenes y apunte hacia un desenlace final, sino que marquemos un **significante**, privilegiado por su articulación con los demás significantes de la red.

Lo mítico.- Mythos es la palabra. Pero en un sentido diferente del término es **logos**, que también significa palabra. El psicoanálisis, con el descubrimiento de dos funcionamientos de la mente y sus dos lenguajes, los procesos mentales primario y secundario, nos da la clave para establecer una discriminación semántica inapelable: hay dos palabras, el **mythos** y el **logos**, porque hay dos modos de proferir la realidad.

Ahora bien, si el **mythos** es la proferición (verbo) de una saga, podemos proponer un paralelo que correlacione la saga con las formaciones fantasmáticas del inconciente y el mito con la elaboración (onírica, por ejemplo), pero con el marcado predominio de la elaboración secundaria y del símbolo verbal de esas formaciones inconcientes.

Asombro y construcción mítica.- Hay un momento particularmente valioso para el abordaje psicoanalítico, de aparente ruptura o disyunción, en los primitivos pensadores griegos, entre **mythos** y **logos**. La ruptura es debido a que la mirada y el verbo mítico ya no apuntan a la saga, a los fantasmas

inconcientes para su elaboración y proferición poética, sino a la *physis*, o sea a la realidad, y al **logos**, para la exploración de sus causas y principios.

Pero además del **asombro**, común al mundo de los **mythos** (la saga) y del **logos** (la realidad) me parece que otros caracteres comunes son: 1) la búsqueda y **construcción** de un modelo explicativo que permita salir del asombro (y de la angustia concomitante); 2) la instrumentación de los procesos mentales (primario y secundario) para esa **construcción**; y 3) el reconocimiento de una **relación** entre esos modos de procesos mentales, relación de complementación y de oposición, de conjunción y de disyunción, extraño maridaje del que solo da cuenta en forma acabada la teoría psicoanalítica del funcionamiento de la mente. Y del que son expresión el discurso poético y el discurso científico, en la medida en que ambos apuntan al desvelamiento (**alétheia**) del objeto del conocimiento.

Sentido del mito y del rito teatral.- El mito es el ámbito (o espacio) instaurado por la proferición (mágica, evocadora) del **mythos**, o sea de aquel verbo que es instrumento del proceso primario. La función del mito es la **revelación mediatizada** -a través del verbo (contenido manifiesto)- de la **teofanía** (contenido latente); vale decir que es la afirmación verbal del principio numinoso, como rector de la convivencia teántrica. El mito se convierte la estructura fundante del rito, acto sacramental en cuanto rememorante (**alétheia** del **étymon**, develación de lo que es real) y con-memorante de lo Divino (religión deriva de **religare**, consagrar la unión de dos hombres como hermanos frente a la culpa y al desamparo). Del mito surge el rito, el cual, a través de la rememoración y conmemoración del padre, representa el intento sacramental de controlar mágicamente esa relación de dependencia frente a lo Numinoso.

Fuentes del mito tebano.- Una lista cronológica de los más antiguos textos en que se mencionan aspectos o personajes de la saga tebana incluirá las siguientes obras, que **ya** son obras literarias, que **ya** son transvasamientos de una leyenda viva en literatura: **La Ilíada** (en diferentes cantos del poema), pero para aludir solamente a la lucha fratricida de los dos hijos de Edipo, que Dante calificaría: 'La doppia tristizia di Iocasta; La **Odisea** (canto XI) en que el relato de la incursión de Ulises al Hades es motivo de una alusión a Epicasta (una Yocasta más 'trabajadora' por la represión); alusiones de Hesíodo tanto en la **Teogonía** como en **Los trabajos y los días**; otra alusión en el verso 476 de la IV **Pítica** de Píndaro; la **Tebaida** y la **Edipodia**, hoy perdidas, salvo lo que de ellas se conserva en citas y transcripciones de escoliastas y comentaristas.

Edipo.- La genealogía de Edipo arranca de su más lejano antepasado, consignado en la mitología de la saga tebana, el fenicio Agenor, cuyo hijo Cadmo se consagra como fundador de la ciudad de Tebas. Cadmo, famoso además por ser el inventor de la escritura, era hermano de Europa, raptada y amada por Zeus en una de sus epifanías teriomórficas, bajo la forma de un toro. De Cadmo nace Polidoro, cuyo hijo Labdaco, era el padre de Layo y el que da el nombre a la progenie de los así llamados Labdácidas. La muerte de Lábdaco, ocurrida en el curso de luchas por el dominio sobre Tebas, hace de su hijo Layo un niño prematuramente huérfano que habrá de ser criado por un padrastro con funciones de regente. El posterior destierro de Layo y su función de preceptor de Crisipo, hijo de Pélope, en la corte de este rey que le había dado asilo, y el episodio del rapto y la seducción homosexual violenta del joven príncipe confiado a su cuidado, tienen una significación reveladora de las secretas articulaciones del mito de Edipo. La restauración de Layo como rey de Tebas y su unión con Yocasta marcan, por así decirlo, el comienzo de una de los más importantes y significativos episodios de la leyenda de Edipo.

La versión de Apolodoro.- La versión citada de Apolodoro es aquélla a la cual se atiene también Sófocles en la tragedia de **Edipo rey** con alguna pequeña diferencia. Me parece útil reproducir el texto poco conocido de Apolodoro (III, V, 7): 'Después de la muerte de Anfión, le sucedió Layo como rey. Y él se casa con una hija de Meneceo: algunos dicen que ella era Yocasta y otros que era Epicasta'. (Esta diferencia en los nombres, siendo el nombre un significante que marca la identidad de la persona, implica un intento de sustituir y ocultar la verdadera identidad de la **madre**.) 'El oráculo le había advertido que no engendrara un hijo, porque el hijo que fuera engendrado por él mataría a su padre; sin embargo, emborrachado por el vino, él tuvo una relación sexual con su esposa'.

Variaciones.- Es interesante consignar otra versión según la cual Edipo después de enviudar de Yocasta se casó con Astimedusa, la cual acusó falsamente a sus hijastros de intentar seducirla. En cuanto a la muerte de Yocasta colgada de su propio cinto de una viga de su alcoba, también deben recordarse algunas variantes: la versión de Séneca, en la cual Yocasta se traspasa el pecho con un puñal, y la versión de Eurípides que hace que Yocasta sobreviva a la muerte de sus dos hijos y termine apuñalándose tumbada sobre sus cadáveres. En cuanto a la maldición que Edipo profiere contra sus hijos, si bien en la versión de Apolodoro es atribuida a la indiferencia y al desamor con que asisten a su destierro, otra versión probablemente más antigua explica la maldición de Edipo de un diferente modo que no deja de tener características oniroides. Se dice en esa parte de la leyenda que sus hijos acostumbraban enviarle de cada víctima sacrificial que mataban, el hombro del animal como la parte que le correspondía por el respeto que le debían, y que en una oportunidad le enviaron la cadera en vez del hombro, hecho que lo enfureció hasta tal punto que los maldijo invocando de los dioses que sus hijos pudieran morir uno a manos de otro. Esta es la versión que figura en la **Tebaida**.

La Esfinge.- De la Esfinge, símbolo de la Madre Terrorífica, parece importante señalar, en el mito, su estrecha relación de semejanza con la Yocasta de otra variante de la leyenda. Esta Yocasta, habiendo sentado sus reales después del asesinato de Layo (clara alusión a un intento de retorno del matriarcado, vale decir, de la hegemonía de la mujer) sobre una roca en las cercanías de Tebas, probablemente el monte Ficio en el que se asentaba la Esfinge, proponía un enigma a los ciudadanos de Tebas y los devoraba, si no eran capaces de dar con la respuesta acertada. Para no hablar (ya que a las luchas por el retorno del matriarcado ya aludí, en la medida en que el mito de Edipo intenta hacer patente una latente lucha de los sexos) de la versión, recogida por Filócoro de Atenas y por el famoso Suidas, según la cual la Esfinge era la capitana de una banda de asaltantes que operaban en el monte Ficio. Estas diferentes versiones fueron diversamente interpretadas según las corrientes de pensamiento en que se inscribe cada investigador.

El enigma de la Esfinge.- Abadi expone unas pocas palabras sobre las 'etapas' en que es 'fijado' -tal como si fueran en 'instantáneas fotográficas'- ese devenir: cuatro pies, dos pies, tres pies. Origen, culminación, caída. Los padres unidos en coito, el hombre enhiesto y erguido sobre sus dos pies, el falso pie (bastón) negando y por eso mismo confesando y testimoniando la castración. Y ésta, a su vez, en cuanto incompletud espacial, simbolizando por un mecanismo su desplazamiento la incompletud temporal, la muerte, la siempre prematura interrupción del ciclo vital (el cual, precisamente en cuanto ciclo, círculo, supone y pide continuidad, eternidad).

La búsqueda de la propia identidad.- Edipo indaga. Ante todo quiere saber de dónde viene, quién es él. La pluralidad de etimologías sugeridas y postuladas hacen aun más inapresable la identidad del héroe. ¿Es Oidipais, vale decir, el hijo del mar, del mar que se hincha como un oleaje que lo impulsa, hasta que la rompiente lo entrega a la tierra esa? ¿O bien es Oídapous, etimológicamente el que lo recuerda, el que sabe, que sabe lo que no debe saber? Puesto que hay algo que al hombre le está vedado saber. ¿O bien Edipo es, según la etimología más clásicamente aceptada, Oidipous, en razón de su pie hinchado, en realidad de su pene, hinchado por erección, y también hinchado e incapacitado por la castración?

Mito y complejo.- En primer lugar Abadi considera ineludible replantear la relación entre mito y complejo de Edipo. Sabemos que el complejo de Edipo es aquel complejo signado por dos hechos fundamentales, el parricidio y el incesto, de lo cual surge la angustia de castración como fantasía taliónica de castigo, la que determina, como medida de autopreservación, la prohibición del incesto. Y sabemos que Freud denominó a este complejo, que pudo descubrir en sí mismo -recuérdese la famosa carta a Fliess del 15 de octubre de 1897-, con el nombre de Edipo porque el mito de Edipo mostraba de un modo manifiesto aquel complejo que Freud descubría en el inconciente de todo ser humano. Pero al autor le parece un gran error pensar que se pueden invertir los términos de la ecuación y considerar que el 'mito de Edipo' tiene como significado latente el 'complejo de Edipo'.

Una segunda consideración es la que plantea la relación entre los dos hechos aparentemente heterogéneos que se integran y se articulan en la estructura del complejo de Edipo. O sea entre el parricidio y el incesto. Desconfiemos de las explicaciones demasiado simples que ven solamente en el parricidio la eliminación del rival y en el incesto el cumplimiento de un deseo erótico que toma como objeto a la madre, aun cuando se pueda 'explicar' que ese deseo erótico en la retraducción, en un determinado nivel, de otros deseos, orales por ejemplo, o de regresión al vientre materno.

Finalmente una tercera consideración es la que más me acerca a la propuesta que es de alguna manera la tesis de este ensayo. Se refiere a la necesidad, después de haber aceptado y reconocido la tendencia al parricidio y al incesto, de investigar cuál es el sentido latente, la intencionalidad inconciente que marca esta estructura fantasmática. O sea, ¿qué otro deseo, inconciente, más profundo y radical, motiva a Edipo y dibuja el perfil de un itinerario vital, en el que parricidio e incesto son episodios de bulto, determinantes, pero también a su vez determinados?

Edipo y la muerte.- Es cierto que -desafortunadamente para nuestra necesidad de controlar la angustia por la vía del conocimiento- lo macizo de una realidad insobornable y la lógica férrea de un proceso mental secundario, que entroniza la Razón y sus leyes, ponen en jaque una y otra vez la postulación mágica y la creencia autoinducida y tan tranquilizadora de que: a) **nosotros sabemos** y b) **muerte es nacimiento** (luego, quizás, vida, otra vida). La realidad, digo, es maciza, mas los espejismos de nuestros deseos nos llevan a alucinar, son obstinados y perdurables en cada resquicio del pensamiento lógico.

Hemos llegado, de este modo, a instaurar en nuestras vidas -magia mediante- una equivalencia -**muerte igual nacimiento**- que habrá de permitir treques y manipuleos varios, todo al servicio de esa tan humana necesidad de **saber** y al mismo tiempo de negar, reprimir, o sea de **no saber**. A partir de aquí se puede insinuar la propuesta del autor, articulable en dos proporciones. 1) El mito de Edipo es un **mito de inquisición**, de **averiguación mágica**, luego un mito que dice el conflicto entre el intento frustrado, pero en la fantasía mágicamente exitoso, de saber, y el intento de negar lo que se sabe. Y lo que se sabe es que no se podrá nunca saber nada. ¿Acerca de qué? Es aquí donde he de formular la segunda de las dos proposiciones anunciadas. El saber o no saber no es la vaga expresión de una epistemofilia sin un blanco preciso al que apunta. Saber -y no querer saber- son dos actos referidos a la muerte. De eso se

trata. El mito de Edipo es por lo tanto un **mito de inquisición de la muerte**. Den cuándo, dónde, por qué, para qué, cómo habremos de morirnos.

El **incesto** simboliza la trampa de Edipo, el destino final del hombre: la muerte como regresión al vientre materno, reinfetación. Incesto-muerte del que podría salvarlo la presencia del padre, quien al preservarlo (con su prohibición -amenaza de castración- del acercamiento a la madre) de caer en esa trampa, en la seducción del sexo, lo salvaría implícitamente de la muerte. Roto el triángulo, vale decir la alianza con el padre, el hombre Edipo solo frente a la Esfinge-madre-muerte, ya no es defendido del peligro de caer en la trampa del incesto que es reinfetación y retorno a la primitiva oscuridad.

Por eso Edipo se ciega -muere- cumpliéndose la condena que pesa sobre su pecado original, al concluir el ciclo vital con un **acto** -el incesto-, que es intento de renacer a través del conocimiento de lo incognoscible, la muerte, y que es al mismo tiempo el fracaso de ese intento. Claro que esa ceguera es también su intento, **a través de la represión**, de negar ese conocimiento fundante de su condición de hombre. Una muerte que de cualquier manera sería el desenlace de su 'pasión', su '**pathos**', hecho de una arrogante violación y de una ley que lo marca con el sello de la culpa y del castigo expiatorio.

En síntesis, el mito de Edipo es un veneno inagotable del que es posible extraer la quintaesencia de la condición del hombre. La cual es -y así se nos revela en el análisis del mito- su conflictiva necesidad de saber y de ignorar el secreto de su muerte. Así como es también la expresión de su anhelo de inmortalidad y la historia de una inquisición que, en vertiginosa sucesión e instrumentando la capacidad de intuición certera y de engañoso espejismo del pensamiento mágico, pasa del nacimiento impedido al destierro de la adopción, de la indagación de su origen al parricidio, del desafío triunfal sobre lo enigmático del mundo al incesto prohibido, de la conciencia de culpabilidad a la muerte que signa el glorioso fracaso de su aventura. Como decía el melancólico de Éfeso, Heráclito el Oscuro: 'Vida es el nombre del arco, pero su trabajo es la muerte'.

Abadi Mauricio, Meditación sobre (el) Edipo. Buenos Aires, Revista de Psicoanálisis.

COMPLEJO DE EDIPO TEMPRANO

Generalidades.- "En la definición kleiniana de la posición depresiva está implícito que el complejo de Edipo comienza a desarrollarse en esta fase, de la que es parte integrante. Cuando el bebé percibe a la madre como objeto total, cambia no solo su relación con ella, sino también su percepción del mundo. Reconoce a las personas como seres individuales y separados y con relaciones entre sí; en especial advierte el importante vínculo que existe entre su padre y su madre. Esto prepara el terreno para el complejo de Edipo. Pero el bebé percibe las relaciones entre los otros en forma muy distinta al adulto o incluso al niño mayor. La proyección desfigura todas sus percepciones, y cuando se percata del vínculo libidinal existente entre sus padres proyecta en ellos sus propios deseos libidinales y agresivos. Cuando le dominan sus propios impulsos poderosos fantasea que sus padres están en coito casi continuo, y la naturaleza de este coito varía con las fluctuaciones de sus propios impulsos. Según los impulsos que prevalecen en él, y que él proyecta en sus padres, fantasea que éstos intercambian gratificaciones orales, uretrales, anales o genitales. Esta situación en que percibe a sus padres en función de sus propias proyecciones. Le origina intensísima frustración, celos y envidia, ya que percibe a los padres dándose sin cesar precisamente aquellas gratificaciones que él desea para sí.

Reacciona a esta situación con más fantasías y sentimientos agresivos. En su fantasía ataca a sus padres con todos los recursos agresivos de que dispone, y en su fantasía los percibe destruidos. Como la introyección es muy activa en este estadio del desarrollo, introyecta de inmediato esos padres atacados y destruidos, y siente que forman parte de su mundo interno. De modo que en la situación depresiva el bebé no sólo se encuentra con un pecho y una madre internos destruidos, sino también con la pareja parental interna destruida de la situación edípica temprana" (Segal H, 1987:107).

Segal H (1987) Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós.

Complejo de Edipo temprano y formación del Superyó según M. Klein.- Análisis reales de niños pequeños demuestran que sus frustraciones orales liberan sus impulsos edípicos y que simultáneamente empieza a formarse el superyó. Klein buscará demostrar, en lo que sigue, los estadios tempranos del Edipo y de la formación del Superyó se extienden aproximadamente desde la mitad del primer año hasta el tercero de vida del niño.

Si el niño no se gratifica chupando, enseguida se gratificará mordiendo. No gratificarse chupando de un aumento anormal de sadismo oral, o sea de los impulsos destructivos. El sadismo oral si no aparece ni muy temprano ni muy violentamente, promoverá un niño sano.

En origen de la ansiedad oral debemos buscarlo, según Freud, en una ansiedad anterior derivada del trauma de nacimiento. La libido insatisfecha, en ambos casos, se convierte en angustia. Los instintos destructivos vuelven al propio organismo y el yo los considera peligrosos, y entonces siente ansiedad. Así la ansiedad surge de la agresión, pero también de la libido insatisfecha.

Freud dice que la libido narcisista desvía el instinto de muerte hacia el exterior para impedir que destruya el organismo (proyección). Otra parte de dicho instinto queda dentro del organismo (masoquismo erótico originario). El yo así, y es el primer paso para la formación de la inhibición instintiva y el

superyó. El objeto incorporado pasa a ser una defensa contra los impulsos destructivos del interior del organismo.

La ansiedad del niño operaría de so maneras: a) lo hace temer ser exterminado por esos mismos instintos, y b) focaliza esos temores sobre el objeto externo y aparece su sadismo (busca destruir el objeto).

Este sadismo oral alcanza su máximo durante y después del destete. Siente deseos de chupar y vaciar (fantasías oral sádicas) primero el pecho y luego todo el interior del cuerpo materno. El ataque hacia el pecho peligroso se expresa también como sadismo uretral (inundar, ahogar el pecho con orina).

Contra el pecho y contra el interior de la madre también se dirige un sadismo anal y un sadismo muscular. Todo el sadismo empieza a declinar hacia el fin del período anal sádico primario.

La frustración oral origina en el niño la creencia inconciente que sus padres disfrutan de placeres sexuales mutuos, al principio de tipo oral. Aparece entonces envidia, y luego odio hacia los padres. Quiere chupar y vaciar los líquidos de sus padres, incluyendo los que uno recibió del otro en la copulación. Según Freud el acto sexual entre los padres es una fantasía heredada filogenéticamente. El niño empieza también a atacar al padre y a los penes que éste coloca en el cuerpo de su madre. Surge así el temor a la mujer con pene. El odio y la ansiedad se transfieren del pene paterno al cuerpo materno, desplazamiento que es causa principal de la homosexualidad masculina y otros trastornos. El pene dentro de la madre representa una combinación de padre y madre en la misma persona, combinación muy terrorífica y amenazadora.

Hay también fantasías del niño donde los padres se destruyen mutuamente durante el coito. El pene es como un animal peligroso y la vagina una ratonera llena de veneno, y así se dañan mutuamente los padres. Como estas fantasías son deseadas, el niño siente culpa por el daño de los padres.

Vemos en suma que los instintos destructivos no solo aumentan cuantitativamente sino cambian cualitativamente (son orales, anales, etc.). Sus impulsos sádicos contra padre y madre, hacen pensar al niño que éstos lo castigarán. Al sentirlos como los peligrosos los ataca todavía más.

El conflicto de Edipo aparece en el niño tan pronto como empieza a odiar el pene del padre y a querer copular con su madre destruyendo el pene que se imagina está en el interior de ella. Este estadio temprano del Edipo es común a ambos sexos.

Tiene el niño deseos genitales hacia el progenitor del sexo opuesto, y celos y odio por el mismo sexo (a quien al mismo tiempo ama). El terror hacia los padres puede luego desplazarse hacia fobias o terrores nocturnos.

No se puede distinguir bien la fase del Edipo de las últimas, pues los impulsos pregenitales aparecen al mismo tiempo que los genitales.

Las fantasías de masturbación nacen de sus primeras fantasías sádicas de sus padres en copulación. Los impulsos destructivos, fusionados con los libidinosos, obligan al superyó a crear defensas contra la masturbación o su fantasía, pues ésta crea en el niño, culpa. El sentimiento de culpa proviene de las fantasías incestuosas más tempranas.

Son principalmente impulsos de odio los que ocasionan el conflicto de Edipo y la formación del superyó. Esta tesis se opone al planteo de Freud que dice que el superyó comienza en la fase fálica, y es quien ocupa el lugar del complejo de Edipo. El Edipo se destruye -dice Freud- y toma su lugar el superyó.

En realidad el núcleo del superyó se encuentra ya en la incorporación parcial de la fase canibalística, o sea, en estadios pregenitales.

Según Freud la severidad del superyó se deriva de la severidad del padre, con sus prohibiciones y órdenes, y también de los mismos impulsos destructivos del sujeto (pero esto último no ha sido desarrollado por Freud).

Llamamos "estadios tempranos de la formación del superyó" a las primeras identificaciones que hace el niño, lo mismo que ocurre en los estadios tempranos del Edipo. El superyó temprano es muy cruel, pues se forma bajo la supremacía del sadismo. Las amenazas del superyó temprano contra ello y sus impulsos, contienen la totalidad de las fantasías sádicas que fueron dirigidas hacia el objeto, así que ahora cada una de ellas se vuelve contra el yo.

En el temprano estadio anal sádico se expulsa al objeto hostil (equiparado con el excremento). Pero también aquí se expulsa al terrorífico superyó que había introyectado el período oral sádico. Esta expulsión es un medio de defensa usado por el aterrorizado yo contra el superyó: lo proyecta al mundo externo. También el ello trata de desembarazarse de su ello sádico, o sea, de sus tendencias destructivas.

Las diferencias entre el normal, el neurótico y el psicótico son cuantitativas, o sea diferencias de grado son por ejemplo, en cuanto al monto de ansiedad.

Como el superyó se forma antes del establecimiento de relaciones objetales, éstas estarán muy influidas por la presencia de un superyó temprano, que las va modelando. El trato del yo con los objetos, es el mismo que antes tenía el yo, el superyó y ello entre sí. La cantidad de odio original hacia los objetos se aumenta por el odio adherido al ello y al superyó.

En la esquizofrenia, la proyección del superyó sobre los objetos aumenta mucho su temor y su odio a dichos objetos: el mundo externo se transforma en un lugar terrorífico aumentando su ansiedad y

agresión muchísimo. El temor a los objetos introyectados a su vez, puede ser la causa de la hipocondría. La paranoia a su vez nacería en los ataques del niño sobre el interior del cuerpo de la madre y contra el pene allí alojado, ataque que se hace con heces envenenados: el delirio de persecución nace de estos ataques. Siente que es atacado por los objetos externos a él, pero internos a la madre.

En los primeros estadios la proyección de las imagos aterradoras del niño al mundo externo transforma dicho mundo en peligroso; al mismo tiempo al introyectar objetos buenos al mundo externo hace disminuir las imagos aterradoras y su peligro. La formación del superyó y de las relaciones de objeto surge de este interjuego entre proyecciones e introyecciones.

Resumen de Klein M, Primeros estadios del conflicto de Edipo y de la formación del superyó. Artículo incluido en Klein M, Obras completas. Buenos Aires: Paidós.

COMPORTAMIENTO NO VERBAL

Definición.- Cualquier conducta comunicativa que no implica hacer sonido de palabras o señales. Incluye movimientos de partes corporales grandes (*macrocinestésicas*), distancia interpersonal o territorialidad (*proxémica*), tono y tasa de sonidos vocales (*paralingüística*) y comunicaciones impartidas por los asuntos prescriptos por la cultura relacionados con el tiempo, el vestuario, la pertenencia, etc.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

COMPRENSIÓN

Comprensión, explicación e interpretación.- Las relaciones comprensibles se captan mediante la comprensión, y las relaciones causales se captan mediante las explicaciones causales. La psicología que comprende, en vez de explicar es la psicología comprensiva.

En las ciencias naturales tratamos de captar sólo las relaciones causales. En psicología, en cambio, el conocimiento se basa en la captación de relaciones comprensibles, es decir, relaciones donde lo psíquico surge de lo psíquico (por ejemplo, el engañado se vuelve desconfiado, el atacado desarrolla mecanismos de defensa, etc.), y estas secuencias se comprenden genéticamente mediante la comprensión. Así comprendemos reacciones vivenciales, desarrollo de pasiones, comprendemos el contenido de sueños y delirios, comprendemos el curso fatal de una vida, comprendemos cómo el enfermo se comprende a sí mismo, etc.

Este comprender genético puede ser racional o empático. En el primer caso comprendemos razonamientos, contenidos del pensamiento, y en el segundo comprendemos contenidos mentales surgidos de estados de ánimo. En el primer caso comprendemos lo que el paciente dice racionalmente y en el segundo sus sentimientos. Si la comprensión racional es sólo un medio auxiliar de la psicología, la comprensión empática, lleva a la psicología misma.

De comprender hablamos en la medida que lo comprendido halla su plena exposición a través de los movimientos expresivos, manifestaciones del lenguaje, actos. De interpretar hablamos solo cuando sirven algunos puntos de apoyo escasos para traspasar relaciones ya antes comprendidas al caso presente con una cierta probabilidad.

La psicología comprensiva no se puede aplicar mecánicamente partiendo de conocimientos generales, sino que necesita siempre la intuición personal.

Jaspers K (1966) Psicopatología general. Buenos Aires: Beta, 3ª edición.

Tres direcciones de la comprensión.- La comprensión puede ser referida a tres instancias distintas: contenido, forma y autorreflexión.

Las comprensividades de contenido se refieren a los instintos, que son en el sujeto, el origen del movimiento; a su vez este movimiento se realiza en la relación del individuo con su mundo, y esta relación se comprende a su vez, a través de los símbolos.

Respecto a los instintos puede decirse que todo vivenciar entraña un algo automático. En todo lo que hacemos y sufrimos hay algo instintivo, tanto en la búsqueda, la captación, la afirmación y el mantenimiento, como en el huir, en el eludir, en el desviarse o en el aniquilar.

La situación fundamental del hombre es por otro lado, un estar en el mundo como un ser individual finito, independiente, pero disponiendo de posibilidades de actividad dentro de un espacio de juego alternante, limitado por fronteras obligadas. La vida es una polémica con el mundo, que llamamos realidad, es lucha, acción, frustración, adaptación, aprehensión y saber acerca de él.

Los contenidos del saber básico son los símbolos. No es el saber lo decisivo, sino lo que significa para el hombre. En la psicología comprensiva hay que distinguir especialmente el símbolo como vehículo de significaciones personales válidas de la propia biografía (símbolos referidos al inconsciente personal), del símbolo como vehículo abarcativo de significación de la trascendencia inmanente (referido al inconsciente colectivo).

En segundo lugar tenemos las formas básicas de la comprensividad: la forma del movimiento es la oposición y su tensión, envoltura, reconciliación, decisión. La vida del alma y sus contenidos están escindidos en oposiciones, pero por estas vuelve a relacionarse todo: las representaciones suscitan

representaciones contrarias, las tendencias, contratendencias, los sentimientos, otros sentimientos como contraste.

En tercer lugar, el fenómeno básico de toda comprensividad es la autorreflexión: el hombre es capaz de desarrollar una comprensión sobre su propia comprensión, adquiere un saber sobre sí, y esto es inseparable del ser-hombre.

Jaspers K (1966) Psicopatología general. Buenos Aires: Beta, 3º edición.

Sentidos.- Hay dos sentidos de "comprensión": un sentido fenomenológico, que usamos cotidianamente y se refiere a una experiencia subjetiva ('comprendí' tal cosa), y otro sentido informacional. En este sentido, comprensión es un proceso constructivo donde la información del estímulo se empareja con otra existente en la memoria y por el cual se constituyen nuevas estructuras mnémicas (pero a diferencia de la percepción, opera a un nivel menos concreto).

Es importante distinguir ambos sentidos, porque a veces uno tuvo una experiencia subjetiva de comprensión pero no hubo procesamiento eficaz de la información: la experiencia subjetiva no es condición suficiente. Según la versión fuerte, tampoco es condición necesaria, porque la computadora comprende sin tener una experiencia subjetiva de comprensión.

Condensado de Cabeza, Temas de Psicología cognitiva III, Publicación interna de la Cátedra de Psicología General II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1999. Capítulo 10.

COMPULSIÓN

Definición.- "Estado patológico que resulta de la oposición de dos fuerzas contrarias. Por un lado el deseo o tendencia que origina un impulso morboso que pugna por desencadenarse; por otro lado, el control que el individuo ejerce sobre el acto, oponiéndose y resistiéndose tenazmente a su ejecución mediante energías inhibiciones. Esta lucha de fuerzas en pugna genera un estado de angustia intensa, tal como es dado observar en las neurosis obsesivas".

Betta Juan C., Manual de Psiquiatría, Buenos Aires, CEA, 1984, 8va. edición, pág. 209.

Definición.- "La *compulsión* es una urgencia a llevar a cabo tareas mentales o motoras. A diferencia del impulso, la compulsión permite un cierto control volitivo, de una duración moderada, pero al fin la tarea debe realizarse. Una característica fundamental: tratar de controlar la compulsión produce ansiedad intensa, que se alivia llevando a cabo la tarea compulsiva".

Yaryura-Tobías José, El trastorno obsesivo-compulsivo de la niñez y la adolescencia, incluido en Grau Martínez A y otros (2000), Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pág. 307.

COMUNICACIÓN

Definición.- "Proceso por el cual las personas se transmiten información, ideas, actitudes y emociones" (Vander Zanden, 1986:616).

Vander Zanden James (1986) Manual de Psicología Social. Barcelona: Paidós.

CONACIÓN

Definición.- 1. Término aplicado por los psicólogos anglosajones al aspecto impulsor del aspecto psíquico, es decir, el conjunto de actividades referentes que se inician en la intención y terminan en la acción. Es, pues, la fase psicomotriz de la actividad personal. (Warren). 2. Designa las fases del ciclo psíquico que suceden entre el deseo y la acción.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CONCEPCIÓN DEL MUNDO

Psicología de las concepciones del mundo.- En su libro, Jaspers se ocupará de tres temas básicos:

1) *Disciplinas fronterizas*: o semejantes a la psicología de las concepciones de mundo, a los efectos de poder admitir claramente el ámbito de esta última. 2) *Fuentes de la psicología de las concepciones del mundo*: es decir a qué material de base debemos consultar para elaborar una psicología de líneas conceptuales del mundo, ya que ninguna disciplina surge especulativamente de la nada. Así como la psicología general tiene como fuentes a historiales clínicos o experiencias con sujetos, así también la psicología de las concepciones del mundo, se basará en la intuición, etc. 3) *Las ideas sistemáticas fundamentales*: referencia para poder ubicar las distintas ideas que vayan surgiendo para conformar una teoría o sistema de conocimientos referidos al estudio psicológico de las concepciones del mundo.

Disciplinas fronterizas.- No debemos confundir las psicologías de las concepciones del mundo, con otras disciplinas parecidas: la filosofía profética y la psicología en general. Contiene algo de las dos por ser una síntesis dialéctica entre ambas, pero es irreducible a cualquiera de ellas por separado.

Filosofía tiene que ver con conocimiento total. Cuando este conocimiento es pura contemplación (los griegos por ejemplo) hablamos de filosofía contemplativa, pero cuando la filosofía muestra proyectos, vivencias, ideas e impulsos, pasa a ser una Filosofía Profética, que tiene más que ver con la vida que con la contemplación pasiva. En una época los filósofos no fueron solo contempladores, sino también impulsores y formadores del mundo: la filosofía profética se ve así como acción, proyección de un sentido hacia el futuro.

Si la filosofía profética es un hacer, la Psicología de las concepciones del mundo, son una reflexión, una comprensión acerca de este hacer. Es el conocimiento de aquellas fuerzas impulsoras que hacen que los hombres tengan tal o cual forma de obrar y tal o cual concepción del mundo.

Si esto es lo que estudia la psicología de las concepciones del mundo, deberá pedir ayuda a la psicología en general, porque en la construcción de tal o cual concepción del mundo intervienen impulsos, pasiones, variables típicamente psicológicas. Si la psicología en general es un sistema de conceptos y métodos, la psicología de las concepciones del mundo, usa aquellos métodos y conceptos para trazar los límites de nuestra vida anímica, los que serán determinantes de una u otra manera para que un hombre tenga tal o cual concepción del mundo.

Fuentes de la psicología de las concepciones del mundo.- Cuatro son las fuentes para la psicología de las concepciones del mundo:

Experiencia propia: Hacemos un análisis de cómo pensamos, cómo sentimos y cómo actuamos según nuestra particular visión del mundo, y comparamos esas conductas nuestras con la realidad, y así veremos el conflicto que surge, pues ambas cosas nunca coinciden plenamente.

Esta experiencia propia no es deliberada o pensada, es viviente, o sea, dejamos que nuestro propio yo se ensanche, se deshaga, actúe espontáneamente y se reúna de nuevo en sí, analizando el producto obtenido.

Intuición: No se trata de amontonar material sistemáticamente para construir una psicología de las concepciones del mundo, sino de ir captando intuitivamente cada momento y cada acto de nuestra vida sin pretender, de antemano, armar algo organizado. Por la intuición captamos espontáneamente cómo pensamos, cómo vivimos, en suma, cómo es nuestra peculiar concepción del mundo y de quienes me rodean.

Experiencia histórica: Al psicólogo de las concepciones del mundo le interesa también analizar mediante viajes al pasado cómo sentían y vivían en otros tiempos los hombres, cómo iban conformando sus propias concepciones del mundo, que como la historia lo muestra, fueron variando en cada época, cultura y lugar. El psicólogo de las concepciones del mundo ve el pasado como fuente de casos ilustrativos; para él, el pasado es como la clínica para el psicopatólogo: trata de buscar una intuición sistemática del hombre en su faz de generador de una concepción del mundo.

Psicologías previas: Estudia sobre pensadores que hayan construido una psicología de las concepciones del mundo. Por ejemplo, Kant, Kierkegaard, Nietzsche y Weber.

Ideas sistemáticas fundamentales.- Como toda disciplina reflexiva (filosofía, ciencia) también la psicología de las concepciones del mundo busca ordenar y sistematizar sus conocimientos en base a ciertas regularidades, o sea, esquemas de pensamientos que se repiten en todas las distintas concepciones del mundo y que por tanto sirven para estudiarlas sistemáticamente. Estas regularidades son cuatro:

Rectilinealidad: Si bien las cosas son pluridimensionales, nosotros para estudiarlas las disponemos en forma lineal. Por ejemplo, en vez de estudiar cada concepción del mundo en forma global, estudiamos cómo va variando un determinado factor (por ejemplo, la actitud hacia la muerte) a través de las distintas concepciones del mundo.

Unidad y multiplicidad: Al ordenar observamos en nosotros la tendencia a separar lo complejo en unidades sencillas, nexos causales simples, y luego también la tendencia contraria: a ver todo como algo unitario que tiene muchas facetas o aspectos (unitas múltiplex). Cuando tratamos de comprender una concepción del mundo tendemos hacia estas dos actitudes mentales: el análisis y la síntesis; por la primera buscamos lo múltiple, y por la segunda lo unitario y simple.

Esquematismo: Inevitablemente hacemos esquemas cuando estudiamos, porque sino nos quedamos en aforismos aislados. El único gran peligro de esto es que predomine uno de los esquemas, restándoles valor a los demás, ya que una concepción del mundo puede verse desde distintos ángulos sin que ninguno deba privilegiarse sobre el otro.

División básica: Cuando abordamos sistemáticamente un estudio sobre las concepciones del mundo, tendemos a hacer divisiones fundamentales. Estas divisiones pueden hacerse en esferas, o bien en grados evolutivos, según hagamos un análisis sincrónico o estático, o uno diacrónico o dinámico.

El dividir en esferas, tomamos en cuenta sujeto y objeto. Desde el sujeto, por ejemplo, habrá concepciones del mundo donde dominan actitudes objetivas, autorrelacionadas, místicas, reflexivas o inmediatas, etc. Desde el objeto (la realidad), cada concepción nos mostrará una diferente realidad: un mundo sensitivo-espacial, un mundo anímico-cultural, imágenes metafísicas, etc.

Actitudes (sujeto) e imágenes del mundo (objeto) son elementos relativamente abstractos, estáticos. La comprensión de una concepción del mundo, implica una síntesis dialéctica entre ambas, o sea, ver

cómo cada actitud determina tal imagen del mundo, y viceversa: a esta síntesis Jaspers la llama Vida del Espíritu.

También puede hacerse una división básica según los distintos grados evolutivos, y así tenemos tres formas de dividir:

a) Estudiar las concepciones del mundo como procesos de formación y destrucción por fuerzas espirituales.

b) Estudiarlas dialécticamente, es decir, según una secuencia donde aparece una concepción del mundo original (tesis), luego la contrapropuesta (antítesis) y luego la nueva concepción superadora de las anteriores (síntesis).

c) Estudiar las concepciones del mundo desde distintas formas generales de variación, o variantes a partir de un centro sustancial único.

Por ejemplo, se puede tomar la autenticidad como centro sustancial, desde donde entonces habrá concepciones auténticas, inauténticas, etc. Lo mismo podemos decir si tomamos como centro la formalización, la diferenciación y la absolutización. Por ejemplo, desde este último aspecto estudiaremos qué absolutiza cada concepción del mundo: si a Dios, a la materia, si al sufrimiento, etc. En la formalización lo que se absolutiza es la forma, la función, frente a la materia o contenido de las vivencias; o sea, importa más cómo se siente, que lo que se siente. Por último también se puede estudiar las concepciones del mundo desde la diferenciación: por ejemplo, cuando llega una época donde tienen importancia las libertades individuales, cada individuo construirá su concepción del mundo de acuerdo a sus signos caracterológicos individuales. En otras épocas en cambio, no se da tal diferenciación y todos responden esquemática y rígidamente a la misma concepción del mundo sin variaciones individuales.

Resumen de Jaspers K (1981) Psicología de las concepciones del mundo (Introducción).

CONCEPTO

Definición.- "Construcción simbólica en la mente que, más allá de los datos sensoriales, tiende a alcanzar la esencia de los objetos y los agrupa en un mismo conjunto. Así, la manzana, la uva y la ciruela son frutos. El concepto de frutos, pues, es un producto de nuestra experiencia, que el lenguaje permite expresar de modo simbólico. La formación de los conceptos, particularmente bien estudiada por J. Piaget y agrupadas en etapas de desarrollo, es función de la maduración intelectual y del desarrollo del lenguaje".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

CONCIENCIA

Definición.- Grado de atención o vigilancia espontánea. Hay dos grados normales que se alternan: la conciencia vigil (vigilia, o conciencia propiamente dicha), y el sueño. El responsable de los estados de conciencia es el sistema activador reticular, que tiene dos partes: el ascendente (SARA) que induce vigilia o sueño, y el descendente (SARD), que modifica el tono muscular según haya vigilia o sueño.

Castelluccio A, *Clases de Correlaciones de la Clínica Médica*, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Definición.- "La conciencia es una superestructura psicológica, límite entre las manifestaciones psicósomáticas, que en ella se reflejan a través de las elaboraciones psíquicas, y el yo que, por su conducto, adquiere el conocimiento de sí mismo y es informado de cuanto acontece fuera de él. La conciencia informa al hombre: a) De lo que ocurre en el mundo externo, captado por los aparatos sensoriales externos. b) En el mundo interior, captado por los aparatos sensoriales internos. c) En el mundo psíquico; elaboración del pensamiento, captado por la conciencia misma. La conciencia es constantemente móvil y mutable; los persistentes registros de las innumerables captaciones se llaman 'estados de conciencia'. A ella llegan la totalidad de los fenómenos vitales, somáticos y psíquicos; es el registro permanente de la existencia del individuo. Hace posible el triple conocimiento del mundo exterior, del interior y del psicológico, permitiendo la noción del 'yo' y de su orientación temporoespacial" (Betta, 1984:178).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Orientación de la conciencia.- "Depende directamente de la lucidez de la conciencia, que permite la ubicación en cada uno de los instantes de la vida. a) Orientación autopsíquica: Conciene al conocimiento de la propia personalidad y de su evolución a través del tiempo. b) Orientación en el tiempo: Mediante la medición convencional por períodos o lapsos establecidos por cálculos y por los diferentes estados de conciencia, que permiten la noción del presente, del pasado y del futuro. c) Orientación en el espacio: Es la noción de las magnitudes y del ámbito o espacio en que el hombre actúa y desenvuelve su vida" (Betta, 1984:178).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Campo de la conciencia.- "Comprende todo el ámbito capaz de ser abarcado por la misma. Hay tres zonas: a) Zona conciente: La de mayor precisión y nitidez: centro o foco de la conciencia. Es la más reducida; solo abarca limitados objetivos; de tres a cinco. Las elaboraciones psíquicas alcanzan en ella su mayor nitidez. b) Zona subconsciente: Se encuentra fuera del foco de la conciencia, la nitidez de los objetivos y de sus imágenes decrece a medida que se alejan de su centro. Los elementos del subconsciente son requeridos para la elaboración conciente del pensamiento. Algunas creaciones son productos de elaboraciones subconscientes, pero deben pasar a lo conciente para ser aceptadas y registradas previo razonamiento. En esta zona se hace también la elaboración sensoperceptiva, por el reconocimiento mnemónico. c) Zona inconciente: Se halla fuera de la zona subconsciente. Su actividad no es percibida por el yo. Existen manifestaciones imprevistas y sorprendentes que revelan su existencia. Todo lo que la conciencia registra pasa a formar parte de la vida psicológica inconciente. El material del inconciente está formado: a) Por todo lo que ha sido vivenciado en la zona conciente. b) Por cuanto ha pertenecido al subconsciente. c) Por las vivencias originadas en el núcleo instintivo-afectivo, en relación con los instintos y con la vida orgánica" (Betta, 1984:178).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Psicopatología de la conciencia.- "Diversas circunstancias patológicas pueden empañar con mayor o menor intensidad la lucidez de la conciencia.

1) Obnubilación de la conciencia: Enturbiamiento que alcanza diferentes grados de intensidad: desde un retardo de las elaboraciones hasta la suspensión completa de la actividad psíquica. Marcada deliberación de la atención por la gran fatigabilidad. Los diversos grados de obnubilación con: a) Embotamiento o torpeza: es la forma más leve; se observa en casos de fatiga muy intensa; se entorpece la actividad psíquica. b) Somnolencia: dificultad perceptiva, con gran propensión al sueño; se observa en los comienzos de la confusión mental. c) Coma: grado extremo de obnubilación: pérdida completa de la conciencia. En los traumatismos craneanos; uremia; diabetes y otras afecciones.

2) Estrechamiento de la conciencia: Retracción del campo de la conciencia. Las manifestaciones psíquicas quedan inactivas y la conciencia del mundo exterior muy reducida, conservando la personalidad algunas actividades de orden motor. La memoria no fija nada.

3) Estado crepuscular: Percepción entorpecida incompletamente; se perciben y comprenden situaciones simples. La complejidad lleva a la incoherencia e incomprensión. Se observa en la confusión mental y en la epilepsia.

4) Perturbaciones de la orientación: *Síndrome oligofrénico*: Depende del grado de la insuficiencia: a) El débil mental, por lo general, auto o alopsíquicamente; b) el imbecil se desorienta por la insuficiencia de los juicios e incapacidad de comprender. Es difícil la noción de individualización e independencia del medio; c) El idiota, no se orienta en absoluto por la agravación de los factores anteriores. *Síndrome demencial*: La desorientación de los dementes depende del grado de debilitación psíquica. La amnesia es causa principal. Primero desorientación en el tiempo, luego en el espacio y finalmente la autopsíquica. *Síndrome confusional*: La desorientación, consecuencia de la obnubilación, es una de las características más importantes; en el tiempo y en el espacio. La fatiga psíquica debilita la atención y la fijación; pérdida del encantamiento normal de las ideas; incoherencia y desorientación autopsíquica. *Síndrome esquizofrénico*: Desorientación en el tiempo por el desinterés del enfermo hacia el mundo exterior. Se orienta bien en el pasado remoto y en el espacio. *Síndrome delirante*: Salvo excepciones, los delirantes son lúcidos y están bien orientados. *Síndrome de excitación psicomotriz*: Los excitados, siempre que no sean confusos, son lúcidos y están bien orientados. *Síndrome de depresión psicomotriz*: Mala orientación en el tiempo, que pasa insensiblemente porque la introversión los desconecta del mundo externo" (Betta, 1984:180).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Conciencia, estado alterado.- Cualquier estado mental causado por la intervención fisiológica, psicológica o farmacológica que puede ser reconocido por el sujeto o por un observador objetivo como causa de un comportamiento radicalmente diferente al normal cuando el sujeto está alerta y despierto. En ese estado se advierten una o más de las siguientes características: deterioro de la capacidad de pensar, claramente y de percibir la realidad, un sentido deformado del tiempo, pérdida del autocontrol, distorsiones preceptuales como alucinaciones y aumento de las imágenes visuales, cambio de la importancia concedida a la experiencia, sensación de haber experimentado algo imposible de verbalizar o comunicar, sentimientos de renacimiento y un grado extremo de sugestionabilidad. Los estados alterados de conciencia varían no sólo en el carácter sino también en el grado. En un extremo se hallan los estados mentales distinguibles de los normales sólo por un incremento en el número de percepciones, actividades intelectuales y respuestas emocionales; en el otro se encuentran cambios cualitativos radicales

Se enumeran tres funciones generales de esos estados, tradicionalmente aceptables socialmente: valor terapéutico, obtención de nuevos conocimientos y una liberación ritualizada de los conflictos y metas del grupo (Morris, 1985:126).

Morris C (1985) Psicología. México: Prentice-Hall.

Conciencia vigil: definición.- Estado psíquico normal de vigilancia y atención espontánea mediante el cual es posible la elaboración de las sensaciones y percepciones sensibles.

Conciencia vigil: alteraciones.- La conciencia vigil puede tener alteraciones cualitativas (la confusión y el delirio), y alteraciones cuantitativas (la obnubilación, el estupor y el coma).

Castelluccio A, *Clases de Correlaciones de la Clínica Médica*, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Estados alterados de conciencia.- Los estados alterados de la conciencia son provocación sensorial, meditación, hipnosis, ensueños, sueño, sueños y experiencias provocadas por las drogas. La meditación asume diversas formas. Una buena meditación produce una profunda relajación y puede servir para disminuir el uso de drogas y otros problemas.

Los psicólogos no coinciden en que el trance producido por el hipnotismo sea un verdadero estado alterado de la conciencia. Sin embargo, se ha comprobado que altera las percepciones y también su comportamiento.

Los ensueños nos permiten evadir las exigencias del mundo real y escapar a otra parte por el momento. Los ensueños varían según la personalidad y pueden ser una forma de procesar "algo inacabado", lo cual es posible gracias a la reducción de los estímulos externos. Hay tres grandes patrones de los ensueños. El primero refleja la ansiedad en el sujeto, el segundo refleja desconfianza en sí mismo y miedo al fracaso, el tercer tipo refleja fantasías alegres sin el influjo de sentimientos de culpabilidad ni de la ansiedad.

Aunque su función todavía no se dilucida bien, el sueño, constituye una necesidad. Tiene cuatro etapas. La etapa 1 dura unos cuantos minutos y es una línea limítrofe entre el sueño verdadero y la vigilia. El sueño se vuelve cada vez más profundo en las etapas 2 y 3. La etapa 4, llamada sueño delta, es la más profunda. Luego de la etapa 4 se inicia el sueño MOR (movimientos oculares rápidos). Las otras etapas reciben la designación común de sueño NMOR (no movimientos oculares rápidos).

La secuencia del sueño se repite cuatro o cinco veces por noche; a la etapa 2 corresponde casi la mitad del tiempo total del sueño y al sueño MOR casi una cuarta parte. Los patrones del sueño dependen de la edad y son susceptibles a trastornos como el insomnio, apnea y narcolepsia.

Los sueños ocurren tanto en el sueño MOR como en el NMOR, pero son más frecuentes y detallados en el primero. Remoldean y recrean el material en formas nuevas y, a menudo, ilógicas, pudiendo además ser una fuente de ideas creativas. Un sueño puede reflejar los deseos inconscientes del sujeto, sus necesidades y conflictos. La mayor parte dura tanto como los sucesos reales; los estímulos internos y externos pueden modificar los sueños pero no iniciarlos.

Hasta ahora los datos revelan que no se da en el sueño verdadero aprendizaje de material complejo. La necesidad de soñar parece ser menos crítica que la de dormir. Las personas privadas de los efectos de sueño MOR lo compensan en el sueño NMOR o en la vigilia. El primer tipo de sueños quizá sea una parte esencial de los procesos emocionales y cognoscitivos.

El empleo de drogas para alterar la conciencia tiene una historia muy larga. Los efectos que una droga ejerce sobre la conciencia dependen de una predisposición (tendencia) o sea, el estado mental del individuo en el momento de tomarla, y del ambiente, o sea la atmósfera física, social y emocional en que se consume.

La droga de mayor uso es el alcohol. Es un depresor capaz de reducir las inhibiciones normales del sujeto, pero tiene un efecto estimulante temporal. El alcohol deteriora algunas clases de percepciones. En el comportamiento del bebedor influyen ideas sobre cómo se supone que ha de actuar y sobre el licor.

La marihuana, si se usa con moderación, no parece causar deterioro físico ni mental. Sin embargo, el uso prolongado puede ocasionar daño físico. Entre sus efectos figuran la euforia, un estado de humorismo excesivo, deterioro de la memoria a corto plazo, mayor sensibilidad, aumento de las imágenes visuales y distorsión del sentido del tiempo.

Las anfetaminas producen sensaciones de optimismo y de energía sin límites. Su uso puede volverse compulsivo y, con el tiempo, dar origen a problemas graves. Los barbitúricos son depresores y tienen la misma capacidad que el alcohol para crear dependencia física y psíquica. Unas y otras drogas afectan a la percepción del tiempo, la autopercepción y la memoria.

El uso de la heroína produce a la postre dependencia física y psíquica. Los que la utilizan adquieren tolerancia a ella y necesitan mayores dosis para lograr los mismos efectos luego de usarla por un período.

Como estimulante del sistema nervioso simpático, la cocaína aumenta el latido cardíaco, hace que se eleve la presión sanguínea y restringe los vasos sanguíneos. También produce euforia. La cocaína crea adicción física, pero el uso compulsivo puede ocasionar insomnio, paranoia y alucinaciones.

Entre los alucinógenos se cuentan el LSD, mezcalina, peyote y psilocibina. Tienen una baja frecuencia e dependencia y rara vez producen psicosis. Los alucinógenos ejercen efectos profundos sobre la percepción visual y auditiva.

Condensado de Morris C (1985) Psicología. México: Prentice-Hall. Capítulo 4.

Teorías.- Entre las teorías que estudiaron la conciencia se cuenta la psicología introspectiva y el cognitivismo. “La psicología introspectiva abarca principalmente los contenidos de la experiencia consciente inmediata. El conductismo rechazaba la conciencia como tema de estudio legítimo de la psicología y consideraba que los procesos entre los estímulos y las respuestas ocurren en el interior de una ‘caja negra’. El cognitivismo intenta comprender los procesos que tienen lugar en el interior de esta caja negra, unos procesos que suelen ocurrir inconscientemente (...). Sin embargo, los científicos de la corriente cognitiva intentan comprender cada vez más los mecanismos de la conciencia, así como los procesos del inconsciente que a veces dan lugar o no al contenido consciente”.

LeDeux J (1999), El cerebro emocional. Buenos Aires: Planeta, pág. 29.

CONDICIONAMIENTO

Condicionamiento clásico.- En el condicionamiento clásico, a respuesta condicionada se obtiene a partir de un estímulo condicionado previo. Este proceso tiene lugar en tres etapas:

1) Reflejo incondicionado:	----- (EI comida) ----- (RI salivación)
2) Reflejo condicionado en formación:	(EC campana)----- (EI comida)----- (RI salivación)
3) Reflejo condicionado formado:	(EC campana)----- (RI salivación)

Para que el perro aprenda a salivar frente al sonido de campana, debe reforzarse por repetición la conexión EI-EC.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Condicionamiento operante.- En el condicionamiento operante, la respuesta condicionada se obtiene a partir de un estímulo reforzador posterior. Este proceso tiene lugar en dos etapas:

1) Respuesta “fortuita”:	----- (R mover palanca)
2) Respuesta operante:	----- (R mover palanca) ----- (E premio comida)

Para que el gato aprenda a mover la palanca debe reforzarse la conexión R-E.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Tipos.- Hay dos tipos de condicionamiento: el condicionamiento del tipo E (para conducta respondiente) y el condicionamiento del tipo R (para conducta operante). También se llaman condicionamiento clásico (Pavlov) y condicionamiento operante (Skinner).

Skinner no asigna importancia al primero, e incluso experimentalmente no aparece en forma pura. En el condicionamiento clásico debe relacionarse el estímulo incondicionado con el estímulo condicionado para que pueda producirse la respuesta, en cambio en el operante debe relacionarse la respuesta con un estímulo reforzante posterior (premio) para que la respuesta ocurra. O sea, el reforzamiento depende de la respuesta y no de la relación entre el EI y el EC. La ley del condicionamiento operante entonces es similar a la ley del efecto de Thorndike: si la aparición de una R operante va seguida de la presentación de un estímulo reforzante, entonces su fuerza aumenta.

Hilgard E y Bower G (1983) Teorías del aprendizaje. México: Trillas.

Tipos.- Hay dos tipos de aprendizaje: 1) El condicionamiento clásico, pavloviano o respondiente, que consiste en aprender la relación entre sí de varios sucesos del entorno; y 2) El condicionamiento instrumental, que consiste en aprender la relación entre varios eventos contextuales y el comportamiento. En el condicionamiento instrumental hay cuatro principios básicos: premio, castigo, huida y omisión. En los cuatro casos ha de tenerse presente que primero se produce la respuesta y luego recién se premia, o se castiga, etc. *Premio:* Un premio después de la respuesta aumenta la probabilidad que ocurra. El premio se llama refuerzo positivo, y esto fue enunciado en la ley del efecto de Thorndike. *Castigo:* Un castigo después de la R disminuye la probabilidad que vuelva a ocurrir. Es lo inverso a lo anterior (castigo positivo). *Huida:* Si una respuesta es para escapar de un castigo, aumenta la probabilidad que vuelva a ocurrir. Esto se llama refuerzo negativo. *Omisión:* Si el presente está presente pero no se da, la respuesta que lleva a esta frustración decrece su probabilidad de ocurrencia (castigo negativo).

Rachlin Howard (1985) Comportamiento y aprendizaje.

Condicionamiento clásico.- Proceso de aprendizaje mediante el cual un organismo establece una asociación entre un estímulo condicionado (EC) y un estímulo incondicionado (EI), siendo el EC capaz de

elicitar una respuesta condicionada (RC). Experimentalmente se obtiene esta forma de condicionamiento exponiendo el organismo a un EC y un EI en repetidas ocasiones. También se denomina condicionamiento pavloviano.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 87.

Condicionamiento clásico.- "Proceso de sustitución de estímulos, en el cual el estímulo que originariamente provocó la respuesta es reemplazado por otro nuevo, antes neutral".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 616.

Condicionamiento operante.- Proceso a través del cual un organismo aprende a asociar ciertos actos con determinadas consecuencias. El organismo aprende a efectuar ciertas respuestas instrumentales para obtener un refuerzo o escapar de un castigo. También se denomina condicionamiento instrumental.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 87.

Condicionamiento operante.- "Llamado también condicionamiento instrumental. Fortalecimiento, mediante el refuerzo, de una respuesta que ya está contenida dentro del repertorio de conductas del organismo. En el condicionamiento operante, la frecuencia con que acontece una conducta cambia de acuerdo con el suceso consecuente".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 617.

Condicionamiento retrógrado.- En un contexto pavloviano, proceso en el cual, a diferencia de lo que ocurre en el condicionamiento clásico, el estímulo incondicionado ocurre antes que el estímulo condicionado. Por ejemplo, primero se administra una descarga eléctrica (EI), luego se hace escuchar un sonido cualquiera (EC) y luego se produce la respuesta de evitación, como por ejemplo retirar la mano.

En estas condiciones se comprobó que el reflejo condicionado no se formaba o era muy débil, y que incluso ocurría con otro EC que no fuera un sonido. Por esta razón se lo llamó pseudocondicionamiento, ya que no es debido a la asociación EI-EC sino a una "sensibilización refleja", es decir, en el ejemplo, una descarga eléctrica sensibilizaba al organismo de tal modo que cualquier estímulo súbito, como un sonido, daba una respuesta de evitación.

Woodworth R y Schlosberg H, Psicología experimental, Buenos Aires, Eudeba, 1971, 3º edición, págs. 557-558.

CONDUCTA

Definición.- "Se llama conducta a los cambios de postura o posición de un ser vivo, que un observador describe como movimientos o acciones en relación a un ambiente determinado" (Maturana H y Varela F, 1999:216).

Maturana F y Varela F (1999) El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del conocimiento humano. Madrid: Debate, 3ª edición.

Definición.- "Adoptamos como punto de partida las definiciones que da Lagache sobre la conducta, como "el conjunto de respuestas significativas por las cuales un ser vivo en situación integra las tensiones que amenazan la unidad y el equilibrio del organismo", o como "el conjunto de operaciones (fisiológicas, motrices, verbales, mentales) por las cuales un organismo en situación reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades". En el ser humano este conjunto de operaciones tiene una estructura muy compleja" (página 23).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

Conducta molar.- Aspecto significativo de la conducta total caracterizado por una unidad esencial; aspecto de la conducta total cuya particularidad y unidad están determinadas por el fin al cual tienden o derivan de los efectos que genera en el mundo exterior; unidad de conducta considerada como fenómeno emergente cuyas cualidades no son aditivas de las partes. Conducta dócil, que admite modificaciones. Conducta descrita en constructos psicológicos. Contrasta con la conducta molecular.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Conducta molecular.- Unidad de conducta obtenida mediante análisis reductivo y descrita en sus componentes motrices, glandulares o neurofisiológicos aislados, ya sean estos observados, inferidos o postulados.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Conducta y mente.- "El término conducta (página 20), aplicado a las manifestaciones del individuo, tiene siempre una connotación de estar dejando de lado lo más central o principal del ser humano: los fenómenos propiamente psíquicos o mentales. Estos últimos serían realmente los fenómenos más importantes, dado que originan la conducta; y si estudiamos únicamente esta última, nos estamos ocupando solo de productos y derivados, pero no del fenómeno central. Etimológicamente la palabra conducta es latina y significa conducida o guiada, es decir, que todas las manifestaciones comprendidas

en el término de conducta son acciones conducidas o guiadas por algo que está fuera de las mismas: por la mente" (página 23).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

Tipos.- "Las modificaciones que tiene lugar en el campo (en el sentido de Kart Lewin) constituyen lo que denominamos conducta, la cual puede recaer, predominantemente, ya como modificación del sujeto o ya del resto del campo, en cuyo caso y respectivamente se denominan conductas auto y aloplásticas. Estas últimas conducen a una modificación del campo ambiental, si el sentido de realidad es suficiente como para que ocurra la coincidencia entre campo psicológico y ambiental" (página 75).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

Conducta respondiente y conducta operante.- Conducta respondiente es la provocada por un estímulo. La conducta operante no es provocada sino emitida por el sujeto, y no tiene que correlacionarse con ningún estímulo conocido, o bien con estímulos desconocidos. Dice Skinner que como no conocemos el estímulo, la fuerza de la respuesta operante no puede medirse con las leyes del reflejo, debiéndose usar en cambio la tasa de respuestas como medida de dicha fuerza.

Un tipo de conducta operante es la "operante discriminada", donde hay una relación con un estímulo previo, pero éste no es lo que provoca la conducta como en el caso del reflejo verdadero, sino que es una ocasión de la conducta operante, aparece ocasionalmente con ella. La mayor parte de la conducta humana es operante: comer, manejar un auto, escribir una carta, etc.

Hilgard E y Bower G (1983) Teorías del aprendizaje. México: Trillas.

Áreas.- Considerando el desarrollo de las representaciones desde las tres áreas de expresión de la conducta: mente, cuerpo y mundo externo, puede decirse que el cuerpo es primero un objeto-fin, porque la acción recae sobre sí. Luego, el objeto se desplaza del cuerpo al yo y al mundo externo, quedando configuradas tres áreas de expresión de la conducta:

Area 1: mente.

Area 2: cuerpo.

Area 3: mundo externo.

El área 1 comanda la fantasía inconciente, la representación del Yo, y desde esta representación se organizan las otras dos áreas, pues actúa como organizador de las proyecciones e introyecciones de objetos desde y hacia el mundo externo y el cuerpo.

Al comienzo, en el bebé las tres áreas están indiscriminadas o indiferenciadas. El área 1 (mente) comienza a diferenciarse cuando el bebé interactúa con su madre: él siente que su madre puede frustrarlo, y entonces se ve obligado a representarse interiormente la pérdida (por ejemplo el pecho alucinado). Se crea así la posibilidad de representar, y cuando puede diferenciar lo representado (el pecho real) del significante (una simple imagen), nace el lenguaje y el pensamiento, o sea, el área 1. La representación de la mente como "área" sólo es posible desde la constitución fundante de las otras dos (cuerpo y mundo externo), ya que para que haya frustración y pérdida debe haber una necesidad (en el cuerpo) y un objeto que la satisfaga (en el mundo externo).

Condensado de Jaitin (1993) Clínica grupal en niños.

Patrones de conducta.- Partiendo de conceptos previamente desarrollados por los etólogos, Bowlby (1969) plantea que es conceptualmente útil considerar la estructura básica de ciertas secuencias fundamentales de conducta social en función de patrones de acción que se han incorporado a la especie humana a través de un proceso de selección natural. Bowlby establece una distinción entre dos clases de patrones conductuales biológicamente incorporados: los patrones de acción fija y los patrones de objetivos establecidos. Los patrones de acción fija son patrones estructurados y altamente estereotipados de movimiento, que una vez que se ponen en marcha siguen su curso típico hasta completarse. Los patrones de acción de este tipo son muchos más comunes en las especies inferiores de la escala filogenética y han sido ampliamente estudiados por los etólogos. Son ejemplos de este tipo de patrón la conducta de apareamiento del gasterósteo de tres espinas (Tinbergen, 1953) y las formas de cortejo de los patos de ojos dorados (Dane, Walcott y Drury, 1959).

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 4.

Condiciones de activación.- En ciertas ocasiones, es inevitable que el organismo o individuo se encuentre con ciertas condiciones de activación que suscitan sistemas conductuales o disposiciones a la acción contradictorios. Por ejemplo, un individuo puede estar expuesto a un estímulo que normalmente activaría una conducta exploratoria, pero recibe el entorno inmediato como peligroso. O un individuo se encuentra con una condición de activación que suscita a la vez conducta agresiva y de apego. La forma en que el individuo concilia disposiciones o sistemas conductuales contradictorios cumplen un rol fundamental en el desarrollo de la identidad personal.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 4.

Conducta de la enfermedad.- "La conducta de la enfermedad, es el término empleado para describir las reacciones de un paciente frente a la experiencia de estar enfermo. Algunos describen determinados aspectos de la conducta en la enfermedad como un rol de enfermo. El *rol de enfermo* es el papel que la sociedad atribuye a una persona enferma por el hecho de estarlo. Las características del rol de enfermo incluyen factores como ser excusado de determinadas responsabilidades, así como la expectativa de que el enfermo quiera ser ayudado para mejorarse. Edward Suchman describe cinco estados o factores en la conducta de la enfermedad: 1) la *experiencia del síntoma*, en la que se decide que algo no marcha bien; 2) la *asunción del rol de enfermo*, en la que uno se da cuenta de que está enfermo y que necesita ayuda de un profesional; 3) el *contacto con los servicios médicos*, en la que se busca ayuda profesional; 4) el *papel paciente/dependiente*, en que se transfiere el control al médico y se sigue el tratamiento prescripto, y 5) la *recuperación o rehabilitación*, en que se abandona el rol de paciente (página 2).

La conducta en la enfermedad y el rol de enfermo son influenciados por la experiencia previa y por creencias culturales de la persona sobre la enfermedad. Debe considerarse la creencia cultural a la hora de la presentación de los síntomas y de la información acerca de éstos. La relación de la enfermedad con los procesos fluctúa en las enfermedades familiares; el status social y la identidad étnica también son importantes. Las actitudes personales y culturales acerca de la dependencia y el desamparo influyen en gran medida para que una persona solicite ayuda y en cómo la solicita, de igual modo que otros factores como el tipo de personalidad y el significado personal atribuido a la experiencia de estar enfermo. Por ejemplo, diferentes personas reaccionan de forma diversa a la enfermedad, dependiendo de su forma habitual de pensar, sentir y comportarse. Algunas personas tienen una experiencia de la enfermedad como pérdida irreparable, mientras que otras lo perciben como un reto al que hay que sobreponerse o como un castigo por algo por lo que se sienten culpables" (páginas 1-2).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Conducta molar.- Es la unidad de estudio de la psicología, que tiene cuatro características: unidad (cumple un ciclo motivacional), un objeto (que le imprime su dirección), intencionalidad (ir-hacia) y finalidad (búsqueda de equilibrio). La conducta molar mantiene el significado de toda la corriente de conducta de una persona, que es la manifestación de su personalidad. Este significado es único y particular pues la personalidad es también única y propia de cada uno.

Kauffman F y Eroles A (1973) La naturaleza de la psicología. Buenos Aires: Cátedra.

Según el psicoanálisis.- El psicoanálisis considera a la conducta desde diez puntos de vista distintos, que son los siguientes:

1. Empírico: el tema del psicoanálisis es la conducta. En psicoanálisis, la conducta está definida de manera amplia e incluye el sentimiento y el pensamiento tanto como la conducta manifiesta, la "normal" tanto como la "patológica", y las formas de conducta repetitivas tanto como las que tienen carácter único.

2. Gestáltico: la conducta es integrada e indivisible; los conceptos construidos para explicarla corresponden a diferencias en los componentes de la conducta y no de las formas de la conducta. O sea, no puede afirmarse que una conducta sea conducta del ello, del yo, o una conducta conciente, peor sí que cada forma de conducta tiene componentes concientes, del yo, del ello, de la realidad, del superyó, etc., o sea que las formas de conducta están sobredeterminadas (determinadas de manera múltiple).

3. Organísmico: ninguna conducta está aislada; toda conducta pertenece a la personalidad integral e indivisible. O sea que la explicación de toda conducta debe armonizar con la teoría de la actividad de la personalidad total.

4. Genético: toda conducta es parte de una serie genética y, a través de sus antecedentes, de las series temporales que promovieron la forma actual de la personalidad. O sea que la conducta surge como producto de un desarrollo regulado tanto por las leyes intrínsecas del organismo como por la experiencia acumulativa. Ejemplo: las reglas complementarias.

5. Topográfico: los determinantes fundamentales de las conductas son inconscientes. Esto lo aceptan todas las "psicologías", pero el psicoanálisis ahonda la cuestión conceptualizando explícitamente lo consciente y lo inconsciente, mostrando que inconsciente se manifiesta en lo consciente y puede ser conocido por esta vía, que lo inconsciente y lo consciente se rigen por distintas leyes (procesos primarios y secundarios respectivamente, etc.).

6. Dinámico: los determinantes últimos de toda conducta son los impulsos. Aquí se refiere a impulsos sexuales (entendiendo sexualidad en un sentido muy amplio). Los conceptos de fusión de impulsos, diferenciación del impulso en impulsos parciales, conflicto, etc., corresponden todos a este punto de vista dinámico e indican limitaciones de la concepción de la determinación última por el impulso; con el desarrollo de la psicología del yo el problema ya no fue saber qué impulso era el determinante último de una conducta, sino en qué sentido y hasta qué punto cada impulso de los varios que hay era el determinante de una conducta dada.

7. Económico: toda conducta psicológica consume energía psicológica y está regulada por ella. En el proceso primario la energía fluye libremente y los impulsos tienden a la descarga inmediata. En el

proceso secundario la descarga es demorada y dirigidas según defensas y controles que actúan como diques.

8. Estructural: toda conducta tiene determinantes estructurales. Este punto de vista reemplazó al topográfico (consciente-inconsciente), y considera al aparato psíquico como ello-yo-superyó. Los determinantes últimos de los impulsos fueron conceptualizados como ello. Los co-determinantes (conscientes o no) como yo, y superyó un sector especializado del yo. Estos determinantes estructurales son más permanentes que los determinantes motivacionales.

9. Adaptativo: toda conducta está determinada por la realidad. Se habla de la realidad externa (estímulos externos, incluyendo los del propio cuerpo) por oposición a realidad interna psicológica. La realidad era el principio en Freud el blanco de las defensas (la defensa estaba dirigida contra el recuerdo de un hecho real). Luego pasó a ser el objeto del impulso y el proceso secundario (los procesos secundarios del pensamiento tienden a reflejar "verdaderamente" la realidad). Más tarde Freud señala que las defensas contra los impulsos vienen a representar la realidad (principio de realidad). Por su parte Hartmann piensa que el organismo nace ya adaptado potencialmente a la realidad, y por último Erikson extiende esta noción diciendo que el organismo está potencialmente preadaptado pero no sólo a un medio esperable (como decía Hartmann) sino a toda una serie de desarrollos de tales ambientes.

10. Psico-social: toda conducta está determinada socialmente. Por ej. Freud consideró que al comienzo de la existencia, los objetos elegidos por los impulsos sexuales del bebé son anaclíticos (es decir se eligen en función de la autopreservación), y esto implica una primera relación social con el medio ambiente.

Rapaport David (1983) Estructura de la teoría psicoanalítica. Capítulo 2.

Conducta colectiva.- "Manera de pensar, sentir y actuar relativamente espontáneas y desestructuradas que surgen dentro de un grupo o población como consecuencia de la estimulación mutua de los participantes".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 617.

Conducta prosocial.- "Actos realizados en beneficio de otras personas; maneras de responder a éstas con simpatía, condolencia, cooperación, ayuda, rescate, confortamiento y entrega o generosidad"

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 617.

Conducta prosocial.- Se entiende por conducta prosocial toda conducta social positiva con o sin motivación altruista. Positiva significa que no daña, que no es agresiva. A su vez se entiende por motivación altruista el deseo de favorecer al otro con independencia del propio beneficio. Por el contrario, la motivación no altruista es aquella que espera o desea un beneficio propio además del, o por encima del, ajeno. Como se ve, la definición incluye un aspecto conductal (alude a conductas) y otro motivacional (alude a motivaciones).

Condensado de González Portal M, Conducta prosocial: evaluación e intervención. Capítulo 3.

Conducta prosocial y otras variables interpersonales.- Se han realizado una serie de investigaciones donde se relacionó la conducta prosocial y la antisocial con una serie de variables interpersonales, como por ejemplo sociabilidad, liderazgo, retraimiento social, agresividad, etc. Al respecto, se encontraron algunas correlaciones significativas mediante el análisis factorial. Por ejemplo, a mayor refuerzos o incentivos de ayuda en el ámbito familiar, mayor socialización del individuo. También, se comprobó que no había una relación significativa entre conducta prosocial y miedos, pero sí una alta correlación entre socialización y felicidad. Se vio también muy poca relación entre conducta prosocial y creencias irracionales o prejuicios.

Condensado de González Portal M, Conducta prosocial: evaluación e intervención. Capítulo 3.

La conducta prosocial como alternativa a la conducta antisocial.- En las dos últimas décadas se han buscado nuevas explicaciones acerca del fenómeno de la delincuencia, búsqueda motivada tanto por factores sociales (la sociedad demanda explicaciones satisfactorias y útiles) como por factores profesionales (los investigadores lograron avances en la comprensión del proceso individual de la socialización).

Aplicando la teoría de Bandura del aprendizaje social, es posible desarrollar habilidades prosociales como respuesta alternativa a la conducta agresiva. Este método para reemplazar la conducta agresiva por conductas prosociales se basa en tres técnicas. Primero, por el modelado la persona puede ver cómo otros se comportan en forma socialmente aceptable. Segundo, por la práctica reiterada esa persona practica dicha conducta reiteradamente y en forma guiada. Tercero, por la planificación del éxito, es decir que esa persona compruebe que comportarse de esa manera reditúa beneficios o éxitos. Aplicando tal esquema se obtuvieron buenos resultados no solo en delinquentes sino también en niños de comportamiento agresivo.

Las razones que justifican el empleo de métodos para obtener conductas prosociales son tres: a) La deshumanización que ha producido el desarrollo de las grandes ciudades, b) el desarrollo enorme de los medios de comunicación, que han hecho aumentar la difusión de información y casos límites, y c) un

paradójico aumento y reducción convergentes de la sensibilidad de la sociedad ante situaciones de emergencia y de necesidad experimentadas por otros.

Condensado de González Portal M, Conducta prosocial: evaluación e intervención. Capítulo 1.

CONDUCTISMO

Definición.- "Teoría psicológica que se ocupa principalmente de los estímulos que inciden en los órganos sensoriales de un organismo, y de las respuestas que dichos estímulos provocan"

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 617.

Generalidades.- "Corriente de la psicología que defiende el empleo de procedimientos estrictamente experimentales para estudiar el comportamiento observable (la conducta), considerando el entorno como un conjunto de estímulos-respuesta. El enfoque conductista en psicología tiene sus raíces en el asociacionismo de los filósofos ingleses, así como en la escuela de psicología estadounidense conocida como funcionalismo y en la teoría darwiniana de la evolución, ya que ambas corrientes hacían hincapié en una concepción del individuo como un organismo que se adapta al medio (o ambiente)".

"Conductismo" Enciclopedia Microsoft® Encarta® en línea 2001

<http://encarta.msn.es> © 1997-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Generalidades.- "El conductismo asume el punto de vista de que el comportamiento no puede ser explicado apelando de ningún modo a estructuras internas o procesos dentro del cerebro. En lugar de ello, los conductistas querían explicar el comportamiento humano en términos de las relaciones entre entradas (estímulos) y salidas (respuestas)".

Parkin, A.J. (1999) Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid: Panamericana, pág 2.

Generalidades.- "El conductismo tiene su origen en torno a la obra de John B. Watson. Este autor sostuvo que el único medio por el que la Psicología podía ser científica era estudiando la *conducta manifiesta*. Para predecir y explicar dicha conducta, basta con estudiar los *antecedentes y consecuentes*". León o y Montero I (1995) Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación. Madrid: McGraw-Hill, pág. 39.

Programa.- "El conductista pregunta: ¿por qué no hacer de lo que podemos observar el verdadero campo de la psicología? Limitémonos a lo observable, y formulemos leyes solo relativas a estas cosas. Ahora bien: ¿qué es lo que podemos observar? Podemos observar la conducta - Lo que el organismo hace o dice. Y apresurémonos a señalar que hablar es hacer, esto es, comportarse. El hablar explícito o con nosotros mismos (pensar) representa un tipo de conducta exactamente tan objetivo como el béisbol.

La regla o cartabón que el conductista jamás pierde de vista es: ¿puedo describir la conducta que veo, en términos de "estímulo y respuesta"? Entendemos por estímulo cualquier objeto externo o cualquier cambio en los tejidos mismos debido a la condición fisiológica del animal; tal como lo observamos cuando impedimos a un animal su actividad sexual, le privamos su alimento, no dejamos construir su nido. Entendemos por respuesta todo lo que el animal hace, como volverse hacia o en dirección opuesta a la luz, saltar al oír un sonido, o las actividades más altamente organizadas, por ejemplo: edificar un rascacielos, dibujar planos, tener familia, escribir libros, etc" (Watson J, 1985:5).

Watson J (1985) El conductismo. Buenos Aires: Paidós.

Generalidades.- Para Watson (1878-1958), el hombre es un ser casi completamente modelable por las influencias ambientales. De ello resulta la gran importancia que tiene la educación, que puede hacer de un hombre lo que uno desee que sea. El problema general de la psicología, según lo entiende un conductista, es cómo se puede llegar a predecir y regular la conducta a través de una serie de condicionamientos.

Evidentemente, esta era una formidable herramienta para construir una sociedad fundada en el capitalismo. Faltaban obreros, entonces se podían educar personas desde niños como tales; faltaban jefes y gerentes, entonces se podía llenar esa falta educando gente para tal fin. Al mismo tiempo, la imagen de hombre que daba el conductismo era perfectamente compatible con la concepción capitalista, es decir, el hombre como un engranaje de una maquinaria productiva que podía moldearse, repararse, y eventualmente reemplazarse.

Cazau P (2001) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Generalidades.- A partir de 1920 la psicología pasó a ser para el conductismo una psicología del aprendizaje. Recibe el conductismo la influencia de Pavlov y así, para Smith y Guthrie todo aprendizaje se basa en reflejos condicionados. Thorndike, con su teoría conexionista, también explicará así el aprendizaje, introduciendo el concepto de 'aprendizaje por ensayo y error'.

Watson (1878-1958) es la máxima figura del conductismo; para él la conducta se explica por cadenas de reflejos, los cuales generan hábitos. Sólo importa lo observable, y los llamados fenómenos internos con

son más que procesos fisiológicos. Sentimientos como el placer y el displacer no son más que la expresión de primitivos movimientos de acercamiento y huida, y el pensamiento es un fenómeno sensorio-motor que no se manifiesta al exterior.

Históricamente, en Watson podemos analizar su cosmovisión y su metodología. Desde su cosmovisión el hombre es poco más que un animal más especializado, y no existen cosas como el alma, que los diferenciaría de los animales. Su metodología es menos criticable pues dio a la psicología un sólido marco de referencia para observar y experimentar.

Hull (1884-1952) es el teórico del conductismo. Interesado primeramente en las técnicas psicométricas y la psicología clínica, intenta luego sistematizar lógicamente la teoría conductista: pasa de la investigación empírica a la formalización. Introduce el método hipotético deductivo en la psicología, haciendo de ésta una disciplina nomotética. Organiza la teoría en un sistema de definiciones, postulados y teoremas: busca definir con rigor los problemas a estudiar, luego propone postulados de un alto grado de abstracción, a partir de los cuales deducirá teoremas o hipótesis de segundo o tercer orden, las que se ponen a prueba experimentalmente.

Skinner (n. 1904) plantea un conductismo descriptivo: el psicólogo sólo debe constatar fenómenos y conexiones observables, sin inferir conexiones causales. Skinner distingue así dos tipos de conducta: la respondiente y la operante (o instrumental), definiendo ésta última muy vagamente como una conducta espontánea donde aparentemente no hay ningún estímulo discernible que la produzca. Sostiene además Skinner que toda conducta es siempre una reacción al medio, estando entonces su origen fuera del organismo.

Este planteo empírico riguroso lo lleva no sólo a crear la instrucción programada, sino también una máquina de enseñar que sustituye al docente. El programa de Skinner descansa sobre la idea de 'reforzador', esto es, un estímulo que influye decisivamente sobre la ocurrencia o no de una respuesta. Empleando los reforzadores adecuados (positivos o negativos) se pueden lograr conductas deseables y hacer desaparecer las indeseables.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

Generalidades.- El conductivismo, la más influyente de las escuelas norteamericanas, tiene dos aspectos: uno positivo llamado conductivismo metodológico o empírico, de carácter objetivo, que busca aplicar la psicología animal a los seres humanos. Otro negativo, llamado conductivismo metafísico o radical, critica los conceptos mentalistas de tipo metafísico y el método introspeccionista.

Tres son las tendencias principales de las que surgió el conductivismo: las tradiciones filosóficas del objetivismo psicológico, la psicología animal y el funcionalismo.

Las primeras tendencias hacia el objetivismo en psicología.- Los esfuerzos por objetivar la psicología son previos a Watson. El objetivismo busca datos objetivos -no subjetivos- por el camino de la observación directa -no por la introspección. Descartes y Le Mettrie, fueron los pioneros al respecto, al extender explicaciones mecanicistas a la mente. Luego Cabanis explicó lo psicológico a partir de funciones del organismo en su conjunto.

El positivismo de Comte destaca el valor del conocimiento positivo (lo indiscutible), el que no puede obtenerse por introspección. Así Comte negó la mente individual, pues sólo el conocimiento social es objetivamente observable.

Para Comte, el conocimiento humano sigue tres etapas: teológico, metafísico y por último el positivista. La psicología tradicional sería la última fase del pensamiento teológico.

Solo en dos sentidos Comte postulaba estudiar las funciones afectivas e intelectuales: postulando con precisión las condiciones orgánicas de las cuales dependen, y observar la secuencia de la conducta. Ambas cosas sentaron las bases del posterior conductismo. Seguidores de Comte fueron los, materialistas Cournot, Lewes y Maudsley.

La psicología animal.- La psicología animal surgió de la teoría evolucionista de Darwin. Se requería en efecto, una psicología animal para mostrar la continuidad entre el animal y el hombre. Por ejemplo, Darwin explicó que la conducta emocional del hombre es un remanente evolutivo de comportamientos de sus antecesores, los animales. Romanes escribió el primer libro de psicología comparada demostrando la continuidad animal-hombre, llegando incluso a adjudicar motivos humanos a la conducta animal mediante el método anecdótico basado en ejemplos de dudoso valor. Lloyd Morgan empleó métodos semiexperimentales más precisos, y postuló la necesidad de explicar la conducta a partir de facultades psíquicas inferiores, para contrarrestar el antropomorfismo de Romanes. Morgan intentó mostrar la continuidad de la inteligencia animal y la humana al referirse al aprendizaje por ensayo y error.

Loeb explicó a su vez la conducta animal mediante la idea de "tropismo", o respuesta forzada frente a un estímulo. Todos los animales inferiores tienen tropismos y muchas conductas superiores también lo son. Loeb abordó el problema de la conciencia, diciendo que la conciencia existía cuando había memoria asociativa, criterio bastante amplio, porque hasta los seres inferiores tienen este tipo de memoria.

Los biólogos Beer, Bethe y von Uexküll, propusieron reemplazar los términos psicológicos por otros más objetivos. Otros biólogos como Jennings y Driesch, criticaron el mecanismo y fueron más vitalistas (el ser vivo es irreducible a mecanismos físico-químicos). Yerkes, a pesar de usar el método conductista, se

interés por el estudio de la experiencia interna. Al mismo tiempo Small diseñaba el primer laberinto para ratas.

El funcionalismo norteamericano: 1910.- A pesar que McDougall vio en la psicología la ciencia positiva de la conducta, aceptó la conciencia y se interesó por la introspección. Meyer en cambio, es bien objetivista, anticipándose en esto a Watson. Al mismo tiempo se desarrollaba un objetivismo en Rusia con Pavlov y Bechterev, y en EEUU con Angell, fundador del funcionalismo, y fue quien sostuvo que la psicología debía empezar por ser funcional, paso previo para luego dar el paso decisivo hacia la objetividad. Reconoció más útil el término conducta que los términos "alma", "conciencia", etc.

El establecimiento del conductismo: J. B. Watson.- John B. Watson (1878-1958) estudió filosofía con Dewey y filosofía y neurología con Donaldson y Loeb. Su tesis doctoral fue sobre la conducta animal. Años más tarde funda el conductismo con un artículo titulado "La psicología tal como la ve el conductista" donde ve la psicología como una ciencia natural que busca la predicción y el control de la conducta, y donde critica el método introspeccionista y la noción de conciencia. Redujo las imágenes a respuestas verbales y los afectos a respuestas viscerales, reducciones que le valieron muchas críticas.

El conductivismo watsoniano: criterios sistemáticos.- Definición de la psicología: "ciencia natural que estudia la conducta humana, las acciones y verbalizaciones, tanto aprendidas como no aprendidas". Intenta predecir la respuesta a través del estímulo y viceversa.

Postulados: 1) La conducta se compone de elementos de respuesta, que pueden analizarse con métodos objetivos de la ciencia natural; 2) La conducta se reduce a secreciones glandulares y movimientos musculares, o sea, es reducible a procesos físico-químicos. 3) Determinismo causa-efecto de la conducta: toda conducta es causada por un estímulo; 4) La conciencia, noción pre-científica, no puede estudiarse científicamente.

Obviamente entonces los datos científicos son aquellos observables objetivamente, como secreciones glandulares y movimientos musculares.

Principios de conexión: Watson adoptó en un principio las leyes asociacionistas de frecuencia y recencia. Luego reconoció en el condicionamiento la base de todo aprendizaje: los hábitos más complejos serían combinaciones de reflejos simples, aunque continuó aferrado a la ley del ejercicio (frecuencia y recencia). Principios de selección: Watson habló de muchas tendencias que eran hereditarias y de su transformación casi inmediata por condicionamiento, en otras más complejas, adquiridas. La selectividad de la R y del E suficiente dependen solo de las conexiones E-R innatas y adquiridas, no siendo necesario recurrir a conceptos mentalistas.

Posición frente al problema mente-cuerpo.- El conductismo adoptó dos posturas frente a este problema: 1) epifenomenista: la conciencia es solo un epifenómeno, no tiene valor de causa y puede o no acompañar cambios corporales. Tampoco tiene valor a menos que se exprese en la conducta, se haga observable. 2) Monismo físico: solo existe el cuerpo y la mente no existe.

Mediante tres argumentos los conductistas criticaron la conciencia:

1) Lo que se pierde en la inconsciencia no es algo llamado conciencia, sino que se bloquean circuitos neurales y el sujeto no puede informar verbalmente sobre su estímulo. 2) La introspección no es examinar la conciencia, sino simplemente, informar acerca del estímulo recibido. 3) Puesto que existe el principio de conservación de la energía, la energía física solo puede transformarse en física, no en mental pura, pues esto implicaría "crear energía", y ésta solo se transforma.

El conductismo se opuso a las doctrinas interaccionistas (mente interacciona con el cuerpo), paralelistas (ambas son independientes) y ocasionalistas (una fuerza exterior, como Dios regula las relaciones mente-cuerpo).

El programa experimental de Watson.- Inicialmente Watson experimentó con animales, pero luego estudió el condicionamiento de respuestas emocionales en los niños. Estudió el comportamiento de muchos niños en sus primeros 30 días de vida, tratando de buscar sus conductas innatas, y encontró por ejemplo, que el miedo no era una respuesta innata, salvo que el estímulo fuese un sonido fuerte o pérdida súbita de apoyo. El miedo, junto con la cólera (producida por impedimentos al movimiento corporal) y el amor (producido por caricias y acto de mecer) eran tres reacciones innatas únicas, o sea que el bebé tiene muy poca variedad de respuestas emocionales al nacer. Vio luego que a medida que crece, el sujeto adquiere nuevas respuestas emocionales y pierde otras (explicando esto por condicionamiento y por descondicionamiento, respectivamente). A un niño se puede condicionar a tener miedo frente a estímulos neutros, y a no tener miedo frente a estímulos considerados peligrosos por el sujeto.

Caracteres secundarios del conductismo watsoniano.- Las siguientes características son secundarias pues no es necesario aceptarlas para ser un "buen" conductista.

Lenguaje y pensamiento: Al comienzo el bebé dice sílabas aisladas, probablemente estimuladas fisiológicamente; luego, por respuesta circular condicionada, el niño dice sílabas porque las escucha de su madre: imitación. Y luego asocia el sonido con estímulos que ve (una muñeca, por ejemplo). La evolución ulterior del lenguaje es solo un refinamiento de éste proceso ya descrito, y se explica por conexiones y reconexiones cerebrales sin necesidad de recurrir a sucesos puramente mentales.

Estas conclusiones Watson las extendió al pensamiento, que no es más que una conducta encubierta o implícita, pues son movimientos musculares o secreciones glandulares que no se pueden apreciar con los sentidos.

Cuando el lenguaje se hace "silencioso", por presión del medio, se transforma en pensamiento. Como dijo un humorista: "usando su tráquea para pensar, Watson decidió que no tenía mente". En conductismo entendió siempre el pensamiento como una actividad meramente fisiológica.

El ambiente: Al principio Watson dio importancia a lo heredado, pero luego al ambiente como determinante de la conducta humana adulta. Distintos ambientes producen personas diferentes.

Determinismo y responsabilidad personal: Los actos, aun los voluntarios, están físicamente determinados. Para Watson por tanto, el hombre no es responsable de sus acciones (aunque admite el castigo solo como forma de control social), y por tanto, en vez de castigarlo, debiera ser reeducado por condicionamiento.

Otros conductistas importantes.- Para Weiss, la psicología era rama de la física pues la conducta se reduce a procesos físico-químicos, a energía y a fuerzas. Por ejemplo la conducta voluntaria (poder elegir) se debe a la existencia de dos canales cerebrales y don el estímulo elige uno de ellos.

Holt intentó integrar lo esencial del conductivismo con las doctrinas psicoanalíticas dinámicas. Hunter por su parte, desarrolló métodos de laboratorio para estudiar el aprendizaje animal sobre bases conductistas.

Lashley estudió sobre todo las localizaciones cerebrales mediante extirpación cerebral en ratas. Esto lo llevó a pasar del esquema E-R a la teoría del campo de Lewin, pero en lo fundamental siguió adherido al conductismo.

F.H. Allport estudió sobre todo el desarrollo del lenguaje en el marco de una psicología social de base conductista. Kuo por su parte, fue más ambientalista todavía que Watson: los instintos dependen también de influencias ambientales y no son pura herencia. Criticó el concepto de condicionamiento: los cambios de conducta se deben más bien a una continuidad de esta última.

Conductistas contemporáneos.- Tolman, Guthrie, Hull y Skinner son cuatro hijos importantes en el desarrollo del conductivismo desde Watson hasta la actualidad. Otros autores, que trabajaron sobre todo en fisiología, fueron: Graham, Garner, Hebb y Davis.

El conductismo watsoniano: críticas y réplicas.- Conductismo metodológico: Woodworth criticó el método objetivo de Watson diciendo que dejaba de lado muchos problemas importantes sobre la percepción, y que el "informe verbal" del sujeto no era suficiente.

McDougall criticó también la exactitud del informe verbal y también su significación (como en el análisis de los sueños); el enfoque objetivo tampoco era útil para estudiar relaciones funcionales de las experiencias concientes (por ejemplo, su dependencia de factores externos o corporales). Watson replicó a éstos que el dato era la conducta, no la conciencia: ésta es solo una herramienta para estudiar ciertas cosas, pero el objeto de estudio en sí de la psicología.

Otra crítica fue que Watson, al traducir conceptos mentalistas a fisiológicos, en realidad no explicaba nada nuevo sobre los primeros. También se le criticó que introdujo implícitamente aspectos no observables de la conducta, no preocupándose por probar su existencia.

Criticó Tolman a Watson el no haber dado importancia a la conducta molar (o sea como fenómeno emergente e irreducible a la suma de sus partes). Tolman encuentra en la conducta manifiesta una intencionalidad que Watson no aceptaba. La intención es para Tolman cierta influencia de la conducta sobre el ambiente. Si bien Watson habló de "intención", no lo empleó como concepto explicativo de la conducta, por ser inobservable.

Conductismo metafísico: Angell criticó al conductismo su negación radical de la mente, que es algo de lo cual puede estar seguro tanto el sabio como el tonto. Por su parte Heidebreder critica al conductismo que éste use términos como "pensamiento" y "emoción" sin explicar de donde los saca, pues una persona no conoce su emoción porque se ve sonrojar frente a un espejo. Para Bergmann, por último el error de Watson fue pensar que para probar que no hay mentes interactuantes -lo cual es cierto para Bergmann-arguyó que "no había mentes", lo cual es falso.

Críticas sobre las características secundarias del conductismo: Estas críticas se centraron sobre todo en el determinismo de la conducta y la ausencia de responsabilidad personal. Recordar aquí que determinismo no equivale a mecanismo: hay posturas deterministas, no mecanistas.

El conductista dice que el hecho que el electrón sea "libre" para seguir tal o cual trayectoria (así entiende el conductismo el principio físico de indeterminación de Heisenberg), no quiere decir que esto pueda trasladarse a la psicología. A Watson se le criticó el hecho de que se contradecía, cuando por un lado dice que no hay libre albedrío, y al mismo tiempo, por el otro dice que se puede influir en las personas, para que obren de tal o cual manera.

También se criticó a Watson su excesivo ambientalismo, y su esquema explicativo de E-R, demasiado amplio pues permite explicar cualquier resultado, cualquiera que fuese éste.

La atracción del conductismo.- El conductismo fue muy bien recibido, no obstante, pues permitía ampliar el estudio de la conducta humana fuera de los estrechos límites del introspeccionismo. El operacionalismo de la física y el positivismo lógico, impulsaron aun más el conductismo, pues ellos resaltan la importancia de los datos observables.

El éxito del conductismo se debió también a la personalidad de Wstson, a la fácil comprensión de su doctrina y a la adecuación de ésta a la idiosincrasia norteamericana: la afirmación de Watson según la cual él podía hacer de un niño sano lo que se propusiese, respaldaba la idea del sueño norteamericano que cualquiera podía ser presidente alguna vez.

La contribución de Watson a la psicología.- Primeramente contribuyó a fomentar un estudio objetivo de la conducta, es decir, el aporte fue fundamentalmente metodológico; pero el conductismo metafísico contribuyó a mostrar que el problema mente-cuerpo era infructuoso, científicamente inabordable. Watson contribuyó a que los investigadores actuales eliminaran ese problema.

No fueron muy importantes sus contribuciones en cuanto a nuevas técnicas o nuevas teorías sustantivas. Muchas de sus ideas fueron solamente revisiones de ideas anteriores. Para Bergmann, la contribución importante de Watson fue su afirmación que no hay mentes interactuantes (tanto con el cuerpo como con otras mentes). La importancia de Watson radica en haber dicho que la única interacción entre las mentes se da por medio de acontecimientos físicos como palabras, por ejemplo. Intentaba desterrar las mentes místicas.

Propiedades dimensionales del conductismo.- Las más destacadas fueron, en orden, las siguientes: el objetivismo del contenido, el objetivismo metodológico, y el determinismo.

Condensado de Marx M y Hillix W (1985) Sistemas y teorías psicológicos contemporáneos. México: Paidós, 3ª edición.

CONFIANZA

Definición.- "Creencia que una persona deposita en la integridad de otra".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 617.

Definición.- "Actitud de tranquilidad derivada del convencimiento que se posee de que algo o alguien, o incluso uno mismo, se comportará o funcionará como se espera. / *Confianza, exceso de*, tendencia a sobrestimar la exactitud de los conocimientos y juicios propios. En muchas ocasiones se produce como una combinación entre la ansiedad por confirmar las experiencias que se tienen y la facilidad con que se justifican los fracasos. / *Confianza fundamental*, sensación de que el mundo es previsible y fidedigno. Se establece durante la infancia mediante experiencias adecuadas con personas sensibles que cuidan al pequeño. Los niños sometidos a una intervención temprana positiva poseen una actitud vital de confianza más que de miedo".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

CONFLICTO

Definición.- Oposición entre fuerzas aparente o evidentemente incompatibles. Puede haber un conflicto interno o psicológico entre impulsos instintivos (libidinales y agresivos, por ejemplo) o entre estructuras (yo y ello, por ejemplo). La idea de que todo conflicto psicológico es neurótico no forma parte de la teoría psicoanalítica; los conflictos son neuróticos sólo si una parte es inconciente y/o son resueltos por el uso de defensas, salvo la sublimación.

Rycroft Ch., Diccionario de psicoanálisis, Buenos Aires, Paidós, 1976, pág. 41.

Definición.- "Forma de interacción en que las personas (individual o grupalmente) se perciben a sí mismas como envueltas en una lucha por los recursos o valores sociales escasos".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 617.

Definición.- 1. Concepto utilizado extensivamente en psiquiatría, que tomaba su significado psicodinámico más exhaustivo del campo del Psicoanálisis 2. (psa.) Cuando un instinto abandona su fuente original y se dirige al medio, se encuentra con el escrutinio crítico de varias fuerzas diferentes, cada una de las cuales exige que el instinto se conforme a ciertos requerimientos antes de que pueda dar el próximo paso hacia delante. El instinto no quiere sufrir ninguna modificación; no quiere sufrir restricción alguna. Opone las exigencias de las fuerzas sucesivas que encuentra, a saber, el Superyó, el Yo, el Yo ideal y la realidad. En consecuencia, hay un conflicto que lleva a uno de muchos resultados, como represión, simbolización, etc. "Desde el principio mismo nuestro punto de vista era que los hombres caían enfermos debido al conflicto entre las exigencias de sus instintos y la resistencia interna que se coloca contra ellos". (Freud). "Una solución al conflicto entre las fuerzas reprimidas y las reprimidas puede alcanzarse,, sin embargo, en cuanto la energía de la última diverja hacia otros objetivos, del mismo modo que la conservación y transformación de energía tiene lugar en el mundo físico" (Jones. "Él (Freud) demostró que tales conflictos no siempre, ni generalmente, pelean a puñetazos por una salida decisiva; sino que más bien una de las fuerzas contenedoras, alguna fuerza instintiva especializada hacia cierto objetivo, es apta para suprimirse o reprimirse, pero sopor ello se la priva de su poder". (W. MacDougall, *Autine of Abnormal Psychology*, 1962).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Estado del individuo frente a motivos fuertes no satisfechos.

Condensado de Mc Keachie W y Lackner Doyle C (1973) Psicología. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano. Capítulo 11.

Teoría freudiana del conflicto.- Freud conceptualizó la personalidad como dividida en tres sistemas: ello, yo y superyó. El ello busca satisfacer impulsos, o sea, se ruge por el principio del placer, pero al no estar preparado para adaptarse al ambiente, el yo cumple esa función percibiendo la realidad externa y planea la satisfacción del impulso: se diferencia a partir de ello y se rige por el principio de realidad. Posteriormente se constituye el Superyó, que tiene dos sub-sistemas: la conciencia y el yo ideal. La conciencia son todas las prohibiciones morales internalizadas que penalizan los impulsos sexuales y agresivos. Si la prohibición se viola, aparece el sentimiento de culpa, un castigo fomentado por el superyó. El yo ideal corresponde a lo que es moralmente bueno, y resulta de internalizar ideales y expectativas de los propios padres. Si la persona no se conduce según su ideal del yo, se sentirá mala y falta de autoestima (no culpable). El ideal del yo puede también exigir la supresión de impulsos del ello, como ocurre con la conciencia.

El yo es la instancia que debe sopesar las exigencias y prohibiciones de los distintos sub-sistemas y buscar una solución. Cuando el yo no es capaz de controlar los otros sub-sistemas, aparece el sentimiento de ansiedad como señal de alerta. Y para defenderse de esta ansiedad el yo adoptará ciertos mecanismos de defensa.

De acuerdo a la clasificación del principio, los conflictos entre sub-sistemas son intrapersonales: el conflicto superyó-ello y ello-yo son por deficiencia de la personalidad (del yo) para solucionar conflictos.

Freud podría también haber llamado barreras sociales y situacionales a las barreras entre yo y ello o entre yo y superyó, pues el yo percibe que el ambiente no puede satisfacer las demandas del ello impulsivo y del elevado superyó.

Condensado de Mc Keachie W y Lackner Doyle C (1973) Psicología. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano. Capítulo 11.

Generalidades.- Es una forma de interacción donde las personas o los grupos se perciben a sí mismos como envueltos en una lucha por los valores sociales escasos. Las personas en conflicto se sienten con objetivos o fines distintos, y cada uno es para el otro como una amenaza que debe neutralizarse. Hay muchas ideas sobre el conflicto: unos piensan que su ausencia es condición para el bienestar, y otros que su presencia es condición para el progreso (por ejemplo Hegel y Marx). En el conflicto encontramos intereses en pugna y valores en pugna.

Intereses en pugna.- Es cuando los individuos o grupos desean el mismo recurso escaso, como por ejemplo la comida. Hay también recursos no biológicos como el status. Lograr status (honor y mérito que creemos tener ante los demás) es también fuente de conflictos entre las personas.

Valores en pugna.- El valor es un principio ético con el cual las personas sienten un gran compromiso emocional, y que usan al juzgar las conductas. El valor hace que veamos las conductas como buenas o malas, meritorias o deplorables, etc. Los conflictos pueden surgir cuando cada persona o grupo pretende imponer sus propios valores frente a otras personas o grupos con distintos valores.

A veces, los valores sociales son fruto de una pugna de intereses, como ocurre en los conflictos de clase o raciales, donde la idea de superioridad sirve para justificar la opresión del otro.

Modelos de conflicto.- Desde la psicología social se plantean tres modelos de conflicto: 1) Modelo del agresor y agredido: uno de los bandos concibe al otro como el 'agresor' (por ejemplo en las guerras). Esto es unilateral, porque tiende a descargar toda la culpa en los otros. 2) Modelo de la espiral del conflicto: dice que todo conflicto genera un nuevo conflicto, o sea cada bando aumenta el conflicto originado en el otro bando, y así sucesivamente. Una crítica que puede hacerse es que no toda acción genera una reacción, o bien un tercer bando puede aparecer como moderador. 3) Modelo del cambio estructural: sostiene que ciertos cambios (en los valores, creencias, actitudes) producidos en un grupo pueden perpetuar el conflicto. Tales conflictos producen a su vez cambios, que podrán ayudar a perpetuar nuevos conflictos. Una crítica: algunas sociedades son flexibles, y luego del conflicto pueden retornar a ser como eran antes.

Intensidad del conflicto.- Ciertos factores pueden disminuir la intensidad del conflicto, como por ejemplo adhesiones comunes (dos bandos que comparten lealtades tienen conflictos menos intensos), identificaciones cruzadas (los grupos son contrincantes en un terreno pero aliados en otro), terceros bandos que moderan el conflicto, lazos cooperativos (el conflicto cede si afecta una tarea útil en común) y costos (hay conflictos que no vale la pena el esfuerzo de mantenerlos).

Coaliciones.- Si el conflicto se da entre tres o más personas o grupos, suelen surgir coaliciones entre algunos de ellos para oponerse a los otros. Las coaliciones son importantes en las relaciones familiares, empresariales e internacionales. Algunas teorías dicen que las coaliciones se forman por negociación, donde cada bando buscará su ventaja, aunque hay otras teorías, como la de los recursos mínimos, la del poder de decisión, y la de la probabilidad ponderada.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós.

Generalidades.- No se puede vivir sin conflictos. Desde el nacimiento vivimos situaciones conflictivas, todas ellas relacionadas con una sintomatología: la angustia. Hay una angustia señal, que nos previene de posibles amenazas, una angustia automática, resultante de comprobar una amenaza real externa, una angustia neurótica, derivada de la represión pulsional, y una angustia psicótica derivada de un mundo interno poblado de fantasmas destructivos.

Los conflictos pueden nacer de fijaciones en el proceso de desarrollo, de una lucha entre el sí-mismo y el mundo externo, mundo que puede ser la familia o la sociedad en su conjunto.

Hay también conflictos entre instancias dentro del aparato psíquico, que el yo buscará resolver (conflictos intrapsíquicos). Los síntomas que expresan el conflicto pueden ser somáticos o psíquicos, aunque en realidad son siempre psicossomáticos por estar involucrados mente y cuerpo.

Condensado de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 3.

Según el psicoanálisis.- Hubo un tiempo en que el conflicto era universalmente reconocido como el foco característico del psicoanálisis, cuya mejor expresión es probablemente la sucinta definición de E. Kris (1947) del objeto del análisis como "la conducta humana considerada como conflicto". Esto ya no es así.

Casi todas las escuelas psicoanalíticas contemporáneas se refieren al conflicto, pero nunca del mismo modo. Algunos analistas, incluyendo algunos psicólogos del self, se centran principalmente en los defectos, los déficit y las disociaciones –o "escisiones verticales" (Kohut, 1971)- considerando al conflicto como un logro evolutivo posterior y, en ciertos casos, un foco posterior para el análisis.

Algunos analistas, incluyendo algunos europeos, trabajan con una concepción tópica del conflicto entre una actividad represora y las ideas o afectos que esa actividad relega a un inconsciente aislado. Algunos analistas, incluyendo algunos relacionales, se centran en organizaciones conflictivas del self. Otros, incluyendo los analistas kleinianos, se centran en el conflicto con los objetos internos. En cada uno de estos ejemplos, la localización del conflicto que se examina y los componentes del conflicto son diferentes. No existe un acuerdo sobre qué está en conflicto con qué.

Smith H, Concepciones del conflicto en la teoría y la práctica psicoanalíticas. Aperturas psicoanalíticas. 2003 NOV;(15).

Conflicto neurótico.- Conflictos neuróticos son los que se establecen entre las instancias del aparato psíquico, y son unidades simples. Se originan en la búsqueda de gratificaciones instintivas y las exigencias internalizadas (precursores del superyo). Debe distinguirse el *conflicto neurótico* de la *neurosis* propiamente dicha, que es una organización mucho más compleja y que aparece en una fase muy ulterior del desarrollo del niño. Por ejemplo, una neurosis puede incluir varios conflictos neuróticos.

También deben distinguirse los conflictos neuróticos de otros tipos de conflictos, que se dan no entre instancias sino entre el niño y el mundo exterior.

Estos últimos pueden ser de dos tipos: *interferencias (o trastornos) del desarrollo*, y *conflictos del desarrollo*.

Con frecuencia los conflictos neuróticos son secuelas de conflictos de desarrollo anteriores. Normalmente desaparecen cuando se pasa a la fase siguiente, pues hay una redistribución de la energía. Cuando esto ocurre hablamos de un conflicto de *desarrollo neurótico transitorio*, pero cuando no fue adecuadamente resuelto en el momento oportuno hablaremos de *conflicto neurótico permanente*.

Los conflictos neuróticos pueden aparecer el cualquier momento de la infancia. A partir de allí algunos pueden mantenerse activos y pasar a integrar una neurosis infantil y posteriormente a una neurosis adolescente o adulta.

Condensado de Nagera Humberto (1989) Neurosis infantil. Problemas de desarrollo. Buenos Aires: Hormé.

Conflicto psíquico según Knobel.- Desde el nacimiento vivimos situaciones conflictivas, estando todas ellas relacionadas con una sintomatología ya conocida: la angustia.

Existe, desde luego, una 'angustia señal', que nos previene de las posibles amenazas, imaginarias o reales, exteriores; una 'angustia automática', producto de una comprobación inmediata de una amenaza accidental y real externa; una 'angustia neurótica', producto de una incesante represión de pulsiones, ya sea por impedimento del mundo exterior o por prohibiciones del mundo interior, y también una 'angustia psicótica', resultado de un mundo interno poblado de fantasmas destructivos que impiden la percepción de la existencia del principio de realidad y las posibilidades que ofrece el principio del placer.

Los conflictos pueden originarse en fijaciones en el proceso de desarrollo que impiden las necesarias discriminaciones evolutivas; pueden ser el producto de la lucha entre el sí-mismo y el mundo exterior, que en su micro-realidad de una familia conflictiva y conflictuante, o en su macro-realidad de una sociedad injusta, violenta, represora y frustrante, nos obligan a enfrentar esa angustia real con mayor o menor éxito (lo que es improbable), o a estructuraciones patológicas que permiten un penoso sobrevivir, o bien pueden aparecer por enfrentamientos intrapsíquicos que, al reestructurar el aparato mental, conducen a estructuraciones psicopatológicas diversas, como las neurosis, las caracteropatías y hasta las psicosis.

Los síntomas pueden ser psíquicos o somáticos. Consideramos que siempre son psicossomáticos, ya que toda perturbación anímica va acompañada de manifestaciones orgánicas, y, fundamentalmente, de

dificultades libidinales, en las cuales aparece la dificultad o la incapacidad para obtener el placer al que naturalmente tenemos derecho.

Eidemberg (1968) señala que hablando metapsicológicamente, o sea desde el punto de vista dinámico, estructural, económico y sistémico, toda combinación de conflictos es posible. Así, habría conflictos entre diversas instancias del aparato psíquico, entre sus cualidades (conciente e inconciente), entre lo pulsional y lo real, entre el narcisismo y las posibilidades del mundo exterior, etc. Podrían estructurarse entonces cuadros psicopatológicos como las neurosis, o situaciones angustiosas más o menos estables o transitorias, o bien desajustes temporarios.

Podemos decir, con Fedita (1979), que el conflicto tiene el valor de lo que se vivió en la forma sintomática y que se caracteriza por una sensación de dificultad interna, de tensión o de angustia, que conducirá a un sentimiento de culpa.

Resumen de Knobel Mauricio, Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 3: Conflicto psíquico.

CONGÉNITO / HEREDITARIO

Generalidades.- “Lo *hereditario* es lo transmitido por las células sexuales y lo *congénito* es lo que está presente en el momento del nacimiento. Existen anomalías heredadas por transmisión genética y anomalías congénitas que se manifiestan en el momento del nacimiento. No todas las anomalías congénitas son de transmisión genética, y no todas las alteraciones heredadas se manifiestan en el momento del nacimiento. Las lesiones que padece el feto por una rubeola materna son alteraciones congénitas no hereditarias. La corea de Huntington es una afección hereditaria que no se presenta hasta mucho después del nacimiento. Entre las alteraciones congénitas las hay de origen ambiental como la rubéola, de origen genético como las mutaciones genéticas y las alteraciones cromosómicas, y de origen mixto, en las que pueden jugar un papel ambos factores” (págs. 12-13).

Monedero C (1982) Psicopatología evolutiva. Barcelona: Labor Universitaria.

CONGRUENCIA

Según Rogers.- Congruencia es uno de los elementos esenciales que aporta el profesional asistencial a la relación con el cliente, y significa que los sentimientos experimentados por el asesor son accesibles para él y a su conciencia, que es capaz de vivirlos, de consustanciarse con ellos en la relación con otro individuo, de comunicarlos si fuese oportuno; significa que el asesor entra en un encuentro personal directo con su cliente, un encuentro de persona a persona; significa que es él mismo, que no niega su personalidad. Cuanto más capaz sea el terapeuta de escuchar sin rechazo lo que ocurre dentro de sí, cuanto más capaz sea de *vivir* sin temor la complejidad de sus sentimientos, tanto mayor será su congruencia. Si se ve invadido por sentimientos negativos, es preferible no actuar simulando interés o simpatía: ha de ser auténtico.

Rogers C, La relación interpersonal: núcleo de la orientación. Incluido en Rogers C, Stevens B y otros, “Persona a persona”. Buenos Aires: Amorrortu, pág. 93.

Según Rogers.- “Existe un estado de congruencia cuando las experiencias simbolizadas de una persona reflejan todas las experiencias reales del organismo. Cuando estas vivencias simbolizadas no representan todas las reales, o si son negadas o distorsionadas, hay una falta de correspondencia entre el yo como es percibido y el yo real. En tal situación hay incongruencia y una posible desadaptación... Cuando el autoconcepto es congruente con las experiencias del organismo, la persona está libre de la tensión interna y adaptada desde el punto de vista psicológico”.

Rogers da un ejemplo: una madre se auconceptuaba como buena y amorosa. No puede reconocer su actitud rechazante hacia el hijo porque no coincide con su autoimagen. Pero tal actitud existe y busca expresarse con agresión, pero se expresa mediante canales consistentes con su autoimagen de madre buena, y entonces percibirá mucha conducta mala en el niño para expresar sus actitudes negativas, ya que es de ‘buena madre’ comportarse agresivamente con su hijo cuando este es malo.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 332-333.

CONOCIMIENTO

Enfoque psicoanalítico.- Aunque el psicoanálisis no es una teoría del aprendizaje, puede aportar ideas sobre la evolución normal y patológica del aprendizaje y sobre el problema del conocimiento.

El inconciente es una instancia que está en relación de conflicto o de alianza con el sistema preconciente-conciente, que es donde se define lo relativo al conocimiento. Sobre este modelo desarrolla Bleichmar algunas ideas.

El psicoanálisis nace indagando lo patológico, pero luego termina explicando el funcionamiento psíquico normal, concretamente, a partir de la forma en que el inconciente entra en la estructuración psíquica.

La cría humana se constituye como sujeto en el marco de relaciones con el semejante, que son de amor y odio, de sexualización y de instalación de representaciones de base. El niño es lanzado prematuramente

a un mundo sexual y simbólico: está prematurado por el otro antes de tener una estructura simbólica para responder a lo que el otro le demanda. El niño está indefenso, por lo que la relación con el otro es asimétrica.

El niño parasita biológicamente a la madre, pero esta lo parasita simbólicamente y sexualmente, pues desde ella se instalan los primeros sistemas representacionales o improntas. Frente a ello el "¿Qué quiere de mí?" del niño abre su curiosidad intelectual, que continúa luego con el enigma de las diferencias sexuales.

Considero aquí la representación en sentido amplio, como imagen mental que se constituye en ausencia del objeto. Como tal, lo representacional no es innato ni surge porque sí, sino que es el efecto de una complejización creciente del aparato psíquico tendiente a encontrar vías de salida y de ligazón a una cantidad de energía que ingresa al psiquismo precoz, sometiénolo a gran esfuerzo.

Así se constituye lo inconciente, algo no definido biológica ni instintivamente; y en el mejor de los casos se constituye como reprimido, generándose a partir de un fondo de representaciones cargadas libidinalmente. El otro es condición necesaria para esto.

El inconciente no conoce nada, es un existente real pero es a partir de él que luego se constituirá el conocimiento en el Yo, que mantiene vínculos con el inconciente y con lo real externo al mismo tiempo. El inconciente no conoce y tampoco recuerda. El Yo es quien tiene memoria: en el inconciente sólo hay huellas mnémicas (son como fotos viejas que el Yo puede o no recordar).

El conocimiento es la resultante de interacciones dentro del aparato psíquico y de este con la realidad exterior. Recibe información de afuera, el aparato la organiza y recompone, y la devuelve hacia afuera.

A nivel puramente biológico hay una relación de inmediatez con el objeto. El bebé satisface su necesidad con el objeto leche, pero esta 'relación' no garantiza una relación sujeto-objeto a nivel psíquico (no biológico). Para esto se requiere de un semejante que, al dar leche, genera una representación de distinto orden, una vivencia de satisfacción ligada no a la simple satisfacción del hambre sino vinculada con lo libidinal, lo amoroso. Tales representaciones de lo vivenciado sirven para ligar la energía, y por ello el pensamiento tiene para el psicoanálisis, en un comienzo, un carácter alucinatorio.

Los primeros modos de representación quedan fijados al inconciente y se cierran sobre sí mismos. Sin embargo, tales circuitos se abrirán porque el pensamiento pasa de un modo alucinatorio a un pensamiento capaz de reconocer el objeto externo, y hasta aún capaz de apropiarse de él.

Para que este pasaje ocurra, es preciso que se establezca una relación entre lo inscripto como huella y el objeto a reconocer. Este objeto no puede ser ni totalmente idéntico a la huella (pues no habría trabajo psíquico, ni crecimiento del aparato, ni posibilidad de conocimiento), ni totalmente diferente (pues no despertaría interés). En los marasmos, los niños hospitalizados abandonan todo vínculo hacia el exterior porque el objeto no tiene nada en común con los objetos inscriptos como representaciones.

El sujeto, ya desde los orígenes del pensamiento, intenta reencontrar algo de lo ya conocido, produciéndose apropiaciones por extensión. Esto ocurre el resto de la vida. Por ejemplo, la teoría de la información dice que no podemos recibir más del 40% de información totalmente nueva, pues sería imposible entramarla con nada previo.

Estos objetos a reencontrar no son estrictamente objetos de la necesidad biológica. Un niño de ocho meses que busca su chupete no intenta encontrar un objeto de satisfacción a una necesidad biológica, sino reencontrar una huella placentera ante la tensión del sueño o el hambre. La perentoriedad de la vida no se anula, pero se posterga.

Las anorexias donde el sujeto se deja morir por no ingerir muestran que la vida representacional puede entrar en conflicto con los intereses vitales, así como el niño puede empezar a comer por amor al otro. Hay una reinscripción de lo biológico en el contexto de lo intersubjetivo, donde entre el sujeto y el objeto externo no hay inmediatez sino que se interpone o media algo real (la madre) o imaginario (las representaciones).

El proceso de conocimiento sólo se hace haciendo una transferencia, sea sobre un objeto real exterior (un libro), sea sobre un campo que se está invistiendo (un tema): las elecciones profesionales se producen por o contra residuos de inscripciones.

Quedó dicho que el inconciente no conoce, por cuanto se rige por la ley de la identidad de percepción: tiende al reencuentro de lo idéntico (alucinación donde no distingue lo que el real de lo que es imaginario). Además, lo inconciente no tiene temporalidad, no tiene negación ni se rige por el principio de contradicción (en un sueño, una casa puede ser un barco). En el conocimiento, al revés, encontramos la lógica del proceso secundario, y para pasar a la lógica dialéctica hay que pasar por la lógica formal. Esto es patrimonio del Yo o del preconciente.

Este Yo no es una mera diferenciación del aparato psíquico sino una representación de sí mismo que permite la autodenominación. Debe haber un lugar desde donde el sujeto se reconozca como idéntico a sí mismo y se posicione frente al otro y frente al mundo. El Yo ubica al sujeto en un espacio que separa al otro de mí, para luego ser aquello que me separa a mí del otro. Por ello el espacio se constituye en un primer momento como invertido, y a partir del descentramiento del semejante se constituye por una apropiación del sí-mismo en algún lugar. Una falla en la constitución del espacio no es una falla parcial, sino un trastorno general del sujeto. En la psicosis simbiótica los lugares del niño y la madre están

confundidos, por eso la madre debe ponerse frente a él y decirle "esta es mi derecha pero esta es tu izquierda", para que ella misma comience a descentrarse respecto del hijo.

Con respecto al tiempo, la temporalidad guarda relación con poder constituir la presencia-ausencia de un objeto (al principio, de la madre, y luego por ejemplo de la luminosidad noche-día), con poder ubicarse en una serie temporal.

Los objetos del mundo cobran interés desde desprendimientos iniciales pero son siempre metonimias, o sea diferenciaciones progresivas, prolongaciones, desprendimientos de los objetos originarios. Algunos pensadores hablan de los paradigmas indiciáticos, o campos de conocimiento contruidos en base a indicios (como por ejemplo Sherlock Holmes, que arma una teoría a partir de indicios).

El psicoanálisis considera también estos paradigmas indiciáticos: el niño construye teorías en base a indicios para resolver enigmas: qué quiere mi madre de mí, por qué hay dos sexos, quién es este señor llamado papá, por qué unos tienen pito y otros no (lo perdieron?), podré perderlo (en el niño), podré recuperarlo (en la niña), etc.

El conocer se establece como un proceso de alejamiento de estos objetos de base. Sólo el hombre teoriza, teoriza sobre sí mismo y el mundo buscando la verdad: por qué no me ama más, por qué me ama, por qué mis padres me tuvieron, por qué se separaron, etc.

Todo lo dicho puede resumirse en cinco premisas:

1) Para que haya conocimiento debe haber un sujeto cognoscente, el cual no está dado de entrada: debe haber un aparato psíquico funcionando y diferenciado en partes: lo inconciente y el Yo. 2) Tal aparato se constituye como efecto de las primeras relaciones -asimétricas- con el semejante, que dotan al aparato de huellas cargadas con energía cuyo destino será el de estar reprimidas, y que son las reservas del aparato. 3) Si no se constituye lo inconciente reprimido, el niño quedará a merced de constantes y masivas invasiones (proceso primario) que no le permiten desarrollar procesos de conocimiento. Es el caso de niños hiperkinéticos o de atención dispersa, etc. 4) La constitución del Yo, concomitante con la represión originaria, da origen al proceso secundario: temporalidad, espacialidad, negación, etc., que se ve en los tiempos verbales, pronombres, etc., en el uso del lenguaje. 5) La temporalidad y la espacialidad no se constituyen linealmente sino en términos de una recomposición estructural.

Como conclusión, digamos que el psicoanálisis sólo da algunas respuestas: no agota la totalidad de la realidad. La psicología genética dará cuenta de la constitución de una lógica del conocimiento, la neurobiología del sustrato físico-químico de estos procesos, etc.

Condensado de Bleichmar Silvia, Supuestos teóricos psicoanalíticos para abordar las cuestiones teóricas del aprendizaje. Buenos Aires: Temas de Psicopedagogía, Anuario N° 5, 1991.

Conocimiento y vínculos según Bion.- Bion describe tres tipos de vínculo:

K (knowledge = conocimiento).

L (love = amor).

H (hate = odio).

En el vínculo K es deseo es conocer, de saber la verdad (cerca de otra persona o a uno mismo), y ese vínculo se perturba cuando hay un exceso de envidia o voracidad que impiden conocer lo bueno de la madre (vínculo no-K).

Si hay una frustración tolerable por no conocer, se puede aprender, pero si no, el proceso para llegar a la verdad y al conocimiento no se tolera y se obtura con omniciencia (creer conocerlo todo, o vínculo no-K), que impide un conocimiento más auténtico.

La *función psicoanalítica de la personalidad* permite el conocimiento de sí mismo y los otros, y se desarrolla según las posiciones paranoide y depresiva, así como según el esquema continente-contenido.

Acerca de los mitos.- Desde esta teoría del conocimiento, Bion reinterpreta mitos como el Edipo como un mito privado, que es al principio una preconcepción, pero que luego se transforma en concepción según las experiencias vividas con los padres y las investigaciones hechas por el niño. El personaje Tiresias desalienta a Edipo a conocer la verdad, y representa el temor del ser humano a enfrentarse con la verdad por miedo a sufrir.

Este y otros mitos permiten entender ciertos procesos primitivos de la mente como la búsqueda de la verdad, la responsabilidad, la tendencia a no querer saber, el aprendizaje, y las partes psicóticas y no psicóticas.

La relación analítica.- Si en la relación analítica predomina el vínculo K hay una *relación comensal*: ambos se benefician y el paciente puede establecer nombres que designan conjunciones constantes o experiencias repetidas y comprendidas emocionalmente, y puede pasar a la posición depresiva. Esto es posible cuando el analista logra la capacidad de reverie.

Bion habla también del *estado de no saturación*, o duda tolerada: el paciente no sabe a donde conducirán sus asociaciones, y/o el analista no sabe cuándo el material adquirirá coherencia. Implica no cerrar el conocimiento con certezas que conduzcan a la omniciencia y la arrogancia.

La reversión de la perspectiva es el proceso por el cual el paciente escucha al analista desde su perspectiva propia, sin poder ponerse en el punto de vista del analista. Lo contrario ocurre cuando el paciente ve la figura sobre el fondo, es decir, cuando entiende la interpretación que le hacen, lo que implica crecimiento mental.

CONSEJO

Generalidades.- El consejo es una recomendación o sugerencia para pensar, sentir o actuar de determinada manera. Algunas personas interpretan un consejo como una intromisión en sus vidas, otras como un intento por controlarlas y otras más se sienten subestimadas, por cuanto dar un consejo supone un vínculo asimétrico. Los consejos se valoran cuando se sufren las consecuencias por no haberlos escuchado.

Los adolescentes son particularmente refractarios a la palabra 'consejo', y de allí que a veces es preferible decir "te doy una idea" a "te doy un consejo". Además, habría que constatar si está preparado o no para recibir un consejo. Una forma sería preguntándole: "¿si vos sabés que una semilla dentro de unos años producirá un enorme árbol lleno de frutos, la plantarías en tu jardín?". Una respuesta afirmativa indicaría que está en condiciones de valorar un consejo, y puede agregarse entonces: "Bueno, tengo una semilla para vos. Se llama consejo".

Cazau P (2001) Vocabulario de psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

CONSERVACIÓN

Psicogénesis.- En este artículo de Faigenbaum se parte del dato, reportado por investigaciones interculturales, de que en ciertas sociedades la mayoría de los adultos no logran la operatoriedad en algunos de los dominios investigados por Piaget. En el marco de la pregunta por el modo en que las "condiciones de contorno" sociales podrían afectar el desarrollo de los conocimientos individuales, se intenta precisar qué características de los modos cuantitativos de intercambio podrían influir en la adquisición de los principios de conservación. Se exploran una serie de analogías entre las coordinaciones de la acción necesarias para las compraventas, y las coordinaciones de la acción necesarias para los razonamientos operatorios relativos a la conservación de la sustancia. Aunque las analogías aquí sostenidas carecen de prueba empírica directa, ellas sugieren direcciones para re-pensar el marco teórico de las investigaciones en psicogénesis; de ahí su relevancia epistemológica. Se postula, además, que en todas las situaciones de intercambio que tienen lugar en el contexto de la experiencia jurídica infantil (incluso las pre-.dinerarias) se presentan las tres funciones del dinero (medio de pago, medida de valor, identidad cuantitativa).

Faigenbaum G, Sustancia y valor, algunas analogías. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Investigaciones en Psicología, Año 2, N°2, 1997.

CONSIDERACIÓN POSITIVA

Generalidades.- El niño pequeño tiene dos necesidades básicas: la de consideración positiva de los demás y la de autoconsideración positiva. La consideración positiva se refiere a ser amada y aceptada como es la persona. Idealmente, la consideración positiva es incondicional. Si un padre dice al hijo "escribir en la pared la destruye. Usa el pizarrón", aquí el padre limita los comentarios a la conducta, pero si le dice "eres un niño malo porque escribes en la pared", pasó de la desaprobación de la conducta a la desaprobación del niño, y esta consideración ya no es incondicional. La consideración positiva condicional se da solo bajo ciertas circunstancias. A los niños se les hace entender que sus padres no los amarán a menos que piensen, sientan, y actúen como ellos lo desean.

La autoconsideración positiva se da en forma automática si se ha recibido consideración positiva incondicional. Los niños que son aceptados por lo que son llegan a percibirse a sí mismos en forma favorable y con aceptación. Sin embargo, es muy difícil verse a uno mismo en forma positiva si es blanco continuo de crítica y desprecio. En el curso del desarrollo, a cualquier experiencia que sea una variación del autoconcepto se la rechaza debido a que es amenazadora y ansiógena. Si a los niños se les enseña que es malo enojarse, pueden percibir como peligrosa o incorrecta la emoción de enojo en sí y no ciertas expresiones de enojo.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 333-334.

CONSTITUCIONAL, TIPO

Generalidades.- En el sentido más estricto, este término se refiere a las constelaciones de rasgos morfológicos, fisiológicos y psicológicos que se consideran asociados con algunas enfermedades físicas y mentales. Sin embargo, se usa frecuentemente en un sentido más amplio, incluyendo en su significado tipos de soma y caracteres, aunque no se postule ninguna tendencia a la enfermedad. El primer sistema tipológico, el de Hipócrates, distinguía el *habitus apoplecticus* (tendencia a la apoplejía en las personas gruesas y redondeadas) el *habitus phthisicus* (tendencia a la tisis en los individuos delgados). Galeno lo amplió en base a los cuatro humores, a los que se atribuía la formación del cuerpo: el *sanguíneo*

(entusiasta, por la "fuerza de su sangre"); el *melancólico* (triste, sombrío, a causa de la superproducción de "bilis negra"); el *colérico* (irritable por el predominio de la "bilis amarilla"); el *flemático* (apático por el predominio de la flema). Esta concepción persistió hasta que Harvey descubrió la circulación de la sangre y Haller demostró la vaga conexión entre la sangre y los temperamentos, abriendo el camino a los modernos tipólogos para describir los tipos en base a los sistemas anatómicos, mejor que en base a los humores. El descubrimiento de las secreciones internas y su efecto sobre el cuerpo y la mente planteó en todas partes una nueva doctrina humoral y la clasificación de tipos en base a la alteración de la secreción de una de estas glándulas. Los prefijos "hipo", "hiper" y "dis" fueron empleados para indicar una secreción aumentada, disminuida y alterada cualitativamente. Los sistemas tipológicos modernos principales fueron los desarrollados por las escuelas francesa, italiana, alemana y norteamericana. La escuela francesa admite con Rostan (1828) los tipos: digestivo, respiratorio, cerebral y muscular. Otros tipos aceptados por los sucesores de Rostan son: el atómico, el reproductivo, el redondo y el chato. El sistema de la escuela italiana (De Gionvanni, 1890) formula la "ley de la deformación" y describe tres tipos de formación corporal: la primera combinación o de tipo tísico; la segunda combinación o de tipo pletórico y la tercera combinación. Viola los distingue de acuerdo a la forma de las vísceras (microesplácnico), o de acuerdo a las características totales externas (dolicomorfo, braquimorfo y eumorfo). Pende modifica este sistema distinguiendo un biotipo hipovegetativo y, además, un número de tipos displásticos. Los representantes principales de la escuela alemana moderna son: Beneke (tipo asténico o hipoplástico, tipo apoplético o hiperplástico, y tipo normal); Bauer (estado degenerativo, hábito artrítico, tipo asténico), y E. R. W. Jaensch (tipos integrados y desintegrados). En el campo de la psiquiatría, el sistema tipológico de Kretschmer ha sido el más influyente (tipos físicos: pánico, asténico, atlético y displástico; tipos de temperamento: ciclotímico y esquizotímico). La escuela americana cuenta con los trabajos de Draper (tablas de la personalidad), que son los más efectivos y sistematizados. Otras clasificaciones son la de Davenport (biotipos grueso, delgado y medio), la de Stockard (tipos integral y lineal), la de Lewis (tipos represivos, hipercompensatorio normal), y la de Sheldon (tipos cetomórfico, hendió mesomórfico).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CONSTRUCCIÓN

Según Freud.- Freud, en "Construcciones en psicoanálisis", sostiene que una construcción es una labor más amplia que la interpretación. A medida que el analista va realizando sus interpretaciones, se va 'construyendo' los acontecimientos reales o fantaseados del pasado que configuraron la situación patógena.

En el mencionado artículo, Freud plantea que la labor analítica no es una evocación fiel y objetiva del suceso traumático o de la historia real del paciente, sino una construcción. Teóricamente, esta construcción debería terminar en el recuerdo del conflicto por parte del paciente, pero esto no es necesario: se puede conseguir igual efecto terapéutico si -aún sin recuerdo- si el paciente, dice Freud, "adhiera con convencimiento a nuestra construcción" (Freud S, 1937:255).

Freud S., (1937) "Construcciones en psicoanálisis", en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, Vol 23, 1996.

Carácter constructivo de la experiencia psicológica.- Fernández Alvarez desarrolla este tema en el capítulo 6 de su libro en los siguientes términos.

La actividad psíquica como construcción de la realidad.- La experiencia psicológica es el conjunto de operaciones interiores y exteriores que realizan los seres humanos como sujetos de una incesante actividad gobernada por el afán de conocimiento. Esto tiene lugar mediante una actividad desarrollada en tres niveles básicos: biológico, psicológico y social. Lo que define la realidad humana es la coexistencia de esos tres planos en una experiencia integrada.

En base a dicha actividad el hombre va construyendo la realidad. Definiremos construcción de la realidad como la forma de organización de la experiencia personal donde cada individuo refleja su representación del mundo (incluyendo su autorrepresentación). Se trata de operaciones necesarias no contingentes, y su finalidad principal está dirigida a sostener el sentimiento de identidad personal, requerido para preservar la actividad psicológica.

Cognición, conocimiento y construcción.- Todo lo que hacemos es el resultado de un diagrama de acciones basadas en el conocimiento que creemos disponer sobre la realidad que debemos operar. Conocimiento y construcción son por lo tanto dos términos recíprocamente necesarios para sostener la existencia personal.

Parece indudable que existen por lo menos tres vías de acceso principales al conocimiento: los procesos intelectuales, los procesos emocionales y los procesos evaluativos. En cada acto humano están estos tres componentes básicos. Concebimos las cogniciones como actos constituyentes del conocimiento y ellas no se reducen sólo a lo intelectual, sino que incluyen los tres planos indicados, con lo cual lo emocional no es algo subsidiario.

La construcción como un sistema de estructuras de significado.- Conocer equivale a otorgar un significado (no a descubrirlo como dice el positivismo) a un sector de la realidad. El acto de significar

surge de los tres planos anteriormente indicados: intelectual (organizar una forma y operar con ciertos contenidos), emocional (regular el sistema de tensiones), y evaluativo (descubrir una escala de valoración de las cosas).

Existen construcciones funcionales y disfuncionales (aunque no en estado puro). Las primeras están en la base del sentimiento de bienestar y son entonces el soporte de las experiencias de felicidad. Las construcciones disfuncionales, en cambio, son las formas de concebir la realidad que tienen aquellas personas que dicen no sentirse bien, que no se sienten felices y que creen que la vida debería ser de un modo distinto a como es. Esta disfuncionalidad puede ser atribuida por las personas al azar, o bien a causas, tanto propias como exteriores.

Determinar si hay o no funcionalidad se puede saber a partir de dos parámetros: uno, si hay o no vivencia de satisfacción (gratificación corporal, participación en la distribución de poder, estado de resolución para enfrentar la propia muerte); dos, examinando las relaciones entre nuestras estructuras de significado. La construcción es funcional cuando es sintónica (entre pasado, presente y futuro), armónica (armonía entre información y mecanismos para procesarla) y coherente (buena sincronización de actividades), tres características básicas.

Resumen de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 6.

CONTIGUIDAD

Generalidades.- “El análisis del aprendizaje en términos de contigüidad-reforzamiento, establece que una conexión E-R se inicia mediante la contigüidad y se fortalece por el reforzamiento. El estudio de la contigüidad está limitado a las situaciones en las que el estímulo que provoca la respuesta se conoce y en que la respuesta a aprender está controlada por el experimentador. El mejor ejemplo de contigüidad, es la relación EC-RINC del condicionamiento clásico. Algunos estímulos refuerzan el aprendizaje por sí mismos, como refuerzos primarios, pero cualquier estímulo neutro se vuelve un refuerzo secundario si se le aparea consistentemente con un refuerzo primario. Dentro de ciertos límites, la ejecución en una situación de aprendizaje aumenta con la cantidad de reforzamiento y decrece con el retardo del reforzamiento. La cantidad de reforzamiento parece operar mediante efectos de activación, al mismo tiempo que a través del aprendizaje. El retardo del reforzamiento tiene menos efectos si se presenta un reforzamiento secundario o si se hace que el organismo esté inactivo durante el retardo. Si se le compara con el reforzamiento continuo, el reforzamiento parcial muestra una extinción más lenta, y una ejecución superior cuando el reforzamiento es un estímulo atractivo (recompensa). Las principales hipótesis sobre el reforzamiento se han hecho en términos de reducción de la impulsión, de confirmación de las expectativas, de protección y de motivación. La hipótesis todo-o-nada establece que si en un ensayo no se lleva a cabo completamente el aprendizaje, no se realiza en lo absoluto. Los principios básicos de contigüidad y de reforzamiento, se aplican en la técnica de enseñanza del aprendizaje programado” (Champion, 1979:58).

Champion R (1979) Psicología del aprendizaje. México: Limusa.

CONTRATO

Contrato narcisista.- El contrato narcisista es un pacto de intercambio: el grupo (social) garantiza al nuevo miembro (el niño) que será reconocido como sujeto del grupo, y el nuevo miembro se compromete, a través de sus padrinos sociales, a repetir el mismo fragmento del discurso ideológico del grupo. En términos más económicos, el sujeto ve en el conjunto el soporte ofrecido a una parte de su libido narcisista; por ello, hace de su voz el elemento que se añade al coro que, en y para el conjunto, comenta el origen de la pieza y anuncia el objeto al que apunta (enunciados del fundamento).

Aulagnier P, La violencia de la interpretación, págs. 161-162.

Contrato psicológico.- El comienzo de una actividad laboral implica, no sólo una decisión personal del trabajador, sino además el establecimiento de un contrato psicológico que se establece entre el individuo y la organización de la cual es miembro.

Tal contrato, como otros, está vinculado con las expectativas de la organización respecto al individuo y a la contribución de este para satisfacerlas, pero también con las expectativas del individuo respecto de la organización y a la contribución de esta para cumplimentarlas. Suelen existir también aspectos importantes acerca de la naturaleza de la relación laboral que tampoco quedan formulados explícitamente.

A este contrato psicológico deberá agregársele explícitamente un contrato psicopedagógico, que es la base del aprendizaje del trabajo.

Hernández Liliana (2002) El aprendizaje laboral.

CONTROL

Control de estímulos.- Técnica conductual. Los pacientes que están intentando romper sus malos hábitos, tales como el alcoholismo o comer en exceso, pueden reducir la tentación más que luchar contra la tentación. Por ejemplo, un alcohólico puede evitar ir a los lugares donde se sirve licor y puede eliminar todo el alcohol de su casa.

Burns D, *Técnicas cognitivo-conductuales* <http://users.servicios.retecal.es/jureva/tecnicasburns.htm> Traducido al castellano por: Juventino Reguera Baños.

Control esfinteriano.- "El control esfinteriano tiene un tiempo de evolución en el ser humano, ligado a la maduración del sistema nervioso, a la disposición individual del niño frente a la ejercitación de ese control y a la actitud del medio familiar y social. Tanto en psiquiatría infantil como en pediatría, se considera que el control esfinteriano de la micción se adquiere en el lapso comprendido entre los dos años, etapa donde el niño comienza a estar neurofisiológicamente preparado, y aproximadamente los cinco años de edad" (Burrone y Capelluto, 1987:10).

Burrone T y Capelluto D, *Terapia familiar y enuresis*. Buenos Aires: Revista Sistemas familiares. Diciembre 1987, páginas 9-15.

Control social.- "Medio por el cual el comportamiento social es condicionado y restringido en un grupo o sociedad de manera que ese grupo o sociedad se mantenga. Para Berstein, el lenguaje es un importante agente de control social" (pág. 150).

Berstein Basil (1990), *Poder, educación y conciencia. Sociología de la transmisión cultural*. Barcelona: El Roure.

Control onnipotente según M. Klein.- La negación y el control onnipotente "son mecanismos que responden a la impotencia del yo frente a sus impulsos destructivos y a estos impulsos proyectados en el objeto. La negación como proceso defensivo tiene por finalidad no ver aquellos aspectos del yo o del objeto que aterrizan, y responde a la fantasía de que aquello que no se ve, no existe, y por lo tanto no implica peligro. Está unida al control onnipotente, a la fantasía de poseer, tanto el yo como el objeto idealizado, capacidad de control y de manejo sobre el objeto persecutorio".

"El grado de onnipotencia del yo y del objeto idealizado es proporcional al grado de poder destructivo del yo agresivo y del objeto malo".

"Durante la etapa depresiva, la negación y el control onnipotente forman parte de las defensas maníacas frente a la persecución y al dolor. La negación se propone negar tanto la destrucción del objeto como los sentimientos de dolor, dependencia y necesidad del yo. Está unida a la fantasía de controlar el objeto, negando el temor a la separación y la dependencia, y favoreciendo las fantasías de reparación onnipotente del objeto. Esto siempre implica una privación para el yo, en la medida en que limita su capacidad de conocimiento".

"El mecanismo de control onnipotente "es necesario, como defensa maníaca, para: a) negar la dependencia del objeto, el miedo a ser abandonado y la emergencia de agresión por este abandono, y b) satisfacer la fantasía de reparación total del objeto, mediante un yo que tiene poderes mágicos de reconstrucción. M. Klein afirma que el bebé necesita sentir que domina a los objetos internos externos no sólo para que no lo abandonen sino para que no se dañen entre sí".

Piccolo E., "Defensas en los tests gráficos", Editorial Paidós.

CONVERGENCIA

Generalidades.- Es la reiteración de una secuencia dinámica que se expresa a través de indicadores disímiles y hasta opuestos, apareciendo por ejemplo en un aspecto del grafismo la ansiedad y en el otro la defensa. La convergencia puede ser: a) dos modalidades exacerbadas y contrarias de una misma pauta formal o de contenido (por ejemplo en un mismo gráfico en algunos personajes boca remarcada y en otros boca ausente, tamaño muy grande y muy pequeño, etc); b) dos pautas formales disímiles (por ejemplo el trazo endeble y el tamaño pequeño que convergen para dar la sensación de inseguridad y minusvalía, y que si además carece de base esa proyección se amplifica permitiendo cada vez una mayor seguridad en la hipótesis planteada); c) dos pautas de contenido disímiles (por ejemplo carencia de rasgos faciales y ausencia de manos, como indicando dificultad en el contacto y la comunicación. O también, carencia de rasgos faciales y excesivo detallismo en la ropa con características de pertenencia a una institución, como indicando dificultades en la identidad y búsqueda de grupos de pertenencia); d) una pauta formal y una de contenido (por ejemplo agresividad en el trazo y la tenencia de un objeto agresivo como un cuchillo. La pauta formal indica los aspectos agresivos más profundos e inconcientes, y la de contenido los más manifiestos).

Frank de Verthelyi R, *Gráficos en niños*. Publicación interna de la Cátedra de Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1990.

Definición.- Secuencia dinámica que se expresa a través de indicadores similares disímiles y en algunos casos hasta opuestos, que ponen de manifiesto el funcionamiento de aspectos dinámicos que habrá de conceptualizarse. Es un modo de recoger indicaciones significativas en un nivel intratest o intertest.

COUSELING

Generalidades.- La *consultoría* (counseling) es una profesión de ayuda, con métodos y fines determinados. Trabaja en el plano de la salud psíquica atendiendo a personas que están atravesando crisis vitales y a instituciones y organismos a través de las personas que los componen. El consultor no debe juzgar al paciente, ni darle consejos, ni hacer diagnósticos.

El Counseling puede aplicarse a los ámbitos de la educación, la enfermedad y la prevención. El rol de consultor es ser el nexo entre el paciente y lo que le pasa, y debe respetarse siempre la percepción que el paciente tiene de sí mismo. El paciente necesita ser ayudado, contenido: no busca que se lo cambie. Por ejemplo, si un paciente menciona como el suicidio como salida, debe hacérsele entender que después de eso no hay nada, y no debe dudarse en pedir ayuda a un psiquiatra para medicarlo si es necesario. También si se advierte que excede los límites de la lógica (delirios como "los elefantes vuelan").

Pueden presentarse altos niveles de angustia o tan bajos que pueden pasar desapercibidos. Ciertas situaciones típicas presentan angustia, como pasar del secundario a la universidad. Si los niveles de angustia suben mucho pueden generar enfermedad, y hasta romper un grupo o fundir una empresa.

No es aconsejable tomar pacientes 'mandados' que no consultan por propia decisión, ya que el paciente que no va convencido y abierto a recibir ayuda hace fracasar el intento de ayudarlo. Nadie puede ayudar a quien no desea ser ayudado. Ejemplo, el drogadependiente no se puede ser ayudado si él no quiere. Los únicos pacientes mandados que se pueden atender son los niños y los derivados por la justicia.

Algunos profesionales pueden colaborar en la tarea del Consultor:

- El médico psiquiatra: que tiene dos años de especialización.
- El psicólogo: atiende patologías, pero no puede medicar.
- El psicopedagogo: trabaja con problemas de aprendizaje en la etapa escolar.
- El asistente social: trabaja por ejemplo en violencia familiar, etc.
- Socio-terapeuta: adictos recuperados, cursan materias dentro de los centros de rehabilitación. Ahora también incluyen ex alcohólicos, ex anoréxicos, etc.
- El terapeuta ocupacional: hacen laborterapia y trabajan generalmente en geriátricos. Posibilitan que el enfermo pueda realizar manualidades.
- El musicoterapeuta: similar al anterior.
- El psicólogo social: trabaja con grupos.
- Acompañante terapéutico: controla al paciente acompañándolo mientras no recibe asistencia. Hace cumplir las pautas indicadas por el médico u otro profesional. Hoy es una carrera (antes lo hacían los estudiantes avanzados).
- El fonoaudiólogo, el enfermero, etc.

Bianco L (2002) Clases de Introducción a la consultoría psicológica. Buenos Aires: Escuela Argentina de Psicología Social.

CRAVING

Definición.- Estado de ansia o deseo irrefrenable de usar droga o alcohol (pág 29). El craving suele estar provocado por un estado de ánimo deprimido o bien, cuando los adictos están expuestos a las drogas o a estímulos relacionados con las mismas (pág. 49).

Beck A y otros, Terapia cognitiva de las drogodependencias, Barcelona, Paidós, 1999.

CREATIVIDAD

Definición.- Gardner define el individuo creativo en los siguientes términos: "es una persona que resuelve problemas con regularidad, elabora productos o define cuestiones nuevas en un campo de un modo que al principio es considerado nuevo, pero que al final llega a ser aceptado en un contexto cultural concreto" (Gardner, 1995, p. 53).

Gardner H (1995) Mentes creativas. Barcelona: Paidós.

Generalidades.- La creatividad no ha sido claramente definida; sabemos que ella existe porque gozamos de ella y de gran cantidad de adelantos culturales, científicos y tecnológicos aportados por muchas personas. Sin embargo esta íntimamente relacionada con los términos arte, proceso, actitud, aptitud, habilidad, cualidad, descubrimiento; todos ellos enfocados a aportar algo nuevo a través del desarrollo de ideas con el único objetivo de comunicar un conocimiento. La creatividad es sinónimo de innovación, imaginación, originalidad, invención, visualización, intuición y descubrimiento; la creatividad es la habilidad de dar vida a algo nuevo.

En un contexto personal, la creatividad significa: Audacia para tomar nuevos caminos; re-crearse constantemente, administrar la vida propia; ser productivo, competitivo, y autorrealizarse.

En un contexto familiar, la creatividad significa: Planear y ajustar la vida en comunidad y de común acuerdo; producir el ambiente donde emerjan las individualidades y que cada quien logre la satisfacción de sus necesidades.

En el contexto organizacional: Crear los medios y el entorno propicio para el desarrollo del capital humano de las empresas; crear las condiciones para la satisfacción de las necesidades de los diversos integrantes: clientes, proveedores, colaboradores, accionistas. También implica crear condiciones propicias e infraestructura adecuada para el desarrollo a nivel país.

<http://jluisgarcia.tripod.com/#lacreatividad>

Generalidades.- El término "creatividad", en su uso habitual, abarca una extensión demasiado vasta. Se refiere a muy diferentes realidades, lo que genera confusión. Para clarificar esta cuestión, Csikszentmihalyi, propone distinguir al menos tres fenómenos diferentes que se pueden llamar legítimamente por ese nombre (Csikszentmihalyi, 1998, p.43):

a) El primer uso, difundido en la conversación ordinaria, "se refiere a las personas que expresan pensamientos inusitados, que son interesantes y estimulantes; dicho brevemente, se aplica a personas que parecen ser inusitadamente brillantes. Un conversador brillante, una persona con aficciones diversas y una mente ágil, puede ser considerada creativa en este sentido. A menos que, además, hagan alguna aportación de trascendencia permanente, me refiero a las personas de este tipo como brillantes, no como creativas, y en general no hablo mucho de ellas en este libro" (Csikszentmihalyi, 1998, p.43).

b) La segunda forma en que se puede usar el término es aplicarlo a personas que experimentan el mundo de maneras novedosas y originales. "Se trata de individuos cuyas ideas son nuevas, cuyos juicios son penetrantes, que pueden hacer descubrimientos importantes de los que sólo ellos saben. Me refiero a tales personas como personalmente creativas, y procuro ocuparme de ellas lo más posible. Pero, dada la naturaleza subjetiva de esta forma de creatividad, es difícil tratarla, por muy importante que pueda ser para quienes la experimentan" (Csikszentmihalyi, 1998, p.43).

c) El último uso del término designa a los individuos que, como Leonardo, Edison, Picasso o Einstein, "han cambiado nuestra cultura en algún aspecto importante. Son los creativos sin más. Debido a que sus logros son por definición públicos, es más fácil escribir sobre ellos, y las personas incluidas en mi estudio pertenecen a este grupo"

(Csikszentmihalyi, 1998, p.44).

Señala Csikszentmihalyi que la diferencia entre estos tres significados no es simplemente una cuestión de grado. La última clase de creatividad "no es simplemente una forma más desarrollada de las dos primeras. En realidad son modos diferentes de ser creativo, cada uno de ellos desconectado en gran medida de los otros" (Csikszentmihalyi, 1998, p.44).

Según Csikszentmihalyi, otros dos términos a veces se usan indistintamente en el sentido de "creatividad": talento y genio. "El talento difiere de la creatividad en que se concentra en una destreza para hacer algo muy bien. El otro término que se usa con frecuencia como sinónimo de "creativo" es genio. También aquí se da una suposición. Quizás deberíamos pensar que un genio es una persona brillante y creativa al mismo tiempo. Pero ciertamente una persona puede cambiar la cultura de forma importante sin ser un genio" (Csikszentmihalyi, 1998, p.45)

Indica el mismo autor que "aunque no podemos prever los resultados finales de la creatividad (del intento de imponer nuestros deseos a la realidad, de convertirnos en el principal poder que decida el destino de toda forma de vida en el planeta), al menos podemos intentar entender mejor qué es esta fuerza y cómo funciona. Porque, para bien o para mal, nuestro futuro está ahora estrechamente vinculado a la creatividad humana" (Csikszentmihalyi, 1998, p.20).

Para este autor, la creatividad "es el resultado de la interacción de un sistema compuesto por tres elementos: una cultura que contiene reglas simbólicas, una persona que aporta novedad al campo simbólico y un ámbito de expertos que reconocen y validan la innovación. Los tres son necesarios para que tenga lugar una idea, producto o descubrimiento creativos". En la opinión del autor, todo ello no son elementos que contribuyen de forma incidental a la originalidad individual, sino componentes esenciales del proceso creativo que corren parejos a las aportaciones propias del individuo (Csikszentmihalyi, 1998, p.21).

Para Csikszentmihalyi, "la creatividad es la propiedad de un sistema complejo, y ninguno de sus componentes puede explicarla por sí solo. La personalidad de un individuo que pretende hacer algo creativo debe adaptarse al campo particular, a las circunstancias de un ámbito concreto, que varían con el tiempo y de un campo a otro" (Csikszentmihalyi, 1998, p.78).

Csikszentmihalyi M (1998) Creatividad. El fluir y la psicología del descubrimiento y la invención. Barcelona: Paidós.

Modelo componencial.- Teresa Amabile presenta su modelo componencial de la creatividad en los siguientes términos (citado por Romo, p. 80):

1	2	3
Destrezas relevantes para el campo	Destrezas relevantes para la creatividad	Motivaciones por la tarea

INCLUYE: Conocimiento sobre el campo. Destrezas técnicas requeridas. 'Talento' especial relevante para el campo.	INCLUYE: Adecuado estilo cognitivo. Conocimiento implícito o explícito de heurísticos para generar ideas novedosas. Estilo de trabajo favorecedor.	INCLUYE: Actitudes hacia la tarea. Percepciones de la propia motivación para acometer la tarea.
DEPENDEN DE: Capacidades cognitivas innatas. Destrezas perceptivas y motrices innatas. Educación formal e informal.	DEPENDEN DE: Entrenamiento. Experiencia en la generación de ideas. Características de la personalidad.	DEPENDEN DE: Nivel inicial de motivación intrínseca hacia la tarea. Presencia / ausencia de limitaciones extrínsecas destacadas en el ambiente social. Capacidad individual para minimizar cognitivamente las limitaciones extrínsecas.

Para describir el papel de los estos tres componentes básicos de la creatividad, Teresa Amabile presenta el ejemplo de una escultora (citado por Romo, p. 80):

Una escultora tiene algunas capacidades o recursos cognitivos tales como su conocimiento de la historia del arte y de las propiedades de la arcilla, las habilidades técnicas del oficio, su talento innato para la imaginación visual, etc.

La artista utilizará otras capacidades que serán responsables de que la tarea se realice en forma creativa: estos 'estilos cognitivos apropiados' tienen que ver con la independencia, la autodisciplina, la tendencia a sumir riesgos, la tolerancia a la ambigüedad y la relativa despreocupación por la aprobación social. También se requiere habilidad para convertir lo familiar en extraño y viceversa, y cierta persistencia y tenacidad.

La motivación por la tarea es el componente más importante para Amabile pues puede influir sobre las deficiencias de los dos componentes anteriores, pero lo contrario no sucede. Con fuerte motivación hacia la tarea se pueden desplazar a ella habilidades de otros campos o esforzarse en conseguir los que se necesitan (querer es poder). En el papel determinante concedido por Amabile a la motivación para entender la creatividad "radica la relevancia que su modelo otorga a la situación, con las consiguientes posibilidades de intervención sobre las restricciones externas que actúan sobre la motivación intrínseca y la posibilidad de facilitación social y entrenamiento de la creatividad" (Romo, p. 81).

Romo M (1997), Psicología de la creatividad. Barcelona: Paidós.

Según Winnicott.- En el juego es fundamentalmente donde el niño y el adulto están en libertad de ser creadores (pág. 79). Winnicott no se refiere simplemente a la creatividad del artista sino a la creatividad como una condición de estar vivo, y por ende es algo universal (pág. 96). Todo lo que el ser humano produce es creativo, salvo que esté enfermo o el ambiente ahoga el proceso creador. La creatividad implica ver el mundo con mirada creadora. Está presente tanto en el niño que goza con su respiración, como en el niño que prolonga su llanto para gozar de un sonido musical, como en el arquitecto que de pronto se inspira para construir algo (pág. 98).

Winnicott D (1994) Juego y realidad. Barcelona: Gedisa.

Según Winnicott.- La creatividad "es el hacer que surge del ser. Indica que aquel que es, está vivo. El impulso puede estar adormecido, pero cuando la palabra 'hacer' se torna apropiada, entonces ya hay creatividad... Para que uno sea y sienta que es, es preciso que la actividad motivada predomine sobre la actividad reactiva... La creatividad es, pues, la conservación durante toda la vida de algo que en rigor pertenece a la experiencia infantil: la capacidad de crear el mundo. Para el bebé no es difícil, ya que si la madre es capaz de adaptarse a sus necesidades, el bebé no comprende al principio que el mundo ya estaba allí antes de que él fuera concebido".

"Vivir creativamente significa no ser muerto o aniquilado todo el tiempo por la sumisión y la reacción a lo que nos llega del mundo; significa ver todas las cosas de un modo nuevo todo el tiempo. Me refiero a la apercepción, que es lo contrario de la percepción".

Winnicott D (1970) El hogar, nuestro punto de partida. Buenos Aires: Paidós, págs. 48-49-50.

Creatividad y trastorno bipolar.- "Diversos estudios han demostrado relaciones entre la creatividad y el trastorno bipolar (TB) en individuos, y han sugerido la transmisión familiar de la creatividad y el TB. Sin embargo, hasta la fecha, no han existido estudios que examinen específicamente la creatividad en el descendiente de padres bipolares y que clarifiquen los mecanismos de la transmisión de la creatividad entre generaciones. Los autores de esta investigación compararon la creatividad en padres bipolares y sus descendientes con TB y en sus descendientes con trastorno bipolar y en descendientes bipolares con

déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con adultos sanos control y sus hijos. 40 adultos con TB, 20 descendientes de bipolares con TB, 20 descendientes bipolares con TDAH, y 18 padres control sanos y sus hijos control sanos completaron la Escala de Arte de Barron-Welsh (BWAS), una medida objetiva de la creatividad. Los adultos con TB comparados a los controles obtuvieron cuentas perceptiblemente más altas (120%) en la subescala de aversión de BWAS, y no significativamente más altas (32%) en la escala total BWAS. Las cuentas medias de la subescala de aversión de BWAS eran también perceptiblemente más elevadas en los descendientes con TB (107% más) y en los descendientes con TDAH (91% más) que en niños control sanos. En los descendientes bipolares con TB, las cuentas totales de la BWAS correlacionaron negativamente con la duración de la enfermedad. Los resultados de este estudio apoyan una asociación entre el TB y la creatividad y contribuyen a una mejor comprensión de los posibles mecanismos de transmisión de la creatividad en familias con susceptibilidad genética para el TB. Éste es el primer estudio que muestra que los niños con y en elevado riesgo para el TB tienen creatividad más elevada que los niños control sanos. El hallazgo en niños y en adultos estuvo relacionado con una capacidad realzada de experimentar y de expresar el desagrado de imágenes simples y simétricas. Esto podría reflejar el incremento del acceso al afecto negativo, lo cual podría producir ventajas respecto a proporcionar la energía afectiva para el logro creativo, pero también produce responsabilidades respecto a la calidad de las relaciones interpersonales o a la susceptibilidad a la depresión”.

Simeonova D y otros, Creatividad en el trastorno bipolar familiar. JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH. 2005 NOV; 39(6):623-631.

Creatividad y trastorno bipolar.- Objetivos: Se han reportado las asociaciones entre la creatividad eminente y los trastornos bipolares, pero existen pocos datos relacionados con la creatividad no-eminente de los trastornos bipolares en muestras clínicas. Valoramos la creatividad no-eminente en pacientes con trastorno depresivo bipolar eutímico (BP) y mayor unipolar (MDD), controles de disciplina creativos (CC) y controles sanos (HC).

Métodos: 49 BP, 25 MDD, 32 CC, y 47 HC (todos eutímicos) completaron cuatro medidas de creatividad, que resultaban en seis parámetros: la “Barron-Welsh Art Scale (BWAS-Total, and two subscales, BWAS-Dislike and BWAS-Like), the Adjective Check List Creative Personality Scale (ACL-CPS), and the Torrance Tests of Creative Thinking – Figural (TTCT-F) and Verbal (TTCT-V) versions”. Se compararon los índices promedios de estos instrumentos en todos los grupos.

Resultados: Comparado con el HC, el BP y CC (pero no MDD) tuvo índices significativamente mayores en BWAS-Total (45% y 48% mayores, respectivamente) y BWAS-Dislike (90% y 88% mayores, respectivamente), pero no en el BWAS-Like. Comparado con el MDD, el CC tuvo índices significativamente mayores (12% mayores) en TTCT-F. Para el resto de las comparaciones, los índices de creatividad no diferenciaron significativamente entre los grupos.

Conclusiones: Encontramos que el BP y CC (pero no MDD) tienen similitudes en una mejor creatividad en el BWAS-Total (debido a un incremento en el BWAS-Dislike) en comparación a HC. Se requieren de otros estudios para determinar los mecanismos de una mejor creatividad y cómo se relaciona con los parámetros clínicos (e.g. temperamento, estado anímico, y status de medicación) y preclínicos (e.g. substratos de proceso visuales y afectivos).

Claudia M. Santosa; Connie M. Strong; Cecylia Nowakowska; Po W. Wang; Courtney M. Rennie and Terence A. Setter, Mejor creatividad en pacientes con trastorno bipolar: Un estudio controlado. J AFFECT DISORD.

Creatividad y enfermedad mental.- Planteamiento y objetivos: Las posibles relaciones entre creatividad y enfermedad mental no han sido explicadas satisfactoriamente. Por el contrario, en su investigación han surgido nuevas controversias. En el presente trabajo se analiza la influencia de la enfermedad mental y sus tratamientos en la creatividad artística. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica que incluye aportaciones literarias y estudios realizados al respecto.

Conclusiones: Por el momento no se ha aclarado la influencia de los tratamientos psiquiátricos en la creatividad artística; no existen suficientes estudios y estos ofrecen resultados dispersos además de utilizar muestras reducidas. Ninguna investigación ha demostrado que los psicofármacos deterioren las capacidades creativas. Se proponen los nuevos antidepresivos, antipsicóticos y eutimizantes por su perfil de efectos adversos”.

De la Gándara Martín, J, García Mayoral, V., Tratamientos psiquiátricos y creatividad. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2006; 21(5).

CRECIMIENTO

Definición.- “Proceso normal del incremento del tamaño de un organismo, de sus diferentes partes constituyentes y órganos, que puede ser representado por un valor global de longitud. El crecimiento está limitado temporalmente, y en la especie humana se determina entre 18 y 20 años de edad promedio en el hombre y entre los 16 y 17 años en la mujer. No obstante, las condiciones de hábitat y de vida, en especial de nutrición y parece que también las condiciones sociales, ocasionan diferencias cuantitativas y variaciones rítmicas entre los grupos y los individuos”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Generalidades.- "El crecimiento implica mucho más que un mero aumento de tamaño y vigor. El cuerpo cambia en la proporción relativa y en la forma de funcionamiento de las extremidades y los órganos; la mente cambia con la experiencia, con las habilidades prácticas, y varían el significado de las cosas y las distintas inclinaciones".

Isaacs Susan (1965) Años de infancia. Buenos Aires: Hormé-Paidós, pág. 51.

CRIMINALIDAD

Generalidades.- Hoy en día ya se están abandonando las teorías que sostenían que el criminal ya nace con su enfermedad, y mas bien se piensa que una constelación de factores que determinan su conducta, como los biológicos, sociológicos y psicológicos, utilizando todos los aportes de la psicología dinámica y de la sociología para poder entender y explicar su conducta.

2) Recursos del psicólogo.- La psicocriminología, o psicología del criminal, hoy en día recurre a tres grandes enfoques psicológicos: el enfoque naturalista y taxonómico, el enfoque clínico y el enfoque psicoanalítico. La experimentación ofreció pocos resultados, no así la microsociología o estudios de psicología social.

3) Formación de la personalidad del criminal.- Hay una gran diversidad de personalidades criminales, e incluso muchas veces no difieren mucho de la personalidad de la población en general, de manera que hay que investigar una génesis específica de la criminalidad.

Otro problema está en las diferentes maneras de interpretar la criminalidad: unas tendencias ponen el acento en lo constitucional, y otras en las experiencias individuales y los determinantes socioculturales, aunque en la actualidad se tiende a reconocer la interacción de todos esos factores entre sí.

El desarrollo de la personalidad es hoy entendido como la resultante de un proceso de socialización, cuyo principal resorte es la identificación. Así, la criminalidad sería una perturbación en la socialización y la identificación. Se tiende a pensar, por ejemplo, en identificaciones precoces (anteriores al Edipo), que tienen que ver con la ruptura del vínculo de la madre con el hijo en épocas tempranas de la vida. Hay un fracaso de la identificación normativa (identificación con la norma social), y más que antisocial, el criminal es 'disocial', o sea resulta de un trastorno, no de un ir contra (anti) la sociedad. En muchos delincuentes, incluso, las necesidades de participación en el grupo dan origen a una vida social y moral positiva.

4) Aspectos interpersonales de la conducta del criminal.- La criminalidad no es solamente un concepto psicológico, como la neurosis y la psicosis, sino también jurídico, pero también axiológico, porque la conducta criminal va dirigida contra las otras personas y afecta o ataca los valores sociales.

5) Aspectos intrapersonales de la conducta criminal.- Aunque la conducta criminal es en muchos aspectos una conducta inadaptada, representa sin embargo una tentativa de adaptación, aunque fallida. El psicoanálisis mostró que detrás de la conducta criminal, así como en toda conducta, se esconden motivaciones inconscientes, y la conducta criminal puede ser entendida como la tentativa por resolver un conflicto intrapersonal o interpersonal.

La configuración constitucional de la criminalidad parece resultar de conflictos muy precoces que fijan al sujeto en una etapa de su desarrollo donde los conflictos interpersonales son vividos en forma sadomasquista. Con los conflictos más tardíos, cuando se internalizaron en parte las normas morales, el conflicto que genera la criminalidad es más manifiesto. La función del criminal es la de actuar en el afuera su conflicto, mediante un mecanismo pseudomaníaco de fuga hacia la realidad. La agresión está dirigida hacia afuera y no hacia adentro, como ocurre, por ejemplo, en la conversión histérica.

En la criminalidad, así como también en la psicosis, habría dos fases: una fase donde gracias a un ataque a la realidad, el sujeto busca descargarse y realizarse de acuerdo con las identificaciones distorsionadas que rigieron su formación; y una segunda fase, de restitución, con el desarrollo de una vida social y moral al margen de la sociedad regular.

Condensado de Lagache Daniel (1996) Psicología criminal, el psicólogo clínico y la transferencia (Obras IV). Capítulo 1.

Generalidades.- Aquí se comienza describiendo el caso de un ladrón asesino de 21 años. A partir de su análisis, se pueden concluir los siguientes puntos.

Las conductas criminales asumen básicamente dos formas de agresión: contra la propiedad (robo), y contra las personas (asesinatos, etc.).

Las conductas de los criminales tienen ciertas características: 1) Buscan un dominio de la realidad. 2) Ignoran los valores de la sociedad. 3) Sus motivaciones son sobre todo de naturaleza hedonista y lúdica: afirmación narcisista de tendencias agresivas, dominadoras, sádicas y depredadoras. 4) La conducta parece seguir en parte los clisés colectivos, por ejemplo el estereotipo del hombre acosado. 5) Importa más las tensiones personales que la adaptación a la realidad.

En la configuración de la conducta criminal entran varios factores: los determinantes constitucionales, la educación recibida, los accesos de ira patológica en la infancia (niños muy violentos), el complejo familiar

(por ejemplo una madre débil o ausente), etc. En la conducta criminal hay dos fases: la fase de retraimiento de la realidad, y la fase de restitución, explicadas en el capítulo anterior.
Condensado de Lagache Daniel (1996) Psicología criminal, el psicólogo clínico y la transferencia (Obras IV). Capítulo 2.

Generalidades.-¿Como funciona la criminalidad y cual es la reacción de la policía y el aparato judicial? El proceso de selección de los hechos delictivos penalizados con privación de la libertad ayuda a entender su proceso de institucionalización.

Cabe distinguir: a) criminalidad no percibida: hay muchos hechos delictivos que no se perciben socialmente, no se ven como ilegales, como el tráfico de influencias. Es una primera área de fuga. b) Criminalidad no perseguida: reconocida como ilegal, pero no perseguida por estar tolerada, encubierta o mal regulada. Es una segunda gran área de fuga. c) Criminalidad no penalizada: son ilícitos descubiertos pero no penalizados (interés encubridor, complicidad, ineficacia, etc). Es una tercera área de fuga.

A partir de aquí aparecen tres áreas de filtro: primero, la policía, que cumple una función represora y puede decidir si ciertos delitos pasan o no a la justicia. A su vez, este sistema jurídico-penal funciona como segunda área de filtro decidiendo que el penalizable y qué no en base a la contundencia de las pruebas, etc. Algunos delitos quedan, así, impunes. El sistema penitenciario es un tercer área de filtro, depósito último a donde van los criminales penalizados. Aquí también se decide si se suelta a algunos o no mediante el sistema de permisos, redenciones, recompensas, etc.

Los cambios sociales hacen que se redefinan cuáles son los sujetos criminalizados. Así, en épocas de muchos problemas económicos se tiende a separar de la criminalidad a quienes cometen hurto para comer, etc. En otras épocas, aumenta la cantidad de encarcelados por delitos contra la propiedad, o por actos de terrorismo, etc. La población carcelaria y los tipos de delito penados con privación de la libertad van cambiando con los momentos históricos.

Condensado de Manzanos Bilbao César (1996) Cárcel y marginación social. Capítulo 6, punto 1.d.

CRIMINOLOGÍA

Definición.- La criminología es una disciplina independiente que se ocupa del estudio del crimen, entendido este como delito grave. La criminología es un conocimiento teórico sobre el delito que incluye saberes psicológicos, sociológicos, antropológicos, etc. Uno de los primeros hitos históricos en el estudio criminológico del delito y el delincuente lo encontramos en los estudios del psiquiatra y antropólogo Cesare Lombroso (1835-1909) relacionando la morfología corporal y el comportamiento antisocial, en base a la anatomía craneal de algunos famosos criminales.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Generalidades.- A diferencia de la psicología forense, "la criminología no constituye en sí misma una ciencia, y si se quiere, es un estudio multidisciplinario que puede ser englobado dentro de otras ciencias, las cuales le aportarán una metodología particular: así pues, el enfoque médico es puramente positivista-antropológico, el enfoque jurídico discute una concepción criminológica clásica, contrapuesta a una criminología moderna o crítica en la cual se cuestiona la esencia filosófica del actuar delictivo desde el punto de vista de la política social efectuando ensayos de política criminal. Y en el caso de la psicología forense sería complementaria de la terapéutica a aplicar, lo que implica que (esta) especialidad sería más abarcativa pues también se ocupa de aspectos psicológicos que se presentan en otros fueros judiciales, que no tienen relación con la criminología, pues ésta haría referencia exclusiva al ámbito penal" (pág. 24).

Varela Osvaldo, (1993) Psicología forense, Buenos Aires, Abeledo-Perrot.

Criminología psicoanalítica.- El Psicoanálisis ha llegado a la comprobación de que gran parte de los criminales no son, con arreglo a su contenido psíquico, sino neuróticos. La criminología moderna distingue tres grupos de criminales: a) Criminales neuróticos; según Aschaffenburg, es el grupo más numeroso; b) Criminales genuinos; lo forman los llamados "criminels d'instinct", y la etiología de esta criminalidad puede considerarse orgánica. De este grupo forman parte también los criminales esquizofrénicos, epilépticos, etc. c) Criminales sociales, es el grupo de los criminales normales, cuya criminalidad puede ser remontada a una base puramente social, y en cuyo Superyó repercute un ambiente disociado. Ferenczi expresa la misma distinción, en terminología psicoanalítica: "si tenemos presente que la personalidad humana se compone de tres elementos, o sea el Yo instintivo, el Yo real y el Yo social, todos los actos humanos son susceptibles de provenir de tres fuentes. La primera es la preponderancia del Yo instintivo, contra el cual no puede el Superyó. Estos son los criminales genuinos. La segunda es la debilidad del Yo real, o, dicho someramente, de la capacidad de discernimiento. Son los criminales sociales. La tercera es la criminalidad neurótica, que ha sido objeto de la labor psicoanalítica". Según el Psicoanálisis, el hombre nace como un ser social y con una predisposición criminal contenida en sus instintos agresivos anhelantes de satisfacción. Según Stekel, el odio es anterior al amor, y la criminalidad congénita es el *leimotiv* más importante de la vida. El criterio de Freud concuerda en un todo

con el teológico, representado por San Agustín. En oposición a este concepto, Adler comparte el punto de vista de Rousseau, de que el hombre nace como ser bueno, siendo la sociedad la que lo convierte en hombre malo y criminal. Grotius afirma también que el sentido del derecho es un rasgo congénito del hombre. La teoría psicoanalítica sobre la criminalidad ha llegado a la conclusión de que el delito mismo es un *fenómeno secundario*; el *fenómeno primario*, la fuerza que impulsa al "criminal neurótico" hacia el crimen, es el *sentimiento o complejo de culpabilidad*. Este tiene su origen en el complejo de Edipo. El niño tiene un sentimiento de culpa ancestral y, bajo la presión de éste, busca un objeto real para una culpa que no lo tenía. "El sentimiento de culpabilidad no es una consecuencia del delito, más bien su causa; el aumento del sentimiento de culpabilidad convierte a un hombre en delincuente".

El delito es sentido por el delincuente como una liberación psíquica, porque con él logra que el sentimiento de culpabilidad inconsciente se apoye en algo real o reciente. El delito se apodera del sentimiento de culpabilidad demasiado intenso. Expresado de otro modo: "el delito se comete para satisfacer los instintos antisociales y para justificar el sentimiento inconsciente de culpabilidad" (Reik). Con el delito mismo no ha terminado el proceso psicológico de la criminalidad neurótica: el delincuente comete el crimen para poder confesarlo. La *confesión*, el tercer fenómeno, provoca el *castigo*, y con éste la reconciliación con la sociedad. El punto culminante de este proceso es la confesión, la repetición del delito en palabras, que según el Psicoanálisis sirve como *catarsis* y puede ser considerado como curación de la neurosis criminal. En consecuencia, el Psicoanálisis considera a los criminales que pertenecen al grupo primero (criminales psíquicos) como enfermos neuróticos que pueden y deben ser curados. Ferenczi habla de un "psicoanálisis criminológico", y sugiere que los criminales psíquicos sean tratados mientras purgan su condena.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CRISIS

Definición.- Se entiende crisis "como un fracaso en la posibilidad de resolver un problema o de recuperar el equilibrio perdido en base a los medios disponibles".

Díaz Usandivaras C., "Familia y minoridad en riesgo", Publicación Interna de la Cátedra de Psicología Clínica de la Familia, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina, 2000, pág. 5).

Definición.- Crisis es "un periodo del proceso familiar en que están bloqueados los caminos habituales de respuesta a estímulos, lo que origina una experiencia de intercambios conductuales de ensayo y error colectivo, y casos de conmoción de individuos. A juicio de los estructuralistas, un periodo de crisis es preludio necesario del cambio porque aleja a la familia de estados de homeostasis estancada. Minuchin (Minuchin y Barcai, 1969) contrapone crisis a emergencia, que designa la recurrencia crónica de un síntoma y los esfuerzos que la familia hace por resolverlo con estrategias familiares

Umbarger C, Terapia familiar estructural, Barcelona, Paidós.

Definición.- "Una crisis psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual. Estos evento incluyen ataques físicos, tortura, violaciones, accidentes, intensas pérdidas personales y las catástrofes naturales como terremotos, incendios e inundaciones".

Benveniste D (2000) Intervención en crisis después de grandes desastres. Revista de Psicoanálisis. Año I, nº8, Volumen I, p 137.

Definición.- Una crisis es una respuesta a sucesos peligrosos, y se experimenta como un estado doloroso. Por ello, tiende a movilizar a la persona para aliviar su malestar y volver al equilibrio emocional. Pero también puede ocurrir que haga reacciones desadaptadas, con lo que aumenta el dolor, se vuelve a estados regresivos y emerge un síntoma psiquiátrico. Es decir, el cambio puede ser para bien o para mal.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 26, punto 6.

Tratamiento.- Hay dos grandes técnicas de terapia breve en situación de crisis: las técnicas supresoras de la ansiedad, y las técnicas provocadoras de ansiedad.

En la primera se apoya a la persona para superar la crisis, y la duración media del tratamiento es de un mes y medio, como término medio. Además de este apoyo en la crisis, está la psicoterapia breve supresora de ansiedad, donde el paciente puede reaprender técnicas para controlar su ansiedad. Aunque no produzcan grandes cambios psicodinámicos, ayudan al paciente a aliviar su sintomatología.

Las técnicas provocadoras de ansiedad tienen dos características: primero, una orientación psicodinámica, que implica que los conflictos subyacentes están tapados por las defensas, y que la intervención del analista levantará estas generando ansiedad. Segundo, el posible cambio psicodinámico amplio y duradero que pueda ocurrir.

También encontramos la llamada intervención crítica, que se hace sobre personas sanas que atraviesan un momento de crisis.

También está, por último, la psicoterapia dinámica breve, donde se provoca ansiedad e insight, pero lo pacientes deben estar bien motivados y ser receptivos a las interpretaciones. Se utiliza cuando hay un problema específico sobre el cual trabajar, un síntoma determinado, etc.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 26, punto 6.

Generalidades.- “Una crisis es una respuesta a sucesos peligrosos y se experimenta como un estado doloroso. En consecuencia, tiende a movilizar reacciones poderosas para ayudar a las personas a aliviar el malestar y volver al estado de equilibrio emocional que existía antes de su inicio. Si esto sucede, puede superarse la crisis, pero, además, la persona aprende cómo utilizar las reacciones adaptativas. Además, para resolver la crisis, el paciente puede tener un mejor estado mental, superior al que tenía antes del inicio de las dificultades psicológicas. Sin embargo, si el paciente utiliza reacciones desadaptativas, se intensifica el estado de dolor, la crisis se hará más profunda, y se dará un deterioro regresivo, dando lugar a los síntomas psiquiátricos. Estos síntomas, a su vez, pueden cristalizarse en una pauta de conducta neurótica que limita la capacidad del paciente de actuar libremente. A veces, sin embargo, la situación no puede estabilizarse; se introducen reacciones nuevas desadaptativas y las consecuencias pueden ser de proporciones catastróficas, conduciendo a veces a la muerte por suicidio. En este sentido, las crisis psicológicas son dolorosas y pueden verse como puntos críticos para mejor o para peor.

Una crisis está autolimitada y puede durar desde pocas horas a semanas. La crisis se caracteriza por una fase inicial en la que la ansiedad y la tensión aumentan. Esta fase viene seguida por una fase en la que se ponen en acción los mecanismos de resolución de problemas. Estos mecanismos pueden ser efectivos o no, dependiendo de si son adaptativos o desadaptativos.

Los pacientes en período de confusión son receptivos a la mínima ayuda y obtienen resultados significativos. Todos los tipos de servicios, además, se han ideado para tales propósitos. Algunos son abiertos-cerrados; otros limitan el tiempo disponible o el número de sesiones.

La teoría de la crisis ayuda a comprender las personas sanas en crisis y a desarrollar mecanismos terapéuticos dirigidos para prevenir futuras dificultades psicológicas. La intervención de la crisis se ofrece a personas que están incapacitadas o perturbadas intensamente por la crisis” (página 855).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Generalidades.- Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Crisis significa al mismo tiempo peligro y oportunidad.

Las crisis pueden ser circunstanciales o de desarrollo. Las primeras son inesperadas, accidentales (incendios, violaciones, desempleo, divorcio, etc) y dependen sobre todo de factores ambientales. Las crisis del desarrollo son más predecibles y sobrevienen cuando una persona va cumpliendo etapas en su vida desde la niñez a la senectud.

Las crisis ocurren en una serie de etapas:

- 1) Se eleva la tensión al comienzo por el impacto del suceso externo.
- 2) La tensión aumenta más porque no se puede enfrentar la nueva situación con la norma habitual de conducta.
- 3) Al incrementarse la tensión, se movilizan otros recursos que pueden desembocar en varios resultados: reducción de la amenaza externa, éxito en el enfrentamiento con la situación, redefinición del problema, etc.
- 4) Si nada de lo anterior ocurre, la tensión aumenta hasta provocar una grave desorganización emocional.

Las reacciones frente a una crisis pueden ser al comienzo dos: llanto o negación de la crisis. El llanto puede conducir a la negación o a la intrusión. Esta última significa sentirse invadido por sentimientos de dolor, imágenes del impacto, pesadillas, etc.

La intrusión lleva a la penetración, proceso donde se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Implica definir problemas, tomar decisiones o aprender soluciones nuevas, movilizar recursos personales o externos, reducir efectos desagradables, etc. La penetración lleva la etapa final, que es la consumación, o integración de la situación de crisis dentro de la vida del individuo. La crisis puede dar como resultado un mejoramiento o un empeoramiento del sujeto.

Las crisis son estudiadas en este libro a partir de la teoría general de los sistemas. Así entendida, esta teoría de la crisis puede sintetizarse de la siguiente manera:

Antes de un suceso crítico, el individuo (persona-sistema) se encuentra estable, seguro, funcionando adecuadamente como un miembro de un grupo familiar o social que está alojado en un ambiente comunitario, parte de una amplia cultura social. El suceso precipitante (pérdida de un ser querido, desempleo) choca sobre la persona, familia, comunidad o sistema cultural. Este interactúa con la personalidad del individuo, un proceso medido en términos de cinco subsistemas CASIC (conductual,

afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo). La reacción del sujeto en cambio afecta a los otros suprasistemas (familia, comunidad, etc). En el sentido más inmediato, el cónyuge, hijos, y amigos cercanos se involucran íntimamente en la crisis. Sólo como probable, sin embargo, vecinos, compañeros de trabajo y la comunidad completa se afectan.

A los pocos días siguientes al trastorno de crisis, las oportunidades para la primera ayuda psicológica (intervención en crisis de primer orden) de la familia y la comunidad existen. En las semanas subsiguientes, las etapas se dirigirán a restablecer el enfrentamiento y por último resolver la crisis. Sea a través de una terapia en crisis formal (proporcionada por un trabajador entrenado mediante diversos sistemas comunitarios), o a través de recursos de ayuda naturales (familias, vecinos, medio), finalmente ocurrirá el equilibrio ya sea para la salud o la enfermedad. La resolución de todas las crisis individuales tendrá un efecto considerable sobre la salud total de vecinos, comunidad y sociedad en general.

Resumen de Slaikev Karl (1995) Intervención en crisis. Capítulo 2.

Crisis de desarrollo.- Las hipótesis del desarrollo son seis:

- 1) La vida implica cambio y crecimiento continuos. La crisis es un cambio extremo.
- 2) El desarrollo consta de varias etapas, que se caracteriza cada una por ciertas actividades (Erikson). Las actividades de una etapa deben poder superarse para pasar a la etapa siguiente.
- 3) Las transiciones o etapas de los adultos son diferentes a las de la niñez y adolescencia. Decir que una crisis adulta parece como una segunda niñez o una segunda adolescencia es una sobresimplificación.
- 4) Aunque cada etapa es única, los motivos juveniles son en general reconocidos o reelaborados durante todo el ciclo vital.
- 5) Los sucesos que precipitan una crisis en el desarrollo deben entenderse a partir de la historia personal.
- 6) Una crisis es una versión extrema de una transición, ya que esta última puede ocurrir fácilmente. Las crisis son desorganizaciones que preceden al crecimiento, y lo posibilitan.

Hipótesis que indican cuando una transición se convierte en crisis:

- 1) Una crisis puede ocurrir cuando el desempeño de actividades relacionadas con una etapa del desarrollo se perturba o dificulta. Por ejemplo, una transición puede estar impedida por falta de habilidad, conocimiento o incapacidad para correr riesgos.
- 2) Demanda por sobrecarga: cuando se acumulan en cierto número ciertos sucesos a lo largo de un breve periodo de tiempo, por ejemplo a lo largo de un año.
- 3) Una transición puede convertirse en crisis si un individuo no acepta o no está preparado para los sucesos determinantes. La menopausia o la viudez son críticas para la mujer por las expectativas en cuanto a sus resultados.
- 4) Por último, la transición puede convertirse en crisis si el individuo se percibe a sí mismo como fuera de fase, según las expectativas de la sociedad para esa etapa.

Crisis masculina en la edad madura: Las etapas de la vida no son simplemente un proceso biológico o una secuencia de procesos psicológicos, sino también están influenciadas por sistemas familiares, educativos y culturales. Levinson plantea cuatro etapas en la transición de la madurez: 1) Abandonar la familia, de 18 a 24 años, 2) Penetrando al mundo del adulto, de 24 a 29 años, 3) Asentamiento, de 30 a 40 años, donde hay orden, estabilidad, control y deseo de quitar obstáculos, y 4) Convertirse en adulto responsable (de 35-39 años en adelante) que suele comenzar con una frustración de no haber logrado ciertos objetivos, de lo cual él no se siente responsable.

La crisis es un desafío a la estructura de la vida, donde están comprometidos aspectos internos (el sí-mismo, los sueños de lograr tales o cuales metas) y externos (papeles, responsabilidades, roles en relación a la familia y la sociedad).

Resumen de Slaikev Karl (1995) Intervención en crisis. Capítulo 3.

Crisis circunstanciales.- Las crisis circunstanciales (enfermedad infantil, secuestro, terremoto, etc) tienen poca o ninguna relación con la edad del individuo (a diferencia de la crisis de desarrollo) y pueden sobrevenir en cualquier momento de la vida y a cualquiera.

La crisis circunstancial tiene cinco características:

- 1) Es repentina: aparece de golpe.
- 2) Es inesperada: no puede ser anticipada.
- 3) Es urgente, pues amenazan el bienestar físico o psicológico.
- 4) Masiva: muchas crisis circunstanciales afectan a muchas personas al mismo tiempo (por ejemplo desastres naturales).
- 5) Peligro y oportunidad: la crisis puede desembocar en un mejoramiento o empeoramiento de la situación de la persona.

Ejemplos de crisis circunstanciales son enfermedades físicas o lesiones no debidas a una avanzada edad (pues estas son predecibles), muerte súbitas, crímenes, desastres naturales y guerras, etc.

El primer paso en la intervención en crisis circunstanciales es centrarse en el aquí y ahora. En un desastre natural por ejemplo, salvar víctimas, o moderar los ánimos en una pelea conyugal. Luego, la intervención apuntará a ayudar al individuo a introducir cambios en su vida debido a la secuela de la crisis. Por ejemplo, cambio de trabajo por haber adquirido cierta incapacidad física.

Enfrentamiento de la crisis.- Algunos autores (Caplan, 1964) resumen en siete características como debe ser la conducta de enfrentamiento efectivo de cualquier crisis:

- Explorar activamente resultados reales y solicitar información.
- Expresar sin reserva sentimientos negativos, positivos y tolerar la frustración.
- Pedir ayuda a otros.
- Abatir los problemas haciéndolos manejables, tratables y trabajando cada vez.
- Estar conciente de la fatiga y las tendencias que propician la desorganización, en tanto se mantiene el control y los esfuerzos de paso como sea posible, en muchas áreas de funcionamiento.
- Dominar sentimientos hasta donde se pueda (aceptándolos cuando sea necesario), siendo flexible y dispuesto a cambiar.
- Confiar en sí mismo y en otros, y tener un optimismo básico sobre los resultados.

Caplan G. (1964) Principles of preventive psychiatry, New York: Basic Books, Inc.

Definición.- Una crisis es "un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo" (Slaikeu, 1995:11). Según Slaikev, esta breve definición capta los principales aspectos de la crisis, tal como los describieron diversos teóricos.

Para Slaikeu (1995:12), cinco características definen adecuadamente un estado de crisis: 1) es temporal, es decir, el equilibrio se recupera de cuatro a seis semanas; 2) casi siempre hay un suceso que lo precipita; 3) tiene un curso secuencial más o menos predecible; 4) tiene un potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o más bajos (o sea, para 'mejor' o para 'peor'); y 5) su resolución depende entre otras cosas de la gravedad del suceso precipitante y de los recursos materiales, personales y sociales del individuo.

Condensado de Slaikeu K (1995) Intervención en crisis. México: El Manual Moderno. Capítulo 2: Teoría de la crisis: estructura general.

Clasificación.- Slaikeu identifica dos tipos de crisis: las crisis de desarrollo y las crisis circunstanciales, diferencia comúnmente aceptada en los textos sobre intervenciones terapéuticas en crisis.

a) Crisis de desarrollo.- Son aquellas relacionadas con el pasaje de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la vejez, y que, por lo tanto, son más predecibles. "Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, y cuando hay interferencia en su realización, es probable una crisis" (Slaikeu, 1995:14).

b) Crisis circunstanciales.- Una crisis circunstancial (Slaikeu, 1995:48) es aquella en la cual el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o con la etapa de su desarrollo, lo que significa que tales crisis pueden afectar a cualquier persona en cualquier momento. Son accidentales e inesperadas, y su rasgo sobresaliente es que se apoyan en algún factor ambiental: incendios, inundaciones, violaciones, divorcios, desempleo, mudanzas, etc (Slaikeu 1995:13).

c) Relación entre crisis de desarrollo y crisis circunstanciales.- Puede haber una coincidencia cronológica entre ambas, como por ejemplo cuando un individuo está atravesando la crisis adolescente (crisis de desarrollo) y al mismo tiempo fallecen sus padres en un accidente (crisis circunstancial). En otro ejemplo, el impacto emocional que puede producir una intervención quirúrgica puede acentuarse si esta crisis circunstancial interfiere con una crisis del desarrollo, tal como por ejemplo las que atraviesan los niños en ocasión de situaciones como el destete o el ingreso a la escuela. Nowak (1978) sugiere al respecto que el impacto de un suceso particular depende, entre otras cosas, del grado de interferencia con otros sucesos del desarrollo.

Condensado de Slaikeu K (1995) Intervención en crisis. México: El Manual Moderno. Capítulo 2: Teoría de la crisis: estructura general.

Nowak C, Research in life events: Conceptual considerations. Paper presented at the 31st annual scientific meeting of the Gerontological Society, Dallas, November, 1978.

Teoría de la crisis de Slaikev.- Slaikev desarrolla una teoría de la crisis considerando integralmente los aspectos individuales o intrapsíquicos, y los contextuales o sociales, habida cuenta de que, por ejemplo, el suceso precipitante de la crisis proviene del ambiente, incide en la personalidad del individuo, éste entra en crisis y su reacción afectará a su vez al sistema social del que forma parte: "cónyuge, hijos y amigos cercanos se involucran en la crisis... [e incluso también] vecinos, compañeros de trabajo y la comunidad completa" (Slaikeu, 1995:28).

Examinaremos primero los aspectos *intrapsíquicos* o personales del estado de crisis, luego los aspectos *contextuales*, para luego enmarcarlo, en la línea de Slaikeu, en una teoría general de los sistemas.

Aspectos intrapsíquicos.- Las hipótesis principales de una teoría de la crisis pueden condensarse en las siguientes.

a) *Sucesos precipitantes.*- Son aquellos sucesos potencialmente capaces de producir una crisis: nacimientos de hijos, ingreso en la escuela, duelos, infidelidad, emigración, desastres naturales, cambios sociales y tecnológicos rápidos, etc. Para Nowak (1978), la capacidad de un suceso para generar una crisis depende del tiempo, la intensidad, la duración, la secuencia y del grado en cómo interfiere con otros sucesos del desarrollo.

b) *Tipos circunstanciales y de desarrollo.*- Las crisis circunstanciales y las de desarrollo ya han sido explicadas anteriormente.

c) *Aspectos cognoscitivos.*- Es importante considerar qué significa el suceso precipitante para el individuo en el contexto de su mapa cognoscitivo, de sus expectativas. Un suceso mínimo puede ser importante y, al revés, un suceso importante puede no generar una crisis. Todo dependerá de cómo el sujeto perciba la crisis: si como una amenaza a su integridad o no.

Por ejemplo, cuando un esposo con una autoimagen pobre se entera de la infidelidad de la mujer, puede entrar en crisis al liberar recuerdos dolorosos en el contexto de experiencias infantiles desagradables o de la carencia de una identidad positiva en la adolescencia.

Taplin compara este proceso con el de una computadora, y dice que ocurre una crisis cuando la nueva información (el suceso precipitante) es: a) totalmente disonante con el programa existente, o b) cuando entra en grandes cantidades de forma tal que el sistema se sobrecarga y comienza a funcionar mal.

d) *Desorganización y desequilibrio.*- La crisis desorganiza y desequilibra a la persona en diversos aspectos: sentimientos (trastorno emocional grave, sentimientos de desamparo, ansiedad, etc.), pensamientos (confusión), conducta, relaciones sociales (laborales, familiares, sociales en general) y funcionamiento físico (úlceras, cólicos, etc.).

e) *Vulnerabilidad y reducción de las defensas.*- Una crisis implica también un incremento de la vulnerabilidad del individuo, así como un aumento de su sugestibilidad (Slaikeu, 1995:15). La primera implica una reducción de sus defensas, por cuanto el sujeto siente que, ante la creencia que todo está por perderse, ya no se justifica defender nada. Al mismo tiempo, también aumenta su sugestibilidad, es decir, el suceso precipitante deja al organismo confundido y abierto a sugerencias, lo cual, constituye en principio una circunstancia facilitadora de la intervención en crisis.

f) *Trastornos en el enfrentamiento.*- Frente a una situación de crisis, el sujeto puede enfrentarla no adecuadamente, como por ejemplo ignorarla, redefinir la situación, hablar con un amigo o irse de vacaciones.

Autores como Caplan (Caplan, 1964) resumen en siete características como debe ser la conducta de enfrentamiento efectivo de cualquier crisis:

1. Explorar activamente resultados reales y solicitar información.
2. Expresar sin reserva sentimientos negativos, positivos y tolerar la frustración.
3. Pedir ayuda a otros.
4. Abatir los problemas haciéndolos manejables, tratables y trabajando cada vez.
5. Estar conciente de la fatiga y las tendencias que propician la desorganización, en tanto se mantiene el control y los esfuerzos de paso como sea posible, en muchas áreas de funcionamiento.
6. Dominar sentimientos hasta donde se pueda (aceptándolos cuando sea necesario), siendo flexible y dispuesto a cambiar.
7. Confiar en sí mismo y en otros, y tener un optimismo básico sobre los resultados.

Por su parte, Lazarus describe dos grandes etapas del enfrentamiento de la crisis: a) el sujeto hace una primera valoración preguntándose acerca de si hay o no algún peligro: antes que cualquier enfrentamiento tenga lugar, esta valoración primaria es un proceso cognoscitivo determinante; b) el sujeto hace una segunda valoración que también implica una estrategia cognoscitiva, preguntándose en este caso ¿qué hacer?. Esta valoración dirige un cambio en la situación objetiva y también en el manejo de los componentes subjetivos (sentimientos, pensamientos, bienestar físico, conducta) relacionados con la situación.

El estado de crisis se caracteriza precisamente porque estos procesos de valoración se encuentran trastornados: por ejemplo, el sujeto no sabe cómo valorar la situación, o bien no sabe qué hacer frente a ella.

g) *Límites de tiempo.*- La mayoría de los terapeutas consideran que el estado de crisis es agudo, en términos de un ataque repentino y de corta duración. Para Caplan, la crisis se resolverá típicamente en 4-6 semanas. En realidad, lo que está limitado en el tiempo (6 semanas) es la restauración del equilibrio (cesación de la conducta errática, emociones, enfermedades somáticas) pues el ser humano no tolera periodos de desorganización muy extensos.

Esta restauración del equilibrio no implica que la crisis haya sido resuelta constructivamente, pues el mismo puede seguir una dirección disfuncional. Ejemplo: el esposo abandonado por su mujer puede sentir intenso dolor hasta 6 u 8 semanas, pero luego reducirse este dolor mediante el pensamiento "nunca más creer en una mujer". El límite temporal de las 6 semanas marca el momento a partir del cual

la crisis se comenzará a resolver positiva o negativamente, siendo este un punto central en la teoría de la crisis.

h) Fases y estados: del impacto a la resolución.- El estado de crisis se caracteriza por una secuencia más o menos fija de etapas, que diversos autores han descrito de manera aproximadamente similar. Tomemos al respecto tres versiones: Caplan (1964), Fink, Beak y Taddeo (1971) y Horowitz (1976), que aparecen esquematizadas en la figura adjunta. Caplan (1964) describe el inicio de la crisis en cuatro etapas: 1) Elevación de la tensión por el impacto del suceso externo, que promueve solucionar el problema por medios conocidos; 2) al fallar esas soluciones comunes se incrementa la tensión y aparecen sentimientos de ineficiencia y trastorno; 3) se movilizan nuevas soluciones, a partir de las cuales la crisis puede seguir cuatro cursos: se reduce la amenaza externa, hay éxito con las nuevas estrategias de enfrentamiento, redefinición del problema, o renuncia a propósitos fijos que resultan inalcanzables; 4) si nada de ello ocurre, la tensión aumenta hasta un punto donde surge la desorganización emocional grave. Fink, Beak y Taddeo describieron un modelo en cuatro etapas para la resolución de la crisis: choque, retraimiento defensivo, reconocimiento, y finalmente adaptación y cambio.

Horowitz (1976), por su parte, identifica cinco etapas o fases a partir del suceso precipitante de la crisis: 1) Negación: que puede acompañarse de entorpecimiento emocional, no pensar en lo que pasó o hacer como si nada hubiese ocurrido. 2) Conmoción afectiva: llanto, humedecimiento de los ojos, etc. El suceso precipitante puede producir negación o esta conmoción afectiva. En cualquiera de ambos casos, el proceso continúa hacia la tercera fase: la intrusión. 3) Intrusión: Afluencia involuntaria a la conciencia de ideas y sentimientos de dolor sobre el suceso. Las pesadillas periódicas u otras preocupaciones o imágenes son típicas de esta etapa. 4) Penetración: donde el sujeto puede expresar, identificar y divulgar pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis.

La resolución final de la crisis dependerá de diversos factores (Slaikeu, 1995:20), como por ejemplo la gravedad del suceso precipitante, los recursos materiales, los recursos personales, y los recursos sociales. Los recursos materiales incluyen dinero, comida, vivienda y transporte. Un déficit en alguno de esos aspectos puede convertir una situación estresante en una crisis.

Los recursos personales tienen relación con la fuerza yoica, la historia previa de situaciones estresantes, experiencias anteriores en crisis, problemas no resueltos de personalidad, bienestar físico, etc. Los recursos sociales se refieren a la gente que rodea al sujeto en el momento de la crisis, tales como la familia, los amigos, o los compañeros de escuela o de trabajo, importando en cada caso no sólo quienes pueden ayudar, sino qué clase de ayuda pueden suministrar (apoyo emocional, compañía física, etc). Los recursos sociales tienen que ver con la asistencia disponible de 'otros significantes'.

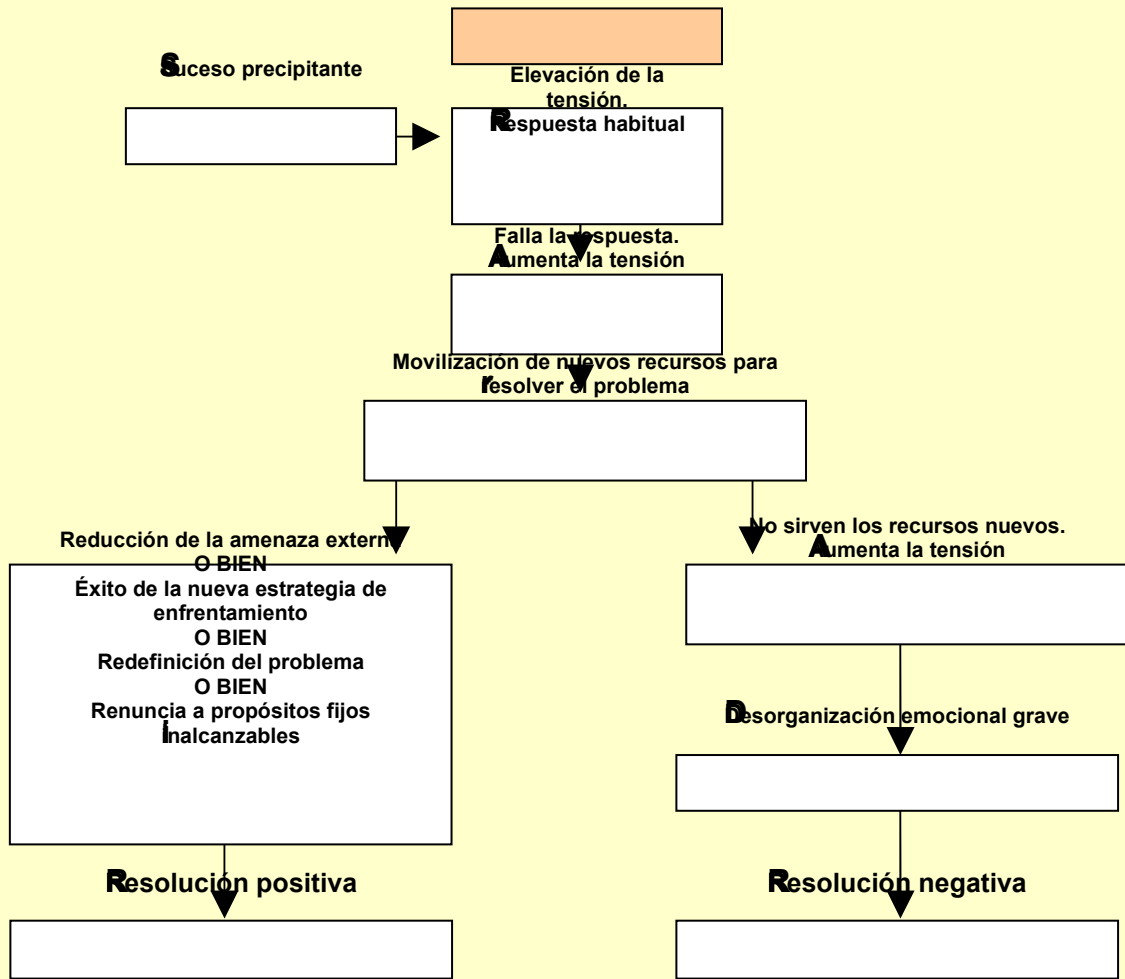
i) Resultado de la crisis: para mejorar o empeorar.- En chino, crisis significa peligro y oportunidad al mismo tiempo, con lo que se pone de relieve dos maneras de resolución de una crisis: para empeorar o para mejorar. Asimismo en inglés, la palabra 'crisis' se basa en el vocablo griego 'krinein', que significa decidir, lo que muestra a la crisis como un momento decisivo donde habrá un cambio para mal o para bien. La idea según la cual las cosas deben empeorar para mejorar suele ser aceptada en la clínica, aunque no es algo que haya sido sometido a una investigación rigurosa (Slaikeu, 1995:29).

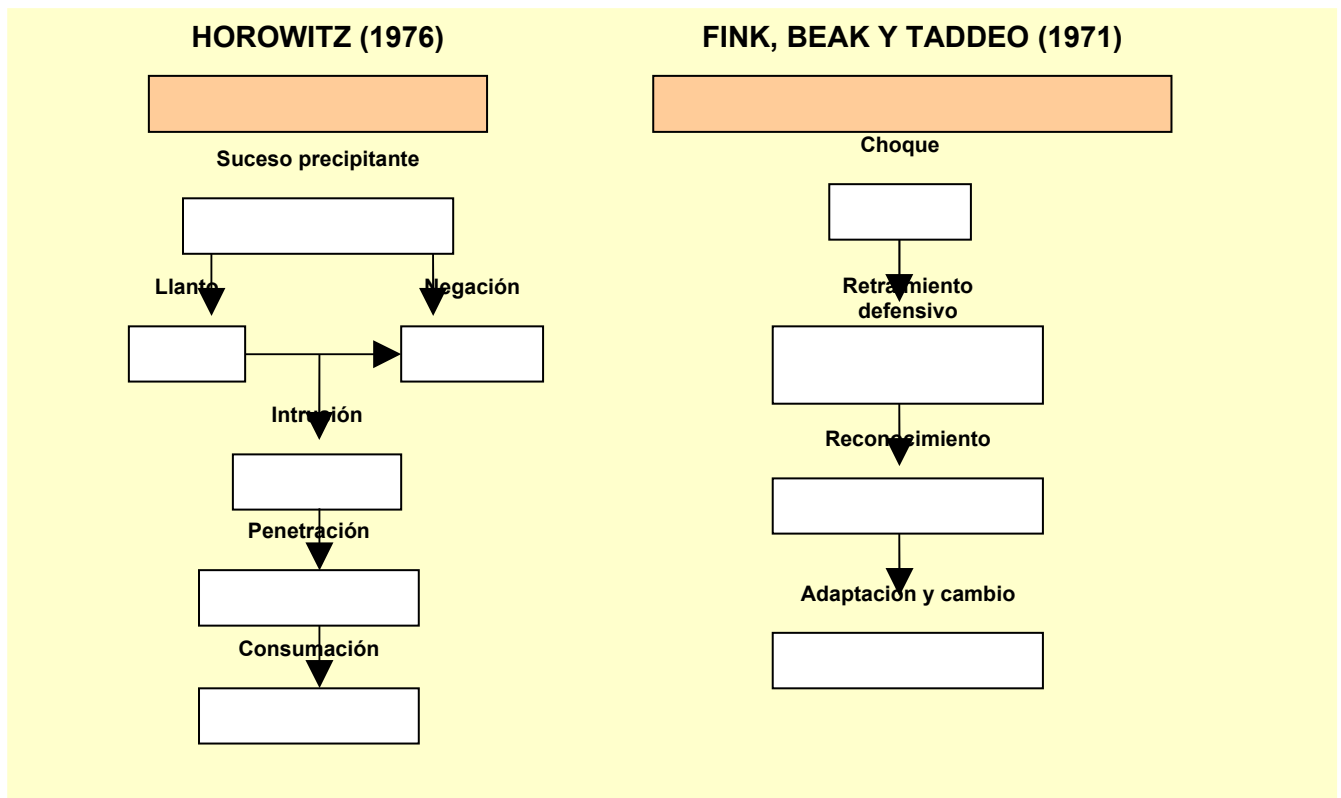
Una resolución positiva de la crisis (Slaikeu, 1995:19) implica penetrar en el suceso de crisis de modo de integrarlo dentro de la 'manufactura' de la vida, dejando a la persona abierta en vez de cerrada al futuro. En esta definición, Slaikeu destaca tres conceptos: penetrar, integrar y abierto. Para Slaikeu (1995:20), la 'penetración' incluye la reflexión sobre el suceso y su significado para la persona en crisis, expresión de sentimientos, manteniendo un grado mínimo de bienestar físico durante la crisis, además de realizar adaptaciones interpersonales y de conducta apropiadas a la situación. Baldwin (1979) resume esta etapa de la siguiente manera: a) definir problemas, abordar sentimientos, tomar decisiones o aprender soluciones a problemas nuevos o conductas de enfrentamiento; b) identificar y por lo menos resolver parcialmente conflictos subyacentes representados en o reactivados por la crisis; c) definir y movilizar recursos individuales externos e internos, hacia la solución de la crisis, y d) reducir efectos desagradables o incómodos relacionados con la crisis. 5) Consumación: esta etapa final de la experiencia de crisis conduce a una integración de la misma dentro de la vida del individuo, lo que le ha permitido reorganizar su vida en función de la experiencia atravesada.

'Integrar' en suceso en la manufactura de la vida significa "que para que la crisis se resuelva, el suceso y sus consecuencias deben finalmente tomar sus lugares a lo largo de otros sucesos e indicar la vida de la persona, formando parte de una experiencia desarrolladora. Lo contrario de esta integración está artificialmente dividido, fuera de la conciencia, haciéndolo como si no hubiera pasado o de algún modo negar su existencia" (Slaikeu, 1995:20).

'Abierto' significa que una buena resolución de la crisis deja al sujeto en condiciones de iniciar una nueva etapa en su vida, y de estar mejor provisto para ello. Implica una disposición positiva para continuar en el proceso de vivir. Lo contrario, 'cerrado', significa una crisis que desemboca en una situación donde para las personas parecen concluir muchas áreas de la vida: se apartan de sus relaciones, son incapaces de trabajar, tienen problemas para encontrarle gusto al vivir, o experimentan síntomas como la agorafobia o han continuado en enfermedades somáticas.

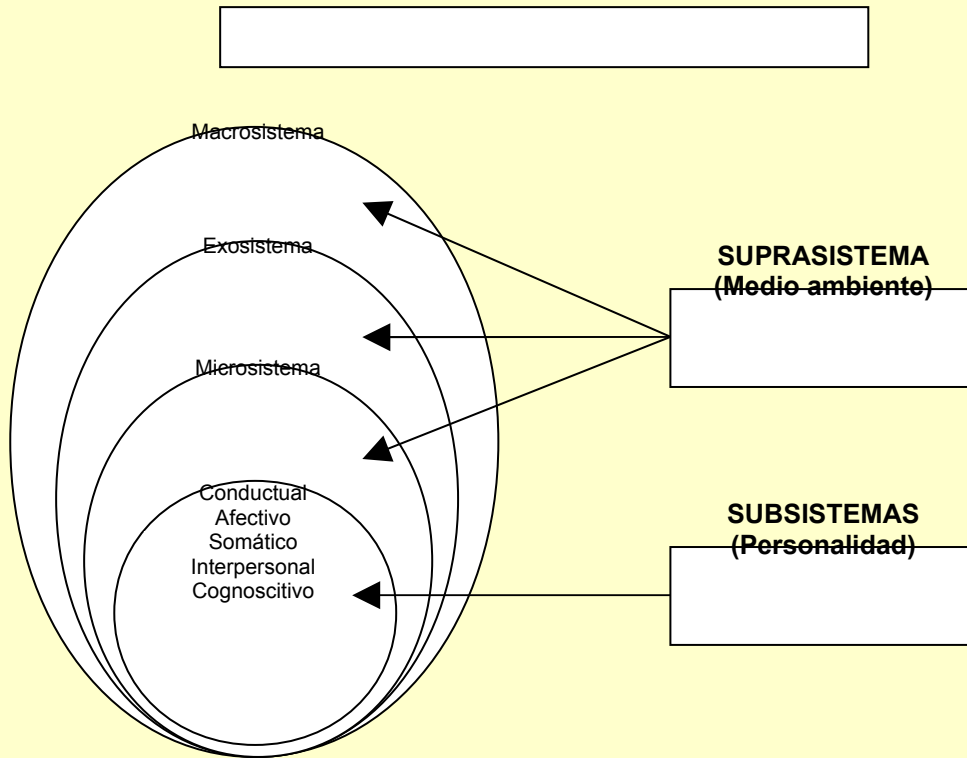
CAPLAN (1964)





Aspectos contextuales.- Las crisis no ocurren en el vacío, sino que están enmarcadas en los sistemas sociales. Por ejemplo, el desempleo -producto del sistema económico-social- precipita una crisis en el padre, lo que a su vez repercute en el sistema familiar, lo que a su vez puede ocasionar una crisis en uno de sus miembros, llamado por la escuela sistémica paciente identificado. La dinámica entre la persona y su medio ambiente inmediato puede, así, dar pistas del inicio, la duración y la resolución de las crisis individuales. Desde ya, a su vez "la resolución de todas las crisis individuales tendrá un efecto considerable sobre la salud total de vecinos, comunidad y sociedad en general" (Slaikeu, 1995:28). La psicología sistémica, basada en la Teoría General de los Sistemas de von Bertalanffy, distingue subsistemas y suprasistemas. Los subsistemas son los diferentes sectores o aspectos de la personalidad individual. Entre las muchas clasificaciones que hay al respecto, se puede mencionar la de Lazarus, que considera la persona como un sistema conformado por cinco subsistemas (CASIC): conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo (ver esquema adjunto). El estado de crisis se caracterizará por una desorganización en uno o más de estos subsistemas.

SISTEMAS CONSIDERADOS EN UNA CRISIS



El contexto de la crisis: los suprasistemas.- Los suprasistemas constituyen el contexto de la crisis, y Bronfenbrenner (citado por Slaikeu, 1995:24) describe tres de ellos que son relevantes para enfrentar las crisis: el microsistema, el exosistema y el macrosistema.

El microsistema representa la familia y el grupo social inmediato (amigos, vecinos, etc); el exosistema representa la comunidad, como por ejemplo el mundo laboral, las organizaciones vecinales, escuelas, iglesias y las estructuras gubernamentales comunitarias (incluyendo servicios sociales); y el macrosistema incluye la cultura y sus valores predominantes, normas, valores y costumbres.

El microsistema es el principal punto de apoyo en momentos de crisis, pero es también fuente de situaciones precipitantes de estrés. Los exosistemas pueden contribuir a agravar o a atenuar las crisis, mientras que los valores y normas del macrosistema determinan la manera en que los individuos enfrentarán sus crisis.

Entre el sistema personalidad y los suprasistemas, en particular el microsistema, se establecen 'transacciones' cotidianas que sirven de telón de fondo para considerar las crisis individuales. Por ejemplo, un adolescente recibe de su familia educación y medios de subsistencia, y a cambio él entrega a la familia trabajo doméstico o su visión personal de la vida.

La idea de transacción sugiere la de un principio de utilidad o funcionalidad. Los aspectos negativos de una crisis (angustia, llanto, agresividad, etc.) han de considerarse como que sirven a algún propósito, sea para la persona, sea para el suprasistema (familia o grupo social).

Tres funciones de los sistemas.- Cualquier sistema cumple tres funciones: adaptación al ambiente, integración de los subsistemas, y toma de decisiones. La desorganización en cualquiera de los tres puede conducir a una crisis.

En el primer caso, una persona que se desarrolla muy rápidamente o muy despacio según los horarios sociales puede encontrarse fuera de sincronización con el medio. En el segundo caso, una persona que sufrió un daño físico necesitará adaptar el subsistema somático a la imagen de sí mismo: una buena resolución de una crisis pasa por re- integrar los subsistemas de la personalidad. En el tercer caso, la crisis puede comprenderse como una desorganización grave en la función de tomar decisiones del organismo.

Estado de equilibrio y equifinalidad.- Se trata de otras dos propiedades de los sistemas, útiles para la comprensión de las crisis. La tendencia de los sistemas hacia el retorno a un estado de equilibrio explica porqué las personas o las familias no pueden tolerar la desorganización por mucho tiempo, estableciéndose el límite aproximado de las 6 semanas, antes indicado, para dicho retorno al equilibrio.

La equifinalidad, por su parte, alude al hecho de que un sistema puede alcanzar el mismo estado final (por ejemplo la resolución positiva de la crisis), a través de caminos diferentes (hay diferentes

alternativas para resolver la crisis, y en este sentido adquiere importancia la intervención de un consejero o terapeuta).

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Auerbach S, y Kilmann P, Crisis intervention: A review of outcome research. Psychological Bulletin, 1977, 84, 1189-1217.

Baldwin B, Crisis intervention: An overview of theory and practice. The Counseling Psychologist, 1979, 8, 43-52.

Caplan G (1964) Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.

Horowitz M, Diagnosis and treatment of stress response syndroms: General Principles. Incluido en Parad H, Resnik H y Parad L, Emergency and disaster Management (Bowie, Maryland: The Charles Press Publishers, Inc, 1976).

Kimbrell G, y Slaikeu K, The role of crisis theory in cronic illness". Unpublished manuscript, University of South Carolina, 1981.

Nowak C, Research in life events: Conceptual considerations. Paper presented at the 31st annual scientific meeting of the Gerontological Society, Dallas, November, 1978.

Slaikeu K (1995) Intervención en crisis. México: El Manual Moderno. Capítulo 2: Teoría de la crisis: estructura general.

Viney L, The concept of crisis: A tool for clinical psychologists. Bulletin of the British Psychological Society, 1976, 29, 387-395.

Crisis y estrés.- Viney (1976) resume las diferencias entre ambos estados en cuatro puntos: 1) Los patrones de enfrentamiento durante la crisis son diferentes de aquellos relacionados con el estrés. Por ejemplo, el enfrentamiento durante la crisis parece ser más 'personal', usando el sujeto menos el núcleo familiar y apoyos informales. 2) Durante el estado de crisis, el individuo tiende a ser menos defensivo y más abierto a sugerencias, influencias y apoyos, aunque esto no es característico del estrés. 3) El resultado de la crisis puede ser de debilitación o crecimiento. El estrés, por otro lado, está comúnmente relacionado con la patología y tiene como óptimo resultado la adaptación al deterioro y aflicción causados por circunstancias de la vida o el regreso al status quo. 4) La crisis se observa como incidente durante un periodo relativamente corto (alrededor de seis semanas), mientras que el estrés no está considerado para tener esta cualidad autolimitante. Este se considera con frecuencia como un trastorno crónico, desarrollándose con el tiempo, mientras que una crisis se relaciona con un trastorno repentino.

Condensado de Viney L, The concept of crisis: A tool for clinical psychologists. Bulletin of the British Psychological Society, 1976, 29, 387-395.

Crisis y enfermedad mental.- La ansiedad, el insomnio o las dificultades interpersonales que suelen aparecer en los estados de crisis hacen que el individuo crea estar volviéndose loco, pero se considera que tales desorganizaciones, a veces graves, no son signos psicopatológicos, sino entendidos como reacciones individuales frente a obstáculos insuperables que bloquean un propósito en la vida. Una crisis es una respuesta normal a una circunstancia anormal, lo que no impide que neuróticos o psicóticos puedan también tener crisis. En sí misma, una crisis no es indicadora de psicopatología ni de normalidad. Esto dependerá de: a) si antes y después de ella hubo periodos de estabilidad psíquica, y b) si la crisis desemboca en una resolución positiva hacia el crecimiento y la salud.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Crisis juvenil.- La crisis juvenil ocurre entre los 15-16 años e la mujer y los 16-17 años e el varón. En las edades indicadas, según Busemann se da una corta fase pospuberal de activación, llamada crisis juvenil. En contraste con la posterior fase adolescente, de sosiego, la crisis juvenil es de excitación e inquietud, y sus características son las siguientes:

a) *Disminución del rendimiento corporal y espiritual.-* Disminuye el rendimiento en el trabajo y el estudio. La atención se distrae hacia otros intereses, disminuyendo la facultad de crítica. Hay inquietud motora, mayor afectividad, labilidad y tendencia a la disociación. Surgen estados de ánimo que pueden predisponer al suicidio.

b) *Armonización de la figura.-* El cuerpo va modelándose armónicamente al aumentar el crecimiento en ancho sobre el alto. La forma corporal variará según cada sexo. Una vez alcanzada la madurez, sobreviene el llamado estadio de la función donde se desarrollan a pleno las formas femeninas y las atléticas masculinas, con despliegue de las funciones sexuales.

La armonización del cuerpo repercute en una armonización de la expresión, como por ejemplo el encanto femenino y la mesura y dominios masculinos. Aumenta la seguridad en los modales y disminuye la inclinación a los conflictos sociales.

c) *Armonización de la conducta.-* En relación a la sociedad y al propio rendimiento, el cual progresa bastante.

d) *Extraversión y consolidación de la estructura psíquica.-* El cambio exterior se basa en un cambio interior. Si antes estaba reconcentrado en sí mismo, en su caos interior, ahora retorna al mundo más autoafirmado luego de su época de agitación interior. La estructura psíquica se consolida, es decir, se aproxima a su estructura definitiva. La extraversión y consolidación de la estructura psíquica continuará durante la fase siguiente, la adolescencia, y puede verse en tres clases de facultades y funciones psíquicas: la orientación, los impulsos y los sentimientos.

Condensado de Remphein Heinz (1980) Tratado de psicología evolutiva. Editorial Labor. Capítulo 17.

Generalidades.- El autor comienza aclarando que hay dos concepciones sobre las crisis: la sistémica y la psicoanalítica.

La concepción sistémica entiende la crisis como una alteración del equilibrio. Tanto se trate de crisis evolutivas (momentos de la vida) como de crisis accidentales, en la concepción sistémica el organismo busca restablecer la estabilidad perdida introduciendo modificaciones estructurales, como resultado de lo cual se saldrá o bien transformado, sobreadaptado o desorganizado. La crisis se produciría cuando los problemas superan las fuerzas reequilibradoras más tiempo de lo tolerable. Tal la concepción de autores como G. Kaplan y Selye (este último definió el estrés o síndrome de adaptación).

La concepción psicoanalítica se ve sobre todo en la descripción del trabajo de duelo. El énfasis de la crisis recae sobre objetos, que serán catectizados o descatectizados en el marco de una estructura. Es el pasaje de una estructura narcisista dual a otra edípica triangular y abierta a lo social, pasaje que se hace por pérdida del equilibrio estructural y la intervención de defensas que buscan restablecer el equilibrio amenazado por las ansiedades paranoides y depresivas.

Ambos modelos, estructural y sistémico, hablan de pérdidas de equilibrio en relaciones estables de objetos, y entienden la crisis como un peligro que hay que superar y una oportunidad para el cambio.

El concepto de crisis vital parte de la idea de una estructura con objetos previos, estructura conformada por partes o 'funciones' que crean un campo de posibilidades o contexto de creación que promueve la imaginación activa.

Diferenciamos tres niveles estructurales: a) psicosocial: relaciones y configuraciones psicosociales como sistemas de interacción inestables; b) psíquico: lo estructural inconciente está dado por las configuraciones 'objetales' o mundo representacional; c) mítico: muy ligado a lo cultural.

Las crisis vitales nos ponen en un estado de 'disponibilidad', donde dudamos de nuestras representaciones: lo percibido no es creído. Se suspenden las evidencias racionales y somos convocados como sujetos de experiencia en un campo de posibilidades polivalente donde coparticipamos de valores de la cultura viva (contexto creativo originario). Allí se ponen en movimiento las nuevas imágenes que, transformadas en representaciones, funcionan como ideas que luego la racionalidad y el trabajo irán dando cuenta o no de su bondad.

En las crisis vitales se pone en juego la imaginación activa que transmuta tiempo y espacio dando nuevo sentido a lo percibido, que toma el carácter de inédito, nuevo: no representa nada previo (como la imaginación pasiva o fantasía, o lo imaginario) sino simplemente la experiencia vivida en ese momento.

Este concepto de crisis del autor no excluye los modelos sistémicos y psicoanalíticos: los extiende a un campo estructural sin objetos donde la experiencia vivida es original, generando acontecimientos nuevos, únicos e irrepetibles. "Crisis" porque crea un campo de posibilidades, y "vital" porque nos conecta con la génesis del sentimiento de identidad y del pensamiento, génesis filogenética que nos conecta con la cultura.

Cuando ocurre una crisis vital, a nivel psicosocial cambian las relaciones del sujeto con los demás, a nivel psíquico inconciente se liberan por un momento las fijaciones por identificación a representaciones reprimidas, de manera tal que el Yo queda subsumido en la imaginación activa o creativa. La crisis vital es un momento dentro de la búsqueda de identidad y la creación humana en el devenir histórico. Alcanzada esta primera etapa, permitirá enriquecer las otras crisis que hemos definido como 'psicosociales' (evolutivas o accidentales) e 'intrapsíquicas' (duelo).

Algunas definiciones operacionales aclararán aún más el concepto de crisis vital. Definimos objeto como aquella representación mental de la cosa concreta de la realidad externa; es la representación imaginaria de la cosa real. Cuando estos objetos fantaseados no están, lo único que nos cohesiona son los valores: los valores son de todos, no es algo que podamos apropiarnos ni identificar con ellos: sólo permiten la coparticipación, y aparecen en las crisis vitales.

Definimos identidad como un sentir profundo sobre quien es uno, un sentir engañoso en la medida que se nos aparece como completo. Justamente en el momento de crisis vital aparece una identidad incompleta, aparece la falta, y nos des-identificamos de nuestra imagen anterior de nosotros mismos.

En las crisis se cuestiona la identidad y también los objetos representacionales. Entonces, si no hay objetos, ¿cómo surge el pensamiento? A partir de la experiencia vivida. Este proceso puede describirse desde la antropología (Mircea Eliade) en cuatro momentos: primero, los primitivos se disfrazaban de animales para sentirse parte de la naturaleza; segundo, esta vivencia se transformaba en imagen que los enriquecía dándoles valor, sabiduría, poderes, etc; tercero, ya tranquilizados, daban nombre a esas imágenes, podían nombrar lo vivido, y relatando entraban en la cultura; y cuarto, se relatan aquellas vivencias como leyendas, como experiencia menos inmediata (mayor distanciamiento entre naturaleza y cultura). Las crisis vitales nos ponen en contacto con la cultura por coparticipación; transformamos esta experiencia en imaginación activa que "dice" lo vivido para luego entrar en un código cultural desde el cual hablamos.

Resumen de Fernández Mouján O (1989) Crisis vital. Un modelo de transformación en psicoanálisis y psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 1.

La crisis vital como modelo teórico.- Este modelo empezó a ser pensado a partir de la evolución del yo y sus relaciones objetales, en el primer año de vida. El 'primer año de vida', más que ser un periodo cronológico que ocurrió una vez y dejó secuelas, debe entenderse como etapas lógicas por las que pasa toda crisis vital a cualquier edad. Lo que sucedió en el bebé fue un paradigma: allí se rompe ('corte') con un estado anterior intrauterino y se busca llenar el vacío con un simbiosis dinámica con la madre, más psicológica que física. Hay un 'nosotros', no hay aún unidad yoica, ni esquema corporal integrado, etc. Al no haber yo tampoco hay relaciones objetales, y esta simbiosis dinámica es la primera estructura edípica, una estructura sin objetos pero con una unidad vivida como propia por un cuerpo vivido, no integrado. Ante el desconcierto del parto, el bebé debe crearse un mundo propio mediante la imaginación activa, que pueda darle identidad.

Poco a poco se va integrando el cuerpo y se discrimina un adentro y un afuera, con lo que la simbiosis dinámica entra en crisis y da lugar a una nueva estructura, la narcisista, donde hay un Yo y un objeto en desarrollo. Es el segundo momento del primer año de vida, y ocurre alrededor del tercer mes de vida. Aquí hay un primer objeto que es el mundo como totalidad creada por el bebé. Luego este mundo se irá individualizando hasta constituir un segundo objeto, que es el Yo corporal sobre el cual se asienta el narcisismo. Este Yo es placer, niega todo displacer como interno. Se instala así un narcisismo primario con las siguientes características: 1) hay un Yo incipiente, 2) una unidad pulsional dentro de un 'reservorio' libidinal, 3) la salida de la simbiosis dinámica y el autoerotismo, 4) capacidad de discriminar adentro y afuera, 5) surgimiento de un nuevo sentimiento de identidad que proviene del Yo, y 6) posibilidad de desarrollo de un Yo con autonomía relativa para relacionarse con objetos.

Agreguemos dos hechos fundamentales: primero, las pulsiones sexuales se apoyan en las de autoconservación, y segundo, aparece el lenguaje como forma de nombrar las cosas que antes sólo se experimentaban. Hay una especie de 'ceguera neurológica', única en el ser humano, que permite la no atadura a ciertos objetos instintivos y la creación de una visión interna. Luego viene una segunda ceguera de tipo libidinal por la cual los objetos se ven de tal forma que evitan la frustración de la realidad externa. Estos objetos psíquicos darán lugar a lo imaginario y luego el lenguaje hace que adquieran mayor objetividad cuando pueden ser nombrados.

La segunda etapa, narcisismo normal, tiene microetapas o grados que se van alejando de lo ilusorio y acercándose más al objeto real, interno o externo. El primer grado es el narcisismo primario (el yo se toma como objeto ideal identificándose con él, rechazando todo lo externo). El segundo grado es el narcisismo secundario, donde el yo proyecta el ideal en un objeto parcialmente reconocido y se identifica con él como ideal, como si mediante el vínculo lo completara. El tercer grado y los sucesivos implican reconocer cada vez más e ir rompiendo el vínculo ilusorio con el objeto idealizado y su consecuente identificación con ese ideal. El objeto se afirma como estructura edípica objetivada y se entra en la tercera etapa: edípica, donde ya existe un reconocimiento de la autonomía relativa del Yo y los objetos son percibidos como cosas externas.

Para llegar a la tercera etapa se hubo de pasar por una crisis narcisista. La salida de lo ilusorio nos lleva a lo relacional: se logra un nuevo sentimiento de identidad que llamamos 'identidad del grupo social'.

El primer año de vida sirve entonces como modelo teórico de toda crisis vital. En toda crisis vital existe un orden lógico de tres etapas: la simbiosis dinámica, la estructural narcisista y la triangular edípica. Las tres estructuras se enriquecen mutuamente. A cualquier edad las crisis parten de lo más abarcativo cultural (identidad grupal), se individualizan (identidad del Yo), para relacionarse en lo social (identidad del grupo social), recorrido que está marcado por la 'falta'.

Resumen de Fernández Mouján O (1989) Crisis vital. Un modelo de transformación en psicoanálisis y psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 2.

El modelo de crisis vital confrontado con conceptos teóricos del psicoanálisis.- El objetivo de este capítulo es comparar las cuatro etapas del modelo de crisis vitales (A1, A2, A3 y A4) con conceptos teóricos del psicoanálisis.

El modelo de crisis vitales.- Este modelo define cuatro tiempos en toda crisis vital:

A1) La crisis vital comienza cuando la estructura anterior de relación objetal ha perdido vigencia por motivos accidentales o evolutivos. Se pone en duda lo que se percibe, el yo deja de ver como antes y acepta entrar en confusión.

A2) Crisis vital propiamente dicha. Momento breve de confusión donde el yo pierde el control de los objetos y limita al máximo su sensopercepción (atención flotante, sin memoria y sin deseo). El pensamiento es intuitivo y a partir de una imago nos pone el contacto con el todo cultural.

A3) El sujeto empieza a organizar, no ya desde un contexto cultural sino desde un psiquismo individual un pensamiento imaginario que busca objetivar idealizadamente lo percibido y remitirlo a una estructura que lo vaya codificando en un lenguaje comunicable.

A4) Cuando la prueba de la realidad es tolerada, la etapa narcisista entra en crisis y el yo acepta la realidad externa e interna con mayor objetividad, pero desde la nueva estructura edípica que reconoce al tercero.

A continuación, relacionaremos cada uno de estos cuatro tiempos con otros conceptos, viendo en cada uno de estos últimos como se relaciona con los cuatro tiempos de las crisis vitales.

Primer año de vida

A1) Crisis del parto.

A2) Simbiosis: se vivencia desde un cuerpo como grupo que le da identidad grupal. Aparato psíquico grupal.

A3) Narcisismo: nace el aparato psíquico individual. El Yo crea vínculos idealizados para negar la pérdida del estado simbiótico. Aparece el objeto transicional. El narcisismo entra en crisis porque ya no se necesita tanto al objeto y se lo puede empezar a amar.

A4) Edipo. El aparato psíquico adquiere más autonomía, crece la autoestima y busca ser reconocido por nuevos objetos. El objeto interno y el externo desempeñan roles en la estructura psicosocial. Las fantasías van tolerando la prueba de la realidad.

Cuerpo

A1) ----

A2) Cuerpo 'vivo' donde se registra la experiencia simbiótica con el cuerpo materno. Cuerpo transubjetivo.

A3) Cuerpo subjetivo pues se forma el esquema corporal como reservorio narcisista. Cuerpo erógeno, amado.

A4) Se reconoce el cuerpo anatómico con todas sus partes, y reconoce otros cuerpos. Cuerpo objetivado.

Identidad familiar

A1) Confusión y angustia: se pone en crisis la identidad familiar, social y de Yo familiar.

A2) Se pierde la familia como objeto pero surge como valor, grupo en sí mismo: identidad familiar.

A3) El Yo se identifica con su familia como objeto interno idealizado.

A4) La crisis narcisista rompe el vínculo idealizado y aparece la familia dadora de identidad del grupo psicosocial, y se asumen roles.

Duelo

A1) La pérdida del objeto provoca también la pérdida de las partes del yo ligadas al objeto.

A2) No existe en el trabajo de duelo el nivel regresivo de la identidad grupal.

A3) La sombra del objeto recae sobre el yo. El vínculo idealizado ayuda a disociar y evitar la ambivalencia. Luego se podrá integrar lo bueno y lo malo.

A4) Prueba de la realidad dolorosa que implica la pérdida objetal.

Sujeto y Yo

A1) ----

A2) El sujeto se constituye a partir del reconocimiento como 'otro' que la madre realiza desde su Edipo original. Es una experiencia prelingüística.

A3) Aparece el sujeto lingüístico. La crisis narcisista surge cuando el padre empieza a nombrarse.

A4) El Yo como sujeto del lenguaje social que requiere mayor convención y comunicación. El Edipo distribuye libido entre objetos psicosociales.

Imaginación activa y pasiva

A1) La puerta en donde sé lo que pienso y fantaseo por su repetición o ineficacia en el acto sublimatorio (?).

A2) El acceso a la coparticipación grupal nos pone en contacto con la cultura como contexto abierto a un espacio y tiempo de la física clásica. Este espacio y tiempo son ignorados por la imaginación activa (o creativa), que abren ambas dimensiones a una historia como acontecimiento. El deseo busca lo nuevo, la realización de su ser.

A3) Esta realización entra aquí en la etapa de una búsqueda de identidad del Yo. Aquí se ubica lo imaginario o imaginación pasiva, donde siempre partimos del otro para constituirnos en Yo.

A4) La imaginación activa y pasiva encuentran su forma convencional social, siendo ambas la matriz de toda simbolización lingüística.

Lo mítico

A1) ----

A2) Aquí está lo mítico como estructura básica porque remite a un espacio y tiempo original; no se repite una situación regresiva sino progresiva que interpela los orígenes y el futuro.

A3) Salido de la experiencia grupal (cultural) el Yo se individualiza y establece defensas buscando repetir la primera experiencia de satisfacción (ideal).

A4) Las presiones del Edipo psicosocial lleva a que las fantasías defensivas ante el impacto Yo-otro se conviertan en una novela familiar ante la conflictiva edípica.

Regresión

A1) Punto de partida psicosocial que se cuestiona.

A2) Regresión filogenética donde coparticipamos de una experiencia mítica de los valores originarios que nos remiten a la situación originaria. Máxima sublimación.

A3) Regresión freudiana propiamente dicha a puntos de fijación infantil que se repiten en sueños, síntomas y transferencia.

A4) Salida de la situación regresiva que nos permite resignificar hechos traumáticos y olvidados.

Aparato psíquico

- A1) El equilibrio de energía y carga libidinal se rompe por la situación crítica, alterando la percepción.
- A2) Aparato psíquico grupal entendido como simbiosis dinámica, coparticipación en una identidad grupal. Corresponde al Ello primordial.
- A3) El aparato psíquico individual supone un ello, un yo y un superyo. Desde el narcisismo empiezan a importar los conflictos intrapsíquicos.
- A4) El aparato psíquico grupal y el individual entran en confrontación con el aparato institucional y social. La identidad se cohesiona en la identidad del grupo social.

Sublimación

- A1) Los ideales y la idealización entran en conflicto, así como también la idealización y la realización.
- A2) La coparticipación de valores culturales es el objetivo de la sublimación pues logra unir un grupo por un ideal no cargable libidinalmente que corresponde a la búsqueda de ser.
- A3) La retirada de la libido sobre el Yo desexualiza el fin (sublimación) hacia otros valorados socialmente.
- A4) La sublimación recorre lo social, cargando roles u objetos de la realidad ambiental. Coinciden socialización y sublimación en sus funciones.

Identificación

- A1) Las identificaciones empiezan un proceso de desprendimiento de los objetos para liberarse de ellos. Se produce una des-identificación donde se suspenden las relaciones de objeto, permitiendo coparticipar en un campo grupal.
 - A2) El Yo suspendido no percibe objetos: sigue la coparticipación grupal. Se forma por identificación un Self (no un Yo).
 - A3) La individuación nos saca del grupo por un Yo que va asimilando la experiencia mediante representaciones con las que se identifica para controlar. En este nivel narcisista, identificarse es una forma de idealización donde mediamos entre ideales y realidad.
 - A4) Se pasa de lo intrasubjetivo a lo intersubjetivo mediante procesos de identificación proyectiva opuestos a los de A1. Se idealiza el objeto externo, donde es puesto el Ideal del Yo.
- Resumen de Fernández Mouján O (1999) Crisis vital. Un modelo de transformación en psicoanálisis y psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión, 2º edición. Capítulo 4.

Crisis vital, creación y sublimación.- La experiencia creativa en salud mental no es muy diferente de la experiencia creativa en ciencia y en arte. Lavoisier descubrió el oxígeno porque pudo desidentificarse o desapegarse de sus conocimientos previos y ver la situación con ojos nuevos. Lavoisier entró en crisis vital porque cuestionó los supuestos previos imperantes en esa época. Vio todo desde 'cero', pero para ello tuvo que salirse del lugar de observador y poder co-participar de la experiencia, generando sabiduría y conocimiento.

Dentro de la salud mental, la creatividad mejora la 'calidad de vida'. Para entender este último concepto partimos de la idea de que el narcisismo humano normal necesita ilusionarse acerca de que es perfecto para poder tolerar la frustración del desajuste, sabiendo que lo que ve es relativo y que requiere ser puesto a prueba. Pero si nos quedamos fascinados (como observadores científicos) por la creencia en que la cantidad de información nos ajustará a nuestro ambiente y no sufriremos la desilusión, nuestra cultura científica se divorciará de nuestra 'cultura viva'.

Necesitamos de los objetos para ajustarnos a la realidad, pero quedarnos fascinados por su posesión y dominio reduce nuestra calidad de vida. Esta es entonces la posibilidad del sujeto de 'desprenderse' de los objetos para descubrir su realidad como otro, para lo cual debe coparticipar de un orden que nos aproxima vívidamente a la realidad cultural y no sólo con ilusiones representacionales. La realidad para el humano es inagotable, no así para el animal, que se agota en el simple acto instintivo.

Lo fundamental de la calidad de vida es la capacidad creativa, y toda crisis vital es un "contexto de creación", concepto este último que conviene desarrollar más. Cuando logramos desapegarnos de los objetos, el Yo suspende su protagonismo y queda reducido a una experiencia grupal de coparticipación cuya identidad es vivenciada como un 'nosotros'. Precisamente el contexto de creación es ese lugar 'vacío' de determinaciones ilusorias donde 'lo real' se hace presente por un momento para ofrecernos una nueva oportunidad de transformarnos en un 'nosotros', donde se suspende nuestro narcisismo y nuestra ilusión, y podemos crear un mundo singular.

Un contexto de creación supone entonces: 1) coparticipar de una experiencia comunitaria donde la cultura viva se ofrece como contexto inconciente interpelador. Para ello deja sus 'objetos' y sale a buscar lo inabarcable; 2) dicha experiencia 'estalla' cuando surge una imagen o escena mítica que evoca o da cuenta de toda la experiencia, como un símbolo vivo; y 3) sólo entonces ponemos sonido y palabra para poder comunicar dicha experiencia.

Debemos considerar como alcanzamos el contexto de creación a través de una crisis vital. Estas crisis tienen una entrada y una salida. La entrada supone una regresión hacia el narcisismo, alcanzando la estructura coparticipativa sin objeto de máxima creatividad. El camino de salida, en cambio, es progresivo, pues se dirige hacia nuevos objetos psíquicos y externos. El proceso sublimatorio en la salida se hace a través del narcisismo, un proceso de idealización dinámico, hacia ideales personales y sociales que inhiben la descarga pulsional permitiendo tareas sublimatorias en el arte, los afectos, e trabajo, etc.

El mecanismo sublimatorio alcanza una triple liberación: desexualización, desnarcización y decodificación del lenguaje, o sea nos lleva a un campo presexual, prenarcista y prelingüístico.

Es presexual por la estructura mítica fundante o simbiosis dinámica donde las funciones constituyen una estructura que actúa como las leyes de parentesco que marcan las primeras diferencias y encuentros, anteriores a la diferencia de los sexos.

Es prenarcista porque el Yo queda subsumido por un 'nosotros;' que nos da identidad grupal y un aparato psíquico grupal. Sería un Ello primordial.

Prelingüístico porque la sublimación nos lleva a liberarnos de todo código lingüístico, cuando se suspenden todas las representaciones y sólo somos Sujeto de una experiencia vivida, no nombrada ni hablada (pues no hay objeto).

Resumen de Fernández Mouján O (1999) Crisis vital. Un modelo de transformación en psicoanálisis y psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión, 2º edición. Capítulo 4.

Crisis vital.- Las *crisis vitales* son aquellas situaciones comunes a toda persona y que probablemente todos atravesaremos (adolescencia, maternidad, paternidad, jubilación, muerte de familiar). Algunas son *esperables* (jubilarse, casarse, vejez, etc.), mientras que otras son *no esperables* (contrarias al término medio del ciclo vital, como por ejemplo la muerte de un hijo). Las situaciones de crisis implican una pérdida, y aquí juega mucho la realidad psíquica de la persona, es decir lo que cree que perdió.

Bianco L (2002) Clases de Introducción a la consultoría psicológica. Buenos Aires: Escuela Argentina de Psicología Social.

CRONOPSICOLOGÍA

Definición.- La cronopsicología, como su nombre indica, tiene en cuenta la dimensión temporal en el estudio científico de los comportamientos. Estudia de una forma general las diferentes maneras con que la persona se adapta a los cambios. Para guiar nuestras conductas e intentar dominarlas debemos percibir a la vez los cambios pasados y futuros y adaptarnos en el presente a los cambios periódicos del entorno. Para ser más precisos, la cronopsicología tiene por objeto el estudio de las variaciones de comportamiento y, como dice Fraisse, estudia los cambios de comportamiento en sí mismos. La mayor parte de los trabajos realizados en cronopsicología han sido consagrados al adulto activo. Las investigaciones efectuadas en los lugares de trabajo han permitido determinar cómo las variables físicas y/ o intelectuales -como la vigilancia, la atención, los procesos cognitivos- fluctúan a lo largo de la jornada (entendida como día y noche, 24 horas), de la semana, del año.

Condensado de François Testu, "Los ritmos escolares, acercamiento cronopsicológico", en www.stemstes.org/jornada3.html

CUALIDAD

Cualidad y cantidad en psicología.- Desde la época de Weber y Fechner se viene aceptando cada vez más la necesidad de una cuantificación y matematización en psicología, incluyendo temas aparentemente poco cuantificables como la motivación. Como lo demostró Cassirer para la física y la química, los planteos cualitativos y los cuantitativos no son opuestos sino complementarios, y lo mismo pasa en psicología. Además, la matemática y la geometría tienen enfoques no sólo cuantitativos sino también cualitativos.

Tanto la teoría del campo como las teorías E-R (estímulo - respuesta), coinciden en que la psicología debe construir teorías en base a 'constructos', y formularlas matemáticamente. Aquí se ejemplificará esto con el concepto de 'frustración'.

Conceptos cotidianos y constructos científicos.- Muchas veces un concepto de la vida cotidiana como 'frustración', cuando es tratado científicamente como lo hizo por ejemplo el psicoanálisis, pulió y refinó su sentido para transformarlo en concepto científico. La teoría del campo empezó estudiando cualitativamente este problema, y así diferenció distintos tipos de frustración (cuando no hay recompensa, cuando hay castigo, cuando se está en la cárcel, etc) Pero este análisis cualitativo, representado topológicamente y vectorialmente, permite luego su análisis cuantitativo, y entonces la frustración puede explicarse por variaciones cuantitativas de fuerzas. Este procedimiento se llama 'método de construcción' o de la 'definición genética', que consiste en reducir cosas cualitativamente distintas a productos de la combinación de elementos más simples como fuerzas, etc.

La teoría del campo realizó esta tarea con el concepto de frustración recurriendo a constructos como 'fuerza psicológica', 'región psicológica', 'campo de potencia', etc, con los cuales se pudieron hacer algunas derivaciones como por ejemplo en qué condiciones la frustración llevaría a buscar una ruta indirecta, o al abandono del campo, etc. Por lo tanto un constructo psicológico es un medio que sirve para conceptualizar una idea de la vida cotidiana haciéndola científica, es decir, susceptible de ser estudiada cuali y cuantitativamente.

Condensado de Lewin Kurt, La teoría del campo en la ciencia social. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 2.

CUERPO

La acción corporal como medio de comunicación.- Para Pichon Rivière, toda categoría cognitivo afectiva comienza teniendo una inscripción corporal a nivel intrauterino. El cuerpo queda así inscripto como estructura espacio-temporal de la personalidad: espacial porque la representación de uno y del otro es corpórea, y temporal porque los tiempos de demandas y satisfacciones iniciales marcan protoaprendizajes: de aprender a aprender, aprender a enseñar y enseñar a aprender. Se aprende a aprender en la medida en que los contenidos provocan una transformación en el sujeto, que a su vez transforma la realidad en ese mismo acto. La acción física de viene en acción mental cuando la experiencia de pérdida transforma la necesidad biológica en deseo psicológico.

Condensado de Jaitin (1993) Clínica grupal en niños.

De la representación corporal a la representación del Yo-aprendo.- La primera representación del Yo es una representación corporal (imagen corporal). Pero el Yo además de ser una representación corporal es un conjunto de funciones (percepción, memoria, etc). Por ejemplo, el Yo empieza a percibirse a sí mismo, lo cual determina una ubicación en relación con un otro. El cuerpo actúa como eje organizador de representaciones desde sí hacia el otro.

Para Pichon Rivière, este proceso culmina con una estructura tetradimensional de la mente: hijo, madre (relación bicorporal), padre (relación tripersonal) y tiempo. Este último está dado por los ritmos del cuerpo, pues este percibe lo temporal cuando la necesidad no es satisfecha.

Condensado de Jaitin (1993) Clínica grupal en niños.

CULPA

Definición.- "Estado afectivo consecutivo a un acto que el sujeto considera reprensible. La razón invocada puede ser más o menos adecuada (remordimientos después de un acto delictivo o autorreproches después de un comportamiento inadecuado), o también un sentimiento difuso de indignidad personal relacionado con estados depresivos, en los que el sujeto presenta ideaciones pesimistas que tienden a la autoinculpación del propio individuo por su sensación de desesperanza".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

El psicoanálisis y el sentimiento de culpa.- Se abordan aquí tres problemas:

1) *La capacidad para sentir culpa, dada por sentada.-* Esto tiene que ver con el sentimiento de culpa en personas que han desarrollado y establecido capacidad para experimentarlo, lo cual fue especialmente estudiado por Freud.

Para Freud la culpa reside en una intención inconciente, no en un acto real cometido, y puede entenderse como una angustia provocada por el conflicto de ambivalencia amor-odio (amar y odiar al padre produce culpa), e implica poder tolerar esta ambivalencia.

La culpa surge así del choque del amor y el odio, que es inevitable si el amor incluye el elemento instintivo propio de él. Este prototipo es real en la edad del deambulador. La culpa es bastante ilógica: se puede sentir culpa por hechos casuales que nada tienen que ver con uno.

En la idea de superyó puede verse que el origen de la culpa está en la realidad interna, o sea, que reside en la intención, no en la acción. El sentimiento de culpa, aún cuando es inconciente o irracional, implica un cierto grado de desarrollo emocional, de salud del yo y de esperanza.

La psicopatología del sentimiento de culpa aparece cuando la culpa es agobiante y los hace fracasar en lo que emprenden, e implica un superyó severo. Esto se ve en la melancolía y en la neurosis obsesiva. En la neurosis obsesiva el sujeto trata siempre, sin éxito, de recomponer algo, por ejemplo anulando una idea con otra, con el fin de ocultarse a sí mismo que el odio es más poderoso que el amor. En la melancolía la culpa se expresa como autorreproche, se hace cargo de todos los males, pero al hacerlo evita tomar contacto con su propia destructividad personal (temor a que el odio sea mayor que el amor).

En suma, el sentimiento de culpa es una forma especial de angustia asociada con la ambivalencia (amor y odio coexistentes). Pero la ambivalencia y la tolerancia a ella implican en el individuo un grado considerables de crecimiento y salud.

2) *La culpa en su punto de origen en el desarrollo emocional e individual.-* Según Klein, el punto de origen de la capacidad para sentir culpa está en la posición depresiva, y tiene que ver con la relación dual hijo-madre, donde las ideas destructivas acompañan el impulso de amor hacia ella. El niño busca irrumpir salvajemente en el interior de la madre para sacar todo lo bueno, sin preocuparse por sus ideas destructivas. La culpa nace de considerar a la madre como objeto total que se ama y odia al mismo tiempo (ambivalencia), e implica una preocupación por el otro que reemplaza a la indiferencia, y una piedad que sustituye la crueldad. Adquiere la capacidad de reparar (el daño hecho a la madre) y restituir, y sentir que el bien queda protegido del mal. Esto ocurre a los seis meses.

Freud hablaba en términos de buena o mala salud, pero el punto de vista kleiniano introduce la idea de valor del individuo.

3) *El sentimiento de culpa notable por su ausencia.*- Ciertas personas no sienten culpa, remordimiento ni preocupación por el otro. Desde el psicoanálisis, esto se explica por la falta de un escenario emocional y físico para desarrollar la capacidad de sentir culpa.

Al principio, el yo no es lo suficientemente fuerte como para aceptar la responsabilidad por los impulsos del ello. Conforme se desarrolla el yo, puede hacerlo. Si no hay un desarrollo satisfactorio, no se desarrolla la capacidad para preocuparse por el otro ni la culpa.

Los artistas no desarrollan el sentimiento de culpa pero pueden socializarse gracias a su excepcional talento.

Pérdida y recuperación del sentimiento de culpa.- Estos efectos se producen por la variabilidad de la confiabilidad del ambiente. Freud decía que el delincuente sentía culpa, y luego cometía un delito porque estaba prohibido, y así aliviaba su culpa pues por lo menos ésta quedaba ligada a algo.

La clínica nos habla de dos tipos de conducta antisocial: la picardía de los niños, donde vemos un intento inconsciente de dar sentido a un sentimiento de culpa. Aquí, lo reprimido no es tanto la culpa como la fantasía que la explica.

El otro tipo es más raro y más grave, como por ejemplo cuando se cometen crímenes horrendos. El criminal se esfuerza mucho por sentir culpa, pero sin éxito, y por eso para ayudarlo a sentir culpa debemos darle un ambiente infantil. Es difícil la curación, por lo que debe ponerse el énfasis en la prevención, dando al niño pequeño un ambiente facilitador para que pueda desarrollar un sano sentimiento de culpa.

Winnicott D (1958) El psicoanálisis y el sentimiento de culpa. Incluido en Winnicott D (1996), Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós.

Según M. Klein.- "Doloroso reconocimiento de haber dañado al propio objeto u objetos amados. Se origina en la posición depresiva, cuando se experimenta ambivalencia hacia los padres percibidos como objetos totales. Los padres ambivalentemente amados introyectados durante la posición depresiva forman el núcleo del Superyó".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 121.

Culpa agresión y reparación según M. Klein.- "He visto que las tendencias de reparación y las fantasías son activadas por los sentimientos de culpabilidad y las angustias, que aparecen ya en el niño muy pequeño a causa de sus fantasías sádicas, de manera que las tres tendencias (agresión, sentimiento de culpa y reparación), en relación con los procesos tempranos de introyección, se conectan muy pronto íntimamente entre ellas".

Klein M (1935) Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos, incluido en Obras Completas Melanie Klein (Volumen I: Amor, culpa y reparación), Buenos Aires, Paidós, 1999, pág. 272.

Culpa y depresión.- Melanie Klein vinculará estos conceptos señalando que en la depresión hay una pérdida de un objeto bueno o un daño inflingido a él. Como resultado de ello, el yo ingresa en un estado depresivo, en cual va acompañado de un sentimiento de culpa porque fantasea con que esa pérdida o daño fue ocasionado por él, por ejemplo al intentar destruir el objeto total (buen y malo al mismo tiempo).

Al respecto ella señala: "He visto que las tendencias de reparación y las fantasías son activadas por los sentimientos de culpabilidad y las angustias, que aparecen ya en el niño muy pequeño a causa de sus fantasías sádicas, de manera que las tres tendencias (agresión, sentimiento de culpa y reparación), en relación con los procesos tempranos de introyección, se conectan muy pronto íntimamente entre ellas" (Klein M, pág. 272).

En la melancolía, en la opinión de Freud (Duelo y melancolía), la libido libre no fue desplazada sobre otro objeto sino retraída sobre el yo, es decir, se produjo una identificación del yo con el objeto perdido, y de esta manera los reproches del yo hacia la persona perdida se convierten ahora en autorreproches. Los reproches con los cuales el enfermo se abruma corresponden en realidad a otra persona, a un objeto erótico, y han sido vueltos contra el propio yo (regresión de la libido del yo), autorreproches que se dirigen desde la conciencia moral. Aquí debemos entender, en esta última afirmación de Freud, la conexión de la depresión con los sentimientos de culpa, que tienen sus orígenes en este Superyó tan severo característico del melancólico.

En síntesis, cuando se produce la pérdida de un objeto amado (amor), se establece un estado de ánimo depresivo (depresión), pérdida que el yo puede adjudicar a su propio accionar en función de la fantasía de que él mismo dañó el objeto, con lo cual experimenta un sentimiento de culpabilidad (culpa).

Freud S (1917), Duelo y melancolía, en Obras Completas, Tomo II, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.

Klein M (1935) Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos, incluido en Obras Completas Melanie Klein (Volumen I: Amor, culpa y reparación), Buenos Aires, Paidós, 1999.

Culpa y deuda.- Heidegger utiliza la palabra alemana Schuld para referirse a la responsabilidad con nosotros mismos y significa tanto *culpa* como deuda. Si no hacemos lo que sabemos que deberíamos hacer, sentimos culpa; hemos adquirido una deuda con nuestro potencial. Y como el Dasein es siempre

una cuestión de potencial, por principio natural nunca se verá satisfecho del todo. Por tanto, hasta cierto punto siempre estaremos "en deuda" con el Dasein.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Ludwig Binswanger. Traducción de Gautier Rafael.

Culpa y tratamiento psicoanalítico.- "Un grupo nutrido de analistas defiende la tesis de que solamente a través de la aceptación de la culpa y de la reparación del daño causado por ella un analizado podrá llegar a un buen objetivo terapéutico, mientras que otro grupo menos numeroso admite que es la culpa la responsable por la enfermedad que padece el individuo achacado de una dolencia orgánica o emocional. En estos casos hay que suprimir el sentimiento de culpabilidad para que el sujeto pueda encontrar libre tránsito hacia la cura".

Abuchaem J, La culpa nuestra de cada día. Buenos Aires, Diario La Nación, 6 de abril de 1987.

Culpa según Melanie Klein y Winnicott.- "Para Melanie Klein, la esencia de la culpa reside en la sensación de que el daño hecho al objeto amado tiene por causa los impulsos agresivos del sujeto. La necesidad de anular o reparar este daño proviene, pues, del sentimiento de culpa. No puede dar una respuesta precisa al planteo de si la culpa es un componente de la ansiedad depresiva y, ambas son dos aspectos de un mismo proceso que coexisten simultáneamente, o si una es consecuencia de la otra. Afirma, sin embargo, que en los primeros meses de vida, la ansiedad persecutoria puede interferir y retardar el proceso de integración, y las experiencias de ansiedad depresiva, culpa y reparación, solo alcanzan a tener un carácter transitorio y fugaz. En consecuencia, 'el objeto amado dañado puede transformarse rápidamente en perseguidor, y la necesidad de reparar o revivir el objeto amado puede convertirse en la necesidad de apaciguar y propiciar al perseguidor'" (Grimberg, 1978:87-88).

"Ahora bien, lo que caracteriza esencialmente a la culpa depresiva es el anhelo de reparar al objeto que se siente dañado por los propios impulsos destructivos. Esta necesidad insaciable de reparar, preservar o revivir el objeto amado conduce a estados de duelo y a sus defensas correspondientes. La misma tendencia de reparar, utilizada omnipotentemente en un principio, puede considerarse como una defensa, tal como fue señalado por Melanie Klein. Pero en este caso dicha tendencia preparatoria concebida en forma maníaca u omnipotente, corresponderá más a la culpa persecutoria que a la depresiva".

"Según Winnicott, el estudio del sentimiento de culpa implica un estudio del crecimiento emocional del individuo. En términos del Yo-Ello, el sentimiento de culpa es apenas algo más que una ansiedad caracterizada por una cualidad especial, ansiedad que experimenta debido al conflicto entre el amor y el odio. Según este autor, la culpa implica tolerancia de la ambivalencia. En otro pasaje en que relaciona el sentimiento de culpabilidad con el complejo de Edipo, señala que la culpa implica que el niño es capaz de tolerar y sobrellevar el conflicto que, de hecho, es un conflicto inherente a la vida normal. Y agrega que el sentimiento de culpa significa que el Yo comienza a establecer relaciones con el Superyó. La ansiedad ha madurado en culpa. 'El sentimiento de culpa, aun inconciente y aparentemente irracional, implica un cierto grado de crecimiento emocional, salud del Yo y esperanza'" (Grimberg, 1978:134).

Grimberg León (1978) Culpa y depresión: estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós.

CUNNILINGUS

Definición.- "Contacto y estimulación por medio de los labios y la lengua de los órganos sexuales femeninos. Esta forma de relación sexual es normal y sana. Su práctica dependerá del acuerdo entre las personas participantes. Puede suponer el aumento de la excitación y el placer sexual. No es una práctica sexual exclusiva de las relaciones homosexuales ni supone excluir la afectividad y la comunicación. Existe, asimismo, la práctica simultánea con la fellatio".

Barragán Medero F, (1991), La educación sexual. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós, pág. 152.

DARSE CUENTA

Definición.- (I.: *awareness*) (TG) Es siempre una experiencia subjetiva que incluye algo más que una comprensión intelectual acerca de algo interior. Es total, orgánico, compromete toda respuesta que podamos dar en todas las áreas de nuestras conductas posibles. Es darse cuenta de sí mismo, darse cuenta del mundo y darse cuenta de lo que está en el medio (zona intermedia de la fantasía). El proceso de darse cuenta es siempre cabal, diferente del insight en cuanto incluye no solo conductas psíquicas sino también físicas. Vincula el interior de un organismo con su capacidad de entender y resolver en el ambiente. (Tengo sed, mi modo de darme cuenta de que preciso agua. Huyo de un incendio, mi modo de darme cuenta de que reconozco el peligro. Siento deseos de tomarte entre mis brazos, mi modo de darme cuenta de tu pedido de ayuda y mis ganas de dártela).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DASEIN

Definición.- Término alemán de la filosofía existencialista que quiere decir: "Estar ahí". Significa la existencia humana de esta tierra.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Binswanger adoptó los términos y conceptos introducidos por el filósofo Martin Heidegger. El primero y más importante de los términos es Dasein (literalmente, ser ahí) al que muchos existencialistas se refieren para hablar de la existencia humana. Aunque, como hemos dicho significa literalmente "estar ahí", acarrea consigo otras connotaciones sutiles: el término original en alemán sugiere una existencia continua o la continuidad de la existencia, la sobrevivencia, la persistencia. Además, el énfasis en la parte "da" o "ahí", tiene el sentido de estar en el medio de todo, en el grueso de las cosas. También este énfasis tiene el sentido de estar ahí como lo opuesto a estar aquí, como si no estuviésemos adonde pertenecemos; como si estuviésemos más dirigidos hacia otra cosa.

Aunque no existe una traducción precisa del término, muchas personas utilizan la palabra existencia o existencia humana. Existencia se deriva del latín *existare*, que significa el hecho de existir; vida del hombre y por oposición a esencia, realidad concreta de un ente cualquiera. Tal y como se puede percibir, esta definición acarrea consigo algunos de los conceptos subyacentes a la palabra *dasein*: ser distinto, ir más allá de uno mismo, volver a ser.

Aún existen otras acepciones para Dasein: Heidegger se refería al mismo como apertura (*Lichtung*), igual que pradera, apertura en el bosque, ya que Dasein es lo que permite al mundo revelarse. Sartre también comparte este sentido de apertura, al referirse a la existencia humana como la nada. De la misma forma que el agujero solo existe en virtud de algo sólido, Dasein se erige en un agudo contraste a la "estrechez" de todo lo demás.

La cualidad principal de Dasein, siguiendo a Heidegger, es el cuidado (atención) (*Sorge*). El "estar ahí" nunca es una cuestión de indiferencia. Estamos constantemente envueltos en el mundo, en los demás y en nosotros mismos. Estamos comprometidos o envueltos con la vida. Podemos hacer muchas cosas, pero el descuidar no es una de ellas.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Ludwig Binswanger. Traducción de Gautier Rafael.

DASEINSPSYCHOLOGIE

Generalidades.- (Al.) Psicología de la existencia, elaborada basándose en las teorías filosóficas existencialistas de Heidegger, por el psiquiatra suizo *Ludwig Binswanger*, el iniciador e introductor de una *análisis existencial* (*Existentialanalyse*) y propulsor de una *Psicoanálisis U*. El ser humano no "aparece" solamente en el mundo, sino que está en el mundo con su existencia peculiar y singular. El análisis de los factores de su existencia y la síntesis telológica *¿para qué existe?* nos abre la posibilidad de comprender al ser humano en su universalidad psicológica, es decir, en su totalidad psicosomática como instrumento y en su actuación como ser espiritual. Por ello, para Binswanger la psiquiatría como ciencia debe ocuparse primero del hombre y luego del hombre anímicamente enfermo. La nueva comprensión del hombre (Al. *daseinanalytik*) que agradecemos a Heidegger, consiste en que el hombre no está considerado por una teoría cualquiera, sea de índole mecanicista, biológica o patológica, sino por la base de la revelación fenomenológica de la estructura y ensambladura total de su *dasein* estar-en-el-mundo (Al. *in-der-Welt-sein*). "No se trata -agrega Binswanger- de introducir la filosofía en la psiquiatría y en la psicoterapia, sino alumbrar estas disciplinas por la filosofía. Interpreta, pues, el *currículum vital interior* y las particularidades patológicas, aclarándolas, no según las doctrinas de las diferentes escuelas psicoterapéuticas, sino comprenderlas como una declinación de la estructura total de 'estar en el mundo'. En el tratamiento no solamente demuestra esta situación, sino que deja experimentar, transufrir esta emoción profunda." Binswanger también subraya la necesidad de "encontrarse" con el enfermo (*Begegnung*, Al.), según Martin Buber, en lugar de tener *contacto* (Adler) o una situación de *transfencia* cualquiera con él (Freud).

La Daseinspsychologie, en vez de "principios" teóricos y complejos supuestos (placer-displacer, realidad, Complejo de Edipo, etc.) investiga al enfermo para curarlo *en su existencia*, en la estructura y modificaciones de la misma. Binswanger, como Heidegger y Kierkegaard, sostiene que toda la existencia humana se relaciona en una forma con la *angustia*. Angustarse ya surge por estar presente "en este mundo", siendo que uno se angustia por ser "rechado" a este mundo. El fenómeno total de la angustia se presenta en el hecho de *dasein* (estar ahí) como una "existencia factible" del ser humano en este mundo. En el prefacio de su libro básico: *Grundformen des menschlichen Dasein*, 1942 (Formas básicas y cognición de la existencia humana) dice Binswanger: "En la penetración del mundo preocupado y finito por la infinitud y la plenitud del amor, debe participar la existencia humana con toda su estructura, con sus sectores corporal y espiritual. Pero con demasiada frecuencia en toda clase de fallos neuróticos o psicopáticos prácticamente resultan impenetrables para aquella plenitud de amor las barreras que opone la forma de existencia finita y amenazada, egoísta y aislada. El 'análisis existencial' es secularizado y neutral en religión: no se llega a reconocer toda la jerarquía de valores... Una reflexión sobre las formas básicas de la existencia humana sólo puede lograrse en el sentido de una 'Antropología' neutral o secularizada".

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DECISIÓN

Definición.- “1. Última parte del acto de voluntad, al que sucede directamente el voluntad de obrar. 2. Hecho de escoger una posibilidad de acción o reacción ante una situación que ofrece diversidad de opiniones. Se ha definido la teoría de la decisión como un modelo matemático para la elección racional, mediante la valoración de varias probabilidades”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

DEFENSA

Definición.- 1. En la psiquiatría es un atributo, mecanismo y dinamismo mental para defender la mente o la psique. 2. (psicoanálisis) El *aparato psíquico* se defiende con los mecanismos y funciones, apartando el displacer del consciente y las exigencias instintivas no deseadas del Yo. Sirven para esta defensa: represión, regresión, formar reacciones, insulación, anulación, negación proyección, identificación y sublimación. El *Psicoanálisis* asocia el origen de la neurosis con la manera por la cual los instintos son desarrollados y expresados. En el proceso del desarrollo, los instintos deben encontrar una variedad de estructuras somáticas y psíquicas. Algunas de las cualidades instintivas quedan siempre adjuntas a muchas estructuras. Se cree que en desarrollo mental sano, los instintos son móviles y que ellos pueden mudar de una unidad a otra, dependiendo de las relaciones armoniosas entre el individuo y su medio ambiente. Los instintos son muy rigurosos en sus demandas de recompensa. Ellos no conocen nada acerca de las necesidades de sus unidades; reconocen solamente sus propios intereses. En consecuencia ellos deben reprimirse acá y allá. Cada estructura psíquica (el Superyó, el Yo y el Ello) tiene su propio mecanismo regular o recurso. Los instintos pueden volverse atrás completamente o en parte; pueden tener permiso de continuar bajo escolta policial; pueden ser compelidos a modificarse a sí mismos de uno o varios modos antes que puedan proceder.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Los procesos o mecanismos defensivos son aquellos medios psicológicos que el yo utiliza para solucionar los conflictos que surgen entre las exigencias instintivas y la necesidad de adaptarse al mundo de la realidad, bajo determinadas influencias del ambiente familiar y social” (Freud A, 1979:9).

“Se trata de los recursos psicológicos típicos por los cuales el organismo psíquico, buscando preservar su sentimiento placentero de seguridad, se resguarda contra (evita, suprime soslaya) las angustias de los conflictos internos y el miedo a las acechanzas del mundo exterior. Estos recursos defensivos son: regresión, racionalización, inhibición, aislamiento, represión, conversión, identificación, sublimación, negación de la realidad, formación reactiva...” (Freud A, 1979:7).

Freud Anna (1979), El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós.

Clasificación.- “A los nueve métodos de defensa, bien conocidos y extensamente escritos en la teoría y la práctica -represión, regresión, formación reactiva, aislamiento, anulación, proyección, introyección, vuelta contra sí mismo, transformación en lo contrario-, podemos agregar un décimo más propio del estado normal que de las neurosis: la sublimación o desplazamiento del objeto instintivo” (Freud A, 1979:53).

Freud Anna (1979), El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós.

Historia del concepto.- a) En 1894, Freud habla de defensa para referirse a los rechazos que realiza el yo frente a los instintos. b) En 1926, tras haber estudiado nuevos cuadros psicopatológicos, amplía el concepto de defensa para designar todos los procedimientos para hacer frente al conflicto psíquico. Lo que en 1894 llamaba defensa, pasa a designarlo como represión. c) Con la segunda tópica freudiana, los mecanismos de defensa pasan a ser considerados mecanismos inconcientes del yo para librarse de la angustia. En efecto, desde el punto de vista dinámico el yo representa en el conflicto neurótico el polo defensivo de la personalidad. Recordar que desde el punto de vista económico es la instancia reguladora de la energía psíquica, y que desde el punto de vista tópico es la instancia que ha de enfrentar los peligros de la realidad exterior, la libido del ello y la severidad del superyo.

Celener G. y otros, "Los mecanismos de defensa y las técnicas proyectivas", Publicación interna de la Cátedra de Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico Módulo II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 1996).

Clasificación.- Las defensas pueden ser normales o patológicas. Toda defensa tiene un aspecto adaptativo o normal en tanto sirve para el ajuste a la realidad. Se tornan patológicas si se basan, según M. Klein, en fantasías muy hostiles y envidiosas, pues obstaculizan la elaboración de la posición depresiva. Se pueden establecer dos criterios que identifican la defensa patológica: a) es rígida, es decir, el yo recurre a ella en toda ocasión, sin discriminarla; y b) compromete la personalidad, en el sentido que la defensa tiñe todos los vínculos objetales, y no solamente, por ejemplo, los maternos.

Piccolo E., "Defensas en los tests gráficos", Editorial Paidós.

Función.- Los mecanismos de defensa cumplen la función de protegernos de la ansiedad de cualquier origen. No combaten las causas que la producen sino la ansiedad misma. Todo el mundo emplea estos mecanismos cuando la ansiedad sobrepasa cierto nivel, y sólo puede hablarse de perturbación mental cuando se recurre en exceso a uno o más de esos mecanismos, hasta el punto en que las diarias actividades de una persona resultan perjudicadas.

Isaacson Robert (1996) El niño retardado mental. Buenos Aires: Paidós, pág. 40.

Generalidades.- Respecto de las defensas implementadas por el yo, debe tenerse en cuenta: a) Ninguna defensa es en sí misma patológica. b) Lo que hace patológica a una defensa es su intensidad y la rigidez (estereotipia) con que se la usa. c) Todos usamos constantemente conductas defensivas. d) Cuanto más amplio y variado es este repertorio, más plásticos psicológicamente somos.

Berenbaum L y Ferrari R, Acerca de las defensas del psiquismo. Incluido en "Fundamentos de psicología", págs. 105-106.

Defensa esquizoide según M. Klein.- "Uso combinado de la introyección de objetos buenos y negación, disociación y proyección de aspectos malos del propio yo, como una defensa contra la culpa, la angustia y la depresión".

Rycroft C, "Diccionario de psicoanálisis", Buenos Aires, Paidós, 1976, pág. 53).

Defensa esquizoide según M. Klein.- Las defensas esquizoides "comprenden mecanismos de escisión del objeto, idealización, negación y control omnipotente. Tienen por finalidad defender al yo de intensos temores de aniquilación y muerte. Constituyen una configuración inseparable: la disociación supone mecanismos de idealización (tanto de la bondad como de la peligrosidad de los objetos), mecanismos de negación omnipotente (de las características persecutorias del objeto idealizado, y de la impotencia), y mecanismos de control omnipotente (del objeto idealizado, aliado del yo) del objeto persecutorio. Se analizan por separado con fines didácticos".

Piccolo E., "Defensas en los tests gráficos", Editorial Paidós.

Defensa maníaca según M. Klein.- "Se desarrollan durante la posición depresiva como defensa contra la experiencia de ansiedad depresiva, culpa y pérdida. Se basan en la negación omnipotente de la realidad psíquica, y las relaciones objetales se caracterizan por triunfo, control y desprecio".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 122.

Defensa maníaca según M. Klein.- "La organización de DM incluye mecanismos que ya se pusieron de manifiesto durante la etapa esquizo-paranoide (mecanismo de disociación e idealización, negación y control omnipotente), pero durante la etapa depresiva adquieren características especiales. En el primer caso estaban dirigidas a impedir un ataque aniquilante al yo; ahora tienen como finalidad defender al objeto de los ataques ambivalentes del yo, y a éste de las ansiedades y de la culpa depresivas".

"En la situación depresiva el bebé logra una nueva relación con la realidad y descubre situaciones importantes, a saber: 1) su dependencia de la madre, a la que teme haber perdido por su agresión; 2) el valor que ella tiene para él; 3) su ambivalencia, sus deseos agresivos, voraces de destruirla y sus sentimientos de necesidad y deseos de preservarla. Como consecuencia surgen intensos sentimientos de culpa depresiva, temor de perder a la madre necesitada, miedo de haberla destruido ya, preocupación y necesidad de repararla".

"Las defensas maníacas son un intento de evitar el proceso de intenso dolor y sufrimiento psíquico que estos descubrimientos implican. La experiencia depresiva se vincula con el conocimiento de la existencia de un mundo interno y de la posesión de un objeto valorado al que se necesita. Por eso, las DM se dirigen a evitar y negar este conocimiento huyendo hacia el mundo exterior, y negando, evitando o invirtiendo la dependencia del objeto, la ambivalencia, la preocupación y la culpa".

"Una característica especial de la defensa maníaca es la identificación del yo con el objeto idealizado: el yo se fusiona y confunde con este objeto parcial, omnipotente, lleno de vida, de poder y alimento, se 'infla' por la fantasía de haber devorado al objeto idealizado ("la luz del objeto idealizado cae sobre el yo") , en tanto las características sufrientes, desprotegidas, necesitadas, dependientes del propio yo, son depositadas en los objetos externos. La DM implica entonces la utilización de mecanismos de identificación proyectiva: las características proyectadas son las de un "necesitado" y "hambriento", mientras que las características asumidas por el yo son las de un "pecho lleno", "nutricio", que se autoabastece".

"En una relación maníaca de objeto participa una triada de sentimientos tendientes a negar los logros de la situación depresiva. Esta triada está constituida por el control, el triunfo y el desprecio que se corresponden simétricamente con los sentimientos depresivos de valorar el objeto, depender de él, temer perderlo y sentirse culpable".

En este punto, Piccolo cita a H. Segal: "Controlar al objeto es una manera de negar la dependencia de él, pero al mismo tiempo es una manera de obligarlo a satisfacer necesidades de dependencia, ya que un objeto totalmente controlado es hasta cierto punto un objeto con el que se puede contar". El triunfo es la negación de sentimientos depresivos ligados a la valoración e importancia afectiva otorgada al objeto. Se vincula con la omnipotencia y tiene dos aspectos importantes. Uno de ellos se relaciona con un ataque primario infligido al objeto y el triunfo experimentado al derrotarlo (en especial cuando el ataque está fuertemente determinado por la envidia). Además el triunfo se incrementa como parte de las DM porque sirve para mantener a raya los sentimientos depresivos que, de otra manera, surgirían (tales como sentir nostalgia por el objeto, extrañarlo y echarlo de menos). Desprecio hacia el objeto es también negar cuánto se lo valora; actúa como defensa contra las experiencias de pérdidas y culpa. Un objeto despreciable no merece que uno sienta culpa por él y el desprecio hacia semejante objeto se convierte en justificación para seguir atacándolo".

Piccolo retoma aquí señalando que "la DM intenta negar la situación depresiva y el trabajo de duelo, pero prepara el camino para un nuevo colapso depresivo ya que implica en sí un nuevo ataque sádico al objeto, al que se devora, desprecia y despoja del poder, del que se apropia el yo para controlarlo. El incremento de los sentimientos de desprecio motivados por la envidia subyacente interfieren el desarrollo normal, en la medida en que impiden el proceso de duelo".

Piccolo E., "Defensas en los tests gráficos", Editorial Paidós.

Defensa obsesiva según M. Klein.- "Bajo la denominación de defensas obsesivas hallamos, entre otras, el aislamiento, la anulación y la formación reactiva, cuyo mecanismo dominante es el anal retentivo. Es importante diferenciar el llamado control omnipotente (que corresponde a defensas obsesivas patológicas presentes en cuadros latentemente psicóticos), del control obsesivo adaptativo".

Piccolo E., "Defensas en los tests gráficos", Editorial Paidós.

Clasificación.- El DSM-IV clasifica los mecanismos de defensa en siete niveles:

Mecanismo de defensa	Conducta observable o síntomas	Conflicto emocional y estresante	Proceso
Nivel adaptativo alto			
Afiliación	Formación de grupos de trabajo y solución de problemas; esforzarse en colaborar	Aislamiento. Imperfección, responsabilidad	Compartir la ansiedad y las gratificaciones
Altruismo	Ofrecimiento incondicional de ayuda	Derrota en competición	Sustituir la agresión y la competencia por el apoyo
Anticipación	Predecir hechos probables y planear soluciones	Amenazas repentinas abrumadoras	Planear hechos y estrategias de enfrentamiento
Autoafirmación	Expresión de impulsos de una forma socialmente aceptable	Miedo, ansiedad, cólera	Transformar el miedo, la ansiedad y la agresividad, en expresiones socialmente aceptables
Autoobservación	Reflexión sobre los propios sentimientos, impulsos y pensamientos	Miedo, ansiedad, fracasos, agresión	Aumentar la conciencia de los sentimientos, impulsos y pensamientos
Sentido del humor	Destacar los aspectos divertidos de la amenaza	Fracaso, pérdida o destrucción	Convertir la ansiedad producida por la amenaza en comedia o ironía
Sublimación	Conducta socialmente aceptable	Sentimientos o impulsos inaceptables	Recanalizar los impulsos en expresiones socialmente aceptables
Supresión	Evitar discutir problemas, deseos o sentimientos dolorosos	Hechos desagradables, impulso sádico o sexual	Bloqueo intencionado del recuerdo
Nivel de inhibiciones mentales			
Abstracción	Conducta compulsiva	Deseos sádicos, impulsos inaceptables	Negación simbólica de un impulso
Aislamiento afectivo	Obsesiones, hablar de	Emociones y recuerdos	Separar el contenido y

	hechos emocionales sin mostrar impregnación afectiva	dolorosos	la emoción, eliminar lo afectivo
Desplazamiento	Fobias	Miedo y amenaza a un objeto, o amor y odio por un objeto	Transferir un sentimiento del objeto real a un sustituto
Disociación	Personalidad múltiple, fuga, amnesia	Conducta promiscua, hostil o irresponsable, hechos dolorosos	Alteración temporal de la conciencia, percepción e identidad
Formación reactiva	Devoción, conducta abnegada, corrección, pulcritud	Sentimientos de hostilidad e indiferencia	Sustitución de los sentimientos reales por deseos y sentimientos opuestos
Intelectualización	Pensamiento abstracto, duda, indecisión, generalizaciones	Sentimientos y pensamientos inquietantes	Supresión de los componentes emocionales y personales del hecho
Represión	Falta de registro y conciencia de algunas emociones, acontecimientos traumáticos o contenidos mnésicos	Emociones dolorosas, acontecimientos traumáticos	Bloqueo del recuerdo de acontecimientos traumáticos y de su impacto emocional
Nivel menor de distorsión de las imágenes			
Devaluación	Afirmaciones despectivas sobre los demás o uno mismo, "uvas verdes" con respecto a un objetivo	Cualidades positivas de los otros, objetivos inalcanzables	Ignorar lo positivo y exagerar las cualidades negativas de uno mismo, los otros o un objeto
Idealización	Elogio exagerado de uno mismo o de los demás	Cualidades negativas de sí mismo o de otras personas significativas	Ignorar lo negativo y exagerar las cualidades positivas de uno mismo o de los demás
Omnipotencia	Autoglorificación, pretensiones, otorgarse autoseguridad	Sentimientos de inferioridad, fracaso, baja autoestima	Convertir la inferioridad en sentimientos y actos de superioridad
Nivel de encubrimiento			
Negación	Negación colérica y obstinada de alguna realidad evidente para los otros	Realidad dolorosa	Rechazar el reconocimiento o la conciencia de alguna realidad
Proyección	Ideas de referencia, perjuicio, suspicacia, injusticia	Hostilidad, otras actitudes inaceptables, deseos, intereses	Atribuir los propios sentimientos a otras personas
Racionalización	Explicaciones y justificaciones egoístas de la conducta	Impulsos socialmente inaceptables, baja autoestima	Dar explicaciones falsas pero socialmente aceptables de la conducta
Nivel mayor de distorsión de las imágenes			
Fantasía autista	Soñar despierto	Impulsos y deseos insatisfechos	Imaginarse el comportamiento pleno de los deseos
Identificación proyectiva	Acusar a los demás de causar angustia, hostilidad, cólera	Odio, cólera y hostilidad	Convertir los impulsos hostiles propios ante la agresión de otras personas en reacciones justificables
Polarización de la imagen o la de los demás	Alternar la idealización con la devaluación de uno mismo o de los demás	Experimentar las cualidades positivas o negativas de uno mismo o de los demás	Despojar a uno mismo o a los demás de todas las cualidades positivas o negativas
Nivel de acción			

Agresión pasiva	Dilación, no se terminan las cosas	Impulsos hostiles y agresivos, resentimiento	Se expresa mediante la inactividad
Comportamiento impulsivo (acting out)	Actos violentos, robos, mentir, violaciones	Impulsos sexuales y agresivos	Satisfacción incontrolada e irreflexiva de los deseos
Quejas y rechazo de ayuda	Describirse a uno mismo con autocompasión como una víctima insalvable	Hostilidad y reproches hacia los demás	Convertir la hostilidad en victimización
Retirada apática	Emociones, actividad e interacciones sociales disminuidas	Necesidades, impulsos, deseos	Responder a las necesidades aumentando la pasividad
Nivel de equilibrio defensivo			
Distorsión psicótica	Afirmaciones y pretensiones obviamente poco realistas y acciones irracionales	Realidad e impulsos abrumadores e inaceptables	Profunda alteración de la percepción y mala interpretación de la realidad externa y de los sentimientos
Negación psicótica	Negación de la realidad evidente	Realidad penosa y abrumadora	Anulación profunda de la realidad evidente
Proyección delirante	Ideas delirantes persecutorias	Impulsos abrumadores, inaceptables e incontrolables	Atribuir los propios impulsos a otras personas a pesar de que ello contradice la realidad

American Psychiatric Association (1994), DSM-IV. Madrid: Masson.

Generalidades.- Hábito para bloquear o distorsionar un proceso psicológico para proteger al individuo de la ansiedad. La principal función de los mecanismos de defensa es proteger de la ansiedad con una distorsión de percepción, motivación, memoria, pensamiento o acción. Detectamos mecanismos de defensa por ejemplo, cuando la persona no se comporta como las demás (por ejemplo, frente a una situación donde todos tienen miedo, él sí lo tiene.).

Tipos de mecanismos de defensa.- Existen los siguientes:

De bloqueo (o primarios)	Negación Regresión Aislamiento
Sustitución o distorsión	Desplazamiento (cambiar por una meta menos angustiante) Proyección (atribuir a otro factor ansiógeno propio) Identificación (por ejemplo, identificación con el agresor) Racionalización Formación reactiva Sustitución Sublimación Fantasía Regresión

En rigor todas las defensas implican el bloqueo de algún proceso psicológico, solo que en las defensas del segundo tipo (sustitución y distorsión) presentan además expresiones disfrazadas del proceso que es bloqueado.

Defensas primarias.- Negación es no admitir conscientemente que ciertos hechos dolorosos existen (me va fenómeno, no tengo problemas).

Represión es no recordar la experiencia que provoca ansiedad (olvidar la cita con el dentista). Olvidarse de hechos de guerra.

Aislamiento es separar el afecto de la idea (decir 'odio a mi padre' y no sentir nada, presentarlo como una simple idea).

Defensas por distorsión y sustitución.- El desplazamiento es una distorsión de la meta: ésta es amenazante o irrealizable, y se la sustituye por otra. La mujer no tiene hijos y atiende desmesuradamente a perritos. También, un niño castigado descarga su ira en el juguete.

La proyección es una distorsión del agente del pensamiento o motivo inaceptable. Es atribuir a otro un motivo o pensamiento inaceptable. Por ejemplo, un padre no acepta tener malos pensamientos hacia su hijo y entonces piensa que su mujer los tiene.

Identificación es casi lo opuesto a lo anterior, y es adquirir ciertas características que desea y las toma de otra persona con quien se iguala mentalmente o se funde con ella. Un adolescente al identificarse con algún líder satisface en la fantasía su deseo de éxito. Otro ejemplo es la identificación con el agresor: defenderse del agresor adquiriendo su poder de agredir.

En la racionalización, se reemplaza la verdadera razón que produce la ansiedad por otra más aceptable. Un alumno frente a una mala nota puede pensar que las notas, de todos modos, no son una buena medida de conocimiento.

Formación reactiva, no es solo negar, sino ir más allá, adoptar la conducta opuesta. Una persona puede defenderse de su propia tendencia agresiva mostrándose muy suave y cariñosa.

En la sustitución, un acto nuevo sustituye a otro que provoca ansiedad o culpa.

En la sublimación, encontramos también un acto nuevo pero que implica una actividad o meta constructiva. Por ejemplo, la agresividad puede canalizarse hacia ser crítico, literario o cirujano.

En la fantasía, el pensamiento es un sustituto de la acción: lo que no puede hacer, la persona lo piensa, lo fantasea, con lo que reduce su ansiedad.

En la regresión, se resuelve el problema que genera ansiedad recurriendo a una solución más antigua, pues la actual no sirve.

Adecuación de las defensas.- Defensa normal es aquella adecuada a la situación donde se emplea. Por ejemplo, desplazar la agresión hacia los padres a una situación deportiva violenta.

La defensa pasa a ser patológica cuando crea problemas más serios que los que intenta resolver. Por ejemplo, desplazar el odio hacia el jefe a la esposa, con lo que su vida familiar se convierte en problemática.

¿Por qué se elige un determinado mecanismo de defensa? Las defensas se eligen en función de los indicios de la situación; los indicios primarios son los asociados directamente con la ansiedad, y se usan las defensas que en el pasado en tales situaciones han servido o fueron exitosas para combatir la ansiedad.

Frente a un test proyectivo es más probable la defensa de la fantasía, pues el test da indicios para ello.

En la selección de la defensa también influyen los motivos: se usaron ciertas defensas si la frustración es muy fuerte, y otras si es débil. También, ciertas defensas pueden usarse para resolver conflictos entre dos metas positivas, y otras defensas para resolver conflictos entre dos metas negativas.

La etapa del desarrollo de la mayor frustración.- En cada etapa de la infancia o niñez, se aprenden distintas defensas para resolver conflictos típicos de cada edad. Si en estas etapas tempranas las frustraciones fueron muy grandes, el niño tenderá después a usar las mismas defensas que usó en dichas etapas. Esto se llama fijación.

El desarrollo de las reacciones a las situaciones frustrantes.- En la primera infancia (etapa oral) la frustración común es el destete. Son típicas, aquí, las defensas de la negación y la fantasía.

En la segunda infancia (etapa anal) la frustración pasa porque al niño le exigen ciertos horarios y lugares para ir al baño. Es frecuente aquí el mecanismo de defensa de la proyección.

En los años pre-escolares aparece también la formación reactiva y la fantasía (en este último caso por ejemplo, el compañero imaginario que está siempre a su alcance para jugar con él).

La ansiedad del complejo de Edipo se resuelve con defensas como la identificación con el padre y la represión de la sexualidad.

Cualquiera de estas defensas puede persistir en la vida, y esto se llama, dijimos, fijación. Para Freud, esto implica usar una misma conducta que fue usada en la infancia para el conflicto que nunca fue resuelto. Maier mostró la rigidez y la persistencia de las defensas a pesar de las diversas situaciones en que aparece en un mismo individuo.

Diferencias sociológicas en las defensas.- Como las defensas son aprendidas, es entendible que en ciertas culturas se desarrollen cierto tipo de defensas distintas que en otras. Incluso se usan defensas distintas según la clase social. En clases bajas se usa más bien la negación y la fantasía, pues la situación frustrante tiene que ver con una situación ambiental dolorosa. En la clase media el conflicto es más bien interno y entonces se usan defensas como la represión, la formación reactiva, etc.

Aplicaciones prácticas.- Conductas extrañas o irracionales suelen ser defensas ante frustraciones, y comprender esto ayuda a corregir dichas conductas. En la crianza del niño, por ejemplo, los padres aumentaron la tolerancia a la frustración en sus hijos, dándoles problemas solucionables.

Las mismas concisiones sociales también son causa de frustración, como la guerra fría o la caza de brujas, que generan defensas entre las personas.

Condensado de Mc Keachie W y Lackner Doyle C (1973) Psicología. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano. Capítulo 11.

Según Freud.- "El término defensa es empleado por primera vez por Freud en 1894 en su estudio sobre las "Neuropsicosis de defensa", en el cual describe los síntomas como formaciones defensivas frente a ideas y afectos insoportables y dolorosos. Más tarde, sustituye el término por el de represión, pero en

1926 lo retoma y define la represión como una forma de defensa. Los peligros contra los cuales tenían que operar las defensas podían provenir -según A. Freud- de tres fuentes: de los instintos, de la conciencia moral (superyó), o de la realidad exterior" (página 143).
Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

Motivos de la defensa.- "Los peligros instintivos contra los cuales se defiende el yo son siempre los mismos, aunque los motivos por los que percibe una determinada irrupción como riesgosa, son referibles a diferentes causas.

Defensas derivadas por la angustia frente al superyó en las neurosis de adultos.- En el psicoanálisis se conocen profundamente y desde hace mucho tiempo aquellas situaciones de defensa que constituyen la base de la neurosis del adulto. En este caso el proceso se desarrolla cuando un deseo instintivo pugna por introducirse en la conciencia y conseguir su gratificación con la ayuda del yo. Este no se opondría, pero el superyó protesta. Entonces el yo se somete a las más altas instancias de la personalidad y obedientemente emprende el combate contra el impulso instintivo, con todas las consecuencias que éste implica.

Defensa instintiva por la angustia real u objetiva en la neurosis infantil.- El estudio de la defensa en la neurosis infantil demuestra que el superyó no es un factor indispensable en la formación de la neurosis. Así como el neurópata adulto se defiende contra sus deseos sexuales y agresivos a fin de no entrar en conflicto con el superyó, del mismo modo el niño pequeño obra con sus impulsos instintivos con miras de no transgredir las prohibiciones paternas.

Defensa instintiva por la angustia frente a la fuerza del instinto.- Nuevas experiencias psicoanalíticas contribuyen aun a desbaratar las perspectivas fundadas en una efectiva profilaxis de las neurosis. Por su misma naturaleza, el yo humano nunca es terreno humano para una total satisfacción instintiva; el yo solo es amigo del instinto en tanto en el proceso de su formación se ha diferenciado aun poco del ello. En cambio, se transforma en un terreno extraño al instinto en cuanto ha pasado -siguiendo su propio desarrollo- del proceso primaria al secundario, del placer al principio de la realidad, según se ha descrito anteriormente. Siempre existe cierta desconfianza del yo frente a las exigencias instintivas, apenas perceptible en condiciones normales e inadvertidas durante el combate mucho más tumultuoso que el superyó y el mundo externo entablan en el terreno del yo contra los impulsos del ello.

Otros motivos de la defensa instintiva.- A estos tres grandes fundamentos de la defensa contra los instintos (defensa por angustia ante el superyó; por angustia objetiva y angustia ante la fuerza del instinto) se agregan los motivos que en la vida ulterior surgen de la necesidad del yo de lograr o mantener su síntesis. El yo adulto requiere una especie de armonía entre sus impulsos; de allí surgen todos los conflictos entre las tendencias opuestas, tales como la homosexualidad y la heterosexualidad, la pasividad y la actividad, etc.

Los motivos de la defensa contra los afectos.- Los mismos motivos ya conocidos por nosotros, que promueven al yo en su defensa instintiva son, también, sin transformación el fundamento de los procesos defensivos contra el afecto. Doquiera se defiende el yo contra los impulsos instintivos por uno de los motivos precipitados, estará obligado a guardarse también de los afectos que acompañan al proceso instintivo" (Freud A, 1979:64-71).

Freud Anna (1979), El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós.

Defensa, mecanismos de.- "Los mecanismos de defensa fueron descriptos por Anna Freud como una actividad del yo, cuya finalidad es proteger al sujeto de una excesiva exigencia pulsional y así eliminar la tensión interna. Estos mecanismos son esencialmente inconscientes y no reconocibles espontáneamente por el sujeto" (Vallejo J, 1998:374).

Vallejo Ruiloba J, Neurosis: generalidades. En Vallejo Ruiloba J, Introducción a la Psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson, 1998.

Defensas en las psiconeurosis.- En las psiconeurosis existe: a) una defensa del yo contra el instinto, b) un conflicto resultante entre el instinto y la defensa montada contra él, c) un estancamiento, y d) descargas deformadas: los síntomas (Fenichel, 1966:34).

Las defensas pueden ser exitosas o patógenas. 1) Las defensas exitosas implican una desexualización, una inhibición del fin (Fenichel, 1966:168). Implican una identificación, de manera tal que el yo queda modificado. 2) En las defensas patógenas o ineficaces lo rechazado siempre vuelve, por lo que es repetitiva (mientras que en las defensas exitosas lo rechazado cesa). Lo patológico no es el conflicto sino como se lo busca resolver. Por ejemplo, descargar la tensión mediante gratificaciones periódicas es bueno y además permite una sublimación sin complicaciones. En lo patológico en cambio se se desexualiza el instinto que irrumpe, sólo se bloquea su descarga y se lo desconecta del resto de la personalidad. Todas las defensas patógenas tienen su raíz en la infancia, sin excepción (Fenichel, 1966:169).

Fenichel O (1966) Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos aires: Paidós.

Defensa maniaca.- "Las experiencias de repetida depresión e incluso de desesperación que acometen al bebé cuando siente que ha arruinado completa y irreparablemente a la madre y su pecho se le hace intolerable, y el yo utiliza todas las defensas disponibles para evitarlas. Estas defensas pertenecen a dos categorías: reparación y defensas maniacas. Cuando se pueden manejar las ansiedades depresivas mediante la movilización de deseos reparatorios, dichas ansiedades conducen a un mayor desarrollo del yo" (Segal H, 1987:85).

Segal H (1987) Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós.

Defensas normales y patológicas.- Según Anna Freud, el uso normal o patológico de las defensas depende de 5 factores:

1) De si la defensa se usa contra un impulso en particular o contra toda la actividad impulsiva en general. En el primer caso la persona puede sentir solamente la vergüenza (defensa contra el exhibicionismo, impulso parcial) o solamente asco (defensa contra el impulso anal). En el segundo caso puede haber una represión en bloque de la sexualidad, o una bondad excesiva e incapacidad de poner límites y criticar (como reacción contra todo impulso agresivo en general).

2) De si las defensas son adecuadas a la fase del desarrollo psicosexual, pues cada una tiene sus propias defensas.

Por ejemplo, a la fase oral corresponden (Glover) la transformación en lo contrario, la proyección y la Introyección. Según Nagera, para un niño de dos años la negación es normal, siendo anormal si se extiende más allá de esa edad.

Luego, en los dos y tres años en la fase uretral y anal, la expansión del preconiente por el desarrollo del lenguaje permite gradualmente la represión, y aparecen desplazamientos, formaciones reactivas y formaciones sustitutivas (tendencia a la sublimación). De los tres a los cinco años, situación edípica, son típicas la represión, el desplazamiento y la sublimación. En el período de lactancia predomina la sublimación, y en la adolescencia, frente a la excitación sexual puede aparecer regresión, aunque la sublimación sigue desarrollándose, pero también suelen reactualizarse por un tiempo las defensas más primitivas. También es anormal la aparición de una defensa antes de tiempo, como una formación reactiva antes de los dos años: esto origina una hipertrofia sobreadaptativa del yo en detrimento del libre juego de las defensas instintivas.

3) De si la defensa está equilibrada, o sea, si el yo dispone de muchas defensas importantes o si está restringido a usar muy pocas en forma excesiva. Si tiene pocas defensas y le fallan, hay desestructuración.

4) Si la defensa es eficaz en el control permanente de la angustia sin mucho costo energético, si hay movilidad o paralización en el psiquismo. Esto alude a un factor económico: es anormal que para mantener una defensa el aparato psíquico deba apelar a un gran gesto de energía, como por ejemplo el niño que no puede aprender porque la energía está puesta en las fantasías que niegan la realidad displacentera.

5) De si las defensas interfieren con los logros del yo, con lo que el sujeto paga un precio alto por mantener la organización defensiva. Por ejemplo, la autoagresión producirá accidentes, la regresión, mudez, parálisis funcionales, ideas delirantes, etc. Según Glover, los trastornos psíquicos obedecen o bien a una regresión, o bien a un exceso o deficiencia en cualquier período, o bien a una precocidad donde el yo queda obligado a usar defensas más avanzadas que no puede manejar. Las defensas dentro del marco teórico kleiniano se ven en la ficha "Defensas en los tests gráficos" (de Grassano de Piccolo), dentro del libro de Ocampo y Arzeno.

Celener, Fuxman y Hadid (1994) Los mecanismos de defensa y las técnicas proyectivas. Publicación interna de la Cátedra de Exploración y técnicas de diagnóstico, Facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Clasificación.- Desde el punto de vista freudiano las defensas pueden clasificarse como: Transformación en lo contrario, Vuelta sobre sí mismo, Proyección, Introyección, Negación, Represión propiamente dicha, Aislamiento, Formación reactiva, Anulación, Racionalización, Intelectualización, Sublimación, Regresión y Disociación.

Las cuatro primeras defensas son mencionadas por Freud como anteriores a la aparición del yo, y corresponden al Yo Ideal (o yo representante de la pulsión, que busca modificar la realidad para satisfacer la pulsión). Se trata de las defensas más primitivas, que corresponden a un yo que no se opone a las pulsiones, y por el contrario las representa. Las defensas de un yo evolucionado que ha desarrollado su principio de realidad, son la represión propiamente dicha y las subsiguientes antes mencionadas. Estas defensas le permiten oponerse a la pulsión, oposición que puede realizarse de dos formas: a) contra el empuje de la pulsión, y b) contra la meta pulsional.

Celener, Fuxman y Hadid (1994) Los mecanismos de defensa y las técnicas proyectivas. Publicación interna de la Cátedra de Exploración y técnicas de diagnóstico, Facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Los sistemas sociales como defensa.- El autor plantea aquí su hipótesis, que es la siguiente: una de las cosas que cohesiona originalmente a personas en instituciones es el de la defensa contra las

ansiedades psicóticas paranoide y depresiva. Así, los individuos externalizan impulsos y objetos para evitar sentir la ansiedad psicótica, y los mancomunan en la vida social.

Muchos problemas sociales atribuidos a ignorancia, errores humanos, egoísmo o ansia de poder pueden comprenderse si se los ve como tentativas por defenderse de las ansiedades psicóticas tan intensas que no pueden ser controladas conscientemente. Asimismo, los cambios en una institución pueden ser vividos como perturbaciones de las defensas sociales contra las ansiedades, con lo cual se desarrollarán resistencias contra dichos cambios para preservar esas defensas.

Proyección, introyección e identificación en las relaciones objetales.- Freud sostuvo que hay dos procesos fundamentales que operan en la constitución de grupos artificiales como la iglesia o el ejército: a) la identificación por introyección (entre los miembros), y b) el reemplazo del ideal del yo por un objeto, el líder (o identificación por proyección, en los términos de M. Klein). Según M. Klein, estos procesos de identificación introyectiva y proyectiva interactuando entre sí son el fundamento de las más tempranas relaciones objetales del niño. Jaques intentará mostrar como los individuos hacen un uso inconciente de las instituciones asociándose en ellas y cooperando inconcientemente para reforzar sus defensas internas contra la ansiedad y la culpa.

Ejemplos de mecanismos de defensa socialmente estructurados.- En este ítem se dan ejemplos de mecanismos contra la ansiedad paranoide y contra la depresiva. Un ejemplo de defensa contra las ansiedades paranoides es proyectar malos impulsos y objetos internos en miembros particulares de una institución. Esto miembros particulares a su vez absorberán o desviarán hacia terceros esos impulsos y objetos internos.

Por ejemplo, un jefe es considerado como el responsable de todo lo malo que ocurre en la institución. Este puede absorber (aceptar el rol asignado) los malos impulsos, o también desviarlos hacia otros (como en el dueño de otra empresa, etc). También la ansiedad depresiva puede aliviarse, como cuando los soldados atribuyen su agresividad al cumplimiento del deber, lo cual les evita sentir culpa por destruir al objeto.

La absorción y la desviación buscan que los objetos malos no retornen, aunque este objetivo no se cumple del todo. A pesar de ello, los mecanismos sociales de defensa proporcionan algún beneficio.

Otra defensa contra la ansiedad depresiva es la negación maníaca de impulsos destructivos y de objetos buenos destruidos, y el fortalecimiento de objetos e impulsos buenos, participando en la identificación del grupo. En las ceremonias de entierro fúnebre, por ejemplo, se exalta al muerto (se lo toma como objeto bueno), mientras los deudos se consideran malos o inferiores al muerto (para reducir la culpa).

Todos estos mecanismos son útiles al grupo porque le permite sobrevivir, y a cada individuo porque le reduce la ansiedad.

Estudio de un caso.- En una fábrica los obreros eligieron delegados para que negociasen con el gerente cuestiones tales como pago de salarios, etc. Se comprobó que los obreros habían proyectado en sus delegados impulsos malos y buenos: malos o destructivos para que los representantes a su vez los desviarán hacia la gerencia, y buenos en tanto los delegados eran sus compañeros de trabajo y podían así compartir las diarias tareas.

Esta disociación en buena y mala servía dos propósitos: en el nivel de la realidad permitía las buenas relaciones laborales, y en el nivel de fantasía proporcionaba un sistema de relaciones sociales que podía reforzar las defensas individuales contra las ansiedades paranoide y depresiva.

Sin embargo, cuando el comité de delegados fue encargado de una tarea seria y conciente de negociación, sus miembros encontraron grandes dificultades para llevarla a cabo por causa del contenido fantasioso socialmente sancionado de sus relaciones mutuas.

Algunas observaciones sobre el cambio social.- El cambio se produce cuando las relaciones sociales fantaseadas dentro de una institución dejan de servir para reformar las defensas individuales contra la ansiedad psicótica. La institución puede reestructurarse en los niveles manifiesto y fantaseado, o también la estructura manifiesta puede mantenerse mientras se modifica la fantaseada.

Los individuos pueden cambiar sus roles o también abandonar la institución. También puede suceder que el cambio sea aparente en el nivel manifiesto, ocultando el hecho de que no se haya producido ningún cambio real, quedando intactos la forma y el contenido sociales fantaseado de la institución. El cambio social impuesto que no toma en cuenta el uso que hacen los miembros de la institución para defenderse de las ansiedades psicóticas, probablemente será resistido por ellos.

De los mecanismos aquí descriptos, podemos sacar dos consecuencias: 1) la observación de los procesos sociales es una ocasión para estudiar, como con lente de aumento, la actuación de las ansiedades paranoide y depresiva así como las defensas erigidas contra ellas. A diferencia de la situación psicoanalítica, esas observaciones pueden ser hechas por más de una persona al mismo tiempo. 2) El estudio de ansiedades y defensas puede aclarar porqué es tan difícil de alcanzar el cambio social, y porqué muchos problemas sociales son tan inabordables. Ello es así porque los cambios sociales reclaman una reestructuración de las relaciones fantaseadas, con el consecuente requerimiento a los individuos para aceptar y tolerar cambios en el patrón existente de defensa contra la ansiedad psicótica. Es probable que un cambio social exija un análisis previo de estas ansiedades y defensas inconcientes.

Condensado de Jaques Elliot (1989) Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutoria y depresiva. Una contribución al estudio psicoanalítico de procesos sociales.

DÉFICIT

Déficit y conflicto.- La patología del conflicto y la patología del déficit en psicoanálisis: aportes de Heinz Kohut:

	PATOLOGÍA DEL CONFLICTO	PATOLOGÍA DEL DÉFICIT
CUADRO CLÍNICO	Neurosis de transferencia (Sigmund Freud).	Trastornos narcisistas de la conducta y de la personalidad (Heinz Kohut)
BASE DE LA PATOLOGÍA (ubicación evolutiva)	EDÍPICA: conflicto edípico, conflicto entre instancias psíquicas.	TEMPRANA: déficit en la constitución del self.
TIPO DE TRANSFERENCIA	NEURÓTICA: Se transfieren impulsos libidinales y agresivos con base en el complejo de Edipo.	NARCISISTA: Se transfieren necesidades especulares y de idealización con base en un déficit en el desarrollo temprano.
MECANISMOS DE DEFENSA	NEURÓTICOS: Intentan resolver conflictos predominantemente intersistémicos entre el YO y el ELLO.	PRIMITIVOS: Intentan compensar y/o ocultar déficit en la constitución del sí mismo (self).
BASE DE LA OPERATORIA CLÍNICA	Interpretación de conflictos.	Actitud empática hacia las necesidades narcisistas del paciente.
OBJETIVO TERAPÉUTICO	Mejorar las relaciones entre las instancias de un aparato psíquico con un self constituido.	Restaurar un self con fallas en su constitución y desarrollo.

Lic. Santiago Juan. Segundo Cuatrimestre 2005. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Psicoanálisis: Psicología del Yo.

Bibliografía de referencia:

Kohut, H. (1977) "La restauración del sí mismo". Barcelona: Paidós, 1980, Cap. 6.

Kohut, H. (1984) "¿Cómo cura el análisis?". Buenos Aires: Paidós, 1986, Cap. 1.

DEFUSIÓN

Definición.- (Psicoanálisis) La separación o disgregación de los instintos de tal manera que actúan independientemente. "Aquí ocurre aparentemente -posiblemente en conexión con la destrucción fisiológica producida en los tejidos orgánicos por ausencia de nutrición- una 'defusión de los instintos' en la vida mental también..." (Ferenczi, *Further Contributions to the Theory and Technique of Psicoanálisis*). Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DÉJÀ ÈPROUVÉ

Definición.- (Fr.: ya experimentado, palpado, probado.) Muchos pacientes, en base al deseo, tienen un sentimiento distinto de un hecho o experiencia en el cual nunca han participado, pero que los transporta a un plano de actuación. Es un fenómeno ilusorio común entre los pacientes psicóticos. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DÉJÀ RECONTÉ

Definición.- (Fr.: ya relatado, contado.) Algunas veces, cuando una experiencia olvidada, vuelve a ser llamada, el individuo puede sentir que sabía durante todo el tiempo que la experiencia le fue contada. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DÉJÀ VU

Definición.- Sensación subjetiva de que una cierta experiencia nueva y actual fue ya vivenciada anteriormente.

Definición.- "Impresión que tiene una persona de haber visto o vivido con anterioridad una situación que es nueva para ella. Se produce una situación simultánea con reconocimiento y novedad, que dura

unos segundos, y puede dejar al sujeto perplejo o dudoso. Se da en personas normales. Si ocurre con mucha frecuencia y se acompaña de ansiedad y/o síntomas vegetativos, debe descartarse una posible motivación por crisis de angustia”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- (Fr.: ya visto.) Sentimiento de familiaridad. Se da cuando un individuo, al percibir algo que no ha visto jamás, tiene sentimiento de que ha tenido ya la experiencia. Es común entre los pacientes psiquiátricos, particularmente aquellos con histeria y epilepsia. Un paciente, por ejemplo, mientras visita una región por primera vez en su vida, puede sentir que ha estado allí anteriormente. La razón de ese sentimiento, cree Freud, es una asociación, desconocida por el individuo, con algo del inconciente. Ferenczi observó el fenómeno en un paciente en el cual el sentimiento de familiaridad se podía relacionar con un sueño olvidado. Sin.: *fausse reconnaissance* (Hinsie and Shatzky).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DELINCUENCIA

Generalidades.- (Psicoanálisis) El crimen social o “criminosis” funciona, como la neurosis, a expensas de la sociedad, pero no es como ésta un conflicto íntimo. Para distinguirlo del crimen basado en resultantes sociales, conviene caracterizarlo como crimen instintivo. Así como en todo delito antisocial es más importante considerar el carácter criminal, que las circunstancias en que delinquirió, en cuanto se trate de comprender la conducta delictuosa también debe hablarse de crimen oral, anal, uretral, somático, etc., en lugar de crimen de asalto, etc., que solo describe la actitud externa del delincuente. Mientras las neurosis constituyen fobias de objetos y situaciones proyectadas al exterior, las criminosis constituyen fobias de los mismos objetos introyectados, y tanto las unas como las otras penden de niveles de fijación que se han constituido en factores evolutivos, y a la relación entre el Superyó y el Ello. La delincuencia, como estructura psíquica, puede situarse entre las perturbaciones de carácter y las neurosis. De manera que requiere una corrección sólo como parte de una psicoterapia más completa (Sterba).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Delincuencia juvenil.- Winnicott relaciona la delincuencia con la falta de vida hogareña, que es una de las raíces de la delincuencia.

Debemos comprender en primer lugar que para delinquir existen motivos inconcientes, pero también existen sentimientos inconcientes de venganza hacia el delincuente, y por eso se lo castiga. La sociedad desea castigar al delincuente y, diciendo que se hace justicia, está satisfaciendo un ansia de venganza por el daño hecho. No se puede, dice Winnicott, tener una actitud condescendiente y tratar al delincuente como enfermo, porque tarde o temprano saldrá el odio y la venganza.

Un niño normal si tiene confianza en sus padres, actúa sin ningún freno: destruye, desperdicia, hace trampas, y luego termina robando. Esto ocurre cuando en su hogar sus padres son capaces de soportarlo todo.

Si el niño no encuentra seguridad en su hogar, la buscará afuera en abuelos, tíos, etc. El niño antisocial busca un poco más lejos, apela a la sociedad en lugar de recurrir a su familia o a la escuela para que le proporcione la estabilidad que necesita a fin de superar las etapas de su crecimiento emocional. Cuando un niño roba, está en realidad buscando a una madre buena, propia. A veces la conducta antisocial no es otra cosa que la búsqueda por parte del niño delincuente de un control ejercido por personas fuertes, cariñosas y seguras.

Por ello la delincuencia tiene en parte su origen en una falta de hogar, es decir, en la falta de padres que puedan proporcionarle un ambiente firme y estable con cuidado y amor personales, aumentando gradualmente la dosis de libertad de la que pueden disfrutar.

Cazau P (1996) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Enfoques psicoanalíticos.- Pueden mencionarse, según Marchiori, los siguientes:

Sigmund Freud.- Las conductas delictivas se explican a partir de un sentimiento de culpabilidad anterior al delito mismo ('delinquentes por sentimientos de culpabilidad'), sentimiento de origen edípico y que viene de la intención de matar al padre y desear a la madre. Comparados con estos delitos, el delito cometido es un alivio para el sujeto atormentado.

Además, todos los individuos traen desde el nacimiento tendencias e impulsos criminales y antisociales que posteriormente, por la educación son reprimidos u orientados hacia otros fines para conseguir una adaptación social (sublimación). Sin embargo, los impulsos criminales tienden a manifestarse si hay un debilitamiento de las instancias inhibitorias.

Alfred Adler.- El delito tiene relación con la extinción o debilitamiento del sentimiento de comunidad, y también con un sentimiento de superioridad, donde el delincuente cree que la víctima es inferior. Todo ello tiene su origen en la infancia, como por ejemplo una inferioridad hace que el sujeto busque una compensación sintiéndose superior, a lo cual se suma un deficiente sentimiento de comunidad.

Adler clasifica los niños difíciles en pasivos (perezosos, indolentes, etc.) y niños activos (hostiles, impacientes, anhelantes de poder). Desde la infancia piensan que la vida es hostil, y buscan satisfacer sus demandas delinquiendo. La superioridad del delincuente proviene también de creerse que nunca será descubierto.

Theodor Reik.- El acto criminal es la expresión de una tensión mental, y debe satisfacer necesidades psicológicas, pero también inconcientemente el delincuente comete errores porque quiere cometerlos, como una autotraición, ya que tiene dos tendencias opuestas: quiero ocultar su delito pero también quiere mostrarlo.

Alexander y Staub.- Todo hombre es innatamente un criminal, para estos autores. Hasta el periodo de latencia el hombre sano y el criminal siguen el mismo desarrollo, con la diferencia que el sano, durante la latencia, logra reprimir las tendencias criminales, dirigiéndolas en un sentido social para adaptarse.

Ambos autores clasifican a los criminales en dos grupos: los neuróticos, cuya etiología es psicológica y proviene de conflictos psíquicos similares a las neurosis, y los criminales normales, de etiología sociológica, educado en modelos criminales. También hay un tercer grupo que es el criminal de origen orgánico (etiología biológica).

Para el diagnóstico de criminalidad, debe considerarse la participación del yo conciente y del yo inconciente en el hecho delictivo. Desde esta perspectiva, tendríamos dos tipos de acciones criminales: a) la criminalidad crónica, propia de sujetos proclives a delinquir por la estructura de su aparato psíquico, y b) criminalidad accidental: acciones realizadas por sujetos no criminales en situaciones extremas o especiales.

Sandor Ferenczi.- Este autor estudió criminales anarquistas famosos, y vio que en todos el complejo de Edipo estaba aún en plena evolución, o sea, delinquían como venganza contra la tiranía de un progenitor opresor. El delincuente tiende a racionalizar, a adjudicar su acción a causas externas, cuando en realidad las causas son internas, intrapsíquicas.

En los delincuentes genuinos predomina un yo instintivo (ello), en el delincuente neurótico encontramos debilitado el yo real, y cuando la debilidad está en el yo social (Superyó) encontramos un tercer tipo de delincuentes: el Superyó puede crear un sentimiento de culpabilidad que lo lleva a delinquir como medio para autocastigarse por sus incestuosas tendencias infantiles.

Karl Abraham.- Los delincuentes estarían fijados en la etapa sádico-oral, individuos con rasgos agresivos regidos por el principio del placer, de donde predomina la envidia y la ambivalencia.

Otto Rank.- El delincuente es para Rank un individuo neurótico, una personalidad escindida con ideas opuestas, lo cual le crea un sentimiento de culpa. El delincuente no puede identificarse positivamente ni tampoco permanecer solo y aislado, porque esto le produce un sentimiento de inferioridad y culpa.

Anna Freud.- La ausencia del padre es el factor determinante de ciertos comportamientos de la juventud de tendencia antisocial. Muchos adolescentes delinquen luego de haber muerto el padre. Las personas tienden a repetir el amor y el odio, la rebeldía y la sumisión que experimentaron en su niñez.

Melanie Klein.- Klein encontró que los niños que muestran tendencias asociales y criminales eran aquellos que más temían una venganza de sus padres como castigo por sus fantasías agresivas dirigidas hacia ellos. Para estos niños, el portarse mal produce un castigo real el cual, por severa que sea, es un reaseguro en comparación con los ataques asesinos que esperan continuamente de sus padres crueles.

Kate Friedlander.- Esta autora estudió la delincuencia juvenil, y clasifica las perturbaciones en tres grupos, según se deban a un desarrollo caracterológico antisocial, a una enfermedad orgánica o a una psicosis.

Jacques Lacan.- Las tendencias agresivas de los criminales, siguiendo a Freud, son verdaderas fijaciones bajo la presión de tendencias sociales. Es una fijación narcisista ya que el objeto escogido es el más parecido al sujeto mismo (delincuente).

Condensado de Marchiori Hilda (1996) Psicología criminal. Capítulo 6.

DELITO

Teoría del delito.- Para que exista delito como figura jurídica, debe haber cuatro elementos. Los tres primeros son objetivos, pero el cuarto, la culpabilidad, es subjetivo ya que se relaciona con condiciones mentales que debe establecer el perito psicólogo y evaluar el juez:

	ELEMENTO DEL DELITO	CONCEPTO OPUESTO
1	CONDUCTA	AUSENCIA DE CONDUCTA
2	TIPIFICADA	NO TIPIFICADA
3	ANTI JURIDICA	CAUSA DE JUSTIFICACION
4	CULPABLE	INIMPUTABILIDAD

Si falta uno de esos cuatro elementos, no hay delito. Los conceptos opuestos remiten a esas faltas.

1) CONDUCTA: Puede también ser una conducta no hecha, como en los delitos por omisión (no salvar a alguien pudiendo hacerlo).

Ausencia de conducta: por ejemplo si me empujan de atrás y atropello a alguien con el coche. La conducta es del otro.

2) TIPIFICADA: Por la ley como conducta prohibida.

No tipificada: y por ende no prohibida. Por ejemplo sacar cadáveres no estuvo prohibido en una época. O sea, estaba permitido.

3) **ANTI JURÍDICA:** Conducta contra el derecho de las personas.

Causa de justificación: Por ejemplo la legítima defensa, la obediencia debida, evitar un mal mayor, etc.

4) **CULPABLE:** La persona debe comprender su conducta como buena o mala, implica tener conciencia de la criminalidad del acto. Tomamos aquí el sentido jurídico de culpa, que es algo menos grave que el dolo. En éste último hay intencionalidad en el acto, pero en el delito culposo no.

Inimputabilidad: Referida a razones por las cuales no puede declararse culpable a alguien.

Condensado de Álvarez C, Clases teóricas de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2º cuatrimestre de 1996.

Teoría del delito.- Puede definírsele como una conducta típica, antijurídica y culpable. Deben estar estos cuatro elementos para que haya un delito, siendo los tres primeros objetivos, y el último subjetivo. Por lo tanto, NO es delito cuando hay ausencia de conducta, o bien atipicidad, o bien causa de justificación, o bien inculpabilidad, respectivamente.

El *injusto penal* es solamente la conducta típica y antijurídica. Por tanto, el delito será el injusto penal más la culpabilidad.

1) **Conducta:** La ausencia de conducta no configura delito, y ocurre en dos casos: fuerza física irresistible (me empujaron y caí sobre algo produciendo un daño), e involuntariedad (actué por un reflejo automático). En el primer caso la causa es externa, y en el segundo interna al sujeto.

2) **Tipicidad:** La ley debe describir la conducta como prohibida.

3) **Antijuridicidad:** No debe haber una causa de justificación de la conducta. Hay tres causas de justificación:

Legítima defensa: debe ser proporcional al ataque.

Estado de necesidad justificante: hurtar para dar de comer a hijos.

Legítimo ejercicio de un derecho: retener el equipaje porque el pasajero no pagó.

4) **Culpabilidad:** Reproche que se le hace a quien comete una conducta típica y antijurídica y que, pudiendo actuar conforme a derecho, no lo hizo.

Las causas de inculpabilidad son tres:

Error de prohibición: por ejemplo cuando un extranjero desconoce que la ley prohíbe la tenencia de drogas, o algún régimen cambiario de compra y venta de divisas.

Estado de necesidad inculpante: a diferencia de la necesidad justificante, estoy obligado a indemnizar el daño producido.

Inimputabilidad: Alteración de capacidades físicas o psíquicas.

Condensado de Jiménez P (1990) Lineamientos jurídicos del delito y la pena. Publicación interna de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Teoría del delito.- Para que haya delito debe haber cuatro elementos: conducta, tipificación, antijuridicidad, y responsabilidad. Los tres primeros elementos se llaman el injusto penal.

Conducta: Hay delitos por comisión, pero también por omisión, como el abandono de persona.

Tipificación: La conducta debe estar tipificada por una ley que ordene o prohíba hacerla. Si yo hago algo que juzgo malo desde mi ética, no hay delito si no está tipificado en la ley.

La tipificación de un delito tiene el propósito de proteger un bien, como por ejemplo la vida o la propiedad. También se podría tipificar como delito el onanismo, porque no protege la perpetuación de la especie.

Antijuridicidad: La conducta es antijurídica cuando no está incluida en las excepciones que fija la ley. Si cae dentro de las excepciones, es una conducta tipificada pero jurídica, y por tanto no hay delito.

Antijuridicidad significa ir en contra de la ley. Si yo robo para dar de comer a mis hijos voy contra la ley de no robar, aunque el estado de necesidad pueda funcionar como atenuante. Si yo cometo un delito por obediencia debida, no voy contra la ley porque la obediencia debida es una excepción.

Responsabilidad: Interesa al psicólogo, y es la comprensión de la criminalidad del acto y capacidad para dirigirlo. La responsabilidad implica si la persona actuó con libertad o no (una persona normal puede ser inimputable si se ve compelido a realizar un acto exhibicionista, pues no puede dirigir su acción). Esto se basa en el esquema clásico de las tres facultades del alma: intelecto, voluntad y afectividad, apuntando ésta última al estado de pasión como atenuante, etc.

La responsabilidad es saber qué está haciendo cuando comete el delito, y si tiene capacidad psíquica para comprender el delito, la defensa, la sentencia y asumirla. En algunos Estados, en base al Common Law, si alguien no comprende que está condenado a muerte por un delito, no lo ejecutan. En nuestro país (Argentina), si el acusado se volvió loco durante el juicio, se suspende éste.

En una pericia no se pone simplemente "no comprendía la criminalidad ni podía dirigir sus acciones": este juicio debe ser fundamentado.

Además de comprender y saber dirigir, existe otro elemento que es "motivarse" en la ley, en la norma, más allá de si hay o no patología (pues algunos dicen que la enfermedad mental puede impedir a alguien motivarse en la norma). Por ejemplo para un chico de la pobre robar gallinas para comer es la norma: no

está motivado por la ley que dice no robar. Otro ejemplo, mato porque mataron a toda mi familia. Para ser inimputable tengo que demostrar que no estaba motivado por la ley 'no matar'.

Ahora hay una nueva posibilidad que es la mediación, en la cual no se les dio tanta cabida a los psicólogos. Pero sí la psicología puede aprovechar un aspecto nuevo de la mediación, que es la "negociación".

Un aspecto interesante de la psicología forense crítica es averiguar porqué, a iguales condiciones, unos delinquen y otros no.

Condensado de Castex Mariano, Imputabilidad, culpabilidad, responsabilidad, teoría del delito (clases dictadas en la cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996).

Teoría clásica del delito.- Por otra parte, hay un esquema clásico del delito, que distingue una dimensión objetiva (el acto en sí, matar) y otra subjetiva (la intención).

La teoría clásica coloca "culpabilidad" en vez de "responsabilidad" como cuarto elemento. Tengamos presente el paradigma de división del psiquismo en conciente (parte intelectual y volitiva) e inconciente (parte afectiva). Términos como responsabilidad, culpabilidad, reprochabilidad, imputabilidad no son sinónimos, y de su confusión salen muchos problemas. La culpabilidad tiene relación con que alguien conoce la ley pero sin embargo la viola.

Al respecto debe distinguirse dolo y culpa.

Dolo: es intencional, y corresponde instrucción penal. Por ejemplo el homicidio doloso, dentro del cual hay agravantes y atenuantes. Algunas codificaciones exigen que además de intención haya una comprensión de que se está violando una norma: esto se llama responsabilidad criminal.

Culpa: no es intencional, y corresponde instrucción correccional (que es el otro nivel del fuero penal, que se ocupa también de delitos menores, como lesiones leves, etc). Un homicidio culposo es matar sin intención (alguien que se cruza en el camino de golpe).

Respecto de la culpabilidad tenemos tres posturas: psiquiátrica o alienista, psicológica, norteamericana y posturas mixtas.

Postura alienista o psiquiátrica extrema: la inimputabilidad depende solamente de que haya una patología mental en sentido psiquiátrico; dentro de estos están los alienistas orgánicos del siglo pasado, que decían que la patología debía tener además una base orgánica.

Postura psicológica extrema: basta con que la persona normal actúe bajo emoción violenta para no ser penado, o sea, hay que ver como estaban las funciones psíquicas en el momento del hecho.

En el derecho canónico y romano se habla del apasionamiento como atenuante de un delito, o como agravante, o, si la pasión lo ha perturbado totalmente, se hace inimputable. El estado de pasión como atenuante, agravante o elemento de inimputabilidad sólo puede analizarse en el Derecho Penal Comparado, comparando por ejemplo el Common Law británico y el sistema europeo-latino.

Pasión se relaciona con sentimientos, impulsos, emoción, deseo. El deseo para el juez, por ejemplo, no es lo mismo que el deseo para Freud o Lacan, o aún para los antiguos griegos y los escolásticos. Lo mismo pasa con la palabra emoción, conducta, etc. Para evitar el mal uso de los términos, hay que hacer una lingüística del discurso jurídico. Hay términos unívocos, pero también los hay análogos y equívocos, y muchas en los tribunales usamos estos últimos.

Postura norteamericana: En EEUU apareció la figura "insane and guilty", o sea loco pero culpable, porque había muchos que alegaban enfermedad mental y no lo eran. Aquí, los mandan al sanatorio y, si mejora, termina la condena en la cárcel.

Posturas mixtas: son las posturas psiquiátrico-psicológico-jurídicas. Esto implica considerar el inciso 1º del artículo 34 del Código Penal (Argentino): hay inimputabilidad cuando hay disminución de las facultades mentales, y/o alteración morbosa de las mismas, y/o estado de inconciencia, y cuando no comprende la criminalidad del acto y/o no dirige sus acciones.

Condensado de Castex Mariano, Imputabilidad, culpabilidad, responsabilidad, teoría del delito (clases dictadas en la cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996).

Tipos.- La ley penal tiene un aspecto objetivo y uno subjetivo. El delito supone siempre dos personas: el sujeto activo (autor o autores) y el sujeto pasivo (víctima o víctimas). Ambos constituyen el aspecto objetivo que describe la ley penal. El aspecto subjetivo supone distinguir entre delito doloso (quiso el resultado, quiso matar), y delito culposo (no quiso el resultado pero lo realizó: como atropellar a alguien por ir rápido con el auto, o sea hay imprudencia, negligencia, impericia, etc). El delito de Daño solo se admite en su forma dolosa (no es delito retroceder con el auto sin darse cuenta que daño una bicicleta).

Además de los tipos dolosos y culposos, hay otra clasificación de delitos: los de tipo activo (matar) y tipo omisivo (no auxiliar a alguien en peligro pudiendo hacerlo).

Combinando los cuatro tipos, quedaría:

Tipo activo doloso.

Tipo activo culposo.

Tipo omisivo doloso.

Tipo omisivo culposo.

El dolo puede ser directo (yo quise el resultado y lo produje: puse una bomba en un auto para matar cierta persona), indirecto (no quise el resultado pero el daño fue una consecuencia necesaria: maté al chofer), y eventual (no quise el resultado pero el daño fue consecuencia accidental, no necesaria: maté un peatón).

La culpa puede ser conciente o inconciente, según la persona se haya representado o imaginado el daño, o no. El primer caso es ir rápido con el auto (puedo imaginarme que puedo matar a alguien), y el segundo caso es olvidarme la plancha prendida y causar incendio al vecino.

También debe distinguirse el delito realizado, la tentativa y el desistimiento. Este último no configura delito.

Condensado de Jiménez P (1990) Lineamientos jurídicos del delito y la pena. Publicación interna de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Abordaje psicológico.- La psicología busca averiguar qué razones llevan a un sujeto a delinquir, aunque un análisis completo exige también la intervención de otras disciplinas.

La conducta delictiva debe hacerse siempre en función de la personalidad y del contexto social donde está inmersa, pues el individuo se adapta al mundo a través de sus conductas, y la significación e intencionalidad de las mismas son un todo organizado hacia un fin, incluyendo también aquí la conducta delictiva. Esta es un síntoma, una forma de organizar la experiencia, una defensa para no caer en la disgregación de la personalidad.

Mientras el hombre 'normal' consiguió reprimir sus tendencias criminales y dirigir las en un sentido social, el criminal fracasa en esa adaptación.

El delincuente es el emergente de un núcleo familiar enfermo, pues el ambiente familiar y sus interacciones tienen gran influencia en la conducta delictiva, como por ejemplo las carencias afectivas, especialmente la materna. La agresión suele ser una respuesta a la frustración.

La tarea psicológica consiste en hacer un diagnóstico y un tratamiento. El diagnóstico puede ser individual, grupal o institucional. En cuanto al tratamiento, mediante el método colectivo de prelibertad se logra que el preso tenga un primer contacto social exterior, controlado. El objetivo es una preparación para la salida definitiva del interno, y muchas veces salir libre requiere un aprendizaje de interacciones sociales normales.

Condensado de Marchiori Hilda (1996) Psicología criminal. Capítulo 1.

Delito y alarma social.- Cuantas más personas queden expuestas a un delito, más alarma social genera. Por ejemplo el robo. La alarma social surge recién cuando el delito es públicamente denunciado (antes de esto, podían ser un secreto a voces: por ejemplo todos sabían que dos personas tenían relaciones incestuosas, pero nadie había hecho la denuncia pública, y recién entonces surgió la alarma social). Esta alarma se busca aminorarla mediante la penalización del delito cometido.

Condensado de Álvarez C, Clases teóricas de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2º cuatrimestre de 1996.

Control del delito.- Hay un contrato o pacto social donde cada uno tiene derechos y deberes, limitados por los de los demás. Ya no es un soberano que controla y castiga a quien delinque, sino que son todos quienes controlan a todos. Es ahora la sociedad quien castigará al individuo, con lo cual no se castiga menos, sino mejor. La sociedad adopta así una política criminal, que dependerá de cada época o cultura, y está sustentada en tres pilares: político, económico y científico. Ejemplo típico de este último es el *positivismo*. Por ejemplo la corriente innatista italiana de Lombroso, luego difundida al resto de Europa, EEUU y América Latina. Delincuente era quien tenía ciertas características físicas (aún hoy decimos: por la cara debe ser un chorro).

Condensado de Álvarez C, Clases teóricas de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2º cuatrimestre de 1996.

Delito y reincidencia.- La reincidencia en el delito se debe a dos causas: a) Modo de vida: hay gente que reincide porque la delincuencia es su forma habitual de vida, y siempre lo hará. b) Marginación social: reincide quien no recibe un espacio o una oportunidad por haber delinquido, por vivir en una villa, etc., o sea, por ser marginado.

Condensado de Álvarez C, Clases teóricas de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2º cuatrimestre de 1996.

DELUSIÓN

Definición.- Creencia o convicción falsa, mórbidamente condicionada, que puede o no ser destruida al enfrentarse con la razón. Término distinto que *Alucinación*, que es la experiencia perceptual subjetiva sin estímulo sensorial visible, y de *Ilusión*, que es la deformación perceptual o falsa interpretación de una experiencia sensorial. Sin.: *Engaño; ilusión mórbida, falsa*. (Al.: *Wahnidee, Wahnvorstellung*.)

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DEMENCIA

Generalidades.- Las demencias suelen presentarse con trastornos de conducta que van desde cambios cuantitativos en la personalidad previa, hasta una inactividad total, vegetativa. No hay cuadros demenciales puros, y a lo sumo podemos hablar de un predominio de tal o cual síndrome. Serios deterioros psico-orgánicos se ven en ancianos de mucha edad y en ancianos de menor edad.

Semiología psiquiátrica: para diagnosticar demencia deben tenerse en cuenta los siguientes factores: a) El informe de la familia sobre conductas y hábitos del anciano, b) examen clínico psiquiátrico, c) estudio psicométrico: WAIS para adultos, Reven, Bender, etc. d) pruebas especializadas de praxias y gnosias, lenguaje, etc. e) medios objetivos complementarios: centellografía, etc., arteriografía cerebral, etc.

Las demencias presentan algunas características que, combinadas en diferentes proporciones, permiten un mejor ordenamiento y manejo terapéutico. Esas características son:

1) Velocidad de instalación del deterioro orgánico cerebral. Según sea lento o rápido, permite o no que aparezcan mecanismos compensatorios del déficit.

2) Grado de conciencia de enfermedad: darse cuenta del deterioro, suele producir conductas neuróticas, depresivas o paranoides que a su vez agravan el cuadro anterior. La familia tiende a negar la enfermedad del abuelo, a no tomar conciencia. Puede aparecer un apoyo demasiado sobreprotector, o un abandono.

3) Influencia de la personalidad previa: la dementización está fuertemente influenciada por la personalidad previa, que puede determinar el tipo de defensas, la orientación depresiva o paranoide o la existencia o no de mecanismos vicariantes (compensatorios).

4) Influencia del estado clínico: puede amortiguar o activar la demencia.

5) Influencia del entorno humano cercano: ídem anterior. Sobre-exigir al anciano puede agravar el cuadro por stress.

No debe confundirse demencia con estados depresivos o sea cuadros preseniles de Pick-Alzheimer. También debe distinguirse la demencia de las melancolías endógenas (pseudodemencias), donde la confusión viene por haber una depresión.

Las psicosis desencadenadas por, o asociadas a, demencias, comprenden las siguientes formas:

1) Depresiones reactivas y/o melancolías endógenas, ya indicadas.

2) Estados deliroides, a veces oníroides, persecutorios, que no deben confundirse con paranoias o esquizofrenias sin trastorno demencial.

3) Confusiones agudas mentales, reversibles si se las trata a tiempo, Representan una reacción cerebral frente a un daño (intoxicaciones, falta de oxígeno, deshidrataciones bruscas, etc.).

4) Inversión del ritmo del sueño: los procesos demenciales desorganizan el sueño. Un día bien planificado puede favorecer el sueño nocturno.

Los procesos demenciales, reversibles o no, generan en la familia la aparición de antiguos conflictos y promueve una alteración de roles que el clínico y el psiquiatra deben ayudar a reacondicionar.

Condensado de Strejilevich Mario (1985) Temas de psicogeriatría (artículo).

Definición.- Una *demencia* es un debilitamiento adquirido, progresivo, global y espontáneamente irreversible de todas las funciones intelectuales (atención, memoria, razonamiento, etcétera). Implica un deterioro de un desarrollo ya completado, y no debe confundirse con las *oligofrenias*, que se instalan cuando aún no se completó el desarrollo mental, ni con ciertos deterioros específicos como las *afasias*, pues la demencia es global. Entre sus causas se pueden mencionar factores genéticos, intoxicaciones y falta de aporte sanguíneo a las neuronas.

Castelluccio, Clases dictadas en la asignatura "Correlaciones de la clínica médica" en la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano (Buenos Aires), durante 1987/89.

Clasificación.- De acuerdo a la edad de aparición, las demencias pueden ser:

Juveniles (20-40 años)	Generalmente producidas por alcoholismo o sífilis
Preseniles (50-60 años)	Demencia de Alzheimer Demencia de Pick Corea crónica de Huntington Demencia de Creutzfeldt-Jacob Demencia de Wilson
Seniles (70 o más años)	Demencia por arterioesclerosis cerebral

Castelluccio, Clases dictadas en la asignatura "Correlaciones de la clínica médica" en la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano (Buenos Aires), durante 1987/89.

Demencia senil.- Las *demencias seniles* implican atrofias cerebrales difusas por isquemia (insuficiente irrigación sanguínea), e incluyen episodios convulsivos, delirios y alucinaciones. Hay *ictus*, es decir, todo factor vascular como isquemia o hemorragias que altere la dinámica cerebral. A nivel anatómico se observan estasis lacunares del tamaño de una cabeza de alfiler: son pérdidas de sustancia gris por

pequeños infartos ocasionados por la isquemia y la necrosis. La patología más común es la demencia por arteriosclerosis cerebral.

Castelluccio, Clases dictadas en la asignatura "Correlaciones de la clínica médica" en la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano (Buenos Aires), durante 1987/89.

Demencia de Alzheimer.- Es un deterioro intelectual progresivo que comienza alrededor de los 60 años, con daño especialmente en las funciones simbólicas. A nivel anatómico se aprecia una atrofia difusa en las zonas parietal-occipital y primera circunvolución temporal, manteniéndose intactas las fibras de proyección y asociación.

A nivel histológico se ven lesiones difusas y uniformes. Aparecen: a) placas seniles formadas por neuronas con una degeneración neuro-fibrilar, y b) una degeneración gránulo-vacua de la neurona (tipo 'queso gruyere'). Ambos se pueden encontrar también en el núcleo amigdalino y en el hipocampo.

Cuadro clínico.- Hay un compromiso afaso-aprático-agnóstico con desorientación espacio-temporal. Comienza con un déficit global de memoria y desorientación espacial precoz (por ejemplo no recuerda donde dejó lo que usó hace un momento). Aparecen trastornos de las funciones simbólicas (lenguaje con alexia, apraxia, agrafia). La afasia puede ser motora (no habla pero entiende) o expresiva (habla pero dice cualquier cosa, pudiendo haber ecolalia, o sea, repetir lo que escucha, o palilalia, que implica decir siempre lo mismo). También se aprecian delirios de persecución y alucinaciones, y a veces reacciones depresivas. A nivel neurológico puede tener hipertensión (rigidez) y crisis epilépticas generalizadas. El EEG es anormal, constatándose un exceso de ondas beta y theta. En la tomografía computada se ve el sistema ventricular dilatado debido a la atrofia del tejido nervioso. Hay un compromiso de la sustancia gris, pero no de la blanca. La enfermedad evoluciona durante 5-6 años y luego mueren.

Castelluccio, Clases dictadas en la asignatura "Correlaciones de la clínica médica" en la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano (Buenos Aires), durante 1987/89.

Demencia de Pick.- Patología donde están afectadas principalmente las funciones de atención y memoria, con reducción general de la actividad. Aparece hacia los 50-60 años. A nivel anatómico se observa atrofia en las regiones frontal y temporal (sobre todo en circunvoluciones 2-3-4), casi global y bilateral. Puede afectarse el lóbulo parietal, pero están preservadas las circunvoluciones pre y posrolándicas. Hay placas degenerativas. A nivel histológico hay una alteración neuronal (neuronas grandes e hinchadas) en la zona superior de la corteza acompañada de una gliosis, o alteración de la sustancia blanca.

Cuadro clínico.- Se trata de una demencia menos masiva que el Alzheimer. Predomina la sintomatología frontal: conductas estereotipadas, trastornos del comportamiento ético (hipersexualidad) y de la voluntad (desde la excitación psicomotora hasta la abulia total y pérdida de la iniciativa). Luego va afectando las funciones intelectuales (atención, abstracción, síntesis, razonamiento, juicio, autocrítica).

Al principio suelen conservarse el lenguaje y la orientación espacio-temporal, lo que enmascara el real deterioro que va ocurriendo. A medida que avanza hay un compromiso afásico, aprático y agnóstico gradual, comenzando con una simple reducción del lenguaje. Aparece a veces afasia por falta de memoria (pero no afasia expresiva) y estereotipias verbales (mutismo o ecolalia). Los signos neurológicos y el EEG son normales. En la tomografía computada se aprecia dilatación ventricular, sobre todo en las astas ventriculares frontales. Evoluciona durante 3-5 años y luego muere. En otros casos la evolución es más larga llegando a la caquexia (pérdida importante de peso y masa corporal).

Castelluccio, Clases dictadas en la asignatura "Correlaciones de la clínica médica" en la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano (Buenos Aires), durante 1987/89.

Ejemplos de demencias preseniles.- Se mencionan la corea de Huntington, la demencia de Creutzfeldt-Jacob y la enfermedad de Wilson.

La *corea crónica de Huntington* es una enfermedad hereditaria producida por un gene recesivo que produce una atrofia cortical que lleva a la demencia. También presenta atrofia del cuerpo estriado.

En cuanto al diagnóstico diferencial, debe distinguirla de la corea juvenil (o Mal de San Vito), que es aguda, infecciosa y sin demencia. Esta corea juvenil es producida por el estreptococo beta-hemofílico y es una consecuencia de la fiebre reumática, tomando solamente los centros extrapiramidales pero no la corteza.

La *demencia de Creutzfeldt-Jacob* es una enfermedad crónica demencial que afecta la corteza piramidal (trastornos del tono muscular y la motilidad voluntaria) y la extrapiramidal (temblor o rigidez).

La *enfermedad de Wilson* es un trastorno metabólico del cobre, que se almacena en los núcleos grises de la base produciendo demencia y en el hígado, generando insuficiencia hepática. Es hereditaria y ligada a un gen recesivo.

Castelluccio, Clases dictadas en la asignatura "Correlaciones de la clínica médica" en la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano (Buenos Aires), durante 1987/89.

Demencia por arteriosclerosis cerebral.- Tipo de arteriosclerosis donde el cerebro está comprometido por un déficit de riego sanguíneo.

Etiología.- Pérdida de elasticidad arterial (con lo cual disminuye la luz arterial) por envejecimiento: se van depositando placas de grasa (arteromas) en las paredes de las arterias.

Cuadro clínico.- a) Los signos y síntomas precoces configuran el síndrome arteriosclerótico mínimo: zumbidos de oídos, mareos, cefaleas, trastornos de la memoria y el sueño tardío. Pierde primero la memoria de hechos recientes: baja la memoria de fijación pues disminuye la cantidad de ARN disponible al bajar la síntesis proteica. Hay trastornos de la afectividad (indiferencia, se siente no querido). Puede haber depresión al darse cuenta de su estado, nerviosismo, fatiga e insomnio. b) Cuando la enfermedad avanza, los síntomas anteriores se agravan, se pierde la memoria de evocación (por isquemia y necrosis neuronal) y todo el cuadro puede evolucionar hacia una demencia o bien hacia un parkinsonismo (donde no hay compromiso intelectual). Los síntomas predominantes son mnémicos, pudiendo llegar a la amnesia total. Hay desorientación espacio-temporal, apraxia de construcción y agnosia de lugares conocidos.

A nivel anatómico hay una atrofia cortical bilateral difusa (similar al Alzheimer), que predomina en los lóbulos frontales y temporales. A nivel histológico se ven alteraciones vasculares y placas seniles a nivel cortical, especialmente en las astas de Ammón.

Castelluccio, Clases dictadas en la asignatura "Correlaciones de la clínica médica" en la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano (Buenos Aires), durante 1987/89.

Demencia y depresión.- Un historial clínico de depresión aumenta el riesgo de padecer posteriormente demencia, y en pacientes con demencia la incidencia de la depresión parece ser elevada. Los estudios transversales demuestran que los niveles totales de síntomas depresivos son comparables para los individuos tanto con demencia como sin ella. Los síntomas depresivos en la demencia se caracterizan por síntomas que sugieren un deterioro de la motivación. Aunque la etiología de la depresión en demencia es desconocida, varias líneas de la evidencia acentúan la importancia de factores neurobiológicos. Se precisan otros estudios son necesarios para aclarar esta intrigante relación.

Joost G.E. Janzing. Depresión y demencia: el eslabón perdido. Current Opinion. 2003 Ene; 16(1).

DEPENDENCIA

Definición.- La dependencia de sustancias psicoactivas "se produce cuando hay un uso excesivo de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo". Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 525.

Dependencia cruzada.- "Es la capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra droga. Así, la metadona puede suprimir el síndrome de abstinencia de la heroína y los tranquilizantes suprimen la abstinencia alcohólica. La utilización de la dependencia cruzada es la base de la mayoría de los métodos de desintoxicación".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 525.

Dependencia física.- La dependencia física de una droga es un "estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Esos trastornos, esto es, los síndromes de abstinencia, están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares para cada tipo de droga".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 525.

Dependencia psicológica.- La dependencia psicológica o psíquica de una droga es una "situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 525.

Generalidades.- No hay un acuerdo sobre la definición de dependencia pero cada autor subraya distintos aspectos teóricos: social, antropológico, psiquiátrico, sociológico, etc. Hay condiciones biológicas, sociales y culturales que provocan la dependencia, pero también se habla de tipos de personalidad proclives a la dependencia. La dependencia sería un rasgo de personalidad que se manifiesta a nivel personal e inter-personal.

Los desarrollos teóricos más recientes dejaron de preguntarse sobre el porqué de la dependencia, y buscaron mas bien responder como ocurre ella, y como se mantiene.

Desde esta perspectiva, se buscó relacionar la dependencia con el control y la eficacia de la conducta. En general, se asume que el enlace principal de la dependencia con el control de la conducta se basa en dos creencias que tiene el individuo: 1) 'el mundo en que vivo es contingente y estoy tratando en un entorno de respuestas', y 2) 'puedo dominar conductas o habilidades porque producen resultados específicos y consecuencias requeridas por la situación que voy a enfrentar'.

Así, la falta de control resulta o bien de no esperar un entorno contingente y de respuestas, o bien de no esperar ser competente o habilidoso. Así, uno es dependiente porque el problema está en el ambiente y porque está en uno mismo (no es competente).

Condensado de Baltes y otro (1992) Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Capítulo 3.

La dependencia desde una perspectiva del aprendizaje operante.- Esta perspectiva toma en cuenta la unidad estímulo-respuesta más que la conducta global, y considera los refuerzos como la recompensa o el castigo.

La utilización de este enfoque operante en el estudio de la conducta dependiente del anciano enfatiza también la plasticidad de las conductas, y destaca la posibilidad de utilizar varios métodos: operante-experimental, operante-observacional y operante-ecológico.

Los hallazgos obtenidos por estos tres tipos de método parecen converger en los siguientes puntos:

1) Las conductas dependientes están codeterminadas por condiciones ambientales, y un cambio en estas condiciones revierte las conductas dependientes de los ancianos, haciéndolas independientes.

2) Las conductas de cuidado personal, dependientes o independientes, experimentan ecologías sociales distintas; mientras las conductas independientes son las más ignoradas, las primeras van seguidas de consecuencias sociales inmediatas de una forma continuada y regular.

3) Cuando se consideran las contingencias (cambios) ambientales hay una diferenciación adicional entre las conductas dependientes e independientes. Los individuos con conductas dependientes tienen mayores posibilidades de no experimentar reacciones a partir del medio social. Esto también es cierto para las conductas de compromiso destructivo en los tipos de conducta independiente. Las conductas de compromiso constructivo se ven apoyadas por una contingencia intermediada socialmente.

4) Reconstruyendo estos hallazgos, cabe concluir que la conducta dependiente presenta el máximo control y poder, con respecto a las contingencias sociales.

5) La descripción de la dependencia, como función de la presencia de contingencias sociales y como reversible, tras un cambio en las contingencias, cuestiona las relaciones entre la dependencia, el desamparo, o la falta de control o autoeficacia.

La multifuncionalidad de la conducta dependiente alude, finalmente, a que una conducta dependiente puede cumplir funciones distintas y útiles. Por ejemplo puede servir para adaptarse al ambiente, o ser simplemente una reacción pasiva al mismo.

Condensado de Baltes y otro (1992) Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Capítulo 3.

Dependencia en ancianos.- Un sistema de creencias culturales que declara la dependencia como algo aversivo y sancionable provoca un fuerte impacto negativo en cualquier individuo con conductas dependientes. Se pueden deducir tres puntos principales que confrontan las investigaciones sobre la dependencia en la edad avanzada: multicausalidad, multidimensionalidad y multifuncionalidad.

1) *Multicausalidad*: la dependencia no depende solamente de un estado biológico sino también de las condiciones socio-ambientales. Por ejemplo, ciertas personas reciben en forma más habitual la etiqueta de dependientes (ancianos, desempleados, etc).

2) *Multidimensionalidad*: la dependencia presenta muchas facetas como la depresión, la agresión, el autocontrol. También se habla de dependencia mental, física, económica, social, afectiva, real o imaginaria, de crisis y neurótica. También se habla de dimensiones personal, situacional e interpersonal de dependencia.

3) *Multifuncionalidad*: En algunas culturas la dependencia es indeseable, pero en otras es tolerada y hasta aceptada. Se acepta también la dependencia en ciertas etapas de la vida (niñez, enfermedades, etc).

Condensado de Baltes y otro (1992) Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Capítulo 3.

Magnitud de la dependencia en los ancianos.- Se puede hacer una estimación de la magnitud de la dependencia del anciano mediante el concepto de '*proporción de dependencia*', y se define como la proporción de la población trabajadora que está disponible para apoyar a aquellos que no trabajan.

Las estadísticas muestran que las proporciones de dependencia están aumentando en las culturas occidentales, debido a un incremento del número de ancianos en la población, incremento que se produce por los avances de la medicina.

Hubo mejoras en los servicios médicos, sociales y psicológicos para los ancianos, y en este contexto los estudios epidemiológicos juegan un papel importante en la proporción de información de sus necesidades.

Epidemiológicamente, *dependencia* se define como incapacidad funcional para realizar las actividades cotidianas esenciales. Hay otras caracterizaciones, pero todos coinciden en señalar que dependencia implica las áreas del mantenimiento propio, del hogar, la movilidad, y con frecuencia el deterioro de la visión y la audición. Se estudia por ejemplo si la persona puede o no moverse por sí sola, alimentarse sola, etc, y en base a ello se construyen escalas de mayor o menor dependencia.

El trabajo epidemiológico sobre la dependencia en la edad avanzada se ha limitado a relacionarla sobre todo con la edad, el sexo, la clase social y el deterioro psiquiátrico. Este punto de vista fue criticado por

basarse demasiado en lo observable y no buscar factores más profundos subyacentes a la dependencia. Por ello se realizaron estudios teóricos sobre esta.

Condensado de Baltes y otro (1992) Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Capítulo 3.

De la dependencia a la independencia.- Se puede describir el desarrollo emocional en términos de un recorrido gradual de la dependencia a la independencia (lo que no impide que también pueda describirse en términos de zonas erógenas -oral, anal, etc- o relaciones objetales).

Madurez no es sólo crecimiento personal sino también socialización, la que se alcanza cuando el adulto puede identificarse con la sociedad sin sacrificar demasiado lo personal, o viceversa. En el proceso se pueden describir tres categorías o etapas: dependencia absoluta (último periodo de embarazo y seis primeros meses de vida), dependencia relativa (entre seis meses y dos años), y hacia la independencia (niño deambulador y púber).

Dependencia absoluta.- El niño al principio es independiente en cuanto a lo que trae como herencia, pero es dependiente pues depende de la provisión ambiental. Este ambiente facilitador permite que siga la maduración, entendida esta como evolución del yo y del self, los instintos, las defensas, etc.

Son los padres quienes deben proveer el ambiente facilitador, satisfaciendo las necesidades del niño. La madre debe estar entregada al cuidado del bebé luego del nacimiento, y esto se llama "preocupación materna primaria". La naturaleza hace lo necesario para satisfacer lo que el infante necesita, que es un "alto grado de adaptación". Adaptación no es satisfacer las necesidades instintivas sino el que la madre no abandone al infante, aunque puede y debe frustrarlo en cuanto a dichas necesidades instintivas. Debe satisfacer en cambio otras necesidades como la de sostén: nadie puede sostener un bebé a menos que se identifique con él.

Luego la madre irá ocupándose de su propia vida y abandonando gradualmente al niño, y debe darle un motivo para tener rabia, porque si no el niño no podrá fusionar la agresión con el amor.

En la dependencia absoluta el infante no tiene ningún medio de percatarse de la provisión materna.

Dependencia relativa.- Es la dependencia de la cual el infante puede darse cuenta de que depende (en cambio en la dependencia absoluta la madre hace mucho para satisfacer las necesidades del yo del niño pero nada de ello queda registrado en la mente del niño).

Cuando la madre está ausente cierto tiempo el niño se angustia: siente su necesidad de ella, comprende que la madre es necesaria. Esta fase dura entre seis meses y dos años, pero desde los dos años el niño ya cuenta con armas para enfrentar la pérdida.

Desde muy temprano el niño puede tener una capacidad para identificarse con la madre, como por ejemplo el reflejo de la sonrisa. También, más tarde ponerse en el lugar de la madre alivia su dependencia, de donde proviene su comprensión de que la madre tiene una existencia personal y separada de la de él. Al poder identificarse con la madre o ambos padres desvía parte del odio hacia ellos en tanto desafían su omnipotencia.

Las identificaciones siguen luego rutas más complejas a través de un intercambio continuo entre realidad interna y externa que se enriquecen recíprocamente. Se vuelve no sólo un creador del mundo sino alguien capaz de poblarlo con muestras de su propia vida interior.

Hacia la independencia.- El niño puede enfrentar gradualmente el mundo y sus complejidades, pues ve en él lo que ya está presente en su propio self, aunque pueden producirse retrocesos.

En la latencia por lo general los niños están satisfechos con la dependencia que tienen la suerte de poder experimentar. Los adultos deben luego continuar el proceso de crecer y madurar, pues pocas veces llegan a una madurez completa.

Winnicott D (1963) De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. Incluido en Winnicott D (1996), Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós.

DEPORTE

Generalidades.- El ámbito de la conducta humana denominada deporte comprende un gran número de personas, entre participantes y espectadores, en todas las naciones y civilizaciones del mundo. La actividad deportiva siempre ha sido una característica del hombre a lo largo de la historia.

Etimológicamente, la palabra deporte deriva de 'disporte' (dis y portore), es decir, 'sustraerse al trabajo'. Esta derivación de la palabra implica que el deporte es diversión, no tarea pesada. En el deporte la actitud es de juego, y la satisfacción reside no tanto en los resultados como en la experiencia misma. La diversidad de actividades físicas y deportivas es tal que en ella pueden encontrar satisfacción toda la gama de las necesidades humanas y, en cierto sentido, estudiar las motivaciones de quienes practican deportes.

Se ha caracterizado a los deportes como: 1) un medio de expresión de la lucha de los adolescentes en su búsqueda de adaptación y aceptación; 2) procesos de competición y cooperación que caracterizan la conducta social de sociedades específicas; 3) el resultado de un impulso exitoso y de sus implicaciones; y 4) agradables pruebas de supremacía física.

El eminente historiador inglés Arnold Toynbee opina que los deportes son esenciales para el bienestar de las personas si tenemos en cuenta las condiciones de vida a que nos somete la moderna cultura industrial. El deporte es un intento conciente de contrarrestar la especialización destructiva del espíritu que lleva consigo la división del trabajo en el individualismo.

Según lo dicho hasta aquí, podríamos definir al deporte como un esfuerzo corporal más o menos vigoroso realizado por el placer y recreación de la actividad misma y practicada por lo general de acuerdo a formas tradicionales o conjunto de reglamentaciones.

Puede ser o no ser competitivo, aunque esta condición introduce las motivaciones que aumentan el valor de su práctica. La competencia deportiva individual, sin embargo, puede ser con respecto a la propia marca o a las marcas previamente establecidas por otros. Las actividades deportivas pueden realizarse individualmente, sin oponentes, solo por el placer de la experiencia; así la natación, el patinaje, el esquí, etc.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Motivación y deporte.- 1) Como cualquier actividad humana, el hacer deportes es una actividad motivada y motivable. Motivada porque el deporte implica siempre un 'para qué' se hace, más allá de una eventual retribución monetaria. Y motivable porque siempre cabe la posibilidad de 'despertar' motivos dormidos en una persona para que comience a realizar prácticas deportivas a cualquier edad.

2) La motivación para iniciar y continuar una actividad deportiva no es una sola, sino mas bien una configuración de motivos, única para cada jugador. En esta configuración encontramos por ejemplo necesidades de afiliación, necesidades por realizar una tarea por sí misma, necesidades de autorrealización, de autoestima, de reconocimiento social, de bienestar corporal, etc.

3) La simple presencia de motivaciones en el deportista no es muchas veces suficiente para la tarea deportiva. Es preciso que estos motivos se 'activen', y aquí cumple un rol fundamental el entrenador quien en realidad no 'motiva' (en el sentido de crear los motivos) sino que activa los motivos potenciales o dormidos en el jugador, pues si este no los tiene el entrenador poco y nada podrá hacer.

4) En otros casos el jugador está lo suficientemente motivado como para no requerir estímulo externo. Esto es algo que debieran tener en cuenta algunos entrenadores que consideran parte de su tarea obligatoria motivar a los jugadores, cuando a veces ello no es indispensable.

5) La motivación en el deporte es importante, porque la misma actividad deportiva es en sí misma importante. Esta trascendencia del deporte está dada porque éste es un medio ideal para que el hombre pueda encontrarse consigo mismo, para que actualice sus potenciales, proporcionándole la oportunidad de ser lo que lo es capaz de ser. Es esta libertad la que le brinda la posibilidad de encontrar en el deporte una sensación de plenitud (Curtis Gutts, citado por Lawther, 1972), que puede estar ausente o no poder conseguirla en otras áreas de su vida. Esto no significa que el deporte sea una actividad subsidiaria que se limite a compensar falencias en otras áreas de la vida, sino que es realmente una actividad tan importante como el trabajar, estudiar, etc.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Lawther J (1972) Psicología del deporte y del deportista. Madrid: Paidós.

Motivación y deporte.- El estudio de la esfera de motivación resulta un tema bastante complejo para los psicólogos del deporte. Aún los entrenadores, profesores de educación física y deportistas están esperando una explicación de cómo este factor modifica el rendimiento, pero no hay dudas de que permite analizar porqué unos trabajan duro o juegan con más tesón e intensidad que otros; porqué unos llegan a un alto rendimiento y otros, con especialidades similares, no alcanzan estos resultados, y porqué unos continúan participando en la actividad y otros no.

Varios jugadores pueden ser impulsados a realizar la misma tarea, de idéntica forma y con igual intensidad, por diferentes razones; por otra parte, si un grupo de atletas recibe el mismo estímulo aparente para funcionar, se originará una variedad de conductas. Se ha podido concluir que los mismos métodos para motivar a dos atletas pueden ocasionar resultados diferentes y puede, inclusive, provocar comportamientos opuestos en ese propio atleta, si se utiliza en periodos diferentes.

Por estas razones, resulta verdaderamente difícil llegar a plantearse, de forma absoluta, una solución para el problema de la elevación y mantenimiento de la motivación de los deportistas, pero brindarle atención a este importante aspecto de la personalidad es algo insoslayable.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Motivación y deporte.- En el deporte existe una organización motivacional que subyace a la variada gama de motivaciones que conducen a su práctica. Puede decirse que la estructura motivacional básica, corresponde a tres categorías que se presentan seguidamente: I, II y III.

I Entretenimiento y placer en el deporte.- Es evidente que el deporte procura placer. Según Michel Bouet "el deporte es una ventana abierta al puro placer que producen el movimiento muscular, la respiración y la circulación activados". Además dice que el deporte se practica con una intensidad que es proporcional

al placer físico que se deriva de él; que la necesidad de ejercicio físico provoca esta atracción y que la participación deportiva produce una conmoción sensorial, física y perceptual.

Existen en el niño, pero también en el adulto, actividades que parecen no tener otro fin que el de existir y de las que se diría que constituyen su propia recompensa. Esas actividades que tienen su motivación en sí mismas se denominan autotelúricas y se distinguen radicalmente de la búsqueda de eficacia o utilidad. Aquí se trata de conductas de juego, de búsqueda de expresión y de emoción artística, pero también de comportamientos más rudimentarios de exploración o de actividad física en apariencia estéril.

Desde temprana edad se observan en el niño conductas que obedecen al simple "placer de funcionar" o al "placer de ser la causa de algo" y que parecen responder a una necesidad fundamental. En efecto, lo cierto es que los experimentos de privación sensorial y motriz revelan que el organismo no puede vivir y desarrollarse si no se le incita mediante estimulaciones sensoriales varias y si le es imposible ejecutar una cantidad suficiente de actividad motriz. Esas actividades sensoriomotrices tienen por un lado una función muy específica en relación con la maduración de las células nerviosas y la aparición de ciertas conductas, y, por otro lado, una función no específica consistente en una tendencia a "bombardear" el organismo con informaciones, a activarlo, a "consumir" su energía.

Consideradas a corto plazo, esas actividades parecen carecer de significado: ¿con qué fin una ardilla enjaulada hace girar su rueda? ¿qué objetivo persigue un niño que se agota subiendo y bajando por el tobogán o que se concentra con el movimiento de su automóvil de juguete?

La tendencia a la búsqueda del bienestar, del confort y de impresiones agradables, tiene un carácter muy general y su importancia puede ser muy variable.

Los niños para justificar su interés por el deporte lo relacionan con el entretenimiento y placer que experimentan. Simétricamente, algunos de esos jóvenes deportistas dejan de practicar porque los entrenamientos les resultan aburridos y la actividad, a sus ojos, no es lo bastante excitante o estimulante.

II Necesidad de afiliación y motivación en el deportista.- Murray ha denominado "tropismo social" o "necesidad de afiliación" a la tendencia del hombre a establecer contactos y a buscar relaciones afectivas con otros. Posteriormente, esa necesidad de afiliación fue conceptualizada como una búsqueda de aceptación social (Atkinson y otros, 1954) constituida por dos tendencias: el deseo de afiliación y el miedo al rechazo por parte del otro. En su estudio sobre los antecedentes y las consecuencias de la afiliación, Schachter advierte que esa búsqueda de otro, ese "gregarismo" tal vez sea el objetivo mismo de la conducta (y constituya su motivo), y tal vez sea un medio para alcanzar un fin (para jugar al balonmano antes hay que integrarse en un equipo). En su notable síntesis sobre la motivación humana, Nuttin propone la idea de que existiría una doble orientación de las conductas: una, dirigida a uno mismo, apuntaría a la autoconstrucción y al desarrollo del "self" (sí-mismo); la otra, que es un "movimiento hacia el objeto", apuntaría a distintos objetos externos, entre los cuales los objetos sociales ocupan un lugar de preferencia.

La cualidad de indispensable que posee ese compromiso con el prójimo es bien conocida y no viene al caso, para demostrarla, recordar aquí los trabajos clásicos sobre las carencias afectivas o el apego en el niño y en el animal.

A medida que el niño crece, sus relaciones sociales se amplían y establece vínculos con más personas. La motivación social de un individuo se amplía también para incluir motivos de aceptación por parte del grupo.

"El hombre se interesa en sumo grado por las opiniones, tendencias y sentimientos de otros para con él, y no sólo actúa en función de esa imagen, sino también para modelarla a su gusto" (Nuttin J, 1969).

De modo que, en este caso, podemos decir que los éxitos deportivos tienen tanta importancia en lograr una mayor aceptación por parte de los pares, al mismo tiempo que desarrollan en los individuos un fuerte sentimiento de seguridad.

III Motivos relacionados con la competencia, el sí mismo y la realización.- Los organismos necesitan "hacer", es decir, realizar algo con el mundo que exploran y organizan. En esto consiste el motivo para el logro o la realización que puede ser definido como las expectativas de afecto derivadas de la propia actividad y rendimiento. Es un motivo sumamente variable en las distintas personalidades, y se desarrolla con mayor fuerza en las culturas y familias que enfatizan la evolución independientemente del individuo. Por el contrario, el logro como motivo de poca intensidad aparece asociado a las familias en las cuales el niño es más dependiente de sus padres y hermanos, y de alguna manera está supeditado a ellos.

En nuestra sociedad, los motivos de logro están estrechamente vinculados con la necesidad de aprobación social, y, según Adler, se desarrollan para superar la inferioridad de la infancia, con sus sentimientos de impotencia, debilidad y dependencia.

La mayoría de las investigaciones para estudiar los motivos de logro se refieren al nivel de aspiración entendido como el resultado que una persona espera obtener al comenzar una tarea.

Este nivel depende de la experiencia que cada persona tiene de sus posibilidades, pero también de las reacciones ante los fracasos cuando el nivel de rendimiento ha sido inferior al de aspiración, o bien ante los éxitos en el caso inverso.

Ahora bien, éxito y fracaso son dos valoraciones relativas a las expectativas de los individuos con respecto a su propia acción, expectativas fundadas en los motivos de logro, y de autoafirmación del yo individual y con una fuerte influencia cultural.

Con respecto al nivel de aspiración, es posible distinguir dos actitudes básicas: por una parte las actitudes objetivas expresadas en el hecho de que el individuo trata de hacer corresponder lo más estrictamente posible su nivel de aspiración con su nivel de rendimiento. Pero frecuentemente se manifiestan actitudes subjetivas que determinan que el nivel de aspiración se fije con relación al nivel de rendimiento.

En estos casos, cuando predomina un proceso de compensación, el nivel de aspiración sobrepasará el de rendimiento, en tanto que cuando prevalezca el temor al fracaso, la defensa actuará manteniendo el nivel de aspiración por debajo de la realización.

Los estudios realizados a este respecto demuestran que tanto la derrota como el fracaso influyen en el nivel de aspiración de cada uno.

Las derrotas ocasionales, pero no demasiado frecuentes, no hacen más que reforzar los máximos rendimientos.

El propio nivel de aspiración, aquel que especialmente se relaciona con el rendimiento que la persona se propone alcanzar está determinado, en buena medida, por las experiencias pasadas. La persona ambiciosa, con éxitos parciales en su haber, tiende a elevar su nivel de aspiración después de haber obtenido victoria, si bien no lo eleva muy alto para que no resulte totalmente inalcanzable. No obstante, se debe aspirar a los niveles más altos si se pretende un mejor desarrollo de las posibilidades.

Ciertas características de la personalidad están relacionadas con el nivel de aspiración de cada uno de nosotros. Por regla general, la persona muy tímida, que tiene mucho miedo al fracaso, se propondrá un nivel muy bajo para poder evitarlo. Las personas poco realistas son proclives a establecer niveles de aspiración o bien inalcanzables por lo altos, o bien tan bajos que el llegar a ellos no les ofrece la menor dificultad.

Los buenos atletas no buscan las victorias fáciles. Necesitan como un desafío, la amenaza y el peligro de ser derrotados. Saben que la victoria es incierta. Las derrotas no suprimen, de ningún modo, el deseo de seguir compitiendo, si no se producen con demasiada frecuencia.

Un fracaso lleva a examinar los niveles de rendimiento y estimula los esfuerzos para elevar las performances. Una derrota permite frecuentemente, tomar conciencia de los puntos débiles que deben ser reforzados y los errores que deben corregirse. En muchas oportunidades un equipo de gran categoría y repetidos éxitos ha aprendido con mayor rapidez y mejorado su performance después de la derrota.

Por otra parte en los individuos frustrados, tensos y ansiosos el miedo al fracaso es más fuerte que el acicate del éxito. A menudo es necesario ayudarlos a establecer un nivel de aspiración acorde con la realidad y que tenga en cuenta no sólo sus posibilidades potenciales, sino también su tolerancia a los eventuales fracasos.

Es función del entrenador elevar el nivel de aspiración en los deportistas. En muchos casos conformarse con el propio nivel de performance suele motivar, generalmente, el cese de los intentos por mejorarlo. Uno de los aspectos menos afortunados de las destrezas deportivas de alto nivel es que se convierten en práctica conciente con el objeto de retener las marcas conseguidas.

Por el contrario, en algunos atletas que tienen las mejores performances, las nuevas marcas establecidas por sus pares a menudo promueven la elevación de sus niveles de aspiración, y de este modo pueden alcanzar o sobrepasar aquellas marcas.

En conclusión, podemos decir que el nivel de aspiración de una persona es un indicador significativo de su futuro rendimiento.

Por otra parte, si bien la competencia constituye claramente, al parecer, la piedra angular de la motivación de realización del deportista, al parecer no hay datos experimentales relativos a su desarrollo. Solo un experimento realizado por Horn y Hasbrook (1986), muestra que hasta los 8-9 años los niños asignan gran importancia al resultado y al feedback proveniente de los padres o de los espectadores. A continuación la importancia del feedback de los adultos disminuye, en beneficio de las comparaciones entre iguales.

La palabra 'competición' se deriva de la expresión latina 'competere', que significa "buscar conjuntamente" (con=juntamente, y petere=buscar). Por lo general implica competencia con otro u otros y, a menudo, también la evaluación de su rendimiento en términos comparativos, es decir, en comparación con el rendimiento de los demás.

Se puede competir con la propia marca o con la marca establecida previamente por otros en las mismas circunstancias deportivas. Para Bouet los grandes momentos del deporte no son tanto aquellos en los que se derrota a un oponente, cuanto los momentos en que se supera la propia marca, tanto si se sale vencedor como vencido.

De modo que podemos concluir con Thompson que tanto la competencia y la rivalidad satisfacen las necesidades de la persona. La competencia satisface un impulso básico, da deleite y sentido a la existencia, levantando tanto la moral como la autoestima.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Motivación interna y externa en el deporte.- La actividad deportiva tiene motivaciones internas y externas.

Motivación interna.- El grado de motivación interna varía grandemente entre los deportistas. La razón por la que participan y el esfuerzo para el cual están preparados para conseguir el triunfo, son factores con los que el entrenador tiene muy poco que ver, al menos en principio.

Algunos deportistas están altamente motivados internamente, e invertirán una enorme cantidad de tiempo trabajando para perfeccionar sus destrezas sin ser instados o halagados por el entrenador. Otros invertirán muy poco tiempo y el entrenador tiene que proporcionar la necesaria motivación para ayudarles a alcanzar su potencial.

Motivación externa.- Probablemente el papel más importante que desempeña un entrenador es el de motivador; su personalidad, convicción, fines y técnicas de motivación son de principal importancia para el desarrollo de las actitudes de sus jugadores y el grado de éxito que estos alcanzarán. De ahí que necesita analizar su propia teoría de motivación y examinar sus enfoques de esas cualidades que piensa son importantes para desarrollar un ganador. Estos conceptos de motivación seguramente se convertirán en parte predominante del carácter de su equipo, simplemente porque estas son las cosas que enfatizará con mayor fuerza. Por ejemplo, si el foco de atención dominante del entrenador es la organización, con toda probabilidad ese equipo será un grupo bien disciplinado y organizado que sabe exactamente lo que va a hacer. El entrenador que sitúe el énfasis máximo en el trabajo duro probablemente producirá un equipo que tendrá una condición física superior y que apreciará además, el valor de su acondicionamiento. Por la misma regla de tres, los rasgos de personalidad indeseables serán transmitidos a los jugadores y a su vez se asociarán al equipo. (Este principio general debe parecer razonable a la mayoría de los entrenadores que son, constantemente, testigos de los enfoques de entrenamiento dirigidas a equipos que produzcan juegos adaptados a sus planteos o puntos de vista). Por ejemplo, un entrenador que sea un gran defensor producirá equipos de grandes defensores; un entrenador que crea fuertemente en el valor del ataque tendrá un equipo que se convertirá en un adepto a esta parte del juego; y el entrenador que se haya convencido que presionar al oponente es necesario para ganar, producirá equipos que serán reconocidos por esta característica. El resultado del hiper-énfasis en un área será que el equipo quedará deficiente en otra. Por ejemplo, un entrenador de fútbol puede enfatizar tanto en los lanzamientos de balón que se olvide de enseñarles a analizar una situación y a manejarla inteligentemente; un equipo organizado puede estar tan interesado con la mecánica y la forma del juego que sus componentes no recuerden la importancia de los lanzamientos de balón. En otras palabras el entrenador 'puede' estar sacrificando otros elementos importantes del juego para reforzar su área. Para "la completa" aproximación de la motivación son esenciales los siguientes factores:

1. El entrenador necesita examinar su propio enfoque acerca de qué es importante (factores de motivación).
2. Necesita examinar sus métodos de poner su perspectiva en acción (cómo pone en práctica esos cuadros en su equipo).
3. Si su enfoque no tiene éxito, debe decidir lo que sea necesario para mejorar la situación.
4. Debe percatarse de las ventajas y desventajas de su perspectiva.
5. Tiene que ser capaz de ver dónde se queda corto en la aproximación de la escena de motivación.
6. El entrenador debe estar alerta de cómo trabaja la motivación a nivel de equipo y cómo afecta a cada jugador. Tiene que estar familiarizado con todas las técnicas especiales que son útiles con los equipos y con cada jugador desprovisto de esos rasgos deseables.
7. También el entrenador ha de hacer todos los esfuerzos para determinar si, inconcientemente, está haciendo cualquier cosa que pueda minar sus metas motivacionales; por ejemplo debe enfatizar el trabajo duro y sin embargo, recorta demasiado la práctica; otro puede intensificar la lucha sin tolerar la ira, la blasfemia o las riñas en el equipo; un tercero puede intensificar la organización y la planificación estratégica siendo él mismo una persona descuidada. Una cosa muy común entre los entrenadores es tener expectativas poco reales. El entrenador debe estar genuinamente preocupado acerca de la falta de agresión de su equipo sin jamás darse cuenta que él mismo no es una persona agresiva y por lo tanto es indirectamente responsable de esa situación.

Una buena pregunta a realizar al respecto es: ¿puede ser un entrenador un motivador completamente efectivo en 'todos' los aspectos del juego? ¿Puede inspirar agresividad, trabajo duro, organización y espíritu de equipo a un grado igualmente alto? El éxito es posible pero sólo si el entrenador analiza 'cuidadosamente' la situación, planifica su curso de acción y posteriormente se atiene al plan.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Preparación motivacional en el deporte.- La planificación motivacional cuidadosa se debe realizar antes de que comience la temporada para asegurar el manejo correcto de la personalidad de los individuos y las situaciones importantes que afecten a todo el equipo.

El entrenador debe hacer un esfuerzo para comprender las fuerzas de motivación que estimulan al deportista a su participación. La dirección y extensión del esfuerzo futuro del entrenador puede determinarse si es capaz de valorar exactamente el grado inicial de motivación presente en el jugador.

Si el jugador es brillante, trabajador duro, agresivo y leal, el entrenador no tiene que hacer ningún ajuste o algo especial. Sin embargo puede ser un serio error presuponer que todos los jugadores participan por amor al deporte. Puede haber muchas otras razones para participar y estas pueden variar grandemente de un jugador a otro. Un deportista querrá participar:

1. Para obtener reconocimiento.
2. Para sentirse más fuerte.
3. Para satisfacer un deseo de sus padres.
4. Para impresionar a su amiga o amigo.
5. Para darse la oportunidad de desahogar sus sentimientos de ira.

La íntima incógnita aquí es ¿continuará el deportista compitiendo con el mismo entusiasmo o estas fuerzas de motivación cambiarán, si la oportunidad de realización ha sido modificada de algún modo? Por ejemplo, si la novia/o o los padres no pudieran ver el juego, ¿afectaría eso al jugador?

Es, por supuesto, muy posible que el entrenador no tenga control sobre algunas de estas variables, mas debe estar conciente de su existencia de modo que pueda evitar una situación desagradable o incómoda, si es posible.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Estudio de la esfera motivacional de los atletas.- Cualquier decisión que se tome en el sentido de emplear medios de influencia psicológica, dirigidos a enriquecer e intensificar los motivos de los jugadores para rendir más en los entrenamientos y competencias, debe estar sustentado en un estudio previo de la esfera de motivación de cada atleta.

Esta evaluación basada en el psicodiagnóstico no es tan compleja. Encontramos que el test de los Motivos del Deporte de D Butt, el Método de los Diez Deseos de D. González Serra, autovaloración de las cualidades personales mediante el procedimiento de M Holmen y B Parkhouse, y el test de los Motivos en Jugadores de F García Ucha, así como la entrevista dirigida a esta área, basta para dar una imagen o descripción de cuáles son las tendencias de motivación de los jugadores.

Una vez que la personalidad de cada jugador está correctamente analizada y los planes para la motivación individual cuidadosamente desarrollada, la cantidad de tiempo para realizarlos será mínima comparada con los beneficios que se pueden derivar.

La motivación y el nivel del equipo son igualmente importantes. Durante la temporada surgirán muchas situaciones a las cuales el entrenador debe responder inteligentemente y con percepción; puede desear llegar al extremo de trazar métodos para manejar su grupo en distintas situaciones como las siguientes, donde también mostramos la estrategia de conducción motivacional respectiva:

1. Prepararse para jugar con su rival ancestral: recordar a los jugadores, de todas las maneras posibles, que ellos tienen una responsabilidad con los demás de proseguir una tradición. Algo les ha sido transmitido o delegado y es su obligación hacer lo mejor para mantener viva la tradición.
2. Prepararse para jugar con el que se espera sea el campeón: Aclararles que se están enfrentando a uno de los más grandes retos que tendrán durante la temporada. El equipo debe ver en el juego el test más importante de su habilidad. Tratar de demostrar a los jugadores que eso lo es todo respecto a la competición. El placer del reto al mejor es lo que proporciona las mayores expectativas en los deportes. Tratar de crear una atmósfera de anticipación entusiasta.
3. Prepararse para lo que piensa el entrenador que será una gran derrota: Evitar las conversaciones sobre triunfos o derrotas. De forma sutil indicar a los jugadores que el resultado final no es la cosa más importante. Poner metas a los individuos y trabajar para conseguir tantas como sean posibles. Esperar que cada individuo lo haga del mejor modo posible.
4. Recuperarse del "bache", o sea ese periodo de temporada donde todo parece que va mal: Pedir a cada individuo que haga lo mejor que pueda, aclararle que el equipo es la responsabilidad del entrenador. Tratar de convencer al jugador de que su única preocupación debe ser él mismo y el hacer su trabajo lo mejor posible de acuerdo con sus habilidades.
6. Recuperarse de una derrota creciente: Demuestre su preocupación por la decepción que sienten los jugadores y el desaliento que se produce como consecuencia de la derrota; tal vez pueda ayudarles algo el saber que las derrotas recientes son más frecuentes a causa de cambios y evasiones durante la temporada. Apoyarlos y expresarles su fe en ellos por todos los medios.
7. Recuperarse de una fuerte derrota: El mayor peligro es que los jugadores pueden comenzar a pensar que son incapaces y que pierden los deseos y el entusiasmo. Desarrollar confianza en los jugadores, señalarles dónde pueden mejorar y dónde jugaron bien. Este es el momento en que muchos

entrenadores comienzan a castigar a sus jugadores o bien se desentienden de ellos; nada se gana con esta actitud sino la posterior pérdida de confianza y el resentimiento.

8. Dirección del equipo después de una creciente victoria: En este caso mantener el momento, así convencerá a los jugadores que "están en el camino correcto". Señalar las áreas que necesitarán mejorar en el futuro.

9. Dirección del equipo después de un gran triunfo: Igual que cuando se les prepara para un oponente fácil, existe el peligro de suficiencia, y ayudará el entrenador a enfatizar la continuación del momento, es decir, la euforia.

10. Prepararse para jugar con un equipo que ya se ha batido (por un margen pequeño o grande): Enfatizar la superioridad que ya han establecido y destacar las áreas en que lo hicieron muy bien en el último partido; juegue con la confianza que ya tienen ganada los jugadores como consecuencia de su última victoria. Tener mucho cuidado de no permitir que haya demasiada complacencia.

11. Prepararse para jugar con un equipo con el que previamente se ha perdido (por amplio o pequeño margen): Vigilar, cuidadosamente, que los jugadores no se disgusten demasiado y comiencen a desarrollar un sentimiento de incapacidad o insuficiencia frente al oponente. Les ayudará señalarles donde fueron batidos específicamente en el partido anterior con ese oponente y a continuación fijar metas para cada individuo. También puede ayudar el decirles que en esta situación es donde se cometen más errores. Convencerles de que pueden ganar si alcanzan las metas específicas.

12. Crear interés y entusiasmo por la práctica de la sesión: Por encima de todo, emplear técnicas variadas y que motiven. Las prácticas deben ser interesantes, retadoras y amenas; deben ser iguales al partido y crear una gran carga.

Por supuesto, una gran parte depende del tipo de equipo con el que trabaja el entrenador. Los equipos reaccionan de formas diferentes en las distintas situaciones de acuerdo con sus rasgos de personalidad dominantes; pueden ser rudos, sensibles, agresivos, pasivos, ambiciosos u holgazanes desde el punto de vista de los jugadores. El entrenador tendrá que ajustar su manejo para llenar las necesidades especiales de su equipo.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Durand Marc (1988) El niño y el deporte. Madrid: Paidós.

García Ucha Francisco, Estrategia de motivación en deportes de equipo. Buenos Aires: Revista Stadium, Junio de 1990.

Lawther J (1972) Psicología del deporte y del deportista. Madrid: Paidós.

Lawther J (1968) Aprendizaje de las habilidades motrices. Madrid: Paidós.

Nuttin J (1969) La motivación. Buenos Aires: Proteo.

Tutko y Richards, Psicología del entrenamiento deportivo. Madrid: Ed. Augusto.

Estrategias para motivar en el deporte.- Caben distinguir estrategias de motivación verbal y estrategias de motivación del comportamiento.

a) *La motivación verbal: el discurso como motivador.-* En general, las formas más comunes de motivación son: conversaciones de estímulo, conversaciones-colquio y discusiones de grupo, y diálogos individualizados con cada deportista. Para algunos entrenadores estas conversaciones no serán un gran problema porque por capaces de hablar con elocuencia. Los entrenadores muy efectivos tienen una aptitud especial para lo dramático y son capaces de captar y estimular al equipo con sus discursos inspirados; con frecuencia estos tienen una genuina habilidad para transmitir sus sentimientos a los jugadores. La forma más efectiva de motivación es el compromiso sincero y entusiasta con sus jugadores para la consecución de una meta común. Los jugadores deben ser libres para provocar emociones comunes y solidarizarse con cada uno de sus compañeros y con el entrenador.

b) *La motivación del comportamiento.-* El énfasis en las rutinas y los hábitos son deseables cuando se discuten las técnicas de juego, pero éste tiene que derivarse cuando se trata de motivar a los deportistas para que actúen bien. La variedad motiva a los jugadores; por tanto, el entrenador debe utilizar técnicas motivacionales muy variadas. Los cambios de técnica han de hacerse discretamente de modo que no llamen la atención.

Los entrenadores, en su intento de hacerlo bien y crear hábitos sólidos y duraderos dependen de repeticiones para establecer las características deseadas, pero la falta de variedad puede ser la causante de baches al final de la temporada. Desde el punto de vista de la motivación, la variedad de técnicas es precisamente lo que cuenta para un alto grado, continuo, de involucración o compromiso de los jugadores. Existe cierta seguridad cuando los jugadores saben lo que va a suceder (plan de juego, jugadas, métodos preconcebidos para manejar situaciones especiales, etc), pero el entrenador debe evitar usar siempre la misma clase de seguridad y aliento para así mantener a los jugadores en ebullición. Los enfoques estáticos no inspiran. La misma charla estimulante en cada descanso no inspirará. Diferentes formas de estímulo producen un juego más inspirado.

Entonces queda relacionar las características de la motivación con las estrategias para motivar. Por ejemplo, si la motivación para rivalizar es baja, se deben incrementar las actividades de tipo competitivo. Se pueden efectuar en las sesiones de entrenamiento competencia de habilidades, tales como quien tiene

un mayor salto vertical, quien mejora más su propia marca de saltabilidad, etc. Al someter al deportista a un programa más extenso de competencias, éste puede sentirse estimulado a rivalizar con una mayor intensidad. Se puede colocar al atleta frente a sus posibles sustitutos dentro del equipo, o frente a contrarios que ya tuvieron algún tipo de contradicción. Elevando la agresividad del jugador se va a lograr intensificar su necesidad y deseo de rivalizar.

Es importante, además, considerar en los equipos deportivos, el grado de cohesión del grupo, característica que se expresa en la unidad o no de los propósitos de cada jugador.

Tomando en cuenta lo planteado anteriormente, vamos a describir algunas estrategias para elevar la motivación de los jugadores del equipo.

Una estrategia fundamental para incrementar la motivación de los atletas consiste en reforzar las orientaciones e información, en las sesiones de entrenamiento, que brinden la oportunidad para la realización o satisfacción de los motivos del jugador.

Las personas deben saber cuáles son los objetivos que satisfacen sus necesidades; esos objetivos se convierten en motivos para su actuación, y deben saber, además, mediante qué operaciones y acciones pueden concretar los hechos relativos a esos motivos. Todo esto hace que los problemas de motivación sean sobre todo problemas informacionales.

Se trata de que el jugador debe conocer qué se hace, con qué intensidad y cómo se hace en la sesión de entrenamiento, para lograr el desarrollo de sus capacidades. Aquí se trata de que el atleta conozca el porqué del entrenamiento del día y cómo va a ayudarlo a obtener una mayor calificación deportiva.

No hay un entrenamiento más monótono que aquel cuyo sentido no se conoce.

Esta estrategia está enlazada con la organización y utilidad del entrenamiento. En la medida en que los jugadores se percatan de sus adelantos, darán un mayor valor a los entrenamientos como medio de alcanzar la victoria deportiva.

Otra estrategia fundamental es la relacionada con el reforzamiento positivo. Se hace necesario que los jugadores tengan una valoración exacta acerca de los resultados de las actividades realizadas durante la sesión de entrenamiento, tanto en sentido general, al trabajar como conjunto o equipo, como desde el punto de vista individual.

La intensidad de los motivos de un jugador y lo que ello implica para impulsarlo a rendir estará determinado por la valoración que tiene acerca de si está ejecutando bien sus tareas, por lo cual se hace necesario reforzar los resultados, brindándole apoyo al jugador en cuanto a sus errores y desaciertos.

Esta evaluación debe estar basada no sólo en el análisis de los resultados de la actividad, los cuales pueden ser positivos o no, sino también del esfuerzo. El deportista puede estar mostrando gran tesón y energía en su actividad, pero aún sus acciones no resultan lo suficientemente diestras. El grado de esfuerzo debe ser reconocido por el entrenador.

Cuando el atleta se ha esforzado y no hubo éxito, se deben identificar las causas, debemos analizar cuál fue el compromiso del atleta, las oportunidades para su preparación, la valoración que se hizo del potencial del atleta por el entrenador.

Hay que evitar por todos los medios el refuerzo negativo; este no sólo no proporciona información sino que, además fomenta, según plantea T. Tutko, cierto tipo de respuestas emocionales como el temor a la persona que se sirve de este refuerzo. El jugador comienza a sentir temor hacia el entrenador. Otro tipo de respuesta emocional puede ser la hostilidad y el jugador tiende a pensar que, cuando llegue el momento, el entrenador se las pagará.

Existen formas de reforzamiento negativo que también deben ser evitadas. Un ejemplo de ello es cuando el jugador actúa excelentemente y el entrenador lo reconoce, pero le dice "pero" te faltó esto o lo otro.

El reforzamiento positivo en los equipos presenta sus particularidades; así, el reconocimiento del valor del jugador se debe efectuar de forma tan intensa que permita a cada jugador conocer cuál fue su contribución al equipo y la necesidad que tiene el conjunto de sus capacidades. En este sentido hay que poner énfasis en cómo el trabajo de un jugador depende de las acciones de otros; por ejemplo, en el voleibol, cuando se encuentran dispuestos para recibir o bloquear el saque de los contrarios, una buena recepción resulta necesaria para la calidad del pase y el ataque. Entonces, a cada uno de los jugadores le corresponde una parte de la respuesta del equipo y se hace necesario ponderar y describir estas acciones, de acuerdo con su importancia para los objetivos del equipo. En voleibol son muy pocas las acciones que tienen carácter individual, todas permanecen dentro de la red de relaciones y sus resultados son consecuencia de todas las series de acciones de los jugadores.

En parte, las estrategias relacionadas anteriormente dependen, en su ejecución, del propio entrenador, siguiendo esta línea de pensamiento. Es importante plantear que, la esfera de motivación de los atletas está íntimamente relacionada con su grado de responsabilidad frente a las tareas; por ello, se hace muy conveniente alentar a los jugadores a reconocer y aceptar su responsabilidad personal sobre sus propias acciones y sus consecuencias. Los jugadores tienden, en ocasiones, a explicar sus desaciertos atribuyéndolos a factores externos, tales como las condiciones externas para jugar o competir. Es necesario modificar este tipo de enfoque, inculcando en el deportista que busque en su propia actuación la explicación de los resultados alcanzados.

Los jugadores no deben ignorar, en su análisis, las deficiencias o el pobre desarrollo de sus capacidades volitivas o de las destrezas para enfrentar la competencia, cuál era su verdadero nivel de preparación deportiva y el grado de desarrollo de su formación física.

Cuando los jugadores tienen la posibilidad de explicar sus resultados, y sobre todo sus fracasos, a partir de las circunstancias externas se relaja su compromiso y responsabilidad y disminuye la magnitud de sus esfuerzos para obtener la victoria. Este deportista no está lo suficientemente motivado para conseguir el éxito, siempre tendrá a mano una justificación para su pobre actuación.

En términos generales, las estrategias relacionadas son procedimientos de dirección del comportamiento y éstos, a su vez, están relacionados con el condicionamiento operativo desarrollado por B Skinner, y aplicados al deporte por B Rushall, D Siedentrop y otros.

De los procedimientos planteados, describiremos dos que se emplean con excelentes resultados en la preparación deportiva de equipos de Voleibol élitos: 1) La técnica del atleta 100%, y 2) La técnica del establecimiento de metas.

1) La técnica del atleta 100% fue propuesta por D Siedentrop. Se trata de un procedimiento de dirección del comportamiento dirigido a incentivar a todos los jugadores: se decide acerca de 10 categorías que sean significativas para lograr el rendimiento; de ser cumplidas por el jugador, cada una tiene un valor de un 10%. Al sumarse los porcentajes alcanzados, quien logra el 100% será un ganador y obtendrá una recompensa.

Algunas de las formas de comportamiento que se pueden incluir corresponden a:

- -Puntualidad y asistencia al entrenamiento.
- -Mantener una elevada disposición durante toda la práctica.
- -Luchas por perfeccionar las cualidades técnicas.
- -Cumplir la disciplina táctica del equipo.
- -Luchar por desarrollar una atmósfera de cooperación entre los jugadores.
- -Cumplir con el régimen de descanso.
- -Auxiliar al entrenador en el movimiento y cuidado de los implementos y pelotas.
- -Mantener una apariencia adecuada en las prácticas.
- -Luchar por mantener las cualidades físicas.
- -Cumplir con el régimen de dieta.

El entrenador podrá escoger los patrones más importantes, de acuerdo con los objetivos que está tratando de alcanzar. Se emplea fundamentalmente esta técnica en periodos de una o dos semanas, por ejemplo los viernes después de la sesión de entrenamiento, el entrenador colecciona toda la información acerca de los porcentajes alcanzados por los jugadores. Pueden incluirse los informes de los resultados docentes de los jugadores en su escuela, etc. Entonces el entrenador declara quienes son atletas 100% y procede a recompensarlos. Estas recompensas pueden ser simbólicas: se entregan distintivos o algún tipo de símbolo que confiere status a estos jugadores, también pueden ser materiales, golosinas o una comida especial, o puede tener un carácter puramente psicológico reconociendo la buena actuación frente al equipo u otros compañeros y familiares.

Si no existe reforzamiento, la técnica no tiene sentido.

2) El establecimiento de metas desarrollado inicialmente por E Looker, se aplica desde los años 70 en el deporte.

Las metas se definen como determinados objetivos o acciones y operaciones; están representando la necesidad de alcanzar un nivel de rendimiento, ocupar una posición, romper un récord o establecer una marca, pero también se pueden señalar cómo obtener un grado superior de destreza, perfeccionar ciertas acciones, alcanzar un grado superior en cualquiera de las cualidades físicas, técnicas o tácticas.

Las metas deben ser difíciles pero realistas, constituir un reto. Debe tener un carácter específico que permita su cuantificación.

Las metas pueden relacionarse con el estilo de vida del deportista; por ejemplo, tipo de dieta, régimen de descanso, etc. Están vinculadas con la obtención de cualidades deportivas, hábitos y destrezas, etc.

Al establecer un conjunto de metas para el jugador se logran formar los compromisos tanto con el entrenador como con el equipo, y ofrecen la oportunidad de poseer un conjunto de criterios mediante los cuales se pueden valorar, de forma objetiva, lo rendimientos y las capacidades de disposición y responsabilidad del atleta frente a su propia actuación.

Para establecer metas se deben considerar, en primer lugar, los índices de la ejecución motora del jugador, los valores que deben alcanzar en las cualidades de la preparación tanto física como técnico-táctica, y el grado de rendimiento esperado en las futuras competencias. Esta es una de las partes más difíciles de elaborar y plantea altos requerimientos de la maestría del entrenador, que debe analizar las exigencias de las tareas, así como la evaluación objetiva de las capacidades del jugador.

Los compromisos aquí descritos, u otros del entrenador, deben ser elaborados por escrito conjuntamente con el atleta, tal como si fuera un contrato de trabajo, colocados públicamente y de conocimiento del resto de los jugadores. Preferentemente al inicio de la preparación, y durante ella, realizará una

verificación del cumplimiento de dichas metas, incluyendo el análisis de las posibilidades reales para su cumplimiento.

Las metas se pueden establecer a corto, mediano y largo plazo. El procedimiento para el establecimiento de metas puede hacerse extensivo a los subgrupos formales del equipo, tales como los de los jugadores pasadores y atacadores y, al mismo tiempo, al equipo, con resalte de su unidad, lo cual permite estimular la percepción de que todos los atletas se encuentran dentro de los límites del grupo.

En cada ocasión en que se evalúa el cumplimiento o no de sus metas, se debe informar de estos resultados al jugador y, a su vez, emplear algún tipo de reconocimiento, tal como lo describimos en la técnica del atleta 100%.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Durand Marc (1988) El niño y el deporte. Madrid: Paidós.

García Ucha Francisco, Estrategia de motivación en deportes de equipo. Buenos Aires: Revista Stadium, Junio de 1990.

Lawther J (1972) Psicología del deporte y del deportista. Madrid: Paidós.

Lawther J (1968) Aprendizaje de las habilidades motrices. Madrid: Paidós.

Nuttin J (1969) La motivación. Buenos Aires: Proteo.

Tutko y Richards, Psicología del entrenamiento deportivo. Madrid: Ed. Augusto.

DEPRIVACIÓN

Definición.- 1. Experimentos en los que animales o seres humanos son colocados en situaciones en las que los objetos deseados se encuentran ausentes. 2. Deprivación social; aislamiento social que afecta al bienestar del individuo como a su capacidad, personalidad y proceso de socialización, que origina en consecuencia perturbaciones en el desarrollo y en el comportamiento.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DEREFLEXIÓN

Generalidades.- Técnica utilizada en logoterapia. Frankl cree que muchos problemas tienen su raíz en un énfasis excesivo sobre el mismo. Con frecuencia, si te alejas un poco de ti mismo y te acercas más a los demás, los problemas suelen desaparecer. Si, por ejemplo, tienes dificultades con el sexo, trata de gratificar a tu compañero sin buscar tu propia satisfacción; las preocupaciones sobre erecciones y orgasmos desaparecen y las realidades reaparecen. O simplemente, no intentes complacer a nadie. Muchos terapeutas sexuales sostienen que una pareja no hace más que "besuquearse y tocarse", evitando el orgasmo a "toda costa". Estas parejas sencillamente duran un par de noches antes de que aquello que consideraban un problema, definitivamente se resuelva.

De todas maneras, por más interés que estas técnicas hayan suscitado, Frankl insiste en que al final los problemas de estas personas son realmente una cuestión de su necesidad de significado. Por tanto, aunque estas técnicas sean un buen comienzo a la terapia, no son bajo ninguna circunstancia la meta a lograr.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Viktor Frankl. Traducción de Gautier Rafael.

DESAPEGO

Definición.- Estado de enajenación con respecto a los detalles que se manifiesta particularmente ante la resolución de un problema. Carencia de compromiso emocional ante una situación problemática. Carencia de empatía, de simpatía, de interés. Evitación del acercamiento emocional a otro individuo. Generalmente el desapego es manifestación de un síntoma neurótico, que se expresa en tal desapego como reacción de defensa contra el conflicto interno o externo que tal acercamiento emocional acarrea.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DESARROLLO

Desarrollo proximal.- "El punto de vista de Vygotsky es que el desarrollo cognoscitivo se basa en la interacción social y el desarrollo del lenguaje. Como un ejemplo, Vygotsky describe el papel de la plática del niño con él mismo al guiar y supervisar el pensamiento y la solución de problemas y propuso el concepto de una zona del desarrollo proximal, en la cual los niños en situaciones desafiantes pueden desarrollar sus propias aptitudes de pensamiento mediante la guía y el apoyo oportunos y apropiados por parte de profesores y compañeros, conocido como andamiaje. El aprendizaje asistido es el proceso de proporcionar el andamiaje adecuado en la zona del desarrollo proximal del estudiante".

Woolfolk A (1996) "Psicología educativa", México, Prentice-Hall Hispanoamericana SA, pág. 59.

Diferencias de desarrollo en varón y mujer.- Respecto del proceso de separación-individuación, Blos indica que este proceso en la mujer se relaciona con los lazos preedípicos con la madre, mientras en el

adolescente varón se focaliza en los sucesos edípicos. Para Freud las diferencias comienzan solamente a partir del Edipo. Otros estudiaron los aspectos biológicos (endocrinos, neurológicos) y se preguntaron sobre si las diferencias entre los sexos no tendrían allí su origen. Otros plantearon que la mujer tendría más dificultades con la separación (pues la feminidad es unión) y los varones con las relaciones (pues la masculinidad es separación). Hay quienes critican aquellos puntos de vista basados solamente en el varón y que apuntan hacia la independencia para marcar las diferencias entre varón y mujer.

Condensado de Arnstein R, Young adulthood (Adulthood joven). En Offer y Sabshin, Normality and the life cycle. Basic Books, 1984. Traducción de la Cátedra de Psicología Evolutiva II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Desarrollo de la moralidad.- La naturaleza humana no cambia, y aparece igual en distintas razas o culturas. Aquí me referiré a la capacidad del niño para ser educado moralmente, experimentar culpa y tener un ideal. La moral no se impone por la fuerza sino creando en el niño condiciones para que confíe, para que crea en algo o alguien: esto se llama evolución de un superyó personal.

Los padres no hacen del bebé lo que ellos quieren: el bebé crece a su propio modo si el ambiente es suficientemente bueno. Al principio el bebé está fusionado, sin haber separado su yo de la madre. Aquí aún no registra lo que es bueno o adaptativo, pero reacciona ante fallas de confiabilidad. En suma, el infante y el niño pequeño son habitualmente cuidados de un modo confiable (lo "suficientemente bien") y esto genera en él confianza. Si esto no ocurre, no puede transmitírsele la idea de un Dios personal como sustituto del cuidado del infante. La educación moral no sustituye el amor, aunque al principio el amor se expresa como cuidado o provisión de un ambiente facilitador.

Lo bueno y lo malo aparecen al comienzo como elementos de apoyo u hostiles, benignos o persecutorios, con la aprobación o desaprobación materna, elementos que van incorporándose a su self personal.

Hay más que ganar con el amor que con la educación. El amor implica la totalidad del cuidado del infante y el niño, lo que facilita la maduración. La educación implica sanciones y la implantación de valores externos al crecimiento y la maduración.

El sentido de los valores.- Cuál es el deber de los padres respecto de los valores morales de sus hijos? Hay quienes no saben que el niño tiene capacidad para crear un dios, y se lo implantan antes de tiempo. Otros no le implantan ningún dios creyendo que así el niño podrá tener su propia personalidad. Ocurre lo mismo con los valores morales.

Los padres no deben imponerle antes de tiempo sino ofrecerle un código moral social, pues el código innato de los niños es demasiado tosco y feroz, y debe ser humanizado. Debe surgir en el niño un sentimiento de culpa normal, lo que ocurre en la etapa de la dependencia relativa.

La provisión de oportunidades.- La provisión de oportunidades al niño, lo que incluye enseñarle habilidades, satisface la necesidad del niño de trabajar y adquirir habilidades, que es su solución al problema de la destrucción de lo amado. Debe contar con oportunidades para poder reparar. Cuando se corta esta provisión ambiental en la etapa de la dependencia relativa, se detiene la maduración y se producen conductas antisociales. En la salud, hay capacidad para experimentar el sentido de responsabilidad personal.

Cuando el niño avanza hacia la adultez, el acento no está ya en el código moral que le transmitimos sino en el acervo cultural del hombre, y en lugar de educación moral debemos darle la oportunidad de ser creador.

Winnicott D (1963) La ética y la educación. Incluido en Winnicott D (1996), Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós.

Desarrollo temprano: teorías psicoanalíticas.- Ejes: modelo libidinal de Freud. El desarrollo progresivo del yo y de las relaciones objetales. Los procesos inconcientes.

	HEINZ HARTMANN	ANNA FREUD	RENÉ SPITZ	MARGARET MAHLER
PROCESO QUE ESTUDIA	Un camino hacia la formación del yo y la estructura psíquica. Hacia el principio de realidad y la diferencia entre sí mismo y el otro.	Un camino desde la dependencia hasta la autosuficiencia emocional y las relaciones objetales.	Un camino hacia la formación de las relaciones objetales.	Un camino hacia el nacimiento psicológico del infante humano. El proceso de separación individuación como camino hacia una existencia separada e individual.
ETAPAS	1. Matriz indiferenciada. 2. Progresivos desarrollo y maduración. Privaciones	1. Unidad biológica de la pareja madre-hijo. 2. La relación anaclítica con el objeto parcial.	1. Estadio pre-objetal. 2. Estadio del objeto precursor. (organizador de la sonrisa de los 3	1. Fases autística y simbiótica normales. 2. Finales de fase simbiótica normal, comienzos de proceso de separación-individuación.

	parciales. 3. Estructura psíquica conformada (ello-yo-super yo). Diferencia entre sí mismo (self) y el otro.	3. Constancia objetal.	meses). 3. Estadio objetal (organizadores de la angustia de los 8 meses, y del "no" semántico de los 2 años)	3. Fases de separación-individuación.
VARIABLES EN JUEGO	Relaciones objetales. Maduración integración-diferenciación. Desarrollo del yo y los impulsos en relación con la realidad.	Desarrollo de los impulsos y desarrollo del yo. Reacciones frente a las influencias del medio. Conductas y actitudes del medio ambiente maternante.	Factores congénitos (maduración, carga genética) y factor compañía (el medio ambiente maternante que acompaña e impulsa el desarrollo).	Adaptación del bebé al medio. Conductas y actitudes del medio ambiente maternante. Desarrollo de relaciones objetales. Desarrollo del yo y los impulsos.

Lic. Santiago Juan. El desarrollo temprano desde la perspectiva psicoanalítica. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Psicoanálisis: Psicología del yo. 2005.

Bibliografía de referencia:

Hartmann, H.; Kris, E y Loewenstein, R. (1946): "Comentarios sobre la formación de la estructura psíquica". Rev. de Psicoanálisis, 8, 2, 1951.

Freud, A. (1965): "La evaluación de la normalidad en la niñez". En: "Normalidad y patología en la niñez", Cap. 3. Buenos Aires, Paidós, 1977.

Spitz, R (1965): "El primer año de vida del niño" México: F.C.E. 1985. Caps. 1, 3 a 11.

Mahler, M.; Pine, F. y Bergman, A. (1975): "El nacimiento psicológico del infante humano". Buenos Aires, Marymar, 1984. Caps 1, 3 al 7.

DESCARGA

Definición.- (*Psicoanálisis*) Se trata de procesos que en forma de reacciones afectivas (ira, vergüenza, tristeza, etc.) libran al aparato psíquico de la energía psíquica se ha acumulado en él a raíz de estímulos internos o externos. Esta descarga puede ser de carácter motor o afectivo. Los vagidos de y agitaciones primitivos del lactante caben ser considerados como tal descarga motora. Desde luego, ésta puede ser más tarde un acto ejecutado con miras de un fin. La otra posibilidad de descarga es la de dar rienda suelta a los *afectos*. En el vivir cotidiano se califica esta descarga de "alivio". Puede darse el caso de que no pueda tener lugar la descarga: entonces, la reacción al estímulo es postergada o bien desviada hacia otra meta. El estímulo puede ser muy intenso, sin que sea posible la descarga; en tal caso, el individuo tiene que defenderse, lo que hace mediante los llamados *mecanismos de defensa* (*Abwehrmechanismen*). La modalidad de defensa más corriente es la *represión*. Freud y Bleuler designan los afectos que no pueden ser descargados, con el nombre de afectos estrangulados. Las energías más reprimidas se manifiestan luego en síntomas neuróticos. Cabe considerar éstos, por consiguiente, como tentativas morbosas de descarga. En el tratamiento catártico se trata de lograr la abreacción de las energías que no han sido descargadas en su tiempo (Sterba).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DESEO

Definición.- 1. La fuerza motriz que pone en movimiento ciertos procesos dinámicos mentales, que tienden a aliviar una cierta tensión, sin que su motivación sea, necesariamente, conciente. 2. Experiencia o actitud relacionada: a) con algo ausente en la situación actual del individuo; b) con algo presente, conjuntamente con la idea de su desaparición; en ambos casos incluyen un fuerte tono emocional. Las formas de deseo se distinguen a veces, con los términos: *Apetito* (o necesidad) y *Aversión*; la clasificación depende de cuestiones de hecho, como también su definición.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Deseo y primera experiencia de satisfacción.- Sobre la primera experiencia de satisfacción habla Freud en el capítulo 7 de "La interpretación de los sueños". No es situable en una diacronía, es primera en un sentido lógico. Es el fundamento del deseo, es algo que permite al aparato psíquico economizar energía, porque para reproducirla no tiene que volver a ensayar al azar hasta encontrarla, sino le basta con reactivar, recatetizar esa huella mnémica ligada a la primera experiencia de satisfacción. La recarga se llama "experiencia alucinatoria", la cual brinda una suerte de ganancia de placer anticipatorio. Tal

función la cumplirá luego la fantasía en tanto "escenificación" del deseo. También funcionará como defensa frente a la demora. La fantasía es un complejo que se gesta a partir de lo visto u oído. Fernández R, Psicología de la personalidad, clases dictadas en la Cátedra de Psicología de la Personalidad de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995.

Deseo según Lacan.- El concepto lacaniano de deseo hace referencia al deseo inconciente de índole sexual, que es que puede tener un interés especial para el psicoanálisis. La acción eficaz del tratamiento analítico reside en que el sujeto llegue a reconocer y a nombrar su deseo, pero no se trata de reconocer algo ya dado, porque al nombrarlo, el sujeto crea, engendra una nueva presencia en el mundo, señala Lacan.

Sin embargo, aunque la verdad acerca del deseo está presente en alguna medida en toda palabra, la palabra nunca puede expresar la verdad 'total' sobre el deseo, quedando siempre un resto que la excede. Entre las formulaciones más clásicas de Lacan sobre este tema está la que entiende el deseo como deseo del Otro, lo cual significa deseo de ser objeto del deseo del otro, deseo de reconocimiento por parte del otro. Lacan llega a sostener que el deseo es un producto social: no es el asunto privado que aparenta ser, sino que siempre se constituye en una relación dialéctica con los deseos percibidos de otros sujetos, siendo la primera persona que ocupa el lugar del Otro la madre.

Di Tella T y otros (2001) Diccionario de ciencias sociales y políticas. Buenos Aires: Emecé.

Deseo sexual hipoactivo.- Casi todos los investigadores coinciden en señalar que el deseo sexual hipoactivo (DSH) es la disfunción sexual más frecuente, pero una revisión en profundidad deja entrever que posiblemente los datos de prevalencia estén incrementados, ya que muchas veces no se ha establecido un diagnóstico diferencial exhaustivo entre discrepancia sexual, trastorno de excitabilidad y aversión sexual, situaciones que disminuyen la frecuencia sexual. Pese a todo, el DSH es la disfunción femenina más frecuente y, aunque tiene una repercusión muy negativa en la calidad de vida, no existen en la actualidad tratamientos eficaces, exceptuando el empleo de andrógenos en las escasas mujeres en que están indicados (hipoandrogenismo). Otros fármacos, como algunos antidepresivos, han sido eficaces en un 29% de los casos; los moduladores de los receptores estrogénicos han sido útiles en situaciones concretas, y la terapia sexual, siguiendo el modelo de Trudel, presenta una eficacia del 76%. Finalmente, para una resolución adecuada del DSH habrá que desarrollar nuevos principios activos empleados conjuntamente con terapia sexual en pareja.

Francisco Cabello Santamaría, Tratamiento del deseo sexual hipoactivo de la mujer. REVISTA INTERNACIONAL DE ANDROLOGÍA. 2007 ENE; 5(1).

Deseo materno.- La madre desea poder ser el ofrecimiento continuo y necesario para la vida del infans, y poder ser reconocida por él como la única imagen dispensadora de amor. Este deseo de la madre se convierte en lo que demanda y espera la psique del infans y ambos ignoran la violencia operada. Esto es normal para la estructuración psíquica del infans, pero cuando aquel deseo de la madre se extiende más allá de lo necesario aparece un exceso de violencia, que aparece con el deseo de la madre de preservar el statu quo de esta primera relación (que 'nada cambie'), es decir, de preservar la relación con el niño, que sólo es legítima y necesaria en una fase primera de su existencia.

Aulagnier P, La violencia de la interpretación, pág. 133.

DESINFORMACIÓN

Generalidades.- Concepto nacido en los años 20, y surgido de la usina ideológica de la ex URSS. Por entonces, se lo utilizaba para calificar a las campañas de "datos falsos" que, según los soviéticos, eran lanzadas en su contra. Esta afirmación ya estaba cargando de significado político a la realidad reflejada por la prensa, y tenía un receptor muy definido: la opinión pública. La desinformación era una actuación falaz sobre un público masivo, respondiendo a intereses partidarios y lanzada con objetivos precisos. Las tácticas de utilización masiva de la información han sido características de los regímenes totalitarios, y si bien muchos podrían recordar la "artillería psicológica" empleada por Goebbels, el propagandista de Hitler, hay ejemplos mucho más cercanos en el tiempo, como lo han sido los manuales de desinformación y acción psicológica que los países del bloque comunista hacían circular hasta poco tiempo antes de su colapso.

Cetis Daniel, de un comentario al libro "La información, la desinformación y la realidad", Diario La Nación, 1996.

DESMAYO

Definición.- (*Psicoanálisis*) Es una forma de huída del propio Yo. Corresponde en la Zoología al reflejo de simulación de muerte. El desvanecimiento representase en los hombres como la ruptura de este reflejo, Se llega, por medio de este desmayo, no solo a realizar una fuga de la vida real, sino que se logra al mismo tiempo redimirse o rescatarse porque, exigiéndose, renuncia al mundo ambiente perturbador y así libera su enemistad siquiera momentáneamente o por algún tiempo. También puede ser lograda por el

desvanecido una metamorfosis duradera del ambiente en que vive; la impresión de una enfermedad grave visiblemente amenazadora sobre las personas que le rodean justifica los deseos del enfermo. Este desmayo, condicionado psíquicamente, es de carácter inofensivo. Se pretende sacar ventajas de la enfermedad. Queda activa mediante el desvanecimiento la "vigilancia" o "guardia del Yo"; rara vez un desvanecido se lanza a una renuncia seria y efectiva de la vida, sino que lo único que pretende es suprimirse por un tiempo. En el desmayo y en el sueño pueden durar con exceso alteraciones sensoriales, visiones amenazadoras y escabrosas, percepción olfativa muy penetrante, etc.; aparecen con frecuencia muy claramente vivencias olvidadas de muy largo tiempo y hasta pueden reproducirse períodos largos de la vida como en visión caleidoscópica. (Karl Landauer).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DESOILLE, ROBERT

Biografía.- Psicoterapeuta francés (1890-1966), creador de la técnica del Sueño Despierto Dirigido, en la cual se revela todo el potencial terapéutico implicado en la exploración del mundo imaginario del paciente.

Robert Desoille nació el 29 de mayo de 1890 en Besancon, Francia, en el seno de una familia de oficiales superiores del Ejército. Cursó estudios de ingeniería con la intención de dedicarse a la investigación. En 1923 se encontró con Eugene Casient, ingeniero como él, quien lo inició en una práctica experimental de imaginación mental para el "desarrollo de las facultades supranormales". Desoille presiente todo el interés de lo que devendría el "Sueño Despierto Dirigido", que él habrá de arraigar en el campo de la psicoterapia. Esta técnica comenzó a ser desarrollada por Desoille desde la década del '20 en adelante, y es un método de psicoterapia analítica que se centra en la actividad imaginativa del paciente en la sesión, y el ulterior análisis de las escenificaciones así producidas.

Desde el principio fue apoyado por Charles Baudouin y Gastón Bachelard, y numerosos psicoanalistas se interesarán por sus trabajos, entre los cuales hay que citar a Juliette Favez-Boutonier, Françoise Dolto y Daniel Lagache. Con Paul Sivadon fundó la Sociedad de Investigaciones Psicoterapéuticas de Lengua Francesa. Luego de su muerte, el 10 de octubre de 1966, sus discípulos crean el Grupo Internacional de Sueño Despierto Dirigido de Desoille, que se transformará, en 1987, en el Grupo Internacional de Sueño Despierto en Psicoanálisis (GIREP). En la Argentina, un grupo de psicoterapeutas que venían aplicando el método de Desoille desde tiempo atrás, fundan en 1987 la Sociedad Argentina de Sueño Despierto Analítico de Desoille (SASDAD).

(Fuentes consultadas: Encyclopédie Philosophique / Presses Universitaires de France, y Revista "Sueño Despierto", órgano oficial de SASDAD).

Lecciones sobre ensueño dirigido en psicoterapia.- Desoille empezó a ensayar la técnica del ensueño dirigido hacia 1918, y en 1931 da a conocer sus trabajos. En esta técnica el paciente debe producir imágenes, las cuales tienen un componente objetivo pero también un significado subjetivo. Esto ocurre en cierto estado de vigilia, en un estado onírico distinto al sueño pero que, como este, el paciente se expresa en lenguaje simbólico con imágenes. Al paciente se le propone una imagen y, a partir de ella, debe hacer movimientos, que pueden ser de ascenso o de descenso. Si se sugiere una ascensión, por ejemplo, esto orienta la atención del sujeto hacia sus tendencias más dinámicas y moviliza sus disposiciones más optimistas.

La imagen de partida puede sugerirla el paciente o serle sugerida. Se le pide que describa detalladamente la imagen, con lo que se obtiene una imagen 'reforzada' a partir de la cual podrá hacer movimientos de ascenso o descenso. En pacientes muy angustiados, deben evitarse imágenes más angustiantes.

Las imágenes nacen de un estado afectivo, y si éste varía, la imagen también lo hace. Pero la inversa es también correcta: un estado afectivo puede suscitarse a partir de imágenes producidas. En estos escenarios enseñados el paciente puede tomar conciencia de sus problemas internos y resolverlos en ese contexto de imágenes; puede reencontrar sus energías perdidas y reconstruir su psiquismo con ayuda del terapeuta.

Muchas psicoterapias hablan de 'reestructurar el psiquismo' pero no dicen cómo se pueden llevar a cabo, y ello porque no han advertido el papel fundamental de la imaginación en este proceso terapéutico, pero una imaginación activa, que produzca y transforme imágenes. A través del ensueño dirigido se libera este lenguaje íntimo del paciente, a través del cual éste puede proyectar en sus imágenes lo vivido y lo no vivido (esto último es lo mítico, lo folklórico que el paciente toma de la filogenia).

El ensueño dirigido se estructura en dos cosas: a) una línea vertical de lo imaginario que evoluciona a lo largo de los grados de conciencia, y b) dos cadenas arquetípicas (masculina y femenina) correspondientes a los grados de conciencia y susceptibles de ser transformadas en sentido ascendente o descendente. A la evolución de estas representaciones se asociarán siempre modificaciones de sentimientos y emociones, pero también de conductas. Imágenes de animales, por ejemplo, se relacionan con lo más instintivo, grado más profundo de conciencia, y pueden ellas representar elementos masculinos o femeninos.

A continuación, Desoille se refiere al dominio y enriquecimiento de lo imaginario por medio del ensueño dirigido en psicoterapia, y luego describe la técnica con numerosos ejemplos.

El terapeuta debe vivir el ensueño a la par del paciente. Éste estará en posición horizontal, relajado, en silencio y semioscuridad. El terapeuta le sugiere una imagen de partida y éste la aceptará o no. A partir de allí se le sugerirá que suba o baje (imágenes de ascenso o descenso): subiendo aparece calma, serenidad, y bajando, angustia, temores. Ambas cosas son importantes, pues apuntan respectivamente a la superación y a las profundidades, donde yace el conflicto.

En la primera sesión se estudian las reacciones del paciente frente a las imágenes. Temas de partida son representaciones masculinas, como la Espada, o femenina, como la Copa.

Además de ascender o descender hay sugerencias secundarias como "llene la copa", "saque la espada", etc. Estos movimientos y los de subir o bajar, tienen significaciones. En la cura pueden aparecer negativas a subir, debido a represión de sentimientos nobles, o a bajar, por represión de lo instintivo y conflictual. Los mismos pacientes dan sentido simbólico a sus representaciones. El ensueño dirigido es una readaptación a la vida propia, y para ello debe definir bien su vida hasta ese momento: problemas que tiene o tuvo, familia, amistades, salud, sexo, metas, etc. Las sesiones tienen duración variable, y las hay de dos horas, donde primero se hacen interpretaciones de ensueños anteriores y luego se desarrollan nuevos ensueños.

El paciente debe colaborar activamente en la curación, y el terapeuta funciona como apoyo y sostén además de interpretar.

Obstáculos en la cura están ligados a lo constitucional, que no se puede modificar, y la edad (el ensueño dirigido no encuentra mayormente obstáculos en la edad, salvo excepciones). Otro obstáculo es la dificultad del paciente para tener imágenes y darles movimiento, de aquí que el terapeuta deba saber cómo facilitar el surgimiento de imágenes: si éstas son angustiantes o desagradables para el paciente, se le pueden sugerir otras más complacientes. También se pueden sugerir imágenes auditivas (un reloj, tocar las teclas de un piano) si hay dificultad para lo visual.

Desoille hace luego referencia a la relación terapeuta-paciente, al carácter directivo de la técnica y al papel de la transferencia.

Sinopsis de Desoille Robert, Lecciones sobre ensueño dirigido en psicoterapia.

DESPLAZAMIENTO

Definición.- "Es el pasaje, por razones defensivas, de una emoción (deseo, miedo, pena) que resulta inaceptable, a otra representación más fácilmente tolerable con la que está ligada por lazos contextuales o de analogía en el tiempo o en el espacio. Ejemplos: miedo a los animales, a las alturas, a los espacios cerrados, etc. Se lo observa generalmente en el estilo de funcionamiento fóbico.

Poliak J., "Fundamentos del enfoque centrado en la persona. Teoría de la personalidad", incluido en Sánchez Bodas A. y col., "Counseling humanístico, teoría y práctica", Vol I, Buenos Aires, Ediciones del Instituto Holos, 1999, p. 129.

Definición.- "Separación de un impulso agresivo respecto de la fuente causante de la frustración, y descarga de esa agresión en otra persona, grupo u objeto".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 618.

Según M. Klein.- "Subyace a este mecanismo la necesidad de disociar el vínculo agresivo del vínculo amoroso con el objeto, proyectando ambos en los objetos externos. Las características persecutorias adjudicadas al objeto externo odiado son trasladadas (desplazadas) a otro u otros objetos externos que pasan a ser temidos y evitados en tanto son depositarios de fantasías agresivas. Este es el mecanismo latente de las fobias".

Piccolo E., "Defensas en los tests gráficos", Editorial Paidós.

DESTINO

Destinos de la representación y del afecto.- Con la represión primaria quedan separados la representación y el afecto, los cuales seguirán caminos diferentes, llamados destinos de la representación (o representante representativo) y destinos del afecto (o "representante" afectivo).

DESTINOS DE LA REPRESENTACION: En el capítulo 4 de "Lo inconciente", señala que la representación sigue el curso del proceso primario (condensación, desplazamiento, etc). Por ejemplo, el objeto fóbico como fuente autónoma de peligro pero no la fuente real del peligro.

DESTINOS DEL AFECTO: Freud fue impreciso en cuanto a estos destinos, no tiene una teoría armada del afecto porque no se basó en la lingüística sino en la física de la época (los afectos como una energía de tipo eléctrico). Tal imprecisión se ve en que señaló dos versiones en cuanto a los destinos de los afectos.

Una primera versión figura en "Las neuropsicosis de defensa" donde hacia el final cita cuatro destinos: aumento, disminución, desplazamiento, descarga. La segunda versión la desarrollaremos a continuación, y figura en "La Represión" (AE 14-148), donde se ve que los afectos pueden tener tres destinos:

1) El destino principal es que continúa circulando como angustia, el afecto por excelencia. En relación con esto están los conceptos de expectativa angustiosa y de angustia señal.

La expectativa angustiosa supone como inminente (futuro) un peligro que en realidad ya ocurrió (la situación traumática). Tal expectativa está articulada a un simbolismo, pues es una reacción frente al retorno del deseo (el simbolismo presentifica lo que falta). Así, si retorna el deseo es porque fracasó la represión, como puede verse en el sueño de angustia, donde fracasa el disfraz. Cuanto más directamente se cumple el deseo en el sueño, más angustia hay, pues evoca la castración. Pero con esto último no resolvemos mucho, porque hay que preguntarse porqué a su vez la castración es peligrosa, y así sucesivamente.

La angustia es así indicador del deseo que emerge, pero no es su símbolo, la angustia no es en sí misma simbólica pero está articulada a algo simbólico que es el deseo. Tal es la *angustia neurótica*, una posición inadecuada frente a un peligro que puede ser real o irreal, inadecuación debida a un simbolismo en el deseo. En la *angustia real* en cambio hay una posición adecuada frente a un peligro real.

La angustia neurótica anticipa un peligro. En cambio la *angustia masiva o automática* está relacionada con un peligro consumado.

2) Un segundo destino es la supresión o sofocación de la angustia y su tramitación en el cuerpo (Freud habló de 'represión' pero no es el término que luego designará la represión en sí). La angustia se suprime y es convertida en energía somática (conversión histérica).

3) Un tercer destino alude a que los afectos son convertidos en afectos 'cualitativamente coloreados', con lo cual supuestamente Freud alude a la alegría, la tristeza, etc.

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Destinos de la representación y el afecto en las diversas neurosis ("Lo inconciente").- La represión no es una barrera tan firme, pues no hay barrera contra el ello. Lo que hay es una asignación de destinos, vía sustitución. En la fobia, la histeria de conversión y la neurosis obsesiva, la represión adquiere una especificidad diferente en cada caso, o sea, representación y afecto tendrán diferentes destinos.

FOBIA: La *representación* remite a un objeto externo fóbigeno (por ejemplo la representación sustitutiva caballo). La idea de caballo y sus representaciones asociadas (campo, etc) forman el grupo psíquico separado, o sea, por asociación se va ampliando el espectro de las cosas temidas. El mecanismo es la evitación. El *afecto* se transforma en angustia.

HISTERIA DE CONVERSIÓN: La *representación* va al cuerpo, como por ejemplo las piernas de Isabel de R. Va a cierta zona corporal por resultar significativa: por ejemplo, el novio una vez le tocó la pierna. El grupo psíquico separado queda en el área corporal afectada, aislada del resto. Es la zona histerógena.

El *afecto* también va al cuerpo, a la misma zona, como parálisis o dolor en sí. Como se ve, en la histeria de conversión coinciden los destinos de la representación y el afecto (ambos van a la misma zona corporal).

El hecho de que el grupo psíquico separado vaya al cuerpo, es explicado por Freud en "Introducción al narcisismo": la libido se distribuye entre el yo y los objetos (libido yoica y objetal). Cuando duele la muela, gana la libido del yo. El hipocondríaco no está preocupado por el cuerpo biológico real sino por el cuerpo libidinizado, representado (el grupo psíquico separado va al cuerpo libidinizado). Hay una influencia mutua entre ambos: el cuerpo biológico se enferma y produce efectos en la distribución libidinal (interés centrado en el dolor de muelas) y viceversa (fundamento de lo psicosomático).

Hay, así, diferencias entre lo conversivo y lo psicosomático: en la conversión la representación está inscripta en el cuerpo, hay una simbolización. En lo psicosomático, el cuerpo reacciona ante lo que no fue tramitado simbólicamente. El efecto psicosomático es producto de un vacío de representación en el cuerpo.

NEUROSIS OBSESIVA: La *representación* inconciliable se aloja en otra idea, la idea obsesiva. Se defiende de lo que piensa, no del caballo, y no lo hace mediante la evitación sino mediante el aislamiento y la anulación retroactiva. El *afecto* cambia de odio en amor (formación reactiva).

En síntesis, los destinos del afecto son:

Según "Neuropsicosis de defensa" son 4: aumento, disminución, desplazamiento, descarga.

Según "La represión" son 3: angustia, cuerpo, afectos cualitativamente coloreados.

Según "Lo inconciente" son 3: histeria de conversión, fobia, neurosis obsesiva.

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

DESTRUDO

Definición.- Término utilizado muy raramente para designar la energía correspondiente al instinto de muerte. El destrudo es al instinto de muerte lo que la libido es al instinto de vida.

DETECTOR DE MENTIRAS

Generalidades.- Invento de L. Keeler, inspector de policía de Chicago. En la década del '30 construyó un aparato que permitía establecer si un interrogado mentía o decía la verdad, a partir de las mediciones que hacía del ritmo respiratorio, las pulsaciones, la presión sanguínea y la resistencia eléctrica de la piel. Tales valores variaban más allá de la voluntad del sujeto, ya que cuando miente está en una situación de estrés. Los detectores actuales incorporaron más mediciones, y se ha probado su efectividad en un 90% de los casos.

DETENCIÓN

Regímenes de detención.- En Argentina tenemos el sistema panóptico semirradial o radial. En un tiempo fue además una cárcel-fábrica donde se enseñaban oficios. Se suponía que los presos adquirirían así el hábito del trabajo, no delinquirían y podrían reinsertarse en la sociedad. En parte dio resultado, pero hoy no porque no hay posibilidad de reinserción laboral (desempleo, etc). Se buscó así un sistema progresivo donde el preso estuviese menos tiempo en la cárcel (por el dinero que le cuesta al Estado).

SISTEMA PROGRESIVO: Régimen usado en la Argentina para pautar el periodo de condena, donde el reo recibe cada vez más beneficios hasta su liberación. Abarca las siguientes fases:

1) Observación: 30 días. Se hacen estudios médicos, psiquiátricos, psicológicos. Intervención de la asistente social y el entorno familiar.

2) Orientación: 15 días. Ubicación del preso junto a otros de similares características. En la práctica no se cumple.

3) Socialización: Varía según el lapso de la condena (por ejemplo pueden ser cuatro meses). El preso es aquí calificado de 1 a 10 por una comisión (el director del penal, médicos, etc) por votación.

4) Preconfianza: Pasa a otro lugar mejor, donde trabaja sin tanta custodia. Dura un mes por cada año de condena.

5) Confianza: Mejor alojamiento y menos custodia. Por ejemplo, una colonia penal. Dura un mes por cada año de condena.

6) Periodo de prueba: Salidas transitorias los fines de semana, en progresivo aumento. Es algo que se pide y que el juez debe autorizar.

7) Libertad condicional: Si no es reincidente, puede salir habiendo cumplido un 75% de la condena.

Por mal comportamiento, se puede retroceder hasta la cuarta fase. Ahora el sistema es más flexible, pudiendo el preso pasar más rápido de una fase a otra.

Las cuatro primeras fases se llaman *tratamiento*.

REGIMENES ALTERNATIVOS AL SISTEMA PROGRESIVO: Por razones económicas se busca mantener al preso menos tiempo en la cárcel, y que pueda terminar su condena en la sociedad, donde será controlado por los demás ciudadanos (como en la novela "1984" donde todos controlaban a todos), que lo vigilan y pueden denunciarlo. Se plantearon así otras alternativas al sistema progresivo:

1) Semilibertad: Salir 6 meses antes de la condena, aunque sea reincidente.

2) Fase 6: Si cumplió con la mitad de la condena, puede ir a la fase 6 (periodo de prueba).

3) Arresto diurno: (duerme en la casa) o nocturno (duerme en la cárcel y sale de día).

4) Arresto domiciliario: Para los mayores de 70 años o pacientes terminales. Esta disposición es del año 1996.

5) Trabajos comunitarios: como pintar una escuela, etc. Se aplica solo para penas menores.

Condensado de Álvarez C, Clases teóricas de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2º cuatrimestre de 1996.

DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Generalidades.- Según Kernberg, es aquel que integra a la descripción de síntomas y conductas observables y al aspecto genético (familia, etc), la comprensión de las características estructurales intrapsíquicas de los pacientes. Dentro de ello, Kernberg propone que hay tres organizaciones estructurales de la personalidad: neurótica, borderline y psicótica. Estas tres organizaciones se reflejan en: a) su grado de integración de la identidad, b) las operaciones defensivas que habitualmente emplea, y c) la capacidad para la prueba de realidad. Los tres criterios son expresables tanto a nivel manifiesto como latente.

Estos tres elementos se llaman también criterios de diferenciación clínica porque permiten diferenciar neurosis, psicosis y borderline. Hacer un diagnóstico estructural no es simplemente decir 'tiene esquizofrenia', sino a qué esquizofrenia nos referimos y los criterios utilizados para el diagnóstico diferencial. Más que entidades fijas, el diagnóstico estructural busca una constancia de rasgos que hablen de una cierta estabilidad en la organización de la estructura psíquica.

En el contexto de un proceso psicodiagnóstico, Lunazzi propone una serie de articuladores diagnósticos para cada uno de los criterios de diferenciación clínica, tal como se indica a continuación:

Criterios de	Analizables en	Fenómenos indicadores en batería y entrevistas

diferenciación clínica	los ejes	
1) Prueba de realidad (abarcando Sentido y Juicio de Realidad)	Congruencia	Dimensión. Congruencia expresada en: congruencia con consignas, con estímulos (distorsiones pp), con interpretaciones (orientación en el tiempo y espacio), distorsiones del sentido, etc.
	Adecuación	Dimensión, cualidad del pensamiento, reconocible en conciencia de interpretación, en las administraciones e interrogaciones, evaluación, capacidad de rectificación, capacidad de anticipación de consecuencias, influencias relativas a los procesos primario y secundario, etc.
2) Integración de la identidad y relaciones objetales	Representaciones de identidad	Integrada, fragmentada, difusa, yuxtapuesta. Discriminada – confusa. Contradicciones: resueltas – contrapuestas, autoestima y representación de sí. Imagen corporal.
	Representaciones de vínculos	Diferenciados, indiferenciados, simbióticos, parcial-total, elección de objeto anaclítico, narcisista, según proyectados en la batería, constancia objetal, superyo, integrado – no integrado.
3) Operaciones defensivas	Represión primaria (función barrera)	Censura, operaciones pre-represivas o pos-represivas, su rigidez o flexibilidad, su éxito o fracaso, mantenimiento de la conciencia de interpretación, tono emocional, moderación temática y equilibrio versus proyecciones masivas, coartación, fracasos, transgresiones en clisés y fenómenos de procesos primarios de pensamiento, bizarrerías, pérdidas de la conciencia de interpretación, etc.
	Regulación de impulsos	Dirección y control: capacidad de demora y persecución de un objetivo, capacidad de tolerancia frente a emociones intensas: ansiedad, angustia, frustración y pérdida, capacidad de experimentar tales emociones o grado de incapacidad, etc.
	Funcionamiento sublimatorio y creatividad	Creatividad y disponibilidad de energía libidinal para fantasear y crear. Capacidad de trabajo: participación, colaboración, logros, humor-goce: placer, satisfacción en ejecuciones. Capacidad de reparación. Capacidad de utilizar recursos y experiencia, disponibilidad para nuevos aprendizajes, etc.

Lunazzi de Jubany H, Lectura del psicodiagnóstico.

DIETA

Dieta, depresión y ansiedad.- Objetivo: Los factores biológicos principales que influyen en el desarrollo de la depresión son modificados por la dieta. Este estudio examinó el grado en el cual los trastornos mentales de alta prevalencia están relacionados con la dieta habitual en 1,046 mujeres en edades de 20-93 años seleccionadas aleatoriamente de la población.

Método: Se obtuvo una puntuación de la calidad de la dieta de las respuestas de un cuestionario de frecuencia alimentaria, y un análisis factorial identificó los patrones dietéticos habituales. Se utilizó el Cuestionario de Salud General 12-ítem (GHQ-12) para medir los síntomas psicológicos y se utilizó una entrevista clínica estructurada para evaluar los trastornos depresivos y de ansiedad actuales.

Resultados: Después de ajustar la edad, el estado socioeconómico, la educación y las conductas de salud, un patrón dietético "tradicional" caracterizado por vegetales, fruta, carne, pescado y granos enteros se asoció con menores probabilidades de depresión mayor o distimia y de trastornos de ansiedad. Una dieta "occidental" de los alimentos procesados o fritos, granos refinados, productos azucarados y cerveza se asoció con una mayor puntuación en GHQ-12. También encontramos una asociación inversa entre la puntuación de la calidad de la dieta y la puntuación GHQ-12, que no se confundió por la edad, nivel socioeconómico, educación u otras conductas de salud.

Conclusiones: Estos resultados demuestran una asociación entre la calidad de la dieta habitual y los trastornos mentales de alta prevalencia, aunque no se pueden descartar como explicaciones a la causalidad reversa y los factores de confusión. Se justifican mayores estudios prospectivos.

Felice N. Jacka; Julie A. Pasco; Arnstein Mykletun...(et.al) Asociación de las dietas occidentales y tradicionales con la depresión y la ansiedad en mujeres. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2010 MAR;167(3):305-311.

DINERO

(Psicoanálisis) Tiene su importancia psicoanalítica no solamente por su valor real. Es un objeto de *catexis* de primer orden. En el inconciente el dinero (oro) equivale al excremento. Para el niño el excremento es

muy apreciado, es, pues, el primer producto, un pedazo de su cuerpo –según su concepto–, que regala o de que se priva. En el folclore, en las supersticiones, la transformación del excremento en oro y al revés, es un motivo muy conocido.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DIPSOMANÍA

Desorden o síntoma mental caracterizado por una incontrolable sed de bebidas alcohólicas. Técnicamente, se limita a casos de ataques periódicos de embriaguez, no explicables de otra manera; a menudo se lo compara identifica con una constitución epileptoide.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DISCURSO

Generalidades.- Discurso “es un término que en un sentido general designa la forma en que se producen determinados enunciados efectivos y sus consecuencias. Así se habla del discurso médico, político, científico, etc. Lacan habla de discurso en un sentido más fundamental. En primer lugar como discurso sin palabras, o sea una armazón o estructura que implica lugares y términos, y que es la matriz de cualquier acto en que se tome la palabra. El significante es la causa del discurso, ya que es en la captura que el significante ejerce sobre los seres hablantes en donde se establecen las operaciones mínimas que hacen posible el discurso. El discurso, en tanto lazo social, se soporta en el lenguaje. Si el inconsciente está estructurado como un lenguaje, el discurso es el armazón fundamental que hace posible que cada uno encuentre la necesaria barrera al goce para constituir el lazo social. No existe el lazo social fuera de los discursos, porque el sujeto y el Otro no disponen de ningún medio que establezca su vínculo en el lenguaje”.

Alemán Jorge y Larriera Sergio, “Lacan-Heidegger”, Buenos Aires, Ediciones del Cífrado.

Según Lacan.- El término en un sentido general designa la forma en que se producen determinados enunciados efectivos y sus consecuencias. Así se habla del discurso médico, político, científico, etc. Lacan habla de discurso en un sentido más fundamental. En primer lugar como discurso sin palabras, o sea una armazón o estructura que implica lugares y términos, y que es la matriz de cualquier acto en que se tome la palabra. El significante es la causa del discurso, ya que es en la captura que el significante ejerce sobre los seres hablantes en donde se establecen las operaciones mínimas que hacen posible el discurso”.

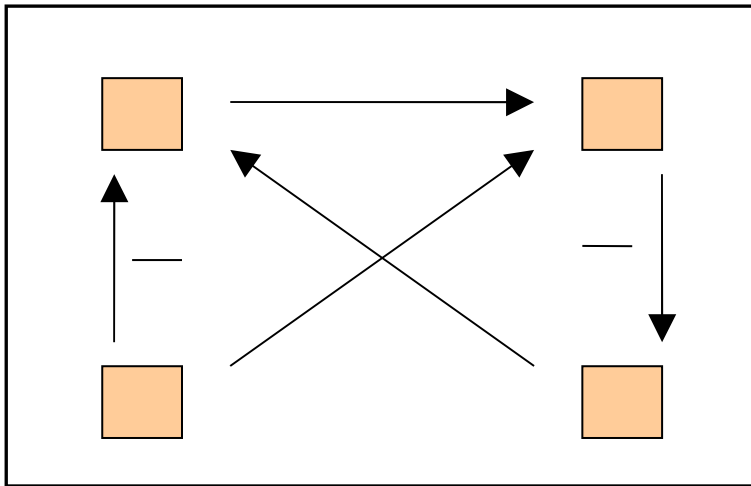
Para aclarar más estos conceptos, podemos pensar que discurso es como un molde vacío, una mera forma que puede ser ocupado con diferentes contenidos (político, científico, etc.). Los diferentes contenidos se llaman significados, mientras que la forma vacía en la cual se insertan, son los significantes. Por lo tanto, esta concepción sigue la pauta de la concepción aristotélica de hylé-morphé, citada por Alemán y Larriera, o sea (la hylé es el contenido, y el morphé, la forma que recibirá ese contenido. Por ejemplo, las palabras como meros significantes alojarán significados).

Lacan indica que los contenidos o significados que pueden ser insertos en esa estructura o mera forma llamada discurso son el discurso histérico, el discurso del universitario, el discurso del amo, y el discurso psicoanalítico.

Pero, si el discurso es una mera forma, una estructura que puede contener en algún momento contenidos o significados, cabe preguntarse, cuál es esta estructura del discurso?

Como toda estructura, el discurso se compone de PARTES o LUGARES que están entre sí RELACIONADAS de determinada manera.

Siguiendo el modelo de Lacan, cabe decir que en la estructura discursiva encontramos cuatro LUGARES, representados mediante las letras \$, a, S1 y S2:



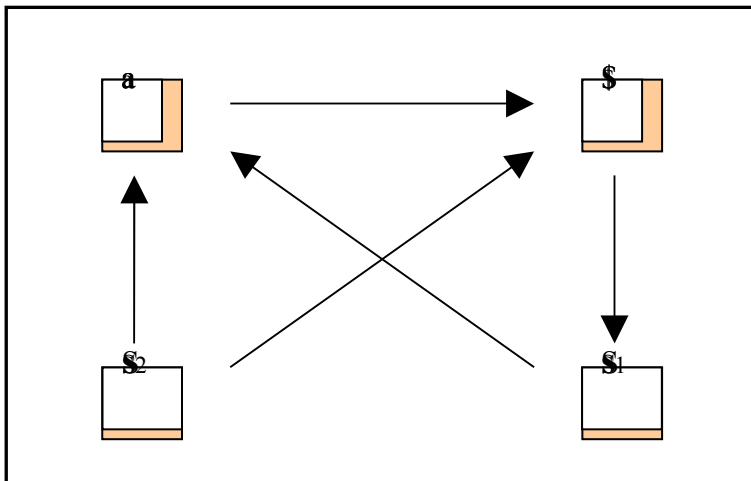
Los lugares están representados por los cuatro casilleros vacíos, y las flechas representan sus mutuas RELACIONES. Observemos que Lacan muestra que una de las relaciones siempre falta (la flecha que debiera unir los dos lugares inferiores). También se dibujaron dos barras pequeñas horizontales, que separan los lugares superiores de los inferiores.

Esos cuatro lugares vacíos podrán ser ocupados por los símbolos \$, a, S1 y S2:

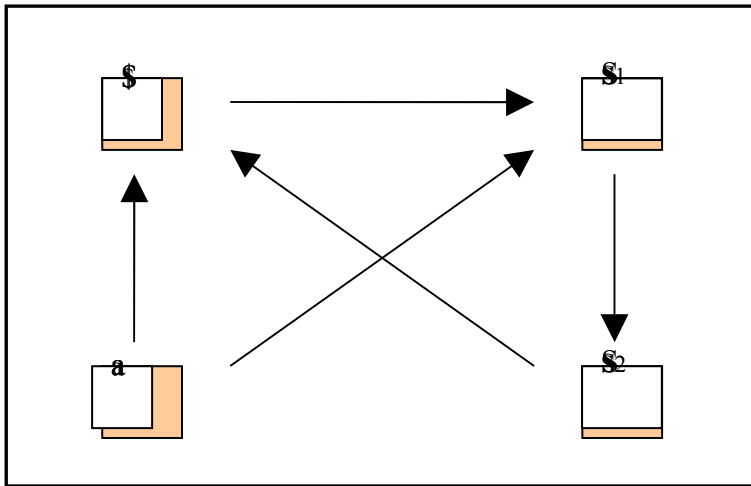
\$	Lugar del sujeto en tanto hablante
S1	Lugar del Otro
S2	Lugar del saber
a	Lugar del goce

Ellos podrán distribuirse de diversas formas, con lo cual obtendremos diferentes tipos de discurso. Por ejemplo:

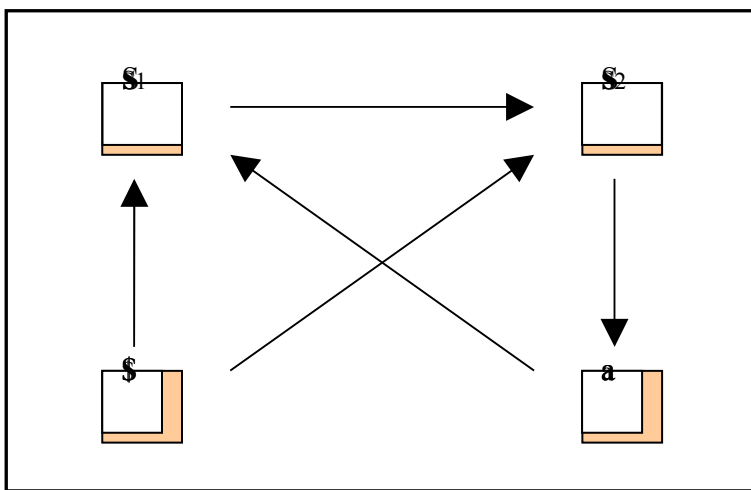
Discurso PSICOANALITICO



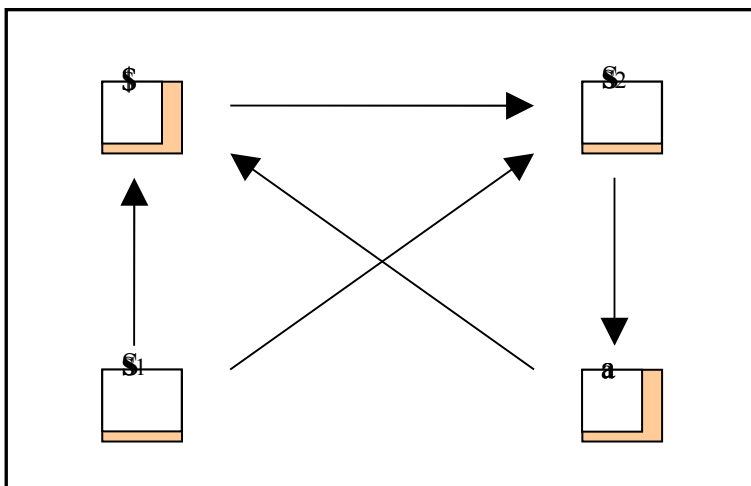
Discurso HISTERICO



Discurso DEL AMO



Discurso CAPITALISTA



Como puede verse, en cada tipo de discurso hay una FALTA distinta, porque son también distintos los elementos incluidos en los dos lugares inferiores, que no aparecen relacionados (falta).
 Alemán Jorge y Larriera Sergio, *Lacan-Heidegger*. Buenos Aires: Ediciones del Cifrado.

Discurso ideológico.- En la concepción de P. Aulagnier, la función metapsicológica que cumple el registro sociocultural es el conjunto de instituciones cuyo funcionamiento presenta un mismo rasgo

característico: lo acompaña un discurso sobre la institución que afirma su justificación y su necesidad. Este discurso designa al discurso ideológico.
Aulaginer Piera, La violencia de la interpretación, p. 159.

Discurso jurídico y discurso psicoanalítico.- Desarrollaremos algunos conceptos de Legendre. El discurso jurídico es explicable desde el psicoanálisis, pero no interpretable: no es psicoanalizable porque es una institución, y como tal no tiene voz. El discurso jurídico nos hace creer que tiene voz, que tiene palabra, pero en realidad es vacío (y es voraz, porque atiborra con palabras). Todo discurso jurídico tiene elementos extradiscursivos porque está dentro de un contexto social, económico, político e histórico. El *poder* de este discurso reside en su capacidad de manipular el deseo de los otros, y es un poder que está preservando la coexistencia entre nosotros, controlándonos mutuamente y ofreciendo una seguridad: Es una función dogmática natural. Como todo poder que ejerce control, genera angustia, y esta es disimulada o diluida mediante una mitificación que usa dos herramientas: el orden, y lo imaginario en lo social. Se ejerce el poder para establecer un orden. Lo imaginario social se basa en cambio en lo emotivo, porque implica veneración de símbolos, próceres, etc El discurso de la ley busca "hacer creer". En suma: *el discurso del poder se apoya en el discurso del orden, y este en lo imaginario en lo social.* Sin embargo, puede aún surgir la angustia frente a la coacción que impone el poder: en estos casos el discurso jurídico empieza a decir lo mismo pero de otra forma: cambia la forma pero no el contenido, y por eso se dice que el discurso jurídico es un inmutable en lo mutable. El contenido que no cambia es la manipulación: es la "función dogmática", que es la función de la ley. Lo que no cambia es la manipulación de los otros a través del poder: cambian las formas en que esta manipulación de lleva a cabo. Warat describe la ley del discurso jurídico estableciendo una ecuación con cuatro conceptos fundamentales: La Ley es *justa y equitativa*, y está constituida por *formas*, pero en determinados momentos puede ser *arbitraria*. La ley se implementa para poder lograr la justicia, para lo cual a su vez debemos tener el concepto de equidad. Como palabra que es, la ley está compuesta por formas, que supuestamente tienden a ser justas y equitativas, formas que además se pueden cambiar sin que cambie el contenido. Cuando esas leyes no conciben con lo establecido desde la sociedad, aparece una discrepancia, una laguna de la ley y esta se convierte en arbitraria. Por ejemplo, en ciertas culturas matar a gemelos no es delito. La ley presenta lagunas cuando no puede contemplar todos los casos, cuando hace excepciones, cuando empieza a 'hacer agua'. La ley usa algunos recursos semánticos para atenuar la angustia que le produce no ser equitativa siempre, y ser arbitraria. Tenemos tres recursos de este tipo que cambian la forma pero no el contenido: 1) Anemia semántica: frente a palabras debilitadas, se refuerza su sentido. En vez de decir 'abuso' se dice 'abuso deshonesto', aunque todo abuso lo sea. Lo mismo ocurre con 'obediencia debida'. Y lo mismo cuando se dice 'demencia en sentido jurídico': es tomar un concepto de la psicología y reinterpretarlo en función del discurso jurídico: 'demencia' en este sentido abarca muchos cuadros distintos. 2) Redefinición de términos: Implica cambiar la terminología pero decir lo mismo. Por ejemplo antes se decía 'brujería' y hoy se dice lo mismo con 'ejercicio ilegal de la medicina'. 3) Cambios axiológicos: La ley recurre a los llamados 'estereotipos' para hacernos creer que hay un cambio de valores (cuando en realidad no lo hay). El ejemplo típico de estereotipo es la imagen del juez puro, imparcial, equitativo, o sea, la ley representada con ojos vendados. Esto en realidad no es así: hay ciertas doctrinas en derecho (teorías totémicas, por ejemplo) que dicen que la palabra del juez está por encima de la ley, con lo cual el juez puede muy bien ser injusto al condenar a alguien sin las pruebas que la ley exige. En estos casos, Warat dice que la ley funcionaría como 'omnia significante', o sea, tiene todo el poder de la palabra, es 'fuerza de ley' (otra anemia semántica). Legendre lo dice en otras palabras: "todo lo escrito está guardado en su pecho", una cita latina referida al Papa. Condensado de Cabanillas (1996) Aproximaciones al discurso jurídico.

Discurso jurídico y discurso psicoanalítico.- Este trabajo de Koziki propone analizar desde el psicoanálisis el origen, racionalidad y funcionamiento del discurso jurídico occidental, tomando como marco algunas hipótesis de trabajo del jurista y psicoanalista Legendre. Ni los textos jurídicos ni las instituciones son psicoanalizables pues las ficciones no tienen cuerpo, carecen de la palabra. El discurso jurídico no es el discurso de un sujeto, es un 'como si' las instituciones hablaran: es un texto sin sujeto (Legendre). Aclaremos también que el uso analógico de conceptos psicoanalíticos para referirnos al discurso jurídico y las instituciones debe ser cauteloso y prudente.

1. DE LA INVESTIGACIÓN PROPUESTA POR PIERRE LEGENDRE

Del punto de partida: Freud.- En cuanto a la articulación del discurso psicoanalítico con la racionalidad jurídico-institucional occidental, se pueden distinguir dos pares de registros: 1) el Superyó de la clínica y el Superyó de la cultura: la censura es ejercida por quienes tomaron el poder de los padres: el analista y

los doctores de la Ley. 2) el segundo par de registros es la lectura del texto occidental desde el discurso psicoanalítico, por un lado, y, a partir de esos resultados, la relectura del propio discurso psicoanalítico. En ambos discursos están la sumisión y la censura.

De la vuelta a los medievales.- En el Derecho Canónico de los medievales debemos encontrar las raíces del dogmatismo occidental, su pretensión de abarcar no sólo lo jurídico sino todas las ciencias, y sus invenciones eruditas para hacer amar la sumisión.

De las hipótesis de trabajo.- El discurso jurídico occidental es el discurso del Poder por excelencia, que busca dominar y hacer marchar el género humano. Para ello recurre a la manipulación de las creencias y mitos que capturan el deseo inconciente de los sujetos a someter.

Una creencia pivotante alrededor de la cual giran las demás es el 'mito fundador', según el cual la Ley está encarnada en alguien, un magistrado, etc, que representaría a un Pontífice, a su vez sustituto de un Ausente, y a quien hay que someterse y amar. En su pecho están todas las leyes, antes de ser promulgadas. El amor a este Jefe asegura la sumisión. En la época medieval fue religioso, pero con la laicización pasó al discurso jurídico occidental.

Este discurso ejerce así, indica Legendre, una 'función dogmática'. Esta manipula el deseo-de-saber y ejerce el Poder para asegurar la producción, circulación y reproducción de un 'sistema de escritos de la verdad', los cuales aseguran que el mensaje de la autoridad llegará a todos.

Toda doctrina enunciadora de la sumisión destacará una sexología para asegurar y justificar su poder, entendiendo aquí sexualidad en su sentido más amplio, o sea, como relación afectiva.

También, el discurso identifica los principios de autoridad y de razón, al sostener de una u otra forma que "los que no piensan como nosotros son locos".

Las instituciones no son arbitrarias, sino un sistema de reglas e interpretaciones uniformes que imponen un código de fantasías relativas al poder, y dando cuenta del origen de las leyes. La institución occidental tiene dos características: es vacía y es voraz.

Son vacías pues no tienen cuerpo, no hablan, y son voraces porque tal vacío es llenado, atiborrado con textos: son un Texto sin sujeto, el Derecho no es la palabra de un sujeto, aunque se crea la ilusión de que sí hablan.

De la textualidad, del Texto, de los textos.- El Texto es un escrito infinito, que no tiene tiempo, que está detenido como en las mitologías, pero no obstante va sufriendo cambios, sobre todo a través de la política.

Tiende a configurar un "Texto único", unitario y unitarista, y lo típico del texto occidental es la escritura. Instituir es escribir, o sea, la verdad de la institución está en algo escrito.

El texto, por tanto, no es un simple "soporte de la información": para que haga efecto es necesario creer en lo escrito: la autoridad es la que nos dice la verdad, y por ello un texto es la autoridad, y por ello no es lo mismo que el comentario. En el texto el jurista no inventa nada: todo ya está dicho por el Gran Otro. Y de aquí que la interpretación del texto juegue como la legalidad.

El mecanismo del discurso jurídico-institucional de occidente se basa en el hecho de que no hay objetos deseables, sino sujetos deseantes: el objeto de *deseo* se construye, se inventa, con lo cual el discurso también puede hacerlo captando a los sujetos deseantes y ofreciéndoles algo para desear. La Ley y el deseo quedan así acoplados, cuando el texto jurídico cumple su función de manipulación del deseo inconciente. Es así que:

a) El trabajo del jurista consiste en inventar las palabras tranquilizadoras e indicar el objeto de amor donde la política ubica el prestigio.

b) El texto expone también un pensamiento simbólico. La Ley recitada por los doctores enuncia sus reglas, incluyendo el orden de símbolos.

De la ficción: fictio figura veritatis.- Las instituciones son ficciones, pero las ficciones no son otra cosa que una figura de la verdad, según la idea jurídico-canónica. Al ser verdaderas, las instituciones movilizan el inconciente, y así nace lo jurídico.

El CUERPO es el espacio primero, la primera de todas las ficciones, que permite la transmisión o sucesión: el Padre, el Estado no mueren nunca: sus derechos se transmiten a los hijos, como marca la Ley. Las sociedades y asociaciones son consideradas cuerpos, lo mismo que el mismo sistema jurídico (Corpus Juris). Instituir a los humanos es ante todo, escribirlos, marcar cuerpos.

De la censura social, de la recuperación del conflicto.- La ficción jurídica hace funcionar una sociedad dada de la forma más ciega e impiadosa. Para ello debe usar un discurso reglado, recitado, gramaticalmente riguroso. Ello sirve para recuperar y desactivar el conflicto, individual y social. La censura es así la mejor forma de enterrar el conflicto, enmascarar la verdad.

Esta censura social es el Superyó de la cultura, para usar un término freudiano, y se lleva a cabo con tres elementos: un cuerpo de ciencia, su transmisor garante, y el axioma formalizando el castigo, que hace que la pena sea erigida en palabra tranquilizadora. El cuerpo de ciencia es más que un catálogo de prohibiciones: es mostrada como una fatalidad lógica (mito de la necesidad).

De la laicización.- Con la laicización el derecho se separa de la teología, apareciendo una religión sin Dios, quien es reemplazado por el Estado. Tal laicización impide también que se reconozca esa estructura religiosa.

Se empieza a hablar del Estado soberano, y nace el Derecho Público (derechos del Estado y sus administradores) y Derecho Privado (derechos de los padres y propietarios).

2. DE ALGUNAS REFLEXIONES QUE NO SON CONCLUSIONES

El psicoanálisis puede darnos algunas respuestas para explicar el discurso jurídico, debido a que éste posee una carga libidinal, y a que el universo del psicoanálisis es el universo de la palabra.

El sistema jurídico institucional de occidente se sitúa en un momento histórico y en una cultura determinada: es patriarcal y sobre esa base la situación edípica es montada. Hablamos entonces de un relativismo sociológico (Lacan): en otras culturas la cosa puede darse diferente porque no son patriarcales, o porque su herramienta no es la escritura.

Por último, el psicoanálisis al desmontar el mecanismo jurídico muestra su violencia radical: la captación amorosa de los sujetos, la indicación por Ley del objeto de amor.

Condensado de Koziki (1996) Discurso jurídico y discurso psicoanalítico (artículo)

DISOCIACIÓN

Generalidades.- Spaltung, escisión o clivaje. Más que una defensa, es una forma de lograr la coexistencia de dos defensas dentro del yo (escindiendo así a este): una contra la realidad (renegación), y otra contra la pulsión.

La disociación aparece en el fetichismo y la psicosis, y consiste en adoptar dos actitudes independientes frente a la realidad exterior: una la tiene en cuenta, mientras la otra, por influencia del instinto, la niega reemplazándola por la producción de un deseo (realidad delirante). Por ejemplo, el fetichista frente a la realidad de la castración, por un lado niega la percepción de la falta de pene en la mujer, pero por el otro debe reconocer esa realidad.

Existe una disociación normal, instrumental, como por ejemplo cuando en el estudio debe separarse lo intelectual de lo emocional.

Celener G. y otros, "Los mecanismos de defensa y las técnicas proyectivas", Publicación interna de la Cátedra de Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico Módulo II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 1996.

Según M. Klein.- "La disociación es el mecanismo por el cual el yo y un objeto único son divididos fantásticamente en dos. La división del objeto se establece en función de las características idealizadas y persecutorias, y en correspondencia con una división concomitante del yo, estructurándose por lo tanto dos vínculos simultáneos entre un yo agresivo y un objeto idealizadamente persecutorio, y un yo lleno de amor con un objeto idealizadamente bueno".

"Esta división del objeto y del yo corresponde a un mecanismo primario que sin embargo implica ya un cierto grado de organización de la realidad caótica del comienzo de la vida, en tanto permite aislar y separar dos tipos de experiencias que se suceden en forma alternada: experiencias de unión, protección y satisfacción, y experiencias de abandono, dolor e insatisfacción".

"La disociación en sus comienzos responde a una división neta del objeto y del yo, siendo uno de los pares disociados alternativamente 'no conocido', 'ignorado', 'aislado' por el yo. Las disociaciones primarias dan como resultado objetos parciales (pecho-pene) (idealizado-persecutorio). Durante la evolución normal, y en la medida en que disminuye la ansiedad persecutoria, la disociación toma características menos rígidas en cuanto al grado de distancia entre lo idealizado y lo persecutorio, acercándose paulatinamente a una división entre lo bueno y malo, favoreciendo la síntesis depresiva".

"Dentro de la teoría kleiniana, este mecanismo es el precursor de la represión, que permite el clivaje entre lo consciente y lo inconsciente".

"Los mecanismos de disociación pueden fracasar durante la evolución por la intensidad de la envidia, la agresión o la mala relación continente con el mundo externo; en tal caso son reemplazados por mecanismos de splitting masivos y de identificación proyectiva excesiva, los cuales llevan a la desintegración del yo como medida defensiva. H. Segal dice que el yo se fragmenta y escinde en pedacitos para evitar la experiencia de ansiedad. La desintegración es el más desesperado de todos los intentos del yo para protegerse de ella. A fin de no sufrirla, el yo hace lo que puede para no existir, intento que origina una aguda ansiedad específica: la de hacerse pedazos y quedar pulverizado".

"Aún cuando la disociación sea lograda, adquiere características patológicas cuando implica una distancia rígida y excesiva entre las características idealizadas y persecutorias del yo y del objeto, ya que esto dificulta la capacidad de síntesis e integración depresiva".

"Según H. Segal, en situaciones de ansiedad aumenta la disociación y se utilizan la proyección y la introyección para mantener a los objetos persecutorios tan alejados como sea posible de los objetos ideales, a la vez que se mantiene a ambos bajo control".

"La disociación subyace a todas las defensas neuróticas en tanto tienen todas por finalidad la escisión del vínculo persecutorio con el objeto. Lo que cambia entre una y otra es qué vínculo es considerado persecutorio en su relación con el objeto. Como mecanismo adaptativo da lugar a la disociación esquizoide instrumental, a la capacidad de dejar de lado determinadas situaciones afectivas, para lograr ajuste a distintas exigencias de la realidad".

Como defensa maniaca, "los mecanismos de disociación tienden a evitar el dolor que la ambivalencia produce (amar y odiar al un mismo objeto)".

Piccolo E., "Defensas en los tests gráficos", Editorial Paidós.

Generalidades.- 1. McCurdy dice que la disociación como término psicopatológico, significa "la segregación de un grupo de procesos mentales, separados de la conciencia, pero que funcionan como un todo único, como si perteneciesen a otra persona. Esto, cuando es altamente elaborado, puede conducir a una doble personalidad, pero solo si los complejos disociados desplazan la conciencia normal, deviniendo ellos mismos concientes". (J. T. McCurdy, *The Psychology of Emotion*). Henderson y Gillespie establecen que "doble" y "múltiple" personalidad son términos aplicados "cuando el mismo individuo aparece en momentos diferentes como poseyendo un contenido mental, una disposición y un carácter enteramente distintos, y cuando en cada una de estas fases muestra completa ignorancia de las otras, y recíprocamente" (Henderson y Gillespie, A. *Text-Book of Psychiatry*). 2. (*Psicoanálisis*) "El psicoanálisis también acepta la teoría de la disociación y del inconciente, pero plantea una relación diferente de cada uno para con el otro". Esta cita, tomada del trabajo de Freud *La perturbación psicológica de la visión según el psicoanálisis*, tiene que ver con otra forma de disociación. "Si, entonces, la perturbación visual psicogénita, tal como la hemos estudiado, está basada en la segregación de la conciencia de ciertas ideas relacionadas con la vista, la concepción psicoanalítica nos impulsa a creer que estas ideas se han puesto en oposición con otras ideas más poderosas... y han sido por lo tanto reprimidas" Todo órgano de sentido y sus representaciones psíquicas pueden exhibir el fenómeno de disociación. 3. La expresión de disociación está relacionada con la separación de la ideas con sus afectos consonantes. Por ejemplo un paciente esquizofrénico se ríe cordialmente mientras discute la idea de que estuvo cortado en millones de pedazos. 4. (*Psicoanálisis*) En *Studien übre Hysterie* de Freud figura como sinónimo de *Represión*. (Al.: *Abspaltung*; Fr.: *Dissociation, éviction*; I.: *Splitting off*). (Hinsie and Shatzky). Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Disociación afectiva.- "Falta de respuesta ante estímulos cuya carga emocional es evidente para el sujeto. El bloqueo de la respuesta emocional puede aparecer como mecanismo de defensa en situaciones específicas, como el combate o el trauma. El sujeto vive el trauma como si le aconteciera a otro, sin miedo, ansiedad o dolor, aunque sea plenamente conciente de la gravedad del mismo. Un caso particular es el de la bella indiferencia, característica de la histeria de conversión, en la que el sujeto padece una grave discapacidad, pero sin ninguna implicación emocional o afectiva respecto a la misma. También se conoce con el nombre de disociación emocional".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

DISOMNIA

Generalidades.- Alteración en la calidad del sueño que puede ser de tres tipos: a) *Cataplexia*: brusca abolición del tono muscular donde el sujeto cae al suelo con los ojos cerrados pero sin pérdida de conciencia, es decir, no se duerme. Dura dos a tres minutos y lo desencadena un ataque de risa o una emoción violenta. Se inhibe toda actividad voluntaria. 2) *Parálisis del sueño*: el sujeto se paraliza, lo que puede ocurrir mientras está durmiendo o mientras se está despertando (parálisis del dormir y parálisis del despertar, respectivamente). c) *Alucinaciones hipnagógicas*: bruscas y angustiantes, aparecen al dormirse o al despertarse. Es un estado similar al trance hipnótico y no son psiquiátricas. Algunas veces no se puede el sujeto mover, y aparece miedo a la muerte.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

DISONANCIA COGNITIVA

Definición.- "Teoría formulada por León Festinger, según la cual hay una propensión a producir relaciones consonantes y a evitar la disonancia entre las propias actitudes o conductas".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 618.

DISTIMIA

Generalidades.- "Etimológicamente sería toda disfunción del humor. A menudo se llamaba distímico al individuo cuyo humor era cambiante y variable, y también se había utilizado para describir los trastornos del humor en epilépticos [...]. La atribución más reciente del término se debe a la influencia del DSM-III, que utilizó 'trastorno distímico' para sustituir la depresión neurótica. Con ello ha perdido su característica de síntoma para pasar a ser un síndrome clínico".

Vallejo Ruiloba J y otros, "Introducción a la psicopatología y la psiquiatría", Masson, Barcelona, 1999, 4º edición, pág 234.

Generalidades.- La distimia, también llamada trastorno distímico, se define como un tipo de trastorno afectivo o del estado de ánimo que a menudo se parece a una forma de depresión grave (clínica) menos severa, pero más crónica. Sin embargo, las personas que tienen distimia también pueden experimentar a veces episodios de depresión grave.

La distimia afecta a las mujeres con el doble de frecuencia que a los hombres. El trastorno distímico afecta aproximadamente al 5,4 por ciento de los adultos estadounidenses de 18 años de edad o mayores; es decir, a 10,9 millones de personas. Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health), cada año alrededor del 40 por ciento de los adultos que tienen un trastorno distímico también cumplen los criterios de depresión grave o trastorno bipolar.

Síntomas.- A continuación, se enumeran los síntomas más comunes de la distimia, que son menos severos pero más crónicos que los de la depresión grave. Sin embargo, cada individuo puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

Tristeza, ansiedad o sensación de "vacío" persistentes.

Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban.

Llanto excesivo.

Mayor inquietud e irritabilidad.

Menor capacidad de concentrarse y tomar decisiones.

Disminución de la energía.

Pensamientos de muerte o suicidas, intentos de suicidio.

Aumento de los sentimientos de culpabilidad, desamparo y, o desesperanza.

Alteraciones del peso y, o del apetito debido a comer de forma insuficiente o excesiva.

Alteraciones en los hábitos del sueño.

Aislamiento social.

Síntomas físicos que no ceden ante los tratamientos estándar (por ejemplo, dolor crónico, dolor de cabeza).

Para un diagnóstico de distimia, un adulto debe exhibir un estado de ánimo deprimido durante al menos dos años (un año en los niños y adolescentes), junto con por lo menos otros dos síntomas de depresión (señalados arriba). Los síntomas de la distimia pueden parecerse a los de otras condiciones psiquiátricas. Siempre consulte a su médico para el diagnóstico.

Diagnóstico.- ¿Cómo se diagnostica la distimia? Como se ha comprobado que a menudo la depresión coexiste con otras condiciones médicas, como cardiopatía, cáncer o diabetes, y también con otros trastornos psiquiátricos como el abuso de drogas y la ansiedad, el diagnóstico y tratamiento en las etapas iniciales son cruciales para la recuperación. A menudo el diagnóstico se hace después de un examen psiquiátrico minucioso y una historia médica realizados por un psiquiatra u otro profesional de la salud mental.

Tratamiento.- El tratamiento específico de la distimia será determinado por su médico basándose en lo siguiente:

Su edad, su estado general de salud y su historia médica.

Qué tan avanzada está la condición.

Su tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.

Sus expectativas para la trayectoria de la condición.

Su opinión o preferencia.

El tratamiento puede incluir cualquiera de los siguientes elementos o una combinación de ellos:

Medicamentos antidepresivos (especialmente cuando se administran en combinación con la psicoterapia, resultan muy eficaces para el tratamiento de la depresión).

Psicoterapia (en la mayoría de los casos, terapia cognitivo-conductista o interpersonal orientada a modificar la visión distorsionada que tiene el individuo de sí mismo y de su entorno, con énfasis en las relaciones complicadas y la identificación de los factores de estrés en el entorno para aprender a evitarlos).

Terapia electroconvulsiva (su sigla en inglés es ECT).

Dado que los episodios de distimia suelen persistir por más de cinco años, puede ser necesario el tratamiento a largo plazo de este trastorno.

<http://www.mmhs.com/clinical/adult/spanish/mentalhealth/dysthym.htm>

DISTORSIÓN

Distorsión aperceptiva.- En un test hay una percepción 'objetiva' hipotética, casi pura donde la mayoría de los examinados concuerdan sobre el estímulo. Esto sin embargo no se cumple, pues siempre distorsionamos en mayor o menor grado el estímulo. La *distorsión aperceptiva* es la interpretación subjetiva que se hace del estímulo, y la *apercepción* es una interpretación (dinámicamente) significativa que un organismo hace de una percepción. Implica la influencia de recuerdos sobre la percepción de estímulos contemporáneos.

Hay distintos grados de distorsión aperceptiva, y son cuatro (desde la máxima distorsión hasta la mínima):

1) Proyección Invertida: Es el grado máximo de distorsión, y no puede hacerse conciente. Por ejemplo, el mecanismo paranoide. La llamamos invertida porque la proyección es posterior al mecanismo previo de la formación reactiva (de yo lo amo pasa a yo lo odio por formación reactiva, y de este, por proyección, a él me odia). Esta proyección como defensa no suele usarse en técnicas proyectivas, pero sí las tres siguientes distorsiones, que son normales:

2) Proyección simple: No necesariamente clínica, ocurre a diario. Es atribuir al otro sentimientos, actitudes, que el sujeto ya esperaba encontrar. Es una distorsión simple, asociativa, a través de la transferencia del aprendizaje o, en casos más complejos, por la influencia de imágenes previas sobre las presentes.

3) Sensibilización: En vez de la creación de un percepto inexistente, la sensibilización implica una percepción más sensible de estímulos existentes. Ejemplo, estar más sensible a los alimentos cuando uno tiene hambre o tiene una fantasía de realización de deseos (percepción 'autista'). Implica un aumento de la eficacia y/o en respuesta a una emergencia.

4) Externalización: En los procesos anteriores no hay, por lo común, conciencia. Aquí se trata en cambio de una configuración ligeramente reprimida de imágenes, fácilmente evocable conscientemente.

Fuente: Celener Graciela, Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (Ort-Tat), publicación interna de la Cátedra de Técnicas psicodiagnósticas II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Distorsión cognitiva.- Las distorsiones cognitivas son los vínculos de los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos. Cuando se procesa cognitivamente una nueva información o un recuerdo, a menudo se distorsiona para que encaje en el esquema relevante, y el resultado de esta valoración sesgada puede hacerse conciente en forma de pensamientos automáticos o imágenes. Por ejemplo el pensamiento dicotómico, la sobregeneralización, la abstracción selectiva, la lectura del pensamiento, las afirmaciones "debería", el catastrofismo y la minimización. Véase también pensamiento automático y esquema disfuncional.

Robins A y Hayes A., "Una valoración de la terapia cognitiva", incluido en Mahoney M (ed), "Psicoterapias cognitivistas y constructivistas", Desclée de Brower, Bilbao, 1997, pág. 64-65.

DIURNO, SUEÑO

En general, el sueño diurno se define como indulgencia ociosa de la fantasía durante las horas de vigilia. Implica comúnmente aquello que se conoce como pensamiento ansioso. En la esquizofrenia, los sueños diurnos se destacan en la psique del paciente tomando su lugar de la acción del ambiente real, adquiriendo valor de realidad, o sea, que devienen síntomas de psicosis. Freud dice que los sueños diurnos giran en torno a una curiosa mezcla de directriz tras la cual se observa el sueño diurno como un deseo inconciente insatisfecho o un esfuerzo insatisfecho. Los sueños diurnos llenan una función calmante (Maeder), a través de la cual liberan fuertes afectos inconcientes. El proceso así comprendido es de la naturaleza de la abreacción (Varendock). Federn dice que el sueño diurno anormal es análogo al placer previo sexual, el cual nunca representa el cumplimiento del objeto final (Hinsie and Shatzky).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DIVORCIO

Divorcio y separación.- Siguiendo los lineamientos de la legislación argentina, a diferencia de la separación personal, el divorcio vincular implica la disolución del vínculo.

Las causas de separación personal son: 1) el adulterio, 2) la tentativa de un cónyuge contra la vida del otro o de los hijos, como autor principal, cómplice o instigador, 3) la instigación de algún cónyuge al otro a cometer delitos, 4) las injurias graves, y 5) el abandono voluntario y malicioso.

Las causas de divorcio vincular son todas las anteriores, más la separación de hecho de los cónyuges sin voluntad de unirse por un tiempo continuo mayor de tres años, con los alcances y en la forma prevista en el artículo 204 de la ley 23.515 (ley de matrimonio civil y divorcio vincular). Este artículo señala que "podrá decretarse la separación personal a petición de cualquiera de los cónyuges, cuando éstos hubieran interrumpido su cohabitación sin voluntad de unirse por un término mayor de dos años. Si alguno de ellos alega y prueba o haber dado causa a la separación, la sentencia dejará a salvo los derechos acordados al cónyuge inocente" (Travacio, 1996:181).

Travacio M (1996) Manual de psicología forense. Buenos Aires: Oficina de publicaciones del CBC, Universidad de Buenos Aires.

DOLOR

Dolor crónico y aplicación del modelo transaccional.- En la actualidad el dolor es definido como una experiencia perceptiva compleja debida a la interacción existente entre procesos fisiológicos, cognitivos y afectivos (Melzack y Casey, 1968; Scheier y Karoly, 1983; Miró, 1997), siendo además definido como una experiencia perceptiva multidimensional (Melzack y Casey, 1968; Sternbach, 1974) mediatizada por

distintas variables. Desde esta definición del dolor, se amplía la perspectiva sobre el tratamiento del mismo. En este sentido, y aplicando el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984) al dolor crónico, pretendemos en este estudio explicar las diferencias por lo que se refiere a la adaptación entre los pacientes con dolor crónico, y en relación al nivel de depresión. La muestra está formada por 168 pacientes con dolor crónico que acuden a una primera entrevista con el psicólogo de la Unidad Multidisciplinar del Dolor, en el Hospital General Universitario de Valencia, previa exploración clínica. Los pacientes debían completar una batería de cuestionarios de forma individual en la que se recogían los datos sociodemográficos, variables de valoración del dolor, las estrategias de afrontamiento al dolor, a través del CAD-R, y el nivel de depresión a partir de la puntuación obtenida en el BDI. En líneas generales, los resultados muestran que el nivel de depresión de la totalidad de la muestra es moderada, asociándose dicha variable con las variables de valoración que implican la percepción del dolor como amenazante y como limitante en la vida diaria, entre otras, y correlacionando de forma negativa con la estrategia de afrontamiento autoafirmación.

Soucase, B; Soriano, J.F; Monsalve, V. ; De Andrés, J. Aplicación del modelo transaccional de Lazarus y Folkman al dolor crónico: valoración, estrategias de afrontamiento y depresión. *Interpsiquis*. 2003; (2003)

Dolor y enfermedad mental.- Introducción: Es frecuente encontrar alteraciones a nivel emocional en los pacientes con dolor crónico. En muchos casos, los síntomas son de suficiente entidad como para clasificarlos dentro del manual de clasificación de trastornos mentales DSM-IV-TR como enfermedad psiquiátrica. Numerosos estudios han documentado una fuerte asociación entre dolor crónico y psicopatología. La presencia de un trastorno psiquiátrico puede incrementar la intensidad y percepción del dolor. El dolor crónico está asociado a la presencia de episodios depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos de personalidad y abuso de sustancias. Este trabajo presenta un estudio de comorbilidad entre dolor crónico y trastornos psiquiátricos.

Objetivos: El objetivo de este estudio es examinar y describir la prevalencia de diferentes trastornos psiquiátricos en un grupo de pacientes con dolor crónico y estudiar algunas variables asociadas.

Metodología: 50 pacientes adultos, con dolor lumbar crónico vinculados a la unidad de dolor del Hospital del Mar fueron entrevistados clínicamente por un psiquiatra de nuestro Hospital en el año 2008/9. Fueron derivados desde el servicio de Anestesia para valoración psiquiátrica en función de la entrevista clínica y de la escala Hospital Anxiety and Depression Scale HADS. En nuestro estudio, comparamos la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre hombres y mujeres, así como los psicofármacos utilizados.

Resultados: En nuestro grupo de pacientes (N = 50, hombres 29 %, mujeres 71 %, edad media 59,8) diagnosticamos diversas enfermedades psiquiátricas (depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos somatomorfos, trastornos adaptativos, distimia). El diagnóstico más frecuente fue trastorno adaptativo (35 %) y trastorno depresivo mayor (25 %). Presentamos un análisis detallado de los psicofármacos utilizados en los diferentes casos.

Conclusiones: El dolor crónico es un factor influyente a la hora de producir psicopatología en comorbilidad. De manera recíproca, la psicopatología intensifica la percepción dolorosa. Hay una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en mujeres en nuestra unidad. En nuestra muestra, la mayoría de los pacientes con dolor crónico lumbar no reunieron criterios de trastorno depresivo o trastorno de ansiedad. El trastorno psiquiátrico más frecuente es trastorno adaptativo. Los antidepresivos son los psicofármacos más utilizados en nuestra muestra de pacientes. Estudios prospectivos futuros son necesarios para estudiar y entender mejor las relaciones entre dolor y psicopatología.

C. Garnier Lacueva; J. Castaño Asins; P. Álvaro Serón... (et.al) Dolor crónico y enfermedades psiquiátricas. *REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL*. 2009 OCT;(2)

DROGA

Definición.- Sustancia farmacológica activa sobre el sistema nervioso central que, administrada a un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones del comportamiento. Incluye no sólo las sustancias ilegales que se consumen por sus efectos alucinógenos, estimulantes o sedantes y que habitualmente se conocen como <<drogas>>, sino también determinados medicamentos capaces de producir estados de abuso o dependencia, sustancias de uso legal como el tabaco y las bebidas alcohólicas y sustancias de uso doméstico o laboral, por ejemplo, los disolventes volátiles. El término se utiliza como sinónimo de sustancia psicoactiva capaz de generar adicción, abuso o dependencia. En este sentido, se clasifican en: a) opiáceos: pertenecen a este grupo el opio, la morfina y la heroína; b) depresores: grupo de sustancias que tienen en común el hecho de disminuir la actividad cerebral y, por o tanto, inducir sedación y somnolencia. Pertenecen a este grupo el alcohol y los barbitúricos; c) estimulantes: elevan el estado de ánimo, la tensión y la vigilia. Incluyen: cafeína, cocaína y anfetaminas; d) tranquilizantes: incluyen las benzodiacepinas; y e) alucinógenos: alteran los procesos de sensopercepción. Incluyen entre otros, el LSD".

Farré Martí J (1999) *Diccionario de psicología*. Barcelona: Océano.

DSM

Definición.- Abreviatura de Diagnostic and Statistical Manual. Clasificación oficial de la Asociación Psiquiátrica Americana de gran influencia en el ámbito clínico y que ha sido objeto de importantes modificaciones desde la primera edición (DSM-I) hasta la última (DSM-IV).
Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 156.

DUDA

Definición.- 1. Incertidumbre que sigue al creer (McDougall, 1923). 2. En la psicología americana de la religión, es un período de indecisión de la adolescencia, la cual es normalmente seguida por una conversación religiosa (Hall, 1891). 3. (*Psicoanálisis U.*) "la duda se concibe comúnmente como la duda o la perplejidad en relación con tal o cual presunción, idea o persona, pero también puede definírsela como una actitud que invade la personalidad, de tal manera que el objeto particular al cual se refiere es de importancia secundaria. Debe establecerse la diferencia entre la *duda racional* y la *duda irracional*. La duda irracional es la duda que caracteriza emocional e intelectualmente la vida de una persona. Para tal persona no existe, en cualquier esfera de la vida, experiencia alguna que tenga la cualidad de certeza; todo es dudoso, nada es cierto. La investigación psicoanalítica acerca del mecanismo de las dudas compulsivas muestra que son las experiencias racionalizadas de conflictos emocionales inconcientes resultantes de una falta de integración de la personalidad total y de un sentimiento intenso de impotencia y desamparo. La forma típica de la duda contemporánea no es, sin embargo, la duda de carácter activo, sino, al contrario, una actitud de indiferencia, en la cual todo es posible y nada es cierto. En contraste con la duda irracional, la duda racional pone en tela de juicio presunciones cuya validez depende de la creencia en alguna autoridad y no de la propia experiencia. Esta duda tiene una función importante en el desarrollo de la personalidad. La duda racional es una de las fuentes principales del pensamiento moderno. (Fromm: *Man for Himself*, 1947; en cast.: *Ética y Psicoanálisis*, 1953: Fondo de Cultura, México-Buenos Aires).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DUELO

Definición.- Estado de aflicción análogo al de la melancolía; pero en el sujeto afligido por una pérdida real, después de cierto tiempo, la libido se desprende del objeto psíquico perdido y empieza a estar en condiciones de dirigirse a otro/s nuevo/s. Se distingue entre duelo normal y duelo patológico.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Evolución.- Partiendo de diversas aportaciones y estudios sobre aspectos evolutivos del duelo, un estudio se centró en el seguimiento a los 2 años de pacientes del Servicio de Salud Mental de Parla que consultaban en relación con un duelo. A partir de una investigación anterior se realizó un estudio de seguimiento a los 2 años a una muestra de 51 personas mediante una encuesta de aplicación telefónica que exploraba mejoría subjetiva, afrontamiento de la pérdida, continuidad del curso biográfico y circunstancias posteriores. A los 2 años de la primera consulta la mayoría de los pacientes afirmaban una mejoría clínica, así como haber podido afrontar total o parcialmente la pérdida y continuar sus actividades con normalidad, si bien una cuarta parte refería una parcial o marcada detención del curso biográfico.

En la evolución a largo plazo de una consulta por duelo es mayoritaria la remisión de sintomatología asociada. Asimismo influyen negativamente en este proceso variables como la calidad del vínculo con el fallecido y el hecho de que el fallecido sea un hijo, y positivamente factores como el apoyo social y la psicoterapia.

M. Gamio Medina M, Álamo Jiménez C, Hernangómez Criado L y García Laborda A, Seguimiento de pacientes que consultan por duelo. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2003 Sep;31(5):239-243.

Duelo patológico.- A diferencia del duelo normal, que implica el trabajo de elaboración de una pérdida, el duelo patológico se caracteriza por la dificultad de aceptarla y por una reacción desmedida -para el observador- ante esa imposibilidad.

Salvarezza L, *Psicogeriatría*, Paidós, Buenos Aires, 1999, pág. 70.

Duelo y melancolía.- Freud establece las siguientes comparaciones:

Dormir	=	Duelo	=	Alegría	(normal)
Neurosis narcisista		Melancolía		Manía	(patológico)

El concepto articulador de estas relaciones es el NARCISISMO, aún cuando el narcisismo por sí solo no explica la melancolías ni las psicosis en general.

El dormir (no el sueño como realización de deseos) y las neurosis narcisistas implican ambas una retracción libidinal al yo.

El duelo y la melancolía son reacciones frente a una pérdida. Sin embargo, existen otras formas de reacción ante una pérdida:

a) El acting-out ("Recuerdo, repetición y elaboración"): donde el sujeto en lugar de recordar (al objeto perdido), repite. Se trata de una sustitución rápida, cuando en el duelo ésta es lenta y progresiva. Por ejemplo: fallece la esposa y sale con muchas mujeres.

b) Hipervaloración de lo eterno o inmortal ("Lo transitorio"): es al revés que el duelo, porque en éste último se valoriza lo efímero, se recuerda al muerto. Hipervalorar lo eterno es desvalorizar lo terrenal, lo vital, lo mortal.

DUELO.- En el duelo normal hay un registro de que hubo una pérdida, ya que el principio de realidad le muestra que un objeto investido ya no existe más. Aparece una inhibición y una restricción yoica: cesa de interesarse por el mundo externo en la medida en que no le recuerde al muerto. Por ejemplo: no puede volver a amar otro objeto.

Freud toma la palabra 'duelo' en sus dos acepciones: como dolor ('dolere') y como combate entre dos ('duelum'), ya que el duelo implica un combate doloroso entre dos: por un lado el yo que se resiste a abandonar sus lugares de satisfacción, y por el otro el principio de realidad que insiste en la pérdida.

Freud se pregunta porqué el duelo resulta doloroso, y al respecto señala que en él podemos encontrar tres afectos: angustia, dolor y tristeza (que luego diferenciará mejor en un apéndice de "Inhibición, síntoma y angustia"):

a) Angustia: es la reacción ante un peligro, y aparece repentinamente. El duelo se desencadena a partir de la angustia, pero luego el proceso continúa con dolor.

b) Dolor: el displacer es producido por un acumulación de una cantidad no tramitada. Lo doloroso del duelo está en una sobrecarga de las representaciones del objeto perdido (el yo es sensible a todo lo que le traiga un recuerdo del muerto). Luego, esa sobrecarga deberá ser descargada poco a poco, y el dolor va cediendo. Además, el dolor viene también porque el objeto perdido ya no nos ama más.

c) Tristeza: aparece al final de este trabajo doloroso, cuando lo perdido queda registrado como tal, pasando a integrar el pasado.

Luego el yo se siente liberado e inviste un nuevo objeto, mediante el proceso de sustitución. Este mecanismo suscita dos cuestiones:

a) la sustitución es la consecuencia de una represión primaria, pues se sustituye algo que preexistió.

b) Cada duelo inevitablemente convoca a duelos anteriores, o sea, hay un resto inelaborable en cada duelo, que retornaría por repetición en otros duelos.

El tiempo del duelo no se puede acortar: requiere tiempo y ritual, lo que ayuda a ir perdiendo lo perdido. De otro modo, lo que se pierde es el yo. Una pérdida en la realidad convoca o moviliza todo el mundo simbólico, y el ritual permite reordenar este mundo en peligro de sucumbir. Es una reacción distinta a la cancelación o rechazo, también consecuencia de una pérdida exterior, sólo que en este rechazo se construye un delirio.

Apliquemos ahora los conceptos de duelo a la melancolía.

MELANCOLÍA.- Para la psiquiatría, es la psicosis maníaco-depresiva (bipolar). Freud no la ubica como psicosis pues, como enseguida se verá, no resulta de una retracción libidinal al yo como en las otras psicosis, sino que este proceso se realiza vía identificación narcisista con el objeto.

La melancolía implica una imposibilidad de realizar el trabajo de duelo, o sea, de perder el objeto. La melancolía no necesariamente se desencadena por una pérdida real y, aunque sea así, el melancólico sabe a quién perdió, pero "no sabe lo que con él ha perdido".

La diferencia importante con el duelo es la pérdida de la autoestima (que también hay en el duelo, porque uno deja de ser amado) en la medida en que tal pérdida de autoestima se traduce en autorreproches y en una consecutiva espera de castigo delirante. Aparece un delirio de insignificancia y un sentimiento de culpabilidad ("yo me lo merezco").

A Freud le llama la atención la falta de pudor del melancólico para exhibir sus miserias, y se pregunta por qué. Se pregunta también porqué para descubrir estas miserias tuvo que enfermar.

La persona se autorreprocha y exhibe su insignificancia y su miseria no sólo para autocastigarse por culpa, sino debido a la visicitud de ese objeto perdido: no se desprendió de ese objeto sino que lo incorporó a su yo vía identificación narcisista: por tanto, no se reprocha y trata mal a sí mismo sino al objeto. El precio que paga por ello el yo es escindirse en dos: un Yo parasitado por el objeto perdido, y un Superyo, el cual trata ahora al yo como antes éste trataba al objeto.

Sabemos que la identificación narcisista es la forma de sustituir una elección de objeto narcisista: es la heredera de una elección narcisista. El sujeto eligió un objeto a su imagen y semejanza y luego, tras la pérdida, se identifica nuevamente con él. El yo incorpora lo perdido del objeto, o sea su sombra ("la sombra del objeto cayó sobre el yo").

Por consiguiente, en realidad salió poco del yo ("hay una enérgica fijación..." dice Freud), y en realidad no hubo tan intenso amor por el objeto ("...y poca resistencia de carga", termina Freud).

Pero entonces, si el yo se identifica con un objeto que había sido hecho a su imagen y semejanza, ¿porqué lo trata tan mal mediante el sentirse insignificante y el hacerle reproches? Debido a la ambivalencia hacia dicho objeto. Es precisamente por el odio que no puede llevar a cabo la elaboración de la pérdida, un odio que retorna siempre como culpa.

El yo deja de ser un sujeto y pasa a ser un objeto (por la identificación), de manera que el suicidio en la melancolía es en realidad un homicidio.

En la neurosis obsesiva encontramos también reproches y ambivalencia, pero en el reproche obsesivo no es consecuencia de una identificación narcisista, o sea, el objeto está conservado, no perdido, y es el que padece los maltratos.

MANÍA.- Así como en la melancolía triunfa el superyo sobre el yo, en la manía es al revés: triunfa el yo sobre el superyo (no siente culpa) y sobre la realidad exterior (considera al objeto como no perdido).

Condensado de Zaidenknop Beatriz, Sobre duelo y melancolía. Clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Noviembre 1996.

DOMINANCIA

Definición.- Predominio de uno de los hemisferios cerebrales en determinadas funciones como el lenguaje verbal, la visión o el empleo de los miembros superiores e inferiores. Por ejemplo en las personas diestras, el hemisferio dominante suele ser el izquierdo, que es donde están ubicados los centros del lenguaje (Broca y Wernicke), mientras que en las personas zurdas, el hemisferio dominante es el derecho, y entonces en este hemisferio estarán ubicados dichos centros. Respecto de la visión, algunas personas tienen dominancia del ojo derecho y otras del izquierdo, según cual sea el ojo que organiza el campo visual.

Cazau P (1999) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

EBBINGHAUS, HERMANN

Biografía.- (1850-1909) Psicólogo alemán, el cual investigó, experimentalmente los procesos de la memoria. Autor de diferentes test. Representante de un *paralelismo psicofísico*. Obras: *Über das Gedächtnis* (1895; *Abriss der Psychologie* (1908), etc.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ECTOMÓRFICO

Definición.- Tipo constitucional del sistema de Sheldon que corresponde, aunque imprecisamente, al tipo *asténico* de Kretschmer.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- En el sistema de somatotipos de Sheldon, un ectomorfo es una persona con constitución corporal alta y delgada; relacionado con el tipo de temperamento cerebrotónico (pensamiento, introvertido).

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

EDAD MENTAL (EM)

Definición.- "Medida del rendimiento en el test de inteligencia ideada por Binet; la edad cronológica que corresponde del modo más típico a determinado nivel de rendimiento. Así, un niño que rinda con tanta eficacia como el niño medio de 8 años, tiene una edad mental de ocho".

Myers D., Psicología, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 3ra. edición, pág 319.

Definición.- "Edad que ha alcanzado la mente de un niño en comparación con el promedio o norma de desarrollo para cada año de edad cronológica. Si un niño de cinco años puede hacer todo lo que la generalidad de los niños de esa edad pueden hacer, su edad mental es también de cinco años" (pág. 71).

Isaacs Susan (1965) Años de infancia. Buenos Aires: Hormé-Paidós.

Definición.- (Se abrevia EM). Calificación derivada de una prueba de inteligencia como la de Stanford-Binet. La edad mental del individuo corresponde a la edad cronológica de una muestra representativa de niños de la misma edad cronológica cuya calificación promedio en la prueba es igual a la calificación del examinado.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definición.- "Medida de rendimiento en un test de inteligencia o edad cronológica, que corresponde habitualmente a un nivel dado de rendimiento. Del niño que rinde como el que tiene 8 años, se dice que tiene una edad mental de 8. Esta fórmula es de utilidad en el caso de los niños, pero no en de los adultos. Por consiguiente, los actuales test de inteligencia determinan una puntuación de capacidad mental basada en el rendimiento de la persona que recibe el test en comparación con el rendimiento medio de otras personas de la misma edad".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- (*Psicotecnia*) 1. Concepto estadístico que expresa el nivel de maduración mental de un individuo en comparación con el grado medio de desarrollo mental que caracteriza a un grupo de población de la misma edad cronológica tomado al azar. Se expresa en años de edad mental, o sea, la edad cronológica en la cual el individuo medio alcanza esa misma capacidad mental. El concepto de edad mental está estrechamente vinculado a la teoría y desarrollo de los tests de inteligencia, llamados también mentales. Éstos se construyen mediante la selección de pruebas que han demostrado ser resueltas característicamente por los niños normales de edades cronológicas determinadas. Así, un niño de siete años, cuyo proceso de maduración mental es normal, habrá alcanzado una edad mental que lo capacita para resolver el grupo de pruebas de los siete años de una escala de inteligencia. Este niño tendrá entonces siete años de edad mental. Estadísticamente, una prueba es característica de una edad mental cuando el 50-75% de los niños de esa edad, tomados al azar, la resuelven positivamente. 2. El nivel mental expresado en años que un sujeto logra en un test de inteligencia. (I.: *Mental Age*: MA.) Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

EDIPO

Edipo Rey.- "Edipo Rey" es el nombre de la tragedia de Sófocles, considerada la más perfecta del teatro griego. El asunto central es el descubrimiento por parte de Edipo sobre su verdadero origen. Hay otra tragedia del mismo autor, "Edipo en Colono", que es una continuación de la primera y donde se narra la llegada de Edipo al Ática, que era una región de la antigua Grecia que tenía como capital a Atenas.

Años después la tragedia de Edipo fue imitada por Séneca, llamándola simplemente "Edipo". En general, todas estas obras maestras del teatro griego no nacieron de la nada, sino que estuvieron inspiradas en las historias de la mitología griega que, al pasar de boca en boca y difundirse a través del tiempo, contaron con muchas versiones diferentes.

A pesar de esta diversidad, hay siempre un tema recurrente, vinculado con la relación de Edipo con sus padres.

En lo esencial el mito de Edipo que fuera llevado al teatro por los mencionados autores griegos narra la siguiente historia:

Edipo era hijo de Layo, rey de Tebas, y de Yocasta. Layo, el padre, fue avisado por un oráculo de que sería muerto por su hijo, y por lo tanto hizo abandonar a Edipo cuando aún era un recién nacido, sobre el monte Citerón. Recogido por unos pastores, fue llevado al rey de Corinto, que lo educó como un príncipe. Cuando llegó a ser hombre, consultó con un oráculo, que le aconsejó que no volviese nunca a su patria porque estaba destinado a dar muerte a su padre y a casarse con su madre si allí volvía.

No creyendo tener más patria que Corinto, se alejó de aquella ciudad pero encontró en el camino a Layo, matándolo a consecuencia de una disputa. Desde ya, en ese momento no supo que se trataba de su padre.

Mientras tanto, por aquella época asolaba los alrededores de Tebas un animal con cuerpo de león y cabeza humana que, entre los egipcios, representaba al sol: era la Esfinge. Su costumbre era devorar a todo aquel caminante que no pudiese adivinar sus enigmas. Al encontrar a Edipo le planteó uno de los enigmas: ¿Cuál es el animal que camina en cuatro pies por la mañana, en dos al mediodía y en tres por la tarde? Edipo reconoció en estas palabras al hombre, ya que al nacer gatea, luego anda en dos pies y finalmente agrega un bastón en la vejez. La Esfinge, vencida y furiosa, se precipitó al mar.

Creón, sucesor de Layo, había prometido el trono y la mano de Yocasta a quien librar del monstruo a la comarca. Como Edipo adivinó el enigma fue coronado rey, y se casó con su madre sin saberlo.

Finalmente, cuando Edipo se enteró por un oráculo de la verdad, Yocasta se ahorca mientras que Edipo, tras arrancarse los ojos, huyó de Tebas guiado por su hija Antígone.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Freud y el Edipo Rey.- Freud era un gran lector de la literatura, y fue la versión de Edipo Rey en la que se fundó principalmente para elaborar su teoría del complejo de Edipo. También se inspiró en otra tragedia de Sófocles, "Electra", que de alguna forma expresa la contrafigura de Edipo porque sirvió de base para plantear el complejo de Edipo femenino.

Freud se refiere al complejo de Edipo en varios artículos, y especialmente en "El yo y el ello", en "El sepultamiento del complejo de Edipo" y en "La feminidad", escrito este último donde desarrolla con mayor detalle la conflictiva edípica en la mujer.

En general, se refiere al complejo de Edipo como un conjunto de afectos de amor y de hostilidad que todo niño ve intensificados especialmente durante los 3 a 5 años de edad, siendo que ambos afectos contrarios los experimenta hacia cada uno de sus progenitores (ambivalencia afectiva). El modo de resolución de los conflictos típicos de este complejo, que giran en torno a la castración, determinará el desarrollo ulterior de su personalidad: 'marcará a fuego' a la persona.

Mientras el niño varón desea a su madre y ve como rival peligroso al padre, la niña desea a su padre y ve como rival a su madre. Esta es la forma llamada positiva del complejo de Edipo, aunque Freud reconoce en "El yo y el ello" que en la realidad siempre hay amor y odio hacia el padre y amor y odio hacia la madre, aunque con diferentes intensidades y matices según los momentos, las experiencias vividas y las propias fantasías del niño.

Indagando el inconciente a través del método interpretativo, incluso en los sueños, Freud había encontrado con cierta frecuencia fantasías incestuosas y deseos de agredir o matar a un rival que, cuando Freud hacía la construcción interpretativa, resultaba ser el progenitor del mismo sexo (y a veces del opuesto).

A partir de allí pudo inferir que el paciente, cuando niño, había vivenciado toda una serie de experiencias afectivas con sus padres, En el caso de Juanito, veía que estas experiencias eran bien actuales, el niño las estaba viviendo en ese momento.

¿En qué pudo haber influido entonces su conocimiento de la tragedia de Sófocles? Quizá hubo dos tipos de influencias significativas:

1) El "Edipo Rey", como toda tragedia, presenta una trama, un argumento con un comienzo, un desarrollo y un final, o sea, tiene la estructura de una narración. En una palabra, hay una unidad de sentido.

Esto pudo haber sido muy importante porque los datos que Freud iba obteniendo a partir de sus indagaciones clínicas eran fragmentarios, incompletos, deshilvanados, dada la intensa actividad represiva que se ejerce sobre los contenidos inconcientes. Datos como el intenso amor hacia la madre, el temor a la castración, etc pudieron ser integrados en una visión de conjunto suministrada precisamente por la línea argumental del Edipo de Sófocles, con las modificaciones pertinentes. De alguna manera, podríamos decir que Freud reconstruyó los episodios edípicos de la infancia de todo ser humano a partir del hilo conductor del argumento de Edipo Rey, de donde sustancialmente extrajo, dejando de lado ciertos otros detalles, la idea de que el niño desea a su madre (por eso en la tragedia se casa con ella) y para quedarse con ella debe eliminar a su rival (por eso mata al padre). El no saber que está matando el padre puede estar representando simbólicamente la represión de esa idea debido a su carácter culpógeno. Del mismo modo, arrancarse los ojos una vez enterado de la verdad podía estar representando la negación por el crimen y el incesto cometidos.

2) Sin embargo, todavía podríamos pensar que la tragedia del Edipo Rey es una simple fantasía nacida de la mitología, y por tanto no existe fundamento científico como para apoyarse en ella. Freud, y en este sentido coincidía por ejemplo con Jung, sostenía que las producciones culturales tenían un sentido y que nos revelaban los contenidos inconcientes al igual que los sueños, los síntomas, los chistes o los actos fallidos. Y así como podía interpretarse una obra de arte escultórica como el Moisés de Miguel Ángel, también podía interpretarse una obra de arte literaria como la indicada.

En otras palabras, la creación mitológica del mito del Edipo no es casual. Si el hombre la crea es porque a través de ella, al igual que en sueños y fantasías, está queriendo expresar simbólicamente miedos, conflictos, y sobretudo deseos, que en el caso aquí tratado es el deseo incestuoso. Como los mitos tienen un carácter universal y sus temas son siempre recurrentes, ellos expresarían tendencias inconcientes también universales, con lo cual Freud confirmó sus sospechas de que el complejo edípico era patrimonio de toda la humanidad, más allá de las diferencias de tiempo y de cultura.

Desde este punto de vista podríamos entonces considerar al Edipo Rey como un nuevo elemento de juicio que, además de los datos clínicos, vienen a confirmar su hipótesis de la conflictiva edípica y de su carácter universal.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

EDUCIÓN

Definición.- Según Spearman, proceso mediante el cual se crean nuevos datos cognoscitivos (relaciones o caracteres correlativos) a base de caracteres o relaciones ya captados.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

EFEECTO BARNUM

Definición.- Aceptar como exacta una descripción de personalidad planteada en generalidades, pero grulladas y otras afirmaciones que parecen específicas de una persona determinada pero que en realidad pueden aplicarse casi a cualquier individuo. Es igual al *error de la tía Fanny*.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

EFECTO DE HALO

Definición.- Disposición del individuo a emitir un juicio u opinión sobre otro individuo, a partir de la impresión general que le produce. El observador tiende a guiarse por una impresión dominante o un rasgo destacado al evaluar a otro individuo; esta actitud es causa de error en la apreciación de la personalidad; fue descrita en primer término por F Wells y así designada por Thorndike. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

EFERENTE

Definición.- En neurología, vías nerviosas que conducen los impulsos desde el centro hacia la periferia del cuerpo. Por ejemplo, las vías motoras son eferentes. Sinónimo: centrífuga (se aleja del centro). Cazau P (2000) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

EFICIENCIA

Definición.- 1. Referida a un organismo, se aplica a la relación entre la energía que se consume y el efecto producido. Psicológicamente, razón entre el rendimiento y el resultado. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

EHRENFELS, CHRISTIAN VON

Biografía.- (1859-1932) Discípulo de *Brentano* y de *Meinong*, y el iniciador del concepto de "forma-cualidad" (Al.: *Gestaltungsqualitäten*, 1890). La "forma-cualidad" es la única fase de conciencia, en la cual se observa la organización (temporal y espacial) de elementos en configuraciones o conjuntos. Obras principales: *Urbe Gestalt, qualitäten*, 1890; *System der Werktheorie* I-II, 1897-98; *Die Religion der Zukunft*, 1929. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ELABORACIÓN

Elaboración onírica.- Para el psicoanálisis, "revocar y elaborar psicológicamente en lo conciente el contenido de un sueño. Lo que podemos contar de lo que hemos soñado, es una elaboración posterior, secundaria, ya sometida a un control. 'No soñamos para contar lo que hemos soñado' dice Rank". Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Elaboración psíquica.- "Se aplica, según la escuela freudiana, al trabajo efectuado por el aparato psíquico a fin de poner bajo su dominio el aflujo indiferenciado y progresivo de excitaciones, cuya acumulación puede desencadenar patologías; tal trabajo integra y conecta asociativamente las excitaciones en el aparato psíquico". Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

El concepto de elaboración en la obra de Freud.- El presente trabajo es el fruto de un análisis histórico y conceptual de la idea de elaboración en la obra freudiana, realizado a partir de la recopilación de información relevante encontrada en las obras completas del creador del psicoanálisis. El objetivo es introducir un ordenamiento que permita clarificar cómo ha trabajado Freud esta idea a partir de diferentes textos donde hace referencia a elaboraciones oníricas, psíquicas, asociativas, secundarias, concientes, inconcientes, normales, patológicas, etc. En su sentido lexicográfico original (Augé y otros, 1961:861) el verbo elaborar tiene al menos dos acepciones, que son aquellas que recoge Freud para construir su concepto: elaborar como *trabajar* (en este sentido la elaboración es un trabajo que realiza el aparato psíquico), y elaborar como *asimilar* o hacer digerible (en este sentido la elaboración supone transformar representaciones y ligar excitaciones, por ejemplo para que el yo pueda 'digerirlas' o incorporarlas). Señala Székely al respecto que esta tarea, llamada elaboración psíquica, se aplica "al trabajo efectuado por el aparato psíquico a fin de poner bajo su dominio el aflujo indiferenciado y progresivo de excitaciones, cuya acumulación puede desencadenar patologías; tal trabajo integra y conecta asociativamente las excitaciones en el aparato psíquico" (Székely, 2000).
1. Elaborar como procesar vivencias patógenas (1890-1900).- En sus primeros artículos de fines del siglo XIX, Freud entendía elaboración como el acto de rescatar el recuerdo y la vivencia patógena de los hechos traumáticos a través de las defensas, y luego hacer ingresar el recuerdo patógeno viviéndolo y abreaccionándolo, en la gran cadena de asociaciones. Freud marca, ya a esta altura de su pensamiento, dos diferencias claves entre las neurosis actuales (neurosis de angustia y neurastenia) y las psiconeurosis (histeria, fobias, obsesiones, etc). En primer

lugar el momento del conflicto sexual: actual o infantil. En segundo lugar, en las neurosis actuales no hay elaboración psíquica y en las psiconeurosis sí la hay.

Así lo expresa cuando señala que “dentro de los límites de esta descripción del proceso sexual podemos integrar la etiología, tanto de la neurastenia auténtica como de la neurosis de angustia. La neurastenia surge siempre que la descarga adecuada -el acto adecuado- es sustituida por otra menos adecuada, esto es, siempre que el coito normal en condiciones favorables queda sustituido por la masturbación o la polución espontánea. A la neurosis de angustia llevan todos aquellos factores que impiden la elaboración psíquica de la excitación sexual somática” (Freud, 1894a).

Existen ciertos párrafos freudianos donde parece indicarse que en las psiconeurosis, y específicamente en la histeria, no hay elaboración psíquica. Por ejemplo, cuando indica

“Ciertos caracteres nos permiten considerar la neurosis de angustia como la contrapartida somática de la histeria. Tanto en una como en otra se trata de una acumulación de la excitación, paridad en la que se basa quizá la analogía antes descrita de los síntomas. En ambas se da también una insuficiencia psíquica, a consecuencia de la cual surgen procesos somáticos anormales. Por último, también en las dos surge, en lugar de una elaboración psíquica, una desviación de la excitación hacia lo somático, con la única diferencia de que la excitación en cuya desviación se manifiesta la neurosis es en la neurosis de angustia puramente somática (la excitación sexual somática) y en la histeria psíquica (provocada por un conflicto). No podemos, pues, extrañar que la histeria y la neurosis de angustia se combinen regularmente entre sí, como sucede en la «angustia virginal» o en la «histeria sexual», ni que la histeria tome de la neurosis de angustia toda una serie de síntomas” (Freud, 1894a).

Freud agrega sin embargo que en las psiconeurosis (como la histeria) la elaboración psíquica existe siempre, sólo que puede consistir en un proceso patológico o también en un proceso curativo. Habría una elaboración en el proceso patógeno (patogenia) y otro ulterior en la etapa de la curación.

En los siguientes párrafos se aprecian sus afirmaciones de la elaboración como proceso patógeno en la histeria:

1) Los dolores de Emma de N, señala Freud por ejemplo “pudieron tener alguna vez, primitivamente, una justificación orgánica, pero después fueron objeto de una elaboración que los adaptó a los fines de la neurosis” (Freud, 1895a, pág 81).

2) “Otra peculiaridad del caso de Catalina, peculiaridad que, por otra parte, ya nos era conocida, es que la conversión, o sea, la creación de los fenómenos histéricos, no se desarrolla inmediatamente después del trauma, sino después de un intervalo de incubación. Charcot daba a este intervalo el nombre de «época de elaboración psíquica»” (Freud, 1895c, pág 107).

En los siguientes párrafos se aprecian sus afirmaciones de la elaboración como proceso curativo en la histeria:

1) “Consideramos los síntomas histéricos como efectos y restos de excitaciones que han actuado en calidad de traumas sobre el sistema nervioso. Cuando la excitación primitiva queda derivada por reacción o mediante una elaboración intelectual, no subsisten tales restos” (Freud, 1895a).

2) “La elaboración asociativa fracasa porque entre el estado normal de la consciencia y el estado patológico en el que surgieron tales representaciones no existe una amplia conexión asociativa” (Freud, 1893).

3) En el caso de Catalina, “la causa del aislamiento no es, como en el caso de miss Lucy, la voluntad del yo, sino su ignorancia, que le impide toda elaboración de las experiencias sexuales. En el análisis de toda histeria basada en traumas histéricos comprobamos que impresiones de la época presexual, cuyo efecto sobre la niña ha sido nulo, adquieren más tarde, como recuerdos, poder traumático, cuando la sujeto, adolescente o ya mujer, llega a la comprensión de la vida sexual. La disociación de grupos psíquicos es, por decirlo así, un proceso normal en el desarrollo de los adolescentes, y no puede parecer extraño que su ulterior incorporación al yo constituya una ocasión, frecuentemente aprovechada, de perturbaciones psíquicas” (Freud, 1895c, pág 107).

4) “En los casos de adquisición de la histeria es indispensable la existencia de una previa condición: la de que una representación sea expulsada voluntariamente de la consciencia (reprimida) y excluida de la elaboración asociativa” (Freud, 1895b, pág 95).

5) “La compulsión histérica es: 1) incomprensible; 2) refractaria a toda elaboración intelectual; 3) incongruente en su estructura” (Freud, 1895d, pág 248).

Puede concluirse que Freud, en sus primeros escritos, describe la elaboración como un trabajo psíquico que acaece en la histeria, y que en un primer momento es capaz de generar la enfermedad, el núcleo patógeno, y luego, capaz de curarlo cuando una nueva elaboración desmonte las conexiones asociativas falsas o patógenas.

En efecto, Freud hace referencia al mecanismo histérico señalando que “constituido tal nódulo de una disociación histérica en un «momento traumático», crece luego en otros momentos, a los que podemos llamar «momentos traumáticos auxiliares», en cuanto una nueva impresión de igual género consigue traspasar las barreras alzadas por la voluntad, aportar nuevo afecto a la representación debilitada e imponer por algún tiempo el enlace asociativo de ambos grupos psíquicos hasta que una nueva conversión restablece la defensa. La distribución del estímulo que así se establece en la histeria resulta

casi siempre harto inestable. La excitación, impulsada por un falso camino (por el de la inervación somática), retrocede entre tanto hasta la representación, de la que fue separada, y fuerza entonces al sujeto a su elaboración asociativa o a su descarga en ataques histéricos, como lo prueba la conocida antítesis, formada por los ataques y los síntomas permanentes. El efecto del método catártico de Breuer consiste en crear un retroceso de la excitación desde lo físico a lo psíquico y conseguir luego solucionar la contradicción por medio del trabajo mental del sujeto y descargar la excitación por medio de la comunicación oral" (Freud, 1894b).

2. Elaborar como procesar ideas latentes en el sueño (1900).- De la elaboración del conflicto patógeno se trasladará Freud a conceptualizar la elaboración onírica, que es también un trabajo realizado por el aparato psíquico destinado a disfrazar las ideas latentes de manera tal que sean aceptables para la conciencia y poder realizarse alucinatoriamente el deseo.

Así expresa Freud:

1) "Si, como la interpretación onírica lo demuestra, nos presenta el sueño un deseo cumplido, ¿de dónde procede la forma singular y desorientadora en la que tal realización de deseos queda expresada? ¿Qué transformación han sufrido las ideas oníricas hasta constituir el sueño manifiesto, tal y como al despertar lo recordamos? ¿En qué forma y por qué caminos se ha llevado a cabo esta transformación? ¿De dónde procede el material cuya elaboración ha dado cuerpo al sueño? ¿Cuál es el origen de alguna de las peculiaridades que hemos podido observar en las ideas oníricas; por ejemplo, la de que pueden contradecirse unas a otras?" (Freud, 1900).

2) "Los estímulos sobrevenidos durante el reposo son objeto de una elaboración que los convierte en una realización de deseos, cuyos restantes elementos se hallan constituidos por los restos diurnos psíquicos que ya conocemos. Esta unión no es, desde luego, obligada, pues ya hemos visto que podemos reaccionar de varios modos a los estímulos sobrevenidos durante el reposo; pero en aquellos casos en que se lleva a efecto conseguimos hallar un material que constituye en el contenido del sueño una representación de las dos clases de fuentes oníricas, las somáticas y las psíquicas" (Freud, 1900).

También Freud explica cómo ha pensado este concepto de elaboración para el sueño, como lo define, y qué función le asigna:

"De la comparación del contenido manifiesto del sueño con las ideas latentes descubiertas por medio de análisis surge el concepto de la «elaboración del sueño», nombre con el que designamos el conjunto de procesos de transformación que han convertido las ideas latentes en el contenido manifiesto. Producto de esta elaboración son aquellas singularidades del fenómeno onírico que tan extrañas parecen a nuestro pensamiento despierto. La función de la elaboración onírica puede ser descrita en la siguiente forma: un complicado conjunto de ideas construido durante el día y que no ha llegado a resolverse -un resto diurno- conserva todavía durante la noche su correspondiente acervo de energía -el interés- y amenaza con perturbar el reposo nocturno. Para evitarlo, se apodera entonces de él la elaboración y lo transforma en un sueño, fenómeno alucinatorio inofensivo para el reposo" (Freud, 1900).

En la elaboración onírica, Freud distingue tres etapas: "en primer lugar, el paso de los restos diurnos preconcientes a lo inconsciente, paso al que tendrán que coadyuvar las condiciones del reposo nocturno; en segundo, la elaboración del sueño propiamente dicha, en el inconsciente, y, por último, la regresión del material onírico así elaborado a la percepción en la que el sueño se hace consciente" (Freud, 1900).

Más tarde, en 1913, agregará que "el psicoanalista sólo puede definir el sueño como un resultado de la elaboración onírica; no puede adjudicar las ideas oníricas latentes al sueño, sino a la ideación preconciente, por más que sólo haya llegado a averiguarlas mediante la interpretación del sueño" (Freud, 1913).

El trabajo de elaboración supone ciertas operaciones concretas para disfrazar las ideas latentes, entre las cuales se destacan el desplazamiento y la condensación:

1) "A la elaboración del sueño corresponde, sobre todo, la misión de vencer la coerción de la censura, y precisamente esta misión es la que es llevada a cabo por el desplazamiento de la energía psíquica dentro del material de las ideas latentes" (Freud, 1900).

2) "Contra el aserto de que la desproporción entre contenido manifiesto e ideas latentes nos fuerza a deducir que en la elaboración onírica ha tenido efecto una amplia condensación del material psíquico, podría elevarse una objeción, a primera vista muy plausible" (Freud, 1900).

Poco a poco Freud va extendiendo la elaboración a las diversas formaciones del inconsciente: el chiste por ejemplo es también producto de una elaboración, como lo es el síntoma histérico o el sueño:

"En la primera persona del chiste se verifica el trabajo de elaboración del mismo, que necesariamente ha de exigir una cierta magnitud de nuevo gasto psíquico. La primera persona hace, pues, surgir por sí misma la energía que remueve la retención, de lo cual extrae, sin duda, un placer, que en el caso del chiste tendencioso llega a ser muy considerable, dado que el placer preliminar, conquistado por la elaboración del chiste, toma a su cargo la restante remoción de la retención. Pero la cuantía del gasto producido por la elaboración del chiste aminora, como un sustraendo, la ganancia conseguida por dicha remoción. Este gasto es el mismo que tiene lugar en el oyente del chiste. Para apoyar todas estas afirmaciones podemos aducir aún que el chiste pierde también en la tercera persona su efecto hilarante en el momento en que necesita un gasto de trabajo intelectual" (Freud, 1905).

Freud hace un ejemplo una comparación entre la elaboración onírica y la elaboración en el chiste: "hemos descubierto que la génesis del chiste es un proceso en el que una serie de ideas preconscientes queda abandonada a la elaboración inconsciente, de la cual surge después en calidad de chiste. Bajo la influencia de lo inconsciente sufre dicha serie de ideas la acción de los mecanismos peculiares de lo inconsciente; esto es, de la condensación y del desplazamiento, procesos cuya actuación hemos comprobado también en la elaboración onírica. A este hecho es al que debemos atribuir exclusivamente la semejanza que en algunos casos encontramos entre el chiste y el sueño. Pero el «chiste onírico» constituye un fenómeno intencionado que, por razones que un detenido estudio del chiste nos ha revelado, no nos proporciona aquella aportación de placer inherente al chiste real. El «chiste onírico» nos parece «malo» y no nos mueve a risa" (Freud, 1915a).

La elaboración secundaria: Una vez que el trabajo de la elaboración onírica ha producido un sueño, el aparato psíquico continúa luego este trabajo a través de la elaboración secundaria. Señala Freud al respecto: "aquello que la elaboración onírica ha hecho de las ideas latentes ha pasado por un nuevo proceso -el llamado elaboración secundaria-, dirigido a desterrar la incoherencia resultante de la elaboración onírica y sustituirla por un nuevo sentido. Este nuevo sentido, establecido por la elaboración secundaria, no es ya el sentido de las ideas latentes" (Freud, 1912).

Así entonces, "la elaboración secundaria es el mecanismo a través del cual las características absurdas, ilógicas y extrañas del sueño (los efectos distorsionantes del simbolismo, desplazamiento y condensación) adquieren la coherencia y racionalidad retenidas por el soñador. La elaboración secundaria utiliza procesos intelectuales parecidos a los procesos de pensamiento que dirigen los estados de la conciencia" (Kaplan y Sadock, 1992:79). O bien, en los términos de Laplanche, la elaboración secundaria es la "recomposición del sueño destinada a presentarlo en forma de un guión relativamente coherente y comprensible" (Laplanche, 1977: 107), y "representa la contribución de los procesos secundarios al texto de un sueño" (Rycroft, 1976:40).

Freud detalla el proceso de la elaboración secundaria en los siguientes términos:

"La identificación de esta función psíquica, que lleva a cabo lo que denominamos elaboración secundaria del contenido manifiesto con la labor de nuestro pensamiento despierto, resulta del siguiente proceso reflexivo: nuestro pensamiento despierto (preconsciente) se conduce, ante cualquier material de percepción, del mismo modo que la función de que ahora tratamos con respecto al contenido manifiesto. Es inherente a su naturaleza ordenar dicho material, establecer relaciones e incluirlo en un contexto inteligible. En esta labor solemos incluso ir más allá de lo debido. Así, los trucos del prestidigitador nos engañan porque se apoyan en esta nuestra costumbre intelectual. Nuestra tendencia a reunir inteligiblemente las impresiones sensoriales dadas nos hace caer con frecuencia en singularísimos errores y hasta falsear la verdad del material que a nuestra percepción se ofrece. Los ejemplos que demuestran este estado de cosas son demasiado conocidos para que hayamos de reproducirlos aquí nuevamente. En la lectura dejamos pasar inadvertidas erratas que alteran el sentido y leemos como si éste no apareciese modificado" (Freud, 1900).

En artículos posteriores, Freud retoma la idea de elaboración secundaria aunque sin agregar modificaciones sustanciales:

1) "La elaboración secundaria por la instancia consciente es incluida en la elaboración onírica, pero esta concepción no precisa ser alterada si se la aísla, debiendo expresarse entonces que el sueño, en el sentido psicoanalítico, comprende la elaboración onírica propiamente dicha y la elaboración secundaria de su producto" (Freud, 1913).

2) "La elaboración secundaria, se desarrolla una vez que el sueño ha aparecido como objeto de la percepción ante la consciencia. Lo tratamos entonces como en general acostumbramos tratar los contenidos de la percepción; esto es, procuramos llenar lagunas y establecer encadenamientos, exponiéndonos en ello con frecuencia a graves equivocaciones. Pero esta actividad de carácter racionalizador, que en el mejor caso provee al sueño de una fachada irreproachable a la vista, pero que no puede convenir a su verdadero contenido, puede también ser omitida o manifestarse tan sólo en modestísima medida, en cuyo caso el sueño muestra abiertamente todas sus grietas y resquebrajaduras" (Freud, 1932).

A partir de lo dicho, Freud distinguirá una elaboración onírica y luego una elaboración secundaria del sueño. Algunos autores Laplanche proponen llamar a la primera elaboración primaria, para distinguirla de la elaboración secundaria en los siguientes términos:

Respecto de las diferencias entre los primeros mecanismos (condensación, desplazamiento, etc) y el último mecanismo (la elaboración secundaria), Laplanche señala que los primeros ocurren mientras la persona está dormida y soñando, y constituyen un proceso primario, mientras que el segundo ocurre cuando la persona ya se despertó y relata su sueño, siendo este relato dirigido por un proceso secundario. En función de estas diferencias, proponemos denominar a los primeros mecanismos de 'elaboración primaria', para distinguirlos de los segundos, ya calificados como mecanismos de 'elaboración secundaria' por la teoría clásica.

El relato manifiesto del sueño es breve en comparación con su contenido latente. Esto se debe al trabajo previo de la condensación. "Sin embargo, la condensación no debe considerarse sinónimo de resumen:

así como cada elemento manifiesto viene determinado por varias significaciones latentes, también sucede a la inversa, es decir, que cada una de éstas puede encontrarse en varios elementos; por otra parte, el elemento manifiesto no representa bajo una misma relación cada una de las significaciones de que deriva, de forma que no las engloba como lo haría un concepto" (Laplanche y Pontalis, 1981:76).

En suma:

La elaboración secundaria "es una forma de reacción del sistema percepción consciencia (PCe) perteneciente al yo, ante todas las imperfecciones, incongruencias, errores, etcétera, de las percepciones y hasta de las mismas actividades de pensamiento. Tiende a rellenar, a tapar, no percibir las imperfecciones, y a darle una forma coherente y lógica adecuada al proceso secundario. En La interpretación de los sueños (1900), Freud considera que la elaboración secundaria es el cuarto factor del trabajo del sueño junto con el trabajo de condensación, el sometimiento a una censura del sueño y el miramiento por la figurabilidad. Sin embargo, en otros artículos como Psicoanálisis (1922-23) y Un sueño como pieza probatoria (1913) dice que estrictamente no pertenece al trabajo del sueño, sino que es el trabajo del yo ante la alucinación del sueño, por lo tanto una percepción a la que se le da creencia y a la que se le trata de entender desde el mismo momento de la percepción y más aún, en el momento de ser contado el contenido manifiesto. El efecto logrado es el contrario al aparentemente buscado por el yo consciente, pues con la elaboración secundaria el sueño se hace más coherente formalmente pero menos entendible en lo que hace a su lógica. Ello sirve a los fines de la censura, pues oculta el deseo reprimido. A la elaboración secundaria recurren también los síntomas* neuróticos, especialmente los de la fobia y la neurosis obsesiva, en las que se confunde con la racionalización. Es también parte importantísima de la elaboración del delirio* paranoico" (Valls, 2001).

3. *Elaborar como reelaborar durante la transferencia (1900-1917).*- Freud hará referencia al trabajo de reelaboración que tiene lugar en la transferencia, que aprovecha la compulsión a la repetición para generar una 'neurosis transferencial' que se manifiesta en el aquí y ahora con el analista. La reelaboración reemplaza a la abreacción. En un primer momento, a través del repetir, del resistir de la defensa y desafiándola aparece lo pulsional resistido (insight), y en un segundo momento a través del repetir y del reelaborar, las pulsiones resistidas pasan a formar parte del yo, conformando hábitos o aspectos del carácter.

Un párrafo de "Introducción al narcisismo" es sugerente al respecto, porque indica que el proceso de elaboración supone derivar las excitaciones hacia otras representaciones en lugar de ser descargadas por abreacción, y porque el proceso, al volcarse sobre objetos imaginarios (el analista como representante de los padres) hace posible la elaboración a través de la transferencia:

"A nuestro aparato psíquico lo hemos reconocido como una instancia a la que le está encomendado el vencimiento de aquellas excitaciones que habrían de engendrar displacer o actuar de un modo patógeno. La elaboración psíquica desarrolla extraordinarios rendimientos en cuanto a la derivación interna de excitaciones no susceptibles de una inmediata descarga exterior o cuya descarga exterior inmediata no resulta deseable. Mas para esta elaboración interna es indiferente, en un principio, actuar sobre objetos reales o imaginarios. La diferencia surge después, cuando la orientación de la libido hacia los objetos irreales (introversión) llega a provocar un estancamiento de la libido. La megalomanía permite en las parafrenias una análoga elaboración interna de la libido retraída al yo, y quizá sólo cuando esta elaboración fracasa es cuando se hace patógeno el estancamiento de la libido en el yo y provoca el proceso de curación que se nos impone como enfermedad" (Freud, 1914a).

Incidentalmente, cabe aclarar que Freud se refiere en el párrafo anterior a dos mecanismos de movilización de la libido desde los objetos exteriores: hacia fantasías u objetos imaginarios (introversión) y hacia el propio yo (retracción), mecanismos ambos mencionados en "Introducción al narcisismo" (Freud, 1914a). La transferencia sólo es posible en el primer caso, y, por lo tanto, la elaboración también. Consiguientemente, son tratables con análisis las neurosis, más no las psicosis.

El proceso de elaboración es entonces descrito así:

1) "El médico se dispondrá, pues, a iniciar con el paciente una continua lucha por mantener en el terreno psíquico todos los impulsos que aquél quisiera derivar hacia la motilidad, y considera como un gran triunfo de la cura conseguir derivar por medio del recuerdo algo que el sujeto tendía a derivar por medio de un acto. La mejor manera de proteger al enfermo de los daños que puede acarrearle la ejecución de sus impulsos es comprometerle a no adoptar durante el curso del tratamiento ninguna resolución importante (elegir carrera o mujer, por ejemplo) y a esperar para ello el momento de la curación" (Freud, 1914b).

2) "Al mismo tiempo, respetamos la libertad personal del paciente en cuanto sea compatible con estas precauciones; no le impedimos la ejecución de propósitos poco trascendentales. Hay también casos en los que nos es imposible disuadir al sujeto de acometer una empresa totalmente inadecuada a sus circunstancias y que sólo mucho después van madurando y haciéndose asequibles a la elaboración analítica. En ocasiones, sucede también que no nos da tiempo de imponer a los instintos impetuosos el freno de la transferencia o que el paciente rompe, en un acto de repetición, los lazos que le ligaban al tratamiento" (Freud, 1914b).

Por ejemplo, en "Recuerdo, repetición y elaboración" Freud sostiene que en las diversas formas de las neurosis obsesivas, el olvido se limita a destruir conexiones, suprimir relaciones causales y aislar recuerdos enlazados entre sí. Por lo general, resulta imposible despertar el recuerdo de una clase especial de sucesos muy importantes correspondientes a épocas muy tempranas de la infancia y vividos entonces sin comprenderlos, pero perfectamente interpretados y comprendidos luego por el sujeto. Su conocimiento nos es procurado por los sueños. Con la nueva técnica, el curso del análisis se hace mucho más complicado y trabajoso; el analizado no recuerda nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo vive de nuevo. No lo reproduce como recuerdo, sino como acto; lo repite sin saber, naturalmente, que lo repite (Freud, 1914b).

El vencimiento de las resistencias se inicia revelando el médico al analizado la existencia y condición de las mismas, ignorada siempre por el sujeto. La revelación de la resistencia no puede tener por consecuencia inmediata su desaparición. Ha de dejarse tiempo al enfermo para ahondar en la resistencia, hasta entonces desconocida para él, elaborarla y dominarla, continuando, a su pesar, el tratamiento conforme a la regla analítica fundamental. Sólo al culminar esta labor llegamos a descubrir, en colaboración con el analizado, los impulsos instintivos reprimidos que alimentaban la resistencia. En todo esto, el médico no tiene que hacer más que esperar y dejar desarrollarse un proceso que no puede ser eludido ni tampoco siempre apresurado. En la práctica esta elaboración de las resistencias puede constituir una penosa labor para el analizado y una dura prueba para la paciencia del médico. Pero también constituye parte de la labor que ejerce sobre el paciente mayor acción modificadora y la que diferencia al tratamiento analítico de todo influjo por sugestión (Freud, 1914b).

En síntesis: durante el análisis el paciente no puede recordar, y entonces manifiesta su resistencia repitiendo a través del acto (transferencia). A partir de aquí, la interpretación transferencial ofrecida por el analista será un disparador del proceso de elaboración del paciente, no sólo del núcleo patógeno de su neurosis, sino también de las resistencias que le impiden alcanzarlo.

Hay entonces una elaboración transferencial que permite la instalación de esa neurosis artificial en la sesión llamada neurosis de transferencia, pero dicha elaboración deberá ser reelaborada para obtener la curación. Cabe entender la idea de 'reelaboración' como elaborar de nuevo algo que había sido elaborado patológicamente.

4. *Elaborar como tarea al servicio de las pulsiones de vida (1917-1938).*- El concepto de reelaboración se enriquecerá a partir de la teoría de las pulsiones de vida y muerte y de la segunda tópica freudiana. El concepto de reelaboración quedará así ligado al vencimiento de las resistencias del Ello, o sea de la atracción ejercida por lo reprimido originariamente. La reelaboración vuelve a aparecer como un trabajo psíquico que está al servicio de la cura. A través de la misma, guiada por el instinto de vida, el paciente será orientado hacia lo reprimido y lo resistido, trabajosa tarea que permitirá resignificar algo en el Yo y al mismo tiempo dar nacimiento a lo nuevo que emerge del Ello.

Cabe indicar el diferente abordaje que hacía Freud de la elaboración desde la primera tópica, cuando señalaba: "Bajo el dominio del sistema inconsciente, los materiales preconcientes sufren una elaboración constituida por una condensación y un desplazamiento, elaboración que no suele observarse sino excepcionalmente en la vida psíquica normal, o sea en el sistema preconciente. Estas diferencias en el funcionamiento de los dos sistemas fue lo que nos sirvió para caracterizarlos, considerando únicamente como un indicio de la pertenencia de un proceso a uno u otro de ellos su relación con la consciencia, la cual no es sino una prolongación de lo preconciente. Ahora bien: el sueño no es ya un fenómeno patológico y se realiza en todo hombre normal dentro de las condiciones que caracterizan al estado de reposo. Nuestra hipótesis sobre la estructura del aparato psíquico, hipótesis que engloba en la misma explicación la formación del sueño y la de los síntomas neuróticos, puede extenderse, según todas las probabilidades, a la vida psíquica normal. Es esto todo lo que por el momento puedo decir sobre la represión" (Freud, 1915b).

En cambio, desde la segunda tópica, la elaboración es conceptualizada en el marco de las relaciones entre el Yo y el Ello, y desde la segunda teoría pulsional, como un trabajo del Yo motorizado por las pulsiones de vida destinado a vencer las resistencias del Ello como expresión de las pulsiones de muerte. También menciona Freud las resistencias del Super-yo como igualmente importantes:

"A todas aquellas fuerzas que se oponen a nuestra labor terapéutica les damos el nombre común de «resistencias» del enfermo. La «ventaja de la enfermedad» es la fuente de una de tales resistencias, y el «sentimiento de culpabilidad» inconsciente representa la resistencia del super-yo, siendo el factor más poderoso y el más temido por nosotros. En el transcurso de la cura tropezamos aún con otras distintas resistencias. Así, cuando en su temprana época de debilidad ha llevado a cabo el yo, impulsado por un medio incoercible, una represión, tal miedo sigue subsistiendo y se exterioriza en forma de resistencia al tratar de aproximar el yo a lo reprimido" (Freud, 1926c).

"Por último, es natural que surjan dificultades cuando se intenta desviar hacia el nuevo camino abierto por el análisis un proceso instintivo que durante decenios enteros ha seguido una determinada ruta. Esta última resistencia es la resistencia del ello. El combate contra todas estas resistencias constituye nuestra labor capital durante la cura analítica y excede mucho en importancia a la labor de interpretación" (Freud, 1926c).

El mecanismo íntimo es descrito por Freud como sigue:

1) "Es innegable que la abstinencia sexual, la perturbación del curso de la excitación sexual y la desviación de esta última de su elaboración psíquica dan origen a la génesis directa de angustia por transformación de la libido; esto es, a la constitución de aquel estado de desamparo del yo contra una extraordinaria tensión de la necesidad, como ocurrió en la situación del parto, que se resuelve en angustia. Siendo muy posible que precisamente el exceso de libido inempleada halle su descarga en el desarrollo de angustia. Sobre la base de estas neurosis actuales se desarrollan con especial facilidad psiconeurosis. Lo cual quiere decir que el yo intenta evitar la angustia, que ha aprendido a mantener suspendida durante algún tiempo y ligada por medio de la formación de síntomas. El análisis de las neurosis traumáticas de guerra, nombre que abarca, por cierto, afecciones muy diversas, hubiera quizá revelado que muchas de ellas participan de los caracteres de las neurosis actuales" (Freud, 1926a).

2) "El Yo utiliza una carga de experimentación y despierta con la señal de angustia el automatismo del placer-displacer. Entonces son posibles varias reacciones o una mezcla de las mismas en proporciones variables. O bien el acceso de angustia se desarrolla plenamente y el yo se retira por completo de la excitación rechazable o bien opone a ella, en lugar de la carga de experimentación, una carga contraria, la cual afluye con la energía del impulso reprimido para la producción de síntomas o es incorporada al yo como producto reactivo, como intensificación de determinadas disposiciones del yo o como modificación permanente del mismo. Cuanto más reducido puede ser el desarrollo de angustia a una mera señal, tanto más emplea el yo las reacciones de defensa que llegan a la ligazón psíquica de lo reprimido, y tanto más se acerca también el proceso a una elaboración normal, aunque, desde luego, sin alcanzarla" (Freud, 1932).

La angustia a la cual se refiere Freud, y que debe ser elaborada es la angustia de castración, no la angustia de muerte, pues ésta no tiene representación. Refiere Valls: "No hay representación-cosa inconsciente de la muerte propia, pues no pudo haber vivencia de ella. Las representaciones surgen de las vivencias, son huellas de éstas en última instancia. Para tener una noción de la muerte propia e incluso de la ajena, hay que poseer representación-palabra que permita pensarlas preconciencia o conscientemente. A partir de ahí, entonces, se vinculan la muerte ajena con la propia, pero apenas si se tienen teorías, fantasías y representaciones exteriores básicamente creadas merced a las palabras hablando de la muerte y no una representación cabal o vívida de lo que es. Por lo tanto, la angustia de muerte resulta una elaboración preconciencia de la angustia. La angustia señal se produce ante el peligro. El peligro real durante el complejo de Edipo es la castración; antes lo había sido la pérdida del objeto, y después el castigo del superyó, todos a su vez niveles de mediación ante la indefensión o desvalimiento* frente a la cantidad de excitación* o tensión de necesidad, cuyo prototipo es el trauma del nacimiento" (Valls, 2001).

Conclusión.- Freud utiliza el concepto de elaboración psíquica relacionado con la idea de un trabajo que realiza el aparato psíquico en un sentido amplio, y en un sentido restringido también puede referirse a diferentes tipos de trabajo intrapsíquico como el sueño (elaboración onírica), el duelo, etc, a las diferentes maneras en que puede llevarse a cabo la elaboración desde la primera tópica freudiana como la elaboración inconsciente y la elaboración consciente, etc.

En un comienzo (1890-1900), Freud entendía elaboración como el acto de rescatar el recuerdo y la vivencia patógena de los hechos traumáticos a través de las defensas, y luego hacer ingresar el recuerdo patógeno vivenciándolo y abreaccionándolo, en la gran cadena de asociaciones. Asimismo, en La interpretación de los sueños (1900) desarrolla extensamente el concepto de elaboración onírica, o trabajo que realiza el aparato psíquico durante el sueño para transformar las ideas latentes en manifiestas, en el contexto de la primera tópica freudiana.

Más tarde (1900-1917) Freud hará referencia al trabajo de reelaboración que tiene lugar en la transferencia, que aprovecha la compulsión a la repetición pero no como una enfermedad histórica de la infancia sino como una enfermedad ('neurosis transferencial') que se manifiesta en el aquí y ahora con el analista. La reelaboración reemplaza a la abreacción. En un primer momento, a través del repetir, del resistir de la defensa y desafiándola aparece lo pulsional resistido (insight), y en un segundo momento a través del repetir y del reelaborar, las pulsiones resistidas pasan a formar parte del yo, conformando hábitos o aspectos del carácter.

Finalmente (1917-1938) el concepto de reelaboración se enriquecerá a partir de la teoría de las pulsiones de vida y muerte y de la segunda tópica freudiana. El concepto de reelaboración quedará así ligado al vencimiento de las resistencias del Ello, o sea de la atracción ejercida por lo reprimido originariamente. Aquí la reelaboración es un trabajo psíquico que está al servicio de la cura analítica. A través de dicha reelaboración, orientada por el instinto de vida, el paciente será guiado hacia el encuentro de lo reprimido y lo resistido, trabajosa tarea que permitirá resignificar algo en el Yo y al mismo tiempo dar nacimiento a lo nuevo que emerge del Ello.

Pablo Cazau

Referencias bibliográficas

Augé y otros (1961) NUEVO PEQUEÑO LARROUSSE ILUSTRADO. París: Larrousse.

Freud S (1893) EL MECANISMO PSÍQUICO DE LOS FENÓMENOS HISTÉRICOS (COMUNICACIÓN PRELIMINAR) (Breuer y Freud).

Freud S (1894a) SOBRE LA JUSTIFICACIÓN DE SEPARAR DE LA NEURASTENIA CIERTO COMPLEJO DE SÍNTOMAS A TÍTULO DE «NEUROSIS DE ANGUSTIA»

Freud S (1894b) LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA. ENSAYO DE UNA TEORÍA PSICOLÓGICA DE LA HISTERIA ADQUIRIDA, DE MUCHAS FOBIAS Y REPRESENTACIONES OBSESIVAS Y DE CIERTAS PSICOSIS ALUCINATORIAS

Freud S (1895a) HISTORIALES CLÍNICOS. LA SEÑORA EMMY DE N.

Freud S (1895b) HISTORIALES CLÍNICOS. MISS LUCY R.

Freud S (1895c) HISTORIALES CLÍNICOS. CATALINA

Freud S (1895d) PROYECTO DE UNA PSICOLOGÍA PARA NEURÓLOGOS

Freud S (1900) LA INTERPRETACION DE LOS SUEÑOS

Freud S (1905) EL CHISTE Y SU RELACIÓN CON LO INCONSCIENTE

Freud S (1912) TOTEM Y TABÚ

Freud S (1913) UN SUEÑO COMO TESTIMONIO

Freud S (1914a) INTRODUCCIÓN AL NARCISISMO

Freud S (1914b) RECUERDO, REPETICIÓN Y ELABORACIÓN

Freud S (1915a) LECCIÓN XV. INCERTIDUMBRES Y CRÍTICAS

Freud S (1915b) LECCIÓN XIX. RESISTENCIA Y REPRESIÓN

Freud S (1920) MÁS ALLA DEL PRINCIPIO DE PLACER

Freud S (1926a) INHIBICIÓN, SÍNTOMA Y ANGUSTIA

Freud S (1926b) PSICOANÁLISIS: ESCUELA FREUDIANA

Freud S (1926c) ANÁLISIS PROFANO (PSICOANÁLISIS Y MEDICINA). CONVERSACIONES CON UNA PERSONA IMPARCIAL

Freud S (1927) EL PORVENIR DE UNA ILUSIÓN

Freud S (1932) CLXVII NUEVAS LECCIONES INTRODUCTORIAS AL PSICOANÁLISIS

Freud S (1938) COMPENDIO DE PSICOANÁLISIS

Kaplan H y Sadock B (1992) COMPENDIO DE PSIQUIATRÍA. México: Salvat, 2º edición.

Laplanche J y Pontalis (1981) DICCIONARIO DE PSICOANÁLISIS. Barcelona: Labor, 3º edición.

Rycroft Ch (1976) DICCIONARIO DE PSICOANÁLISIS. Buenos Aires: Paidós.

Székely B (2000) DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Valls José Luis (2001) DICCIONARIO FREUDIANO.

Nota: Los textos de Freud fueron citados de la edición de Biblioteca Nueva (3 tomos), 1981, Cuarta edición.

Elaboración secundaria.- “La elaboración secundaria es el mecanismo a través del cual las características absurdas, ilógicas y extrañas del sueño (los efectos distorsionantes del simbolismo, desplazamiento y condensación) adquieren la coherencia y racionalidad retenidas por el soñador. La elaboración secundaria utiliza procesos intelectuales parecidos a los procesos de pensamiento que dirigen los estados de la conciencia” (página 79).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat. 2ª edición.

ELACIÓN

Definición.- Designa la sensación de euforia que ocurre típicamente después de obtener un triunfo. Desde el punto de vista psiquiátrico, designa la emoción que acompaña a la manía.

Definición.- 1. Conducta que denuncia alegría pronunciada, particularmente cuando esta alegría no coincide con las circunstancias. 2. Alegría motivada por el giro favorable de los acontecimientos o el logro de una meta.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

EMBARAZO

Embarazo y trastorno de angustia.- Antecedentes: Los estudios anteriores sobre la influencia del embarazo en el periodo postparto en el curso del trastorno de angustia (panic disorder) no han sido coherentes. El presente estudio pretende cuantificar las manifestaciones de angustia en estos periodos en una muestra grande de mujeres. Método: Se evaluó retrospectivamente las manifestaciones de angustia, incluidas las exacerbaciones y las nuevas manifestaciones del trastorno de angustia, en una muestra de 128 mujeres con trastorno de angustia con o sin agorafobia, 93 de las cuales habían tenido 195 embarazos. Resultados: Las manifestaciones de angustia fueron menores en número durante el embarazo y más frecuentes en el periodo postparto cuando se comparaba con el periodo de control. Las mujeres que nunca habían estado embarazadas tenían significativamente más manifestaciones de angustia que las mujeres con embarazos anteriores. La lactancia materna y los abortos espontáneos no tuvieron un efecto significativo. Las mujeres con angustia postparto comunicaron más acontecimientos de estrés psicosocial durante este periodo. Conclusiones: Se analizan las posibles razones para la angustia postparto y los efectos protectores del embarazo, incluidos los factores psicosociales u hormonales y otros cambios neurobiológicos. La angustia postparto coincide con una caída repentina de las hormonas después del parto.

Bandelow B y otros, Trastorno de angustia durante el embarazo y el periodo postparto. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2006 OCT; 21(7).

Embarazo y depresión.- "El riesgo de sufrir una depresión se duplica en las mujeres durante el embarazo, según explicó ayer el psiquiatra Jesús de la Gándara en las jornadas sobre 'Psiquiatría y Mujer' que se celebran en Vitoria. «El parto y el posparto acentúan además ese peligro. Debe tenerse en cuenta que durante la gestación, los estrógenos -hormonas femeninas- aumentan en una proporción de mil por uno; y que en el momento del parto -detalló el especialista- se produce en el interior de la mujer un vacío que genera en el cerebro una sensación de orfandad».

Ambas situaciones, embarazo y expulsión del bebé, desencadenan, según De la Gándara, intensos cambios fisiológicos y psicológicos, que pueden desencadenar episodios de estrés. Las consultas de Psiquiatría son testigo de todo ello. «Suele decirse que engendrar un niño mejora la salud de las mujeres neuróticas y eso es un mito»; y como tal, falso. «Aunque esto se sabe, las decisiones clínicas» en situaciones de riesgo psiquiátrico «siguen tomándose de manera intuitiva y, en general, los ginecólogos tienden a evitar los psicofármacos, sin sopesar que no tratar a una mujer en una situación así puede implicar un peligro mayor», afirmó".

EL CORREO DIGITAL.COM. 2005 MAR

Embarazo y depresión.- El objeto de este estudio es describir el predominio de la sintomatología depresiva durante el embarazo según lo observado en el marco obstétrico, la extensión del tratamiento en este colectivo, y los factores de riesgo específicos que se asocian a los cambios de humor durante el embarazo. Un total de 3472 mujeres embarazadas con edades a partir de los 18 años fueron estudiadas mientras esperaban su consulta prenatal en 10 clínicas obstétricas utilizando un breve cuestionario (10 minutos). Este examen evaluó factores demográficos, el consumo de tabaco y alcohol, así como el grado de depresión mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CEE-D), el uso de tratamientos antidepresivos, historia de depresión, y el tratamiento actual (es decir, fármacos, psicoterapia, o asesoramiento) para la depresión. De la muestra analizada, el 20% (n = 689) obtuvieron marcadores por debajo en la escala de CEE-D, y solamente el 13,8% de esas mujeres manifestaron que recibían tratamiento para la depresión. Un pasado con depresión, una salud más débil, mayor consumo de alcohol, fumar, ser soltera, estar desempleada, y un nivel educativo más bajo se asoció significativamente con los síntomas de la depresión durante embarazo. Estos datos demuestran que un número substancial de mujeres embarazadas tienen síntomas significativos de depresión, y la mayoría de ellas no reciben un tratamiento supervisado durante este período. Ya que la sintomatología depresiva se han asociado a resultados maternos e infantiles adversos, son esenciales estudios adicionales del impacto del tratamiento psiquiátrico en mujeres embarazadas.

Sheila M. Marcus; Heather A. Flynn; Frederic C. Blow; Kristen L. Barry, Sintomatología depresiva en mujeres embarazadas. JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH. 2003; 12(4)

Embarazo y depresión.- Existe evidencia del conflicto, respecto al efecto de la depresión durante el embarazo sobre el peso del bebé al nacer. Utilizamos datos del estudio "Avon Longitudinal Study of Parents and Children" para investigar si los síntomas depresivos durante el embarazo en 10.967 mujeres condujeron a un peso bajo de sus descendientes al dar a luz. Aquellas mujeres con un índice de síntoma depresivo alto durante el embarazo, fueron más propensas a tener bebés con un peso bajo al nacer (95% CI 1.16-2.40, P<0.01), pero este se redujo después de ajustar los factores confusos (OR=1.29, 95% CI 0.87-1.91, P=0.210). Por lo tanto existe poca evidencia de una asociación independiente entre los síntomas depresivos durante el embarazo y el peso del bebé al nacer.

Jonathan Evans, Jon Heron, Roshni R. Patel, Nicola Wiles, Síntomas depresivos durante el embarazo y peso bajo del bebé al nacer: Estudio longitudinal. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 JUL; 191.

Embarazo, deseo sexual y estado de ánimo.- Una investigación española estudió la influencia del periodo de gestación en el estado de ánimo y las relaciones sexuales de las embarazadas, y, como conclusiones, constataron que ni la libido, ni la satisfacción sexual disminuyen durante los nueve meses, aunque sí sufre algunas variaciones el estado de ánimo. Así, por ejemplo en los primeros meses las mujeres estaban más deprimidas y ansiosas que el resto de las embarazadas, lo que puede deberse a que en ese momento el embarazo es apenas perceptible. Respecto del deseo sexual inhibido, no hubo diferencias significativas entre las embarazadas.

Embarazo, deseo sexual y estado de ánimo. Diario La U, Buenos Aires, 13 de marzo de 2003.

Embarazo y trastorno bipolar.- Este estudio averigua las decisiones de la planificación familiar en mujeres con trastorno bipolar después de una consulta psiquiátrica. Los autores examinaron a 116 mujeres con trastorno bipolar según los criterios diagnóstico del DSM- IV después de una consulta especializada sobre las opciones y riesgos del tratamiento en relación con el embarazo.

De 70 encuestadas, al 45% se les había aconsejado evitar el embarazo por parte de un profesional médico antes de la consulta. Después de la consulta, el 63% decidieron intentarlo. De los resultados obtenidos se desprende que las mujeres con trastorno bipolar a menudo encuentran obstáculos por parte de los profesionales médicos en relación con la posibilidad de embarazo. La revisión comprensiva

individualizada de los riesgos y de las ventajas de las opciones de tratamiento durante la consulta especializada previa a la concepción puede apoyar la planificación clínica.

Adele C. Viguera; Lee S. Cohen; Suzanne Bouffard; T. Hatch Whitfield; Ross J. Baldessarini, Decisiones reproductivas en mujeres con trastorno bipolar después de una consulta psiquiátrica previa al embarazo. *American Journal of Psychiatry*. 2002 Dic; 159(12).

Embarazo y estrés.- El proceso biológico natural del embarazo reduce el estrés en la mujer, al desactivar la hormona cortisol, y aumenta la confianza, al liberar oxitocina. Esta transformación se suma a otros cambios hormonales del cerebro de la mujer a partir del 15º día, cuando, implantado en el útero, el embrión se comunica con los tejidos de la madre. Estas explicaciones aparecen en el Informe científico sobre la comunicación materno-filial en el embarazo: células madre y vínculo de apego en el cerebro de la mujer.

Este documento de la Universidad de Navarra es resultado del trabajo de expertos en Biología Molecular, Neurobiología, Neuroimagen, Psiquiatría, Sociología y Comunicación. La dirección ha corrido a cargo de Natalia López Moratalla, catedrática de Bioquímica.

Según una investigación, el embarazo reduce el estrés. *DIARIO DE NOTICIAS*. 2008 MAY.

Embarazo en adolescencia.- El embarazo en la adolescencia es un fenómeno con importantes implicaciones sociales y personales y puede tener consecuencias en la salud de las jóvenes que viven esta experiencia. La presente investigación tuvo por objetivo evaluar los predictores de salud y bienestar de adolescentes embarazadas.

Pacientes y método: El trabajo se desarrolló a partir de un enfoque cuantitativo, con una muestra de 100 adolescentes, entre el tercero y el noveno mes del embarazo, que realizaban consultas prenatales en hospitales de la red pública de Porto Alegre (Brasil). Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario biodemográfico y del Cuestionario General de Salud (GHQ), que se aplicó individualmente, mientras las adolescentes esperaban ser atendidas en la consulta ginecológica.

Resultados: El análisis de los resultados se realizó mediante un análisis descriptivo y análisis de regresión múltiple. Las pruebas indicaron que las adolescentes presentaban una percepción positiva de su salud durante el embarazo y que haber abortado y la edad gestacional fueron significativos predictores de la salud de las embarazadas y algunos de sus factores.

Conclusiones: A partir del estudio, se puede concluir que la percepción de salud de las participantes está más relacionada con los aspectos biológicos del embarazo que con los sociales.

Mariana Calesso Moreira, Mercè Mitjavila García, Jorge Castellá Sarriera, Embarazo en la adolescencia: predictores de salud y bienestar en una muestra brasileña. *PSIQUIATRIA BIOLÓGICA*. 2007 JUL; 14(4).

Embarazo y depresión.- Antecedentes: Este estudio examinó el funcionamiento psicosocial y personal durante el embarazo en mujeres con riesgo para la recurrencia de depresión, basado en el hecho de haber experimentado por lo menos un episodio depresivo mayor (MDE) antes del embarazo.

Métodos: Se compararon a tres grupos de mujeres, que diferían en la recurrencia de la depresión durante el embarazo: (1) mujeres que habían tenido por lo menos un episodio recurrente y cumplían con los criterios diagnósticos para un MDE (n=23), (2) mujeres que habían tenido una recurrencia de niveles significativos clínicos de síntomas depresivos pero que no cumplieron con los criterios para un MDE (n=18), y (3) mujeres que no tenían recurrencia de depresión (n=38) durante el embarazo.

Resultados: Los resultados indicaron que las recurrencias de depresión durante el embarazo están asociadas con una gama de correlatos de funcionamiento psicosocial y personal. Además, los correlatos de depresión durante el embarazo fueron los mismos para las mujeres que cumplieron con los criterios diagnósticos para un MDE y las mujeres que tenían bajos niveles en el umbral de la depresión.

Conclusiones: Los resultados apoyan los modelos extendidos psicosociales de la depresión a la recurrencia de la depresión durante el embarazo con un énfasis en un contexto más amplio dentro del cual se produce la depresión. Los resultados también tienen implicaciones para la comprensión de la depresión subclínica durante el embarazo ya que se asocia con problemas en el funcionamiento, similar en la severidad y amplitud de los episodios de depresión mayor.

Sherry H. Goodman; Erin C. Tully. Recurrencia de la depresión durante el embarazo: Correlatos del funcionamiento psicosocial y personal. *DEPRESSION AND ANXIETY*. 2009 JUN; 26(6):557-567.

EMOCIÓN

Definición.- "Las emociones tienen componentes tanto físicos como mentales. Ellas implican *cognición*, es decir, el darse cuenta de la sensación y usualmente de su causa; *afecto*, la sensación calificada en sí; *activación*, el impulso para entrar en acción; y *cambios físicos* como hipertensión, taquicardia y sudoración" (pág. 207).

Ganong William (1980) Manual de fisiología médica. México: El Manual Moderno. 7ª edición.

Generalidades.- Las emociones son "afectos bruscos y agudos que se desencadenan por una percepción (externa o interna) o representación y tienen abundante correlación somática. Suelen ser poco duraderos [...]. El estímulo puede ser real, imaginario o simbólico, o simplemente desconocido, como ocurre con frecuencia en las crisis de angustia (panic attacks). El miedo, la cólera y la angustia son ejemplos de emociones. Las manifestaciones fisiológicas son variadas: reacciones vasomotoras (rubicundez facial, palidez), intestinales (diarrea), secretoras (sudoración, lagrimeo), renales (poliuria), musculares lisas (espasmos), circulatorias (taquicardia, cambios tensionales) y respiratorias (taquipnea, disnea), descenso de la resistencia eléctrica de la piel (reflejo psicogalvánico), etc."

Vallejo Ruiloba J y otros, "Introducción a la psicopatología y la psiquiatría", Masson, Barcelona, 1999, 4ª edición, pág 224.

Emoción negativa.- Existe una interrelación importante entre el sistema nervioso y el sistema inmunológico. Por ejemplo, las llamadas emociones negativas (ira, etc.) influyen sobre el sistema inmune aumentando la probabilidad de contraer enfermedades. Del mismo modo, la ansiedad desproporcionada y fuera de lugar pueden alterar la función inmunológica aumentando la vulnerabilidad a las infecciones, acelerando el inicio de la diabetes, desencadenando o acentuando un ataque de asma, acelerar metástasis de cáncer y aumentar la formación de placas que conduce a la arterioesclerosis. Los estados de ánimo depresivo influyen también negativamente sobre el curso de las enfermedades físicas. De todo ello se desprende la necesidad de aplicar la inteligencia emocional a los cuidados médicos: la importancia de los sentimientos 'positivos' (por ejemplo el optimismo, el humor) en términos de prevención y curación de enfermedades, y la importancia de tener vínculo afectivos significativos, personas con las cuales poder contar, es decir, personas en las cuales apoyarse: el apoyo emocional tiene un alto poder curativo.

Goleman Daniel, La inteligencia emocional.

Definición y clasificación.- "La emoción es un cambio brusco y más o menos súbito del humor o estado de ánimo. Se clasifican en emociones primarias o simples y emociones secundarias o complejas" (Betta, 1984:201).

1) *Emociones primarias o simples*: "Tienen gran repercusión somática y psíquica; responden al imperativo del instinto. Son tres: miedo, cólera y amor. a) Miedo: Sensación subjetiva de achicamiento o reducción del ámbito personal, que puede llegar a la anulación completa y pérdida del conocimiento (reacción catastrófica). Actitud correspondiente: la huida. b) Cólera: Sensación subjetiva de aumento del ámbito personal. Actitud correspondiente: ataque y destrucción. c) Amor: También llamada emoción sexual. Sensación subjetiva de expansión y proyección hacia el exterior. Reacciones somáticas más atenuadas que en los casos anteriores. Actitud correspondiente: acercamiento al objetivo desencadenante de la emoción" (Betta, 1984:201).

2) *Emociones secundarias o complejas*: "a) Angustia y Ansiedad: Emociones complejas displacenteras. La angustia tiene un contenido somático originado en los temores con respecto a la salud física. La angustia se origina en temores de orden psíquico: preocupaciones morales, económicas, familiares, etc. Ambas presentan un cuadro semiológico: objetivo y subjetivo. Subjetivamente: constricción de garganta y torácica, especialmente precordial. Objetivamente: la angustia culmina generalmente con el llanto y la ansiedad con una descarga motora. b) Pena: Emoción compleja displacentera; congoja, aflicción, tristeza. c) Disgusto: Pena o aflicción con el agregado de algo de enojo, inquietud o fastidio. d) Otras emociones complejas displacenteras son el susto, el horror, la vergüenza y la repugnancia. e) Emociones complejas placenteras: alegría, felicidad, optimismo, satisfacción" (Betta, 1984:201).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Generalidades.- 1. Vivencia y estado mental caracterizado por algún sentimiento intenso y acompañado a menudo por fenómenos motores. 2. Estado integral de la conciencia que incluye un sentimiento distintivo y una tendencia característica hacia una actividad determinada. 3. Actividades de masa o faltas de discriminación provocadas por alguna situación social observada o pensada, esto es, una respuesta integral del organismo en que una parte importante de la vivencia está dada por ciertos elementos viscerales o somáticos. 4. La totalidad de una vivencia que tiene lugar durante un período caracterizado por cambios somáticos marcados o por acontecimientos inesperados y disturbadores. 5. El elemento conciente que acompaña a la actividad de los impulsos instintivos (McDougall). 6. Una disposición innata de alta complejidad, que incluye instintos organizados como dispositivos senso-motores para la ejecución de determinados movimientos somáticos. (Shand). 7. Los elementos afectivos que acompañan la obstrucción de todo comportamiento instintivo. (Drewer). 8. (*Psicoanálisis*) H. McCurdy describe algunas emociones: *Ansiedad*: es un doloroso estado de expectación; se refiere a algún daño que se cree pendiente pero aun más o menos alejado. Ocurre con frecuencia que la cosa o situación amenazante no está definitivamente establecida o reconocida. Freud habla de ansiedad "libremente flotante", la cual se halla dispuesta a agarrarse de una idea ahora y de otra más tarde. El paciente se indispone con facilidad, desasosegado o agitado; existe una notable incomodidad, más a menudo epigástrica que precordial. El paciente suele llamar "nerviosidad" a grados leves o moderados de ansiedad. *Temor* es una emoción

dolorosa excitada por la presencia o inminencia de peligro, y va acompañada de un impulso por resistir o escapar de él, que a veces crece hasta el pánico. El temor viene acompañado por manifestaciones físicas características y que se evidencia en variadas escalas; v. g.: palidez, temblores, respiración agitada, pulso rápido, sudor frío, expresión cansada y estremecimientos. No siempre se puede distinguir con facilidad entre el temor y la ansiedad, y ambos pueden coexistir, como en el delirio alcohólico. *Odio* expresa el grado más álgido de mala voluntad, con el deseo de infligir un castigo o vengarse del objeto. No solo implica una intensa aversión, sino que lleva consigo mismo un elemento de temor. Odio es reacción contra alguna injuria o injusticia que ha infligido o amenazado con infligir el odiado. Ernest Jones ha señalado que uno puede odiar solamente a otro más fuerte o que está en una posición de autoridad o poder, y también que, para ser odiado, hay que haber sido amado antes. Tiene que haber existido el amor en algún grado, aunque no siempre obviamente, o debe haberse anticipado; y estas consideraciones explican, realmente, por qué los odios más fuertes existen precisamente entre parientes cercanos. Destacaba Tácito en los *Anales*: "El odio más violento es el odio entre parientes". *Orgullo* es un sentimiento de superioridad que se enlaza con lo que uno es, posee o ha hecho, con un desprecio correspondiente hacia los derechos o prendas de otros. Se desdeñan las pretensiones de los rivales y se tiene una satisfacción sádica al triunfar sobre ellos. La altivez es la expresión del orgullo. *Vanidad* difiere del orgullo en que anhela la aprobación de los demás y en que se deleita ante la alabanza y el reconocimiento. Indica una personalidad menos madura que la del orgullo y se halla relacionada con la belleza del cuerpo o rostro, apariencia personal o atributos. Las dos emociones ejemplifican dos aspectos de narcisismo, y la vanidad es el más inferior. *Egoísmo* y *Egotismo* no son sinónimos. *Egoísmo* es un deseo ambicioso para ganar ventajas a expensas de los derechos, conveniencia o posesiones de otros. Es esencialmente antisocial. *Egotismo* es la supervaloración de sí mismo, de las opiniones, de la habilidad o sagacidad propias y el correspondiente menosprecio por las ajenas. (McCurdy: *The Psychology of Emotion*, 1925).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Enfoque cognitivo-conductual.- En la teoría cognitivo-conductual tradicional, la emoción se considera un fenómeno postcognitivo. Los tratamientos cognitivo-conductuales tradicionales de la emoción se centran en los estados afectivos negativos, como la ansiedad, la depresión, y en el desarrollo de técnicas para controlarlos. No se busca entender la emoción como un aspecto integrado del sistema biológico humano que tiene un papel particular que cumplir en el funcionamiento humano.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 4.

Localización cerebral y su control por meditación.- El doctor Richard Davidson, director del Laboratorio para las Neurociencias de los Afectos, de la Universidad de Wisconsin. Davidson logró en una reciente investigación identificar un índice para establecer el centro cerebral de los estados de ánimo. Las imágenes de resonancia magnética revelan que cuando la gente está ansiosa, enojada, deprimida, las partes del cerebro convergen hacia la amígdala y la corteza prefrontal derecha, región cerebral importante para la hiperdefensa típica de las personas con estrés. Por el contrario, cuando la gente tiene ánimo positivo, entusiasmo y energía, esos sitios están tranquilos y aumenta la actividad de la corteza prefrontal izquierda.

El doctor Davidson ha descubierto lo que, según cree, es una manera rápida de cuantificar el nivel del estado anímico típico de una persona: leer los niveles de actividad en estas áreas prefrontales, derecha o izquierda.

Esto predice los estados de ánimo diarios con sorprendente exactitud. Cuanto más se incline hacia la derecha, la persona tenderá a estar más infeliz o afectada, mientras que cuanto más actividad se desarrolle en la parte izquierda, más feliz y entusiasta estará.

Al estudiar los datos de cientos de personas, el doctor Davidson estableció una curva de distribución en la que la mayoría de las personas que se encuentran en la mitad manifestaron buen y mal humor alternadamente.

Aquellas personas, relativamente pocas, que se hallan bien hacia la derecha son más propensas a tener depresión clínica o desórdenes de ansiedad en el transcurso de su vida. Para los pocos afortunados que se sitúan más a la izquierda, los estados conflictivos son raros y la recuperación es rápida.

Esto explica otro tipo de datos que sugieren un punto determinado biológicamente para nuestro nivel emocional.

Un descubrimiento, por ejemplo, muestra que, tanto en la gente con suerte como en los desafortunados que sufrieron un accidente y quedaron paraplégicos, durante alrededor de un año y medio después de dichos acontecimientos el humor diario es más o menos el mismo que antes, lo que indica que el punto emocional cambia poco o nada.

Davidson informó sobre el descubrimiento durante un encuentro con el Dalai Lama y los científicos en la India. Pero el hallazgo, aunque interesante, levantó más preguntas que respuestas. ¿Era sólo casualidad o un rasgo habitual entre los monjes? ¿Había algo respecto del entrenamiento de un lama que podría llevar a un estado de felicidad perpetua? Y si es así, ¿podría este prodigio ser compartido por todos?

Una respuesta tentativa a esta última pregunta proviene de un estudio que Davidson realizó en colaboración con el doctor Jon Kabat-Zinn, fundador de Mindfulness-stress Reduction Clinic, en la Universidad de Massachusetts.

Este clínico enseña meditación a pacientes con enfermedades crónicas para ayudarlos a manejar mejor sus síntomas. En un artículo, los doctores Davidson y Kabat-Zinn informan sobre los efectos del entrenamiento en esta clase de meditación, método extraído de sus orígenes budistas y ahora enseñado a los pacientes en hospitales y clínicas de muchos países.

Kabat-Zinn enseñó el método a trabajadores sometidos a grandes presiones, durante tres horas por semana durante dos meses. Otro grupo de voluntarios recibió el entrenamiento más tarde; los participantes fueron controlados por el doctor Davidson y sus colegas.

Antes del entrenamiento, los trabajadores en general registraban una mayor utilización del lado prefrontal derecho del cerebro en sus emociones y se quejaban de sentirse estresados.

Después, sus emociones se inclinaron hacia el lado izquierdo, la zona positiva. Simultáneamente, sus estados de ánimo mejoraron e informaron sentirse con más energía y menos ansiosos. En resumen, los resultados sugieren que el punto de las emociones puede modificarse, con un adecuado entrenamiento.

Con este tipo de meditación se aprende a monitorear el estado de ánimo. La hipótesis del doctor Davidson es que se puede fortalecer una gran cantidad de neuronas del lado izquierdo de la corteza prefrontal, e inhibir los mensajes de la amígdala, que envía emociones perturbadoras.

El entrenamiento mindfulness se centra en aprender a monitorear las sensaciones y pensamientos, tanto con la meditación como con ejercicios de yoga. Con la aprobación del Dalai Lama, un grupo de lamas altamente entrenados permitió ser estudiado. Todos ellos pasaron por lo menos tres años meditando en retiros solitarios.

Estos y otros descubrimientos llevaron algunos investigadores a diseñar un programa llamado "Cultivo del equilibrio emocional", que combina métodos extraídos del budismo con el mindfulness y la sinergia de la psicología moderna, como también la lectura de las microexpresiones y las relaciones humanas.

Condensado de Daniel Goleman The New York Times. Publicado en Buenos Aires, La Nación (05/02/2003) bajo el título Prueban que en la zona izquierda del cerebro se localiza la felicidad. La meditación controla esa emoción. Traducción: María Elena Rey.

Procesamiento emocional.- Aunque la terapia cognitivo-conductual enfatiza la importancia de la cognición o del pensamiento en la activación o mantenimiento de los estados negativos o de ansiedad, ha habido un énfasis creciente en considerar el rol del procesamiento emocional (Caspar et al., 2000; Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg & Safran, 1987; Greenberg, Watson, & Goldman, 1998; Leahy, 2002).

En este capítulo pasamos revista a técnicas relacionadas con la activación de la emoción a través de ejercicios de la terapia experiencial o focalizada en la emoción, tales como los desarrollados por Greenberg y sus colegas. Además, examinamos cómo las técnicas cognitivo-conductuales pueden ser utilizadas para explorar y comprender el modo en que los pacientes procesan y conceptualizan la emoción.

Revisamos el trabajo sobre la conciencia plena (Kabat-Zinn & University of Massachusetts Medical Center/Worcester Stress Reduction Clinic, 1991; Segal et al., 2002) y sobre la conceptualización y estrategia del procesamiento emocional (Leahy, 2002). La terapia focalizada en las emociones de Greenberg es vista a menudo como un enfoque empírico que es diferente de algún modo del modelo tradicional de terapia cognitiva.

De todos modos, en el contexto actual de tratar de identificar y modificar los pensamientos, considero extremadamente valioso el trabajo de Greenberg. Éste puede utilizarse para ayudar a pacientes a 1) identificar emociones específicas 2) vivenciar los pensamientos que están contenidos en el "esquema emocional" (en el sentido que Greenberg utiliza este término), 3) identificar lo que necesitan, y 4) orientarse en la satisfacción de sus necesidades. Más aún, parte de la propuesta focalizada en las emociones de Greenberg (2001) consiste en el concepto de "metaemoción" – esto significa cómo los pacientes ven sus emociones.

En mi propio trabajo, tomé y traté de complementar, las importantes ideas de Greenberg. En este capítulo examinamos varias técnicas que ayudan a los pacientes a acceder a la emoción, a los pensamientos asociados con las emociones y a las creencias metacognitivas o metaemocionales, y a modificar el impacto emocional a través de la reescritura.

Robert L. Leahy. Técnicas de procesamiento emocional. REV DE LA ASOCIACIÓN DE PSICOTERAPIA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. 2009 MAR;(1).

Emoción positiva en trastorno bipolar.- Objetivos: El trastorno bipolar se asocia con una alteración emocional positiva, aunque están menos claro qué emociones positivas específicas están afectadas.

Métodos: El presente estudio examinó las diferencias entre las emociones positivas distintas en los pacientes con trastorno bipolar (TB) recuperados (n=55) y controles no clínicos (CNC) (n=32) y si predecían prospectivamente la severidad sintomática en pacientes con TB. En la línea base los participantes completaron medidas de auto-informe de rasgos severos distintos de emociones positivas.

Se obtuvieron las evaluaciones estructuradas de diagnóstico y los síntomas del estado de ánimo actual para los participantes con TB. En un seguimiento de seis meses, se reevaluaron los síntomas de un subconjunto participantes con TB (n=39).

Resultados: Los participantes con TB mostraron menor disfrute, compasión, amor, temor y alegría en comparación con los participantes CNC. Los participantes con TB y CNC no difieren en el orgullo o diversión. Para los participantes con TB, después de controlar la severidad de los síntomas en la línea base, la alegría y diversión predijeron una severidad de manía creciente, y la compasión predijo una severidad de manía decreciente durante el seguimiento de seis meses. Además, la diversión predijo un incremento de la severidad de depresión y el orgullo predijo un decremento de la severidad de la depresión. El temor, amor y alegría no predijo la severidad del síntoma.

Conclusiones: Estos resultados son consistentes con una literatura creciente que destaca la importancia de la emoción positiva en el curso del trastorno bipolar.

June Gruber; Jenifer L Culver; Sheri L Johnson,,, (et.al) ¿Las emociones positivas predicen el cambio sintomático en el trastorno bipolar? BIPOLAR DISORDERS. 2009 MAY; 11(3):330-336.

EMPATÍA

Definición.- Capacidad de ponerse en la situación del otro, vivenciando lo que este experimenta. La idea de empatía alude a la situación donde uno está sintiéndose uno con el otro, y al mismo tiempo conscientemente separado de él y manteniendo su propia identidad.

Cazau P (2002) Vocabulario de psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Definición.- 1. Carácter especial que pueden tener las vivencias, que consiste en que el sujeto participa de una situación o hecho objetivo mediante la comprensión afectiva del mismo. La empatía es en cierto modo semejante a la comprensión simpática, pero sin significar nunca una verdadera identificación afectiva con el estado ajeno. La empatía proporciona un auténtico conocimiento al sujeto solamente después que éste ha "regresado" de su participación afectiva en la situación objetiva, haciendo de esta participación un conocimiento teórico. Sin.: *Endopatía; Intraafección; Proyección*. 2. (*Psicoanálisis*) "Comprensión intelectual de aquello que es inherentemente ajeno a nuestro propio ego en otras personas." (Freud). La empatía es, pues, una forma de identificación intelectual, en contraste con la identificación afectiva. Al.: *Einfühlung*.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Existe una tendencia a concebir la empatía como un simple reflejo de los sentimientos del paciente. La empatía, sin embargo, no consiste meramente en reflejar los aspectos superficiales de las comunicaciones del paciente. Implica un proceso de sumergirse en el mundo interior del paciente de forma que se exprese la experiencia táctica.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 4.

Para Rogers.- La empatía es uno de los elementos esenciales que aporta el profesional asistencial a la relación con el cliente. Es la capacidad de percibir el mundo interior de la otra persona, integrado por significados personales y privados, como si fuera el propio pero sin perder nunca ese 'como si'. Por ejemplo, "percibir como propias la confusión del cliente, su timidez y enojo, su sensación de que lo tratan injustamente, pero sin dejar que se unan a la propia incertidumbre, miedo, rabia o sospecha... Cuando el asesor capta con claridad el mundo del cliente y puede moverse libremente dentro de él, puede comunicarle a ese individuo su comprensión de aquello que él conoce vagamente y volcar en palabras los significados de experiencias de las que él apenas si tiene conciencia". No debe confundirse empatizar con 'comprender' lo que le pasa, que es mucho más habitual, como cuando decimos 'comprendo qué es lo que lo hace actuar así'.

Rogers C, La relación interpersonal: núcleo de la orientación. Incluido en Rogers C, Stevens B y otros, "Persona a persona". Buenos Aires: Amorrortu, pág. 95.

Empatía terapéutica.- Como técnica cognitiva, el objetivo de la empatía es para dar al paciente la oportunidad de manifestar las emociones y sentirse comprendido. Se realiza muy poco o ningún esfuerzo en retar o refutar cualquier cosa que este diciendo el paciente. Mas bien, el objetivo es proveer aporte emocional e intentar ver el mundo a través de los ojos del paciente. Intentar mostrar al paciente que se es su aliado y que puede apoyarse - a un nivel intelectual y emocional- en uno para lo que tenga que afrontar.

El terapeuta puede usar tres poderosas habilidades de escucha para conseguir estos objetivos. Estas son: La Técnica del Desarme: el terapeuta se introduce en lo que dice el paciente. El terapeuta encuentra parte de verdad en lo que afirma el paciente, incluso si esas afirmaciones parecen ilógicas y poco razonables.

Empatía de Pensamientos y Emociones: el terapeuta se muestra comprensivo en lo que dice el paciente parafraseando las palabras (Empatía de pensamiento); el terapeuta también se muestra comprensivo de como el paciente se siente, mostrándose como se expresa el paciente (empatía de sentimientos)

Exploración: El terapeuta también, de forma amable, usa dos poderosas habilidades de auto-expresión cuando empatiza con el paciente. Estas son:

Afirmaciones "Me siento": El terapeuta expresa con tacto sus sentimientos desde un nivel de lenguaje apropiado y profesional.

Apoyo: El terapeuta expresa respeto por el paciente, incluso si el paciente y terapeuta se sienten frustrados o disgustados entre sí.

Dominar de forma apropiada estos cinco métodos supone un gran reto que requiere un considerable entrenamiento. Incluso aunque puedan parecer muy normales sobre el papel, pueden ser increíblemente difíciles de aplicar en las situaciones de la vida real, especialmente cuando el terapeuta se siente atacado por la ira del paciente o cuando las afirmaciones del paciente parecen completamente irrazonables desde la perspectiva del terapeuta.

La empatía es particularmente importante en tres fases cruciales de la terapia: 1) Al comienzo del tratamiento, cuando el paciente tiene que contar su historia. La catarsis emocional puede proporcionar una importante unión entre terapeuta y paciente. 2) En cualquier momento de las sesiones de terapia cuando el paciente repentinamente se siente abrumado por una emoción -tal como miedo, pánico, ira, o desesperación- El terapeuta debería inmediatamente poner todas las técnicas cognitivas-conductuales a un lado y ofrecer apoyo emocional. Una vez que el paciente ha expresado esos sentimientos y verse entendido y aceptado, se puede volver a la intervención terapéutica de nuevo. 3) En cualquier momento que haya una ruptura de la alianza terapéutica debido a que el paciente se siente disgustado con el terapeuta. Esto puede ser debido a que el paciente se siente herido, airado, desconfiado, no comprendido, juzgado, rechazado o criticado por el terapeuta.

Burns D, Técnicas cognitivo-conductuales <http://users.servicios.retecal.es/jureva/tecnicasburns.htm> Traducido al castellano por: Juventino Reguera Baños.

El rol de la empatía en la terapia.- El proceso de reconocer información relativa a la emoción o a la disposición a la acción está mediado por el contexto interpersonal en le que tiene lugar. Por lo tanto, si los pacientes se sienten aceptados por el terapeuta, pueden comenzar a reconocer disposiciones a la acción y a explorar experiencias anteriores que tal vez no haya procesado de todo previamente. Por otra parte, toda vez que un paciente toma contacto con sentimientos hasta entonces no totalmente procesados, la reacción que percibe en el terapeuta es un factor crucial para determinar si esa experiencia será o no terapéutica. Por ejemplo, si un paciente empieza a manifestar sentimientos de cólera hacia el terapeuta, una reacción hostil o defensiva por parte de éste podría confirmar la creencia disfuncional de que experimentar cólera es peligroso. En respuesta a un paciente que empieza a advertir sentimiento de tristeza antes no reconocidos, un intento del terapeuta de disipar la tristeza haciendo una reevaluación racional de la situación podría no servir sino para confirmar la creencia del paciente de que la tristeza es inaceptable. Por el contrario, una respuesta de aceptación y empatía puede tener el efecto de cuestionarlas creencias disfuncionales del paciente sobre sus emociones y de ayudarlo a estar más atento a su experiencia interna. La receptividad del terapeuta facilitará el procesamiento de información internamente generada, lo que conducirá entonces a un cambio en el sentido de sí mismo del paciente.

Resumen de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 8.

Empatía en psicoanálisis.- A modo de síntesis, puede decirse que este artículo es un repaso histórico recuerda los orígenes filosóficos del concepto de *Einfühlung*, traducido por Strachey con el término poco feliz de 'empathy', así como el empleo que Freud le da. Juzgado muchas veces como el efecto de una misteriosa intuición, trabajos recientes demuestran que la empatía resulta de operaciones psíquicas complejas y que, aun no constituyendo una meta terapéutica, cumple, tanto por su presencia como por sus ausencias, un importante papel e el trabajo de co-pensamiento entre el analizante y el analista y en la elaboración de las interpretaciones.

Freud hace referencia al concepto de *Einfühlung*, pero, si Freud hace uso limitado de ese término es por cuanto el proceso 'intelectual' que implica no tiene casi relevancia para él. Comprender al otro no es un problema en sí, la única cuestión psicoanalítica es descubrir los derivados de las formaciones del inconsciente.

Con ánimo de aclarar los puntos que preceden, propone el autor avanzar un poco más en lo que puede entenderse por empatía:

1. La empatía debe ser claramente distinguida de todo lo connotado por el término 'simpatía'. No se trata de compartir un sentimiento o una creencia, sino de representarse los sentimientos, los deseos o las creencias del otro.

2. La empatía no se dirige solamente a la subjetividad conciente. Tal como señaló acertadamente Pigman, la primera cita de *Psicología de las masas...* hace referencia a la comprensión de lo 'que es ajeno al Yo en otras personas', y no solamente a lo que es ajeno a otras personas. La empatía nos ayudaría a entender, por procedimientos que habrá que precisar, lo que el otro no entiende de sí mismo.

3. La empatía no es un mecanismo en sí, sino un proceso de comunicación del que se trata de precisar el o los mecanismos. Freud puso el énfasis sobre el proceso de identificación. Para 'entrar en los sentimientos del otro sin implicarse emocionalmente', según reza la definición de Greenson, nos es preciso imaginar que estamos en el lugar del otro. Se trata de una identificación parcial y temporaria, realizada intencionalmente (pero no por fuerza conscientemente).

4. Tal como lo demostró Dan Buie, esta construcción imaginaria de la experiencia subjetiva del otro, necesita poner en acto procesos inferenciales. Si puedo identificarme con el otro es porque puedo representarme el universo contextual en el que se desarrolla el pensamiento, conciente o inconciente. Podrán hallarse ilustraciones clínicas de este proceso en Wildlöcher.

5. Desde el punto de vista histórico, los nexos entre los conceptos de empatía y de intersubjetividad son complejos y contradictorios. En la actualidad, los autores enrolados en la teoría de la intersubjetividad subrayan la importancia y el interés de los procesos de empatía. Para ellos, la empatía funda la intersubjetividad por lo mismo que realiza un conocimiento compartido de la experiencia subjetiva.

Para concluir, se subraya que el interés por estos procesos de comunicación no entra de ningún modo en una perspectiva terapéutica, pero nos ayuda a comprender mejor el trabajo psíquico mediante el cual se ejerce nuestra escucha de lo que se dice o no se dice, a partir de aquello que, conciente o inconcientemente, es pensado en el analizante.

Widlocher Daniel, De la empatía a la interpretación.

ENAMORAMIENTO

Definición.- El enamoramiento es una atracción repentina, un fuerte deseo de estar con la otra persona, un 'flechazo', una atracción estética, una preferencia inmediata, donde todos los viejos vínculos pierden importancia y se impone luminoso el nuevo objeto de amor con el que se desea fundirse física y psicológicamente. La persona amada no es sólo alguien a quien uno le gusta mucho, como sucede en los arrebatos, sino "la mejor del universo": tiene propiedades de lo absoluto. El enamoramiento surge de repente como la erupción de un volcán (Alberoni, 1997).

Alberoni F (1997) *El primer amor*. Barcelona: Gedisa.

Medición.- En Argentina se ha diseñado un cuestionario donde se pregunta la edad del primer enamoramiento, la proximidad de la edad de la persona amada con la del enamorado, y otras preguntas, como las que intentan diferenciar el primer enamoramiento del amor platónico. Además de dicho cuestionario, se ha elaborado también un diferencial semántico para investigar la connotación subjetiva que tiene el concepto de 'primer enamoramiento' para las personas.

Cayssials Alicia (2002) *El diferencial semántico y la evaluación de la memoria sobre el primer amor* (publicación interna de la Cátedra de Técnicas Psicométricas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires).

ENCUADRE

Definición.- En el proceso psicodiagnóstico, utilizar un encuadre significa mantener constantes ciertas variables que intervienen en dicho proceso, a saber: a) aclaración de los roles respectivos (naturaleza y límites de la función que cada parte integrante, paciente y psicólogo, desempeña en el contrato); b) lugares donde se realizarán las entrevistas; c) horario y duración del proceso (en términos aproximados, tratando de no plantear una duración ni muy corta ni muy prolongada); y d) honorarios (si se trata de una consulta privada o de una institución paga).

Siquier de Ocampo, García Arzeno, Grassano de Piccolo y col (1974) *Las técnicas proyectivas y el proceso de psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Definición.- Es la explicación dada al sujeto de las distintas fases del proceso psicodiagnóstico, y la transformación de algunas variables en constantes (estandarización). El consultante trae su propio encuadre privado (deseos, miedos, esperanzas, etc) que Shafer llama 'definición subjetiva' Hacernos cargo de esta definición subjetiva es el principal objetivo de la entrevista inicial.

Lunazzi de Jubany H, *Lectura del psicodiagnóstico*.

Técnicas de encuadre.- Es el conjunto de operaciones y condiciones que permiten establecer un encuadre y que forman parte del mismo. Tales técnicas pueden expresarse como reglas de la siguiente forma:

- a) Actitud clínica del psicólogo, basada en una disociación instrumental (se identifica con sucesos o personas pero sin verse implicado personalmente).
- b) Especificar honorarios, tiempo de dedicación, etc., de manera explícita.
- c) Esclarecer la tarea a realizar, y no comprometerse con lo que no se podrá cumplir.
- d) Esclarecer la tarea al personal, buscando su aceptación explícita.
- e) Las interpretaciones no deben darse fuera del contexto institucional o profesional.
- f) Secreto profesional.

- g) Limitar los contactos extra profesionales al mínimo. El manejo de la información es además ético, un instrumento técnico.
 - h) No tomar partidos por bandos en la institución.
 - i) El psicólogo asesora; no educa, dirige, decide ni ejecuta.
 - j) No asumir más responsabilidades que las derivadas de las consecuencias de su tarea.
 - k) No desplazar o superponerse a las autoridades o líderes de la institución.
 - l) No fomentar la dependencia psicológica, sino ayudar a resolverla.
 - m) Estricto control y limitación de la información. No ser un "sabelotodo".
 - n) Evaluar el progreso en función de los objetivos del psicólogo institucional, no en función de los objetivos de la empresa.
 - o) La única forma de operar es dando información en el momento y en la cantidad justa. Provocar insight.
 - p) Contar con que habrá resistencias, explícitas o implícitas, las que deberán ser a su vez investigadas.
 - q) Considerar sana a la institución que pueda explicitar y resolver sus conflictos, no a la que no los tenga.
 - r) No aceptar plazos fijos para tareas y resultados, salvo para la información diagnóstica.
- Condensado de Bleger J (1988) Psicohigiene y psicología institucional.

ENDÓGENO

Endógeno y reactivo.- Lo endógeno es lo primario y constitucional, lo que no tiene causa externa. Para la psiquiatría clásica la enfermedad mental es hereditaria y degenerativa: psicosis, demencias como el Alzheimer, etc. En cambio lo reactivo es secundario y adquirido, obedece a una causa externa, como por ejemplo una demencia secundaria al Sida, o la PGP de origen sifilítico. Una depresión sintomática producto de una anemia, por ejemplo, también. La distinción endógeno-reactivo vale para las demencias y las distimias (trastornos del humor). La distinción endógeno-reactivo apunta al origen, a la etiología. Condensado de López Susana y Hemmingsen Isabela, Trastornos de la percepción y el pensamiento. Clases de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Setiembre/Octubre 1995.

ENDOGRUPO

Definición.- "Unidad social con la que se identifica un individuo o de la cual forma parte". Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág 619.

ENDOMORFO

Definición.- En el sistema de somatipos de Sheldon, una persona que tiene una forma corporal robusta (obeso); se relaciona con el temperamento viscerotónico (relajado, sociable). Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

ENEAGRAMA

Generalidades.- El eneagrama es un antiquísimo y sofisticado sistema de autoconocimiento donde el propósito no es pegarse un número en la espalda, ni hacer calzar una tipología. El trabajo inspira a mirar para adentro y a tomar responsabilidad, alentando a que cada uno pueda hacer su propio autodiagnóstico. Dentro de nosotros tenemos los nueve eneatis, y uno de ellos predomina. Y dentro de esos nueve cada uno a su vez incluye tres subtipos, o sea que son veintisiete tipos de carácter. A continuación se describen los nueve eneatis según las enseñanzas de Claudio Naranjo mencionando algunas actitudes o palabras claves que los identifican.

Eneatipo I

Pasión: Ira

Fijación: Perfeccionismo

Bajo la apariencia de virtud es como la ira inconsciente encuentra su forma de expresión más característica. Como defensa mantiene la inconsciencia de los mecanismos destructivos o pasivos mediante una búsqueda consciente de la bondad y de una actitud antihedonista. La manifestación más específica de la experiencia emocional de la ira es el resentimiento. Rechaza lo que es, en función de lo que siente y piensa que debería ser. Transforma el querer en deber ser. Virtuoso compulsivo. Rígido, civilizado, de buenos modales, crítico, exigente, dominante, asertivo, perfeccionista, controlado, autocrítico, disciplinado. Orientados hacia la ley y el orden. Disposición "puritana" de oponerse al placer y al juego del instinto. Preocupación excesiva por la forma y el detalle.

Eneatipo II

Pasión: Orgullo

Fijación: Falso amor

Pasión por el autoensalzamiento, se cree más de lo que es; engrandecimiento de la propia imagen. Se apoya en un proceso emocional de enamorarse de sí mismo a través de la identificación con la

autoimagen glorificada y reprime la imagen desaprobada. Es fundamental la estrategia de dar, al servicio tanto de la seducción como de la autoelevación. Generosidad egocéntrica. Falso amor. Manipulador. Seduce emocionalmente. Necesita ser el centro de atención, exige privilegios. Impulsivo y arrogante. Histriónico. Puede ser tanto dulce como agresivo. El eneatipo II esconde una profunda necesidad de ser amado. Puede entenderse como el resultado de una frustración amorosa temprana asociada a una pérdida del apoyo en la experiencia propia del valor personal. Hedonista. Asertivo en manifestar sus deseos, superficial, calido, sensible y con frecuencia antintelectual. Existe una "emocionalización" que facilita el proceso de distraer la atención de la conciencia de necesidad o, más exactamente, de "la representación intelectual del instinto".

Eneatipo III

Pasión: Vanidad

Fijación: Engaño-apariencia

Preocupación apasionada por construir una imagen ideal de sí mismo en vez de una verdadera personalidad. Viven para los ojos de los demás. Son alegres y se movilizan para demostrar objetivamente su valor. Buscan el éxito y la eficiencia. Les atrae el conocimiento académico, el brillo y el prestigio. Falta de veracidad en relación a los sentimientos sobre todo aquellos que consideran inaceptables; solo reconocen y expresan los "sentimientos correctos". Simuladores, camaleónicos. Están identificados con la buena imagen. Son los que tienen mejor marketing. Interés característico por la exhibición, hasta el punto de la autofalsificación, es la necesidad de atención y de ser visto que se frustró en el pasado y que busca ser satisfecha mediante el cultivo de la apariencia. Pragmático, frío, fanfarrón, calculadores y pueden utilizar a los demás y a sí mismos para escalar posiciones sociales. Hipervigilantes, controladores, como una forma tensa de enfrentar la vida en vez de ceder a la "autoregulación orgánica".

Eneatipo IV

Pasión: Envidia

Fijación: Insatisfacción

"El estado emocional de la envidia implica un doloroso sentimiento de carencia y un ansia por aquello cuya falta se percibe. La situación supone un sentido de la bondad como algo exterior a uno mismo, que debe ser incorporado". Preocupación excesiva por la imagen de sí mismo. Identificado con esa parte de la psique que no consigue ajustarse a la imagen idealizada y está siempre procurando lograr lo inalcanzable. Entendemos la esencia de la envidia como un deseo excesivamente intenso de incorporación de la "buena madre", que puede manifestarse no sólo como hambre de amor, sino como una voracidad o aidez más generalizada. Autoimagen pobre. Concentrado en el sufrimiento. Necesita conmover. Arrogante y competitivo. Inclinado hacia el refinamiento, delicado, elegante, sensible. Fuerte superego, tenaz. Emocional sobre todo en relación al sufrimiento. Romántico. Adicto al amor y la dedicación a los demás. Sienten odio intensamente. Cordiales, sacrificados.

Eneatipo V

Pasión: Avaricia

Fijación: Desapego

La actitud de la avaricia por lado es contenerse y dominarse y por el otro es abandonar demasiado rápido. Renuncia al amor y las personas. Perfeccionista, más que crítico con el mundo externo. Introverso. Indiferente, aislado, autista y esquizoide. Hipersensibles y fríos al mismo tiempo. Solitarios. Conectado sobre todo a su experiencia interna. Aferramiento al contenido presente de la mente. Evitación del compromiso en las relaciones como una expresión del no dar, puesto que obedece a la evitación de tener que dar en el futuro. Búsqueda de lo absoluto. Distantemente emocionalmente. Poco intercambio en las relaciones, acostumbrado a estar solo, aislado, desapegado. Miedo a ser engullido, "tragado por los demás". Sensible ante la invasión. Evita la acción y la expresión disminuyendo la capacidad de experimentar el placer. Compulsivo en el guardar. Idea de que tiene poco y si da se le puede terminar. Orientado al conocimiento sustituye el vivir por el leer. Interrumpe el curso de la vida al servicio de la evitación del sentimiento.

Eneatipo VI

Pasión: Miedo

Fijación: Acusación

Más característico que el miedo y la cobardía es la presencia de la ansiedad, derivado del miedo que puede caracterizarse como miedo sin la percepción de peligro externo o interno. Evitador profesional, organizado. Ambivalencia afectiva amor-odio. Dificultad para establecer vínculos a la par. Conflictivo en relación a la autoridad (autoridad autoritaria). Desconfiado y suspicaz respecto de la gente. Corporalmente rígido con dificultad para relajarse. Hiperactivo, hipersensible sobre todo al rechazo, a la humillación. Duda y posterga la acción. Buscan la claridad de las reglas y normas. Suelen preocuparse innecesariamente por hechos que tal vez no sucedan nunca. Detectores de problemas. Miedo al cambio, a cometer errores, miedo a lo desconocido, miedo a la soledad en un mundo amenazante, miedo a la traición y miedo a amar. Inseguros. Hipervigilantes, quieren tener todo bajo control. Buscan significados ocultos, señales, etc. El miedo vuelve al cobarde incapaz de estar seguro para actuar, de modo que nunca está seguro, no tiene la certeza. Lógico, devoto de la razón.

Eneatipo VII

Pasión: Gula

Fijación: Autoindulgencia

El glotón es alguien que se acerca al mundo mediante la estrategia de las palabras y las "buenas razones". Autoindulgente. Seductor con el intelecto. Afable. Hedonista. Apasionado por el placer.

Estratega y manipulador para lograr su propio placer. Intrigante. Una máscara que esconde ansiedad, una suavidad que esconde la agresión y una generosidad que esconde la explotación. Psicópata dulce.

Mediante su gran encanto el glotón puede hechizar a los demás e incluso a sí mismo. Evitan el sufrimiento y construyen mundos privados. La frustración se esconde tras el entusiasmo. Niño encantador. Inteligente. Su búsqueda de experiencia los lleva de un presente insuficiente a un futuro prometedor. Permisivos consigo mismos y con los demás que a veces se convierte en complicidad cuando sintonizan con los vicios de los otros. Rebeldes, diletantes poco disciplinados.

Viven el aplazamiento del placer como una falta de amor.

Eneatipo VIII

Pasión: Lujuria

Fijación: Castigo

Es la más visible de las pasiones. Carácter fuerte y de mentalidad dura. Lujuria en tanto pasión por el exceso. El lujurioso va en busca de la intensidad en la vida. Impulsivo y hedonista. "Placer de luchar por el placer" Supermasculino e insensible. Puede ser vengativo y sádico. Justiciero, toma la justicia por mano propia, pendenciero, antisocial. Poca profundidad emocional. Piensa poco, siente poco. Actúa, es una persona de acción. Toma del mundo lo que quiere sin pedir permiso. En el pasado le tocó a él sufrir humillaciones y limitaciones de manos de unos padres trágicos o descuidados, así ahora le corresponde volver las cosas del revés y darse a sí mismo placer, aun a costa del sufrimiento de los demás. Puede ser castigador, explotador y hostil. Rebelde con una fuerte oposición a la autoridad (frente a la autoridad del padre) y un menosprecio de los valores tradicionales. Frontal y directo para plantear las cosas. Seductor, fanfarrón y embaucador. Rechaza la dependencia, la ternura es vista como signo de debilidad.

Eneatipo IX

Pasión: Indolencia-pereza

Fijación: Olvido

Pereza de la psique y del espíritu. Falto de pasión. Sobreadaptado, que vive a través de las necesidades de los demás. Desconoce sus propias necesidades por falta de interioridad. Distruido, confuso y poco participativo. Fiable y generoso. Es un individuo que adopta la estrategia de jugar a estar muerto para permanecer vivo. Amable, cordial, dispuesto a ayudar, comprender y confortar. No le interesa sobresalir y brillar. Es de un accionar robotizado por falta de interioridad. Vive en confluencia con los otros. No puede decir yo. Evita confrontar, diferenciarse. Puede ser terco, resistencia pasiva. Le cuesta tomar una posición personal en la vida. Accionan sin saber que necesitan. Dificultad para imaginar y profundizar, pereza intelectual. Demasiado concretismo y literalidad. Vive simbioticamente con la familia, la nación, el equipo, etc.

Texto: Luis Yacachury – Fritzgestalt

ENERGÍA MENTAL

Para Jung.- La energía psíquica es la que circula por la psique y que engendra procesos psíquicos. Llamada también libido, es la energía de los procesos de la vida. Inspirándose en Heráclito, Jung indica que la circulación de energía está regida por el principio de los opuestos: la energía depende de una antítesis preexistente sin la cual no podría existir. Debe haber calor y frío, paz y guerra, etc. como fuerzas antagónicas para que pueda tener lugar el proceso de compensación llamado energía. Y así, el amor se convierte en odio, los seres pacíficos en belicosos, los cínicos en ingenuos y los santos en pecadores. La energía psíquica se genera merced al conflicto que opera en la persona –básicamente entre la conciencia y lo inconciente como polos opuestos- y subsiste como fuerza activa, consumiéndose en la actividad, para ser creada de nuevo debido a nuevas tensiones (págs. 82-87). Cuando más antagónicos son los opuestos, más intensidad de energía psíquica habrá.

Los movimientos de la energía psíquica son principalmente dos: los que dan lugar a procesos psíquicos de progresión (desde lo inconciente hacia la conciencia y hacia el mundo exterior), y los procesos psíquicos de regresión (desde la conciencia hacia las zonas profundas del inconciente). La fase progresiva del movimiento de la libido es el "avance cotidiano del proceso de adaptación psicológica": es el proceso normal, pues la energía puede avanzar hacia fuera, e implica una sensación jubilosa de bienestar. Pero cuando por cualquier razón este movimiento se ve obstaculizado, aumenta desagradablemente el valor psíquico de ciertos contenidos conscientes, la libido no puede salir hacia fuera y regresa (fase regresiva) hacia el inconciente. Este obstáculo rompe el equilibrio entre los opuestos (pág. 88-90).

Proggoff Ira, La psicología de Jung y su significación social, Buenos Aires, Paidós, 1967

Enfoques teóricos.- En este capítulo, De Board ilustra de qué manera ha influido el psicoanálisis sobre una amplia gama de enfoques para comprender como se comportan las personas en los grupos y las

organizaciones. La respuesta a esta cuestión se halla en la idea de energía mental, y el modo en que esa energía se distribuye y se utiliza.

1. El concepto de energía mental.- En un bebé el aparato psíquico es primitivo, y la energía mental, generada continuamente por los instintos, se agota casi inmediatamente en la actividad muscular. Con la posterior capacidad para crear y manipular ideas y con el desarrollo de la memoria, la energía mental que fluye carga estas partes del aparato psíquico, la cual entonces no se consume enseguida, sino que se emplea para demorar la acción mediante el pensamiento, o bloquear su descarga mediante la represión. Así, quedan cargadas (catectizadas) de energía imágenes, recuerdos, ideas significativos para el sujeto, y que pueden ser activados por estímulos apropiados. El material catectizado tiene poder para influir sobre la conducta de la persona, inmediatamente o en el futuro. El aparato psíquico es el medio por el cual la energía mental, constantemente generada por los instintos, se distribuye y asigna por toda la personalidad.

Cargar ciertos contenidos implica que quedará menos energía para otros procesos mentales, ya que la cantidad de energía no es infinita. Por ejemplo, si un recuerdo es desagradable, habrá que invertir (catectizar) cierto monto de energía para mantener al recuerdo reprimido, con lo cual no queda energía disponible para otros trabajos mentales. De allí que Freud considerara que la represión podía producir efectos patológicos o anormalidades en la conducta.

Defensas contra la ansiedad

El hombre maduro adaptado es el que puede interactuar con otras personas y satisfacer sus necesidades en forma aceptable para sí mismo y la sociedad. Pero el medio no es siempre benigno, y el sujeto enfrenta peligros, que generan ansiedad (un afecto que se manifiesta somáticamente). Si estos peligros provienen del ambiente, se los puede manejar sea evitándolos, controlándolos, etc., pero si el peligro es interno, surge otro tipo de ansiedad, la ansiedad neurótica, frente a la cual se instrumentarán las llamadas defensas del yo.

Un ejemplo de defensa yoica es la proyección, donde por ejemplo transformamos "te odio" en "me odias", con lo cual el peligro ha quedado externalizado y por tanto se lo puede controlar mejor. Obviamente se trata de fantasías, por cuanto el otro 'realmente' tal vez no nos esté odiando.

La proyección no ofrece una solución permanente porque el peligro, al ser interno, sigue existiendo siempre, y además se sigue gastando energía, tanto mental como física, en combatirlo. Los procesos de proyección son los medios más frecuentes por los cuales individuos y grupos pierden su eficacia, porque implica gastar energía en una fantasía. La situación se podrá resolver si se reconoce que el peligro es interno, lo que exige no sólo gran autoconocimiento sino fuerza yoica para manejar la causa real de la ansiedad.

La cantidad de proyección a que recurre un sujeto depende de dos cosas: a) de su propensión a utilizarla (como un aspecto de su personalidad), y b) la misma organización en funcionamiento de la cual participa el individuo puede fomentar o reducir su ansiedad.

Respecto del segundo punto, cuanto más amenazante sea la situación exterior, más probabilidades de una persona de recurrir a la proyección. De aquí que una organización debe estar diseñada para crear un clima no amenazante y los miembros canalicen su energía hacia el trabajo productivo en vez de defenderse de la ansiedad generada por el clima de amenaza, recurriendo por ejemplo a la agresión y la hostilidad. Para el individuo, la situación ideal es aquella donde puede percibir la realidad exterior y a la vez, reconocer su realidad psíquica.

2. Freud y la energía mental.- Para Freud, el grupo u organización se cohesiona por la energía libidinal, inicialmente centrada en el líder. Por identificación, el líder se introyecta en el ideal del yo de cada miembro y ello permite que estos se identifiquen entre sí.

Sin embargo, Freud no aclaró qué pasa cuando el líder plantea exigencias o tareas al grupo. Lo que ocurre en este caso es que la energía originalmente libidinal hacia el líder debe canalizarse hacia la tarea a realizar, y el vínculo libidinal con el líder y entre los miembros se reduce, con peligro de desintegración del grupo.

El líder podrá seguir manteniéndose si importa energía desde afuera para fortalecer su posición (un tirano que crea fuerzas paramilitares), o bien si no plantea exigencias de trabajo al grupo, el cual podrá seguir amándolo (por ejemplo la reina de Inglaterra, donde la hostilidad está canalizada hacia el primer ministro, que es el que plantea exigencias a los británicos). En EEUU en cambio el liderazgo simbólico y el ejecutivo están centrados en la misma persona, el presidente, y así cualquier exigencia de este reduce el vínculo afectivo con él (y a la inversa, la disminución de exigencias aumentará los lazos libidinales).

3. Klein.- La descripción que hace Klein de los primeros procesos mentales en el bebé es, en esencia, un intento de describir cómo surge la energía mental y cómo se distribuye. Como defensas frente a la ansiedad persecutoria, se instrumentan los mecanismos gemelos de identificación proyectiva e introyectiva. La energía mental, que podría utilizarse para enfrentar la realidad exterior y manejarla, se retrotrae y se invierte en esos procesos para defenderse de la ansiedad interior. Como la energía es finita, la energía invertida en estas defensas debilitan al yo, que entonces ya no puede invertir más energía en su actividades respecto de la realidad exterior, con lo queda más apartado del mundo real.

Por ejemplo, un paranoide crónico no puede vivir normalmente en la sociedad porque toda su energía está puesta en defenderse de enemigos imaginarios (internos).

4. *Bion*.- Otro tanto sucede en los grupos. Cuando estos funcionan según la modalidad de grupo de trabajo, toda su energía se concentra en encarar la tarea, es decir, enfrentar la realidad. Cuando se siente amenazado, empieza a destinar su energía para defenderse de la ansiedad generada, y comienza a funcionar como grupo de supuesto básico (emparejamiento, dependencia o ataque-fuga), y no puede realizar la tarea porque no queda sin energía para ella.

Por ejemplo en la industria automotriz británica, gran parte de su energía se consume en luchas internas, lo que debilita su capacidad para enfrentar a la competencia extranjera. Se forma un círculo vicioso porque al aumentar los autos extranjeros, las luchas internas se agudizan aún más; la solución pasará por introducir cambios organizacionales básicos que reorienten la energía hacia la tarea.

Bion difiere de Freud en tres puntos:

a) Los lazos de los miembros del grupo no son necesariamente libidinales. Sí lo son en el emparejamiento, pero en la dependencia y el ataque-fuga la cohesión grupal no surge de vínculos libidinales sino del líder, foco común de la identificación proyectiva del grupo, o sea, los miembros no tienen porqué gustarse mutuamente, bastando con que sientan que el líder puede salvarlos de sus temores comunes.

b) En los grupos de supuesto básico, para Bion el líder es creado y sostenido por el grupo porque este puede protegerlo de las ansiedades internas. Su poder proviene de la energía que el grupo invierte en él, siendo esta energía limitada y unidireccional. En cuanto el líder exige al grupo tareas, su posición empieza a peligrar. Para mantener el liderazgo o bien importará energía de afuera para mantenerse por la fuerza, o bien será depuesto o ignorado porque el grupo le retiró energía al no cumplir más su función de moderador de las ansiedades.

c) Bion creía que los procesos latentes grupales son los que Klein describe en las primeras fases del desarrollo del bebé. Así, cuando el grupo enfrenta una ansiedad persecutoria, desarrolla mecanismos de identificación introyectiva y proyectiva, siendo el mismo grupo quien procura un marco ideal para ello. Cuando el grupo comparte una ansiedad común, la energía mental de los procesos individuales que ilustra Klein tienden a canalizarse en una persona: un sentimiento de desagrado se orienta hacia una víctima propiciatoria, y un sentimiento de admiración resulta en la elección de un líder de grupo dependiente. La persona elegida debe prestarse a esta asignación de roles, y por ello puede ocurrir que un desequilibrado sea líder: los demás proyectan sobre él sus propias debilidades e imperfecciones.

5. *Lewin*.- Lewin destacó la importancia de las fuerzas que operan sobre el individuo desde afuera y en el individuo mismo, por lo que en toda su obra se halla implícita la idea de energía mental. Por ejemplo, cuando habla de tensiones acumuladas en sujetos que no habían concluido una tarea.

Explicó los fenómenos grupales y organizacionales como consecuencias del equilibrio establecido entre fuerzas impulsoras y fuerzas restrictivas, y concluyó que para aumentar la productividad había que reducir las fuerzas restrictivas, pues aumentar las impulsoras generaban fatiga y agresividad (en términos kleinianos, generaban ansiedad y por tanto mecanismos de defensa proyectivos que a su vez consumen energía).

Reducir las fuerzas restrictivas deja un monto de energía disponible para ejecutar la tarea y además para pensar creativamente acerca del modo en que la tarea puede cumplirse. Cuando los individuos participan de una decisión que tomará el grupo, esta decisión es catectizada, sobre ella se invierte energía, es algo ahora significativo para sus miembros, es decir, genera un compromiso para con dicha decisión. Las decisiones compartidas aumentan la eficacia personal y la organizativa.

6. *La teoría general de los sistemas*.- Los sistemas vivientes están en equilibrio dinámico con cambios permanentes, donde la energía es transferida y distribuida continuamente. Una persona funciona normalmente cuando puede distinguir el adentro y el afuera, y controlar la energía que entra y sale con respecto a su entorno. Para realizar esta tarea el yo debe gastar energía, y si su energía está puesta en defenderse de ansiedades internas, su trabajo se verá afectado: empieza a funcionar como sistema cerrado.

Esto que sucede con el individuo sucede también con la organización, quien debe contar con suficiente energía para cumplir una función de 'manejo', o sea poder enfrentar al entorno, constituido por la sociedad, el gobierno, los competidores y la economía en general.

La tarea de supervisar el medio y reaccionar ante él insume energía y puede generar gran ansiedad, lo cual a su vez puede canalizar la energía hacia las defensas para evitar el problema real. Por ejemplo, una empresa familiar puede advertir que sus productos o métodos están ya desactualizados, y esta situación genera tal ansiedad que se montan defensas para evitar el problema real (la actualización), con lo cual no queda resto de energía para el manejo con el entorno. y la empresa irá a la quiebra (salvo que esté dispuesta a cambiar). En esas condiciones la empresa se convirtió en un sistema cerrado, que, por definición, es el que no puede trabajar. Los grupos de supuesto básico de Bion son también sistemas cerrados, y sus grupos de trabajo, sistemas abiertos.

7. *Los sistemas sociales como defensa frente a la ansiedad*.- Las defensas contra la ansiedad son causas primarias de la ineficacia en la conducta de las personas (y de las organizaciones, porque las conductas

individuales afectan la vida social en la organización). Así, cuanto más energía se pone en la proyección, menos energía queda para una respuesta auténtica frente a la realidad. Muchos métodos o sistemas organizativos resultan de mecanismos de defensa: la energía está puesta allí y no queda energía para un trabajo productivo. Tales procedimientos no sólo roban energía a la organización, sino que evitan enfrentarse con las causas reales de la ansiedad, que no podrán manejarse con eficacia.

Los sistemas de defensa social están para reducir la ansiedad, pero como muchas veces se institucionalizan, los recién llegados deben adaptarse a ellos sin poder modificarlos: en tal sentido les resultan inadecuados y hasta pueden aumentarles, a su vez, la ansiedad.

El cambio organizacional es difícil porque implica reestructurar las defensas sociales, lo que a su vez aumenta la ansiedad. La resistencia al cambio es el temor a abandonar lo ya establecido y que en el pasado fue útil para defenderse contra la ansiedad. A menos que la gente tenga oportunidad de participar de los cambios, no podrá influir sobre la formación de nuevos sistemas sociales, siendo el resultado mayores sospechas, hostilidad y agresión.

El concepto de energía mental destaca el enorme potencial de creatividad y poder de las personas, asequible también a las organizaciones. Queda por ver si los futuros directivos tendrán la comprensión y el valor necesarios para crear nuevas formas de organización que sean eficaces.

Resumen de De Board Robert (1988) El psicoanálisis de las organizaciones. Capítulo 10.

Bloqueos de la energía.- El introyector se “traga” a su ambiente enterito sin digerir. El proyector alinea en sí lo que no le gusta, lo pone en los otros, y luego lo critica y lo rechaza. El retroreflector, impotente para expresar su ira al medio, la vuelve contra sí mismo. Suele ser un enfermo psico-somático. El deflector, achatador de emociones, usa la broma, el chiste, la risa o el chisme para trivializar el momento. Evita el compromiso efectivo. El fracaso lo caracteriza. El confluente está siempre de “acuerdo” con lo que los demás determinan y aun se “engancha” con las emociones de los otros. Incapaz de marchar por su propio camino, utiliza el de los demás.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- (*Psicoanálisis*) Freud tiene una concepción de la vida psíquica, por la cual se comprende la tesis de que, igual que en el mundo material, los procesos psíquicos sólo pueden ser comprendidos por medio de la revelación de las energías que los producen. La ley de la conservación de la energía tiene pleno valor para el mundo de lo psíquico. Igual que en la física, también en lo psíquico podemos hablar de conservación, desplazamiento, tensión, acumulación de la energía, etc. La doctrina del *psicoanálisis*, y, dentro de ésta, su teoría sobre la neurosis, se basa en este dinamismo de la vida psíquica. Al *aparato psíquico* son llevadas cantidades dinámicas (energías) completamente desconocidas aún, y el aparato tiene la función de elaborarlas, de distribuir las y eliminarlas. Las fuentes de estas energías que llegan a lo psíquico bajo la forma de excitaciones, son los instintos, por un parte, y el mundo exterior, que captado por los órganos de los sentidos, es llevado al alma bajo la forma de excitaciones exteriores, por la otra. La energía psíquica, según Freud, puede ser “libremente eliminable” o “fijada”. El aparato psíquico trata de fijar, es decir, de distribuir y de eliminar de acuerdo con los fines de lo conciente la energía recientemente incorporada que, en estado original, se encuentra en estado de completa libertad. Así como en los procesos fisiológicos las excitaciones son seguidas inmediatamente por una reacción (que constituye la eliminación de la energía producida por las excitaciones), así también el aparato psíquico está en continuo movimiento a fin de eliminar las excitaciones anímicas bajo la forma de reacciones. Dado que el ser humano constituye una unidad psicofísica, frecuentemente la reacción a una excitación física es fisiológica y viceversa. Esta *conversión*, como llama Freud a este proceso, es característica de los fenómenos histéricos. Esta eliminación o derivación de la energía se realiza por dos vías: primero por la motilidad, es decir, por medio de la inervación muscular, segundo por la afectividad, es decir, por todas las vivencias afectivas.

Los efectos constituyen, en una escala más amplia, repeticiones de vivencias ancestrales y traumáticas de la especie. La ira, la vergüenza, el entusiasmo, son todos procesos psíquicos que dependen de la incorporación y de la eliminación de cantidades de energías. Toda incorporación de energía al aparato psíquico, es decir, toda excitación, significa o produce displacer (sufrimiento): toda eliminación o derivación significa: placer (*Principio de placer y displacer*). Pero por el efecto del mundo exterior sobre el individuo y, particularmente, por la educación, el aparato psíquico es capacitado para renunciar al placer y producir displacer, sufrimiento. Esta modificación del principio del placer, efectuada bajo la influencia del medio social, es denominada *principio de realidad*. Cuando la reacción adecuada a la excitación -la *descarga* de las energías- es inhibida o interrumpida por la estructura del individuo mismo o por el mundo exterior, entonces nos encontramos en presencia de una acumulación de energías, esto es, que la capacidad de derivación, de la descarga del aparato psíquico, es menor que la incorporación de energía. Este aparato recurre entonces a una nueva forma de restablecimiento del equilibrio psíquico, que es la producir síntomas neuróticos en lugar de reacciones adecuadas. La neurosis puede ser concebida como una tentativa de derivación, no adecuada a la energía psíquica. La terapéutica analítica busca la derivación (*Abreacción*) de estas cantidades de energías acumuladas. Puede suceder también que el aparato psíquico reciba una excitación sumamente intensa, un trauma psíquico que no logre derivar

(abreaccionar), y por eso, las energías psíquicas quedan "apretadas". Según Freud, los síntomas histéricos significan una utilización normal de las energías psíquicas recibidas por los traumas en la evolución sexual infantil. Los traumas de la vida cotidiana (muerte de una persona querida, desgracia económica, desengaños amorosos, etc.) y también los de la guerra, provocan solamente, en tal caso, una enfermedad psíquica o mental si por un desarreglo de las energías psíquicas, el aparato psíquico ya anteriormente ha perdido su equilibrio. (Székely, *El Psicoanálisis, Teoría y Aplicación.*) Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ENDORFINAS

Definición.- "Neurotransmisores de la familia de los péptidos, también denominadas encefalinas. Se distribuyen ampliamente en todo el sistema nervioso. Son potentes analgésicos y se liberan como respuesta al dolor y al ejercicio intenso, provocando sensaciones agradables y de placidez. El carácter <<adictivo>> de estas sensaciones puede explicar en parte la reincidencia que se produce en la práctica de ciertos deportes o en la sexualidad. Precisamente por este aspecto adictivo y por sus peculiaridades bioquímicas, se las conoce como morfina opiáceas endógenas".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

ENGRAMA

Definición.- 1. Término propuesto por R. Semon para denominar una alteración permanente en el estado de un tejido vivo, causada por el proceso pasajero de la excitación (base de la Memoria Fisiológica, así como también de la herencia, según Semon). 2. Las sensaciones engravadas en el cerebro como "sello" de la memoria. 3. Usado a veces como sinónimo de *Neurograma*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Engrama-función.- Expresión utilizada en psicología analítica por Jung. "El símbolo deriva siempre de residuos arcaicos o sellos impresos en la vertiente misma de la raza, alrededor de cuya edad y origen mucho puede especularse, aunque nada definido puede determinarse. Sería pues, por cierto, bastante errado contemplar fuentes personales para descubrir la fuente del símbolo, como por ejemplo, la sexualidad reprimida. En el mejor de los casos una represión podría sólo proveer la suma de libido que activa el sello arcaico. El sello (engrama) se corresponde con una herencia funcional cuya existencia no es contingente a la represión sexual ordinaria, sino que procede de la diferenciación del instinto en general" (Jung, *Psychologische Typen*.)

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ENTREVISTA

Definición.- Conversación sostenida entre dos individuos, uno de los cuales recibe la obtención de cierta clase de informes por parte del entrevistado, y cuyo objeto puede ser de investigación, orientación, diagnóstico o tratamiento. Es la técnica más destacada de las implementadas en la obtención de datos, atendiendo al hecho de que el uso del lenguaje es un factor destacado como medio de comunicación. La entrevista estandarizada, y profunda, constituye una de las tipologías básicas de esta técnica.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Para el análisis e interpretación de una entrevista diagnóstica debe establecerse previamente una serie de *dimensiones* y *categorías* que permiten organizar la información a analizar, las que a su vez dependerán del objetivo de la entrevista. Si se trata, por ejemplo, de una entrevista libre para hacer un psicodiagnóstico, se pueden establecer las dimensiones *infancia*, *trabajo*, *amigos*, *sexualidad*, *tiempo libre* y *proyectos*, entre otras. Luego, para cada una de estas dimensiones o aspectos de la personalidad, se establecen convencionalmente algunas categorías. Por ejemplo, para la dimensión *sexualidad* establecemos 'normal' y 'conflictiva', o también 'normal', 'conflictiva', 'muy conflictiva'; para la dimensión *trabajo* se puede establecer 'económicamente independiente' o 'económicamente dependiente'; etc. Posteriormente, la información así organizada se podrá analizar e interpretar más en profundidad planteando hipótesis del tipo "una *infancia* conflictiva ha determinado que esta persona tenga un *trabajo* que le impide ser económicamente independiente", etc.

Cazau P (2003) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Entrevista laboral: Clasificación.- En primer lugar, las entrevistas laborales pueden ser, según su finalidad: de selección de personal (para ver si un postulante es apto para un cargo), de capacitación (para ver si un empleado puede hacer un curso de capacitación, o bien si lo ha aprovechado), y de reubicación (cuando es preciso saber si un empleado podrá ser asignado a otro puesto en la empresa).

En segundo lugar, según la técnica utilizada las entrevistas pueden ser: oral semidirigida (conversación con el empleado o postulante), y con tests (psicométricos o proyectivos, donde la persona debe hacer alguna prueba).

En último lugar, están las entrevistas de apertura (primer contacto con el postulante), y de cierre (último contacto, donde entre otras cosas se comunica a la persona su incorporación a la empresa y se lo instruye sobre la cultura organizacional).

Cazau P (2002), Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología Online.

Generalidades.- En el contexto del Counseling, distinguimos:

Preentrevista: es la primera llamada al consultor, es el primer contacto. Si es un niño pueden llamar los padres. En cualquier caso evaluaremos si llama con angustia, con ansiedad, a qué hora y qué día llama, cuantas trabas pone al encuentro, etc.

Primera entrevista: Se piden los datos del paciente (familia, trabajo, vida en gral), se averigua si es particular, por obra social, derivado, etc. Es muy importante la impresión recibida (qué sentimos) cuando entra al consultorio. Observar como saluda, como está vestido. Debemos recibir con calidez, aclararles el secreto profesional, y ofrecerle la posibilidad de tres entrevistas si está conforme o cómodo con uno. Las entrevistas duran 45-50 minutos. También, debe establecerse un encuadre (honorarios, días y horas, etc.).

La entrevista se puede cerrar cuando tenemos claro que podemos atenderlo, que se trata de una crisis vital, que no lo vamos a derivar.

Hay tres *modelos* de entrevista: *Abierta* (el otro puede empezar a hablar de lo que quiere y el consultor casi no interviene); *Dirigida* (muy usada en laboral. El otro no expone sino que responde preguntas), y *Semi-dirigida* (se lo invita a hablar de lo que quiere pero el consultor interviene preguntando para recabar más información. Es la más utilizada. No deben tomarse notas ni grabar).

El lugar físico: El consultorio debe estar en un lugar de fácil acceso. Buena ventilación y luz y silencio, y lo más neutro posible (sin demasiados elementos distractores). Dos silloncitos iguales (la igualdad necesaria para un equilibrio), una mesita, un cenicero, carlina, etc. No ofrecer café, agua, etc. La puerta cerrada.

Motivos de consulta: El motivo manifiesto es el que invoca concientemente en consultante. El motivo de consulta latente es que el consultor no ha advertido. Siempre están los dos motivos, que irán variando a lo largo de la consulta.

Bianco L (2002) Clases de Introducción a la consultoría psicológica. Buenos Aires: Escuela Argentina de Psicología Social.

Entrevista estructural según Kernberg.- Permite diagnosticar la estructura de personalidad, y toma aspectos del psicoanálisis (pues evalúa las reacciones afectivas en el aquí y ahora con el entrevistador) y de la psiquiatría clásica (pues evalúa síntomas y signos).

Incluye tres tipos de intervención: la *clarificación* (aclarar la información confusa o incompleta), la *confrontación* (señalar lo contradictorio para ver si se debe a una simple ansiedad o si responden al conflictos actuales o pasados), y la *interpretación* (buscar motivaciones subyacentes a lo que se dice).

La entrevista comienza preguntando por el motivo de consulta, qué espera del tratamiento y examen de síntomas. Luego se investiga el "ciclo de síntomas de anclaje", esquema circular que abarca síntomas de neurosis, límites, psicosis, y trastorno orgánico. Por fuera de este círculo se detectarán los síntomas de anclaje, cuya presencia indicará cuál de las cuatro áreas se investigará. Se indagan la identidad, las defensas y la prueba de realidad.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Generalidades.- La entrevista es un instrumento clínico y al mismo tiempo de investigación. Puede tener muchos propósitos (periodística, etc.), pero aquí nos interesa la entrevista psicológica, cuyos objetivos son la investigación, el diagnóstico, la terapia, etc. y es utilizada por psicólogos, psiquiatras, sociólogos, etc.

En la entrevista *cerrada* se formulan preguntas fijas y en orden fijo. La entrevista *abierta* no es libertad para hacer preguntas, sino implica la suficiente flexibilidad del entrevistador como para permitir lo más posible, que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su particular estructura psicológica. Por ello lo que el entrevistador ofrece debe ser lo suficientemente ambiguo o flexible como para permitir la mayor puesta en juego de la personalidad del paciente.

La entrevista abierta posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad del entrevistado, mientras que la cerrada podría permitir una mejor comparación sistemática de datos, como otras ventajas de método estandarizado.

La entrevista puede ser individual o grupal: en este último caso participan dos o más entrevistadores y/o entrevistados. Pero toda entrevista es siempre grupal, pues hay una interacción entre dos a través del proceso de comunicación. La forma como se comunica el entrevistado ilustra sobre su forma de ser.

Según el objetivo, la entrevista puede ser de investigación, realizada para una institución, y la realizada para un beneficio individual.

Condensado de Bleger J (1989), Temas de psicología. Buenos Aires: Nueva Visión.

Entrevista, consulta y anamnesis.- En la anamnesis suponemos que el consultante conoce su vida y está capacitado para dar datos sobre ella, mientras en la entrevista cada ser humano tiene organizada una historia y un esquema de su presente, de lo cual debemos deducir lo que no sabe.

Otra diferencia con la anamnesis es que la entrevista permite explorar el comportamiento no verbal, que puede contradecir lo verbal. Por ello pueden aparecer varias historias diferentes ofrecidas por el paciente, con disociaciones, lagunas y contradicciones, lo que no hace poco confiable a la entrevista, sino que ello forma parte de la personalidad del sujeto. La simulación no es perturbatoria sino una parte disociada de la personalidad, y evaluados como tales, es decir, no a partir de si son falsos o veraces. Distintos entrevistadores pueden ver distintas cosas.

A diferencia de la consulta y la anamnesis, la entrevista estudia y utiliza el comportamiento total del sujeto en todo el curso de la relación con el técnico, y mientras esta dure. Es una relación bipersonal. Su fin es buscar datos de la conducta durante el contacto, para lo cual hay que escuchar, observar y vivenciar. La teoría de la entrevista fue influida por el psicoanálisis, el conductismo, la gestalt y la topología (campo de la entrevista).

Como en la anamnesis, en la entrevista hay configurado un campo, o sea, entre los participantes se estructura una relación de la cual depende todo lo que en ella acontece. A diferencia de la anamnesis, se procura que en la entrevista el campo quede configurado especialmente a partir de las variables del entrevistado. El entrevistador controla la entrevista, pero quien la dirige es el entrevistado. El entrevistador condiciona él mismo los fenómenos que va a observar. Esto no es determinar el fenómeno porque lo natural del fenómeno psicológico es precisamente la interacción. Ninguna entrevista puede agotar toda la personalidad del paciente.

Condensado de Bleger J (1989), Temas de psicología. Buenos Aires: Nueva Visión.

Entrevista y encuadre.- Hay un encuadre fijo (objetivos, tiempo, lugar, actitud técnica, etc.) Si algo se modifica, debe ser considerado como una variable más a considerar. Bleger enfatiza la importancia del encuadre para mantener el campo de la entrevista de manera que una serie de variables se mantengan constantes. Esto lo ayuda a observar mejor. El encuadre sería lo constante, lo que no es proceso es lo que cambia.

Condensado de Bleger J (1989), Temas de psicología. Buenos Aires: Nueva Visión.

Entrevista, transferencia y contratransferencia.- La transferencia y la contratransferencia deben ser utilizadas como elementos técnicos de observación y comprensión. Con la transferencia el paciente actualiza vínculos inconcientes que se dieron en el curso de su desarrollo. Revela los aspectos no controlados por el paciente y sus aspectos inmaduros e irracionales, su grado de dependencia, su omnipotencia y su pensamiento mágico. La contratransferencia es otro emergente del campo psicológico configurado en la entrevista.

Condensado de Bleger J (1989), Temas de psicología. Buenos Aires: Nueva Visión.

Entrevista y ansiedad.- Enfrentados ambos a una situación desconocida, entrevistador y entrevistado viven una cierta desorganización de la personalidad expresada como ansiedad.

Dentro de ciertos límites es el agente motor del vínculo impersonal: el entrevistador es el motor del interés en la investigación y lo desconocido. Otra fuente de ansiedad es estar tratando con enfermos, lo que enfrenta al entrevistador con su propia vida, conflictos, deseos, etc. El entrevistador debe operar *disociado*: en parte actuar con una identificación proyectiva con el paciente, y en parte permaneciendo fuera de esa identificación, observando y controlando lo que ocurre para graduar el impacto emocional y la desorganización ansiosa. Una mala disociación hará que por ejemplo el técnico desarrolle fobias u obsesiones durante la entrevista. Debe asumir los roles que le adjudica el paciente, pero no en su totalidad. La represión del entrevistador sobre ciertos temas (sexualidad, envidia, etc.) pueden fortalecer la misma represión del paciente.

En el entrevistado monta defensas contra la ansiedad, las que, si son predominantes, el entrevistador las desarmará lo suficiente para la emergencia de la ansiedad y una posibilidad de actualizar conflictos. Debe tenerse en cuenta el 'timing', o tiempo propio del paciente.

Condensado de Bleger J (1989), Temas de psicología. Buenos Aires: Nueva Visión.

Los entrevistados.- Schiller los clasifica en los que vienen con quejas corporales, mentales, por falta de éxito, por problemas en la vida diaria y por quejas de otras personas.

Según Pichon Riviére, hay tres grupos según las áreas de conducta cuerpo, mente y mundo externo. Lamentos habla de un predominio de la ansiedad depresiva, y acusaciones de ansiedad paranoide.

También los neuróticos, los psicóticos (los traen), y los psicópatas (los mandan).

En el caso de las familias, las hay esquizoides (miembros divididos, el técnico no sabe a quien hablar), y las hay aglutinadas, epileptoides o viscosas (con déficit de personificación en sus miembros, con demasiada simbiosis).

Condensado de Bleger J (1989), Temas de psicología. Buenos Aires: Nueva Visión.

Entrevista e interpretación.- Rogers ni interpreta ni pregunta, alentando al paciente a hablar. La entrevista diagnóstica tiene siempre algo de terapia, y el primer factor terapéutico es la comprensión del entrevistador. Se debe interpretar sobre todo cuando la comunicación tiende a interrumpirse o distorsionarse. La interpretación es una hipótesis sujeta a verificación o rectificación. En la *entrevista operativa* se tiende a comprender y esclarecer un problema que el paciente aporta como motivo de la entrevista. No hay que abusar de la interpretación, y aprender a callar.

Condensado de Bleger J (1989), Temas de psicología. Buenos Aires: Nueva Visión.

Relación interpersonal.- Schafer estudió la importancia de la relación entrevistador-entrevistado en el proceso diagnóstico, pues influye sobre este mismo proceso, siempre hay miedos, deseos, ilusiones, fantasías, en juego.

Tales miedos y fantasías son tanto del paciente como del psicólogo, cuya personalidad también influye en el proceso. Hay también una 'patología' del entrevistador, como cuando por ejemplo, curiosear por afán voyeurista sin buscar información, o cuando es muy autocrático y verticalista, o negar sus propias dudas creyendo saberlo todo, ser demasiado 'piadoso' en su diagnóstico, etc. Schafer habla de ocho tipos de personalidad del entrevistador: el inseguro de su propia identidad, el retraído social, el dependiente, el intelectual rígido, el sádico, el masoquista, el que se defiende rigidamente contra la dependencia, y el que hace lo mismo contra la hostilidad.

El juicio clínico según Duarte, depende de esta personalidad del profesional, pero también de otras cosas: su experiencia clínica y el modelo teórico que maneja.

Schafer propone varios criterios para asegurar la validez de la interpretación: debe estar apoyada en suficiente evidencia; su profundidad debe estar de acuerdo al material; debe poder indicarse cómo se manifiesta la tendencia interpretada: estimar la intensidad de dicha tendencia; jerarquía de dicha tendencia dentro de la personalidad; e indicación de los aspectos adaptativos y patológicos de dicha tendencia.

Condensado de Frank de Vertelly Renata (1992), Temas de evaluación psicológica. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Entrevista a los padres.- Como presentación se informa a los padres que se hará una charla con ellos y luego se realizarán entrevistas al niño donde va a jugar, dibujar y hacer cuentos. El objetivo de la entrevista con los padres es explorar embarazo, parto, lactancia, alimentación, motricidad, lenguaje, sueño, control de esfínteres, juegos, información sobre sexualidad, enfermedades, accidentes, operaciones. También, que los padres puedan describir un día en la vida del niño, y una descripción de un feriado.

La entrevista a los padres encuentra su justificación en los siguiente: ambos son responsables del niño, ambos son modelos de identificación del niño, ambos deben autorizar legalmente la intervención al niño, y finalmente porque provee información sobre el vínculo parental.

En la entrevista debe quedar en claro quienes consultan (ambos padres, uno solo, vienen derivados, etc), cuando consultan (apenas apareció el síntoma o mucho después), y porqué consultan (generalmente por una situación sintomática, pero hay que ser si es o no un síntoma).

Los siguientes puntos deben aclararse en una primera entrevista: qué tipo de rapport hay con los padres, a nivel verbal y preverbal, qué tipo de transferencia y contratransferencia hay, qué alianza se estableció, el motivo de consulta (como, cuando mejora o cuando recrudece), las áreas de vida del niño (sexualidad, amistades, áreas exitosas y problemáticas, historia, relación con los padres, etc), estrategia a seguir, y pronóstico.

Entrevista a los padres según Anna Freud.- Puesto que para esta autora salud supone el desarrollo armonioso de distintas líneas de desarrollo que llevarán a la autonomía y a vínculos afectivos adecuados, la entrevista explorará el desarrollo de la libido y la agresión (ello), las relaciones objetales y las defensas (yo) y el desarrollo del superyó. Un autor de la línea de Anna Freud es Pearson, para quien la entrevista debe ser con ambos padres, a quienes se informará sobre el tipo de terapia. No son los padres internalizados por el niño: son aún los padres reales, y es preciso conocerlos porque ellos son quienes controlan al niño. Así, los objetivos de la entrevista con los padres son obtener datos del niño y crear un vínculo padres-psicólogo para aclarar celos, culpas y envidias. La entrevista es el marco social donde tendrán lugar los cambios del niño, y también permite detectar patrones reactivos del niño, y hacer un diagnóstico y un pronóstico. También explorará las actitudes concientes o inconcientes de la familia hacia el niño.

Entrevista a los padres según Dolto.- La manera de escuchar otorga un nuevo sentido al discurso. No interesa el síntoma en sí, sino lo que significa como actualización de la dinámica básica y las posibilidades futuras. El psicoanalista busca el deseo más profundo del sujeto hablante, detrás del pedido o la angustia. Los padres tienen deseos y los proyectan en sus hijos. El niño expresa en el síntoma (conducta

que aparece donde se detienen las palabras) la tensión inconciente familiar y parental. Su impotencia es a veces la impotencia de los padres, quienes esperan del hijo una compensación a sus fracasos.

Entrevista a los padres según Manonni.- La urgencia o gravedad de la demanda de los padres hace que tendamos a comportarnos como psiquiatras o psicopedagogos, olvidando la aprehensión psicoanalítica que lleva a una comprensión profunda de la situación familiar. El analista no debe dejar que lo pongan como juez: debe ayudar a articular la demanda para que adquiera un sentido. No hay una relación tan directa entre desorden familiar y síntoma. En su síntoma, el niño expresa una mentira, o sea no tanto el desorden real como la no explicitación del mismo en la familia. Importa la palabra de la madre en especial, pues el padre depende del lugar que le otorgue el discurso de la madre.

La primera entrevista revela no tanto el discurso mismo como sus distorsiones: el primer discurso de los padres suele ser un discurso de los otros, y el analista no debe ocupar este rol que le asignan (juez, educador, etc). La enfermedad surge cuando el niño ocupa el lugar de algún padre por no haber este resuelto su Edipo, utilizando al niño como otro. La salud pasa por la resolución del Edipo del progenitor.

Entrevista a los padres según el enfoque sistémico.- Frente a la pregunta sobre qué los trae, los padres hablarán del motivo de consulta. Debe averiguarse para quien es un problema: para los de afuera, para el niño que sufre, para los padres que se angustian, para todos ellos.

Indagar quienes se preocupan más por el síntoma: son los que están más implicados en él. Ver qué conductas hacen que ese síntoma siga estando. Preguntar qué soluciones se intentaron, porque tal sean 'más de lo mismo'. Investigar la motivación para cambiar a partir de cuanto afecta el síntoma a la vida diaria.

Entrevista a los padres según el enfoque cognitivo.- Indaga paradigmas personales, o sea como cada persona se concibe a sí, a los otros, al mundo, al futuro. Su sistema de cogniciones, creencias, vinculadas a afectos y conductas. Detectar errores de pensamiento: prejuicios como adelantar conclusiones, basarse en un solo dato, generalizar demasiado, ser absolutista o dicotómico.

Sintetizado de Celener (1995) Entrevista: distintos abordajes. Entrevistas a padres. Publicación interna de la cátedra de Diagnóstico y técnicas de exploración psicológica, Módulo II, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Generalidades.- La entrevista es el principal instrumento que usa el psiquiatra para conocer al paciente y su problema. El diagnóstico y el pronóstico se basan en sus datos y en los aportados por familiares, el examen físico, los tests y otros estudios. Con ello se puede trazar un plan terapéutico.

La relación médico-paciente es fundamental: debe basarse en la confianza y la comprensión. Deben hacerse las entrevistas en privado y es importante la franqueza, una sonrisa a tiempo, etc. Las preguntas pueden intercalarse cuando el paciente lo propicie en el relato de su vida. Pueden tomarse notas escritas, pero grabarse sólo con el permiso del paciente. El psiquiatra no debe ser demasiado pasivo o frío, y evitar reacciones fuertes.

La entrevista inicial debe ser acogedora, debido a la ansiedad habitual del paciente. Dejar hablarlo y hacerle preguntas para aclarar cosas o para explorar temas no dichos. Si no hay otra entrevista, al paciente se le da un breve resumen y recomendaciones. Las entrevistas posteriores deben seguir el enfoque comprensivo y terapéutico de la primera: también deben respetarse las opiniones y defensas del paciente.

Las técnicas de entrevista deben variarse según la personalidad del paciente, su enfermedad y el objetivo de la entrevista. Estas técnicas van desde las más permisivas hasta las más directivas, y son: a) la entrevista no directiva: el psiquiatra no interviene, deja hablar, pero aquí el paciente puede sentir abandono; b) entrevista de consulta, o discusión del problema del paciente con el médico que remitió al mismo. Suele carecer de una comprensión profunda; c) entrevista de estrés, donde se estimula a pacientes particularmente apáticos mediante desafíos, provocaciones, etc; d) entrevista con uso de fármacos, para que el paciente se exprese más libremente; e) entrevista con hipnosis, cuando al paciente le cuesta expresar sus conflictos con facilidad, y para suscitar recuerdos importantes; f) entrevista con un paciente ansioso: donde se buscará indagar las causas de la ansiedad; g) entrevista con un paciente que muestra síntomas psicofisiológicos, para comprender la relación entre lo físico y lo psíquico; h) entrevista a paciente delirante, donde no debe asentir ni contradecir los delirios; i) entrevista con el paciente retraído, donde debe haber interrogatorio activo; j) entrevista con el paciente maniaco, donde éste revela bastante al hablar mucho, pero el psiquiatra debe mostrarse calmo.

Las entrevistas a familiares son esenciales en los casos de niños, retrasados mentales, psicóticos que no pueden presentar una historia clara, y pacientes con problemas de personalidad que muestran los hechos de manera distorsionada. A veces los familiares dan información más valiosa que el propio paciente, pero son importantes también las fantasías de éste último.

Kaplan y Sadock, *Compendio de psiquiatría*. Capítulo 7, punto 1: La entrevista psiquiátrica.

Dimensiones y fases.- "Ekkehard y Sieglinde Othmer describieron la entrevista dividida en cuatro dimensiones -establecimiento del "rapport" (relación de mutua confianza y comprensión), evaluación del estado mental del paciente, uso de técnicas específicas y diagnóstico, con el proceso de entrevista que

progresaría a través de siete fases. El cuadro adjunto resume su conceptualización de la entrevista ideal” (página 3).

Las siete fases de la entrevista y sus cuatro componentes (página 4)

Cuadro de Othmer, E. Othmer Sc: The Clinical Interviewing Using DSM-III-R, p 246. American Psychiatric Press, Washington, 1989. Utilizada con autorización.

Fase	“Rapport”	Estado mental	Técnica	Diagnóstico
1. Caldeamiento	Hacer que el paciente se sienta cómodo, establecer los límites	Observar su aspecto, función psicomotora, lenguaje, pensamiento, afecto. Orientación, memoria.	Seleccionar preguntas productivas	Anotar pistas diagnósticas acerca del comportamiento del paciente
2. Localizar el problema	Empalmar con el sufrimiento, hacer una escucha apasionada	Explorar humor, insight, memoria y juicio	Empezar con preguntas abiertas	Clasificar el motivo de consulta; evaluar los síntomas, gravedad, curso, factores estresantes; hacer una lista de diagnósticos diferenciales
3. Seguimiento de las impresiones preliminares	Convertirse en un aliado, marcar los cambios en los temas	Evaluar estado de las funciones mentales	Cambios de tema, progresar de preguntas abiertas y cerradas	Verificar o excluir las impresiones diagnósticas
4. Historia confirmativa	Mostrar maestría, interés, determinación y liderazgo	Evaluar responsabilidad, juicio y memoria remota	Continuación, cambio de temas, manejar las defensas	Evaluar el curso, los efectos en la vida social, antecedentes familiares y personales
5. Completar la base de datos	Motivar para que responda a las preguntas	Evaluar la rapidez de pensamiento, la habilidad para cambiar de tema	Rellenar huecos, seguir pistas, aclarar las incongruencias	Excluir trastornos poco frecuentes
6. Respuesta	Asegurar la aceptación del diagnóstico	Discutir los hallazgos sobre su estado mental, explorar el interés en buscar ayuda	Explicar el trastorno y las opciones terapéuticas	Establecer diagnóstico y pronóstico
7. Contrato terapéutico	Asumir el rol de autoridad y asegurar el cumplimiento	Inferencias acerca del insight, juicio y cumplimiento	Discutir el contrato terapéutico	Predicción de los efectos del tratamiento

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Metas.- “Cada entrevista tiene dos principales metas desde el punto de vista técnico: el reconocer los determinantes psicológicos del comportamiento y la clasificación de síntomas. Othmer y Othmer describían dichas metas englobando dos estilos de entrevista: el orientado al insight (introspección) o estilo psicodinámico y el orientado a los síntomas o estilo descriptivo. El *orientado al insight* tiende a resaltar la apertura del inconciente y la interpretación de los conflictos inconcientes, ansiedades y defensas: el *abordaje orientado a los síntomas* recalca la clasificación de las quejas y disfunciones del paciente definidas en categorías diagnósticas específicas. Ambos abordajes son mutuamente excluyentes y pueden, de hecho, ser compatibles. El diagnóstico del paciente puede ser descrito de manera tan precisa como sea posible, averiguando detalles como los síntomas del paciente, el curso de la enfermedad, los antecedentes familiares y comprendiendo la personalidad del paciente, la historia de su desarrollo y sus conflictos inconcientes”.

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Entrevista clínica.- "Es una relación interpersonal de carácter profesional que se establece en el momento del encuentro del psiquiatra con su cliente, y cuya finalidad es poder orientar el diagnóstico y el tratamiento del paciente". Hay diversos modelos de entrevista, como por ejemplo el modelo médico, el psicoanalítico y el conductista.

Vallejo Ruiloba J y otros, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Masson, Barcelona, 1999, 4ª edición, pág 77.

Entrevista clínica.- Es un instrumento que permite describir la personalidad del sujeto, evaluar sus posibilidades de cambio (pronóstico) y el tipo de estrategia terapéutica adecuada a su caso. La entrevista clínica tiene fundamentos teóricos y por otro lado una serie de reglas para su ejecución.

La entrevista busca registrar el comportamiento total, incluyendo el no verbal. También debe considerarse si la pidió el mismo consultante o si la pidió el entrevistador (como parte de su práctica). En cualquier caso no hay nunca observaciones puras: siempre se las interpreta de una u otra forma. De hecho, el entrevistador con sus fobias, obsesiones, etc, influye también en el desarrollo de la entrevista, y debe darse cuenta de sus propios conflictos y modos de ser. Además, debe procurar escuchar, más que juzgar, dar la razón o disentir, y sus intervenciones han de ser oportunas.

La transferencia y la contratransferencia deben utilizarse sólo como instrumentos técnicos de observación y comprensión. La ansiedad debe ser atentamente seguida porque indica el curso de la entrevista, lo mismo que las defensas montadas por el consultante frente a la primera ansiedad de la situación donde será investigado por el psicólogo. También las defensas que aparecen luego frente a la ansiedad de mantenimiento, de tipo depresivo (miedo a perder el vínculo establecido) y cerca del final la ansiedad de separación, de tipo paranoide (el peligro de separarse).

Clasificación.- 1) Las entrevistas clínicas pueden ser dirigidas, semidirigidas y libres. La entrevista dirigida es un cuestionario pues no se cambian ni el orden ni la forma de las preguntas, que están predeterminadas. Sirve para obtener datos de la historia personal (anamnesis). En la entrevista libre las preguntas se adaptan a la personalidad del entrevistado. La entrevista semidirigida tiene algo de las dos anteriores y es la empleada en psicodiagnóstico. 2) Las entrevistas pueden ser individuales (un solo consultante) o grupales (más de uno), aunque en rigor la entrevista siempre es grupal porque intervienen también los personajes imaginarios (vínculos interiorizados).

Lunazzi de Jubany H, Lectura del psicodiagnóstico.

Entrevista de devolución.- En el proceso psicodiagnóstico, hoy en día este tipo de entrevista busca tanto promover cambios como facilitar al sujeto la experiencia de un vínculo dentro del cual poder interrogarse a sí mismo. Está dirigida al consultante, a diferencia del informe, más técnico y dirigido a la institución que indicó el psicodiagnóstico. En toda devolución debe destacarse el síntoma como portador de un mensaje, es decir como expresión metafórica de un conflicto (por ejemplo un fracaso escolar que encubre una depresión).

Los riesgos de la entrevista de devolución son: a) obturar, transformarse en psicólogo en cómplice de alguna fuerza del conflicto, en lugar de comprender la significación del síntoma; b) que el psicólogo se imponga como una autoridad que ordena deseos; y c) exhibición onnipotente de conocimientos por parte del psicólogo.

Lunazzi de Jubany H, Lectura del psicodiagnóstico.

Entrevista inicial.- En el proceso psicodiagnóstico, es la primera entrevista que dura 60 minutos y donde pedimos al consultante 'hábleme de usted como persona', y que lo haga libremente. El fin es que pueda hablar de sí, que comprenda la utilidad del psicodiagnóstico, que baje sus resistencias (incluyendo las partes más difíciles de su vida), y explicitarle el encuadre (horarios, etc). Importa detectar qué temas evita, y como se establece la transferencia y la contratransferencia.

Lunazzi de Jubany H, Lectura del psicodiagnóstico.

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

Definición.- Es "un encuentro entre dos personas, con la finalidad de que una de ellas interroge a la otra sobre un asunto específico. La entrevista diagnóstica implica, así, una persona que pregunta (el entrevistador) y una persona que contesta (el entrevistado) sobre un tema central (la persona del entrevistado), con el objetivo específico de elucidar la total comprensión de los problemas que afligen a una persona: el entrevistado" (pág. 17).

Abuchaem J (1979) El proceso diagnóstico en el niño, el adolescente y el adulto, Tomo 2. Buenos Aires: Kargieman.

Clasificación.- "Considerando la dinámica con que se lleva a cabo dicho interrogatorio, la entrevista diagnóstica comprende tres tipos: la entrevista cerrada, la entrevista abierta y la entrevista semidirigida. En la primera, las preguntas ya están previstas, tanto como lo están el orden y la forma de plantearlas, y el entrevistador no puede alterar ninguna de esas disposiciones. En la segunda, ocurre lo contrario: el entrevistador puede improvisar, dirigir, intervenir a su antojo, siguiendo las necesidades que se van

planteando en el transcurso de la entrevista. La tercera, finalmente, constituye una mezcla de las dos primeras: el entrevistador dispone de una cierta libertad en el interrogatorio, pero tiene que cumplir con otras normas que deben permanecer invariables" (pág. 17-18).

Abuchaem J (1979) El proceso diagnóstico en el niño, el adolescente y el adulto, Tomo 2. Buenos Aires: Kargieman.

ENUNCIADO FUNDAMENTAL

Generalidades.- Enunciados del fundamento son un conjunto de enunciados pronunciados algún grupo social homogéneo y referidos a su propia razón de ser, al origen de sus modelos, a la realidad del mundo. Abarcan enunciados míticos, sagrados o científicos. Todos ellos comparten una misma exigencia: para ser 'fundamento' deben ser recibidos como palabras de certeza, pues si no serán dejados de lado.

Los discursos mítico, sagrado o científico comparten una característica: se refieren al origen del modelo, lo que a su vez implica que se refieren también al objetivo hacia el cual el modelo tiende, con lo cual se pueden hacer previsiones y actuar en consecuencia.

Aulagnier P, La violencia de la interpretación, pág. 160.

ENVEJECIMIENTO

Envejecimiento diferencial.- Algunas partes del cuerpo envejecen antes que otras: esto se llama envejecimiento diferencial, pero no hay ningún parámetro para decidir cuando comienza el proceso de envejecimiento. Influye la vida que haya tenido la persona, pero no es lo único.

Condensado de Strejilevich Mario (1985) Temas de psicogeriatría (artículo).

Estrés y envejecimiento.- Simone de Beauvoir decía que las arrugas de la piel son ese algo indescriptible que procede del alma. Hoy podemos sospechar que ese algo misterioso es el estrés. De hecho (Anónimo, 1985), el estrés puede acortar la vida. Lo que llamamos envejecimiento no es más que la suma total de las cicatrices que deja el estrés en nuestros cuerpos. Los científicos creen (Anónimo, 1990b) que de poder lograrse frenar la acción hormonal de los glucocorticoides (hormonas del estrés: cortisol, cortisona, etc), sería posible impedir el avance del envejecimiento. Experimentos realizados tienden a mostrar, en efecto, que los glucocorticoides tienen vigencia en el envejecimiento cerebral y en la degeneración celular de las neuronas.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Anónimo (1985) Qué es el estrés. Buenos Aires: Revista Muy Interesante N ° 2.

Anónimo (1990b) El estrés mata las neuronas. Buenos Aires: Revista Enciclopedia Popular Magazine, N°7.

ENVIDIA

Generalidades.- 1. Sufrimiento de una persona porque otra posee algo que ella no tiene o no puede obtener, a diferencia de la admiración, en que el reconocimiento de la diferencia provoca simpatía, y de la fascinación, en que la atracción irresistible parece implicar un sentimiento placentero. A veces en el lenguaje corriente la envidia se confunde con los celos. Pero éstos son una adquisición humana más tardía, pues la posesión inalcanzable es el amor de una tercera persona. 2. (*Psicoanálisis*) En busca de sentimientos primordiales, tan inherentes que ponen a prueba los últimos recursos de su terapia, el psicoanálisis ha enfocado su atención en manifestaciones específicas de la envidia, por ejemplo la envidia femenina del pene, en que lo envidiado es radicalmente inalcanzable. Es una noción difícil que ha irritado al movimiento feminista al suponer éste que se postula de pasada la superioridad masculina. Aun suscita polémica entre los mismos seguidores de Freud, sin contar a aquellos científicos que consideran al psicoanálisis una construcción esotérica o fantástica. En verdad, Freud no postula para el varón una envidia al genital femenino. El lecho de rocas del varón es una rivalidad insuperable con otro nombre. Cuando M. Klein reemplaza el falocentrismo de Freud lo reemplazará por otro centrismo, el del pecho, también él generador de envidia para los dos sexos. 3. (*Psicoanálisis*) Melanie Klein subraya, si no el carácter radical de la envidia, el hecho de que no se dirija hacia cualquier objeto, sino al pecho materno. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Envidia temprana, celos y voracidad.- "Se debe diferenciar la envidia temprana de los celos y de la voracidad. Los celos se basan en el amor y su objetivo es poseer al objeto amado y excluir a su rival. Corresponden a una relación triangular y por consiguiente a una época de la vida en que se reconoce y diferencia claramente a los objetos. La envidia, en cambio, es una relación de dos partes en que el sujeto envidia al objeto por alguna posesión o cualidad; no es necesario que ningún otro objeto viviente intervenga en ella. Los celos son necesariamente una relación de objeto total, mientras que la envidia se experimenta esencialmente en función de objetos parciales, aunque persista en relaciones de objeto total.

El objetivo de la voracidad es poseer todo lo bueno que pueda extraerse del objeto, sin considerar las consecuencias. Esto puede tener por consecuencia la destrucción del objeto, arruinándose lo que tenía de bueno, pero la destrucción es contingente y no el fin que se buscaba. El fin es adquirir lo bueno a toda costa. En la envidia el objetivo es ser uno mismo tan bueno como el objeto, pero cuando esto se siente imposible, el objetivo se convierte en arruinar lo bueno que posee el objeto para suprimir la fuente de envidia" (Segal H, 1987:44).

Segal H (1987) Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós.

Envidia temprana según M. Klein.- "El bebé la experimenta principalmente hacia el pecho que lo alimenta. Es posiblemente la primera manifestación externa del instinto de muerte, ya que ataca a lo que se siente como la fuente de vida". Si la envidia temprana se torna excesiva, pasa a ser un factor de consideración psicopatológico.

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 122.

EPIDEMIOLOGÍA

Definición.- La *epidemiología* se ocupa del estudio de los problemas de salud-enfermedad a nivel colectivo.

Castellanos P, Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. Cuadernos Médico-sociales Nº 42, Diciembre 1987.

Historia.- En sus comienzos, la definición de epidemiología se aplicaba sólo al estudio, control y prevención de las enfermedades infecciosas, y utilizaba el clásico modelo de la triada ecológica (agente, huésped, ambiente). Una segunda revolución epidemiológica sobreviene cuando incorpora el estudio de las enfermedades no infecciosas, cuando se reconoce que la salud-enfermedad tiene múltiples causas que van más allá de un agente infeccioso (bacteria o virus). Empiezan entonces a ser estudiadas a nivel epidemiológico las patologías cardíacas y el cáncer, entre otras.

Más tarde, la epidemiología incorpora también los traumas y las catástrofes. Hoy en día hay una tendencia, preconizada por el autor, que señala que la epidemiología ha de estar centrada en la salud, y no tanto en la enfermedad. Por ejemplo, averiguando por qué factores algunas poblaciones no se enferman allí donde otras enferman, y promover esos factores, lo cual es distinto a prevenir, que opera sobre los factores que causan enfermedad.

La clínica médica es una fuente importante de hipótesis epidemiológicas. Por ejemplo: los médicos detectan una relación entre una enfermedad y un hábito, y la epidemiología se encarga de probarla.

Terris M (1982), *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.

Definición.- "La *epidemiología* es el estudio de la distribución, incidencia y duración de la enfermedad. En psiquiatría, los métodos epidemiológicos contribuyen al conocimiento de las causas, tratamiento y prevención de los trastornos mentales. Estos métodos sirven también para definir y evaluar estrategias para la prevención y el control de la enfermedad y las discapacidades. Además, los estudios epidemiológicos colaboran en la planificación y evaluación general de los programas de salud mental, tanto a nivel local como nacional" (página 198).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Generalidades.- Proviene de los vocablos griegos "epi" (encima), "demos" (pueblo) y "logos" (estudio). Etimológicamente significa el estudio de lo que está sobre las poblaciones. La premisa de la epidemiología es que la enfermedad no ocurre ni se distribuye al azar.

Es la rama de la salud pública que tiene como propósitos: describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que componen la salud pública, comprender las fuerzas que dominan la salud, intervenir en el curso del desarrollo natural de la enfermedad, determinar la carga de enfermedad para planificar los requerimientos de servicios y la prioridad para la asignación de recursos, Detectar tendencias en la incidencia o prevalencia de enfermedades, identificación de cambios en los patrones de una enfermedad y sus consecuencias, identificación de los grupos de riesgo en la población, definición de rangos de normalidad y/o valores esperados, y completar el cuadro clínico de una enfermedad e identificar condiciones predisponentes.

La epidemiología investiga la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones humanas así como las modalidades y el impacto de las respuestas sociales necesarias para atender estas necesidades. La epidemiología combina principios y conocimientos de las ciencias biológicas y sociales además aplica metodologías cuantitativas y cualitativas.

El padre de la epidemiología es el inglés John Snow. La epidemiología es la disciplina que estudia la enfermedad en poblaciones humanas. Es una disciplina médica. El foco de estudio es un grupo de individuos que comparten una o varias características que los reúnen. Salud y enfermedad son uno mismo y así deben ser entendidos ya que el fenómeno salud enfermedad es un proceso dinámico. El concepto ecológico, la acción recíproca del hombre y su medio, el conjunto dinámico de acciones y

reacciones de los factores ambientales entre si. Noción de causalidad múltiple, ninguna enfermedad tiene una causa única. Toma en cuenta la forma en que aparece la enfermedad en el contexto de una población sana. Su enfoque puede ser aplicado tanto a enfermedades transmisibles agudas como crónicas. Sus métodos aplican para el estudio de poblaciones humanas, animales o vegetales.

Ramírez Elizalde J, Cano Garrido M, Escamilla Salas D y González Ramírez E (2006) Epidemiología, salud pública y medicina preventiva.

Otras definiciones de epidemiología.- Son las siguientes:

Definición técnica: El estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas.

Asociación Epidemiológica Internacional: El estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de las enfermedades en poblaciones humanas.

Barker David: El estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en las poblaciones humanas.

Fox: El estudio de los factores que determinan la ocurrencia de la enfermedad en las poblaciones.

Gordon, John: Ecología médica.

Lechat y Mazzafero: Ciencia encargada del estudio de los aspectos ecológicos que condicionan los fenómenos de salud y enfermedad en grupos humanos a fin de establecer las causas, mecanismos y procedimientos tendientes a promover y mejorar la salud.

Lowe: Estudio de los problemas de salud en grupos de personas.

Morris: La frecuencia de eventos médicos en las poblaciones.

MacMahon-Pugh: Es el estudio de la distribución de la enfermedad y de los determinantes de su prevalencia en el hombre.

Payne: El estudio de la salud del hombre en relación con su medio.

Pickering, Richard: Parte de la biometría que se refiere a la medición de las características humanas.

Susser, Mervin: El estudio de las distribuciones y determinantes de los estados de salud en poblaciones humanas.

Terris, Milton: El estudio de la salud de las poblaciones humanas.

La epidemiología no considera el concepto de condiciones de salud solo como la ocurrencia de enfermedades, además incluye todos aquellos eventos relacionados directa o indirectamente con la salud.

Ramírez Elizalde J, Cano Garrido M, Escamilla Salas D y González Ramírez E (2006) Epidemiología, salud pública y medicina preventiva.

Objeto de estudio.- La epidemiología estudia: La distribución frecuencia y determinantes de la enfermedad. Las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales de la enfermedad. La distribución frecuencia y determinantes de los riesgos para la salud. Las formas de control de las enfermedades, de sus consecuencias y riesgos. Las modalidades e impacto de las respuestas adoptadas para atender la salud.

Ramírez Elizalde J, Cano Garrido M, Escamilla Salas D y González Ramírez E (2006) Epidemiología, salud pública y medicina preventiva.

Clasificación.- Se divide en:

Epidemiología *descriptiva*: Estudia la distribución de la salud y la enfermedad en relación a ciertas características de las personas afectadas como edad, sexo y raza entre otras.

Epidemiología *analítica*: Estudia los posibles factores causales que determinaron la distribución de la enfermedad y trata de interpretarlos.

Epidemiología *experimental*: Se ocupa de realizar estudios en animales de laboratorio y estudios experimentales con poblaciones humanas.

Ramírez Elizalde J, Cano Garrido M, Escamilla Salas D y González Ramírez E (2006) Epidemiología, salud pública y medicina preventiva.

El desarrollo de la epidemiología.- En 1928 Clifford Allchin Gill epidemiólogo inglés afirma que a pesar de los logros obtenidos por esta aun no le permitían reclamar un lugar entre las ciencias exactas sin embargo en la actualidad ningún avance médico sería capaz sin la participación de la epidemiología.

La primera referencia médica de un término análogo es dado por Hipócrates que uso las expresiones epidémico y endémico para referirse a los padecimientos según fueran o no propios de un determinado lugar.

Las afirmaciones sobre la influencia del modo de vida y el ambiente en la salud de la población lo hace el principal representante médico de la epidemiología antigua.

El estudio de las enfermedades como fenómenos poblacionales es tan antigua como la escritura, las primeras descripciones de padecimientos que afectan a poblaciones se refieren a enfermedades infecciosas.

El Papiro de Ebers menciona las fiebres pestilentes que asolaron a la población de los márgenes del Río Nilo alrededor del año 2000ac. En Egipto se veneraba a la diosa Sekmeth "diosa de la peste".

En la Biblia, El Talmud y el Coran hay registros de enfermedades contagiosas así como las normas recomendadas para evitar su dispersión.

Durante el reinado del Emperador Justiniano entre los siglos V y VI dc se utiliza el termino epidemia.

La larga historia de epidemias que azotaron al mundo antiguo y medieval determino la creación de los conceptos de epidemia, infección y contagio.

En 1546 Girolamo Fracastoro publicó "De contagione el contagiosis morbis et eorum curatione" describe las enfermedades que en ese momento se consideran contagiosas. Es el primero en establecer claramente el concepto de enfermedad contagiosa. Propone una forma de contagio secundaria a la transmisión de lo que denomina seminaria contagiorum.

En castellano la primera referencia al término de epidemiología se encuentra en el libro que con tal titulo publico Quinto Tiberio Angelerio en Madrid en 1598.

Ramírez Elizalde J, Cano Garrido M, Escamilla Salas D y González Ramírez E (2006) Epidemiología, salud pública y medicina preventiva.

Historia reciente de la epidemiología.- En Europa la mayoría de las enumeraciones y recuentos poblacionales tenían dos propósitos: determinar la carga de los impuestos y reclutar a los miembros del ejército. La necesidad de conocer cuales eran las Fuerzas del Estado llevó a inaugurar la cuantificación sistemática de un sinnúmero de características de los habitantes de las florecientes naciones. Inició el análisis de los registros de nacimientos que hasta entonces solo eran llevados por la iglesia católica. Surgió la construcción de tablas de mortalidad por edad de ocurrencia. Esta forma de analizar los datos obtenidos fue llamada por William Petty "aritmética política".

Se llegó a la elaboración de las "Leyes de la enfermedad": probabilidad de enfermar a determinada edad, probabilidad de permanecer enfermo durante un periodo específico de tiempo, y probabilidad de fallecer por determinadas causas de enfermedad. La búsqueda de las "Leyes de la enfermedad" fue una actividad permanente hasta el final del siglo XIX. El método utilizado por los epidemiólogos del siglo XIX para demostrar la transmisibilidad y contagiosidad de los padecimientos se sigue utilizando solo que con algunas modificaciones.

Con el establecimiento definitivo de la teoría del germen entre 1872 y 1880 la epidemiología adoptó un modelo de causalidad en el que un solo efecto es resultado de una sola causa, siguiendo conexiones lineales.

En incremento de las enfermedades crónicas a partir de la mitad del siglo XX contribuyo a ampliar el campo de acción de la epidemiología. La epidemiología contemporánea basa sus principales acciones en el modelo "Red de causalidad" de Brian MacMahon. La epidemiología se utiliza como instrumento auxiliar para la planificación de los servicios sanitarios.

La nueva epidemiología tiene como propósitos: a) La descripción de las condiciones de salud de la población mediante la caracterización de la ocurrencia de las enfermedades, de las frecuencias relativas al interior de sus subgrupos y de sus tendencias generales. b) La explicación de las causas de enfermedad poblacional determinando los factores que la provocan o influyen en su desarrollo. c) La predicción del volumen de enfermedades que ocurrirá así como la distribución al interior de los subgrupos de la población. d) La prolongación de la vida sana mediante el control de las enfermedades en la población afectada y la prevención de nuevos casos entre la que esta en riesgo.

Ramírez Elizalde J, Cano Garrido M, Escamilla Salas D y González Ramírez E (2006) Epidemiología, salud pública y medicina preventiva.

EPIFENOMENALISMO

Definición.- Teoría sobre la relación mente-cuerpo, de acuerdo con las cuales los procesos de conciencia no son en ningún sentido agentes causales con respecto a algún otro, estando solamente relacionados con ciertas causales efectivas del proceso fisiológico. La concepción de lo conciente, como epifenómeno y de los hechos de lo conciente como epifenómenos, es defendida especialmente por el psicofisiologismo mecanicista.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- (*Griego*) Un suceso, proceso o manifestación que acompaña a otro fenómeno, independientemente de una eficacia causal, como un fenómeno accesorio.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

EPINÓSICO

Definición.- En psicoanálisis, beneficio epinósico es lo mismo que beneficio secundario.

EQUILIBRIO PSÍQUICO

Definición.- (Psicoanálisis) Según el principio económico del psicoanálisis, la intención permanente del dinamismo psíquico es asegurar descarga (por motilidad y afectividad) al equilibrio psíquico, evitando así el *estancamiento* de las energías psíquicas. Causas internas o externas pueden perturbar esta descarga, provocando así un equilibrio neurótico, que no es siempre patológico. El equilibrio psíquico corresponde al principio de la estabilidad psíquica de Freud.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ERROR

Generalidades.- Las fuentes de error son: a) La percepción subjetiva perfecta y la interpretación no correcta de un fenómeno. b) Una conclusión subjetiva y equivocada a base de lo percibido. En la psicología moderna encontramos más implícitamente causas del error, en lo siguiente: 1) En dogmatismo: establecer dogmas en la psicología, aplicándose mecánicamente. 2) En la absolutización: hacer absoluto lo que es relativo; en otras palabras, generalizar un fenómeno como si fuera una regla general. 3) La apercepción tendenciosa: esta tendencia puede ser determinada por elementos subjetivos, pero también por elementos ideológicos. En otras palabras no ver, no tomar en cuenta fenómenos que no entran en el cuadro ideológico, anularlos como materia psicológica. Así ha ocurrido con los fenómenos parapsicológicos.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Errores sistemáticos en el aprendizaje.- Las ansiedades constituyen un error sistemático y determinan diferentes 'grados' de conocimiento del objeto. El error no es una equivocación: quien aprende yerra porque enfrenta contradicciones, que irá resolviéndolas dialécticamente. Esto implica que el conocimiento es un proceso, y que tiene 'grados'.

Condensado de Jaitin (1993) Clínica grupal en niños.

ESCALA HOLMES-RAHE

Generalidades.- Escala de medición de potenciales estresantes. El doctor Peter Holmes (Anónimo, 1985), psiquiatra de la Universidad de Washington, llevó a cabo junto al psicólogo Richard Rahe, en 1950, un estudio de cómo 5.000 personas consultadas evaluaban los acontecimientos de sus vidas como 'estresantes'. La escala Holmes-Rahe es una lista de 43 experiencias comunes, incluidos acontecimientos menores y experiencias emocionalmente devastadoras. A cada una se le asigna un número según su potencial estresante. Aunque no es una lista definitiva ni reconoce casos individuales, da una idea de la importancia de las experiencias y acontecimientos indicados en cuanto a su impacto sobre el ser humano:

ACONTECIMIENTO	VALOR NUMERICO
Muerte del cónyuge	100 puntos
Divorcio	73 puntos
Separación	65 puntos
Prisión	63 puntos
Muerte de un pariente cercano	63 puntos
Lesión o enfermedad personal	53 puntos
Boda	50 puntos
Despido del trabajo	47 puntos
Reconciliación matrimonial	45 puntos
Jubilación	45 puntos
Cambio en la salud de un pariente	44 puntos
Embarazo	40 puntos
Dificultades sexuales	39 puntos
Apego a la familia	39 puntos
Readaptación del negocio	39 puntos
Cambio de status financiero	38 puntos
Muerte de un amigo íntimo	37 puntos
Cambio a otro trabajo	36 puntos
Cambio en el n° de discusiones matrimoniales	35 puntos
Hipoteca o préstamo de más de 10.000 u\$s	31 puntos
Compra de vivienda	31 puntos
Terminación de la hipoteca o préstamo	30 puntos
Cambio de responsabilidad en el trabajo	29 puntos
Hijo o hija que se va del hogar	29 puntos
Problemas con parientes políticos	29 puntos
Logros personales sobresalientes	28 puntos
Cónyuge que empieza o deja el trabajo	26 puntos
Empezar o terminar la escuela	26 puntos
Cambio de las condiciones de vida	25 puntos

Revisión de los hábitos personales	24 puntos
Problemas con el jefe	23 puntos
Cambio de horario o condiciones laborales	20 puntos
Cambio del lugar de residencia	20 puntos
Cambio de escuela	20 puntos
Cambio de hábitos de recreación	19 puntos
Cambio de actividades religiosas	19 puntos
Cambio de actividades sociales	18 puntos
Hipoteca o préstamo menos de 10.000 u\$s	17 puntos
Cambio de hábitos referentes al sueño	16 puntos
Cambio en el número de reuniones familiares	15 puntos
Cambio de hábitos alimentarios	15 puntos
Vacaciones	13 puntos
Navidades	12 puntos
Infracción menor	11 puntos

En teoría, cualquier puntaje mayor de 300 en un año, según Holmes y Rahe, sugerirían que la persona tiene una alta probabilidad (80%) de enfermarse gravemente.

Fuente: Rozenberg Laura, El médico interior. Buenos Aires: Revista Descubrir Nº 10, Abril de 1992, página 72).

ESCENA TEMIDA

Generalidades.- La técnica de la fantasía temida es una técnica cognitiva donde "el paciente y el terapeuta representan el escenario del mayor miedo del paciente, tal como ser rechazado debido a que no se comporta de forma suficientemente inteligente o buena. El peor temor frecuentemente no se convierte en algo espantoso, sino que se presenta como un globo hinchado que puede reventarse con una mínima lógica, sentido de compasión o sentido común".

Burns D, Técnicas cognitivo-conductuales <http://users.servicios.retecal.es/jureva/tecnicasburns.htm> Traducido al castellano por: Juventino Reguera Baños.

ESCISIÓN

Según M. Klein.- "Puede implicar al yo y al objeto. La primera escisión se hace entre Yo bueno y Yo malo, y entre objeto bueno y objeto malo. La deflexión del instinto de muerte implica la escisión entre la parte que se siente conteniendo los impulsos destructivos y la parte que se siente conteniendo la libido". Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 122.

Según M. Klein.- La escisión del objeto parcial en un objeto bueno y malo constituye el primer modo de defensa contra la angustia. El objeto total será igualmente escindido (madre 'buena' y madre 'mala', etc). Laplanche J y Pontalis J, "Diccionario de psicoanálisis", Barcelona, Labor, 1981, 3º ed, pág. 262.

Procesos de escisión en relación con el objeto.- El impulso destructivo proyectado afuera es primero experimentado como agresión oral. Por frustración y ansiedad los deseos sádico-orales primero y canibalistas después, hacen que el niño sienta incorporar el pecho en pedazos. No obstante el pecho bueno-gratificador es sentido como completo. Este primer objeto bueno actúa como núcleo del yo, y contrarresta la escisión y la dispersión del mismo. Al ser difícil la división entre pecho bueno y malo, el niño puede sentir que también el pecho bueno está hecho pedazos.

El yo no puede escindir al objeto (interno y externo) si él mismo no se escinde. Cuanto más siente que el objeto está hecho pedazos, más está el yo en peligro de escindirse. Las fantasías del niño de escindir al objeto y al yo, son para él muy reales, e influyen en su desarrollo. Ulterior.

Condensado de Klein Melanie (1946) Nota sobre algunos mecanismos esquizoides. Artículo incluido en Klein M, Obras Completas, Tomo 3. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1983.

La escisión en relación con la introyección y la proyección.- No solo la escisión sino la introyección y la proyección, son mecanismos defensivos primarios del yo contra la ansiedad. La proyección desvía hacia fuera el instinto de muerte, librando así al yo de lo peligroso y malo. Lo mismo pasa como defensa con la introyección del objeto bueno.

Veamos la relación entre escisión, idealización y negación. En la escisión, la gratificación lleva a amar al pecho bueno y la frustración a odiar al pecho malo. La idealización exagera lo bueno del pecho para protegerse del pecho persecutorio, pero también idealiza el pecho como si éste procurase satisfacción ilimitada. Por ejemplo en la gratificación alucinatoria infantil. La negación niega la existencia del objeto malo lo cual implica también negar una parte del yo, de quien emanan los sentimientos hacia el objeto malo. Así en la gratificación alucinatoria ocurren dos cosas: la omnipotente conjuración del objeto bueno y la omnipotente aniquilación del malo.

Al comienzo lo libidinal y lo agresivo están centralizados en la oralidad, aunque después interviene también lo uteral y lo anal. Los ataques fantaseados hacia la madre surgen dos líneas: impulso oral de

vaciar a la madre de sus contenidos buenos, e impulso uteral y anal de llenar a la madre de sustancia peligrosas, y de partes malas del yo. Por identificación proyectiva, el niño identifica partes de su yo con el objeto materno (pues proyecta su yo malo en ella). También se proyectan las partes buenas, y entonces las heces con como regalos: esto es esencial para desarrollar buenas relaciones de objeto y para integrar el yo. Si esta proyección es excesiva, se siente la pérdida del yo bueno y la madre pasa a ser el ideal del yo, lo cual empobrece a este último. En suma, esencial para el desarrollo normal, es poder escindir objetos y proyectarlos en objetos.

El pecho bueno también se introyecta, condición para el desarrollo normal, y ese objeto bueno interno también puede llegar a idealizarse, idealización que si es excesiva, también empobrece al yo.

Todas estas escisiones amenazan desintegrar al yo, si la desintegración es duradera, aun en el niño, hay que pensar en patología esquizofrénica, e incluso en trastornos intelectuales. Tales los efectos, también de una excesiva proyección o introyección. Lo ideal sería un equilibrio entre proyección e introyección: el predominio excesivo de uno u otro mecanismo, es anormal. De todas formas ambos interactúan: por ejemplo, una excesiva proyección puede provocar una excesiva introyección.

La identificación proyectiva es la base de muchas situaciones de ansiedad. Por ejemplo, los impulsos de controlar un objeto, crean el miedo de ser controlado y perseguido dentro de él. Al introyectar y reintroyectar el objeto en que se entró por la fuerza, se refuerzan los sentimientos de persecución interna: la acumulación de estas ansiedades terminan produciendo paranoia. El temor de quedar prisionero dentro de la madre (y en especial de que el pene sea atacado) creará luego impotencia masculina y claustrofobia.

Condensado de Klein Melanie (1946) Nota sobre algunos mecanismos esquizoides. Artículo incluido en Klein M, Obras Completas, Tomo 3. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1983.

ESCRITURA AUTOMÁTICA

Definición.- 1. Escritura cuya obtención no está dirigida conscientemente por el escritor: éste puede ignorar lo que ha escrito. 2. Proceso de escritura durante el cual el sujeto se concentra en los significados que está asentando, desentendiéndose de la secuencia de significantes en el aspecto de sus características gráficas (caligrafía) y de la actividad de psicomotricidad fina requerida para la escritura.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ESPACIO TRANSICIONAL

Según Winnicott.- Existe según Winnicott un espacio intermedio que no es ni el espacio exterior objetivo (por ejemplo la madre real) ni el espacio interno subjetivo (por ejemplo la representación interna de la madre). Este tercer espacio se sitúa en la intersección de ambos, y está ocupado por los objetos transicionales, los cuales son reales como objetos, y pero al mismo tiempo son la representación de la madre ausente.

Esta zona intermedia de experiencia, "no discutida respecto de su pertenencia a una realidad interna o exterior (compartida), constituye la mayor parte de la experiencia del bebé, y se conserva a lo largo de la vida en las intensas experiencias que corresponden a las artes y la religión, a la vida imaginativa y a la labor científica creadora".

Winnicott D (1994) Juego y realidad. Barcelona: Gedisa, pág. 32.

Según Winnicott.- "Para asignar un lugar al juego postulé la existencia de un *espacio potencial* entre el bebé y la madre. Varía en gran medida según las experiencias vitales de aquel en relación con esta o con la figura materna, y yo lo enfrente a) al mundo interior (que se relaciona con la asociación psicosomática) y b) a la realidad exterior (que tiene sus propias realidades, se puede estudiar en forma objetiva y, por mucho que parezca variar según el estado del individuo que la observa, en rigor se mantiene constante)".

Winnicott D (1994) Juego y realidad. Barcelona: Gedisa, pág. 65.

Espacio transicional según Winnicott.- El *espacio transicional* es la zona intermedia entre la realidad psíquica y la realidad externa, y que se encuentra entre el yo y el no-yo articulando la presencia y la ausencia de la madre. En este espacio intermedio, el niño toma contacto con ciertos objetos, llamados *objetos transicionales*, y además desplegará sus experiencias, llamadas *fenómenos transicionales*. Podemos representar esto con tres círculos concéntricos:



La ilusión.- El niño puede tolerar la brecha entre fantasía y realidad sin caer en la desilusión, gracias a que es capaz de crear el espacio transicional. Puede reconocer la realidad pero no la acepta (paradoja), y entonces crea la *ilusión* como fenómeno para articular ambas experiencias.

En este momento el niño desarrolla *omnipotencia*, pues cree que los objetos aparecen mágicamente cuando él los necesita. Luego deberá reconocer que hay fenómenos que están fuera de su control, a través de una *desilusión* gradual.

La madre inevitablemente frustrará al niño en algún momento, y el objeto transicional le permite tenerla como una posesión, y controlarla. El niño sólo puede crear este espacio transicional si hay un ambiente (una madre) lo suficientemente buena que le inspire confianza. Ejemplos de objetos transicionales son el chupete o el osito, o cualquier objeto blando.

La tarea de aceptación de la realidad nunca termina en la vida, y el espacio transicional ayuda durante toda la vida a aceptarla, pues crea una ilusión. Lo patológico es quedarse en el primer objeto transicional (fetichización), mientras que lo normal es que adulto pueda ampliar el espacio transicional a nuevos objetos culturales: arte, religión, trabajo científico, imaginación, etc.

Si la experiencia de ilusión falla, quedan dos caminos patológicos: a) replegamiento: el objeto perdido es vivido como irrecuperable. Duelo. b) Aferramiento patológico a un único objeto que sustituya la madre (fetichización).

El objeto transicional.- Son ciertos objetos que se usan en el área intermedia entre lo objetivo y lo subjetivo. Se encuentra entre las satisfacciones autoeróticas y las relaciones objetales. Por ejemplo un osito. Este objeto recibe tanto amor como odio, es muy valorado por el niño, siendo un objeto que deberá sobrevivir al afecto y la agresión. Finalmente se lo va olvidando gradualmente, pero no se lo olvida del todo ni se lo llora.

El objeto transicional representa la ausencia de la madre, creando la ilusión de que está presente. Es a la vez parte de él y de la madre. Es la primera posesión no-yo, o sea, el primer objeto externo del mundo. No reemplaza totalmente a la madre, pues representa también su ausencia.

En cuanto a lo *patológico*, cuando la relación con el objeto transicional persiste en forma prolongada y exclusiva, hablamos de una cronificación patológica o de un uso fetichizado o adictivo, pues lo transicional no es el objeto sino el uso que se hace de él. Lo normal es el pasaje del narcisismo a las relaciones con objetos diferentes de sí.

Si la ausencia materna es reconocida, el uso del objeto tiene el sentido de ayudar a elaborar la separación. Si es negada, se dificulta la creación de la representación interna. El uso fetichizado implica ilusionarse que el objeto es la madre (dificultad para simbolizar).

La derivación hacia lo patológico depende del ambiente: si la experiencia excede las posibilidades del niño, se aferrará a lo patológico: la renegación de la separación, con fantasías de fusión y pérdida de la posibilidad de comunicarse.

La paradoja es que el objeto transicional protege tanto de la pérdida de la madre como del riesgo de fusión con ella. Su función es la de mantener unidos y a la vez separados a ambos para permitir el despliegue de las capacidades psíquicas del niño.

De los objetos transicionales se llega al juego, luego al juego compartido y luego a las experiencias culturales. El *espacio potencial* es la zona intermedia donde se desarrolla el juego, donde el niño desarrolla la capacidad creadora como transacción entre dos necesidades: la de sostener la omnipotencia de pensamiento y la de colmar la brecha dejada por la desilusión y la frustración y la inclusión del principio de realidad. Este espacio se crea porque la madre deja de aportar al niño todo lo que necesita.

El *espacio transicional* es virtual o potencial pues se crea a medida que se llena. Dicho espacio no puede crearse si el ambiente es muy intrusivo o muy abandonante, lo que da lugar a dos *patologías*: intrusiva, donde la madre invade al niño impidiéndole su expansión, y abandonante, donde la madre no da soporte

al niño y este queda colgado. La falta de espacio potencial puede ser reemplazada con vacío angustioso o tendencia a llenarlo con muchos objetos y actividades.

El ambiente facilitador es aquel lo suficientemente flexible como para ir tomando en cuenta los ritmos del desarrollo individual del niño.

La transicionalidad y el mundo cultural.- La calidad del ambiente temprano brinda la oportunidad para la creatividad y el despliegue de la ilusión, generando un estilo de vida derivado de la riqueza del mundo interno y la capacidad para ser original y aportar algo a la cultura.

Toda la experiencia cultural se ubica en el espacio potencial entre individuo y entorno: vivir creador, juego y experiencia cultural forman una unidad y continuidad.

La cultura como espacio transicional funciona como garante de la salud del sistema social, ante el riesgo de consolidación permanente de estructuras institucionales y de poder. Los fenómenos transicionales motorizan la creatividad y el cambio, preservando tanto la libertad individual como el potencial original de civilización.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

ESPACIO VITAL

Generalidades.- "Para Kurt Lewin la persona es inseparable del ambiente, y llama *Ambiente psicológico* a todo lo que rodea al individuo; el conjunto del individuo con su ambiente constituye el *Espacio vital*, que contiene así la totalidad de hechos que pueden promover y condicionar la conducta; estos hechos son solo los existentes en un espacio y en un momento dado. Entre los hechos existentes en un momento dado, el espacio vital es una parte del mismo, constituida por la persona y su medio psicológico, tal como existe para ella; pero, además, existe una multitud de procesos en el mundo físico o social, que no afecta el espacio vital del individuo en ese momento, y se denomina *Espacio no psicológico*. Entre ambos existe una tercera zona de hechos o sucesos, llamada *Zona limítrofe*, constituidas por ciertas partes del mundo físico o social que afectan el espacio vital" (páginas 48-49).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

ESQUEMA

Definición.- Un esquema para la psicología cognitiva es: "a) un conjunto almacenado de conocimiento con el que interactúa la información entrante; b) tiene una estructura interna consistente que organiza la información entrante en forma particular; c) engloba información genérica prototípica, de forma que los casos específicos se procesan utilizando el apropiado prototipo esquemático para imponer estructura; y finalmente, d) que es de naturaleza modular de forma que la activación de una parte tenderá a producir la activación de la totalidad".

Greenberg L. Y otros, *Facilitando el cambio emocional*, Barcelona, Paidós, 1996, págs. 67-68.

Generalidades.- "Los esquemas pueden considerarse como modelos internos sobre aspectos del self y del mundo, que los individuos utilizan para percibir, codificar y recuperar la información. Se van desarrollando a través de las numerosas experiencias particulares, y son adaptativos, desde el momento en que facilitan un procesamiento de la información más eficaz".

Robins A y Hayes A., Una valoración de la terapia cognitiva, incluido en Mahoney M (ed), "Psicoterapias cognitivistas y constructivistas", Desclée de Brower, Bilbao, 1997, pág. 64.

Clasificación.- Los esquemas pueden ser centrales y periféricos. Se ha sugerido que los esquemas se pueden organizar jerárquicamente: algunos se refieren al sentido básico de la propia identidad desde una perspectiva más periférica (por ej "si alguien me rechaza, soy menos persona"), y otros desde una más central (por ej "no merezco ser amado"), siendo estos últimos más resistentes al cambio y con mayor tendencia a autoperpetuarse.

Robins A y Hayes A., Una valoración de la terapia cognitiva, incluido en Mahoney M (ed), "Psicoterapias cognitivistas y constructivistas", Desclée de Brower, Bilbao, 1997, pág. 75.

Definición.- "Estructura cognitiva que desarrolla el individuo para abordar una clase específica de situación en su ambiente".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 619.

Esquema cognitivo.- Representación mental estereotipada (típica) más o menos estable asociada a ciertas situaciones o actividades.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág 87.

Esquema disfuncional.- Los esquemas disfuncionales serían esquemas que predisponen al sujeto con trastornos emocionales a percibir las situaciones en términos de pérdida, peligro u otro tipo de amenaza al self (Robins A y Hayes A., "Una valoración de la terapia cognitiva").

Mahoney M (ed), Psicoterapias cognitivistas y constructivistas, Desclée de Brower, Bilbao, 1997, pág. 64-65.

Esquema emocional.- Las emociones han sido estudiadas desde el punto de vista de la expresión (como expresamos nuestras emociones en la acción), y desde el punto de vista de la experiencia emocional (qué sentimos).

Desde este último punto de vista, la psicología cognitiva distingue los *esquemas emocionales*, o esquemas que se activan automáticamente e influyen directamente sobre nuestras acciones en tres niveles de procesamiento sucesivos: sensorio-motor (proporcionan información sensorial no proposicional y tendencias a la acción expresivas, operando sin control voluntario), mnémico o de recuerdo (de tipo semántico, proporciona información sobre experiencias similares pasadas), y finalmente conceptual (basado en el pensamiento proposicional, conciente y volitivo sobre los acontecimientos emocionales).

Greenberg L. Y otros, Facilitando el cambio emocional, Barcelona, Paidós, 1996, págs. 73-74.

Generalidades.- El modelo cognitivo acepta que el estado de ánimo influye en las cogniciones y viceversa, y que estas a su vez sobre la conducta. Por ejemplo las cogniciones inquietantes pueden generar situaciones estresantes.

Robins A y Hayes A., "Una valoración de la terapia cognitiva", incluido en Mahoney M (ed), "Psicoterapias cognitivistas y constructivistas", Desclée de Brower, Bilbao, 1997, pág. 65.

Definición.- "Denominación creada por J. Piaget para explicar la maduración mental de los niños y, en general, la progresión intelectual de cualquier individuo. Los esquemas son modos de observar el mundo que organizan las experiencias anteriores y suministran un marco para comprender las experiencias futuras. Se comienza con esquemas simples (por ejemplo, chupar) y se acaban construyendo y adquiriendo otros hasta formar una amplia gama de conocimientos. Se trata de un proceso de asimilación de nuevas experiencias a esquemas anteriores y de acomodación de los existentes, de modo que se ajusten a las experiencias nuevas. Cuando no se pueden asimilar experiencias nuevas porque no se ajustan a los viejos esquemas, es posible que éstos cambien para acomodarse a la nueva situación".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Generalidades.- En un ejemplo de Schank, se pide a una computadora que comprenda la frase "Juan vio una gran piedra rodar hacia su casa". Para saber si comprendió, debe agregar otra frase como "comenzó a llorar", etc. Para poder 'comprender' tiene que acumular una gran cantidad de información sobre significados del lenguaje natural (saber que una piedra es peligrosa, qué significa llorar, etc.). Para resolver este problema, los investigadores de IA (Inteligencia Artificial) recurrieron a la noción de *esquema* (Piaget ya lo había usado).

Un *esquema* es una estructura de conocimientos que se agruparon por abstracción inductiva, formando una unidad mnémica relativamente independiente. Ej: el esquema "cara" está formado por ojos, nariz, etc., el esquema "comprar" por comprador, vendedor, producto o servicio, etc.

Los esquemas tienen cuatro propiedades:

- a) Son una abstracción prototípica: una cara es ojos, nariz, boca, etc.
- b) Se inducen a partir de la experiencia: después de haber visto muchas caras.
- c) Pueden organizar la información ingresante en grupos de conocimientos: al ver un rostro consultamos el esquema 'cara' y sabemos qué buscar en él.
- d) Si falta información en el input, se infiere a partir de los valores "por defecto" del esquema: si no veo la boca, infiero que tiene dos labios. Así, función muy importante de los esquemas es completar información, permitiendo actualizar la información adecuada en el momento preciso. Así, los esquemas intervienen cuando interactúan el procesamiento guiado por los datos y el guiado conceptualmente.

A continuación, se mencionan tres tipos de esquemas:

- a) Marcos o esquemas visuales.
- b) Esquemas de narración.
- c) Guiones.

Marcos.- Esquemas que permiten interpretar y comprender la experiencia visual. Ej: cuando abrimos la puerta de una habitación esperamos encontrar paredes, techo, etc., o sea un mundo presuntivo.

Esquemas de narración.- O esquemas de episodios, estudiados por Kintsch en el contexto de la comprensión y recuerdo de narraciones: tienen un argumento o secuencia en la información. Ejemplos: los esquemas naturales (donde esperamos encontrar un desarrollo, un desenlace, un protagonista, etc.), y otros tipos de esquemas como por ejemplo los informes (introducción, desarrollo, conclusión).

Condensado de Cabeza, Temas de Psicología cognitiva III, Publicación interna de la Cátedra de Psicología General II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1999. Capítulo 10.

Generalidades.- La noción de 'esquema' no es nueva, pues ya la utilizaron Piaget en la psicología infantil, y Bartlett en psicología social. La psicología cognitiva retomó más tarde esta idea en relación con estudios sobre inteligencia artificial.

La idea de esquema permite explicar cómo los humanos comprenden en forma eficiente, entendiendo por 'comprensión' un producto construido a partir del input y el conocimiento previo.

A continuación se indican cinco rasgos generales de los esquemas, comunes a las diversas teorías sobre los esquemas que se propusieron en psicología cognitiva.

1. Unidades cognitivas de alto nivel.- Los esquemas son entidades conceptuales compuestas de unidades más simples. Ejemplo, el esquema de 'comprar' incluye personajes (vendedor, comprador), objetos (casas, frutas), acciones (pagar, transferir), y metas (obtener beneficios en vendedor y el comprador).

2. Los esquemas se encajan unos en otros.- El conocimiento puede verse como un conjunto de esquemas interconectados y constituidos por subesquemas. El esquema 'pagar' es un subesquema de 'comprar', y este a su vez está incluido en el esquema 'ir al supermercado'. Del mismo modo, el esquema 'cara' incluye 'ojo' y este a su vez, 'pupila', pero este último no incluye ningún otro esquema, por lo que es simple o elemental.

3. Actualización de los esquemas.- Los esquemas son paquetes de conocimientos prototípicos cuyos elementos o variables no están especificados. El esquema 'comprar' contiene variables como comprador, vendedor, etcétera que pueden referirse a muchas personas individuales. Los valores individuales se 'rellenan' según cada contexto y cada vez que debemos actualizar un esquema para hacer o pensar algo.

4. Carácter multifuncional de los esquemas.- La utilidad teórica de los esquemas es amplia, pues permite explicar la comprensión, la percepción, la memoria y el comportamiento. Por ejemplo, éste último está controlado por esquemas y permiten establecer metas, secuencias de acciones (planificación), etcétera.

5. Formación de esquemas.- Los esquemas se adquieren por experiencia personal en situaciones que se repiten, y mediante un mecanismo de inducción.

Algunas investigaciones sobre el contexto.- 1) Bartlett (1932) dio a un grupo de estudiantes para leer una leyenda india, tomándoles luego una prueba de memoria a ver qué recordaban de la leyenda, a los pocos minutos y al cabo de ciertos meses. Como el relato hace referencia a otra cultura diferente, los estudiantes cuando recordaron aplicaron sus esquemas conocidos, occidentales, y por ejemplo dieron más coherencia al relato, omitieron elementos de escaso significado cultural para ellos, reemplazaron una canoa por un bote y atribuyeron la aparición de un fantasma a un delirio del indio.

2) Bransford y Johnson (1973) hicieron un experimento más controlado. A un grupo les dio un texto para leer, mientras que a otro les dio el mismo texto pero previamente les dio un dibujo que podía ayudar a la comprensión del mismo. Resultado: el segundo grupo demostró una mayor comprensión del texto, lo que mostraba que no basta con una comprensión gramatical, siendo necesario que se activen esquemas de conocimiento que, como el dibujo, permite integrar y completar la información recibida.

En otro experimento se hizo lo mismo, solo que al segundo grupo se le agregó un título al texto, el cual funcionó como esquema para poder comprenderlo mejor.

Resumen de De Vega M (1986) Introducción a la psicología cognitiva. Capítulo 8, punto 3.3. Partes A y B.

Contenidos de los esquemas.- Existe una gran diversidad de dominios de conocimiento que pueden representarse mediante esquemas. Prácticamente todos los dominios de la memoria humana se organizan total o parcialmente en esquemas. Veamos algunos tipos de esquemas.

- a. Esquemas visuales: marcos.- La percepción visual tiene lugar en varios niveles. Un primer nivel simple capta características elementales, como puntos, líneas, etcétera. Un segundo nivel capta grupos de elementos para configurar objetos y escenas, lo que requiere el uso de esquemas interpretativos. Tales esquemas visuales se llaman 'marcos'. Por ejemplo, el marco de 'habitación' es un techo, un suelo y paredes verticales. En este marco se pueden incluir cocinas, baños, livings, etcétera.

Los marcos funcionan como los esquemas: generan expectativas (al abrir una puerta esperamos encontrar una habitación), permiten interpretar lo que se ve, y mediante el relleno de elementos ausentes podemos inferir detalles no vistos. También ayudan a memorizar y recordar escenas visuales.

- b. Esquemas situacionales: los guiones.- Los esquemas situacionales se refieren a situaciones donde hay personajes, objetos y acciones, y fueron estudiados por la teoría de los guiones.

Así como los marcos permiten comprender escenas visuales, los guiones permiten comprender mejor historias, más allá del texto explícito.

Un ejemplo es el guión del restaurante, formado por una secuencia de acciones ordenadas (pedir el menú, hacer el pedido, etc). Cada actor ve el guión de distinta forma (el mozo considerará entregar el menú y recibir el pedido). Dentro del guión ir al restaurante hay guiones más específicos: ir a un restaurante chino, a uno de lujo, etcétera.

En un experimento, se pidió a sujetos que describiesen esquemas como 'ir al médico' o 'levantarse a la mañana'. Todos describieron más o menos la misma secuencia: hay estereotipos culturales compartidos, pero los ingleses y los españoles hicieron descripciones diferentes. Por ejemplo, el inglés dijo 'entrar en la consulta' y el español dijo 'llegar a la consulta'.

Los guiones tienen también un valor prescriptivo, en tanto prescriben situaciones aceptables por convención social.

- c. Esquemas de dominio.- Cuando leemos o escuchamos un relato, nos guiamos intuitivamente por un esquema general: esperamos que haya personajes, localizaciones espaciales y temporales de las

acciones, etcétera. Los esquemas de dominio nos sirven para organizar una lectura: introducción, desarrollo, desenlace, etcétera.

- d. Esquemas sociales.- Los esquemas cognitivos son sociales en dos sentidos: se generan por interacción con otras personas, y además gran parte de nuestros conocimientos se refieren a las otras personas, o sea, nos proveen marcos de referencia para entender o memorizar situaciones interpersonales.

Hay esquemas genéricos como 'introvertido' o 'atlético' con los cuales captamos a las personas, y cuando este conocimiento es incongruente no encaja en nuestro esquema, y no lo recordamos tan bien. Otros esquemas se refieren a roles (mozo, padre, médico, etc) y relaciones (enemigo, amigo, etc). Todos estos esquemas permiten tener expectativas (por ejemplo, al ver una pareja pensamos que tienen proyectos). Los temas vitales son otros esquemas sociales que describen el objetivo que una persona desea en la vida.

Tenemos por último, esquemas que configuran teorías implícitas sobre las situaciones sociales, que algunos también llamaron ideologías y sistemas de creencias.

- e. Esquemas de autoconcepto.- Son esquemas sociales de un tipo muy especial, pues se relacionan con el conocimiento de nosotros mismos: habilidades, fracasos, éxitos, preferencias, carácter, etcétera.

Cuando se pide a un sujeto que relacione un texto consigo mismo, tiende más a recordarlo que si lo hubiera relacionado con otras personas. El autoconcepto parece guiar el procesamiento de todo tipo de información, y las diferencias de un individuo a otro son grandes: algunos se consideran muy independientes, otros no tanto, etcétera.

Un esquema de autoconcepto es por ejemplo el sexo, que se establece desde los 3 años, donde el sujeto comienza a percibirse como hombre o mujer, y será integrado a los otros esquemas de autoconcepto.

- f. Conclusiones.- Los esquemas determinan nuestra comprensión del mundo, como se vio. Y los fenómenos difíciles de integrar en nuestros esquemas resultan insólitos, irracionales o misteriosos.

Resumen de De Vega M (1986) Introducción a la psicología cognitiva. Capítulo 8, punto 3.3. Parte C.

Esquema corporal.- 1. Estructura requerida que codetermina la imagen corporal de una situación dada. 2. Conocimiento sensorial del propio cuerpo adquirido por experiencia, que excluye la formación kinestésica de los movimientos dirigidos al exterior. Pauta de la cenestesia. 3. Autoconciencia del propio cuerpo.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ESQUIZOIDE

Relaciones objetales esquizoides.- La violenta escisión del yo y la excesiva proyección, hacen que la persona hacia la cual se dirigen esos procesos, sea sentida como perseguidor. Como la parte odiada del yo se dirige hacia la persona amada, eso también genera culpa, pero una culpa desviada hacia el otro. Otro rasgo de la relación objetal esquizoide, es su naturaleza narcisista: al proyectarse el ideal del yo en otra persona, ésta es amada y admirada, pues contiene partes del propio yo. Lo mismo pasa al proyectarse aspectos malos en el otro, pues también contiene partes del propio yo, aunque sean malos. Cuando estas proyecciones son excesivas, crean rasgos obsesivos por controlar al objeto. También puede ocurrir una reparación, ante la culpa de estar destruyendo partes del propio yo proyectados en el otro.

Todo ello puede conducir a unirse compulsivamente a alguien o a huir de él, para prevenir respectivamente, una intrusión destructiva en él o una peligrosa reparación.

Otro rasgo de la relación esquizoide, es su artificialidad y falta de espontaneidad.

La proyección influye sobre las relaciones de objeto, la actividad y la personalidad. Por ejemplo, el sentimiento de soledad y el temor a separarse, que están ligados entre sí. La frustración producida por una separación, aumenta la agresión hacia el objeto y el temor a destruirlo, al mismo tiempo que el objeto interno también corre peligro, con lo cual el yo se siente vaciado, solo.

Condensado de Klein Melanie (1946) Nota sobre algunos mecanismos esquizoides. Artículo incluido en Klein M, Obras Completas, Tomo 3. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1983.

Algunas defensas esquizoides.- El retraimiento, la frialdad y su narcisismo tornan difícil el tratamiento de los enfermos esquizoides. Su escisión le impide contactarse adecuadamente con el analista: no comprende, por ejemplo, las interpretaciones.

Al respecto Klein habla de un paciente que empezó manifestando ansiedad, envidia, etc., y que, cuando se le interpretó que esos efectos iban dirigidos al analista, cambió de actitud y humos y se tornó indiferente e inexpressivo. El paciente escindió aquellas partes de su yo que sentía peligrosas y hostiles hacia el analista, y dirigían sus impulsos destructivos desde el objeto hacia el yo, con lo cual partes de éste dejaron temporalmente de existir: en su fantasía inconciente era como la aniquilación de parte de su personalidad.

Volviendo a interpretar con esta nueva base, el paciente empezó a reaccionar emotivamente y dijo que se sentía más integrado.

La escisión y destrucción de parte del yo, es un importante mecanismo esquizoide, realizado bajo la presión de la ansiedad y la culpa. En el tratamiento de estos fenómenos se genera depresión, seguida por períodos de mayor integración, y consecuentemente, cambios fundamentales en las relaciones de objeto.

Condensado de Klein Melanie (1946) Nota sobre algunos mecanismos esquizoides. Artículo incluido en Klein M, Obras Completas, Tomo 3. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1983.

Ansiedad latente en pacientes esquizoides.- Vemos en estos pacientes frialdad y falta de ansiedad que obstaculizan el análisis y que en rigor es solo aparente. La ansiedad de estos pacientes pasa por el temor a estar desintegrado, a ser frío, a perderlos propios objetos. Es una ansiedad latente que se mantiene así por dispersión, y no debe confundirse con la angustia latente.

En la interpretación que busca la síntesis del yo escindido, va tornándose más manifiesta la ansiedad, lo cual es bastante arduo, pues al comienzo sólo podemos tomar contacto con los contenidos ideacionales o intelectivos de la ansiedad, pero aun no despertar la ansiedad misma.

Condensado de Klein Melanie (1946) Nota sobre algunos mecanismos esquizoides. Artículo incluido en Klein M, Obras Completas, Tomo 3. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1983.

ESTADIO DEL ESPEJO

Generalidades.- Lacan destacará el carácter estructural, en vez del carácter histórico o temporal, del estadio del espejo: es una instancia estructurante del psiquismo y representa la lógica de lo imaginario. Este estadio del espejo es concebido por Lacan como formador de la función del yo.

En un primer momento el niño confunde la imagen del espejo con otro ser real. En un segundo momento diferencia el ser real de la imagen, y en un tercer momento se identifica con la imagen, constituyéndose así el yo del narcisismo primario. El infante encuentra 'su forma', su yo, en la imagen del espejo, una forma alienada y anticipada de una totalidad imposible que es amada narcisísticamente: el yo imaginario.

Si pusiéramos en el lugar del otro a la madre y a su mirada, se puede decir que, en tanto el infante se identifica con el falo imaginario, cumple con el deseo de completud de ella. La relación que establecerá el yo con el otro es ambivalente, es decir de amor y odio.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

ESTADO DE ÁNIMO

Definición.- 1. Condición emocional en la que se manifiestan modificaciones pronunciadas; eco de una reacción emocional, con o sin recuerdo de la experiencia o estímulo originarios. 2. Estado interno que dispone a cierta clase de respuesta emocional: deprimido, alegre, triste.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Un estado de ánimo (o *humor*) es una emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo. A diferencia del *afecto*, que se refiere a cambios más fluctuantes en el 'tiempo' emocional, el estado de ánimo se refiere a un 'clima' emocional más persistente y sostenido.

American Psychiatric Association (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson.

Definición.- "Es una emoción sostenida y persistente, experimentada y expresada de forma subjetiva por el paciente y observada por los otros; entre los ejemplos se incluyen la depresión, la euforia, o la ira" (página 314).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Estado de ánimo y alimentación.- "La vitalidad, motivación, energía, buen humor y dinamismo intelectual no dependen sólo de los genes o el estilo de vida, sino de lo que se come y cómo se come. Según los expertos del Centro Clavesalud (Madrid), lo que se come o deja de comer por la mañana puede determinar lo que se siente por la tarde, mientras que de la cena depende que se duerma bien o mal. Además, el estado emocional inducido por una comida puede determina lo que se come en la siguiente, en un círculo vicioso en el cual la comida y el humor se influyen negativamente".

La alimentación y el estado de ánimo. Diario La U, Buenos Aires, 9 de agosto de 2002.

ESTANDARIZACIÓN

Definición.- En psicometría, es "la definición de puntuaciones significativas comparados con el rendimiento de un 'grupo de standarización' al que se administró previamente el test".

Myers D., *Psicología*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 3ra. edición, pág. 319.

ESTEREOGNOSIS

Definición.- Es la "facultad para identificar a los objetos por el manejo de ellos sin mirarlos... La estereognosis deteriorada es un signo temprano de daño en la corteza cerebral y algunas veces ocurre en ausencia de cualquier defecto en la sensibilidad táctil y de presión cuando hay una lesión en el lóbulo parietal posterior a la circunvolución posrolándica" (pág. 100).

Ganong William (1980) Manual de fisiología médica. México: El Manual Moderno. 7º edición.

ESTEREOTIPO

Definición.- "Generalizaciones acientíficas, y por ende poco confiables, que un individuo hace acerca de otro individuo o grupos; cuadro mental que nos forjamos de un persona o grupo de personas particulares".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 619.

ESTIGMA

Estigmatización de los pacientes.- Propósito: Se supone comúnmente que las reformas en el sector de la asistencia psiquiátrica han contribuido a reducir el estigma que acompaña a la enfermedad mental. Para examinar si existe una relación entre el sistema de atención psiquiátrica y la estigmatización de los pacientes, comparamos las actitudes públicas hacia los pacientes con trastorno mental en tres países en fases diferentes de progreso en la reforma psiquiátrica. Métodos: Se realizaron encuestas de población sobre las actitudes públicas hacia los pacientes con trastorno mental en Novosibirsk (Rusia) y Bratislava (Eslovaquia). Los datos se compararon con los de una encuesta de la población que se había llevado a cabo hacia poco en Alemania. En las tres encuestas se utilizó el mismo procedimiento de muestreo y la misma entrevista estructurada. Se obtuvo la actitud pública hacia los parientes con trastorno mental utilizando una Medida de la Percepción de la Devaluación y la Discriminación. Resultados: Los pacientes psiquiátricos se enfrentan a un rechazo considerable en los tres lugares en cuestión. En conjunto, el grado de devaluación y de discriminación percibidas era similar en todos los países, con una tendencia significativa pero marginal a una devaluación más fuerte de los pacientes con trastorno mental en Alemania.

Schomerus G y otros, Actitudes públicas hacia los pacientes con trastorno mental: una comparación entre Novosibirsk, Bratislava y varias ciudades alemanas. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2006 OCT; 21(7).

Estigmatización y valores personales.- Objetivos: Investigar la relación de respuestas en la escala del valor de Schwartz de la distancia social preferida a una persona con esquizofrenia o depresión. Se ha investigado en varios contextos la influencia de las prioridades del valor personal en la discriminación, pero raramente con referencia a la distancia social hacia aquellas con enfermedad mental.

Método: Estudiantes universitarios (n=200) completaron la escala del valor de Schwartz, así como una medida de creencias sobre la enfermedad mental y la distancia social preferida con referencia a una ilustración que describe a una persona con esquizofrenia o depresión.

Resultados: En consonancia con los resultados anteriores, los encuestados indicaron una preferencia por una mayor distancia social para la esquizofrenia que para la depresión, y las creencias sobre la probabilidad de un comportamiento socialmente inapropiado y el peligro correlacionaron con la distancia social. La orientación de valor de auto-trascendencia fue un predictor independiente significativo de la preferencia de una distancia social menor. Estos resultados no fueron influenciados por un sesgo de deseabilidad social.

Conclusiones: La orientación del valor hace una contribución significativa a la predicción de la distancia social hacia aquellos con enfermedad mental. Al parecer se requiere de una evaluación de las intervenciones basadas en el valor, para reducir tal discriminación.

Ross MG Norman; Richard Sorrentino; Deborah Windell...(et.al) ¿Son importantes los valores personales en la estigmatización de las personas con enfermedad mental? CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 DIC; 53(12):848-856.

Autoestigma en salud mental y/o drogodependencias.- Se ha llevado a cabo un estudio cualitativo basado en un enfoque etnográfico durante un periodo de tres meses, en diversos centros de la red de recursos de salud y atención al drogodependiente en la ciudad de Palma de Mallorca. Mediante una elección aleatoria y voluntaria de los participantes en los centros, se pretende conocer la influencia del autoestigma asumido por estas personas, relacionándolo con su nivel de desempeño psicosocial y ocupacional.

Mediante el relato de estas personas, se conocen las necesidades que ellos mismos detectan sobre su persona y cómo les influye la concepción que la sociedad tiene acerca de su enfermedad y/o dependencia.

Se establecen cuatro grupos objeto de estudio: personas con enfermedad mental sin consumo de sustancias, personas con drogadicción sin enfermedad mental, personas con patología dual y, finalmente, personas con enfermedad mental y consumo esporádico de sustancias. Se pretende conocer la relación entre el entorno e historia de vida con la autoestima y la volición.

Con el fin de contrastar sus limitaciones, asumidas en parte a causa de los obstáculos impuestos por la sociedad, se realizan entrevistas a la población general donde se determinan los pensamientos de la misma sobre estas personas.

El estigma social, genera un autoestigma en la persona y limita su desempeño ocupacional. La persona con enfermedad mental y/o problemas de drogadicción requiere del apoyo de su entorno para proponerse y alcanzar metas y objetivos. La falta de autoestima alimenta la disfunción ocupacional y en consecuencia la recuperación o rehabilitación de la persona.

Cristina Gómez Muñoz. Autoestigma en salud mental y/o drogodependencias: Funcionamiento ocupacional. Una visión holística de la persona. REVISTA GALLEGA DE TERAPIA OCUPACIONAL. 2009 SEP;(10)

ESTILO

Definición.- “Manera característica de hacer las cosas, modo, forma. La psicología se interesa por el estilo cognitivo (el estilo de pensamiento) y por el estilo educacional (modo, forma de educar), entre otros muchos. Se entiende por estilo cognitivo la manera particular o característica con la que cada individuo elabora la información. El estudio del estilo cognitivo enlaza necesariamente varias disciplinas dentro de la psicología como son la psicología de la percepción, la psicología del pensamiento y la psicología de la personalidad. Por otro lado, el estilo educacional es la forma más o menos unitaria de conducta educativa configurada por características pedagógicamente relevantes. Este estilo depende principalmente de dos factores: de las ideas normativas más o menos dominantes y concientes del educador, y de la situación educativa vigente. Podemos entender el estilo educativo de dos formas diferentes: estilo educacional, como estilo particular, individual (de un determinado profesor), y estilo educacional, como estilo colectivo (modo de comportamiento educativo de diferentes sociedades o estamentos)”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Estilo del terapeuta.- Conjunto de características estables a lo largo del tiempo, determinado por su modo personal de comunicarse, por los acontecimientos vitales y significativos de su vida, y por sus identificaciones con profesionales que toma como modelo. El estilo personal del terapeuta se aprecia cuando ejerce ciertas funciones, que son seis: 1) Instruccional: implementar una serie de instrucciones al paciente para poner en marcha el dispositivo terapéutico. Por ejemplo, recomendación de puntualidad. Puede ser flexible o rígido. 2) Atencional: como presta atención a las producciones del paciente. Puede ser amplia o focalizada. 3) Evaluativa: como evalúa el avance de la terapia. Puede centrarse en los procesos o en los resultados. 4) Expresiva: como exterioriza y comunica sus afectos. 5) Operatoria: como implementa las estrategias terapéuticas. 6) Compromiso: en relación al cumplimiento de su tarea.

El estilo del terapeuta se adapta a cada paciente: puede ser animoso ante una paciente depresivo, reflexivo ante un balance del paciente de su vida. Puede adoptar según el caso actitudes persuasivas, directivas, contenedoras, etc, según cada paciente lo requiera.

Fernández Álvarez H (1998), Clases de Métodos y técnicas psicoterapéuticas. Cátedra de Métodos y técnicas psicoterapéuticas. Buenos Aires, Universidad de Belgrano.

Estilo de vida.- Según Alfred Adler, cada individuo desarrolla una forma única de luchar por la superioridad, y esto se llama *estilo de vida*. Los cuatro principales estilos son: dominante (agresivo, poco social), obtenedor (siempre pide, nunca da), evitativo (escapa a los problemas de la vida y no afronta desafíos) y útil socialmente (con mucho interés social y actividad social). El estilo de vida es influido por factores como la constelación familiar (por ejemplo el orden de nacimiento: primogénito, etc) y la atmósfera familiar (calidad de las relaciones emocionales entre los miembros de la familia).

El estilo de vida resulta de una combinación de dos factores: la orientación hacia el objetivo interno del individuo con sus finalismos ficticios particulares, y las fuerzas del ambiente que ayudan, impiden o alteran la dirección del individuo.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 105-108.

Estilo cognitivo.- “El estilo cognitivo es, en psicología, el modo habitual de procesar información y de utilizar los recursos cognitivos, como la percepción, la memoria, el procesamiento... Es muy importante la ausencia de asociación entre estilo cognitivo e inteligencia, ya que es esta ausencia de relación la que justifica la existencia de los estilos; es decir, el CI no correlaciona con uno u otro estilo cognitivo. Lo que los estilos cognitivos explican son las diferencias individuales en la actuación de los procesos cognitivos y por ello son un componente de la personalidad”.

http://es.wikipedia.org/wiki/Estilo_cognitivo

Estilo cognitivo y depresión.- “Los estilos cognitivos negativos se han mostrado como eventualmente pronosticadores de la depresión inicial y recurrente. La investigación también ha comenzado a sugerir que los estilos cognitivos pueden estar asociados con el curso de la depresión. Este estudio examinó si el riesgo de depresión inicial también predice el curso de una depresión en un diseño eventual. Participaron 159 sujetos inicialmente no deprimidos, quienes experimentaron un episodio depresivo mientras sucedía el estudio fueron seguidos eventualmente durante 2.5 años. Cuatro indicadores del curso de la depresión fueron evaluados desde las entrevistas de diagnóstico y los cuestionarios administrados cada 6 semanas, la severidad y la duración de los episodios y la cronicidad de la depresión experimentada. Los participantes con un alto riesgo cognitivo experimentaron más episodios de depresión, episodios más severos, y cursos más crónicos que los participantes de bajo riesgo. No hubo diferencias en el riesgo durante los episodios. La muestra de este estudio fue elegida para incluir individuos con vulnerabilidad cognitiva alta y baja a la depresión, limitando potencialmente la generalización de los hallazgos a otros individuos. También, el estudio incluyó algunos participantes con una historia pasada de depresión”. Iacoviello B y otros, El curso de la depresión en individuos con riesgo cognitivo alto y bajo para la depresión. Un estudio prospectivo. J AFFECT DISORD. 2006 JUL;93(1)

Estilo de vida y salud.- Para las cinco primeras causas de muerte, el estilo de vida es el que tiene mayor incidencia entre los cuatro factores del modelo sanitarista canadiense (los otros tres son el factor genético, el ambiental y la atención médica).

El *enfoque individualista* sobre estilos de vida, que considera la salud como responsabilidad individual, es insuficiente, porque el estilo de vida está determinado por fuerzas sociales y culturales. Desde un *enfoque psico-social*, diferentes estilos de vida se asocian a diferentes patologías: el estilo parroquial, más familiar y conservador, y el mundano, más individualista e innovador. Asimismo, la personalidad tipo A (siente más el estrés, se propone grandes objetivos en poco tiempo, etc) registra mayor incidencia de enfermedades cardíacas.

El estilo de vida se manifiesta en tres aspectos: material (vivienda, comida, vestimenta, etc), social (familia, asociaciones religiosas, etc) e ideológico (ideas, valores, creencias y respuestas frente a sucesos de la vida).

Condensado de Pedersen D (1996) Estilos de vida y salud.

Tres áreas críticas en el análisis de la relación estilo de vida / salud-enfermedad.- Son las conductas frente al proceso de salud-enfermedad, los modelos explicativos del empleo de servicios de salud, y las redes sociales de apoyo.

1) *Conductas frente al proceso de salud-enfermedad.-* Abarcan desde el autocuidado hasta el uso de tecnologías complejas, pasando por los recursos populares. La elección está influida a veces por la familia. Latinoamérica es multicultural en este sentido, pues coexisten terapias tradicionales con terapias modernas. En este contexto, Chrisman presentó un modelo de “*proceso de búsqueda de la salud*”:

Factores culturales	Factores sociales	Integración socio-cultural	
Definición de los síntomas	Cambios de rol. Consulta laica / referencial.	Acción terapéutica	Seguimiento o rechazo del tratamiento

La definición del síntoma surge de la percepción de la desviación de la norma cultural. La familia también interviene y el sujeto asume o no el rol de enfermo. La consulta laica son con otras personas, familiares o no, que ayudan a identificar el tratamiento, y forman una compleja red social de apoyo. Las acciones terapéuticas pueden ser tradicionales (oración, ejercicios, etc) o de otro tipo.

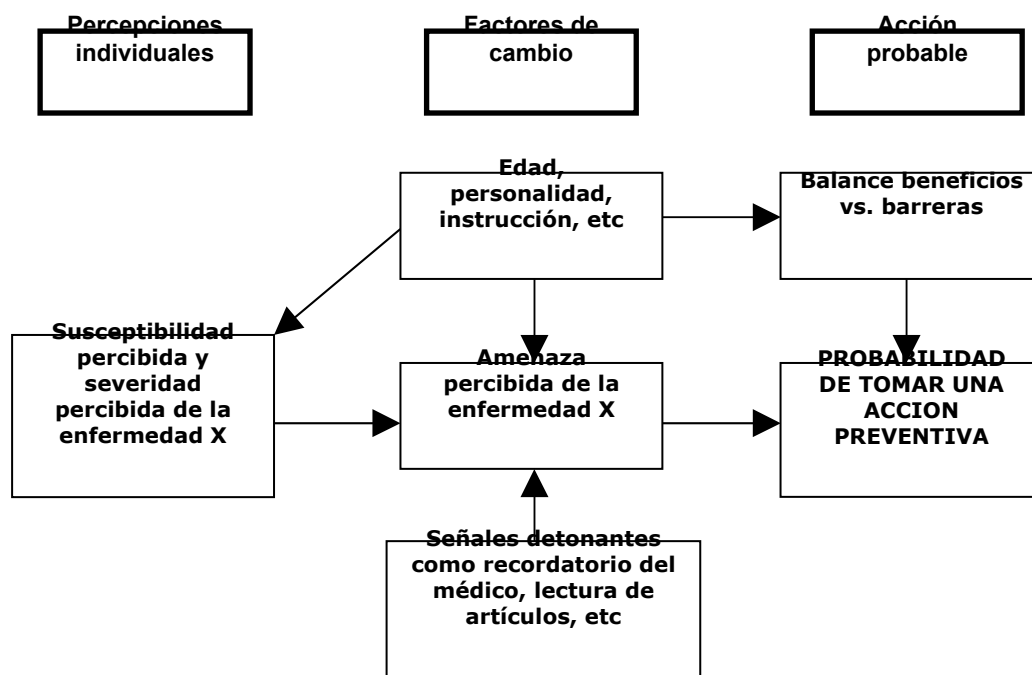
2) *Modelos explicativos del empleo de servicios de salud.-* Cada modelo atiende diferentes aspectos. Al modelo demográfico le interesa la edad, el sexo, etc. Al sociocultural le interesa la educación, la ocupación, etc. Al psicosocial le interesan las creencias y valores. Al económico el nivel de ingresos, las ofertas y demandas. Y al organizacional, los sistemas médicos, etc.

Hoy el enfoque psicosocial se centra en el *Modelo de Creencias de la Salud* o HBM (Health Belief Model) como medida del comportamiento preventivo, basado en tres comportamientos:

- De Salud (lo que hace para prevenir o detectar lo asintomático)
- De Enfermedad (lo que hace para diagnosticar y buscar como cura)
- De Enfermo (lo que hace para curarse)

El modelo HBM tiene cuatro componentes:

- a) La susceptibilidad percibida (riesgos subjetivos de enfermar).
- b) La severidad percibida (de la gravedad de la enfermedad).
- c) Los beneficios percibidos (dependen más de las creencias que de cuestiones objetivas).
- d) Señales para la acción (factores detonantes de una acción percibida como necesaria).



3) *Redes sociales de apoyo o sistemas de soporte*.- Son respuestas sociales a las situaciones de estrés o eventos de la vida como divorcios, desocupación, migraciones, etc, que parecen provocar patologías específicas.

Las redes sociales son fuerzas a tener en cuenta en un estudio epidemiológico, lo que lleva no a estudiar enfermedades sino poblaciones definidas que experimentan el estrés y que tienen por tanto mayor riesgo de enfermar. El formar redes sociales de apoyo reduce este riesgo. La ruptura de vínculos sociales está asociada a una mayor susceptibilidad a enfermar. El sanitarista debe valorar las redes sociales de apoyo. Condensado de Pedersen D (1996) Estilos de vida y salud.

ESTÍMULO

Definición.- Todo agente físico o químico capaz de producir una respuesta en un organismo viviente. Habitualmente se los clasifica en exteroceptivos (provenientes del ambiente, como un rayo luminoso o un sonido) e interoceptivos (dolor, etc). En psicoanálisis son especialmente importantes el objeto y la palabra (estímulos externos) y las pulsiones (estímulos internos). Cazau P (2000) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Generalidades.- "Forma de interacción entre el ser vivo y el medio, es el agente, condición o energía capaz de provocar una respuesta en un organismo determinado.

En el campo de la psicología, los estímulos están unidos al proceso de aprendizaje, ya que a través de ellos se desencadenan conductas específicas. La disminución o desaparición de una respuesta ante un determinado estímulo es la forma más elemental de aprendizaje. Todo estímulo requiere de una intensidad para poder ser percibido. Existen seis clases: mecánicos, térmicos, ópticos, acústicos, químicos y eléctricos. Debido a que afectan a los órganos sensoriales, presentan una gran variedad de formas.

En psicología social, es cualquier fenómeno cuya presencia provoca en el organismo una reacción diferente a la que provocaría en su ausencia. En sociología se habla de "estímulos sociales" como aquellos que generan una respuesta en el individuo como miembro de grupo. Estímulos sociales son la opinión pública, los usos y costumbres, los fenómenos de masas y otros".

"Estímulo" Enciclopedia Microsoft® Encarta® en línea 2001

<http://encarta.msn.es> © 1997-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Estímulo condicionado.- El EC es un estímulo neutro que, tras su asociación con un estímulo no neutro o incondicionado (provoca en forma natural una respuesta incondicionada), elicit una respuesta particular: la respuesta condicionada RC.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 88.

Estímulo condicionado.- “Estímulo previamente neutro, que adquiere la propiedad de provocar una determinada respuesta al ser apareado con el estímulo no condicionado”.

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 614.

Estímulo incondicionado.- El EI es un estímulo que provoca una respuesta natural o incondicionada (respuesta incondicionada, RI) sin necesidad de condicionamiento previo. Por ejemplo, un ruido muy fuerte provoca una respuesta de susto.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 88.

Estímulo incondicionado.- “Estímulo no aprendido que produce naturalmente una respuesta”.

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 619.

ESTRATEGIA

Estrategia cognoscitiva.- Gagné distingue habilidades de primer orden (habilidades para manejar datos y conceptos, como las aptitudes verbal, matemática, para el razonamiento lógico, para las relaciones espaciales, etcétera), y habilidades de segundo orden o estrategias cognoscitivas (regulan al propio procesamiento de la información, como por ejemplo atención y percepción selectiva, codificación para almacenar información, recuperación, y solución de problemas). Estas estrategias cognoscitivas regulan y dirigen las propias condiciones de aprendizaje y por ello dan cuenta del método y grado de sistematización del trabajo intelectual. Ellas incidirán sobre la forma en que un sujeto aprende a aprender, a recordar y, en suma, a pensar en forma reflexiva y analítica para obtener más conocimiento del mundo y de sí mismo.

Condensado de González G (1987) Temas de Psicología Cognitiva (II. Pensamiento. Capítulo 4). Buenos Aires: Tekné.

ESTROBOSCOPIO

Definición.- (*Psicología Experimental*) Aparato que se utiliza para presentar una rápida serie de exposiciones de secuencias relacionadas de estímulos visuales. Tienen importancia dos ilusiones que se producen: a) Si las escenas presentadas se relacionan pero difieren muy poco entre sí, se produce una ilusión de movimiento continuo, que ocurre como en el cinematógrafo, y con los dibujos animados. b) Si el estímulo se mueve continuo y periódicamente pueden aparecer como lentamente descendientes, detenidos, o que se invierta la dirección de su movimiento, como ocurre con los discos estroboscópicos. La *Ilusión Estroboscópica* es el movimiento aparente de un objeto o de un hecho que se presenta a la vista o al tacto mediante una serie de impresiones discretas que van indicando una sucesión de adelantos en el movimiento progresivo del objeto o del hecho.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- “Instrumento que permite observar una parte móvil de un mecanismo cuando está en rápido movimiento. Una luz intermitente hace posible ver la parte momentáneamente en distintas posiciones sucesivas de su movimiento. Las imágenes que se perciben no son en realidad consecutivas, separadas cada una de ellas de la subsiguiente por uno o más ciclos completos de movimiento; el efecto, en consecuencia es, podríamos decir, de cámara lenta. En vez de luz intermitente puede obtenerse una visión intermitente del objeto mirándolo a través de una ranura en un disco rotatorio, la velocidad del cual puede ser variada” (Speck, 1966:137).

Speck G (comp) (1966) Diccionario científico ilustrado. New York: Editors Press Service.

ESTRUCTURA

Definición.- En psicología, ‘estructura’ es un modo de designar la idea de que las partes del conjunto mental están en relaciones definidas. Al comienzo, el estructuralismo en psicología consistió en esforzarse por reconstruir los conjuntos mentales mediante la combinación de elementos considerados simples como sensaciones, imágenes, sentimientos, etc. Tal es el atomismo psicológico, al que se opusieron Bergson en Francia y Dilthey en Alemania. La siguiente concepción fue la teoría de la Gestalt, cuyos principios son aplicables incluso en la física. La teoría de la forma rechaza la idea de elementos simples cuya composición explicaría el todo: es el todo en que da sentido a los elementos.

Lagache D (1968) Estructura en psicología. Incluido en Bastide y otros, Sentidos y usos del término estructura. Buenos Aires: Paidós.

En psicoanálisis.- La noción de estructura en psicoanálisis se puede ver desde dos perspectivas: 1) *Semántica*: la interpretación permite descubrir la estructura del contenido latente, invitando al paciente a hacer una recomposición estructural de su discurso, sueño, etc. 2) *Personológica*: se consideran estructuras la primera y la segunda tópica de Freud. La primera distingue dos sistemas (pre-conciente e

inconciente), y la segunda tres (ello, yo, superyo). En ambos casos el aparato psíquico es concebido como una estructura, un modelo conceptual surgido de la experiencia pero distante de ella.
Lagache D (1968) Estructura en psicoanálisis. Incluido en Bastide y otros, *Sentidos y usos del término estructura*. Buenos Aires: Paidós.

Generalidades.- En los comienzos de la psicología se entendía por estructura una combinación de elementos que presenta la vida mental, considerada desde un ángulo relativamente estático pero luego, sobre todo con la teoría de la forma, estructura ya no fue más una simple combinación de elementos, y pasó a ser un todo constituido por fenómenos solidarios, tales que cada uno depende de los otros y no puede ser lo que es sino en función de su relación con ellos.
Bastide (1968) ¿Qué es estructura?. Incluido en Bastide y otros, *Sentidos y usos del término estructura*. Buenos Aires: Paidós.

Definición.- Es el modo de organización permanente más profundo del individuo a partir del cual se producen tanto las ordenaciones funcionales normales como las patológicas. No es una suma de síntomas sino un ordenamiento interno.

Más genéricamente, estructura es un conjunto de elementos relacionados según leyes de composición. La idea de estructura es heurística pues permite 'descubrir' lo que no está a la vista.

Según qué principios de regulación interna consideremos, tenemos diferentes estructuras. Si tomamos la organización según la función fálica, tenemos cierta estructura, si tomamos como principios lo real, lo imaginario y lo simbólico, tendremos otra estructura, si tomamos las instancias del aparato psíquico, otra, y así sucesivamente. La estructura depende del vector de ordenamiento considerado.

Estructura y normalidad.- Bergeret distingue 'estructura' de 'normalidad'. La estructura sería la base ideal de organización estable de los elementos metapsicológicos constantes en un sujeto. El carácter es el funcionamiento manifiesto y no mórbido de la estructura. El síntoma aparece cuando la estructura se descompensa, o sea los factores internos del conflicto se desequilibran.

En este contexto ofrecido por Bergeret, la normatividad es lo característico de la estructura en estado de normalidad (sin síntomas desestabilizantes). Si en una estructura psicótica no hay descompensación, hay normalidad, o sea se manifiesta el carácter.

Lunazzi de Jubany H, Lectura del psicodiagnóstico.

Según el psicoanálisis.- Las estructuras, desde un punto de vista psicoanalítico, son configuraciones o modos de organización relativamente estables o duraderas de los procesos mentales, como por ejemplo la organización del psiquismo en un aparato psíquico (ello-yo-superyo). Dentro de estas estructuras hay a su vez sub-estructuras, como por ejemplo las defensas, las relaciones objetales interiorizadas, etc., y, desde un punto de vista dinámico, dentro de las estructuras hay conflictos. La estructura no es entonces una suma de síntomas sino un ordenamiento interno, un orden orientado hacia una finalidad, que es la de estabilizar el psiquismo actuando como mediadora entre los distintos factores etiológicos (genes, historia, ambiente, etc).

La organización estructural de la personalidad es entonces un ordenamiento interno, que tanto puede ser normal como patológico, que se configura como un modo permanente y profundo de resolver las situaciones conflictivas a las cuales está siempre expuesto el psiquismo. Kernberg distingue tres organizaciones estructurales amplias: neurótica, límite y psicótica.

Condensado de Kernberg O (1992) Trastornos graves de la personalidad. El Manual Moderno. Capítulo 1.

Estructura psíquica.- "En términos amplios, generales, se entiende por estructura psíquica un conjunto de determinadas funciones, funcionamientos, procesos psíquicos, concurrentes a uno o varios fines relacionados, y que sean relativamente estables y permanentes, esto es, cuya tasa de cambio o variación sea considerablemente menor a la del resto de los procesos psíquicos" (Aslan, 2006:58).

"Hay dos grupos de definiciones: 1) las que denominan estructura psíquica a un conjunto de funciones, procesos psíquicos, etc. y 2) las que denominan estructura psíquica a una estructura inferida a partir de esos procesos, funciones, etc." (Aslan, 2006:59).

"Las estructuras psíquicas han sido clasificadas con diversos criterios. En general se denomina macroestructuras a las instancias del modelo tripartito, a las grandes relaciones interestructurales, como por ejemplo, Yo-Superyo, que subyacen al carácter, o a representaciones del self, etc.; y microestructuras, a elementos psíquicos individuales organizados, tales como huellas mnémicas, identificaciones estructurantes, representaciones de objetos, etc." (Aslan, 2006:60).

Aslan Carlos M (2006) Acerca de la estructura, la repetición, la historia y la temporalidad. Incluido en Fiorini Leticia (comp) Tiempo, historia y estructura. Su impacto en el psicoanálisis contemporáneo. Buenos Aires: APA editorial.

ESTRUCTURA DE SIGNIFICADO

Generalidades.- Fernández Alvarez desarrolla el tema de las estructuras de significado en el capítulo 7 de su libro en los siguientes términos.

Naturaleza de los significados.- Hay varias formas de entender el significado: como la relación del término con aquello que designa, o también como la relación de los términos entre sí (De Saussure). Aquí nos interesa su papel en relación con la conducta humana. Desde esta perspectiva, los significados tienen un doble carácter: estructural y procesal.

El primero alude a que los significados no están aislados entre sí, sino que forman una estructura que los interrelaciona y articula. Al mismo tiempo, el carácter procesal está dado porque las estructuras de significado se organizan y desarrollan por requerimientos dinámicos, elaborando activamente diferentes contenidos según la peculiar experiencia de cada sujeto. Los contenidos de estas estructuras formales se llaman signos.

Dinámica de las estructuras: interacción externo/interno y evolución.- Dado que la actividad humana es una manera peculiar de procesar informaciones siempre renovadas, la experiencia impulsa a los individuos de modo incesante a cambiar las estructuras de significado. Estos cambios de estructuras son el resultado de tres tipos de exigencias: a) exigencias que provienen del ineludible intercambio entre lo interno y lo externo: lo externo ingresa al psiquismo y produce cambios estructurales, que obligan a cambios internos adaptativos; b) exigencias derivadas del desarrollo vital, o sea se producen cambios de estructuras de significado debido a la natural transformación e incremento de la complejidad del sistema; y c) exigencias de tipo psicológico, o tendencia de los individuos a interesarse por lo novedoso. Esto ocurre porque todo conocimiento, una vez alcanzado, impulsa hacia una forma de investigación que sobrepasa los límites de lo que ya ha sido elaborado, con lo cual se producen cambios de estructura de significado.

Contenidos mentales de las estructuras.- Como todo significado se constituye intersubjetivamente, los signos que son los contenidos mentales son siempre de carácter social, pero también está el componente psicológico o personal. En psicoterapia se trata de ver como el paciente emplea sus signos en cada construcción, como interjuego entre lo social y lo personal.

Los aspectos intelectuales son formales (pensamiento lógico) y creativos (pensamiento imaginativo); son emocionales (expresivos o externalizados, e intensivos o internalizados); y son evaluativos (que abarca tanto las autoevaluaciones como las heteroevaluaciones o evaluaciones de los demás).

Circunstancias que rodean la producción de significados.- Esta producción ocurre siempre en un determinado contexto, y uno de ellos es el sociocultural. Por ejemplo, la dinámica familiar depende mucho del orden macrosocial. La producción de significados también depende del orden biológico. La conveniencia de contar con un modelo integrativo de asistencia en salud mental se refuerza en la idea de poder disponer de todas estas alternativas conjuntamente (sociocultural, biológica, etc), para seleccionar la más adecuada a cada caso, sin necesidad de operar con modelos disyuntivos al mismo tiempo.

Evolución de las estructuras; desarrollo y completamiento; diferenciación y complejidad crecientes.- Las estructuras son moldes que preparan nuestras acciones, y no son esquemas fijos sino que van evolucionando con el tiempo, planteando cada vez nuevas necesidades y deseos. Las estructuras van cambiando por influencia de los nuevos conocimientos que se adquieren, progresándose hacia un completamiento de las estructuras de significado. Este crecimiento ocurre por aumento en la cantidad de asociaciones y contenidos posibles, pero también porque aparecen nuevos elementos, nueva información que producirá reestructuraciones en la estructura anterior. En este caso, siempre aparecen resistencias, como formas de defender la estructura previa.

Resumen de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 7.

Clasificación de las estructuras de significado.- Se pueden clasificar de acuerdo al tipo de comportamiento que queremos analizar durante la psicoterapia. Los signos que componen una estructura se nutren de los tres *contenidos* ya analizados. Ahora veremos como esos contenidos operan en varias *dimensiones* que sirven para reflejar los distintos *planos* de la experiencia, existiendo total complementación entre las dimensiones y los planos.

Dimensiones.- Consideramos cuatro dimensiones. a) personal y consensual: lo personal es lo que uno significa, por ejemplo que los espacios abiertos son peligrosos. Lo consensual es lo que la persona piensa que piensan los demás sobre los espacios abiertos y su grado de peligrosidad (no confundir con lo contextual, que es lo que esas otras personas piensan realmente); b) lo digital y lo analógico: los significados pueden estructurarse en forma digital o analógica. En el primer caso es posible ordenarlos lógicamente, por ejemplo las palabras, y en el segundo caso no, y sirven a propósitos creativos, como por ejemplo las imágenes; c) la denotación y la connotación: la denotación es el significado explícito, y la connotación lo no explicitado. Entre ambas hay diversos grados de congruencia. Por ejemplo incongruencia sería decir explícitamente que los hombres son dañinos, e implícitamente considerar que los buenos; d) lo conciente y lo inconsciente: relacionado con lo anterior. La mayor parte de nuestras experiencias permanecen ocultas, son inconscientes, tienen que ver con lo connotado.

Planos.- Las estructuras de significado permiten organizar la experiencia en dos planos principales: las características intrínsecas (relación del sujeto consigo mismo), y las características de rol (en relación a los demás). Características intrínsecas son por ejemplo potencia, asertividad, persistencia, control, dependencia, atención, etc. Características de rol son por ejemplo las generacionales (hijo, nieto,

sobrino, etc), sexuales (compañero, amante, novio, etc), interpersonales (amigo, alumno, empleado, etc), de cumplimiento (estudiante, lúdico, estético, laboral), y de actividades (económico, de asistencia social, político, religioso, etc).

Mapa de los planos que conforman las construcciones.- En el intercambio permanente que sostenemos con nosotros mismos y con el entorno, nos vemos confrontados con tres cosas: con nuestro propio cuerpo, con la naturaleza, y con los objetos artificiales creados por el hombre.

Los significados vinculados al cuerpo propio se organizan en dos categorías: constitución (esquemas de forma, disposición y contenido), y funcionamiento. Los esquemas de forma se elaboran por ejemplo a partir de mirarnos en espejos o fotos, la disposición alude al funcionamiento (agudeza perceptual, respiración, etc).

Significamos nuestro cuerpo y sobre esa base elaboramos las características intrínsecas (mencionadas en el punto anterior, como potencia, asertividad, control, etc). También en relación al cuerpo elaboramos el plano de los roles (por ejemplo un rol generacional, en base a que el cuerpo de mi padre es mayor que el mío, por ejemplo).

Este primer orden de composición de planos de significado que lleva a constituir un esquema corporal se articula luego con los objetos del entorno, tanto naturales como artificiales.

Resumen de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 8.

Jerarquía de las estructuras de significado.- La arquitectura del self se organiza en base a una sucesión en espiral de construcciones que se extienden desde el nacimiento hasta la muerte. En ella podemos distinguir nueve momentos o etapas, cada una de las cuales configura un estilo específico de significar la realidad. Son las siguientes:

1) Función discriminante básica.- Es la que da lugar a la constitución inicial del individuo como un sistema de estructuras de significación que definen la existencia de 'lo mismo versus lo otro', o 'lo propio versus lo ajeno'. Esto sirve para sentar las bases del self, la columna vertebral de la identidad personal.

2) Filiación y parentesco.- Los significados que aquí se organizan están vinculados con la necesidad de estructurar la diferencia de las generaciones, y al mismo tiempo la semejanza de pertenencia endogrupal. Implica una diferenciación que no es yo/otro, sino dentro de lo otro (lo que es endogrupal y lo que no lo es).

3) Dominación.- Se da significado a la experiencia en el sentido de que ciertas acciones son premiadas y otras castigadas. Aparecen normas, prescripciones y proscripciones (prohibiciones).

4) Diferenciación sexual.- Implica construir una serie de estructuras de significado complejas. Tal diferencia impone una búsqueda de placer en el otro y una correlativa experiencia de frustración al no lograr el objetivo, lo que lleva a experiencias sobre el propio cuerpo, placer masturbatorio que viene ya desde la discriminación básica (nacimiento).

5) Reconocimiento.- Desarrollo de actitudes, manejo de emociones dentro de ciertos límites, integración a un sistema de reglas extendido (sociedad), participación en grupos de pares, todo lo cual supone un repertorio de conductas del cual dependerá la posibilidad de ser reconocido en distintos ámbitos sociales.

6) Autonomía.- Comienza con la pubertad y se extiende en la adolescencia. Nuevas exigencias biológicas y sociales exigen al individuo otra forma de construir la realidad donde pueda definirse a sí mismo como un ser capaz de elaborar un guión propio.

7) Transitividad.- Transitivo es aquello que tiene la capacidad de proyectarse en el otro sin perder la identidad: la posibilidad de unirse sin fusionarse, lo cual implica que los individuos sean autónomos (etapa anterior). Hay una necesidad de completamiento a través del vínculo con el otro.

8) Productividad y perdurabilidad.- Despliegue de obra: hijos, trabajo, proyección social. En la adultez se busca producir para perdurar (posibilidad de trascender).

9) Recogimiento.- Etapa de reelaboración reflexiva y preparación para la generación siguiente. Cierre de puertas abiertas. Es el momento de los balances, del cierre del guión personal. Algunos piensan que cumplieron dicho guión, y otros que les faltó hacerlo.

Resumen de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 10.

ESTRUCTURALISMO

Generalidades.- "El estructuralismo se empeña por componer por medio del análisis, los estados o procesos concientes en sus elementos (sensaciones, imágenes, feelings, actitudes, etc.) y en aislar por abstracción los diversos atributos o dimensiones de esos elementos (cualidad, intensidad, duración, etc). Tal es el único fin que asigna a la psicología. Para el estructuralismo, la psicología no puede ser sino descriptiva y por descripción se entiende una rendición de cuentas tan precisa y completa de los estados mentales, que una persona para quien estos estados no fueran familiares, podría reconstruirlos según su fórmula verbal. Así comprendida como instrumentos de reconstrucción, la descripción psicológica es necesariamente analítica y abstracta, y es obtenida gracias a un tipo de introspección que se encierra en lo dado para investigarlo y descomponerlo" (Tilquin A, 1969:5).

Tilquin A (1969) El behaviorismo. Ficha N 399 de la Cátedra de Historia de la Psicología, de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Traducción de María Angélica Palombo de Le Behaviorismo. Origine et développement de la psychologie de réaction en Amérique, Librairie Philosophique J. Vrin, Paris, 2da ed, 1950).

Representantes.- Al hablar de estructuralismo hay que remitirse en primer lugar a C. Lévi-Strauss, antropólogo, que tuvo tres grandes influencias: la geología, el marxismo y el psicoanálisis. En su relación con Jakobson empieza su trabajo en lingüística estructural.

Su fama se debe mas bien a sus trabajos sobre los parentescos, al establecer los principios básicos que gobiernan la gran cantidad de reglas que favorecen los intercambios de parentesco en las distintas culturas. Ayudándose con modelos matemáticos para dar cuenta de las posibilidades de cada sistema cultural y por cuál optar en la elección de un parentesco. Dice que la prohibición del incesto y la obligación al intercambio constituyen la opción mínima para formar un sistema. En relación a ello tiene una conocida frase: "las mujeres circulan en relación a los hombres", porque el intercambio se hace con las mujeres, y se le prohíbe a la mujer el intercambio con su propia familia.

Otro autor importante es Michel Foucault, uno de los más claros exponentes del estructuralismo dentro del psicoanálisis. Otro fue Lacan, quien al morir disolvió la escuela que había fundado en 1950. Fue expulsado de todas las escuelas psicoanalíticas. Para algunos es muy importante porque incluye el estructuralismo dentro del psicoanálisis, pero para otros la visión de Lacan está totalmente aparatada de lo que había dicho Freud.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

ETCHEVERRY, JOSÉ LUIS

(1942-2000) Estudioso de la filosofía y traductor argentino cuyo nombre está indisolublemente ligado a su traducción de las obras de Sigmund Freud (1974-1985). En otro artículo de este diccionario se señala cómo se insertó la nueva traducción de Etcheverry en la historia de las versiones castellanas de Freud. En un volumen agregado a manera de apéndice a las *Obras completas* por él traducidas, Etcheverry (1978) explicó cuáles fueron sus principales criterios para abordar esta tarea. Posteriormente, en una de sus raras apariciones públicas, invitado a dar unas conferencias en la Universidad de la República de Uruguay, explicitó algo más estos criterios (Wolf y Hajes, 1996, págs. 7-42). Expresó allí que toda traducción responde a los intereses, aspiraciones y búsquedas de un determinado momento histórico y grupo social. En su caso, el "retorno a Freud" propugnado por las corrientes lacanianas, y la abundante elaboración crítica de los conceptos freudianos básicos en el curso de las dos o tres décadas anteriores fue una motivación fundamental. Tomando como consigna básica "El texto de Freud y nada más que el texto de Freud" (1978, pág. 2), procuró "abrirse paso hasta sus últimos resortes de creación" (ibíd., pág. 4). Su modo de trabajo pudo definirse como una "literalidad problemática", en el sentido de "una fidelidad al original atenta a los problemas interpretativos que el texto mismo plantea" (Etchegoyen, 2000, págs. 5-6). Gracias a su profundo conocimiento de la cultura clásica alemana, Etcheverry examinó los antecedentes filosóficos y científicos de Freud y pudo mostrar "que esas tradiciones son constitutivas del discurso freudiano, donde son proyectadas y articuladas hacia otros objetos y una dimensión diversa" (1978, pág. 16) De esta inmersión en las fuentes extrajo una visión renovada de Freud, ajena a las especulaciones y polémicas de las distintas escuelas psicoanalíticas. Paradójicamente, desde fuera del psicoanálisis le ofreció a éste la posibilidad de replantearse creativamente muchos de los conceptos básicos de su fundador. Además de este trabajo monumental, Etcheverry tradujo también las cartas de Freud a Wilhelm Fliess (Freud, 1994) y el diario clínico de Ferenczi (1997), y supervisó la edición del *Diccionario de psicoanálisis* dirigido por Roland Chemama (1998). En el campo filosófico y sociológico merecen destacarse sus traducciones de Max Weber, Jurgen Habermas y Anthony Giddens. Según palabras del Dr. H. Etchegoyen (2000, pág. 6), Etcheverry fue "un hombre modesto y sabio... siempre dispuesto a escuchar, a aprender y a explicar", cuya muerte "enluta al psicoanálisis, a la psiquiatría, a la psicología y a la cultura argentina".

Referencias Chemama, Roland, ed., *Diccionario del psicoanálisis*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1998. Etcheverry, José Luis, *Sobre la versión castellana*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1978. Ferenczi, Sándor, *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*, ed. por Judith Dupont, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1997. Freud, Sigmund, *Obras completas*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 24 vols., trad. por José Luis Etcheverry, 1974-1985. Freud, Sigmund, *Cartas a Wilhelm Fliess (1887-1904)*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1994. Etchegoyen, Horacio, "Recordatorio de José Luis Etcheverry", *Revista de APdeBA*, vol. 22, nº 1, 2000, págs. 5-6. Wolf, Martin, y Hajes, Doris, eds., *Freud hoy en la Universidad*, Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Psicología, 1996.

Leandro Wolfson

Aporte de Ricardo Bruno

ETNOPSIKOLOGÍA

Definición.- “Parte de la psicología que investiga el comportamiento, las emociones y los aspectos intelectuales de las diversas unidades étnicas, raciales y culturales con la ayuda de métodos comparativos surgidos de la relación entre la psicología y la antropología”.
Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Etnocentrismo.- “Tendencia a concebir al propio grupo como centro de todo y a calificar a todas las demás personas por referencia a él”.
Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 619.

ETOGRAFÍA

Definición.- Etimológicamente, "etografía" significa descripción (grafía) de los comportamientos, hábitos o costumbres (eto), especialmente de los animales. La etología, rama de la psicología animal que estudia las conductas, hábitos o costumbres animales, comienza generalmente con una descripción del comportamiento animal concreto, es decir, con una etografía, y a partir de allí establece un repertorio de conductas típicas observadas, como por ejemplo qué hacen los animales para descansar, para defender el territorio, para cortejar, para explorar, para cazar, para autoasearse o cuando están cerca de otros animales. El registro de este repertorio se llama catálogo conductual, pues es un 'catálogo' de conductas. Otro término relacionado es "etograma", o diagrama de conductas observadas con un registro del lugar y la fecha y hora en que tuvo lugar la observación.
Cazau P (2003) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología Online.

Etograma.- “Catálogo exacto de todas las formas de comportamiento propias de una especie. Un buen etograma debe reflejar todas las posibilidades de manifestación conductual de una especie, a modo de disección de la conducta específica. Lógicamente, también se realizarán etogramas parciales de círculos funcionales concretos –por ejemplo, el etograma del comportamiento reproductor- pero conociendo el etograma global de la especie a estudiar”.
León O y Montero I (1995) Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación. Madrid: McGraw-Hill, pág. 42.

ETOLOGÍA

Definición.- “La *Etología* es una aproximación a la Psicología humana y animal que proviene de la Biología. Se desarrolló a partir de la obra de Konrad Lorenz y su objetivo es la explicación del comportamiento de las diferentes especies en función de *pautas fijas de acción* que vienen preparadas en el *sistema biológico* y que aparecen como *mecanismos de adaptación* al medio”.
León O y Montero I (1995) Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación. Madrid: McGraw-Hill, pág. 39.

Definición.- Según Naranjo, “tradicionalmente se ha definido la Etología como el estudio del comportamiento animal en condiciones naturales. Frente a los trabajos de comportamiento animal realizados en el laboratorio, típicos de otras disciplinas, para la Etología, por su propia naturaleza conceptual, el método de estudio indispensable es la observación natural”.
León O y Montero I (1995) Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación. Madrid: McGraw-Hill, pág. 42.

Definición.- La etología es el estudio sistemático de la conducta animal. Primero se la estudió en ambiente naturales, y luego se modificó el ambiente para ver como los animales reaccionaban a los cambios.

Contribuciones a la psiquiatría.- La conducta se puede explicar por la hipótesis de la energía específica de la acción (Lorenz), según la cual la inhibición del acto instintivo lleva a desplazar el acto hacia nuevas conductas. Por ejemplo inhibir el ataque o la huida lleva al pez espinoso a construir nidos.

Hay fenómenos de imprinting, o aprendizaje inicial por el cual el bebé toma como su madre al primer ser que ve al nacer. Estas son leyes generales, y por ello a veces el psicoanálisis no las considera porque dicen que debe considerarse cada caso en particular.

Entre las reglas generales tomadas de la etología está el trato que debe darse a los niños autistas, como por ejemplo no mirarlos ni hacer gestos de afecto, porque todo ello resulta intimidatorio para ellos.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 3, punto 4.

Definición.- “Estudio de la motivación del comportamiento y, especialmente, del comportamiento innato o instinto. La etología no se entiende de las reacciones físicas como consecuencia de estímulos que son investigadas por los sociólogos, sino de los cuadros de un comportamiento como los que son estudiados, desde un punto de vista subjetivo, por los sociólogos. La etología investiga las causas físicas de tales cuadros en la historia y evolución del sujeto y, en consecuencia, trata más bien del comportamiento común a una especie que de los tipos más avanzados de comportamiento que son estudiados por los

“behavioristas”. Se conocen dos tipos de comportamiento: espontáneo y reactivo. El primero es independiente de estimulación exterior mas el segundo ocurre solamente cuando se presenta un estímulo o “señal” ante los órganos sensorios. Estos estímulos pueden, por ejemplo, ser visuales como un color o una rutina movible (señal) y su percepción tiene una especie de efecto de gatillo sobre el mecanismo neurosensorio que pone automáticamente en marcha el desenlace correcto de acciones. Este mecanismo controla todas las emociones que habitualmente acompañan tales actividades instintivas como comer, apareamiento, huir, pelear, sean estas emociones adecuadas a la situación o no. En la etología humana se sabe que el niño no “aprende” a caminar “practicando” sino que cada vez camina mejor según el desarrollo de las conexiones nerviosas que permiten llegar a un cuadro coordinado innato que dicta una rutina de comportamiento” (Speck, 1966:138).

Speck G (comp) (1966) Diccionario científico ilustrado. New York: Editors Press Service.

EUSTRÉS

Generalidades.- El *estrés necesario* es aquello que prepara para la acción, es el esfuerzo de trabajo o empuje que lleva al despliegue de las conductas específicas; es necesario porque supone la energía que debe ponerse en juego para poder realizar determinadas acciones. El estrés o buen estrés hace referencia a experiencias cuyos resultados son predominantemente positivos porque produce la estimulación adecuada que permite a las personas lograr resultados satisfactorios con costes personales razonables. Es indispensable para el desarrollo psicofísico y la buena adaptación al medio.

Barimboim D y Ferrari R (2003) Del estrés necesario al distrés laboral. Publicación interna de la Cátedra de Psicología de los vínculos laborales, Buenos Aires, Universidad Argentina de la Empresa.

EVALUACIÓN

Evaluación.- Existen diferentes instrumentos que permiten evaluar la competencia. A grandes rasgos podríamos dividirlos en dos grupos: a) Instrumentos que evalúan la competencia potencial, es decir, antes que el sujeto haya tenido oportunidad de actualizarlas o revelarlas en un puesto de trabajo, y b) Instrumentos que evalúan la competencia demostrada en un puesto de trabajo. Un ejemplo de esta última es el Feedback Múltiple 360, un instrumento de valoración de conductas, habilidades y competencias que posee una persona que es confeccionado por el mismo interesado (autoevaluación), su jefe, sus colegas, sus subordinados y en ocasiones, también por sus clientes externos (Besendorff H, *Evaluación múltiple: 360°*. Diario Clarín Buenos Aires (13 de abril 2003), pág. 13).

Cazau P (2003) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

EVASIÓN

Generalidades.- Existen algunos mecanismos de evasión que resultan de la inseguridad del individuo aislado: el autoritarismo, la destructividad y la conformidad automática.

1) El autoritarismo es un mecanismo de evasión de la libertad que consiste en la tendencia a abandonar la independencia del yo individual para fundirse con algo o alguien exterior, a fin de adquirir la fuerza de la que el yo mismo carece. O sea, buscar nuevos vínculos secundarios como sustituto de los primarios que se han perdido. Ejemplos: los impulsos de sumisión y dominación (masoquismo y sadismo). El masoquismo aparece como un sentimiento de inferioridad, impotencia e insignificancia individual. En cambio, el sadismo se manifiesta como una tendencia a someter a otros, a vaciar a los otros, o como deseo de hacerlos sufrir. El sadismo y el masoquismo se corresponderían en el pensamiento de Adler, respectivamente, a la voluntad de poderío y a los sentimientos de inferioridad.

2) La destructividad difiere del sadomasoquismo por cuanto no se dirige a la simbiosis activa o pasiva con el objeto, sino hacia la destrucción de éste. Es igualmente un mecanismo de evasión contra el aislamiento porque aplaca la soledad al compararse el sujeto con el mundo exterior, destruyendo cosas y personas. La destrucción del mundo es un intento desesperado para no sucumbir a él.

3) La conformidad automática se da por ejemplo cuando hay retraimiento del mundo exterior (ciertas psicosis), o en la inflación del propio yo (de manera que el mundo externo se torne pequeño). Otra situación muy frecuente aparece cuando el individuo deja de ser él, y asume una personalidad que la sociedad le asigna.

Condensado de Fromm Erich (1985) El miedo a la libertad. Capítulo 5.

EXHIBICIONISMO

Definición.- 1. Término acuñado en 1877 por el francés Lasègue; abarca este concepto aquellas conductas sexuales en las que la satisfacción del instinto genital se busca y se encuentra tan solo en el acto de poner al descubierto las propias partes pudendas. 2. En su acepción más general y moderna, empero, la palabra designa cualquier tentativa del individuo de llamar la atención. El exhibicionismo sexual puede consistir en la exhibición de los órganos genitales, pero también en el dibujo de

representaciones obscenas. Tal conducta muchas veces es sintomática de ignorancia y desajuste con respecto a la sexualidad, o bien es el resultado de una tentativa de sobrecompensar sentimientos de inferioridad, real o imaginaria. Los adolescentes son particularmente propensos a un más general exhibicionismo, que se expresa en su afán de llamar la atención vistiéndose de una manera extravagante, hablando en voz alta, contando historias chocantes destinadas a escandalizar a los demás. Estas tendencias evidencian en su mayor parte tentativas normales, aunque faltas de madurez, encaminadas a alcanzar prestigio social, o bien son mecanismos de defensa destinados a contrarrestar un sentimiento de inferioridad. 3. (*Psicoanálisis*) Lo interpreta como negación de la castración ('yo lo tengo, mirad'), y al mismo tiempo como invitación a una mujer (niña) a que ella exhiba 'lo que no tiene'. Se trata de dos gestos mágicos. En la mujer se traspone el exhibicionismo de los genitales a otra parte del cuerpo o a las prendas. (Sterba, *Handwörterbuch*).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

EXISTENCIA, EXISTENCIALISMO

Generalidades.- 1. Caruso dice que la Psicología Personalística es 'la hija del existencialismo'. Desde Binswanger, creador del concepto: *análisis existencial*, hasta el Existencialanalyse de Frankl, en el *Psicoanálisis personalístico* de Caruso, etc., encontramos la existencia de los conceptos existencialistas. El término 'existencialismo' es una denominación de Jaspers, siendo, pues, menester citar su definición: "Lo que en lenguaje místico se denomina *alma*, en la filosofía se llama *existencia* (*Die geistige Situation der Zeit*, 1931). Hoy día hay diferentes corrientes existencialistas. La alemana tiene sus auténticos representantes en Jaspers y Heidegger, la francesa en Sartre y en Gabriel Marcel. Pero hay un elemento común; los expresa Jaspers así: "el hombre no es un *factum*, sino un *faciendum*" (ibid) y Sartre: "el hombre es creación de sí mismo" (*L'Existencialisme est un Humanisme*, 1946). Los dos axiomas nos dicen: el ser humano está *presente* en este mundo, pero como esto depende de él, es él mismo quien da un carácter de 'existencia' a una pura *presencia* espacial y temporal. 2. La aclaración filosófica nos la da Lotz en los siguientes términos: mientras la *esencia* expresa 'lo que' la cosa es, la existencia dice 'que' la cosa es. Nuestra existencia y la de todas las cosas del universo es limitada; de hecho es solo un estar *ahí* (*dasein*), es decir, un estar limitado a un determinado 'ahí' espacial y temporal. La filosofía existencial destaca, asimismo, dos modos fundamentales de existencia. Lo infra-humano, lo meramente existente (Alemán: *das Vorhandene*), alcanza ya su realidad plena en el desnudo *estar-ahí* (*dasein*). El hombre, en cambio, comprende (*verstehen*) el ser y por eso está inserto en su decisión sobre éste; solo en su ejecución encuentra su plena realidad, la cual indudablemente puede malograr. Así el hombre es un existente (*daseinendes*, Alemán) que también para su propio vivir conciente, está-ahí, es estar-ahí (*dasein*). Por eso la filosofía existencial reserva para él los nombres de 'Dasein, Existenz'. (Brugger: *Diccionario de Filosofía*, Ed. Herder). 'Estar presente' en este mundo, pertenecer a un grupo genuino - es físico; en este sentido la psicología, como ciencia natural, se ocupa del ser humano como de un solo objeto determinado por factores biológicos, sociológicos y psicológicos propiamente dichos (sensaciones, percepción, asociación, inteligencia, etc.). Ex. gr.: cómo está el ser humano presente, qué hace para que su presencia física sea un *dasein*, una *existencia*, es un proceso psico-espiritual. Su condición existencial está dada en su *ser mismo* ¿Qué es el ser del ser humano? - nos dice la doctrina filosófica, y el existencialismo quien logró hasta ahora, con más claridad, definir su posición. Kierkegaard, Jaspers, Gabriel Marcel, han encontrado la inmanencia de lo trascendental en este *ser*; Sartre, Camus, Heidegger, niegan el carácter trascendental del ser humano. Entre los 'psicólogos existencialistas' -si se puede utilizar este epíteto-, Binswanger está influido por Heidegger e intenta sistematizar la filosofía heideggeriana con su psicología existencial; Frankl, Baudouin y Caruso elevan sus doctrinas sobre la filosofía de Kierkegaard, de Jaspers, de Scheler; Baruk también sobre Gabriel Marcel. Hay todavía discrepancias y discusiones estériles, a veces personales, entre ellos, pero el "alma de andamio de la nueva orientación psicológica está firmemente establecida por Jaspers, cuando define que el ser humano no solamente 'está', sino que decide sobre 'lo que es'; decide libremente y según su conciencia. Como consecuencia, lleva sobre sus hombros la responsabilidad sobre su existencia. Se puede decir, pues, que la nueva orientación de la psicología profunda representa una "psicología del ser humano responsable por su *ser* -que es inmanentemente trascendental- y responsable por su existencia misma", lo que le obliga a cumplir *espiritualmente* con las exigencias de su propio ser, pues: está *ahí*, y es 'el mismo'.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

EXISTENCIALES

Concepción de Medard Boss.- A diferencia de la preferencia de uso del Umwelt por Heidegger, Mitwelt y Eigenwelt, Boss prefiere el término existenciales de Heidegger o aquellas cosas de la vida con las que todos tenemos que lidiar. En este sentido, Boss se interesa en cómo las personas perciben el tiempo y el espacio; no el espacio físico ni temporal medido en distancias y controlado por relojes y calendarios, sino por el espacio humano y el tiempo, por el espacio personal y el tiempo. Alguien de hace tiempo, que

ahora vive muy lejos, puede estar más cerca de ti que la persona que tienes a tu lado en estos momentos.

También está interesado en cómo nos relacionamos con nuestros cuerpos. Mi apertura al mundo se expresará a través de mi apertura corporal y a mi extensión de mi cuerpo en el mundo, cosa que él llama "tendencia hacia adelante del cuerpo" (bodying forth).

Nuestra relación con los demás es tan importante para Boss como para Binswanger. No somos individuos atrapados en un cuerpo; más bien vivimos en un mundo compartido y nos iluminamos mutuamente. La existencia humana es una existencia compartida.

Una preocupación particularmente "bossiana" es el "humor" o "sintonización": Boss sugirió que, aunque siempre estamos iluminando al mundo, a veces iluminamos unas cosas más que otras, o lo hacemos con diferentes matices. No es distinto a cómo intentamos lograr un cierto humor con una iluminación en nuestra habitación.

Por ejemplo, si tienes un "humor de perros", estás "sintonizado" con las cosas rabiosas, pensamientos y acciones rabiosas; lo vemos todo "rojo". Si estás con un humor alegre, estás entonces "sintonizado" con las cosas agradables y el mundo parece mejor. Si estás hambriento, todo lo que verás será comida; si es ansioso como estás, todo a tu lado será amenazante.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Traducción de Gautier Rafael.

EXCITACIÓN

Generalidades.- Para que haya *excitación* es necesario y suficiente que haya, bajo la acción del estímulo, una modificación local, reversible, es decir una transformación de energía a nivel de los órganos receptores. Para que haya *reacción general* es necesario y suficiente que la excitación se transmita a través de un mensaje nervioso, y para que haya *sensación*, que el mensaje llegue a los centros que rigen la conducta del organismo.

Kaufmann M, La sensibilidad. Publicación interna de la Cátedra de Psicología General I del Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Ficha N° 319. 1971.

ÉXITO

Definición.- En general, se considera exitosa toda conducta que permite al sujeto adaptarse al medio, sea este familiar, laboral, escolar, etc. A su vez, la adaptación implica la posibilidad de sobrevivir en el medio, sea como trabajador, estudiante, profesional, cónyuge, etc. Sin embargo, la llamada sobreadaptación no es considerada conducta exitosa por el costo elevado que debe pagar la persona para adaptarse. Otras veces se relaciona el éxito no tanto con la adaptación al medio, sino con el bienestar interior. Por ejemplo, exitoso sería no quien gana dinero sino quien se siente bien consigo mismo.

Cazau P (2002), Vocabulario de psicología. Buenos Aires: Redpsicología Online.

EXPERIENCIA

Definición.- "Proceso de adaptación que sufre el sujeto para estar en contacto con la realidad. Globalmente se refiere a todos los conocimientos adquiridos mediante la práctica o la acción. Cada cambio o nuevas situaciones significativas se llaman también <<experiencias>>. Cabe distinguir entre la experiencia interna y experiencia externa; la primera aparece en la conciencia del sujeto; la segunda se adquiere mediante la observación. Así, la entendemos de forma general como conocimientos que se adquieren, prueban y evalúan a lo largo de la vida. En la psicología asociativa y en el empirismo la experiencia es la base científica que explica los procesos psicológicos".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Personas y experiencia.- Las teorías se basan siempre en la experiencia: no basta con teorizar, todos queremos experimentar la 'evidencia'. Se dice que podemos ver el comportamiento de una persona, pero no su experiencia. Sin embargo, el comportamiento del otro es una experiencia mía, y mi comportamiento es una experiencia del otro. La fenomenología social busca estudiar la relación entre varias experiencias, o sea estudiar una inter-experiencia, ya que todos nos experimentamos mutuamente.

Las experiencias son personales, intransferible: no puede experimentar la experiencia que el otro tiene de mí, ni el otro la mía. La fenomenología social estudia mi comportamiento y el tuyo tal como yo lo experimento y como tú lo experimentas.

Las ciencias naturales se interesan solo por la experiencia del observador sobre las cosas, pero nunca en cómo las cosas nos experimentan a nosotros. No cabe, en psicología, hacer la distinción sobre objetivo y subjetivo, ni entre interno y externo: experiencias como percibir o soñar, no son ni más internas, ni más externas que las otras. La experiencia no es algo interno, intra-psíquico pues, como dijimos, involucra a otro.

Experiencia interpersonal y comportamiento.- La teoría es un enfoque parcial, es la visión articulada en un sistema de conceptos de nuestra experiencia, pues no podemos experimentar la realidad en toda su plenitud y totalidad.

Podemos definir a la 'persona' de dos maneras: en términos de experiencia, como centro de orientación del universo objetivo; y en términos de comportamiento, como origen de toda acción: nuestra experiencia sólo puede transformarse mediante la acción.

Estudiar a la persona no es sólo observar su comportamiento, sino deducir su experiencia: obtengo así mi experiencia de esa experiencia. Cuando dos personas entran en relación, el comportamiento de una respecto a la otra está provocado por la experiencia que cada una tiene de la otra, y la experiencia a su vez provocada por el comportamiento.

Alineación normal a partir de la experiencia.- El aporte de Freud ha consistido en mostrarnos que el hombre normalmente tiene poca experiencia de sí: se limita a vivir y alivió su infancia, sus vivencias, sus sueños; a lo sumo alimenta algunas fantasías. Lo que llamamos habitualmente "normal" es producto de una represión, negación, etc. y otras formas de acción destructiva en la experiencia por la cual esta se empobrece. Esta alienación 'normal' es considerada sana pues aquí la persona actúa como las demás. Pero si nuestra experiencia está destruida, nuestro comportamiento será destructivo y hemos perdido nuestro propio Yo, nuestra condición humana. Es el precio por vivir en la sociedad y ser considerado "normal", precio consistente en habernos despojado de nuestra niñez, donde aun no se había cumplido la alienación.

La fantasía como una forma de experiencia.- La primera forma que tenemos de experimentar el mundo es la que los psicoanalistas llamaron fantasía: en mayor o menor medida, esas primeras maneras en que el mundo adquiere sentido para nosotros siguen apoyando toda nuestra experiencia y acciones posteriores. Conforme vamos creciendo, no obstante, encerramos y aislamos esas fantasías, lo que es una forma necesaria de alienación. Damos poco valor a nuestras fantasías, cuando ellas son una forma especial de relacionarnos con el mundo. Es siempre experimental y llena de significado. Dos hombres pueden estar conversando tranquilamente, pero en sus respectivas fantasías uno, sentir que el otro lo ataca vorazmente y éste sentir que lo presiona demasiado.

La negación de la experiencia.- En entorno físico disminuye nuestras posibilidades de experiencia. Dada una relación inter-personal, cada uno actuará según su propia experiencia o según la experiencia del otro, no habiendo ninguna otra forma de acción personal posible dentro de este sistema.

La experiencia puede enriquecer o coartar, destruir. En un mundo donde la condición natural o normal es la alienación, gran parte de la acción personal destruye la propia experiencia o la del otro. Esto se puede realizar de varias maneras. Por ejemplo mediante los 'mecanismos de defensa' por los cuales una persona se aliena a sí misma, habitualmente en forma inconsciente. Su condición de alienado hace dar cuenta a la persona que los mecanismos defensivos son suyos y él los desarrolló, alienándose, caso contrario la persona se siente disociada, es decir, invadida por ciertos mecanismos que sufre pasivamente. Tales defensas no solo son intrapersonales sino también transpersonales, afectan al otro con el cual tengo una experiencia, y hacen que dicha experiencia se coarte, quede negada.

La experiencia de la negación.- Hay muchos tipos de experiencia de falta de algo, y las primeras pueden haber sido el pecho materno como algo ausente. Según Sartre, el hombre introduce no-seres en su experiencia. Pero debemos entender la experiencia como un proceso creativo, que extrae a partir del no-ser, el ser. Todo proviene de la zona de la nada: olvidamos que todos estamos siempre allí, en ese origen. El hombre aliena olvidó su origen, ese no-ser inicial y no puede crear a partir de allí. No es cuestión de poner algo en la nada, sino de crear algo a partir de la nada. Incluso el lenguaje, con sus silencios, expresa ese no-ser.

Resumen de Laing R (1983) La política de la experiencia. Barcelona: Editorial Crítica. 3ª edición. Capítulo 1.

La experiencia psicoterapéutica.- Si bien los elementos de una psicoterapia son simples (dos personas y un lugar y tiempo seguros y constantes), no es fácil este encuentro, esta relación, pues nos obliga a despojarnos de todas las resistencias que hay entre ellas, roles, mentiras, defensas, transferencias y contratransferencias que usamos por hábito como un tributo que hemos de pagar para conseguir las condiciones de la alienación que en un principio los originó.

El psicoanálisis ayudó a entender y sacar a la luz esas compulsiones. Incluso hay una tendencia a dejar de lado la transferencia como reactualización de pasado y usar una no-transferencia, actuar en función del futuro, acción donde actúa espontánea e impredeciblemente, desorganizando viejas pautas de experiencia y creando o reforzando otras.

Podemos clasificar las distintas prácticas de la psicoterapia del siguiente modo: breve, intensiva, experimental, directiva y no-directiva. También hay quienes usan drogas para ampliar la conciencia.

Esta diversidad ha generado la necesidad de una teoría firme que guíe esas modalidades prácticas, teoría cuyos lineamientos se expusieron en el capítulo 1. Sobre todo precisamos conceptos claros sobre la inter-experiencia entre dos personas, inestables a su vez en sistemas más amplios, sociales. Buscamos una teoría que alcance una visión total de la estructura ontológica del hombre.

Lo que realmente es importante en la teoría y en la práctica es la 'relación entre las personas' (y no por ejemplo, entre dos instancias intrapsíquicas). Las personas se relacionan entre sí a través de su

experiencia y de su comportamiento. Así las teorías pueden evaluarse según pongan el énfasis en la experiencia o en la conducta, y en términos de su capacidad para integrar ambos conceptos.

El psicoanálisis reconoció la importancia de la experiencia, pero no aclaró qué es la experiencia, sobre todo respecto del inconsciente. Ninguna teoría debería dejar de tener en cuenta ninguno de esos dos factores: experiencia y conducta.

Algunas teorías, como la de los juegos, prestan más atención a las interacciones que a la experiencia misma. La teoría de las relaciones objetales, por su parte, intenta una síntesis entre lo intra y lo interpersonal, pero el problema es que lo importante son las personas, no los objetos, internos o externos. Hacen una escisión entre conciencia e inconsciente, y lo que necesitamos es una fenomenología que incluya la experiencia inconsciente relacionada con la persona, sin disociación ni despersonalización.

Estudiar la transacción sola sin la experiencia no tiene sentido, pues transacción hay también en las máquinas. La terapia conductista es un ejemplo de cómo se puede considerar solo la conducta y la experiencia no existe. La psicoterapia debe ser un intento obstinado de dos personas para recuperar la totalidad del ser humano a través de la relación entre ellas. Importa la relación entre personas, no la relación de una persona con otra considerada como objeto: esto es reificar al otro, cosificarlo. Todos estamos implicados en esta alienación y por ello la relación psicoterapéutica es una investigación, en el sentido que es una búsqueda de la unidad perdida del hombre, investigación que es válida gracias a la experiencia compartida de la experiencia recuperada en la relación terapéutica centrada en el aquí y ahora.

Resumen de Laing R (1983) La política de la experiencia. Barcelona: Editorial Crítica. 3ª edición. Capítulo 2.

La mistificación de la experiencia.- No basa con destruir la propia experiencia y la de los demás. Nos empeñamos en cubrir esta rutina con una falsa conciencia acostumbrada a su propia falsedad, o sea, nos empeñamos en mistificar nuestra experiencia viendo por ejemplo la explotación como algo benévolo, o la persecución como algo amable.

Los niños aún no están locos, pero los convertiremos en imbéciles como nosotros. Destruimos a los niños y a nosotros mismos con una violencia disfrazada de amor. Como consecuencia de ello, vivimos fuera de nuestros cuerpos y nuestras mentes, alejados y olvidados de aquella original realidad que nuestra civilización ha reprimido, proyectado, falsificado.

¿Por qué sucedió esto? En el capítulo 1 algo se adelantó como respuesta: actuamos según nuestra experiencia e influimos en el mundo con nuestra conducta, que depende de aquella experiencia. Así, destruimos con violencia, con una violencia a menudo disfrazada de amor. Se nos enseña lo que hay que experimentar y lo que no, cómo hay que actuar y como no hay que hacerlo.

El positivismo no puede describir esta violencia, pues la reduce a un hecho meramente objetivo y neutral. La descripción debe considerar, en rigor, que por la violencia el hombre llegó a auto embrutecerse hasta el punto de ser inconscientes de su propia humillación.

La investigación científica natural estudia cosas, no personas. Las personas experimentan el mundo, las cosas están en el mundo, y el error es considerar a las personas como cosas, lo cual equivale a deificarlas, recomenzando así la violencia y la mistificación. El lenguaje mismo ha ayudado a este proceso, al convertir escenas primarias en 'alianzas parentales', o sexo en 'energía'. Desde esta perspectiva, se ha mistificado también la experiencia familiar: la función de la familia pasó a ser reprimir el Eros, producir una falsa conciencia de seguridad, negar la muerte evitando la vida, destruir la trascendencia, crear un hombre unidimensional, fomentar la obediencia, evitar que los niños jueguen, provocar el miedo al fracaso, promover el respeto al trabajo y a la 'responsabilidad', etc.

Mismo la esquizofrenia es considerada como fracaso de la adaptación humana; para ser objetivos, debíamos decir que es el feliz intento de no adaptarse a las realidades pseudo sociales.

Laing presenta varios ejemplos, donde se puede apreciar que los niños no renuncian fácilmente a su imaginación innata, a su capacidad de soñar, a su curiosidad: hay que amarlos para conseguir que lo hagan. La escuela hace que los niños piensen como ellos quieren que piensen. Hemos aprendido a adaptarnos a una sociedad que se dirige aparentemente hacia su propia destrucción. Pero esto es remediable: si somos capaces de destruirnos, podremos dejar de destruir a los demás.

Resumen de Laing R (1983) La política de la experiencia. Barcelona: Editorial Crítica. 3ª edición. Capítulo 1.

EXPRESIÓN CORPORAL

Objetivo.- "El objetivo general de la Expresión Corporal consiste en rescatar y desarrollar una condición intrínsecamente humana: la capacidad de absorber o recibir por su aparato sensorio-perceptivo impresiones del mundo interno y externo, y la de manifestar y comunicar respuestas personales propias de esas impresiones, por medio del lenguaje corporal" (Stokoe, 1978:21).

Stokoe Patricia (1978) Expresión corporal. Guía didáctica para el docente. Buenos Aires: Ricordi Americana.

ÉXTASIS

Definición.- “1. Alteración de la lucidez de conciencia caracterizada por un incremento de la viveza perceptiva, pérdida absoluta de conciencia del mundo circundante y disminución del control intencionado. Es éxtasis puede estar presente en diversos trastornos mentales y ser provocado por drogas del tipo estupefaciente. 2. Sustancia estimulante derivada de la anfetamina. Se ingiere por vía oral, siendo la duración de su efecto de cuatro horas. Reduce la capacidad para realizar movimientos finos y provoca sudoración, taquicardia, insomnio, incremento de la tensión arterial, modificación del humor y un supuesto efecto afrodisíaco, así como, excepcionalmente, alucinaciones. Su uso continuado comporta complicaciones diversas, tanto a nivel orgánico como psíquico, que pueden resultar muy graves”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Generalidades.- El éxtasis o MDMA es una sustancia popular consumida por todo el mundo. Existen varios estudios documentados que han atribuido al MDMA el aceleramiento del inicio de una amplia gama de síntomas psiquiátricos persistentes. Además, existe cada vez mayor evidencia de una lesión permanente en las neuronas serotoninérgicas.

Semiz, Ümit; Bapoğlu, Cengiz; Çetin, Mesut; Ebrinç, Server, Trastorno de pánico debido a la ingestión de una sola dosis de éxtasis. INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHIATRY IN CLINICAL PRACTICE. 2005 JUN; 9(2).

EXTINCIÓN

Generalidades.- En el condicionamiento clásico, extinción significa desaparición de la conexión EC-EI. En el instrumental, significa desaparición de la conexión respuesta-premio (o castigo).

La extinción se define entonces a partir de una correlación cero entre la respuesta y el refuerzo, o sea la R sigue ocurriendo aunque haya tantos premios como antes, más premios, menos premios o ningún premio. Lo esperable es que el organismo pare, entonces, de responder, que es lo que pasa normalmente, salvo en tres excepciones. En efecto, la respuesta sigue ocurriendo cuando hay falta de discriminación, superstición o pseudocondicionamiento.

a. *Falta de discriminación.-* El estudiante sigue dando la misma respuesta (por ejemplo sigue estudiando bien) a pesar de que el maestro sigue poniendo mecánicamente la misma nota (mismo premio). Sólo tiende a desaparecer la respuesta cuando ve que el maestro pierde las hojas de exámenes, está distraído, etc.

b. *Superstición.-* Este fenómeno se da cuando en un tiempo dado, la relación entre dos sucesos no puede deberse al azar. Aunque podamos programar una serie de premios en forma totalmente independiente de la respuesta, se quiera o no los premios establecerán cierta relación con las respuestas. Habrá correlaciones accidentales, aunque tales correlaciones no hayan sido programadas. Un jugador le va mal un día, pero al otro día donde usa otro bate de béisbol, por azar le va bien, entonces decide usar este bate en forma supersticiosa.

c. *Pseudocondicionamiento.-* Ocurre por ejemplo cuando una rata mueve la palanca para salir y en ese momento le damos adrenalina, que aumenta su actividad. La conexión se establece entre la inyección de adrenalina y mover la palanca, lo cual es un pseudocondicionamiento porque el condicionamiento instrumental “verdadero” sería conectar el mover la palanca con el premio (salir de la jaula).

Vemos que en los tres casos se producen respuestas que no mantienen relación con el premio, o sea, no está marcada una relación instrumental (respondo “para” obtener un premio). En el primer caso la falta de discriminación se debe a que la falta de una relación instrumental no puede discriminarse de alguna condición anterior, cuando aquélla existía. En el caso de la superstición es debido a una relación instrumental accidental y temporaria. En el tercer caso la relación no tiene nada que ver con la respuesta, pero el premio por sí mismo puede causar la respuesta. Todas estas conclusiones valen también para los castigos.

Rachlin Howard (1985) Comportamiento y aprendizaje.

EXTROVERTIDO

Definición.- Término de C. G. Jung para referirse a los individuos que poseen una orientación social o de pensamiento hacia el entorno externo y las otras personas, más que hacia sus propios pensamientos y sentimientos.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

EY, HENRI

[psiquiat.] (1900-1977) *En el Vallespir de la Cataluña Francesa*. Nacido con el siglo, el 10 de agosto de 1900, Ey representará la psiquiatría de este siglo. Vio la luz en Banyuls-dels-Aspres pequeño pueblo del sudoeste de Francia en el Pays catalán del Rousillon, tierra de viñas y de vinos, recostada sobre los Pirineos orientales, y la frontera española, acariciada por las eternamente azules aguas del mediterráneo, y de donde también eran originarios Pinel, Esquirol y Magnan. En ella cursó sus estudios primarios y secundarios, y allí nació en su infancia su vocación por la psiquiatría, como él lo relata,

emocionadamente, en la primera página de *La notion*: "...Cuando era niño y bajaba desde la montaña a Céret, encontraba un hombre extraño que todo el mundo llamaba "loco"; como a todo el mundo me impresionaba lo extraño de su apariencia. En un medio cultural como aquél, el del Vallespir, era presa de la angustia y el miedo... Aquella era la imagen a la que me refiero hoy para hablar de esquizofrenia, esta imagen impregnada de enigma fantástico y fantástico que, durante toda mi vida he tratado de comprender..." A ese terruño amado regresaría después de su retiro, en 1971, para morir, el 8 de noviembre de 1977 en la misma vieja casa solariega de su familia de viticultores donde había llegado al mundo, y desde cuyo jardín se divisa la nevada cumbre del Canigou, la montaña sagrada de los catalanes. El alma de la raza de esa tierra, alternativamente ibérica y francesa a lo largo de la historia nos revela la clave de su amor por España y lo español; por la tauromaquia que lo impulsó a tentar el ruedo en su juventud; por Laín Entralgo, como la consagró Minkowski en una conmovedora ceremonia en Bonneval; la eterna compañera desde los años juveniles de la Salle de Garde de Sainte Anne hasta el latido final de 1977. La Obra de Ey La obra de Henri Ey es de una magnitud y una importancia excepcionales: sus escritos, su docencia oral su labor hospitalaria, su lucha constante por mejorar radicalmente las condiciones de asistencia del enfermo mental, su fervor y entusiasmo organizativo de congresos, coloquios, seminarios, publicaciones periódicas, revistas y sociedades científicas, su actividad militante al frente del Sindicato de Médicos de Hospitales Psiquiátricos, lo consagran como el más brillante psiquiatra francés de este siglo y uno de los maestros clásicos y definitivos de toda la medicina. Su producción escrita es inmensa, una de las más extensas, profundas y fecundas en la historia de la medicina. Más de 300 artículos científicos publicados a lo largo de 50 años, desde 1926 hasta 1977, en casi todas las revistas médicas de importancia del mundo entero - el primero de ellos sobre La Esquizofrenia de Bleuler con Paul Guiraud en 1926, el último sobre La Psiquiatría y la privación de la libertad en 1977, en el Bulletin du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux - como símbolos de sus intereses fundamentales como el alfa y omega de la trayectoria de su pensamiento: de la ciencia a la historia y de la filosofía a la ética. La mayor parte de esos artículos aparecieron en "su" revista, L'Evolution Psychiatrique, órgano de la sociedad del mismo nombre, nacidas ambas para expresar una nueva psiquiatría: la de la integración y colaboración de psiquiatras psicoanalistas. Fundó, además, otras dos revistas, cuyos nombres nos eximen de extendernos sobre sus múltiples inquietudes y motivaciones: Entretiens psychiatriques y el Bulletin du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux. Y en este apartado que impropriamente podríamos denominar de escritos menores, nos falta mencionar aún más de 150 trabajos entre prólogos, prefacios, discursos, alocuciones y discusiones en eventos científicos, análisis, reseñas y críticas de libros (algunas de ellas verdaderas monografías como las que dedicó a El descubrimiento del Inconsciente de Ellenberger o a Los trastornos esquizofrénicos de Manfred Bleuler). Y last but not the least su traducción y resumen de la obra de Eugen Bleuler Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias realizado en los albores de su carrera (1926) y que representó la única forma en que los psiquiatras franceses pudieron acercarse al pensamiento del insigne maestro zuriqués, durante cerca de 70 años, hasta 1993, en que apareció la traducción integral de Viallard. Por lo que se refiere a libros, 15 son los que debemos a su pluma (sin contar la publicación de sus ponencias a los Coloquios de Bonneval que constituyen de por sí verdaderos libros): - Hallucinations et Délires. Alcan 1934, (recientemente reeditado por l'Harmattan). - Essai d'application des principes de Jackson a une conception dynamique de la neuropsychiatrie. Con Rouart, Doin 1938 (recientemente reeditado por l'Harmattan). - Ensueño y Psicosis (1948) Editora Médica Peruana, 1948. - Estudios sobre los delirios. Paz Montalvo, Madrid 1950 (recientemente reeditado). - Etudes Psychiatriques: en 3 Tomos de cerca de 1600 págs. Edit. Desclée de Brouwer, 1952-1957-1960 en los que analiza exhaustivamente problemas de historia, epistemología, metodología, psicopatología, semiología y clínica de las psicosis agudas y desestructuración de la conciencia. Estudios en los que la precisión y minuciosidad descriptivos de la clínica francesa se completan con un análisis psicoanalítico, estructural, fenomenológico y existencial de las psicosis endógenas agudas y la epilepsia. - En 1955 dirige la organización, elaboración y redacción de los 3 monumentales tomos de la sección de Psiquiatría de la Encyclopédie Médico-Chirurgicale, encabezando en esta obra colectiva única en su género a decenas de los más brillantes especialistas del mundo entero, y que continúa actualizándose año a año. Asume personalmente la responsabilidad de escribir numerosos capítulos de la misma, de entre los que debemos destacar por su extensión y calidad los dedicados a la historia de la psiquiatría, la antipsiquiatría, la terapéutica psiquiátrica, las bouffées delirantes (noción imprecisa de la tradición clínica francesa a la que rescata, define y delimita magistralmente transformándola en una especie mórbida clave y definitiva de la nosología). Pero hay que mencionar especialísimamente la excepcional sección dedicada al Grupo de las psicosis esquizofrénicas y de las psicosis delirantes crónicas, (recientemente reeditada por Les empêcheurs de penser en rond, Synthélabo). - En 1960 aparece la primera edición de su Manual de Psiquiatría, escrito en colaboración de un psiquiatra clínico (Bernard) y un psicoanalista (Brisset). Numerosas ediciones y traducciones confirman su éxito, texto iniciático de los psiquiatras jóvenes, tanto franceses como latinoamericanos. - En 1963 da a la imprenta La Conscience, editado por Desclée de Brouwer, con más de 400 páginas, texto histórico, epistemológico, metafísico, psicopatológico y neurofisiológico de gran profundidad. - En 1964 aparece La psychiatrie animale con Brion y colaboradores (Desclée de Brouwer, 605 págs.), obra

colectiva bajo su dirección, como anticipo del interés que despierta la joven ciencia de la etología. - El *Traité des Hallucinations* en 2 Tomos de más de 1500 págs. (Masson 1973) constituye su obra maestra en el campo de la clínica, la psicopatología y los fundamentos teóricos y modelos explicativos de la enfermedad mental, exhaustiva indagación de la problemática de la alucinación y el delirio nunca antes alcanzada. - En 1975 dirige la obra colectiva *Psychophysiologie du sommeil et Psychiatrie* (Masson, 315 págs) en la línea de una de sus postulaciones fundamentales: la de una analogía profunda entre sueño y locura, entre ensueño y psicosis, entre actividad onírica y delirio, que la psiquiatría francesa plantea ya desde 1845 con la obra de Moreau de Tours. - También en 1975 publica *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie* (Privat-Toulouse) que incluye su monografía de 1938, como culminación de sus casi 40 años de reflexión teórica. - En diciembre de 1977, pocos días después de su muerte aparece *La notion de Schizophrénie* Desclée de Brouwer, *comptes rendus* del Seminario de Thuir, en el que, como en un diálogo platónico de un Sócrates moderno rodeado de sus jóvenes discípulos se elabora la definición final de lo que fuera para Ey *il lungo studio e il grande amore* como quería Dante. - En 1978, aparece *Défense et illustration de la psychiatrie* (Masson 1978, traducción argentina de Editorial Huemul, 1979). Terminado cuatro meses antes de su muerte, de unas ochenta páginas, constituye un lúcido y sereno manifiesto de la psiquiatría, ciencia médica, y contiene su reflexión epistemológica y su mensaje ético, apasionado y profético, cartesiano e hipocrático, en un estilo que recuerda al de alguno de los tratados filosóficos del maestro de Kos. - Por último, en 1981, aparecerá su tercera obra póstuma *Naissance de la Médecine* (Masson), primer tomo de una vasta obra inconclusa de 4 tomos, dedicada a la Historia de la Psiquiatría en la Historia de la Medicina y en la que trabajó hasta el día de su muerte (arrebataado por su tercer infarto de miocardio). Debemos al devoto trabajo de Henri Maurel, el que los manuscritos de ese primer tomo llegaran a la imprenta, 4 años después de la muerte del maestro. Henri Ey, *Le Maître* Debido a las características propias del sistema universitario francés Henri Ey no accedió nunca a la cátedra oficial, pero su actividad docente se nutrió permanentemente de la praxis clínica y la reflexión teórica sobre la misma. Esa actividad docente fue tan intensa y de tal calidad que lo consagró como el maestro, por antonomasia. Se dedicó fundamentalmente a la enseñanza y formación de post-grado, batallando incansablemente por la institucionalización de la especialidad como tal, por la especificidad de la psiquiatría, separándola y diferenciándola de la neurología, con la que estaba unida en los planes oficiales de la época, pero enfatizando la imprescindibilidad de su formación complementaria y paralela. Con emoción recuerdan los que fueron sus discípulos y colaboradores las memorables sesiones que todos los miércoles animaba en el anfiteatro Magnan de Sainte-Anne, sesiones de intensa actividad que duraban toda la tarde, con presentación de enfermos (uno de ellos siempre médico-legal.) entrevistados públicamente por el maestro y los discípulos, con discusión del caso y una prolongada clase teórica a cargo de Ey, y conferencias por parte de invitados especiales y lecturas en la biblioteca. Ya retirado, continuó dirigiendo en el hospital de Thuir una actividad similar. Recuerda Follin, en la emotiva introducción a su espléndido libro *Vivre en délirant* (Les empêcheurs de penser en rond, edit. Synthélabo 1992): *"En ese tiempo (Henri Ey) se impone como el maestro de la joven psiquiatría francesa. Su seminario proseguido durante más de 30 años quedará como el principal centro de formación de los psiquiatras franceses. Fundándose sobre el rigor de "las ciencias clínicas" nos hizo reflexionar a todos, entrenado en un trabajo de crítica y a menudo de autocrítica; le guardo por ello un profundo reconocimiento"*. Participó protagónicamente en innumerables congresos en todo el mundo. Organizó el Primer Congreso mundial de Psiquiatría en París en 1950 y fue su Secretario General. En 1951 organizó también en París la Primera Exposición Mundial de Arte Psicopatológico. Es de recordar su paso por Argentina en 1956 para asistir a varias conferencias a las que asistieron los principales psiquiatras y psicoanalistas del momento. El militante sindical No fue Henri Ey un intelectual solitario, monástico y conventual, aislado en su torre de marfil, ni tampoco un ratón de biblioteca (aunque así se autodenominaba con la modestia y humildad de los verdaderos sabios) sino, un hombre de su tierra y de su tiempo, comprometido con todos los problemas y las luchas por la dignidad y la libertad humanas y de un fervor inextinguible por las causas que había abrazado. Su profunda preocupación por preservar la pureza ética y las prácticas psiquiátricas y por evitar o impedir que se usara y se abusara de la psiquiatría para violar la libertad, en esos (y estos) tiempos del desprecio; la tortura, el universo concentracionario y el gulag estalinista, motivaron su valiente e insobornable intervención para una declaración condenatoria en el Congreso Mundial de Psiquiatría de México, que debe considerarse como la directa inspiradora de la Declaración de Hawai (revisada en Viena) verdadero juramento hipocrático de los psiquiatras. Todos los movimientos de reforma, mejoramiento y humanización de las instituciones de asistencia psiquiátrica contaron con su adhesión entusiasta y su participación activa, desde la integración del llamado "grupo de 1945", que después de terminada la guerra promovió la transformación radical del sistema asilar psiquiátrico, hasta la edición del *Livre blanc* de la Psychiatrie que condujo a la psiquiatría de sector. Nuevamente Follin en la introducción a *Vivre en délirant* nos brinda esta vibrante página de historia: *"En setiembre de 1944, al día siguiente de la liberación, se reunía en mi casa (avenida Carnot en Paris) un grupo de amigos entre los que se contaban L. Bonnafé, G. Daumazon, J. de Ajuriaguerra y L. Le Guillant... es en el curso de esta discusión que se esbozó el proyecto de las Jornadas de la Psiquiatría Francesa preparado poco después en una reunión que tuvo lugar en la Facultad de Medicina*

bajo la presidencia de P. Valéry. Fue en esta reunión que Henri Ey se manifestó como el jefe de fila del humanismo, en ese estadio casi revolucionario de lo que será la reforma del estatuto de la asistencia de los enfermos mentales, y al mismo tiempo del personal de cuidados, médicos y enfermeras". Porque las luchas gremiales por la dignificación y la jerarquización de los médicos psiquiatras de la psiquiatría pública - del estatuto del personnel de soins, de los trabajadores de la salud mental - eran absolutamente inseparables de la lucha por el mejoramiento y humanización de los tratamientos y condiciones de vida de los enfermos mentales en las instituciones asistenciales del Estado. Durante largos años fue el Presidente del sindicato de los Médicos de los Hospitales Psiquiátricos y fundador y director de su órgano de expresión el Bulletin du Syndicat. Y su espíritu sigue vivo en la Association Nationale des Présidents et VicePrésidents des Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers de Psychiatrie. Esta Asociación acaba de publicar el Livre Vert de la psychiatrie... como continuación del Libro Blanco de 1966 y trata problemas fundamentales sobre la organización del campo de la psiquiatría y su especificidad y las propuestas organizacionales del dispositivo de atención y su mejoramiento través de la formación y la investigación. Henri Ey y Jacques Lacan Un capítulo aparte lo constituye el lazo que lo unió a Lacan. Lacan, de nuestros días, ocupa el lugar que le corresponde, a tal punto su pensamiento renovó y revitalizó el psicoanálisis. En cambio la historia ha olvidado un poco la formidable transformación de la psiquiatría efectuada por Ey. Dejemos a Lacan mismo recordarlo en un discurso en la Sala de Guardias de Sainte Anne, el 4 de noviembre de 1971: *"En esta misma sala de guardias, llegaron al mismo tiempo cuatro personas, que no desdeño en recordar ya que soy uno de ellos. El otro que con placer hago resurgir esta noche es Henri Ey. Podemos decir, a través del espacio de tiempo recorrido, que de la ignorancia [psiquiátrica] Ey fue el civilizador. Y debo decir que saludo su trabajo. La civilización no nos alivia de ningún malestar, como lo notó Freud, bien por el contrario, Unbehagen, [...] pero tiene un aspecto precioso. Si creen que existe el menor dejo de ironía en lo que acabo de decir, se equivocarían completamente, pero ustedes no pueden más que equivocarse ya que no pueden imaginarse lo que era el medio asilar antes que Ey hubiera metido la mano. Era algo extraordinario..."* Lacan y Ey fueron adversarios irreconciliables en lo que toca a ciertos puntos: la posición del psicoanálisis frente a la medicina, de la Conciencia frente al Inconsciente, y detrás de ellos y fundando sus diferencias, una referencia antropológica opuesta del hombre y de su libertad. Más se trata de un auténtico diálogo de amigos. En 1932 Lacan le dedica su tesis y dice: *"Desde hace mucho tiempo, en nuestras conversaciones con él, hemos encontrado el mejor apoyo y el mejor control de un pensamiento que se busca: 'alguien a quién hablar' "*. En 1964 cuando Lacan está en graves dificultades por la situación internacional del psicoanálisis, luego de su exclusión de la S.F.P. recurre a Henri Ey para solicitarle su sostén, y Henri Ey de la "posición de la cual domina toda la psiquiatría francesa", según la expresión que Lacan le reservara otrora, asiste al seminario conocido después como "La Excomunión" en una clara muestra de apoyo. En 1970, luego de la primera amenaza cardíaca sufrida por Ey, Lacan le escribe: *"Querido, A pesar de mi ausencia quiero que sepas que estaré siempre contigo, como cuando eras (he encontrado esto en mi "...tesis") alguien a quien hablar. Una vez que esta necesidad me ha quitado, el corazón - que ella esconde - permanece tuyo" (De J. Lacan a H. Ey, 20 de Noviembre de 1970, Archivos de Banyuls-dels-Aspres)*. En 1975, Henri Ey quiere ver en la célebre frase de Lacan, "El ser del hombre, no solamente no puede ser comprendido sin la locura, sino que no sería el ser del hombre si no portara en él la locura como límite de la libertad", una nueva ocasión de "un raro, pero común acuerdo". Pero más allá de la amistad, del aspecto anecdótico, el diálogo entre Ey y Lacan modifica el contenido mismo del psicoanálisis que Lacan elabora. Y los cambios que Lacan introduce en sus propios conceptos podrían llevar las trazas del diálogo con su amigo. Así por ejemplo la concepción de la locura de Lacan en 1946, demasiado amplia para ser específica según la crítica de Ey, se transformará diez años después, con el concepto de forclusión, en una herramienta propia para pensar la psicosis y ya no la locura, mucho más cerca del ne devient pas fou qui veut de la sala de guardia que uno y otro recordaban. O aún, el artículo de Ey de 1932, tan trabajado por Lacan en su Tesis, La notion d'automatisme en psychiatrie, centrado en la cuestión de la causa podría haberlo influido... Como lo dice F. Leguil (Ornicar? 1989, N° 48): *"El rigor inventivo de este trabajo, que Lacan aprueba en 1932, anuncia con casi treinta años de anticipación los desarrollos del Seminario entre automaton y tyché"*. Inversamente, el impacto del pensamiento de Lacan en la obra de Ey, es visible a través de las innumerables citaciones de los textos mayores: La Consciencia, el Traité des Hallucinations, Des idées de Jackson a un modèle organo-dynamique en psychiatrie, etc., o aún más en filigrana a los comentarios de Ey registrados en L'Evolution Psychiatrique de exposiciones de Leclaire o de intervenciones de Lacan mismo. El diálogo entre Ey y Lacan forma parte de historia de la psiquiatría y del psicoanálisis, una historia que se juega aún de nuestros días. Conocerlo permite otra lectura diferente de Lacan, indispensable, de donde surge la necesidad de devolver a Ey el lugar que le corresponde. El Organodinamismo Ludwig Binswanger, ese interlocutor dilecto y respetado de Freud, se hacía la pregunta en 1920: *"La confrontación del psicoanálisis y de la psiquiatría clínica, hace aparecer a nuestros ojos con toda claridad, el dilema en el cual se encuentra la psiquiatría. Ella debe decidir si quiere simplemente permanecer como una ciencia aplicada, un conglomerado de psicopatología, de neurología y de biología, mantenido solamente por su deber práctico, o si quiere devenir una ciencia psiquiátrica unitaria"* El organodinamismo constituye el esfuerzo teórico realizado por

Henri Ey por responder positivamente a dicha interrogación, simétrico al de Lacan en el campo del psicoanálisis, de definir el objeto y el sentido de la psiquiatría. Evidentemente resumirlo en algunas líneas equivale a reducirlo quitándole su potencialidad polémica, abierta y dialéctica, maîtres-mots de su concepción. El organodinamismo se construye a partir de la fidelidad al humanismo filosófico abiertamente afirmado por Ey, a una cierta antropología médica nacida con Les Lumières, y enraizado en un cierto espíritu dialéctico de Platón a Marx, sin olvidar Hegel. Ey se reivindicaba de un cierto anticopernicismo y pretendía poner el individuo en el centro de su concepción, lo que explica que su concepción esté más cerca de la psicología del Yo, del rol de imperativo categórico kantiano de la Conciencia, que de la excentración del sujeto de su amigo Lacan, lo que subvierte las posiciones respectivas de Conciencia y del Inconciente entre uno y otro. El materialismo histórico permaneció fuera de sus referencias (la referencia de Marx lo constituye esencialmente el Manuscrito de 1944), lo que explica en cierta forma la pérdida de influencia entre las generaciones montantes del "post-68" francés. Ey utilizó explícitamente múltiples referencias, con gran modestia: Jackson, Bergson, Hartman, etc. y entre los psiquiatras Moreau de Tours, Bleuler, Janet, Jaspers. Freud está omnipresente en su obra, a través de una lectura muy personal, más próxima de la primera tópica que de la segunda. Todo ello ligado al cuerpo y su encéfalo, lugar de la Conciencia y de la Elección del Sujeto, acompañando todos los progresos (aún balbucientes en su tiempo) de las neurociencias, culminando en la noción original de Cuerpo Psíquico. Su esfuerzo se sitúa entre el Explicar y el Comprender, entre la causalidad psíquica y la causalidad física, dilema eterno de la filosofía. Esta posición explica el interés que ciertos filósofos han prestado a su obra: Pratts, en Nancy, John Flodstrom, Kentucky, y que en los Estados Unidos sea más conocido como filósofo y que su obra psiquiátrica sea perfectamente ignorada. La referencia jacksoniana, permanece uno de los puntos fuertes del organodinamismo de Ey, implicando un pensamiento evolucionista, una analogía entre filogenia y ontogenia, entre ontogénesis y ontología. Henri Ey trabajó su concepción jacksoniana, neojacksoniana, metajacksoniana y órgano-dinámica a lo largo de casi 40 años. El fruto final de ese esfuerzo ciclópeo es su libro de 1973 (editado en 1975) Des idées de Jackson a un modèle organo-dynamique en Psychiatrie (que incluye la histórica monografía de 1938, como testimonio de la continuidad esencial del hilo conductor de su reflexión teórica, en un ejemplo de la "fidelidad creadora" de Gabriel Marcel que es la que también debe inspirarnos y guiarnos en la comprensión de su obra). En el capítulo V de Des idées de Jackson a un modèle organo-dynamique en Psychiatrie, Ey propone una revisión de los conceptos fundamentales de la psiquiatría, que nos sentimos obligados a transcribir textualmente porque, creemos, no han tenido la difusión necesaria para la comprensión integral del pensamiento esencial y más auténtico de Ey: "Es necesario que una revisión sería de los conceptos fundamentales de la psiquiatría la comprometa resueltamente: 1° En un análisis existencial que trate de alcanzar el sentido y la esencia de la Neurosis y la Psicosis. 2° En una interpretación constante de la actividad simbólica que representa esta forma patológica de la existencia... Ninguna psiquiatría es posible si no integra el psicoanálisis. 3° En una búsqueda multidimensional de los factores patogénicos. 4° En el establecimiento de una nosografía de los niveles de desestructuración del campo de la conciencia y de la desorganización de la personalidad que recuse a la vez las "entidades" de tipo kraepeliniano y el antinosografismo excesivo de algunos clínicos. 5° En una perspectiva terapéutica que excluya toda elección o rechazo sistemático de un método exclusivamente psicológico o físico". El mensaje ético de Ey Los últimos años de su vida, Ey los dedicó a combatir la anti-psiquiatría, en quien veía la amenaza mayor de disolución de una psiquiatría humana, humanista. Veinte años después, la amenaza de desaparición de esa psiquiatría proviene de otro lado, de una cientificidad "high tech", como Nancy Andreassen se define y define su psiquiatría en el Editorial de Diciembre de 1998, American Journal of Psychiatry. No resistimos entonces a citar un párrafo de su Manual de Psiquiatría, destinado a la formación de jóvenes psiquiatras, y que nos parece reflejar toda la fuerza y la actualidad de su pensamiento, tan esclarecedor hoy como ayer: *"Si el médico busca modificar, de la forma lo más electiva posible, ciertos [...] síntomas-blancos, hay que conocer bien el hecho que el medicamento neuroléptico modifica, de hecho y al mismo tiempo, el comportamiento del enfermo en su conjunto, el campo de la conciencia y la comunicación del enfermo con su entorno social. Dicho de otro modo, modificamos también de esta forma, todo el modo de "ser en el mundo" del enfermo. Modificando sus síntomas mórbidos e indeseables, modificamos igualmente su personalidad entera, modificando su humor, reduciendo su eficiencia intelectual, su actividad psicomotriz, su potencia sexual. Pero además - y esto es lo esencial - lo privamos del único compromiso que había imaginado - y que tornaba su existencia vivible - entre sus pulsiones liberadas y la realidad social que lo rodea. Es decir, que lo privamos de los síntomas a los cuales el paciente se aferra con todas sus fuerzas, y que al mismo tiempo, se han transformado en nuestros "blancos", sobre los cuales tiramos, no sin menos fuerza, a golpes de neurolépticos. En esas condiciones, debemos preguntarnos que se vuelve el paciente desposeído de su delirio e inevitablemente sacudido por una "falta". [...] El empleo de neurolépticos no permite nunca, por lo tanto, dejar de lado la relación psicoterápica que debe acompañar toda terapéutica biológica en psiquiatría".* [Eduardo Luis Mahieu mahieu@onenet.com.ar Eduardo Tomás Mahieu mahwin@club-internet.fr]

Eduardo Luis Mahieu y Eduardo Tomás Mahieu
Aporte de Ricardo Bruno

FACHADA

Definición.- “Mecanismos expresivos a los que recurre un individuo deliberadamente o no al presentarse ante los demás. La fachada se compone de la escenografía (elementos espaciales y materiales –utillería– que emplea el individuo para la puesta en escena de su actuación), la apariencia y los modales”. Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 620.

FACTOR

Factor específico (S).- (*Análisis factorial*) Según la doctrina de la inteligencia, de Spearman, es el elemento psiconeural que determina la habilidad y que, a diferencia del factor G, que es relativamente constante en el individuo. (Inglés: S. factor, Specific factor.) Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Factor general (G).- (*Análisis factorial*) Charles Spearman procuró demostrar que hay un factor central común, la *general ability*, cuya influencia se extiende a toda la vida anímica. Correlacionando las diferentes actuaciones, descubrió un *factor general* –que designó con la letra G–, que es completamente individual y constante, y que acompaña al individuo durante toda la vida, y otro factor específico –S–, que no solo es distinto en cada ser, sino que cambia constantemente en él, adaptándose a su capacidad. Según Spearman, esta G es *general*, y sería la base común de toda actividad intelectual. Sostiene también que G es el factor que produce lo que llamamos una *inteligencia adecuada*. Se ha tratado de definir su naturaleza. Spearman lo llama *energía mental*, y le dedica dos capítulos de su obra maestra (*The abilities of man*). Entiende por energía mental el influjo del sistema nervioso que ha adquirido calidad de mental en los elementos de la corteza cerebral. Al estudiar los factores G y S analiza todas las operaciones posibles del conocimiento humano, y formula tres leyes que considera fundamentales: 1º *Ley de la introspección*. Los hombres tienen, en grado mayor o menor, el poder de observar lo que pasa en su propio espíritu. Los tests mentales no han medido esta capacidad de introspección. 2º) *Ley de la 'educación de relaciones'*. Cuando en la conciencia se dan dos o más contenidos (ideas) el hombre es capaz, en cierta medida, de concebir mentalmente las relaciones esenciales que existen entre ellos. 3º) *Ley de la 'educación de correlaciones'*. Si la conciencia contiene una idea y a la vez una relación, es capaz, en cierta medida, de concebir la idea inicial que corresponde a esta última. Según Charlotte Bühler, el factor G puede contener algo más que la inteligencia, como sería la *madurez*; y yendo aun más lejos, el *carácter*, Bühler dice que el factor que determina la actuación no es simplemente lo que se llama ordinariamente inteligencia, sino que incluye también un grupo de momentos tales como la aplicación, la buena voluntad, la energía, etc. Spearman mismo considera la perseverancia y la oscilación como generales. El factor G es así mucho más que la inteligencia como tal. Incluye todos aquellos momentos que colocan a la totalidad de las actividades mentales de un individuo en un nivel definido. Sería muy importante poder aislar los elementos contenidos en G, que determinan el nivel intelectual de las actuaciones, y hacer accionar a cada uno de estos factores: la madurez. Se podría discriminar, también, la *sociabilidad*, que tampoco presenta correlación con la inteligencia. Encontramos niños muy inteligentes que son antisociales, de la misma manera que encontramos una sociabilidad muy acentuada en niños deficientes. Los estudios de Spearman y otros han llevado a la conclusión de que primero aparece la aptitud general (G), y después la capacidad especial (S). La influencia de G crece hasta los 12 años, y desde entonces S influye cada vez más en la actuación mental del individuo. El círculo de influencia del *factor general* ha sido ampliado con los exámenes posteriores. Así, existe otro factor general, el W (will, voluntad), que aparece combinado con el G. Este concepto de 'w factor' fue introducido por Weble y aceptado por Spearman. Según Garnet, la *general ability* no sería más que la sagacidad, la facultad de asociar por semejanza, y es por eso que la denomina con una C (*cleverness*). Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FACULTAD

Definición.- 1. Un poder o agente mental (por ejemplo, el intelecto, el sentimiento, la voluntad), mediante cuyas actividades e interacciones se intentó explicar, en una época, todos los fenómenos sociales. 2. Habilidad para realizar algún trabajo determinado. La facultad en su acepción 1) constituía el fundamento de la histórica escuela (o sistema) de psicología conocida como *Psicología de las Facultades*; aunque esta concepción es todavía bastante popular entre el público lego, los psicólogos en un grupo reducido de fuerzas genéticas, llamadas facultades, que son consideradas como entidades autónomas. Christian Wolf y T. Reid eran exponente típicos de este sistema. (Alemán: *Vermögen, Seelenvermögen*; Inglés: *Faculty*.) Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Facultad psíquica.- 1. Según el concepto estático, la psique tiene facultades inherentes y permanentes, como la memoria, voluntad, etc. 2. “Distínguense en primer lugar por sus objetos formales (verdad,

valor, etc.), y luego por la índole propia de la vivencia de sus actos. Háblase así, por ejemplo, de memoria, de sentimiento, de voluntad, tendencias sensitivas, entendimiento, potencias sensoriales, etc. Las facultades no son *parte del alma*, pues ésta es simple y espiritual, pero obra por medio de las facultades. En tal actividad tiene siempre lugar una delicada cooperación de las diversas potencias. Las facultades intelectuales aventajan en valor las sensitivas.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FAIRBAIRN, RONALD

Biografía.- "Fairbairn Ronald (1889-1964) Médico y psicoanalista inglés. Nacido en Edimburgo, Ronald Fairbairn realizó estudios de teología y filosofía, antes de orientarse hacia la medicina y la psicoterapia. Clínico hospitalario, docente en la universidad, se consagró en tiempo completo al psicoanálisis a partir de 1954: era el único miembro de la British Psychoanalytical Society (BPS) que ejercía en aquella ciudad, y nunca fue verdaderamente reconocido por sus pares. Primero favorable a las tesis kleinianas, más tarde se incorporó al grupo de los Independientes. Teórico de la relación de objeto, elaboró una posición original, según la cual los objetos externos son transformados por los procesos inconscientes. Como clínico de la esquizofrenia y de la fobia, fue uno de los ardientes defensores de la doctrina del self, que él contribuyó considerablemente a desarrollar en los Estados Unidos".

www.temas-estudio.com/Biografia-Fairbairn-Ronald-1889-1964.asp

Su pensamiento.- Según Fairbairn, en psicoanálisis hay tres tendencias: una psicobiológica, representada por Freud, una psicosocial o sociológica, los culturalistas, y otra psicodinámica, especialmente Fairbairn, que intenta explicar los fenómenos psíquicos en base a factores o motivaciones puramente psicológicas, rechazando, por ejemplo, el concepto freudiano de instinto como determinante biológico del comportamiento.

Melanie Klein enfatizada lo instintivo conjuntamente con lo psicológico (la relación objetal). Fairbairn sólo destacará lo psicológico y las relaciones objetales, y al sustraerse de explicaciones psicobiológicas se ve obligado a modificar algunos conceptos como libido, principio de placer, etc. Por lo demás, su pensamiento estuvo fuertemente influido por M. Klein, quien a su vez también recibió su influencia como por ejemplo cuando ella separa claramente las posiciones esquizo-paranoide y depresiva.

Fairbairn destaca que la agresión no es expresión del instinto de muerte ni de ninguna otra tendencia innata, sino la respuesta ante la persistente frustración de tendencias libidinales, de necesidad de amor. Así, la agresión estaría subordinada a la libido, reforzándola cuando esta no se satisface. Concluyó así porque había que optar entre lo biológico y lo psicológico: o el individuo está regido por el instinto, o bien anhela establecer relaciones objetales. Así, por ejemplo, un cuadro patológico está determinado no por el instinto sino por el objeto interno. Así, concibe al ser humano no como movido por estimulaciones nerviosas o por la excitación de zonas erógenas, sino por el fin de lograr un objeto en el cual encontrar apoyo.

La persona buscará desarrollarse buscando establecer relaciones objetales con otros. Fairbairn ve al través del análisis de personalidades esquizoides (donde comenzó a entrever su teoría) que lo instintivo ni las necesidades corporales es lo que rige sus conductas, sino la búsqueda de relaciones significativas con otros. Por lo tanto, la libido "no es primariamente búsqueda de placer, sino búsqueda de objeto", lo que es la base de su teoría. El objeto deja de ser un medio para una descarga instintiva y la obtención de placer.

Por estas razones critica las fases de la libido (oral, anal, genita) ya que están referidas a una fuente de excitación corporal y no al objeto del instinto.

Fairbairn revisará también la noción de yo, señalando que no es una instancia que recibe energía de afuera (del Ello), ya que esto implica escindir la estructura yoica. El yo tiene energía propia, al igual que el átomo, y no la recibe de afuera como si fuese un aparato eléctrico que funciona cuando recibe energía. Los instintos no ponen en movimiento al yo, sino que este tiene una energía propia consistente en el modo que en que el yo lleva a cabo sus relaciones objetales. Lo instintivo es meramente una tendencia muy general e inespecífica.

Por ello, si no hay energía proveniente del Ello, Fairbairn en lugar de hablar de aparato psíquico se referirá a una *estructura endopsíquica* donde primariamente y en su origen estará el yo, un yo unitario e indiviso.

Fairbairn No habla de instintos sino de tendencias instintivas, donde el término tendencia se refiere a relación objetal. Modificará también la noción de represión: al no haber impulsos, se reprimirán objetos, y no sólo objetos sino también partes del yo que están unidos a los objetos, razón por la cual el yo unitario del comienzo se va a ir fragmentando por represión, se va a ir diferenciando a medida que internalice objetos en partes que darán lugar a la estructura endopsíquica.

El yo busca objetos, no placer. El objeto es un fin en sí mismo. A veces este es importante porque cuida, alimenta, o apoya la autoexpresión. Otras veces Fairbairn le asigna un valor absoluto sin mencionar porqué se busca el objeto. Otras veces dice que el objeto proporciona seguridad, pero no contra peligros, sino la seguridad de sentirnos en una relación significativa con otros. Se puede criticar a

Fairbairn el hecho de que otorga un valor absoluto al objeto, sin explicar para qué sirve: desligar al objeto del instinto crea un vacío.

La posición esquizoide implica por un lado una disociación del yo. Desde el punto de vista etiológico implica amor, y luego también temor por miedo a vaciar el pecho materno. Desde la perspectiva dinámica, implicará un no animarse a establecer una relación objetual por temor a dañar y perder el objeto, un no animarse que provoca una retracción del yo, un aislarse del mundo con apatía emocional, desdén o maltrato a sus objetos, actitud de no dar por sobrevaloración de lo que se tiene.

En la posición esquizoide la relación es pre-ambivalente: hay amor pero temor al amor. No hay agresión: el niño añora amar y ser amado pero se inhibe de establecer esta relación. Esta posición ocurre en la llamada fase oral primaria. En la fase oral secundaria sobreviene la posición depresiva, donde el conflicto consiste en el temor a dañar el objeto amado con el odio (en el esquizoide, al revés, hay temor a dañar con el amor). La depresión surge de la vivencia de haber destruido el objeto, en cambio el efecto de la posición esquizoide es la futilidad o vacuidad, la creencia de no valor de nada, ni de uno ni del mundo externo.

Mientras para Melanie Klein las vivencias esquizoides y depresivas surge de la acción del instinto de agresión, para Fairbairn surgen del modo con que el ambiente trata al niño: el estado esquizoide viene porque la madre no hace sentir al niño que es amado, y el niño interpreta que no hay amor porque él lo destruyó con su amor, siendo su amor rechazado por malo y destructivo. El depresivo siente en cambio que es rechazado porque su odio es destructivo.

En Melanie Klein hay agresión desde el comienzo, lo que Fairbairn no acepta. Además, el temor en la posición esquizoide de Fairbairn es el de destruir el objeto con el amor, y no aparece para nada el temor a ser atacado y destruido por el objeto malo, como en M. Klein. De aquí que la posición esquizoide de Fairbairn se parezca más a la depresiva kleiniana en la medida que prevalece el miedo a dañar y destruir objetos.

La zona erógena para Fairbairn no es la que orienta al yo hacia el placer, sino sólo el canal a través del cual el yo busca su relación de objeto, siendo el primer objeto el pecho. Por tanto, el niño no funciona de acuerdo al principio de placer, sino al principio de realidad (busca objetos) pero al comienzo lo hace de una forma muy torpe y rudimentaria.

El placer sólo surge del contacto con el objeto: buscar el placer por el placer mismo no es algo que pueda conseguirse, de aquí que el desarrollo del yo no dependa de las distintas zonas erógenas, sino de las sucesivas relaciones objetuales.

En lugar de una zona oral, anal y fálica, Fairbairn distingue *tres periodos o etapas del desarrollo*: la etapa de la dependencia infantil, la etapa de transición (correspondiente a las fases anal primaria y secundaria, y a la fálica), y la etapa de la dependencia adulta o madura (fase genital).

En la *etapa de la dependencia infantil* encontramos una fase oral primaria donde el objeto es el pecho y la relación es de succión. Encontramos también una fase oral secundaria, donde hay una relación ambivalente de agresión y amor, pues el pecho es mordido.

Fairbairn critica a Freud sus fases anal y fálica diciendo que el ano y el falo no son objetos naturales de relación, como así tampoco las heces. De allí que en la etapa de transición no hay una relación libidinal efectiva, como en la oral o en la genital.

La fase de dependencia infantil se caracteriza por la identificación con el objeto. Este no se diferencia del yo, sino que es incorporado tanto física como mentalmente (internalizado).

Durante la *etapa de transición* se desarrollarán técnicas defensivas para no caer en la esquizofrenia o en la melancolía (derivadas de las posiciones esquizoide y depresiva de la etapa anterior), defensas que constituirán las psiconeurosis.

Fairbairn dice que la libido busca el objeto, pero estrictamente sería mejor decir que busca el placer, pero el placer consecutivo a una buena relación objetual y no el placer definido como la descarga de la excitación instintiva. Fairbairn explica el desarrollo de la personalidad en términos de relaciones objetuales, indicando que es la actitud que tenemos hacia el objeto lo que hace que acudamos a una determinada zona erógena, y no a la inversa. O sea que es el cuerpo el que está al servicio del yo, y no el yo al servicio de las necesidades eróticas corporales. La agresión no es instintiva como señalara Klein, sino que para Fairbairn deriva de la frustración.

Para la etapa de la transición, Fairbairn critica lo de fase anal porque el ano ni las heces son órganos naturales de relación con objetos, como sí lo es la boca en la etapa oral. Lo anal y lo fálico sólo sirven como elementos simbólicos. Por ejemplo las actividades excrementicias suministran las técnicas o modos para desprenderse o alejarse del objeto malo, o bien para retener al objeto valioso. En el caso de la fase fálica, hay allí un funcionamiento oral: fantasías de fellatio (succión del pene). No es por lo tanto una relación objetiva sino una técnica: la búsqueda del pene no es más que una forma de manejar al objeto oral rechazado.

Las técnicas fóbica, obsesiva, paranoide e histérica son técnicas puestas en juego en la etapa de transición para el manejo del objeto. No son verdaderas relaciones objetuales sino modos o técnicas de relacionarse con el objeto y manejarlo:

	Objeto bueno	Objeto malo
Fobia	Afuera	Afuera
Neurosis obsesiva	Adentro	Adentro
Paranoia	Adentro	Afuera
Histeria	Afuera	Adentro

En la histeria por ejemplo, el objeto bueno está afuera (todas las personas son maravillosas) y el objeto malo adentro (son los genitales, de allí que la persona histérica idolatra a los demás pero nunca llega a relacionarse sexualmente con ellos).

En la fobia el objeto malo y el bueno están afuera. El objeto malo es el fóbico (por ejemplo los espacios abiertos) y el objeto bueno el acompañante contrafóbico (quien acompaña a la persona para que no se angustie). El fóbico huye del objeto malo mientras que el paranoico lo ataca, teniendo este siempre razón (objeto bueno interno).

En la neurosis obsesiva tanto el objeto bueno como el malo están adentro. Controla y retiene al objeto bueno y no quiere darlo, y controla al objeto malo por miedo a perder el control sobre él.

Al igual que las posiciones esquizoide y depresiva de la primera etapa, los estados fóbico, obsesivo, histérico y paranoico son disposiciones psicopatológicas, definida cada una por un conflicto básico: en el estado fóbico se da entre el temor a quedarse unido al objeto y el temor a alejarse de él; en el estado obsesivo se da entre expulsar o retener al objeto; en los estados histérico y paranoico se da entre aceptar o rechazar el objeto.

Finalmente, en la *etapa de la dependencia madura* ya se superó la identificación primaria con el objeto, llegando el individuo a diferenciar el yo del objeto en forma plena y nítida y por lo tanto a valorar el objeto por sí mismo, así como una actitud de dar y recibir sobre la base de la reciprocidad y la igualdad.

Desarrollo del yo.- Para Fairbairn, desde el principio el yo es indiviso y unitario, y posee energía propia que no deriva del Ello; tampoco es una diferenciación del Ello por el contacto con la realidad. Posteriormente, el yo se irá diferenciando como consecuencia de las relaciones objetales. No se reprimen impulsos sino objetos, y con ellos también partes del yo ligados a dichos objetos. De esta forma se va diferenciando una estructura endopsíquica, concepto que Fairbairn termina de redondear hacia 1944.

Las hipótesis centrales de la *estructura endopsíquica* son:

- a) La personalidad primitiva del niño consiste en un yo indiviso y dinámico.
- b) Este yo unitario está motivado por su necesidad libidinal primaria de buscar objetos con los cuales relacionarse.
- c) El buen desarrollo del yo depende del logro de buenas relaciones objetales.
- d) Las malas relaciones de objeto, al internalizarse, originan en el yo unitario procesos de diferenciación interna dando así lugar al desarrollo estructural y a la organización de la personalidad.

Así, Fairbairn concibe la estructura endopsíquica en función de las relaciones internas de objeto, o sea, el yo va a ir dividiéndose y fragmentándose hasta alcanzar la estructura final.

Puesto que no se reprimen impulsos sino objetos, y con ellos una parte del yo, resulta que la represión implicará necesariamente una disociación del yo. No es una represión moral, pues es anterior al Superyo, sino una represión emocional derivada del rechazo hacia los objetos externos frustrantes, mal internalizados.

Descripción de la estructura endopsíquica y su génesis.- Según la última formulación de Fairbairn de 1944, la estructura endopsíquica se formaría de acuerdo a los siguientes pasos:

- 1) Al principio hay un yo y objetos preambivalentes.
- 2) Luego aparece la ambivalencia del yo y del objeto externo.
- 3) Disociación del objeto externo en bueno y malo.
- 4) Internalización del objeto malo.
- 5) Disociación del objeto malo interno en dos aspectos: excitantes y rechazantes, que harán diferenciar al yo en un yo libidinal y en un yo antilibidinal, respectivamente.
- 6) Represión del yo contra el objeto excitante y el rechazante. El objeto excitante es aquel que promete satisfacción y luego frustra, mientras que el objeto rechazante directamente niega la satisfacción.
- 7) Represión de las partes del yo.
- 8) Disociación de las partes del yo unitario en un yo libidinal y otro antilibidinal, ligados respectivamente al objeto excitante y al rechazante. En relación con esto, cabe mencionar que Fairbairn rechaza el instinto de muerte, y atribuye su acción a la existencia del saboteador interno que está atacando al individuo y llevándolo a la destrucción desde dentro.
- 9) Internalización del objeto bueno en lo que queda del yo unitario, o sea en el yo central.
- 10) Represión o ataque del yo antilibidinal o saboteador interno contra el objeto excitante y el yo libidinal.

Podría compararse el yo central de Fairbairn con el yo de Freud, el yo libidinal con el Ello de Freud, y el yo antilibidinal con el Superyo de Freud.

Detallando el *mecanismo de la represión*, puede decirse que hay una primera represión, llamada represión directa ejercida por el yo central sobre los objetos excitante y rechazante. Luego viene una

represión directa secundaria ejercida por el mismo yo central sobre el yo libidinal y el yo antilibidinal. Y finalmente viene una represión indirecta, del yo antilibidinal contra el yo libidinal y el correspondiente objeto excitante. Todos los procesos represivos tienen lugar en el sector inconciente del yo central (que tiene además un sector conciente y uno preconciente).

En suma, para Fairbairn la represión no surge a partir de los impulsos eróticos o agresivos del Edipo, sino antes: nace de la relación con el objeto malo frustrante inicial.

Complejo de Edipo.- Fairbairn atribuye al Edipo una importancia más sociológica que psicológica. Psicológicamente el Edipo no es más que una situación interna proyectada, que puede explicarse a partir de la relación con la madre.

El objeto materno es disociado en bueno y malo y luego se constituyen objetos internos con esas características. Con el padre ocurrirá lo mismo: será dividido en bueno y malo y los respectivos objetos internos irán a fusionarse o superimprimirse con los correspondientes objetos internos de la madre. La diferencia radica solamente en que con el padre no hay relación de succión y será vivido como un progenitor sin pecho. Recién se relacionará genitalmente con los padres cuando los canales genitales estén maduros, y según el grado de frustración y el odio originado en la relación se constituirá en la mente del niño la escena primaria sádica. Además, el niño centralizará los aspectos buenos sobre un progenitor y los malos sobre el otro (de allí lo de situación interna proyectada), de manera que uno de los padres será vivido como bueno y el otro como malo.

La neurosis.- Para Fairbairn las neurosis nacen del intento de superar la etapa de la dependencia infantil, rechazando al objeto con el cual se siente ligado y al que está subordinado. En cambio para M. Klein, la neurosis es el resultado de las defensas contra la ansiedad persecutoria de la posición esquizo-paranoide. En un caso es temor a depender, y en otro el temor a ser atacado.

Para Klein, de la posición esquizo-paranoide arrancan las neurosis y la esquizofrenia, y de la depresiva, la melancolía y la manía depresiva. Fairbairn no explicita como se desarrolla la psicopatología a partir de cada posición, ni tampoco por qué un individuo elige modos de operar histéricos, fóbicos, paranoides u obsesivos.

Otra diferencia con Klein es que para Fairbairn solamente existen tres objetos (bueno, excitante, rechazante), y para Klein hay una multiplicidad de objetos internalizados que nos permiten explicar toda la riqueza de los mecanismos mentales operantes en el niño.

Resumen de Ostrov León, La teoría de Fairbairn. Clases de 1978 dictadas en la Cátedra de Psicología Psicoanalítica II, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

FALO

Definición.- 1. (*Psicoanálisis*) Término que se aplica al pene durante el período de sexualidad infantil, durante el cual está íntimamente relacionado con el amor narcisista. 2. Imagen del miembro viril, emblema del poder generador de la naturaleza; era adorado y conducido en procesión durante las orgías báquicas en los pueblos antiguos.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Mujer fálica.- (Mujer o madre) Imagen femenina fantásticamente provista de un falo, que puede adoptar dos representaciones principales según que la mujer sea considerada portando un falo externo o atributo fálico, o que conserve en interior el falo masculino. Tal imagen se expresa con frecuencia en el psicoanálisis de los sueños y las fantasías.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- El pene es un objeto material, pero es la estructura quien determina su valor. Su valor está dado por el lugar que ocupa en un determinado espacio y tiempo. Ejemplo: las flores (objeto material) ejercen su efecto estando o no estando en las manos del marido (espacio) el día del aniversario (tiempo). Su falta sería catastrófica. El falo circula produciendo efectos tanto cuando está como cuando no está.

El valor fálico simboliza lo que se desea, lo que falta. El falo vale porque falta, es como un molde vacío ocupable por un auto, dinero, un hijo, etc. Entre estos posibles elementos que faltan pueden trazarse equivalencias simbólicas (heces = pene= niño= regalo= dinero). Son cosas tan disímiles como telescopio, milanesa, honorarios escribano, etc. Son cosas incomparables, salvo que las reduzcamos a pesos o a otra cosa en común (por ejemplo el telescopio vale veinte milanesas). Las equivalencias simbólicas, del mismo modo, son reducibles a un valor fálico.

Toda la estructura edípica descansa sobre el objeto material pene, siendo este el objeto de la curiosidad infantil. Si hay curiosidad, es porque hay un enigma, aunque no todos los enigmas son 'mis enigmas' porque estos comprometen al sujeto. Las protofantasías permiten esclarecer enigmas.

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Falometría.- La medición de la respuesta eréctil del varón como una medida científica de las preferencias sexuales de los hombres.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

FALSO RECUERDO

Generalidades.- “La distorsión del recuerdo no es sólo evidente en el recuerdo erróneo de detalles puntuales, sino que se manifiesta también, y tal vez con consecuencias más importantes, en situaciones en las que llegamos a producir, de manera no intencional, recuerdos totalmente inventados y completamente falsos de acontecimientos que nunca sucedieron. Se dispone de una serie de informes, tanto anecdóticos como clínicos y experimentales, que ilustran este tipo de error de memoria, que podemos denominar el error de los falsos recuerdos” (Fernández A y Díez E, pág. 166).

Fernández A y Díez E, Memoria y distorsión, incluido en Sánchez Cabaco A y otro (coord), Psicología de la memoria. Ambitos aplicados.

FAMILIA

Definición.- “Se define a la familia como el territorio en el que se aprende de la experiencia, como un benévolo modelo en escala del mundo exterior y contexto determinante de las conductas normales y anormales del ser humano”.

Díaz Usandivaras C., “Familia y minoridad en riesgo”, Publicación Interna de la Cátedra de Psicología Clínica de la Familia, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina, 2000, pág. 22.

Familia y desórdenes de conducta.- “Un hecho quizá ya del dominio público es que el desarrollo del ser humano depende mucho del ambiente en el cual crece. No obstante, los psicólogos evolutivos investigan más exactamente acerca de las variables que inciden en el desarrollo psicológico (normal y anormal) no sólo del niño sino también del adolescente, el adulto y el anciano. Una de las variables más estudiadas ha sido el ambiente familiar. En la última década los investigadores de este campo se han dedicado especialmente a examinar la incidencia de las relaciones entre padres e hijos y las conductas que los últimos muestran fuera de casa. Un ejemplo al respecto se muestra en el artículo “Ambiente familiar y dificultades de adaptación de los hijos”, firmado por Rosario Cortés y José Cantón de la Universidad de Granada (España), publicado en la revista Suma Psicológica, Vol. 7 No. 1, de marzo de 2000.

Mediante un análisis de regresión múltiple, Cortés y Cantón relacionaron los resultados de la aplicación de dos instrumentos psicométricos: la Escala de Clima Social de la Familia (iniciales en inglés: FES) y la Lista de Verificación de la Conducta Infantil (iniciales en inglés: CBCL). En el estudio participaron 46 niños y adolescentes españoles de estrato socio-económico medio-bajo.

El principal resultado es que las puntuaciones de la FES fueron predictoras de las arrojadas por la CBCL, demostrando así el papel que ejerce el contexto familiar en la aparición de desórdenes de conducta de los niños tanto dentro como fuera del hogar. En oposición, los niños que aparecían con menos problemas psicológicos reportaron vivir en familias caracterizadas por menor control, mayor cohesión y orientación al logro. Curiosamente una variable mediadora encontrada por los investigadores hispanos fue el sexo, significativa para todos los problemas de conducta evaluados. En este caso la aparición de desórdenes se presentaba sistemáticamente en los varones. Faltarían nuevas investigaciones que aclaren este sesgo y expliquen el origen de los problemas conductuales en las niñas”.

El ambiente familiar es predictor de varios desórdenes de conducta. Andrés M. Pérez-Acosta / Universidad Católica de Colombia / Universidad de Sevilla (España)

Clasificación.- Fernández Mouján expone los siguientes tipos de familias:

a) *Familias aglutinadas.-* 1) La tendencia a formar un conjunto unido perturba la discriminación de cada miembro. Las búsquedas de autonomía son accesorias (suicidio, etc). 2) Al no tener identidad propia los miembros, las interacciones se hacen estereotipadas. 3) Este mantener al grupo unido vuelve al rol materno exagerado, debilitando el paterno. Predominan las normas maternas de cuidados y manejo de emociones. 4) Predominan mensajes concretos, poco reflexivos y muy emocionales. 5) Funcionan como un clan cerrado a lo nuevo, que es siempre considerado violento.

b) *Familias uniformadas.-* Los miembros se someten a uno de ellos, el cual busca uniformar a todos ('las cosas se hacen así en esta familia'). Las búsquedas de autonomía son agresivas. b) Interacciones rígidas, por ser impuestas. c) Absolutismo del rol paterno y exageración de las normas paternas: administrar justicia y reglas instrumentales. d) Mensajes poco reflexivos tipo órdenes, pero con mayor diálogo que en la familia aglutinada. e) Ideología elitista y dominante.

c) *Familias mixtas.-* La aglutinación y la uniformidad se dan mezcladas, y se diferencian de las anteriores en que la sexualidad y la agresión no están dissociadas. Si bien la represión es menos violenta, es más discriminada, y se tolera poco tanto la sexualidad como la agresión. La pareja de los padres existe, pero

con poca capacidad para integrar a los hijos. Son parejas 'complementarias' donde los hijos son poco contenidos, por lo que se hacen auto-contenidos (obsesivo-compulsivos) o afectivamente desconfiados.

d) *Familias aisladas*.- 1) Predominan las individualidades aisladas, lo que lleva al deterioro de la identidad grupal y estancamiento de las identidades individuales. 2) Roles aislados, y pro ende interacción puramente informativa o descriptiva que no promueve transformaciones. 3) Los roles asignados no entran en conflicto con los asumidos, cada uno hace su vida. 4) Carencia de contenido afectivo en los mensajes. 5) Relaciones satisfactorias porque los objetivos del grupo son muy pobres: tener un lugar donde estar. 6) La ideología dominante es 'hacé tu vida y no te metas con nadie', o sea, individualista y adaptativa.

e) *Familias integradas*.- 1) Hay un equilibrio inestable entre las identidades grupales e individuales que se redefinen sin grandes obstáculos. 2) Son estables debido a la flexibilidad de los roles que permiten contener los problemas sin reprimirlos ni expulsarlos (familias uniformadas), sin negarlos (familias aglutinadas) y sin inhibirlos (familias aisladas). 3) El equilibrio entre roles asignados y asumidos se debe a que no son fijos ni en su definición (la asignación cultural puede transformarse) ni en su asunción, pues puede haber cambios de personas. El rol filial (mesiánico, disconformista) es valorado y tolerado dada la 'fortaleza' ante los cambios. 4) Discusiones explícitas, con capacidad reflexiva y carga emocional regulada grupalmente, lo que permite el diálogo transformador. 5) La ideología es la aceptación de la lucha generacional que cuestiona privilegios; es importante cada uno en el funcionamiento grupal y hay confianza en transformar lo establecido.

Condensado de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 11.

Familia y estrés.- Se cree que las experiencias de afecto son importantes debido a sus implicaciones en el desarrollo posterior. El objetivo de los autores, con un estudio basado en cuestionarios, fue investigar las diferencias entre la vinculación familiar dividida en 4 tipos de vinculación maternal y paternal con respecto a experiencias de estrés familiar causada por las características del niño, cualidades del padre, y curso de vida bajo consideración del género y de la edad del niño. Los autores recopilaron información del comportamiento de la unión paternal con la versión alemana del instrumento de unión familiar (en inglés, PBI). Los autores valoraron el estrés paternal con su versión alemana del índice de estrés familiar (en inglés, PSI). Encontraron diferencias significativas entre las 120 madres agrupadas en los 4 tipos de unión maternal y en los 4 tipos de unión paternal con respecto al estrés familiar causado por el niño, unión maternal: $F(5, 113) = 4.13, p = 0.002$, unión paternal: $F(5, 111) = 8.50, p = .0001$, y características paternas, unión maternal: $F(5, 113) = 3.33, p = .008$, unión paternal: $F(5, 111) = 7.80, p = .0001$. El nivel más bajo de estrés familiar fue experimentado por madres que se describieron como el "tipo de unión familiar óptimo" con respecto al niño y al dominio familiar. Los autores no encontraron diferencias significativas entre los 4 tipos de relaciones maternas, $F(5, 113) = 1.25, p = .29$, y los 4 paternas, $F(5, 111) = 1.87, p = .106$, con respecto al estrés en la vida. De acuerdo a los resultados de los autores, la representación de las relaciones de afecto parece tener un impacto especial en la capacidad del adulto de hacer frente a los retos y al estrés, ya sea directa o indirectamente como un modelo interno de afecto. Para la práctica clínica, estos resultados parecen recomendar la combinación del PSI y PBI en el diagnóstico de la "madre estresada--sistema del niño", para planear un programa óptimo de intervención.

Willinger U y otros, El estrés y la unión familiar. BEHAVIORAL MEDICINE. 2005;31(2).

Familia y depresión.- Antecedentes: La explicación última de la depresión mayor en la familia podría indicar una propensión genética para el trastorno. El trastorno "completo" o sólo algunos de los síntomas podrían ser heredados. Bajo esta última condición, una frecuencia incrementada de síntomas heredados podría incrementar consecutivamente la probabilidad de alcanzar el umbral para depresión en parientes y, de esta manera, podría causar la explicación última de la depresión familiar. Hasta ahora, ningún estudio investigó la posibilidad de una relación entre los síntomas depresivos individuales y la similitud con la depresión de la familia. Métodos: Se ha manifestado en esta muestra la explicación última de la depresión familiar de inicio-temprano (edad de inicio < 60 años) pero menos entonces de depresión de inicio-tardío. Para evaluar la hipótesis de una herencia de síntomas depresivos individuales como una causa posible de una depresión familiar, las frecuencias de síntomas fueron comparadas en parientes de pacientes depresivos y de controles utilizando un análisis de regresión logística adelantado. Resultados: Algunos síntomas depresivos individuales mostraron agregación en parientes de pacientes con depresión, pero el patrón de herencia fue inconsistente, por ejemplo, la agrupación de síntomas fue diferente entre parientes no-depresivos y depresivos de pacientes con depresión de inicio temprano y depresión de inicio tardío, respectivamente. No se observó ninguna agrupación intra-familiar de síntomas depresivos específicos dentro de familias de sujetos depresivos. Conclusiones: Debido a las inconsistencias en la agrupación de síntomas individuales en parientes no-depresivos y depresivos y la falta de agrupación intra-familiar, es poco probable la explicación de la familiar de depresión por causas de la agrupación de síntomas depresivos individuales. Es más probable una herencia de la vulnerabilidad para trastornos depresivos completos influenciada por factores medioambientales.

Reun R y Hein S, La explicación de la depresión intra-familiar, pero no la explicación de la depresión familiar por síntomas depresivos individuales. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2007 ENE; 22(1).

Disfunción familiar y consumo de psicofármacos.- Objetivo: Conocer la relación entre el consumo de psicofármacos en mujeres y los resultados de los test Apgar y acontecimientos vitales estresantes (AVE).

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud General Fanjul (Área 7 de la Comunidad de Madrid).

Participantes: Todas las mujeres de entre 25-65 años de edad que acuden a las consultas de atención primaria durante una semana del mes de marzo de 2005.

Mediciones principales: Encuestas validadas de disfunción familiar (Apgar) y acontecimientos vitales estresantes (escala aditiva de evaluación de reajuste social).

Resultados: Acudieron 625 mujeres, de las que se entrevistó a 121 (19,36%), con una media de edad de $46,8 \pm 12,7$ años. El 90% son españolas. El 55,4% están casadas, el 67% tiene hijos, el 3,3% no tiene estudios y el 75,2% ha cursado estudios primarios y el 21,5%, estudios universitarios. Trabaja fuera de casa el 57,9%. Los antidepresivos son utilizados por el 24% de las mujeres y las benzodiacepinas, por un 30,6%. El consumo de benzodiacepinas aumenta con la edad ($p < 0,001$). Al relacionar el consumo de benzodiacepinas o antidepresivos y la existencia de mayor disfuncionalidad familiar o AVE, no se observan diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Aunque de manera intuitiva se podría pensar que los AVE y la disfunción familiar determinan un mayor consumo de psicofármacos, no hemos podido encontrar una relación estadísticamente significativa. Se detecta un mayor consumo de benzodiacepinas a mayor edad.

Sonsoles Pérez Cuadrado; Cristina Morán Tiesta; Pilar Carreño Freire. Consumo de psicofármacos y disfunción familiar. ATENCIÓN PRIMARIA. 2009 MAR; 41(3):153-157.

Familia y enfermedad mental.- Antecedentes: La mayoría de la evidencia de las asociaciones entre la adversidad en la niñez y la enfermedad mental adulta es retrospectiva.

Objetivos: Evaluar la evidencia prospectiva de las asociaciones entre las relaciones pobres padres-hijos y los trastornos psiquiátricos comunes en etapas posteriores de vida.

Método: Revisión sistemática de estudios publicados entre 1970 y 2008 incluyendo: (a) más de 100 participantes; (b) medidas de las relaciones en el hogar durante la infancia; (c) por lo menos 10 años entre la evaluación de riesgos; y (d) medidas de ansiedad, depresión, suicidio, ideación suicida o trastorno de estrés post-traumático (PTSD). El análisis se realizó a través de síntesis narrativa.

Resultados: Se identificaron veintitrés investigaciones reportando datos de 16 cohortes. Las relaciones abusivas predijeron la depresión, la ansiedad y PTSD. La indisponibilidad emocional maternal a edad temprana predijo los intentos de suicidio en la adolescencia. Los resultados de estudios que investigaban problemas de relación menos severos fueron sugestivos pero no concluyentes de la asociación causal, en parte debido a una heterogeneidad metodológica.

Conclusiones: Dada la prevalencia y la naturaleza de incapacidad de los problemas psiquiátricos comunes, estos estudios destacan la necesidad de minimizar el daño asociado con las relaciones disfuncionales padres-hijos.

Scott Weich; Jacoby Patterson; Richard Shaw; Sarah Stewart-Brown. Relaciones familiares en la infancia y trastornos psiquiátricos comunes posteriores en etapas posteriores de la vida: Revisión sistemática de estudios prospectivos. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2009 MAY; 194(5):392-398.

Familia y depresión.- Introducción: La presencia de síntomas depresivos con importancia clínica, a lo largo del ciclo vital, es el resultado de la imbricación de múltiples factores. Se ha señalado que la disfuncionalidad familiar se relaciona positivamente con síntomas depresivos con importancia clínica; sin embargo, los datos son divergentes.

Objetivo: Establecer la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes estudiantes de un colegio de un sector de estrato bajo (I) en Cartagena, Colombia.

Método: Se diseñó un estudio transversal en el que participaron estudiantes de secundaria. Se cuantificó la disfuncionalidad familiar con el cuestionario de APGAR familiar y síntomas depresivos con importancia clínica con la escala de Zung para depresión. Se usó la regresión logística para controlar confusores.

Resultados: Participaron 424 estudiantes de séptimo a undécimo grado con edad promedio de 14,7 años ($DE=1,6$), 59% mujeres y una escolaridad promedio de 8,6 ($DE=1,3$). Informaron disfuncionalidad familiar el 41% y síntomas depresivos con importancia clínica, el 41% de los estudiantes. Se observó falta de asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica ($OR=1,4$; $IC\ 95\%: 0,92-2,1$), después de controlar por otras variables.

Conclusiones: La presencia de disfuncionalidad familiar y la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica no guarda asociación significativa en estudiantes de estrato bajo.

Zuleima Cogollo; Edna Gómez; Oney's De Arco... (et.al), Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. 2009 DIC; 38(4):637-644.

FANTASÍA

Definición.- El proceso de la *imaginación* termina: a) en imágenes derivadas de alguna percepción sensorial (imágenes de memoria) o b) en imágenes anormales llamadas *fantasías* (*alucinaciones*). Desde el punto de vista psiquiátrico, es el equivalente de 'sueño diurno'. Desde el punto de vista psicoanalítico, a veces también es equivalente de 'sueño nocturno'.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Es la forma en que se expresan las operaciones del Edipo, y son escenas que pueden ser más, o menos conscientes, más o menos elaboradas, y algunas son tan inconscientes que se remontan a la filogenia. Las fantasías son los contenidos latentes del síntoma, que es lo manifiesto. Las fantasías son respuestas a enigmas pero también escenificaciones de deseos, o sea la forma cómo se expresan los deseos.

Condensado de Saúl, Lo inconsciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Clasificación.- En Freud hay tres conceptualizaciones de fantasías: conscientes-preconscientes, inconscientes, y originarias. Las fantasías conscientes-preconscientes son descritas como sueños diurnos y son predominantemente de escenas imaginarias donde el sujeto participa como actor con una intencionalidad ligada a un placer o un temor que puede producir acercamiento o aversión. Las preconscientes aparecen como puntos de unión intersistémicos o sea situaciones de pasaje, a través de las cuales podemos inferir analogías, transformaciones y relaciones con el sistema inconsciente.

Respecto de las fantasías inconscientes, Freud describe dos tipos: a) las que fueron conscientes y por represión se hicieron inconscientes (modelo de la histeria); y b) las que son inconscientes y se hicieron conscientes (modelo de los sueños). Finalmente, las fantasías originarias son los temas básicos de la especie que la fantasía inconsciente elabora (D'Alvia R y otros, 1980:130).

D'Alvia R y otros, El concepto de fantasía en las teorías de Freud y de Klein. Buenos Aires, Revista de Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo XXXVII N°1, Enero 1980.

Según M. Klein.- Las fantasías son contenidos primarios de los procesos mentales inconscientes, y pueden definirse como los representantes psíquicos de los instintos: no hay acto instintivo que no sea vivido como fantasía inconsciente, aunque luego, esta puede pasar a ser un modo de defensa contra los impulsos. La fantasía tiende a considerar que el impulso se satisface efectivamente, mientras que, como defensa, considera que dicho impulso es realmente inhibido o controlado.

Isaacs S., "Naturaleza y función de la fantasía", incluido en Klein M., Obras Completas, Tomo III, Paidós-Hormé, capítulo III.

Tipos.- Isaacs distingue la fantasía como contenido primario de los procesos mentales inconscientes (*phantasy*), y la fantasía como los sueños diurnos conscientes, las ficciones, etc. (*fantasy*).

Laplanche J y Pontalis J, "Diccionario de psicoanálisis", Barcelona, Labor, 1981, 3° ed, pág. 143.

Fantasía, sueño y síntoma.- Fantasía, sueño, síntoma y recuerdo encubridor tienen en común el ser todas transacciones, pero con algunas diferencias. "En el síntoma la transacción es resistencial; no se cumple directamente la realización de un deseo. En cambio, en la fantasía y en el sueño existe la realización del deseo, ligada respectivamente a los principios de realidad y placer. El síntoma, a diferencia del sueño, es un producto patológico: el yo lo siente ajeno a él. La fantasía aparece como un producto intermedio, ya que cumple funciones defensivas, pero sin la fijeza estereotipada del síntoma. En éste el conflicto entre deseo y defensa está remarcado, mientras que en el sueño, frente a una censura laxa, se crean productos intermedios (deseos oníricos preconscientes), que por regresión formal llegan hasta la estimulación del polo perceptual. En el síntoma hay represión más fijación estereotipada y regresión tónica; en el sueño se avanza hacia la regresión formal, mientras que en la fantasía hay progresión, es decir, se produce un pasaje de la representación de cosa a la de palabra (enlace intersistémico). En el sueño existen los tres niveles de regresión: tónica, temporal y formal, con predominio de la última; es decir que el Yo pasa a una fase anterior: la satisfacción alucinatoria del deseo. En el síntoma la regresión es tónica y temporal, pero no formal. En la estructuración de la fantasía hay también regresión tónica y temporal; pero en su expresión predomina la progresión" (D'Alvia R y otros, 1980:127).

D'Alvia R y otros, El concepto de fantasía en las teorías de Freud y de Klein. Buenos Aires, Revista de Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo XXXVII N°1, Enero 1980.

Fantasía como defensa.- "Las funciones de la fantasía son múltiples y complicadas, y la fantasía tiene un aspecto defensivo que se debe tener en cuenta. Como el objetivo de la fantasía es satisfacer impulsos instintivos prescindiendo de la realidad externa, se puede considerar que la gratificación proveniente de la fantasía es una defensa contra la realidad externa de la privación. Es, sin embargo, más que eso: es también una defensa contra la realidad *interna*. Cuando el sujeto hace una fantasía de realización-de-

deseos, no está evitando solamente la frustración y el reconocimiento de una realidad externa displacentera; también está (lo que es incluso más importante) defendiéndose contra la realidad de su propia hambre y de su ira, o sea, contra su realidad interna. Además, algunas fantasías se pueden utilizar como defensa contra otras fantasías maníacas, cuya finalidad principal es impedir que aparezcan subyacentes fantasías depresivas (Segal H, 1987:22).

Segal H (1987) Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós.

Naturaleza y función de la fantasía .- Con el progreso de la labor psicoanalítica, las relaciones que percibimos entre los primeros procesos mentales y los ulteriores tipos de funcionamiento mental más especializados comúnmente llamados "fantasías", nos condujeron a ampliar la connotación de este término.

Comprender la naturaleza y función de la fantasía implica estudiar los tres primeros años de la vida mental. Las fantasías inocentes de ese tiempo las inferimos: no podemos observarlas. También ocurre en los adultos. Los datos que tomamos en cuenta para inferir fantasías son: ciertas relaciones entre hechos y teorías establecidas, pruebas clínicas, y datos de observación no analíticos y estudios experimentales.

Entre los usos habituales del término fantasía, uno se refiere a la fantasía conciente, como por ejemplo el ensueño diurno. Para el psicoanálisis, en cambio, la fantasía es inconciente, y puede hacerse o no conciente. La fantasía es una realidad psíquica, viviente y propia, y esta siempre activa tanto en la normalidad como en la neurosis. Lo normal o lo anormal depende en todo caso de la relación de la fantasía con la realidad, y de cómo la fantasía es procesada y elaborada.

La fantasía como contenido primario de los procesos mentales inconcientes.- la fantasía es contenido primario pues es el representante psíquico del instinto. No hay impulso instintivo que no sea vivido como fantasía inconciente. Luego, las fantasías pasan a ser modos de defensa contra los impulsos (reparación). La fantasía tiende a considerar que el impulso se satisface realmente, o bien, si actúa como defensa, que el impulso es realmente inhibido o controlado.

Alucinación e introyección primaria: la fantasía actúa en las fases más tempranas de la vida, por ejemplo en la alucinación (alucina el pezón ausente). Esta alucinación aparece cuando el impulso no es demasiado intenso, en cuyo caso la alucinación cesa. Los objetos placenteros son introyectados, y los displacenteros (excesiva tensión) son proyectados al exterior. La fantasía inconciente es el producto de la introyección.

Dificultades en el desarrollo temprano originadas en la fantasía.- muchos problemas infantiles (alimentación, temor a extraños, etc) se entienden mejor a partir de sus fantasías tempranas. Por ejemplo cuando no va más a la madre, fantasea que lo abandonó.

Fantasías y experiencia sensorial.- Las primeras fantasías tienen su origen en experiencias sensoriales: surgen de impulsos orgánicos y están entretnejidas con sensaciones corporales y afectos.

Fantasías y palabras.- Las palabras son un medio para poder referirse a la experiencia, real o fantaseada, pero no son idénticas a la fantasía ni la sustituyen. Las fantasías existen mucho antes que surja el lenguaje. En la conversión histérica, el enfermo retrocede a un lenguaje pre-verbal y usa el cuerpo y las emociones como expresión de sus fantasías.

Relación de las fantasías tempranas con el proceso primario.- Las fantasías más primitivas están regidas por un proceso primario, pues hay en ellas falta de coordinación del impulso, falta del sentido del tiempo y presencia de contradicción y negación; no hay postergación de la descarga, ni hay discriminación de lo que es la realidad externa.

Instinto, fantasía y mecanismo: los mecanismos, como la proyección y la introyección, son formas particulares de acción de la vida mental, como medio para manejar tensiones y conflictos internos. Esos mecanismos están ligados a fantasías, como por ejemplo la fantasía de incorporación con el mecanismo de introyección.

La fantasía es para Isaacs el vínculo activo entre el instinto y el mecanismo yoico. El instinto es un proceso psicosomático limítrofe, cuya expresión mental es la fantasía. Las primeras fantasías se construyen sobre impulsos orales ligados al gusto, tacto u olfato, y la vista tiene poca importancia. Esas sensaciones e imágenes primeras se relacionan muy poco, al principio, con un objeto externo, espacial, se experimentan en el cuerpo, no fuera de él. El elemento visual ligado al mundo externo aumenta lentamente y llega a fundirse con la experiencia táctil. Al predominar lo visual, se aprende la discriminación entre el mundo externo y el interno, y los elementos visuales ligados al exterior sufren una represión: son desexualizados, independizados de las ataduras corporales. Pero esas imágenes influyen igual sobre lo afectivo, pues originalmente se habían fundado en elementos somáticos, inconcientes y reprimidos. Lo visual tiene como base una 'imago', o sea una persona o parte de ella que incluye todos los elementos somáticos que la vincularon a dicha persona. Esos vínculos son siempre experimentados como fantasías. En general, todos los mecanismos del yo derivan en última instancia de los instintos y de las reacciones corporales innatas.

Fantasía, imágenes mnémicas y realidad.- Las primeras experiencias psíquicas son el resultado de los muchos estímulos de las primeras 24 horas de vida. Este contacto con el mundo externo provee al bebé de material tanto para las fantasías como para la memoria. La fantasía y la prueba de realidad están ya presentes desde los primeros días. Más adelante el niño puede aprender y adaptarse al mundo externo

sin un cierto grado de control o inhibición del impulso y con un monto de satisfacción, lo que se consigue gracias a la fantasía.

En resumen.- El concepto de fantasía se amplió gradualmente dentro del psicoanálisis, y necesitaremos aclararlo y desarrollarlo explícitamente para poder reunir los hechos observados.

Las fantasías son el contenido primario de los procesos mentales inconcientes. Las fantasías inconcientes se refieren primeramente a cuerpos y representan fines instintivos hacia los objetos.

Estas fantasías son, en primer lugar, los representantes psíquicos de instintos libidinales y destructivos; desde el comienzo de su desarrollo se elaboran también como defensas y como realizaciones de deseos y contenidos de ansiedad.

Los postulados de Freud de la realización alucinatoria de deseos, y su identificación primaria, introyección y proyección son la base de la vida de la fantasía.

A través de la experiencia externa, las fantasías se elaboran y pueden expresarse, pero no dependen de la experiencia externa para su existencia. Las fantasías no dependen de las palabras aunque pueden, bajo ciertas condiciones, expresarse en palabras. Las primeras fantasías se experimentan como sensaciones; más tarde, toman la forma de imágenes plásticas y de representaciones dramáticas.

Las fantasías tienen efectos tanto psíquicos como corporales, como por ejemplo síntomas de conversión, cualidades corporales, carácter, personalidad, síntomas neuróticos, inhibiciones y sublimación.

Las fantasías inconcientes forman el vínculo activo entre instintos y mecanismos. Cuando se estudian en detalle, puede verse que toda la variedad de mecanismos del yo surgen de tipos específicos de fantasía, los que en última instancia tienen su origen en impulsos instintivos pues "el yo es una parte diferenciada del ello". Un mecanismo es un término abstracto general que describe ciertos procesos mentales que son experimentados por el sujeto como fantasías inconcientes.

La adaptación a la realidad y el pensamiento realista requieren el apoyo de fantasías inconcientes concurrentes. La observación de las formas en que se desarrolla el conocimiento del mundo externo demuestra cómo la fantasía del niño contribuye al aprendizaje.

Las fantasías inconcientes ejercen una influencia continua durante toda la vida, tanto en el normal como en el neurótico, estando la diferencia en el carácter específico de las fantasías dominantes, en el deseo o ansiedad asociados a ellas y en la interrelación mutua entre ellas y con la realidad externa.

Condensado de Isaacs Susan, Naturaleza y función de la fantasía. Artículo publicado en el Tomo III de Klein M (1986) Obras completas, Paidós-Hormé.

Métodos de estudio de las fantasías.- Dividimos los métodos de estudio en dos tipos: métodos de observación, y método del psicoanálisis.

Los métodos de observación implican tres cosas: a) considerar los detalles precisos de la conducta del niño, y no simplemente los aspectos generales; b) observar y registrar el contexto de los datos observados, entendiendo por contexto sobre todo la totalidad del medio donde ocurre la conducta, su situación social y emocional; c) estudio de la continuidad genética: toda conducta se desarrolla gradualmente a partir de las anteriores. Por ejemplo antes de usar palabras, el niño las comprende. También, las fantasías de los niños están al mismo tiempo que los impulsos que las originan. En suma, todo dato o conducta debe incluirse como parte de una serie evolutiva.

Para explorar las fantasías inconcientes, el método del psicoanálisis recurre a los tres elementos anteriores. El analista no sólo entiende los mínimos detalles de las asociaciones del paciente -niño o adulto- sino que también estima si tienen o no relación con el contexto donde se hacen. Poco a poco se va relacionando su situación actual con experiencias infantiles tempranas, o sea, se ubican las asociaciones dentro de un contexto evolutivo.

La situación transferencial es un marco muy útil para estudiar las fantasías: la relación del paciente con su analista es casi por entero una relación de fantasía inocente, donde el paciente le transfiere deseos tempranos, impulsos agresivos, temores y otras emociones.

Todo ello sirve para niños mayores de 2 años, pero para niños menores de esta edad observaremos sus reacciones a estímulos, sus actividades espontáneas y manifestaciones de afecto. La experiencia adquirida con niños mayores de 2 años sirve para los niños menores de esa edad. En base a las observaciones se pueden esbozar hipótesis sobre las principales fases de la fantasía y sobre el desarrollo de la vida mental en general.

Condensado de Isaacs Susan, Naturaleza y función de la fantasía. Artículo publicado en el Tomo III de Klein M (1986) Obras completas, Paidós-Hormé.

Fantasía según Klein e Isaacs.- Susan Isaacs, sistematizando a Klein, dice que fantasía es la expresión mental de los instintos, y son el contenido primario de los procesos inconcientes.

Una primera clase de fantasía (que Tarazi llama volitiva) es donde el sujeto expresa su voluntad de hacer algo con un objeto: yo como boca, quiero succionar este pecho. Hay un sujeto (yo), un verbo (pulsión) (quiero), y un objeto (pecho). Otro ejemplo: yo quiero inundar el cuerpo de mi madre con orina.

Una segunda clase de fantasía es la cognitiva: "este pecho es bueno", sea que se atribuye una cualidad a un objeto. Es una representación no objetiva, basada en elementos de juicio reales. Hay una articulación entre la fantasía volitiva o activa y la cognitiva: el sujeto quiere hacer algo con un objeto porque este

objeto tiene tal cualidad. El aspecto volitivo es lo que Freud llama el representante-representativo de la pulsión.

Un tercer tipo de fantasía implica imaginarse uno haciendo una acción. Según Freud, es la fantasía propiamente dicha. El primer tipo está en potencia, el tercero está en acto.

Un cuarto tipo de fantasía es la alucinación, donde se cree realmente estar realizando una acción (no como en el tercer tipo donde hay conciencia de estar solo imaginando).

Un quinto tipo es la internalización. En estado de suma frustración, el niño ya siente su pecho dentro de él para apoderarse definitivamente de él.

Lo que Freud llama fantasías originarias, Klein las llama protofantasías. Son previas a la experiencia. Antes de mamar, el niño siente que hay algo que pueda saciarlo aunque no haya tenido la experiencia de mamar. Los niños construyen representaciones inspiradas solo en sus vivencias. Las fantasías, en cambio, descansan en parte en la experiencia. En Freud la fantasía expresa el deseo, mientras que en Klein la necesidad.

Antes de la aparición de la palabra, el niño fantasea en base a sus vivencias corporales. El adulto expresa su fantasía con palabras: Yo quiero hacer tal cosa. Al traducirse en palabras, la fantasía se hace conciente. En Freud hay tres niveles de fantasía: inconciente, preconciente, conciente (ensoñaciones diurnas). Las inconcientes son edípicas, por ejemplo.

Condensado de Ostrov L y Tarazi O, Diferencias entre Freud y sus continuadores. Clases dictadas en la Cátedra de Psicología Psicoanalítica durante 1974. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Fantasía inconciente según Freud.- La fantasía inconciente es la escenificación de un deseo. Freud llega a ello investigando las neurosis histéricas y obsesivas, que son producto de una situación traumática de seducción (en la histérica fue seducido, en la obsesiva él sedujo activamente). Dichas escenas, él comprueba en análisis que no habían tenido realmente lugar, lo que siente que le hace tambalear su teoría de la neurosis. Eran escenas imaginarias para satisfacer deseos de la infancia. Ahí empieza Freud a hablar de fantasías inconcientes. Pero luego al ver que la fantasía adopta distintas formas en cada sujeto, llega a pensar que se basaron en algún acontecimiento real. Sin embargo, como no todos los niños asistieron a la escena del coito de los padres, empieza a pensar que las fantasías son de origen filogenético, originarias. La fantasía de castración explicaría el origen de la diferencia de los sexos. Klein no acepta esto, dice que la mujer reconoce su estado vaginal desde el comienzo.

Condensado de Ostrov L y Tarazi O, Diferencias entre Freud y sus continuadores. Clases dictadas en la Cátedra de Psicología Psicoanalítica durante 1974. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

La fantasía como terapia de la personalidad.- El autor aborda su quehacer psicoterapéutico centrando su tarea en la persona misma, sin subordinarse a un marco teórico específico sino tratando de integrar los distintos modelos y escuelas psicoanalíticas para ponerlas al servicio de la persona. El libro contiene una Introducción, en la que sirven de punto de partida la definición aristotélica de la fantasía y una clasificación de las imágenes que permite ubicar el Sueño Despierto, que el autor denomina Ensueño dirigido en la Imaginería Mental. Consta de dos partes principales: la primera se refiere a la estimulación y utilización psicoterapéutica de la fantasía. En ella se hace una síntesis histórica de las técnicas de la Fantasía Mental, para entrar, luego, a la metodología psicoterapéutica de Robert Desoille. Respecto de esta última, el autor la subdivide en tres fases: 1) Fase onírica, o de producción de ensueños. 2) Fase mayéutica, o de sesiones de comentario e interpretación. 3) Fase de maduración o de intervalo entre las sesiones, en la que incluye la redacción de la secuencia de la sesión anterior, con aportes de sueños nocturnos, recuerdos, experiencias, sueños despiertos a solas, y, en fin, la serie de vivencias y reflexiones que siguen a las fases anteriores.

El siguiente capítulo se refiere a la relación entre Imaginería Mental y Psicoanálisis, con una referencia al concepto psicoanalítico de fantasía. La segunda parte del libro se refiere a la integración del psiquismo mediante las técnicas onirotérpicas. En ella se analizan las características y operatividad de las imágenes de la vida real; de las imágenes simbólicas figurativas y de las imágenes simbólicas no figurativas. Se dan ejemplos enriquecedores tanto de pacientes como de poemas de Juan Ramón Jiménez, y del itinerario interior seguido por San Ignacio de Loyola. Sigue a estos análisis un capítulo acerca de la Psicodinámica del lenguaje imaginario, para terminar con una consideración de la operatividad integradora de las vivencias emocionales en el marco imaginario del ensueño. Esto se completa con una serie de ejercicios prácticos complementarios.

Síntesis de Jiménez F y Pinzón H (1997) La fantasía como terapia de la personalidad. Barcelona: Desclée de Brouwer.

FASCINACIÓN

Definición.- (Psicoanálisis) Así denomina *Bernfeld* las primeras percepciones del niño en que el Yo imita lo percibido.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FASE DE ESPEJO

Definición.- (J. Lacan) Fase de la constitución del ser humano, comprendida entre los seis y dieciocho primeros meses de vida, durante la cual el niño, todavía en un estado de impotencia e incoordinación motriz, anticipa imaginariamente la aprehensión y dominio de su unidad corporal. Tal unificación imaginaria tiene lugar por identificación con la imagen del semejante como total; la experiencia concreta del niño de la percepción de su propia imagen es un espejo, ilustra y actualiza tal proceso, constituyendo esta fase la matriz y el esbozo de lo que será el Yo.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FATIGA MENTAL

Definición.- Las investigaciones fisiológicas demuestran que el trabajo mental también aumenta la cantidad de las calorías necesarias. Sin embargo, el concepto de la fatiga mental no tiene ninguna definición clara, es un término vago y se considera como un síntoma neurótico (fatiga histérica) en los casos en los cuales no hay ninguna indicación fisiológica para la fatiga mental.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FAUSEE RECONNAISSANCE

Definición.- (Francés) 1. La sensación de que una impresión o un acontecimiento nuevo ya hubiese sido experimentado anteriormente en la vida, sin que uno lo recuerde exactamente. 2. Se diferencia entre 'dèjà vu', (la sensación de que ya hubiésemos visto lo mismo), 'dèjà entendu' (ya oído lo mismo), 'dèjà éprouvé' (ya sentido lo mismo), 'dèjà reconté' (ya contado lo mismo). 3. (Psicoanálisis) Fausee reconnaissance se relaciona con un deseo, una fantasía o una intención reprimida. La situación actual sirve solamente para evocar este material del inconciente.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FECHNER, GUSTAV

Biografía.- (1801-1887) Gustav Theodor Fechner fue un físico y filósofo alemán que, en el terreno de la psicología, intenta conciliar una postura panpsíquica con la psicología experimental. Se propone medir la sensación y, basándose en la Ley de Weber (que decía: "El aumento del estímulo necesario para producir un aumento de la sensación se mantiene en relación constante con el estímulo total"), llega a la siguiente formulación conocida por el nombre de Ley de Weber-Fechner. "Si la sensación crece en progresión aritmética, el estímulo debe crecer en progresión geométrica." Fechner, en su libro *Elemente der Psychophysik* (1860), intentó por primera vez dar un 'concepto sobre las relaciones entre cuerpo y alma'. Los actos anímicos se regulan según 'el principio de la estabilidad' (de la constancia). Fechner reconoce la existencia de un subconsciente y puede ser considerado como uno de los fundadores de la Metapsicología. En su libro posterior *Vorschule der Aesthetik* aporta elementos importantes para la comprensión del *chiste* como fenómeno psicológico. Fechner distingue entre una 'Estética desde arriba' que parte de los conceptos superiores y una 'Estética desde abajo'; la última se basa en la intuición y la experiencia.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FEIGHNER, CRITERIOS

Generalidades.- rimer documento elaborado por autores del movimiento neo-kraepeliniano, con propósitos de clasificación operativa de los 16 trastornos de mayor frecuencia clínica y fiabilidad estadística.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 156.

FELICIDAD

Definición.- 1. En la filosofía griega la felicidad es el fin último y supremo bien del hombre, lo que constituye su verdadero sentido de la vida. Varias fueron las concepciones acerca del contenido de la felicidad; se preguntaba si era el placer, o la posesión de bienes exteriores, o la virtud, o el conocimiento; si era un don de los dioses o fruto del propio esfuerzo. 2. La definición más importante la dio Aristóteles: "La felicidad consiste en la actividad del espíritu por el conocimiento de la verdad, actividad que es conforme a su naturaleza y responde a su propia finalidad." El placer y la alegría son solo un eco de la perfección obtenida. Fuera de eso, la actitud moral virtuosa constituye un elemento esencial de felicidad, la cual, por lo demás, es también concebida únicamente dentro del ámbito terreno. La doctrina cristiana distingue una *felicidad natural* correspondiente a las capacidades y tendencias de la naturaleza espiritual, y otra *sobrenatural* que en el orden efectivo constituye por sí sola el destino del hombre y consiste en la contemplación de Dios. (Schuster).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Un estudio llevado a cabo por E Diner y M Seligman en las Universidades de Illinois y Pennsylvania con estudiantes universitarios reveló que las características de los estudiantes considerados felices eran diferentes a los demás. Eran más sociales, pasaban menos tiempo solos y tenían relaciones sólidas con amigos, familiares y parejas. Eran más extrovertidos, más agradables y menos neuróticos que sus pares infelices o medianamente felices. Satisfechos con sus vidas, “prácticamente nunca habían pensado en el suicidio, recordaban más momentos buenos que malos en sus vidas y tenían a diario muchas más emociones positivas que negativas”, destacaron los investigadores citados. Sin embargo, no encontraron una asociación entre felicidad e indicadores clásicos de bienestar general: los estudiantes más felices no hacían más ejercicio, ni dormían más ni asistían con mayor frecuencia a servicios religiosos.

Se constató también que una vida social rica no garantizaba felicidad, porque también la tenían estudiantes muy infelices. Del estudio tampoco surgió que ser muy feliz implique tener relaciones más satisfactorias o viceversa. Los investigadores observaron también que hasta los alumnos más felices tenían sus días malos y el ánimo caído, lo cual confirmaba que sus sistemas emocionales funcionaban correctamente.

Goode Erica, publicado en The New York Times, traducido y publicado en el diario Clarín (Buenos Aires, Argentina), el 30 de enero de 2002 bajo el título “Diseñan un ‘mapa psicológico’ de las personas que son felices”.

Propagación de la felicidad.- Objetivos: Evaluar si la felicidad puede extenderse de persona a persona y si los lugares de la felicidad se forman dentro de las redes sociales. Diseño: Análisis longitudinal de redes sociales. Ajuste: Estudio Framingham Heart de red social. Participantes: Seguimiento de 4739 individuos desde 1983 hasta el 2003. Principales medidas de resultado: La felicidad medida con la escala validada de 4 ítems; amplia gama de atributos de redes sociales y vínculos sociales diversos.

Resultados: Grupos de personas felices e infelices son visibles en la red, y la relación entre las personas felices se extiende hasta tres grados de separación (por ejemplo, a los amigos de los mejores amigos). Gente que está rodeado de muchas personas felices y los que son centrales en la red tienen más probabilidades de ser felices en el futuro. Modelos estadísticos longitudinales sugieren que los grupos felices resultan de la propagación de la felicidad y no sólo de una tendencia para que las personas se asocien con individuos similares. Un amigo que vive dentro de una milla (alrededor de 1.6 km) y que comienza a sentirse feliz aumenta la probabilidad de que una persona sea feliz en un 25% (95% intervalo de confianza 1% a 57%). Efectos similares se observan en cónyuges corresidentes (8%, 0,2% a 16%), los hermanos que viven dentro de una milla (14%, 1% a 28%), y vecinos de al lado (34%, 7% a 70%). Efectos que no se ven entre compañeros de trabajo. El efecto decae con el tiempo y con la separación geográfica.

Conclusiones: La felicidad de las personas depende de la la felicidad de los otros con los que están conectados. Esto proporciona una justificación adicional para ver la felicidad, al igual que la salud, como un fenómeno colectivo.

James H Fowler; Nicholas A Christakis, Dinámica de propagación de la felicidad en una gran red social: Análisis longitudinal de más de 20 años en el Framingham Heart Study. BMJ. 2008 DIC.

FELLATIO

Definición.- “Contacto y estimulación de los órganos sexuales masculinos, el pene, por medio de los labios y la lengua. Esta forma de relación sexual es normal y sana. Su práctica dependerá del acuerdo entre las personas participantes. Puede suponer el aumento de la excitación y el placer sexual. No es una práctica sexual exclusiva de las relaciones homosexuales ni supone excluir la afectividad y la comunicación. Existe, asimismo, la práctica simultánea con el cunnilingus”.

Barragán Medero F, (1991), La educación sexual. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós, pág. 152.

FENÓMENO TRANSICIONAL

Generalidades.- Fenómenos transicionales son “experiencias funcionales que van acompañadas por la formación de pensamientos o de fantasías”. Ejemplos corrientes que complican la experiencia autoerótica como la succión del pulgar son los siguientes: con la otra mano el bebé toma un objeto como una parte de una sábana y la introduce en la boca junto con los dedos; el trozo de tela es aferrado o succionado; desde los primeros meses arrancar lana y usarla para una actividad acariciadora; masticar, emitir sonidos, etc. “La pauta de los fenómenos transicionales empieza a aparecer desde los cuatro a seis meses hasta los ocho a doce”.

Winnicott D (1994) Juego y realidad. Barcelona: Gedisa, págs. 20-21.

FENOMENOLOGÍA

Generalidades.- La fenomenología es un completo y cuidadoso estudio de los fenómenos y constituye básicamente una invención del filósofo Edmund Husserl. Los fenómenos están constituidos por el contenido de la consciencia, las cosas, cualidades, relaciones, eventos, pensamientos, imágenes, memorias, fantasías, sentimientos, actos, etc., que experimentamos. La fenomenología es un intento de permitir que estas experiencias nos "hablen", que las vivamos, para que las podamos describir de la manera más imparcial posible.

Si eres de los que ha estado estudiando psicología experimental, esto podría ser otra manera de hablar sobre la objetividad. En la psicología experimental, así como en la ciencia en general, intentamos deshacernos de la subjetividad y ver las cosas como son realmente. Pero los fenomenólogos sugerirían que no puedes deshacerse de la subjetividad, aunque te empeñes en hacerlo. El verdadero intento de ser científico significa acercarse a las cosas desde un particular punto de vista, el de científico. No podemos dejar de lado la subjetividad dado que no es algo separado, para nada, de la objetividad.

La filosofía moderna en casi toda su extensión e incluyendo la filosofía de la ciencia, es dualista. Esto quiere decir que separa al mundo en dos partes, la parte objetiva, usualmente concebida como la material, y la subjetiva o consciente. Entonces nuestras experiencias serían una interacción entre estas partes subjetivas y objetivas. La ciencia moderna se ha inclinado hacia esta postura enfatizando lo objetivo, la parte material y quitándole importancia a la parte subjetiva. Algunos llaman a lo consciente un "epifenómeno", o un subproducto no muy importante de la química cerebral y otros procesos materiales; algo más bien como una molestia. Otros, como B.F. Skinner, ni siquiera consideran como algo a la conciencia.

Los fenomenólogos consideran que esto es un error. Todo aquello con lo que lidia un científico viene "a través" de la conciencia. Todo lo que experimentamos esta coloreado por lo "subjetivo". Pero, una forma mejor de decirlo sería que no existe experiencia que no comprenda tanto lo que hemos experimentado como lo que se experimenta. Esta idea es llamada intencionalidad.

De manera que la fenomenología nos pide que dejemos aquello que estamos estudiando, ya sea una cosa ahí fuera o un sentimiento interno o de otra persona, o la existencia humana, y dejemos que se nos revele. Podemos lograrlo estando abiertos a la experiencia, sin negar lo que está ahí porque no encaje con nuestras ideas filosóficas o psicológicas o nuestras creencias religiosas. En especial, nos pide que apartemos o pongamos entre paréntesis la cuestión de la realidad objetiva de la experiencia, lo que es de verdad la realidad. Aunque aquello que estamos estudiando parezca que es más que lo que estamos experimentando, no es más que lo que experimentamos.

La fenomenología es también una tarea interpersonal. Mientras que la psicología experimental puede utilizar a un grupo de sujetos de manera que se pueda remover la subjetividad de sus experiencias estadísticamente, la fenomenología puede usar un grupo de co-investigadores de manera que sus perspectivas puedan agruparse para obtener una comprensión más rica y llena del fenómeno. A esto le llamamos intersubjetividad.

Este método, así como sus adaptaciones, ha sido utilizado para estudiar emociones distintas, psicopatologías, cosas como la separación, soledad y solidaridad, la experiencia artística, la religiosa, el silencio y el habla, la percepción y el comportamiento, etc. También se ha usado para estudiar la existencia humana en sí misma, más notablemente por Martin Heidegger y Jean-Paul Sartre. Y esto es la base propiamente dicha del existencialismo.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Ludwig Binswanger. Traducción de Gautier Rafael.

FERENCZI, SANDOR

Biografía.- (1873-1933) Psicoanalista húngaro cuya actuación como médico elevó al psicoanálisis hasta ser un verdadero método clínico. Acompañó a Freud en su viaje a Worcester (1909) donde Freud dictó sus clásicas cinco conferencias elaboradas como esbozos p`reparados por Ferenczi. En el Congreso Psicoanalítico en Nuremberg (1910), propuso Ferenczi formar la Asociación Internacional Psicoanalítica. Sus obras principales son: *Versuch einer Genitaltheorie* (1924) y *Bausteine zur Psychoanalyse* (1927). En los últimos años de su vida se alejó mucho de Freud, quien le criticó "la imperiosa necesidad de curar y socorrer al enfermo".

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FETICHE

Definición.- "1. Objeto natural al que se atribuyen poderes sobrenaturales o mágicos. 2. Objeto inanimado que provoca estimulación erótica en el fetichismo".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

FIGURA Y FONDO

Generalidades.- "Una parte importante del proceso perceptual consiste en que somos capaces de distinguir las figuras y el fondo contra el cual aparecen. La distinción entre figura y fondo se aplica a

todos los sentidos, no sólo a la visión. Podemos distinguir un solo teclado en violón contra el fondo de una sinfonía u orquesta, una voz en medio de una charla en una fiesta y la fragancia de una rosa dentro de la florería. En estos casos, percibimos una figura separada del fondo que la rodea" (Morris, 1985:106). Morris C (1985) Psicología. México: Prentice-Hall.

FIJACIÓN

Definición.- Persistencia rígida e irracional de un acto.

Condensado de Mc Keachie W y Lackner Doyle C (1973) Psicología. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano. Capítulo 11.

Definición.- (Psicoanálisis) El niño queda fijado a las personas, en primer término, a la madre y al padre, a los objetos, que satisficieron sus primeros impulsos eróticos y a las formas de estos primeros placeres. Esta fijación de la libido puede paralizar la evolución sexual de los instintos estancándolos en una fase de la misma. Pero puede también provocar una transformación en *perversiones* guardando así las formas y finalidades infantiles en las satisfacciones del instinto sexual. Por represión la fijación puede transformarse en síntomas neuróticos. La fijación hacia los padres provoca la ambivalencia de los afectos: odio y amor.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FILICIDIO

Filicidio, acting-out y conducta psicopática.- "Infanticidio" se refiere a la matanza de niños sin alusión alguna a la intervención parental, en tanto que "filicidio" se refiere a la matanza específica de los hijos por sus padres. Constituye una deferencia tan evidente como la que hay entre "homicidio" y "parricidio", con sus enormes implicaciones distintas. Sin embargo existe universalmente una definida concepción diferencial entre "homicidio" y "parricidio" contrariamente a lo que ocurre entre "infanticidio" y "filicidio", cuyo uso se confunde mediante la negación del término filicidio con su siniestra significación implícita.

Aún las sanciones legales contra el homicidio se atenúan considerablemente cuando se trata de infanticidio (denominación que, como hemos visto, encubre el filicidio), y en muchas culturas la matanza prematura del hijo por razones religiosas, económicas o demográficas, es estimulado o exigida.

Los autores intentarán ahora realizar un análisis más exhaustivo del filicidio en el mito edípico, dado que constituye el mito esencial en la conceptualización psicoanalítica que sostienen. Tratarán de mostrar entonces los principales efectos derivados de la actuación o internalización de los padres excesivamente filicidas, efectos que se expresan ostensiblemente como conducta psicopática, en la que se repiten activamente, en la identificación con el agresor, las actuaciones iniciales del agresor parental con el niño. Además, la forma en que se resolverá el conflicto edípico estará en función directa de la intensidad y elaboración de las pulsiones filicidas de los padres, ahora internalizadas, quienes constituyen una continuidad de aquellos padres que crearon mediante el filicidio la prohibición del incesto, el sobreincremento de la sublimación y el origen de la sociedad humana.

El acting out y la conducta psicopática adquieren en la tragedia edípica una significación sobresaliente que incita a buscar la génesis de ambos fenómenos en este planteo universal. Como lo ha señalado Abraham y precisado van der Sterren, la mayor diferencia entre el drama de Edipo y otras obras, reside en que las emociones edípicas aparecen aquí abiertas y manifiestamente expuestas. Este hecho puede extenderse como la presentación de la actuación irreprimida de los impulsos más prohibidos, y esa falta de represión hace que la trama de la tragedia aparezca como el contenido manifiesto expresado en niveles tempranos donde la represión aun no se ha organizado. Entonces podemos investigar los contenidos latentes que se mantienen ya no reprimidos, sino renegados en etapas aun más arcaicas.

En este enfoque de los autores, para la interpretación de la génesis del acting out y la concomitante conducta psicopática, debe llegarse, como lo señala Rosenfeld, a las fijaciones en la posición paranoide esquizoide y a la patología del splitting que conduce al acting out excesivo.

La vida de Edipo se inicia con una extraordinaria intensificación persecutoria. Desciende de una progeñe intensamente filicida que se remonta hasta Urano, el que mataba a sus hijos para que no lo sucedieran, y de la de que Layo y Yocasta son los progenitores inmediatos. El presagio del oráculo se anuncia mucho antes de su nacimiento. Cuando nace, sus padres, además de mutilarlo perforándole los pies, lo mandan matar o abandonar a los tres días de edad. Estas circunstancias crean el punto etiológico de fijación paranoide esquizoide. El pecho materno, la madre y, secundariamente, ambos padres, constituyen el factor regulador externo esencial del odio y la envidia innatos, y equilibran la exigencia persecutoria interna mediante su capacidad para absorber la agresión inicial del lactante.

Con el abandono por los padres y la consecuente perturbación de la introyección y la disociación adecuadas de los mismos, el Yo pierde la capacidad de desarrollar defensas que le permitan la elaboración paulatina de la ansiedad. El monto excesivo de ansiedad que amenaza con la desintegración del Yo es inhibido o contrarrestado entonces mediante extremas defensas maníacas, y el Yo incrementa

en tal forma el mecanismo de renegación que condiciona el fracaso de la organización del ulterior proceso de represión.

Para mantener el equilibrio psíquico durante su desarrollo temprano, Edipo reniega de la existencia de sus padres malos y se apoya en una típica novela familiar mediante la idealización desplazada a los reyes de Corinto, Pólipo y Mérope. He aquí la primera disociación de la pareja de los padres, que se mantiene hasta que se rompe la renegación e idealización cuando Edipo hace conciente que Pólipo y Mérope no son sus padres. Su equilibrio psíquico amenazado arroja a Edipo hacia sus puntos de fijación paranoide esquizoide, a los cuales regresa. Este es el significado de su regreso a Tebas donde actuará se agresión irreprimida mediante una nueva renegación y el pleno ejercicio de su omnipotencia. Siguiendo sus patrones primitivos, se identifica con el agresor y, en pleno triunfo maniaco, mata a su padre en la encrucijada de los caminos. Prosigue su carrera omnipotente y, tras la destrucción renegada de su padre, se encuentra con una imagen desplazada de su madre, encarnada por la Esfinge, la que mata a los jóvenes tebanos (una proyección de sí mismo), cuyo enigma en su omnipotencia sólo Edipo puede descifrar.

Aquí ocurre la segunda disociación de objeto entre la madre filicida persecutoria renegada en la Esfinge y la figura idealizada de Yocasta. Esta disociación impide la toma de insight, y Edipo persiste en su relación con el objeto malo idealizado mediante la colocación mayor de sus instintos de muerte sobre la Esfinge y los eróticos sobre Yocasta. En esta segunda disociación fundamental, ya no de la pareja de los padres sino solo de la madre, como un aspecto de la intensificación de su regresión, actúa nuevamente casándose con ella y pone en marcha las defensas maniacas subsiguientes que le permiten mantener su equilibrio hasta el momento en que comienza el desencadenamiento de la tragedia.

Mientras Edipo va haciendo conciente que aquel hombre o quien mató era su padre Layo, el mensajero ha anunciado de Pólipo, su padre idealizado, ha muerto. En ese instante se rompe la disociación entre el padre malo persecutorio y el padre idealizado. Ante las afirmaciones irrenegables del pastor y el mensajero (otra disociación anulada), Yocasta se suicida frente a la indiferencia de Edipo, indiferencia que mata a quien lo mandó matar, con lo que termina con la parte idealizada en la disociación de la madre filicida.

Al romperse estas defensas, y a pesar de la adquisición progresiva del insight, las culpas y las ansiedades persecutorias son tan intensas que lo avasallan y lo impulsan a un nuevo acting out, ya no maniaco sino melancólico cuando se saca los ojos. Edipo se perfora los ojos con un broche de Yocasta, siguiendo el patrón del sometimiento de la madre que le perforó los pies cuando nació. Pero al quitarse los ojos se anula la disociación patológica entre Edipo y Tiresias, y Edipo reintroyecta así la parte proyectada de su Yo que aparecía previamente en forma de ciego vidente.

La pérdida de los ojos de Edipo ha sido interpretada como un desplazamiento de la castración genital.

En resumen:

La matanza y mortificación de los hijos constituye una constante en los mitos originarios de nuestra cultura y probablemente fue el procedimiento esencial que impuso la prohibición del incesto y el sobredesarrollo de la sublimación.

En la tragedia edípica, el parricidio y en incesto constituyen el contenido manifiesto, y el filicidio su contenido latente y el elemento genético de todo proceso. Se analizan las razones que imposibilitan a Edipo para elaborar la represión del incesto y el parricidio en función de la falta de identificaciones adecuadas con aspectos buenos de sus objetos iniciales que son de una extrema naturaleza persecutoria e idealizada, y configuran una fijación paranoide-esquizoide. Sus intensas defensas maniacas lo llevan, a través del uso de la renegación, a matar a su padre y a cohabitar con su madre; la disociación idealizada de sus padres persecutorios, Layo y Yocasta, aparece en forma de sus padres sustitutos: Pólipo y Mérope, cuya existencia constituye una típica novela familiar basada en tal idealización. Mediante la omnipotencia de Edipo ejecuta el parricidio, logra la solución del enigma y la destrucción de Esfinge y llega a casarse con su madre y a ocupar el trono de Tebas. La denigración de sus objetos y el desprecio por ellos se expresan a través de las calamidades que asuelan a Tebas y a su propia familia.

La conducta psicopática de Edipo representa un acting out que comienza a elaborarse con la iniciación de la tragedia. El proceso melancólico aparece posteriormente y llega a su clímax en Edipo en Colono. El carácter filicida de las generaciones que preceden a Edipo y culminan con Layo añade bases hereditarias a la génesis del acting out y la conducta psicopática que señala al filicidio como la raíz genética del desarrollo de la tragedia.

Resumen de Rascovsky Arnaldo y Matilde, Sobre el filicidio y su significación en la génesis del acting out y la conducta psicopática en Edipo.

FISIOGNOMÍA

Definición.- 1. Interpretación de la estructura o de los movimientos expresivos del cuerpo y especialmente de la cara, como también de sus modificaciones debidas a estados emocionales o procesos mentales. 2. Como término popular, es sinónimo: de cara o de expresión facial. 3. El estudio de los *caracteres*. La fisiognomía, pues, comprende la *Caracterología* como una de sus partes. Son ejemplos de estudios fisiognómicos, la frenología de Gall y la caracterología de Kretschmer.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FLIESS, WILHELM

Generalidades.- (*Psicoanálisis*) (1858-1928) Corresponsal de Freud, a quien éste confió muchas de sus ideas *in statu nascendi*, entre 1887 y 1902, año en que se enemistaron. Para los psicoanalistas las cartas escritas por Freud son material de estudio e investigación, especialmente las dirigidas a Fliess, publicadas en castellano en dos traducciones: *Orígenes del psicoanálisis* y *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FOLCLORE

Definición.- 1. La ciencia que se ocupa de las producciones artísticas y literarias del pueblo, como cuentos, cantos, música, costumbre, anécdotas, leyendas, supersticiones. 2. Esta producción misma en su conjunto. 3. (*Psicoanálisis*) La investigación psicoanalítica encuentra en el folclore todos los elementos de la actuación y pensamiento inconcientes, el simbolismo del Complejo de Edipo (de castración, de culpabilidad), y las fantasías sexuales individuales. El *Psicoanálisis* ha contribuido enormemente a la comprensión del simbolismo del folclore. Especialmente los trabajos de *Géza Roheim* se cuentan entre los más importantes contribuciones de esta materia.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FORMACIÓN REACTIVA

Definición.- Como mecanismo de defensa, es "una forma particular de anulación, que también se ve en el estilo de funcionamiento obsesivo, y que consiste en cambiar una idea o sentimiento inaceptable por su antítesis. Ejemplo de este funcionamiento sería el niño que ante sentimientos hostiles hacia su hermanito menor se transforma en protector y defensor".

Poliak J., "Fundamentos del enfoque centrado en la persona. Teoría de la personalidad", incluido en Sánchez Bodas A. y col., "Counseling humanístico, teoría y práctica", Vol I, Buenos Aires, Ediciones del Instituto Holos, 1999, p. 130.

Definición.- Actitud opuesta a un deseo reprimido constituida como reacción ante éste último. Por ejemplo, mostrar pudor frente al exhibicionismo. No debe confundirse con transformación en lo contrario, donde del exhibicionismo se pasa al voyeurismo. Más que una defensa independiente, la formación reactiva es considerada como un reaseguro de una represión ya establecida. Es una represión donde la contracatexis se manifiesta ostensiblemente. La formación reactiva no surge cada vez que hay peligro instintivo, sino que se constituye como hábito: ha modificado la personalidad misma como si el peligro estuviese siempre presente. Por ejemplo: el hábito de la limpieza.

Celener G. y otros, "Los mecanismos de defensa y las técnicas proyectivas", Publicación interna de la Cátedra de Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico Módulo II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 1996.

Definición.- "La formación reactiva es un complejo mecanismo de defensa mediante el cual los sentimientos e impulsos inaceptables son modificados para volverlos aceptables. Ello se logra invirtiendo el signo de los sentimientos o impulsos. En otras palabras, en lugar de sentir una persona que odia a otra y que quiere matarla, siente que la ama... Los sentimientos que son el producto de una formación reactiva se manifiestan con un vigor poco común e incluso inadecuado. En una frase como 'me dejaría hacer pedazos por mi padre', puede interpretarse que los 'pedazos' son en realidad, los que resultarían del descuartizamiento del padre".

Isaacson Robert (1996) El niño retardado mental. Buenos Aires: Paidós, pág. 45.

Definición.- "Es una defensa a través de la cual una persona desarrolla una actitud que se opone a un deseo reprimido. Es decir se reacciona oponiéndose a un deseo inaceptable para la conciencia. Por ejemplo, el pudor se opone a las tendencias exhibicionistas. La compasión exagerada, oponiéndose a intensos deseos hostiles y crueles. La formación reactiva se caracteriza por ser una respuesta exagerada y muy rígida a un deseo inaceptable".

Berenbaum L y Ferrari R, Acerca de las defensas del psiquismo. Incluido en "Fundamentos de psicología", pág. 106.

Según M. Klein.- Esta defensa "responde a la necesidad de mantener una disociación entre el vínculo de amor y el vínculo agresivo establecidos con el objeto, reforzando el primero y manteniendo bajo control al segundo. Si bien como mecanismo está basado en una relación divalente (disociación) corresponde evolutivamente a logros de la etapa depresiva. Supone preocupación por el daño hecho al objeto y miedo a no poder repararlo".

Piccolo E., "Defensas en los tests gráficos", Editorial Paidós.

FORMACIÓN SUSTITUTIVA

Definición.- (*Psicoanálisis*) Una formación sustitutiva sirve para reemplazar una aspiración psíquica que no ha podido llegar a su meta en una forma directa. El síntoma neurótico es también una formación sustitutiva y como tal un cumplimiento de un deseo psíquico transformado y privado de su contenido directo.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FRANKL, VÍKTOR

Biografía.- Psicoterapeuta vienés (1905-1997) que, inspirándose en el psicoanálisis, la filosofía existencialista y en sus propias experiencias en los campos nazis de concentración, creó la 'logoterapia', tratamiento fundado en su concepción teórica acerca el sentido de la vida.

Víktor Frankl nació el 26 de marzo de 1905 en Viena, es decir, en la misma ciudad de Freud, de quien fue discípulo, falleciendo de un ataque cardíaco a los 92 años, en 1997.

Su interés por la psicología comenzó durante sus estudios secundarios, cuando participaba en causas socialistas. Se cuenta que de pequeño había discutido con un profesor de historia natural que enseñaba que "la vida humana no era otra cosa que un proceso de combustión y oxidación", a lo que Frankl reaccionó preguntando "entonces, ¿cuál es el sentido de la vida humana?". Contando 19 años, por indicación de Sigmund Freud apareció un artículo suyo en la Revista Internacional de Psicoanálisis.

En 1930 obtiene su doctorado en medicina y, cuando ocho años más tarde los nazis llegaron al poder, Frankl estaba a cargo del departamento de neurología del hospital Rothschild, el único nosocomio judío que funcionaba en Austria durante los comienzos del nazismo.

El prestigio de este médico judío, especializado hacia fines de la década del '30 en la cura de adolescentes con tendencias suicidas, lo había puesto a salvo de los incipientes amagues del nazismo, hasta que, en 1942, su identidad quedó sepultada bajo el número de preso 119.104.

Ese año toda su familia fue exterminada en el campo de concentración de Theresienstadt, cerca de Praga. A esa experiencia siguió su propia condición de "huésped del infierno", como llamó a su reclusión en cinco campos similares, hasta su liberación por los aliados en el de Auschwitz, en 1945, cuando estaba a punto de integrar el 97% de muertos allí registrados. En algún momento y en tal condición, habría de enfrentar en Auschwitz un extraño diálogo con su colega Joseph Mengele.

Tras la guerra, Frankl dirigió el departamento de neurología del Hospital Policlínico de Viena, cargo que ocuparía durante 25 años. Por esa época comenzaría a dar forma a la logoterapia, escuela que ganó rápida difusión y logra posteriormente una posición destacada, junto a los métodos más influyentes del psicoanálisis moderno, posteriores a Freud, como los de Adler, Rank, Maslow, Reich o Melanie Klein.

Lo que aleja a Frankl del discurso psicoanalítico ortodoxo y de otras orientaciones es básicamente su discurso en torno de la problemática existencial por sobre las determinaciones originadas en la sexualidad, así como el énfasis sobre el carácter único e irrepetible del individuo, que exige valerse de enfoques particularizados.

Sin generalizaciones previas, la logoterapia se constituye prácticamente en una suerte de antiescuela, desde que extrema la creatividad permanente y propicia la libertad de "actuar como si todo fuera posible", según lo proclamado por el filósofo y psiquiatra Rudolf Allers, otro maestro de Frankl.

Tomar conciencia del sinsentido de nuestros tiempos será el primer paso dado por el hombre que pretende otra significación de la existencia. Se han levantado reparos a esta idea de Frankl, que aluden a ciertas circunstancias duras que postergan cualquier otra alternativa y cierran los caminos para acceder a ella. Pero Frankl lo refuta con su propia experiencia "en el infierno", y agrega que quien tiene algo por qué vivir, es capaz de soportar casi cualquier cómo.

En términos más sencillos -simplificación que hubiera incomodado a su rigor profesional-, la técnica de tratamiento introducida por la logoterapia coloca el acento en la pregunta "¿qué espera la vida de mí?", que invierte la formulación tradicional "¿qué debo esperar de la vida?", y en la cual la respuesta conduce a una asunción de responsabilidades (equivalente al 'engagement' sartreano).

Sus obras fueron traducidas a 26 idiomas, incluyendo el japonés y el chino, y las más exitosas son "El hombre en busca de sentido" (1946), "Psicoanálisis y existencialismo" (1946), "El Dios inconciente" (1955), "La voluntad de sentido" (1972), "La presencia ignorada de Dios" (1974), "El hombre doliente" (1975), y "Ante el vacío existencial" (1977). Frankl publicó en total 32 libros sobre la logoterapia. Excelente orador, ocupó cinco cátedras en los Estados Unidos durante los años '60.

(Fuente: Diario "La Nación", 4-9-97).

Biografía.- Víctor Emil Frankl nació en Viena el 26 de marzo de 1905. Su padre trabajó duramente desde ser un estenógrafo parlamentario hasta llegar a Ministro de Asuntos Sociales. Desde que era un estudiante universitario y envuelto en organizaciones juveniles socialistas, Frankl empezó a interesarse en la psicología.

En 1930, logró su doctorado en medicina y fue asignado a una sala dedicada al tratamiento de mujeres con intentos de suicidio. Al tiempo que los nazis llegaban al poder en 1938, Frankl adoptó el cargo de

Jefe del Departamento de Neurología del Hospital Rothschild, el único hospital judío en los tempranos años del nazismo.

Pero, en 1942 él y sus padres fueron deportados a un campo de concentración cercano a Praga, el Theresienstadt.

Frankl sobrevivió al Holocausto, incluso tras haber estado en cuatro campos de concentración nazis, incluyendo el de Auschwitz, desde 1942 a 1945; no ocurrió así con sus padres y otros familiares, los cuales murieron en estos campos.

Debido en parte a su sufrimiento durante su vida en los campos de concentración y mientras estaba en ellos, Frankl desarrolló un acercamiento revolucionario a la psicoterapia conocido como logoterapia.

Frankl retornó a Viena en 1945, e inmediatamente fue Jefe del Departamento de Neurología del Vienna Polyclinic Hospital, posición que mantendría durante 25 años. Fue profesor tanto de neurología como de psiquiatría.

Sus 32 libros sobre análisis existencial y logoterapia han sido traducidos a 26 idiomas y ha conseguido 29 doctorados honorarios en distintas universidades del mundo.

A partir de 1961, Frankl mantuvo 5 puestos como profesor en los Estados Unidos en la Universidad de Harvard y de Stanford, así como en otras como la de Dallas, Pittsburg y San Diego.

Ganó el premio Oskar Pfister de la Sociedad Americana de Psiquiatría, así como otras distinciones de diferentes países europeos.

Frankl enseñó en la Universidad de Viena hasta los 85 años de edad de forma regular y fue siempre un gran escalador de montañas. También, a los 67 años, consiguió la licencia de piloto de aviación.

Víctor E. Frankl murió de un fallo cardíaco el 3 de septiembre de 1997, dejando a su esposa, Eleonore y a una hija, la Doctora Gabriele Frankl-Vesely.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Traducción de Gautier Rafael. Biografía adaptada del obituario en la página web AP (Viena, Austria), del 3 de septiembre de 1997.

FRENOLOGÍA

Definición.- Teoría y práctica desacreditadas que relacionan las características afectivas y cognoscitivas con la configuración (protuberancias) del cráneo.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definición.- "Hipótesis histórica que considera al cerebro como una agregación de órganos, correspondiendo a cada uno de ellos diversas facultades intelectivas y emocionales".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- 1. Doctrina que sostenía que las diferentes facultades específicas de la mente se encuentran localizadas en determinadas regiones cerebrales, dependiendo el grado de evolución de una facultad de la prominencia de la región respectiva, la que puede establecerse, a su vez, a base del contorno que presenta la porción respectiva del cráneo. La doctrina fue creada por F. J. Gall y J. G. Spurzheim en 1796 y los años subsiguientes. Las facultades cuya localización admitían estos autores eran complejas y generales, como por ejemplo, filoprogenitividad, veneración, veracidad, etc. Al principio el sistema fue llamado *Cranioscopia*, luego también *Fisiognomía*. 2. Conjunto de procedimientos que pretendían discernir el carácter y capacidad de inteligencia del sujeto mediante el estudio de la conformación del cráneo.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FREUD, SIGMUND

Biografía.- Freud (1856-1939) era el mayor de seis hermanos y de dos hermanastros hijos del matrimonio anterior de su padre. Médico dedicado a la neurología, hacia 1880 toma contacto con Breuer, quien estaba tratando un caso histérico, el de Anna O (Berta Oppenheim). Freud no la trató, sólo fue un observador. Anna O interrumpió el tratamiento pues dijo que estaba embarazada; algunos dicen que se curó y fue asistente social, y otros que murió con un deterioro mental avanzado. En 1900 aparece "La interpretación de los sueños" y luego siguieron muchos trabajos que fue autocorrigiendo. Pero su obra fundante es anterior (aprox. 1880) y es "Proyecto de una psicología para neurólogos". En 1933 comienza la persecución nazi y sus obras son quemadas.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

Biografía.- (1856-1939) Nació en Freiberg (hoy Příbor), pequeño pueblo de Moravia (hoy Checoslovaquia) el 6 de mayo de 1856 y murió en Londres -exiliado- el 23 de septiembre de 1939. La vida de Sigmund Freud transcurre en Viena, ciudad a la que sus padres se mudan cuando tiene apenas cuatro años. Los datos de cierta crónica -proporcionada por el mismo Freud en su *Presentación autobiográfica*- refieren que durante siete años es el primer alumno de Gymnasium, y que sin encontrar

obstáculos en la difícil situación familiar, el padre lo incita a elegir carrera y a que lo haga exclusivamente según sus inclinaciones. Pero algo sucede en el ínterin; mientras su apetito de saber se dirige antes a lo humanístico que a la biología, a pesar de no sentir preferencias por la posición y la actividad del médico, estudia medicina. Freud atribuye su decisión al "hermoso ensayo de Goethe *Die Natur*", que escucha en una conferencia; ello configura un verdadero anuncio de lo que habría de resultar: su "medicina" no estaría a tono con la consabida posición del médico; sin interesarse en curar como la ciencia estipulaba daría cuerpo a una modalidad inédita de tratamiento para el trastorno mental, que tiene a la palabra como único instrumento. La "naturaleza" que le ocuparía no estaba en los tratados de biología sino en aquel atribuido a Goethe; Freud se inspira en su genio literario. El correr del tiempo pone las cosas en su lugar cuando recibe la única distinción oficial que se le dedica en vida: el Premio Goethe, conferido a quien por su obra e influencia creadora fuera digno de su memoria. Si bien produce con anterioridad trabajos de importancia, la obra de Freud se desarrolla principalmente en el siglo XX, a partir de *La interpretación de los sueños*, fechada en 1900. Quizá de ningún otro pensador de este siglo se haya escrito y debatido tanto y con tal intensidad; es la situación sin par de quien descubre, describe, inventa la noción de un espacio de la vida anímica, el inconsciente freudiano, capaz de llevar su objeto teórico a la excelencia de algo no superable por continuadores o adversarios. "Si en lo que sigue hago contribuciones a la historia del movimiento psicoanalítico -afirma Freud al ocuparse del devenir del psicoanálisis- nadie tendrá derecho a asombrarse por su carácter subjetivo ni por el papel que en esa historia cabe a mi persona. En efecto, el psicoanálisis es creación mía, yo fui durante diez años el único que se ocupó de él, y todo el disgusto que el nuevo fenómeno provocó en los contemporáneos se descargó sobre mi cabeza en forma de crítica. Me juzgo con derecho de defender este punto de vista: todavía hoy, cuando hace mucho he dejado de ser el único psicoanalista, nadie puede saber mejor que yo lo que el psicoanálisis es, en qué se distingue de otros modos de explicar la vida anímica, qué debe correr bajo su nombre y qué sería mejor llamar de otra manera". Quien aún hoy se diga psicoanalista no tiene otra alternativa que mantener a Freud como referente. Nótese que decimos inconsciente freudiano o Freud a secas como símil de su obra, y él mismo destaca el modo en que su persona se entrevera con la teoría por él formulada. Esto lo aproxima al artista, lo distancia del científico; solemos decir "un Picasso", "un Klee", "un Kandinsky" de las obras en las que ellos dibujaran sus firmas dado el carácter singular, irreplicable del trazos de autor, mientras es condición del científico quedar velado, abstraído por el asunto al que se dedica. Damos con una paradoja, porque la presencia fuerte de Freud no equivale a que el psicoanalista deba reverenciar al dogma en su teoría; el propio Freud, advirtiendo que es preciso estar alertas contra el riesgo del dogma especulativo, se inclina hacia "una ciencia construida sobre la interpretación de la empiria". "Esta última -opina en una de sus obras nodales, *Introducción del narcisismo*- no envidiará a la especulación el privilegio de una fundamentación tersa, incontrastable desde el punto de vista lógico; de buena gana se contentará con unos pensamientos básicos que se pierden en lo nebuloso y apenas se dejan concebir; espera aprehenderlos con mayor claridad en el curso de su desarrollo en cuanto ciencia y, llegado el caso está dispuesta a cambiarlos por otros". Esta cita nos sirve para formular un interrogante: ¿Cómo es que quien revoluciona la manera de concebir no sólo la teoría del aparato mental sino la concepción misma del hombre, afirma que sus teorías se fundan antes en una interpretación de la empiria que en la rigurosa lógica especulativa? A lo largo de su obra hay reiteradas menciones del peligro de que el psicoanálisis se convierta en un sistema filosófico capaz de brindar una "visión del mundo". Freud se propone algo distinto, que aparentando modestia constituye, en verdad, un desafío mayor: liberar a su teonización de la cancel de una determinada concepción del mundo, siempre sospechosa de teologismo. Interpretación de la empiria, llama en consecuencia a su psicoanálisis, y tal vez sea ésta la razón de mencionar como "material" al registro de sesiones utilizado para una consideración clínica. Asunto de palabras, la empiria que concierne al psicoanalista. Lejos de cualquier empinismo, antes que otra cosa Freud propicia un estilo de abordaje a la problemática humana. Su nombre se incluye en la exigua lista de quienes subvirtieron el instrumento del que surge una idea del hombre: la interpretación. Aquí es preciso volver sobre lo antedicho: la teoría freudiana se diferencia de aquellas que buscan el encuentro con una verdad última, que tarde o temprano desembocan en el vislumbre de un Dios. Declaradamente ateo, Freud hace de la interpretación un ejercicio de-construtivo (que no equivale a destruir) del sentido que un sujeto cree haber encontrado para su vida. ¿Cómo llega a esto? Merced al estudio de los síntomas neuróticos, consistentes en ocurrencias, impulsos o actos que se presentan a la conciencia de alguien sin que atine a explicarse su procedencia ni su finalidad. Interesado en la pregunta por el trastorno mental, en 1885 viaja a París, gracias a una beca, para pasar una temporada en el servicio de Jean Martin Charcot en La Salpêtrière. El eminente psiquiatra ensañaba un punto de vista distinto del que era consenso en la época; la histeria, entidad que tenía en jaque a los médicos, no consistiría en mera simulación. Charcot había percibido que los enfermos presentaban una exquisita sensibilidad en ciertos lugares del cuerpo, los llamó "zonas histerógenas"; al tocarse o presionarse en ellas se despertaba un ataque histérico o cesaba si ya había comenzado. Freud suma a esta y otras observaciones una acotación vertida por el maestro en el transcurso de una velada en su casa: mientras un colega narra el caso de una joven pareja, la mujer aquejada de una grave padecimiento y el marido de impotencia, Charcot lo interrumpe con una frase terminante: "Mais dans des

cas pareils c'est toujours a chose génitale, toujours... toujours... toujours!" Los tratados médicos no registraban osadía semejante, ni el mismo Charcot se hubiera atrevido a suscribirla en ámbito académico, y la frase queda reverberando en el joven Freud junto a otras dos: la escucha de boca de Josef Breuer -colega vienés que trataba mujeres histéricas- la vez que al referirse al síntoma de una paciente le confía amigablemente que siempre consisten en "secretos de alcoba"; y la ironía de Rudolf Chrobak -eminente profesor de ginecología en Viena- cuando al derivarle una paciente con ataques de angustia, que a pesar de haberse casado hacía 18 años permanecía virgo intacta, le dice que para ella hay una receta:

Rp,

Penis normalis,

dosim, repetatur!

Estos comentarios, hechos al pasar, quedan tan grabados en Freud como desestimados por quienes los formulan; Freud podría luego reclamar legítimamente derechos de autor sobre ellos. Encontramos aquí una vez más su estima acerca de la interpretación de la empiria; resulta notorio que el psicoanálisis no consiste en una suerte de adivinación sino en saber escuchar lo que de todos modos se dice y en repetir sin redundancia. De regreso a Viena luego de la estadía en París, Freud se preocupa en constatar la pertinencia de estas aseveraciones en los pacientes neuróticos que llegan a su consulta y comienza a destacarse la singularidad de su pensamiento: A propósito de una joven histérica, a la que llama Elisabeth von R. escribe lo siguiente: *"Cuando en un enfermo orgánico o en un neurasténico se estimula un lugar doloroso, su fisonomía muestra la expresión, inconfundible, del desasosiego o del dolor físico; además el enfermo se sobresalta, se sustrae del examen, se defiende. Pero cuando en la señorita Von R. se pellizcaba u oprimía la piel y la musculatura hiperalgésicas de la pierna, su rostro cobraba una peculiar expresión, más de placer que de dolor; lanzaba unos chillidos -yo no podía menos que pensar: como a raíz de unas voluptuosas cosquillas-, su rostro enrojecía, echaba la cabeza hacia atrás, cerraba los ojos, su tronco se arqueaba hacia atrás. Nada de esto era demasiado grueso, pero sí lo bastante nítido, y compatible sólo con la concepción de que esa dolencia era una histeria y la estimulación afectaba una zona histerógena".* Despunta en este relato el arte freudiano de la interpretación. La mención de una "zona histerógena" no era nueva, pero Freud avanza a partir de ella --llegando a concebir la noción de "zona erógena"; en un mismo movimiento discrimina al trastorno histérico de la enfermedad orgánica y distingue algo específico: la voluptuosidad que presenta un cuerpo transido por un raro goce. *"Era preciso inferir que su atención estaba de morada en algo otro -probablemente en pensamientos y sensaciones que se entramaban con los dolores",* agrega. Esos pensamientos, cuya singularidad consistía en asociarse a lo voluptuoso y no ser conscientes para la paciente, configuran ese algo otro del sujeto, lo inconsciente. Freud también advierte que ignorando el íntimo origen de los pensamientos y sensaciones despertados, la paciente suponía al médico causante de su sentir. "Falso enlace" denomina en consecuencia a esta estima por la que el recuerdo de cierta historia, determinante del padecer, es sustituido por la ilusoria realidad del vínculo con el terapeuta. Tiempo después Freud comprende que este acontecer es un pilar de la clínica y lo rebautiza "transferencia". Vale que nos hayamos detenido en esta interpretación princeps de Freud porque destaca los vectores de su teorización, que pueden enunciarse del siguiente modo: el núcleo del padecimiento neurótico, expresado como síntoma (o como lapsus, sueños, incluso chistes) es un entrecruzamiento de ilaciones inconscientes que por transferencia se enlazan a un suceso actual, cuyo origen concierne a cierta voluptuosidad que abre una dimensión del cuerpo distinta de la inherente a las necesidades orgánicas. Y según fuera adelantado a propósito de la transferencia, al abarcar con el análisis además de los síntomas a los sueños, lapsus, olvidos, chistes, Freud trasciende el área restringida de la psicopatología para enunciar una teoría general del aparato mental. Es preciso tomar en cuenta que la noción de psiquis resulta absolutamente alterada según la concepción que de ella se tenía, pues la teoría y la clínica de lo inconsciente obligan a abandonar, por falta de pertinencia, la clásica dicotomía: cuerpo (estu diado por la biología) -mente (en pie de igualdad con la conciencia). En este plano de clivaje ubica lo atinente a la pulsión sexual. El mencionado caso de Elisabeth von R. integra los Estudios sobre la histeria, que Freud publica juntamente con Breuer, colega de gran importancia en su inicial preocupación por el enigma histérico. Breuer, médico de prestigio, había respaldado el juvenil interés de Freud, quien encuentra en él aliento intelectual y ayuda económica. Pero cuando comienza a resultar ostensible la implicancia sexual en las neurosis se produce una divisoria de aguas: Freud se interesa decididamente en la novedad que sale al encuentro de su interpretación, Breuer abjura de ello renunciando al camino emprendido. Antes que ocurriese de modo de finitivo, Breuer recibe a otro joven, proveniente de Berlín, dedicado a la otorrinolaringología, al que recomienda asistir a las conferencias que por entonces Freud pronuncia en un servicio hospitalario. De edad pareja y comunes ansias de investigar en territorios no convencionales para la ciencia médica, ambos intiman rápidamente. Cuando Wilhelm Fliess -que así se llamaba- retorna a Berlín, Freud inicia con él una correspondencia que habría de durar 17 años (1887-1904). *"Si bien es cierto que mi carta de hoy responde a un motivo estrictamente práctico, debo iniciarla confesándole que abrigo la esperanza de mantener con usted una relación permanente y que la profunda impresión que usted me ha causado, fácilmente podría inducirme a declararle con toda franqueza en qué categoría de seres humanos me veo impulsado a incluirlo"* le

escribe el 24 de noviembre de 1887 en su primera carta. La "categoría" del amigo, excelsa en el comienzo y durante gran parte de la amistad, cedería paso, hacia el final, a una estima diferente, que ubicaría a Fliess en el registro de la paranoia. Importa destacar esta relación pues resulta una verdadera encrucijada para Freud, legada posteriormente a cada analista en formación cuando debe combinar el estudio teórico y la reflexión clínica con su propio análisis; veamos por qué: Fliess es una figura netamente transferencial, y el carácter epistolar del vínculo favorece que la palabra -escrita- viajando entre Viena y Berlín cobre relevancia por sobre la realidad concreta de los interlocutores. A través de ello Freud lleva a cabo la creación por develamiento de los ejes fundamentales de la teoría psicoanalítica: el pulsionar sexual, su carácter primordialmente infantil y reprimido, la noción de escena (traumática) y la dramática de la fantasía trabada por el deseo, el espacio virtual de lo inconsciente en relación al sistema preconsciente-consciente, el estatuto del cuerpo erógeno y el espacio del Yo, el complejo de Edipo, la estratificación psicopatológica. Pero todo ello sigue el curso del trabajo riguroso de análisis que Freud dedica a sí mismo, principalmente referido a sus sueños y sustentado transferencialmente por Fliess. Al concluir la amistad en 1904, el psicoanálisis llega al fin de su principio como ciencia de lo inconsciente; para ese entonces Freud ha editado algunos textos decisivos. *Estudios sobre la histeria* y *La interpretación de los sueños* principalmente; otros, el historial del caso Dora -que articula la clínica de la histeria al análisis de los sueños-, *Psicopatología de la vida cotidiana*, *El chiste y su relación con lo inconsciente* y *Tres ensayos de teoría sexual* están listos para ser publicados. Además de la resistencia que su obra y tarea clínica despiertan en el ámbito médico, diversas personas interesadas en la en señanza de esta nueva disciplina se acercan a él en calidad de discípulos; el movimiento psicoanalítico inicia su marcha y durante más de tres décadas Freud desarrolla los vislumbres anteriores, confiriéndoles unas veces caracteres más definidos, incluyendo otras un nuevo parámetro teórico -como el de narcisismo-- o reformulando su propia teoría para incluso por esta vía alcanzar nociones aún informadas, como la discutida pulsión de muerte. Comprobará el lector que en este momento, del despegue del psicoanálisis como tal, levantamos la pluma para dejar concluir estas palabras acerca de Sigmund Freud. Es que tal vez el mayor interés en el enfoque de un creador y su producción concierne al contexto de descubrimiento. Lo demás, la fatigosa decantación, es menos la obra del genio que la del rigor empeñado en establecer categorías, y seguramente figura en cualquier (otra) enciclopedia.

Carlos Pérez

Aporte de Ricardo Bruno

FROMM, ERICH

Su pensamiento.- A partir de 1930 aproximadamente, Erich Fromm comenzó a proponer un enfoque psicoanalítico de los problemas sociales. Ello no significó desvalorizar el papel de lo instintivo, lo libidinal o lo sexual: de hecho, a estos factores Fromm llegó a asignarle más importancia que la que le habían dado otros enfoques posfreudianos, como los de Alfred Adler o Karen Horney.

Sin embargo, Fromm señala que el hombre es el primer ser capaz de crear su propio destino, el primero el ser capaz de liberarse del molde impuesto por la naturaleza, el ser menos sujeto a la instintividad. Habría según él una progresiva individuación, un camino que no es fácil para el hombre porque la situación de tener que elegir su propio destino lo hace sentir inseguro y solitario, apareciendo así un "miedo a la libertad".

El conflicto que así surge en el ser humano puede plantearse como o bien someterse a una autoridad (donde habrá de encontrar seguridad) o bien elegir (anhelo de libertad, lo que trae inseguridad). Constantemente, cada nueva circunstancia sitúa al hombre en una posición de elegir, de adaptarse, de resolver una situación. Habría una cierta semejanza aquí con el concepto de "personalidad auténtica", de Horney, o sea aquella que está en condiciones de poder actuar creativamente frente a la realidad.

Según Fromm, no hay en el hombre un impulso hacia la perfección ni un sentimiento social innato, sino un afán de lucha por encontrar nuevas soluciones creadoras para sus problemas, donde cada solución contiene a su vez contradicciones que deberán ser superadas dialécticamente en nuevos niveles. Aquí aparece la influencia recibida de Marx y Hegel (Fromm se autotitula 'socialista'). Inclusive llega a explicar el desarrollo libidinal (fases oral, anal, etc.) en términos dialécticos. Asimismo, rechaza las explicaciones del tipo "pecado original" acerca de que todo el desarrollo ya está determinado por las fuerzas del Eros y del Thanatos. Rechaza también la idea de una tendencia hacia la autopreservación en tanto supervivencia del más apto (Darwin), que tanta incidencia había tenido en el planteo freudiano.

Lo único innato para Fromm es la flexibilidad del sistema nervioso, que le permite al hombre una adaptación creadora a su mundo y una tendencia a expandirse y extender su poder. Y puesto que el medio es fundamentalmente social, la expansión se dará en términos sociales (trabajo, amor, etc.). Se trata de una posición mucho más optimista que la de Freud, quien sostenía que la civilización impone una renuncia a lo instintivo, y que si esta renuncia iba más allá de lo deseable, entonces aparecía la neurosis. De lo que se trataría entonces es de examinar si es posible convivir dentro de una cultura que permitiera una razonable satisfacción de los instintos, única camino posible para Freud.

Mientras que para Horney la neurosis surge de la situación infantil de desvalimiento o desamparo, para Fromm surge cuando el individuo es incapaz de tolerar su estado de separación (de separación de lo

instintivo y de separación de su capacidad de elegir), y entonces desarrolla mecanismos de evasión que Fromm califica de improductivos. El animal no tiene, efectivamente, estos problemas: no elige sino que se rige por sus instintos. En cambio el hombre tiene la posibilidad de elegir, y esa libertad lo asusta, de aquí que todas las instituciones que fueron surgiendo a lo largo de la historia y que le indicaban al hombre lo que debía hacer y lo que no, fueron aprovechadas en el ser humano para desligarse de asumir responsabilidades temporales.

Para Fromm, cierta dosis de incertidumbre o inseguridad (Fromm no usa la expresión 'angustia') es algo universal en el hombre: esta podrá ser negativa en cuanto despierta angustia, pero por el otro lado es positiva porque apunta a la verdadera condición humana, a saber, aquella que lo impulsa a desarrollar sus poderes. Equivale al sentimiento de inferioridad de Adler, ya que es lo que mueve al sujeto a desarrollarse creativamente.

El conflicto básico radica para Fromm en el sentido de pertenencia: o se pertenece o se vive aislado. Cuando el ser humano abandona la infancia, cuando sale de esa situación de seguridad, intentará por todos los medios retornar a ella, volver al vínculo que le proporcionaba seguridad y sentido de pertenencia. No obstante, hay otro impulso en el hombre que lo lleva hacia la superación de esa dependencia, hacia la soledad, hacia la no-pertenencia.

Condensado de Ostrov León, El pensamiento de Fromm. Clases de 1978 dictadas en la Cátedra de Psicología Psicoanalítica II, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

FRONTERA

Generalidades.- "Frontera es metáfora de transacciones particulares, de regular ocurrencia, entre subsistemas. Estas transacciones regulan la cantidad y la clase de información, y la energía que fluye de un subsistema a otro. La mención del carácter relativamente "cerrado" o "abierto" de una frontera simboliza aquella variación de flujo. Las fronteras pueden cobrar también forma tangible, por ejemplo una casa cuyas ventanas están cubiertas por espesas cortinas y cuyas puertas tienen doble cerradura, o casas en que no existen puertas que separen los ambientes ni estructuras físicas diseñadas para separar funciones subsistémicas. Frontera es también un enunciado metafórico de la asequibilidad de un subsistema".

Umbarger C, Terapia familiar estructural. Barcelona: Paidós.

FRUSTRACIÓN

Definición.- "Interferencia o bloqueo en el logro de alguna meta".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 620.

Definición.- 1. La negación de una satisfacción, por la realidad. 2. (*Psicoanálisis*) Una excitación sexual que no logra su descarga mediante el orgasmo. Se considera como la causa más frecuente de una neurosis de angustia. (Alemán: *frustran*; Inglés: *inconsummated*.)

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Estado del individuo en una situación donde motivos poderosos son bloqueados y no intenta resolver el problema porque considera que es insoluble.

Condensado de Mc Keachie W y Lackner Doyle C (1973) Psicología. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano. Capítulo 11.

Generalidades.- "Llamamos frustración a todas aquellas situaciones en las cuales no se obtiene el objeto necesario para satisfacer necesidades, o no se logra un objetivo al cual se aspiraba. En la frustración, el obstáculo a la consecución del objeto puede ser totalmente externo o puede ser interno. En ambos casos conviene hablar de un predominio relativo, ya que en condiciones habituales los obstáculos externos y los internos se condicionan recíprocamente en un círculo vicioso. Inclusive, sobre los obstáculos reales externos, pueden canalizarse o proyectarse obstáculos de carácter psicológico. Con gran frecuencia las frustraciones son consecuencia de situaciones conflictivas, pero el ciclo puede comenzar realmente con la frustración, que a su vez puede generar conflictos" (página 136).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

Tolerancia a la frustración.- Resistencia de un individuo a la ansiedad en situaciones frustrantes. Cada persona tiene una tolerancia a la frustración distinta a los demás: algunos soportan más, otros menos. Pero la tolerancia también depende de la situación: una misma persona puede tolerar mucho la frustración en una situación, pero otra no.

Las diferencias individuales en cuanto a tolerancia a la frustración se deben, según algunos, a tres factores: 1) diferencias hereditarias y prenatales, 2) el trauma de nacimiento, y 3) experiencias frustrantes durante la niñez. Algunos dan importancia mayor a uno de ellos, como Otto Rank, para quien es muy importante la frustración del trauma de nacimiento: cuanto mayor es, menos tolerancia a la

frustración tendrá después. Otros psicólogos asignan más importancia a lo hereditario, y otros a lo ambiental de las primeras experiencias infantiles.

Condensado de Mc Keachie W y Lackner Doyle C (1973) Psicología. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano. Capítulo 11.

Reacciones a las situaciones frustrantes.- Selye (1950) habló de un síndrome general de adaptación para describir la reacción frente a una tensión física o psicológica, síndrome que tiene 3 etapas: a) alarma inicial (el simpático se pone en alerta), b) resistencia: los órganos funcionan un largo tiempo a full para mantener la defensa frente al stress, y c) colapso o exhaustión los recursos del cuerpo se acaban. La misma situación se da ante situaciones frustrantes. A la dificultad de alcanzar la meta se suma después la ansiedad por esta incapacidad; a menudo la gente baja esta ansiedad mediante alguna distorsión del pensamiento llamada *mecanismo de defensa*, y corresponden a la etapa de resistencia dentro del síndrome general de adaptación. Cuando la defensa falla porque la situación psicológica tiene una alta tensión, se entra en la tercera etapa. Aquí hablaremos solo de las dos primeras etapas.

La primera reacción frente a la situación frustrante, es la ira y agresión, pero esta última está controlada culturalmente: no debes ser agresivo. Otra reacción inmediata puede ser, apartarse de la situación frustrante, y una tercera reacción es el miedo, y tal vez la ansiedad (que es miedo, pero sin saber la causa). Para combatir la ansiedad están los mecanismos de defensa.

Condensado de Mc Keachie W y Lackner Doyle C (1973) Psicología. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano. Capítulo 11.

FUEGO

Generalidades.- (Psicoanálisis) Se considera como símbolo de amor, excitación sexual; la llama representa el pene. Freud dice que la hazaña cultural más grande del ser humano fue la conquista del fuego. En el hombre primitivo ha debido ser un placer poderoso apagar el fuego con su orina. El material folclórico aprueba esta relación entre fuego y agua (orina). Por ejemplo: se prohíbe a los niños jugar con fuego pretextando que durante el sueño van a mojarse. Dominar el deseo primitivo de apagar el fuego con la orina y cuidar así el fuego, corresponde a la denominación de los instintos como base de la cultura humana. (Alemán: *Feuer*, Francés: *feu*; Inglés: *fire*.)

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FUNCIÓN MATERNA

Generalidades.- Hay relación entre conflictos emocionales de la madre por un lado, y trastornos ginecológicos y dificultades en el vínculo con su bebé por el otro. Este último depende totalmente de la madre, no así la madre de su hijo, que es una relación diatrófica. Por lo tanto, se trata de una relación asimétrica.

Laplanche habla de la madre como despertadora de la pulsión sexual en el niño, pues ella actualiza toda su propia sexualidad en el vínculo con él. También está en juego el narcisismo de la madre, al sentir ella que puede decodificar al bebé, logrando calmarlo.

La relación madre-bebé es asimétrica en cuanto a las funciones, pero simétrica en cuanto a la reciprocidad. Hay, para Stern, una relación intersubjetiva donde ambos comparten estados afectivos.

Nuestra investigación se centra en las variables maternas relevantes respecto de la disponibilidad de la mujer para asumir su maternidad. En este sentido son importantes la capacidad de la madre de concentrarse en las necesidades del bebé (Winnicott, Ainsworth y otros). La madre también puede rechazar su propia maternidad, bajando la calidad de su interacción con el bebé.

Lo dicho se refiere a la variable Actitudes Inconcientes de la madre. Describimos a continuación las dos variables intrapsíquicas restantes de la madre relevantes para estudiar la maternidad: Autoaceptación e Identificación.

Autoaceptación y maternidad.- La autoestima o autoaceptación es la distancia entre la percepción del si mismo y el Ideal del Yo. Cuanto menos distancia, más autoaceptación. Bannet encontró que cuanto mayor es la autoestima de la madre, más satisfactorios son los cuidados al bebé. Las madres no conformes consigo mismas deterioran el vínculo (madres rechazantes, golpeadoras, abandonadoras).

Identificación y maternidad.- Aquí hemos trabajado la identificación de la mujer con su propia madre, comparando cómo se percibe ella con una serie de otras cualidades: cuanto más semejanza hay entre la percepción de si y estas cualidades, más identificación hay.

El acceso a la maternidad resignifica el vínculo primario de la mujer con su propia madre como modelo de identificación.

Condensado de Schejtman Clara (1995) Interacción madre-bebé: incidencia de la variable materna. Estudio teórico-experimental.

Incidencia de la madre en la interacción madre-bebé.- En nuestra investigación planteamos las siguientes hipótesis:

Primera hipótesis: Habrá una relación significativa entre las actitudes inconcientes respecto de la maternidad y la interacción recíproca madre-bebé.

Se encontró una correlación casi significativa entre actitudes inconcientes y reciprocidad física considerando bebés de ambos sexos. Dicha correlación fue en particular muy significativa en el caso de la interacción madre/bebé mujer. En reciprocidad social no se encontraron resultados significativos.

Segunda hipótesis: Habrá una relación positiva significativa entre la autoaceptación de la mujer y reciprocidad en la interacción madre-bebé.

Se constató que cuanto mayor era la autoaceptación de la mujer, mayor la reciprocidad en la interacción con el bebé en el área física en toda la muestra, y mucho más fuerte en las diadas madre-bebé mujer.

Tercera hipótesis: Habrá una relación significativa positiva entre la identificación de la mujer con su madre, medida a través de la percepción de semejanza, y la interacción recíproca madre-bebé.

No se encontraron correlaciones significativas en el total de la muestra (o sea considerando bebés de ambos sexos). En cuanto a los bebés mujeres, se encontró que cuanto mayor era la identificación, mayor era la reciprocidad física y el contacto materno con su beba.

Metodología.- Se trabajó con una muestra de 50 diadas madre/primer bebé. Las madres estaban casadas, eran de clase media y tenían al menos la secundaria completa. Los embarazos, partos y bebés fueron sanos, y había 26 varones y 24 nenas.

A las mamás se les dijo que se estudiarían las reacciones de los bebés ante ciertas láminas con un intervalo de 15 minutos, intervalo durante el cual las madres debían estar con sus bebés sin salir de la habitación y sin hablar con la investigadora. Con este ardid metodológico, esta última aprovechaba así la ocasión de observar a la madre durante 15 minutos para ver como interactuaba con su bebé.

En esos 15 minutos debían observarse en particular la interacción social a través de la mirada, la sonrisa y la vocalización, y la interacción física a través del contacto y el sostén, y debían consignarse el total de respuestas recíprocas y no recíprocas en cada observación. También se consideró una evaluación subjetiva de la observadora en cuanto a su impresión subjetiva, su impresión global de toda la visita a la casa de la mamá, y en cuanto a la iniciativa de la madre.

La variable materna fue medida, luego del experimento, mediante test y cuestionarios estandarizados, que medían actitudes inconcientes, autoaceptación e identificación con su madre.

Variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Variable independiente: VARIABLE MATERNA	Actitudes inconcientes Autoaceptación Identificación con su madre	Emocionalidad
Variable dependiente: RECIPROCIDAD MADRE/BEBE (o interacción recíproca m/b)	Reciprocidad física	Contacto Sostén
	Reciprocidad social	Mirada Sonrisa Vocalización

Conclusiones.- Las variables maternas estudiadas tienen un impacto significativo en la creación de una interacción recíproca madre/bebé sólo en el área de reciprocidad física, y no en la de reciprocidad social, y principalmente cuando el bebé es de sexo femenino.

Análisis ulteriores mostraron también que cuando las dimensiones autoaceptación e identificación de la variable materna se dan juntas, permiten predecir mejor la interacción recíproca madre/bebé (sobre todo la física) que si actuaran separadamente.

¿Por qué la correlación más significativa se encontró en el área de la reciprocidad física? Parecería que es en el contacto físico donde más entran en juego las variables materna inconcientes, ya que este es más primario y más cercano que las interacciones en el área social. Diversos autores trabajaron la importancia del contacto físico, como Winnicott, Klaus y Kennell, y otros. Bowlby y Anzieu también estudiaron esto.

¿Por qué la correlación más significativa se encontró en relación a bebés de sexo femenino? Podría pensarse que es porque dar a luz una primera hija compromete más la aceptación del rol femenino de la mujer, su autoestima y expectativas, lo que la lleva a aumentar la calidad del vínculo de interacción.

Condensado de Schejtman Clara (1995) Interacción madre-bebé: incidencia de la variable materna. Estudio teórico-experimental.

La función materna según Bion.- Las identificaciones proyectivas deben ser contenidas por un continente, que es la *función de reverie* de la madre externa. El contenido son las proyecciones del niño, y el continente la receptividad materna.

Normalmente se produce una *identificación proyectiva realista*, pues los contenidos proyectados son vivenciados como una realidad. El bebé quiere librarse de ciertos temores y se libra de ellos proyectándolos, y la madre reacciona devolviéndole las identificaciones proyectivas en forma tolerable. El niño también introyectará la función de reverie materna, adoptándola como una capacidad propia.

Si falla esta función materna, el niño intensifica sus identificaciones y se reintroyecta masivamente en forma de *terror sin nombre*, y con la formación de un objeto interno destructor.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

La madre suficientemente buena de Winnicott.- La provisión ambiental depende de una madre suficientemente buena, o sea, aquella que se adapta a las necesidades del hijo según su momento madurativo.

Al comienzo el niño no nota este ambiente protector porque no siente ninguna falla. Pero luego aparecen las privaciones y el niño aprende a tolerarlas, al principio por breve tiempo y luego más espaciadamente. En este proceso la madre aporta su yo como *yo auxiliar* del niño, lo sostiene, lo resguarda de intrusiones, etc. Esto puede hacerlo la madre gracias a su *preocupación materna primaria*, un estado psicológico especial que dura todo el embarazo y luego las primeras semanas, y está en relación con el deseo de tener un hijo y la posibilidad de identificarse con él.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Función materna según Winnicott.- El ambiente es fundamental para Winnicott: de la interacción del bebé con el entorno (ejemplo, la madre), derivará lo normal o lo patológico.

La capacidad de preocupación por el otro se refiere al hecho de que el individuo 'se interesa', 'le importa' el otro. Esta capacidad comienza cuando el niño es capaz de integrar, no los aspectos bueno y malo, como diría Klein, sino la madre-objeto y la madre-ambiente.

La *madre-objeto* es la que satisface la necesidad acuciante del bebé, y la *madre-ambiente* es la que lo protege y sostiene. La madre objeto es blanco de exigencias instintivas, y la madre ambiente satisface necesidades de afecto.

Cuando ambas se unifican, el bebé siente que pudo haber dañado a la madre total, pero siente que puede hacer una reparación: se desarrolla una capacidad de preocuparse por el otro donde también interviene la madre con sus actitudes (formándose así un círculo benigno), cuya contrapartida negativa es la *culpa*: tiene dificultades para sentir agresión (sólo expresan su agresión quienes confían en poder reparar el daño hecho).

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Función handling y holding según Winnicott.- El yo es la parte de la personalidad en crecimiento que en condiciones adecuadas tiende a integrarse en una unidad. En este sentido se producen tres procesos:

a) Integración: El bebé empieza integrando aspectos motores y sensoriales, con lo que adquiere una imagen de su funcionamiento corporal. La madre evita que en este yo rudimentario se produzca una 'angustia inconcebible' (sentir que se fragmenta, se cae, etc.): es la función *holding* de la madre.

b) Personalización: Es la integración psicosomática: la psique habita el cuerpo. Este proceso se ve facilitado por la manipulación o *handling*, que es la asistencia corporal de la madre: esta puede manipular el cuerpo del bebé como si fuera parte de su cuerpo, en una unidad armónica.

c) Inicio de las relaciones objetales: Es la madre quien al principio le acerca o presenta objetos al bebé. Este luego podrá relacionarse con ellos y amarlos.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

FUNCIÓN PATERNA

Según Aulagnier.- En la versión de P. Aulagnier, la significación "función paterna" será enmarcada por tres referentes: a) la interpretación que la madre se ha hecho acerca de la función de su propio padre; b) la función que el niño asigna a su padre y la que la madre atribuye a éste último; c) lo que la madre desea transmitir acerca de esta función y lo que pretende prohibir acerca de ella.

Aulagnier Piera, La violencia de la interpretación, p. 149.

FUNCIONALISMO

Definición.- Doctrina que sostiene que el papel que los procesos psicológicos desempeñan en las funciones adaptativas del organismo, constituyen un carácter esencial de aquéllos. Esta doctrina fue desarrollada bajo la dirección de J. Dewey, en Chicago, y fue sostenida en forma clara y enérgica por J. R. Angell, en 1894.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- El funcionalismo "es una corriente filosófica que sostiene que las funciones de la mente (pensamiento, razón, organización, sentimientos) son estados funcionales más que físicos. Cuando una persona y un ordenador suman $2+5=7$, el mismo resultado no puede deberse a un componente físico similar, sino a una equivalencia funcional del proceso. Como consecuencia, es posible estudiar los procesos mentales mediante simulaciones informatizadas. En principio, puede que la mente exista sin la presencia del cuerpo

Fodor J, (1981), The Mind-Body Problem, The Scientific American, Vol 244, pág. 118.

Generalidades.- William James "enfaticó la idea de que la mente tiene una utilidad, o, en otras palabras, que es 'funcional', como puede serlo un picaporte. Un picaporte sirve para abrir una puerta, la mente sirve para resolver problemas, tomar decisiones y cosas por el estilo. El enfoque psicológico de James tendía a expresarse en términos de aplicación. Si la mente tiene una utilidad, cómo puede aprovecharse al máximo en situaciones verídicas? John Dewey, en la línea de pensamiento de James, subrayó la importancia de la innovación y el cambio social. Su filosofía contribuyó en forma significativa a establecer una escuela de psicología en la Universidad de Chicago -que luego se llamó funcionalismo- y se abocaba al estudio de las relaciones funcionales entre situaciones y conducta, con un interés muy moderado por la teoría por sí misma. Se trata de un enfoque serio que se inclina a las aplicaciones inmediatas en la industria, los negocios y la educación".

Bruno F., "Historia de la psicología", Buenos Aires, Editorial Troquel, 1978, p. 113.

GALTON, FRANCIS

Biografía.- (1822-1911) Investigador inglés, fundador de la *eugenesia*. Con Pearson y Wheeler dirigía la revista *Biométrica* (1901) Las leyes de Galtos establecen: a) Ley de recesión o de sentencia al tipo específico: al poseer los padres un carácter determinado los hijos lo heredan generalmente en iguales condiciones a aquellas en que se encontraba en ellos, pero con menor diferencia de grado con respecto del tipo medio. b) Ley de los antepasados: al crecer la distancia entre las generaciones decrece el aporte hereditario, La regresión a generaciones más o menos lejanas es llamada *Atavismo*. Sus obras principales son: *Hereditary genios* (1869); *Record of family faculties* (1883) y *Natural inheritance*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Su pensamiento.- En el pensamiento de Francis Galton (1822-1911) confluyeron muchas corrientes de pensamiento de la época como el evolucionismo (curiosamente, su primo fue Charles Darwin), y muchos eventos como la Revolución Industrial y el sistema capitalista.

Entre sus diversos intereses se contó el problema de las diferencias individuales, es decir, qué hacía que las personas fuesen diferentes entre sí. Si bien adjudicó importancia al ambiente, y son conocidas al respecto sus investigaciones sobre mellizos que evolucionan diferente por estar en distintos medios, mucho más importante fue para él el factor genético, es decir la herencia: había personas que nacían más aptas y otras menos aptas. Llegó incluso a fundar una disciplina nueva, la eugenesia, que preconizaba una selección del más apto y la progresiva desaparición de los menos aptos en la lucha por la supervivencia y el mejoramiento de la especie humana.

Bruno (1978:115) hace referencia a las -funestas- consecuencias de este tipo de planteos, como por ejemplo durante la segunda guerra mundial la depuración de la raza aria y la eliminación de la raza judía. Sin embargo también debemos explorar el origen de sus concepciones, que están por un lado en el evolucionismo y por el otro en la nueva filosofía capitalista. Así, por ejemplo, plantear la existencia de una realidad genética que determinaba quien era más apto y quien no está en la base de la ideología capitalista, para la cual algunas personas nacen para acumular capital y mandar a los demás, y otras para obedecer y recibir salarios, como si se tratase de subordinar la situación a un orden natural inmutable. Asimismo, seleccionar a los individuos más aptos es de alguna manera ayudar a la evolución de la que hablaba Darwin cuando se refería a la lucha por la supervivencia. En Galton también influyó esta ideología capitalista, donde cada cual debía luchar por su supervivencia mediante una feroz competencia.

Para determinar quién era superior y quien inferior Galton utilizó tests, que medían precisamente las diferencias individuales. Los tests surgen así más para satisfacer una necesidad social y económica que propiamente psicológica (que implica un afán de conocimiento del psiquismo humano). Los tests podían servir entonces para saber qué obreros estaban más capacitados para qué tipo de actividades (test de aptitudes), e incluso podían determinar si podían o no trabajar en forma eficiente (tests de inteligencia).

Durante las guerras mundiales servía también para medir la competencia de los aspirantes a soldados, como por ejemplo los Test Alfa del Ejército de los EEUU (Garrett, 1966:306).

Bruno F (1978) Historia de la Psicología. Buenos Aires: Troquel.

Garrett H (1966) Las grandes realizaciones en la psicología experimental. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 3ª edición.

GARMA, ÁNGEL

Biografía.- (1904-1993): Es considerado uno de los responsables directos de la fundación del psicoanálisis en América latina y de su gran difusión. Quizá convenga indagar en su personalidad, en un intento de desentrañar -aunque sólo sea algo- tan sorprendente expansión. Este hombre afable, comunicativo, sencillo en el trato, despertaba inmediatamente afecto, respeto y admiración. Poseía una vasta y sólida cultura, y su pensamiento se caracteriza -todavía hoy- no sólo por la originalidad y la independencia, sino por la profundidad, la seriedad y el alto rigor científico. Su decir -oral y escrito- fue llano, directo; rehuyó la superficialidad, la sofisticación, los eufemismos. Fue desmitificador a ultranza. Su espíritu, amplio, generoso, quizá fue más tolerante con los demás que consigo mismo. Fue respetuoso y considerado con las ideas ajenas, e inteligente defensor de las propias, como lo demostró en intensas discusiones científicas, donde destacó siempre como hábil polemista. Todas estas cualidades, aunadas a su gran calidez y vitalidad, supieron imprimir un alto vigor intelectual a sus ideas, y fue lo que permitió -indudablemente- que éstas tuviesen gran penetración y germinasen de un modo tan fecundo. En los últimos años (murió en 1993) una afección neurológica le impidió el ejercicio profesional. Sin embargo, su lucidez, su sensibilidad y su creatividad, continuó produciendo y publicando -acompañado por su esposa, Betty Good de Garma-, dominado por lo que fue la gran pasión de su vida: el psicoanálisis. Ángel Juan Garma Zubizarreta, vasco y descendiente de vascos, nació en Bilbao el 24 de junio de 1904, de Ángel Garma Setién y Cirila Zubizarreta Aguirre. El padre, que ya venía desarrollando prósperas actividades comerciales en Buenos Aires, se radica en esa ciudad en 1908, con su esposa y la menor de los tres hijos. Ángel y José María quedaron al cuidado de los abuelos maternos. A meses de instalarse el Buenos Aires, en circunstancias no del todo esclarecidas, Ángel Garma Setién es muerto de dos tiros de escopeta. Al poco tiempo, Cirila Zubizarreta se casa con Salvador Garma, su cuñado. (Es posible que este episodio se constituya en un acicate para su afán investigador ulterior.) De este segundo matrimonio nacen Inés y Salvador. En 1914 Salvador Garma y su esposa regresan a España y se instalan en Madrid. En 1921 Ángel Garma comienza sus estudios de medicina en la Universidad Central. Fueron sus profesores, entre otros, Santiago Ramón y Cajal y Gregorio Marañón (de éste dijo: "Seguí con gran afán no sólo sus enseñanzas médicas, sino también las culturales e ideológicas"). Antes de cumplir los 23 obtuvo su licenciatura en medicina, con la calificación de sobresaliente. Entre 1923 y 1924 -mientras los padres estaban en Viena- convivió con García Lorca, Dalí, Ortega, Ramón y Cajal, Unamuno y otros, en la famosa Residencia de Estudiantes de Madrid. *"Prácticamente me encontraba todos los días con ellos, comía y conversaba con ellos. Y esa convivencia me dio ideas muy interesantes, que me sirvieron luego mucho y que formaron mi espíritu. Era un lugar en que fermentaban las ideas."* Variaban en los estudiantes la nacionalidad, los intereses, las orientaciones. Eran invitados ilustres intelectuales de todo el mundo. *"Estudié medicina en una época muy interesante en España, la época anterior a la República. Había una gran efervescencia política y social, y un ambiente pujante en lo cultural y en lo científico."* Todavía estudiante, concurrió al Sanatorio Psiquiátrico de Ciempozuelos, dirigido por Sacristán (1887-1956), profundo conocedor de Kraepelin. Continuó la formación psiquiátrica en Alemania, por entonces a la delantera en la especialidad. *"Solía veranear en Alemania y en Austria, para aprender bien el idioma y sentirme a gusto en el ambiente donde me prometí estudiar."* A comienzos de 1928 concurre a la Clínica Psiquiátrica de la facultad de Tübingen (director: Gaupp). A fines, en Berlín, a la que dirige Bonhoeffer, buen conocedor de las psicosis exógenas. Allí conoce a Micaela Fabian, quien lo conecta con Max Eitingon, director del Instituto Psicoanalítico de Berlín. Se analiza durante tres años con Theodor Reik. Completa su formación psicoanalítica en 1931. En octubre de ese año, para obtener la condición de miembro de la Asociación Psicoanalítica Alemana presenta un escrito sobre la esquizofrenia, que -apoyándose en las ideas de Freud- las discute y llega a exponer una hipótesis diametralmente opuesta, lo que produjo una viva discusión. El escrito fue aprobado por unanimidad, y Freud le envió una tarjeta postal "agradeciéndole sus valiosos trabajos". ¿Quiénes integraban el Instituto Psicoanalítico de Berlín? Entre otros: Franz Alexander, Therese Benedek, Sigfried Bernfeld, Berta Hornstein, Otto Fenichel (quien fue su supervisor), Frieda Fromm-Reichmann, Karen Horney, Edith Jacobson, Jeanne Lampl de Groot, Barbara Lantos, Wilhelm Reich, Theodor Reik, Sándor Rado, Hanns Sachs, H. Schultz-Hencke, Ernst Simmel, René Spitz. Fueron condiscípulos: Erich Fromm, Thomas French, Yves Hendrick, Edith Weigert, De Sanctis, Paula Heimann. Y conoció a Roheim, Groddeck, Zilboorg, Adler, Stekel, Joung, Lou Andreas-Salomé. Ángel Garma regresó a Madrid. A los 27 años comenzó a ejercer como psicoanalista. *"Me encontré en medio de circunstancias desfavorable, tanto científicas como profesionales."* El ambiente psiquiátrico, organicista, no podía sino oponerse al psicoanálisis. En 1935 se casa. Un año después, nace su hija Lucille. De vacaciones en Francia, los sorprende la Guerra Civil. Deciden quedarse. Se conecta con el Instituto Psicoanalítico de París. Traba amistad con Laforgue, Lagache y otros psicoanalistas franceses.

En 1937 la Asociación Alemana fue obligada a mezclarse con las otras asociaciones (no psicoanalíticas) de psicoterapia y a expulsar a los miembros judíos. Entonces Garma renunció a ella. En 1938, ante la inminencia de la guerra, elige emigrar a la Argentina. En Buenos Aires nace Isabel. Se conectó con Enrique Pichon-Rivière y con Arnaldo Rascovsky, quienes venían interesándose por el psicoanálisis desde un tiempo atrás. En 1939 llega a Buenos Aires Celes Ernesto Cárcamo, a quien había conocido en París. 1939-40: revalida su título de médico en la Universidad Nacional de La Plata y obtiene el de doctor en medicina con la tesis "Psicoanálisis de los sueños". Se reúne con Pichon-Rivière, Rascovsky, Cárcamo, Thenon, Székely y otros y resuelven no apresurarse a constituir una sociedad psicoanalítica. Arnaldo Rascovsky y Enrique Pichon-Rivière comienzan a analizarse con Garma. En 1942 llega a la Argentina Marie Glas de Langer, quien había realizado su análisis didáctico en Viena con Richard Sterba. El 15 de diciembre de 1942 se funda la Asociación Psicoanalítica Argentina, con la presencia de Cárcamo, Garma, Ferrari Hardoy, Langer, Pichon-Rivière y Rascovsky. Por esos años, ya separado de su primera mujer, conoce a Elisabeth Goode (destacada psicoanalista, pionera -junto a Arminda Aberastury- del psicoanálisis de niños en la Argentina) y se casa con ella. De este segundo matrimonio nacen dos hijas: Carmen, también psicoanalista, y Silvia, psicóloga clínica. Ángel Garma fue: presidente de la APA en varios períodos y director de su Instituto: propulsor de los Symposia a partir de 1953 y de los congresos latinoamericanos y panamericanos. Estuvo entre los fundadores de varias publicaciones: *Revista de psicoanálisis*, *Actas Médico Psicológicas*, *Psiqué en la Universidad*, etc. Fue profesor titular interino de psicología general (Universidad Nacional de la Plata) y Sloan Visiting Professor (en la Menninger, de Topeka). Enseñó también en la Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados y en la Universidad de Belgrano. La obra. Garma insistió siempre en que sus concepciones psicoanalíticas se apoyaban plenamente en Freud, aun en aquellos aspectos en que difieren. En su trabajo de 1931, "La realidad y el ello en la esquizofrenia", sostuvo que *"en las psicosis no hay satisfacción de deseos vitales, sino sometimientos mucho más intensos al superyó que en las neurosis. [...] como consecuencia de tal sometimiento ocurre la pérdida del contacto con la realidad exterior, la pérdida de aspectos del yo y la creación de delirios, en los que las aparentes satisfacciones de deseos vitales son de tipo engañoso"*. En ese mismo artículo criticó la explicación dada por Freud a la megalomanía: un retiro de la libido de los objetos y su vuelta al yo, lo que incrementa el narcisismo secundario. Escribe Garma: *"las ideas de grandeza significan un sometimiento al superyó y un rechazo del ello. Una persona está orgullosa de sí misma cuando se considera querida por su superyó o su mundo exterior y se comporta de acuerdo a sus mandatos, pero no cuando satisface plenamente sus instintos primitivos"*. Garma consideró una confirmación de su tesis el hecho de que *"ella coincida plenamente, aun en la misma formulación, con la que Freud expuso tiempo después en Moisés y el monoteísmo (1939)"*. En 1966 aplicó *"estos mismos conceptos a las reacciones maníacas, afirmando, también al revés de Freud, la actuación fundamental en ellas de un superyó todavía más sometedor que el del individuo melancólico"*. Consideró que las reacciones maníacas eran *"expresiones de la alegría masoquista del yo por el triunfo sobre él del superyó, que es conseguido mediante engaños"*. En 1956 había descrito que *"en el fetichismo la representación de la vagina con pene no tiene como finalidad vencer el complejo de castración, sino que es una expresión del sometimiento a dicho complejo"*. Se ocupó extensa y profundamente de los sueños. *"Más que satisfacciones de deseos, [los sueños] constituyen situaciones traumáticas (pesadillas) enmascaradas, que son percibidas por el individuo de un modo alucinatorio, es decir, como si fuesen vivencias reales, debido a que los mecanismos de defensa del yo, disminuidos durante el dormir, pueden rechazar más difícilmente que durante la vigilia dichas situaciones traumáticas."* Esta definición de los sueños implicaba no sólo una explicación de la génesis de la alucinación onírica sino también una oposición a la formulación freudiana del juicio de realidad. Según Garma, *"el yo distingue lo que es de origen externo de lo que es de origen interno, basándose en el hecho de que es menos capaz de controlar los estímulos que provienen de la realidad exterior que aquellos que son de origen puramente interno"*. Por eso, durante el dormir, como no dispone de contracargas para rechazar los contenidos reprimidos, el yo debilitado los considera erróneamente como vivencias reales, es decir, provenientes del exterior. *"Observando en su conjunto mis modificaciones a algunos aspectos de las enseñanzas de Freud, referentes a los sueños, al fetichismo, a la esquizofrenia y a la manía, concluyo que todas ellas tienen un elemento básico común, que es la demostración del rechazo de lo instintivo vital, negando por lo tanto la existencia de la satisfacción de este tipo de deseos."*

Jorge O. Winocur

Aporte de Ricardo Bruno

GEMELOS

Investigaciones dobles.- Se llaman así las investigaciones realizadas con gemelos (sean del mismo óvulo -monoigóticos- o no) para establecer los factores hereditarios. La aplicación del psicodiagnóstico de *Rorschach* ha dado resultados comparativos de importancia. Fue Galton, en 1875, quien empezó las investigaciones sobre gemelos, los cuales siguieron con *Thorndike* en 1905. La base de estas investigaciones es: establecer la identidad psicosomática y caracterológica de los gemelos de un óvulo, a pesar que no fueron criados y educados en el mismo ambiente. Teniendo la misma "masa genética"

(Alemán: *Erbmasse*), por supuesto tienen también las mismas disposiciones y las mismas formas de reaccionar. La investigación más famosa es la de Popeoe (1922): los gemelos Jesse y Besse fueron separados cuando tenían unas semanas de edad, viviendo después en ambientes muy distintos; se encontraron después cuando tenían 18 años durante cortos días, y se unieron otra vez cuando ya tenían 29 años de edad. Los test han dado los mismos resultados, también en detalles. Pero H. H. Newman investigó 19 casos, sin establecer una identidad tan pronunciada. No cabe duda que esta identidad existe, pero por la influencia del ambiente se disminuye.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

GÉNERO

Definición.- "Conjunto de caracteres definidos culturalmente como masculinos o femeninos de manera convencional y diferentes de una cultura a otras. No incorpora los elementos biológicos". En relación con el género pueden mencionarse otras ideas: a) Conservación del género: "Conjunto de elementos que de forma estable se identifican con los conceptos de masculino y femenino definidos social y culturalmente". b) Dimorfismo de género: "Rasgos sociales y culturales diferenciados en dos formas: masculina y femenina". c) Identidad de género: "Conjunto de elementos que definen el uso de la sexualidad humana. Incorpora elementos tanto biológicos como sociales y culturales. Constituyen la manifestación privada de todos los elementos que la conforman". d) Identidad juvenil de género: "Conjunto de elementos que definen el uso de la sexualidad humana en la pubertad. Constituye una fase en la construcción de la identidad de género adulta". e) Papel de género: "Manifestación pública de la identidad de género".

Barragán Medero F, (1991), La educación sexual. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós, pág. 152-153.

Definición.- El género designa el conjunto de conductas aprendidas que la propia cultura asocia con ser un hombre o una mujer, y cada cultura instruye a hombres y mujeres sobre determinados ideales de masculinidad y feminidad.

Pearson, Turner y Todd Mancillas, (1993) Comunicación y género. Barcelona: Paidós.

Diferencias psicológicas hombre-mujer.- Dentro de la psicología cognitiva, diversas investigaciones (Moir y Jessel, 1991) parecen confirmar la existencia de diferencias entre el procesamiento de la información masculino y el femenino. Por ejemplo, los varones parecen obtener mejores resultados en las pruebas de aptitud espacial, es decir, en la habilidad para imaginar formas, posiciones y proporciones de objetos. También son más hábiles en cuestiones matemáticas donde intervienen conceptos abstractos referentes al espacio, las relaciones y la teoría. Las mujeres, por su parte, dominan el lenguaje antes que los varones, y se expresan con enunciados más largos y complejos.

Moir A y Jessel D (1991) Sexo y cerebro: la verdadera diferencia entre hombres y mujeres. México: Diana.

Diferencias biológicas hombre-mujer.- Algunas investigaciones permitieron detectar diferencias anatómicas entre el cerebro masculino y el femenino. Por ejemplo, se ha comprobado un mayor tamaño del cuerpo calloso en las mujeres (Moir y Jessel, 1991).

Moir A y Jessel D (1991) Sexo y cerebro: la verdadera diferencia entre hombres y mujeres. México: Diana.

Determinantes biológicos, psicológicos y culturales.- a) Determinantes biológicos y culturales.- La socióloga francesa Evelyne Sullerot se propuso estudiar el hecho "femenino" desde una perspectiva que incluyera lo biológico y lo social (Sullerot, 1979). Como conclusión: echa abajo la argumentación biologicista, pues si bien reconocen diferencias sexuales de comportamiento asociadas a un programa genético de diferenciación sexual, dichas diferencias son mínimas y no implican superioridad de un sexo sobre otro. Podemos inferir de lo dicho por Sullerot que las diferencias de comportamiento entre hombres y mujeres están más pautadas culturalmente que biológicamente.

Con respecto a la relación entre lo biológico y lo cultural, cabe hacerse la pregunta que se hace Lamas: ¿hay alguna relación entre la diferencia biológica y la diferencia socio-cultural entre los sexos? (Lamas, 1986:177). Podemos formular la pregunta también de una manera más específica: ¿por qué la diferencia biológica implica desigualdad social?

En el contexto del debate entre naturaleza y cultura, Lamas nos indica que se asimila lo natural a la mujer (dada su función propia de la reproducción), mientras que lo cultural es asimilado al hombre. Así, si una mujer no es madre, es considerado algo antinatural.

b) Determinantes psicológicos y culturales.- Gilmore señala que en la conducta individual del ser hombre (y por extensión, del ser mujer) intervienen dos tipos de determinantes: el primero "surge de sus propios conflictos psicológicos y el segundo del exterior, como consecuencia de sus necesidades de conformidad y aceptación culturales. La conducta individual es una solución intermedia entre estas dos presiones distintas y a veces opuestas" (Gilmore, 1994:18).

Estas presiones opuestas de las cuales habla Gilmore pueden ejemplificarse en aquellos casos en que por ejemplo una mujer manifiesta desde el punto de vista psicológico una preferencia sexual hacia personas

de su mismo sexo, pero al mismo tiempo las pautas culturales de la sociedad en que vive la presionan para comportarse como mujer, mostrando preferencia hacia los hombres.

Rosaldo se pregunta: qué característica está en todas las sociedades y que hace que ellas produzcan y reproduzcan un orden sexual desigual (Lamas, 1986:184). Cada sociedad y cada cultura dicta ciertas normas y prescripciones sobre el comportamiento masculino y el femenino, y la desigualdad entre los géneros ha de tener su origen en pautas culturales.

Estas desigualdades existieron en todas las épocas y en todo tipo de civilización, tal como nos lo ilustra Lévi-Strauss (1972). La distinción entre regímenes patrilineales y matrilineales que hace este antropólogo sugiere dos líneas basadas en la autoridad masculina y en la femenina, respectivamente.

Dice Lamas: "lo que define el género es la acción simbólica colectiva. Mediante el proceso de constitución del orden simbólico es una sociedad se fabrican las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres" (Lamas, 1987:28).

A nuestro entender, el papel que se adjudica a hombres y mujeres puede comprenderse en términos de distribución del poder. Por ejemplo, Para Scott (Lamas, 1987:15) el género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder.

Vemos que los cargos altos son adjudicados y asumidos por figuras masculinas: en las empresas, en el ejército, en la iglesia, en la justicia, en la ciencia, en la filosofía, en la literatura y en general en todos los ámbitos de la cultura.

Sin embargo, pensamos que la existencia de diferencias sexuales no es la razón de actitudes de dominación, sino una ocasión para adoptar dichas actitudes.

Si no hubiera sexos igual habría dominación, ya que hay otras formas como la raza o las etnias (por ejemplo los negros o los hispanos en EEUU), que se utilizan como forma de diferenciar a quienes ejercen el poder y a los que no lo ejercen. Por ejemplo Blalock (1982:86) dice que en la década del '60, a una persona por ser negro le pagaban 50 dólares menos que a un blanco para el mismo cargo, y por ser mujer les restaban también 50 dólares. Y si se trataba de una mujer que además era negra, no le pagaban 100 dólares menos sino 150. Esto viene a mostrar que no sólo las diferencias de género son utilizadas para instaurar relaciones de poder, sino también las diferencias raciales. Curiosamente, ambas diferencias están basadas en características biológicas, lo que nos permite inferir que en la determinación de los roles masculinos y femeninos intervienen también factores biológicos.

La conclusión más importante que podemos obtener de nuestro análisis es que la condición femenina o masculina no viene determinada simplemente los factores biológicos o psicodinámicos, sino fundamentalmente por determinantes socioculturales, que interactúan con los primeros dando como resultado el comportamiento masculino o el femenino. Por ello, las investigaciones antropológicas sobre el género no pueden ser totalmente objetivas. Al fin y al cabo, los investigadores son ellos mismos hombres o mujeres, y como tales inmersos en las ideologías de la cultura.

Cuando las pautas socioculturales tienden a hacer prevalecer la superioridad del hombre frente a la mujer, el hombre que investiga estos temas se verá atravesado por esa ideología, y la mujer investigadora podrá mostrar una tendencia a defender la condición femenina. En estas condiciones, la ciencia misma se convierte en un instrumento de dominio masculino o de liberación femenina, según sea el caso.

Por Pablo Cazau. Redpsicología. Vocabulario de Psicología. Febrero 1998.

Referencias bibliográficas

Blalock H (1982) Introducción a la investigación social. Buenos Aires: Amorrortu.

Gilmore David (1994) Hacerse hombre: concepciones culturales de la masculinidad. Barcelona: Paidós.

Lamas Marta, La antropología feminista y la categoría 'género. Nueva Antropología, Vol. VIII, Nro. 30, México, noviembre 1986.

Lamas Marta, Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. Revista de Estudios de Género, Nº 1, 1987, Universidad de Guadalajara.

Lévi-Strauss C (1972) Antropología estructural. Buenos Aires; Eudeba, 4º edición.

Sullerot E (1979) El hecho femenino: ¿qué es ser mujer? Barcelona: Editorial Argos Vergara.

Género y depresión.- Introducción: La enfermedad depresiva es dos veces más frecuente en las mujeres que en los varones; esto se debe básicamente a la existencia de diferencias biológicas entre ambos sexos; además de influir otros factores. Los cambios hormonales parecen tener un papel importante en el estado de ánimo de las mujeres.

Objetivos: Determinar la influencia de los cambios hormonales de la menopausia en la patología de los trastornos depresivos.

Metodología: Búsqueda en Pubmed de los estudios disponibles sobre el tema utilizando como descriptores "Mood Disorders" y Menopause". Se incluyen los estudios de mayor jerarquía científica.

Resultados: los estudios durante estadios específicos del desarrollo femenino (Pubertad, adolescencia, postparto, premenopáusicas y postmenopáusicas) demuestran que las hormonas femeninas juegan un papel importante en la patología de trastornos depresivos. Las mujeres con pubertad antes de los 11 años, tienen mayor probabilidad de sufrir depresión en la adolescencia. Las mujeres entre 20-45 años de edad son las más susceptibles de desarrollar depresión. Existe mayor riesgo de experimentar

sinomatología depresiva durante la transición hacia la menopausia, desapareciendo dichos síntomas en la post- menopausia.

Conclusiones: el estado hormonal de las distintas etapas del desarrollo de la mujer influye en el desarrollo de cuadros depresivos. Se deben tener en cuenta estos aspectos en aras de un abordaje integral de los trastornos afectivos.

Género y depresión. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2008 NOV.

Diferencias de género en trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.- Es conocida la mayor incidencia que el género femenino presenta en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Los resultados de investigaciones realizadas en este campo, han volcado cifras que reafirman dichas diferencias. El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el Trastorno por Estrés Post-traumático (TEP) se producen con el doble de frecuencia en las mujeres que en los hombres: 6,6% frente a 3,6% y 10,4% frente a 5,0%, respectivamente. Las mujeres desarrollan trastornos de pánico y fobia simple en tasas muy superiores a los hombres: 5,0% frente a 2,0% y 15,7% frente a 6,7%, respectivamente. Las mujeres tienen dos veces más riesgo de trastorno depresivo unipolar recurrente y de trastorno depresivo mayor, en general, en comparación con los hombres (Weissman y Klerman, 1977; Weissman, Livingston y Leaf, 1991; Weissman y Olfson, 1995; Wolk y Weissman, 1995). El presente trabajo tiene como objetivo conocer los factores intervinientes en la etiología de los trastornos depresivos y ansiosos. A partir de dicho conocimiento, se intentarán registrar los diversos factores implicados, con el fin de conocer, a través de ellos, los motivos por los cuales estos trastornos no se presentan con la misma prevalencia en hombres que en mujeres. Las investigaciones que se describen en esta investigación buscan encontrar una respuesta ante el interrogante de qué genera la diferencia de géneros en trastornos como la ansiedad y del estado de ánimo.

María Laura Dolado Mosto. Diferencias de género en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. INTERPSIQUIS. -1; (2010)

GENÉTICA

Genética y psiquiatría.- Genética y psiquiatría tienden a converger cada vez más, al haberse comprobado la interrelación entre factores del desarrollo humano (genéticos, cromosómicos, bioquímicos, metabólicos, experimentales y sociales). En sentido amplio, la genética psiquiátrica estudia los mecanismos de la variación humana tanto en los trastornos psiquiátricos como en la conducta normal.

Kaplan y Sadock toman el ejemplo de la 'esquizofrenia' y dicen que fuera de los otros factores, hay un componente genético esencial. Esto ha sido supuesto a partir del estudio de árboles genealógicos individuales, aun cuando la comprobación todavía no haya sido definitiva.

Sobre todo después de los estudios de Mendel y Kraepelin, se estudió la incidencia genética a partir del riesgo familiar: es más probable, por ejemplo, que un hermano de esquizofrénico también lo sea, que alguien que no tiene familiares esquizofrénicos. El mayor riesgo se halló para los subtipos clínicos de la catatonia y la hebefrenia. Si una persona tiene padres esquizofrénicos, su riesgo de contraer la enfermedad es del 40 %, etc. En general, es difícil medir la incidencia de lo genético porque también influyen factores ambientales. Los estudios de gemelos no dan tampoco conclusiones definitivas, pero son útiles para predecir el riesgo. Por ejemplo, el riesgo para los gemelos monocigóticos es del 60 %, y para dicigóticos del 13/18 %.

También se estudiaron niños adoptados y sus familias, para ver como interactúan los factores genéticos con los ambientales. Se pudieron aquí comprobar tres cosas: a) mayor cantidad de esquizofrénicos entre adoptados cuyos padres biológicos tenían esquizofrenia, que entre aquellos adoptados con padres biológicos sin historia psiquiátrica; b) alto porcentaje de esquizofrénicos en los hermanastros de adoptados esquizofrénicos, con lo cual se excluyen las influencias intrauterinas sobre las primeras experiencias de crianza como factores ambientales contribuyentes; c) mayor porcentaje de trastornos en padres biológicos de esquizofrénicos, que entre los padres adoptivos de los mismos.

Se hicieron también estudios longitudinales de individuos predispuestos, o sea ir observando a individuos con presuntos factores de riesgo para ver cómo se comportaban, haciéndoles tests y pruebas neurológicas. El más alto riesgo empírico de esquizofrenia es para el hijo de ambos padres esquizofrénicos (cerca del 50 %), más allá de la constatación del factor genético.

Se ha estudiado también la diferente influencia genética sobre las enfermedades bipolares (depresión con períodos de manía o hipomanía) y unipolares (sólo con una depresión recurrente), midiéndose su riesgo a partir de los antecedentes familiares, comprobándose que el sexo tiene también importancia, lo que sugirió la posibilidad de transmisión genética a través de cromosomas sexuales. Por ejemplo, las mujeres tienen más riesgo de padecer trastornos unipolares con comienzo precoz, y los hombres con comienzo tardío. Se hicieron también estudios con marcadores genéticos. El hecho de que cierto tipo de trastornos responda bien al tratamiento con litio, sugiere un posible enfoque farmacológico a las distinciones genéticas.

En el caso de las conductas antisociales es difícil discriminar la influencia de lo genético y lo ambiental, aun cuando se comprobó su alta incidencia en los gemelos mono y dicigóticos y en los hijos adoptados de madres biológicas delincuentes. Sin embargo también se vio alta incidencia cuando los mismos padres adoptivos eran delincuentes.

Respecto de los trastornos mentales orgánicos, en la enfermedad de Alzheimer, se ha sugerido que lo genético influye más en las formas preseniles que en las seniles. La enfermedad de Huntington es debida a un gen dominante (hijos de padres enfermos tienen un riesgo del 50 % de heredar esta patología). El trastorno De La Tourette revela por su parte un alto índice de riesgo en gemelos monocigóticos, y el síndrome de Lesch-Nyhan es por su parte heredado como rasgo recesivo ligado al cromosoma X. El alcoholismo, por su parte, tiene influencia tanto ambiental como genética.

Respecto de los trastornos por ansiedad y trastornos de la personalidad, estudios familiares mostraron mayor incidencia de trastornos neuróticos (sobre todo, obsesión y ansiedad) en personas con familiares de la misma condición y en gemelos monocigóticos. Menor incidencia se vio en la histeria, hipocondría, paranoia, etc.

En el caso de los síndromes psicosexuales, tienen aquí mucha influencia las formas de crianza, aun cuando en el síndrome genético como el Klinefelter, se encontraron trastornos psicosexuales como pedofilia, travestismo, etc. Se tiende a ver la homosexualidad como un trastorno más debido a la personalidad, forma de educación, frustración en contactos sexuales, etc., que a factores físicos.

Respecto de las capacidades mentales, en la inteligencia es muy difícil determinar la importancia relativa de los factores genéticos y los ambientales (educación, alimentación, etc.), pues en la práctica es muy difícil separarlos. Los puntajes del CI (cociente intelectual) muestran por ejemplo, una importante correlación con la proximidad genética dentro de la familia. La deficiencia mental puede deberse a factores genéticos, infecciones, traumatismos al nacer, etc., pero tales casos explican apenas la mitad de éstos. Se ha constatado también una asociación entre insuficiencia mental y algunas patologías orgánicas, como miopía, distonía de torsión, etc.

Finalmente, respecto de las aberraciones cromosómicas se estudiaron tanto las influencias de los defectos autonómicos (defectos en cromosomas somáticos) como los defectos en los cromosomas sexuales. En el primer caso, se vio por ejemplo, un pequeño cromosoma extra en el par 21, para los casos del síndrome de Down (mongolismo). Su incidencia es mayor en hijos de madres de avanzada edad, y tiene un índice de concordancia de casi el 100 % en gemelos idénticos. Otro ejemplo, es un defecto en el cromosoma 5, que da el síndrome Cri du Chat. En el segundo caso, encontramos por ejemplo, el síndrome de Klinefelter, que tiene signos psiquiátricos como insuficiencia libidinal, subnormalidad mental, etc. En este síndrome, aparece el cariotipo sexual XXY (tres cromosomas sexuales, dos X y un Y). En otras patologías aparece por ejemplo, el cariotipo XXX, ligeramente vinculado con la esquizofrenia. Otro síndrome es el Turner, de origen genético y también con signos psiquiátricos.

Condensado de Kaplan H y Sadock B (1987), Compendio de psiquiatría. México: Salvat (capítulo 2, punto 2.1).

GENIO

Generalidades.- Rubinstein distingue talento de genio al decir que mientras que los aportes del primero se mantienen dentro de lo ya creado, el genio rompe con lo existente, hace un aporte creativo de gran envergadura. Los genios transforman los campos del saber, trazan nuevas direcciones, alteran las prácticas. Para ser genio, hace falta que lo potencial del superdotado se lleve a la realidad y se manifieste en un logro excepcional en la vida artística, plástica, militar, científica, etc. Otros plantean que los genios no existen, y que lo que hace genial una obra es el esfuerzo de toda una vida. La curiosidad, el trabajo, la constancia son rasgos que diferencian a los genios del resto de los individuos.

Lorenzo García R, "Acerca de la problemática del talento", en Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Año 5, 2000, pág. 44.

GESELL, ARNOLD

Biografía.- (1880-1961) Psicólogo norteamericano. Investigó la evolución mental de la primera infancia y elaboró una escala de maduración que abarca el desarrollo intelectual desde las 4 semanas hasta los 48 meses de la vida infantil. El test de Gesell se utiliza con el mayor provecho entre los 3 y 18 meses de edad. Introdujo el método de la cámara de observación psicológica de la *adolescencia*. Última obra: *The child five to ten*, 1940. Obras principales: *Human Child and Wolfe Child*, 1942; *The mental Growth of the Preschool Child*, 1925; *Developmental Diagnostic*, 1941; y con Amatruda: *Infancy and human growth*, 1928.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

GESTALT

Definición.- “Palabra alemana que indica que la totalidad es mayor que la suma de sus partes; en una visión ‘gestáltica’, la experiencia se considera un todo orgánico y la conducta se ve como algo integrado”. Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 620.

Definición.- “El término proviene del alemán y significa forma. En psicología se utiliza para expresar un todo. Su importancia surgió a raíz de las investigaciones sobre las cualidades de la forma. La idea fundamental que se encuentra en la base teórica de la psicología gestáltica manifiesta que el todo es más que la suma de sus partes”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

GRAFOLOGÍA

Definición.- Estudio de las relaciones entre la personalidad y la escritura. Hull y Montgomery afirman que no existe correlación alguna y definen la grafología como “una pseudo-ciencia” (Harriman, *The New Dictionary of Psychology*). El primer libro sobre la escritura apareció en 1622 (Baldo), en Italia. El primer sistema de la grafología fue elaborado por Jean Hippolyte Michon (*Système de Graphologie*, 1873). Impulsado por esta obra, Crépieux Jamín concibió un sistema mucho más profundo, empírico. (*Traité pratique de Graphologie*, 1885). Georg Meyer fue el primer iniciador científico de Alemania (*Die Wissenschaftlichen Grundlagen der Graphologie*, 1901). Desde entonces la grafología se divulgó profusamente, pero no por ello aumentó su prestigio, ya que ésta fue puesta en duda como ciencia. Sin embargo, investigadores como Ludwig Klages elaboraron sistemas muy exactos de grafología, basados en métodos empíricos, y excluyendo los elementos intuitivos en las interpretaciones grafológicas. El mismo Klages formó una caracterología propia para dar un fundamento a su método grafológico ya casi dogmático. Otros grafólogos encontraron este fundamento psicológico-caracterológico en diferentes doctrinas psicológicas modernas. Así Max Pulver (*Symbolik der Handschrift*, 1928), en el psicoanálisis; Robert Saudek, en la medicina constitucional; Nöck Silvas, en la psicología individual; Anja y Georg Meldelssohn, en la psicología analítica de Jung (Anja M.: *Schrift und Seele*); Pulver, Mendelssohn, Besser, Jacoby y otros consideran la escritura como una comunicación formal del inconsciente. Clara Goldzieher se hizo famosa por sus investigaciones sobre la escritura de los criminales.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- “La palabra ‘grafología’ proviene del griego ‘grafo’, trazo y ‘logos’, ciencia, conocimiento, estudio. La Grafología, aceptada como ciencia en la actualidad permite, a través de su técnica, conocer en profundidad la personalidad de un individuo por medio del estudio psicológico de los grafismos normales y patológicos de la escritura manuscrita y cursiva de la persona analizada. La Grafología estudia a través de esa escritura las reacciones anímicas y las causas y consecuencias sobre el carácter. Es un método de exploración del inconsciente y de autoconocimiento”.

Cavalli Julio, Qué es la grafología. www.institutobinet.com.ar

GREEN, ANDRÉ

Su pensamiento.- Al principio, Green creía que las perturbaciones mentales podían explicarse a partir del funcionamiento cerebral, pero luego se dio cuenta que los fenómenos clínicos observados respondían a otro tipo de causalidad. A lo largo de su carrera, Green se vio influido por una diversidad de autores, como por ejemplo Freud, Lacan, Bion, Winnicott, Kohut, etc, y por teorías que asignaban importancia a las pulsiones y otras que daban más importancia a las relaciones objetales. En el curso de su carrera fue elaborando sus propias ideas, armando un modelo teórico-clínico extraído de la experiencia con pacientes fronterizos y otros, y sus intereses se dirigieron al estudio del narcisismo, que Freud había descuidado en sus últimos escritos.

Condensado de Green André (1994) De locuras privadas. Introducción.

Sobre la escritura.- Escribo, dice Green, para sublimar la sexualidad pero también para mantener una autoimagen y para organizar mi experiencia en una teoría. Al escribir se puede incurrir en dos extremos: o ser demasiado pragmático y clínico (por ejemplo los anglosajones), o demasiado abstracto y teórico (como los franceses). Un punto medio es conjugar ambas cosas, es decir, ser lo que Green llama un ‘intelectual’. Explica además porqué no da ejemplos clínicos en este libro: un ejemplo no sirve para probar la teoría, sólo para ilustrarla o ejemplificarla; además, quien lee puede relacionar lo leído con algún caso clínico propio.

Condensado de Green André (1994) De locuras privadas. Introducción.

GUERRA

Generalidades.- Entre las consecuencias de la guerra, el impacto sobre la salud mental de la población civil constituye una de las más significativas. En los estudios realizados sobre la población civil se

demuestra un incremento claro en la incidencia y la prevalencia de los trastornos mentales. Las mujeres aparecen afectadas con mayor frecuencia que los hombres. Otros grupos vulnerables son los niños, los ancianos y los discapacitados. Los índices de prevalencia se asocian a la intensidad de la situación traumática y a la existencia de apoyo físico y emocional. En los países en vías de desarrollo es frecuente el uso de estrategias de superación fundamentadas en aspectos culturales y religiosos.

R. Srinivasa Murthy R y otro, Consecuencias de la guerra sobre la salud mental: una breve revisión de los resultados de las investigaciones. WORLD PSYCHIATRY. 2006 ABR; 4(1).

GUIÓN

Guión paterno y guión personal.- Al nacer, cada persona se inscribe en el guión de sus padres, que la condicionarán tanto biológica como cultural o socialmente. Existen también condicionantes psicológicos, ya que cada ser que nace encarna un significado necesario para sus padres. El guión parental es la construcción de la realidad que da origen a nuestra existencia, enmarcada por el doble mandato social y biológico, que no podemos eludir. Existen guiones que planifican una vida sana y feliz, y otros que no.

A partir de la adolescencia, la persona se verá lanzada a la experiencia de construir su propio guión, o guión personal o proyecto personal. Todo guión consiste en un proyecto cuya trama deberá desarrollarse en el escenario de la vida, que es el mundo que a cada uno de los seres humanos le toca vivir.

El guión traza la acción esperada para una serie de personajes, uno de los cuales será la propia persona. El psicoanálisis ilustra cómo esos personajes son relacionables con los de nuestra infancia. Los guiones incluyen también partes oscuras, desconocidas, huecos que se esperan llenar en la vida.

Organización jerárquica de las construcciones.- Cada construcción de la realidad se construye siempre en dos etapas: primero, el guión surge por mandato parental, y segundo, se desarrolla el guión personal propiamente dicho. Hay muchísimas formas de elaborar este último, y no hay una fórmula a priori que garantice el bienestar futuro. Hay, sí, una secuencia: cada nueva construcción debe apoyarse en las anteriores, al tiempo que las integra. Hablar de 'salto' implica decir que cada nueva construcción supone un cambio cualitativo en la construcción de la realidad.

Hay sistemas constructivos sintónicos y distónicos. En los primeros, las estructuras posteriores se apoyan firmemente sobre las anteriores, y en los segundos hay un desajuste entre estructuras, que se expresa con alguna forma de padecimiento.

Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 9.

Generalidades.- La idea de guión (script) la plantean Schank y Abelson dentro de la IA (Inteligencia Artificial). Los guiones son estructuras mnémicas que codifican el conocimiento de acciones rutinarias como ir al cine, comprar algo en el almacén, etc. Los guiones contienen variables, que adoptarán valores en cada caso. Por ejemplo, en el guión ir al restaurante, la variable comida puede llenarse con el contenido raviolos, carne, etc.

Usamos los guiones para dos cosas: para comportarnos (ejecutar actividades rutinarias), y para comprender lo que otros hacen cuando realizan una actividad convencional o rutinaria. Nos ocuparemos de esta última función.

Originalmente, los guiones aparecen cuando Schank preparó los SAM (mecanismo aplicador de guiones) mediante los cuales una computadora podía 'comprender' una historia. Si a la computadora le decimos "Juan entró al restaurante, pidió una hamburguesa, pagó y se fue", mediante el SAM puede responder preguntas como ¿comió Juan la hamburguesa? O sea, el SAM es un paquete de información adicional para llenar huecos: es un guión.

Así, los guiones demostraron ser una forma apropiada de organizar la información que una computadora necesita para 'comprender' un texto narrativo. Pero, puede aplicarse el mismo esquema a los seres humanos? Comenzaron así investigaciones cognitivas y se pudieron describir *seis propiedades* de los guiones como esquemas para comprender y memorizar textos narrativos:

a) Los guiones son estereotipos culturales compartidos.- Quienes comparten una misma cultura están de acuerdo en lo que hay que hacer cuando uno va a un restaurante.

b) Las acciones de los guiones están enlazadas entre sí en la memoria formando conjuntos, de manera tal que el acceso a una de ellas permite el acceso a las restantes.- O sea, mediante un guión se pueden llenar huecos: se puede pensar que Juan comió cuando nos dicen fue al restaurante y se fue sin pagar. Sin embargo, a los guiones no se accede en términos de todo o nada (no ocurre que se activen o no se activen).

c) Las acciones de los guiones están ordenadas en una secuencia temporal.- Es lo que ocurre en los guiones fuertes, donde la secuencia incluso es causal (no se puede leer el menú sin tener uno). En los guiones débiles no hay un orden fijo de sucesión (ejemplo los espectáculos de un circo).

El orden de sucesión se vio en el fenómeno de regresión: cuando a sujetos se les daba un orden alterado, tendían a recordar el orden del guión.

d) El conjunto de acciones del guión está subdividido en escenas (subconjunto de acciones).- En el guión del restaurante, escenas son entrar, pedir, comer, pagar, etc. Cuando a los sujetos se les pidió que dividieran una narración en partes, casi todos coincidieron en las mismas partes o escenas.

e) Los guiones tienen una organización jerárquica.- Además de la organización horizontal (secuencia temporal), hay una organización vertical, según la cual el guión está dividido en tres niveles jerárquicos: hay un encabezamiento (restaurante), hay encabezamientos de escenas (entrar, ordenar, salir), y un nivel de acciones (para entrar, está abrir la puerta, ir a la mesa, sentarse).

Los guiones no se activan según el plan todo o nada, sino según Abbott, pueden activarse selectivamente: es la llamada versión modificada de la concepción de los guiones como unidades cognitivas. Por ejemplo, se activan sólo los encabezamientos de escenas, porque el nivel de acciones específicas puede aportar información errónea, precisamente por ser muy concreta.

f) La representación mnémica de una situación estereotípica consiste en un guión genérico modificado por representaciones específicas de los eventos inusuales.- Por lo visto hasta ahora, hay una relación fuerte entre las teorías sobre cómo memorizamos la información y los estudios sobre relación entre comprensión y memoria de textos. Las primeras predicen qué información será recordada, y los segundos aportan las pruebas.

Un ejemplo es la *hipótesis del indicador de guión + marca* de Schank y Abelson. según la cual la memoria contiene un "indicador de guión" que señala el guión genérico que mejor se acomoda a la actividad, junto con una "marca" para cada una de las acciones que no se relacionan o son inconsistentes con el contenido del guión: cada acción inconsistente recibe una "marca" como una unidad funcionalmente separada.

Según esta hipótesis, y luego de leer el sujeto un párrafo donde se describe alguien en un restaurante:

a) el recuerdo libre (o sea la evocación) de las acciones típicas (pedir el menú) debería ser mejor que las atípicas (rascarse la cabeza), pues las primeras están engarzadas como un todo, y las segundas no tienen asociación fuerte entre sí; y b) en el recuerdo de las acciones típicas aparecerán muchas intrusiones que no estaban en el texto (dejar una propina) pues, al recordarse en base a un guión, se llenarán huecos.

Andando el tiempo, el sujeto recordará solamente que Juan fue al restaurante, y olvidará las acciones ocurridas.

Las acciones atípicas no se recuerdan en la evocación del texto, pero sí en su reconocimiento, porque tienen una "marca" fácilmente reconocible. Una explicación alternativa para este fenómeno es la "hipótesis de la distribución de recursos", según la cual durante el procesamiento reciben más atención las acciones atípicas.

Las hipótesis del indicador de guión + marca y la de distribución de recursos fueron puestas a prueba mediante un experimento crucial (ver págs. 133-134), que terminó favoreciendo la hipótesis del indicador de guión + marca.

Los paquetes de organización de memoria (POMs).- Hay aún muchos puntos de discusión en torno al concepto de guión. Como ejemplo, examinemos un problema y su posible solución.

El problema consiste en decidir a qué nivel de abstracción es usado y modificado un guión de memoria: ¿dónde ubicamos visitar al cardiólogo?, ¿en el guión encuentro de una persona con otra o en el guión visita al médico?

Más generalmente, las teorías sobre los guiones tienen el problema de plantear esquemas demasiado rígidos y, cuando se pierde información por usar un guión equivocado, no explican cómo se recupera esa información.

Para explicar esto se planteó la teoría de los paquetes de organización de memoria (POMs), los cuales están formados por "escenas" que pueden usarse en guiones diferentes (por ejemplo, la escena hacer la cola puede usarse en el guión tomar el colectivo, pagar algo en el banco, etc).

De esta forma, los guiones pueden ser menos rígidos ya que las escenas pueden combinarse de diferentes maneras, y además se puede recuperar parte de la información cuando se usó un POMs equivocado para codificar un episodio, para usarla con un POMs diferente.

Condensado de Cabeza, Temas de Psicología cognitiva III, Publicación interna de la Cátedra de Psicología General II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1999. Capítulo 10.

HABILIDAD

Definición.- Las habilidades cognitivas son un "conjunto de cualidades que conforman diversas cogniciones entre las que se encuentran la capacidad verbal, la aritmética, la resolución de problemas o la capacidad para operar con pensamientos lógicos".

Farré Martí J (2000), Diccionario de Psicología. Madrid, Océano, pág. 173.

Habilidades básicas.- Designa las actividades aprendidas en los primeros ciclos escolares, que son necesarias para lograr eficiencia en actividades escolares posteriores y para la vida práctica extraescolar: abarcan los procesos de lectoescritura, y las operaciones elementales de la aritmética.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

HÁBITO

Definición.- 1. Una disposición adquirida y durable para reproducir los mismos actos con reciente facilidad. 2. En la medicina, una disposición o tendencia para una enfermedad específica. 3. Según Aristóteles el hábito es la base de la moralidad. (Warren). 4. Significa una dirección espiritual, lo ético de un grupo o de la época. 5. Se distingue entre adquirido e innato.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Habituaación.- Impulso de convertir en hábito por repetición, los actos humanos. En dicho impulso intervienen no solo los elementos fisiológicos, como sostiene el concepto mecanicista, sino también psicológicos. Según el concepto finalista la habituación sirve: a) para perfeccionar las reacciones, haciéndolas biológicamente más exactas; b) para aumentar su rapidez; c) para disminuir la cantidad de energías; d) para aumentar las resistencias individuales en las funciones físicas. Las finalidades psíquicas son: a) transformar los actos concientes en inconcientes; b) disminuir, por ende, la fatiga mental; c) aumentar la seguridad del individuo en sí mismo; d) por la economía de las energías, proporcionar un placer. (W. H. Pyle,)

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Hábitos insalubres y salud mental.- Resumen: Según explica la doctora Tara W. Strine, coordinadora de un estudio realizado por investigadores de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, con sede en Atlanta, y publicado en 'General Hospital Psychiatry', la depresión y la ansiedad son "condicionantes de salud mental bastante serios que carecen de tratamiento para afrontar su evolución hasta lo crónico". "Es importante tomarse la depresión y la ansiedad en serio y buscar tratamiento médico cuando sea necesario", aseveró.

Los investigadores analizaron datos de unos 217.000 adultos que participaron durante 2006 en una gran encuesta telefónica que comprobó la prevalencia de las principales conductas en el campo de la salud, llamada Sistema de Vigilancia los Factores de Riesgo Conductual.

El 8,7% de los participantes reconoció estar deprimido en aquel momento, el 15,7% tenía un historial de depresión y 11,3% tuvo un episodio de ansiedad en algún momento. Los resultados demostraron que los adultos que estaban deprimidos en ese momento o con diagnósticos anteriores de depresión eran un 60% más propensos de ser obesos y el doble de posibilidades de fumar que aquellos sin episodios de depresión.

Aquellos con ansiedad demostraron ser un 30 por ciento más propensos a sufrir obesidad y tener el doble de posibilidad de fumar que los que no tenían ansiedad. Los pacientes con depresión y ansiedad además eran más propensos que el resto a llevar un estilo de vida sedentario y a cometer excesos con la comida o la bebida.

La depresión y la ansiedad están asociadas con la obesidad y con hábitos poco sanos, como fumar, beber o llevar una vida sedentaria. GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY. 2008 MAR;30(2):127-137.

HÁBITUS

Según Bourdieu.- Los *hábitus* o disposiciones duraderas son inscripciones que se establecen a partir de las condiciones sociales de existencia: forma de vida, modos de consumo, lenguaje, inserción escolar y laboral, etc, que encuentran en el interior de un campo social ocasión de actualizarse, produciendo prácticas efectivas a partir de las experiencias pasadas. Así, las posiciones que los actores ocupen en el campo son inseparables de las decisiones y acciones que se lleven a cabo.

El *hábitus* tiende a garantizar la conformidad de los actores sociales a las prácticas instituidas y su constancia a través del tiempo. Funciona como un *capital simbólico* acumulado que se actualiza en el campo. El sentido otorgado por los participantes a su actividad es efecto de lo que Bourdieu llama violencia simbólica.

Bourdieu Pierre (1990), Sociología y cultura. Madrid: Grijalbo.

HABLA PRIVADA

Definición.- "Por habla privada se entiende la producida por los niños cuando se dirigen a sí mismos o a nadie en particular. Actualmente, existe un considerable apoyo empírico para la teoría de Vygotski (1934) sobre la función que cumple el habla privada en el desarrollo cognitivo... Para los niños más pequeños, el habla privada sirve como un instrumento externo de pensamiento... Con el incremento de la madurez cognitiva, queda internalizada como pensamiento verbal. En apoyo de su teoría, Vygotski encontró que la cantidad de habla privada se incrementa bajo aquellas condiciones en las que el propósito del niño al realizar la tarea era bloqueado por alguna dificultad a la que tenía que enfrentarse".

Berk L (1986), Relationship of elementary school children's private speech to behavioral accompaniment to task, attention, and task performance. *Developmental Psychology*, 22, 671-680.

HÁPTICO

Definición.- Término introducido por *Dessoir* para señalar las percepciones táctiles en general, tal como Óptica y Acústica se refieren a las percepciones visuales y del oído en general, respectivamente. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

HELMHOLTZ, HERMANN LUDWIG FERDINAND

Biografía.- (1821-1894) Hermann Ludwig Ferdinand Helmholtz fue un físico psicólogo alemán. Conocido por sus teorías sobre los *colores*. Es el fundador de la psicología de los sentidos: nuestras sensaciones son efectos de causas externas, provocadas en los órganos sensitivos, dependen, pues, del objeto mismo, como también del aparato sensitivo. La sensación no es una imago del objeto, sino su símbolo. La vida real lo que nosotros percibimos es el mundo de los símbolos. Obras principales: *Die Tatsachen in der Wahrnehmung*, 1879; *Handbuch der physiologischen Optik*, 1866. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Biografía.- (Potsdam, actual Alemania, 1821-Charlottenburgo, id., 1894) Fisiólogo y físico alemán. Se doctoró en medicina en 1842 por el Instituto Friedrich Wilhelm de Berlín. Ejerció como profesor de fisiología en Königsberg (1849-1855), Bonn (1855-1858) y Heidelberg (1858-1871), y de física en Berlín (1871-1888); finalmente fue nombrado director del Instituto Físico-Técnico de Charlottenburgo. De sus muchas aportaciones a la ciencia destacan el invento del oftalmoscopio, instrumento diseñado para inspeccionar el interior del ojo, y del oftalmómetro, para medir su curvatura. Descubrió que el interior del oído resuena para ciertas frecuencias y analizó los sonidos complejos en sus componentes armónicos. Mostró los mecanismos de los sentidos y midió la velocidad de los impulsos nerviosos. Estudió la actividad muscular y fue el primero en formular matemáticamente el principio de conservación de la energía.

Fuente: Anónimo

<http://www.biografiasyvidas.com/>

HERBART, JOHANN FRIEDRICH

Biografía.- (1776-1841) Johann Friedrich Herbart fue un psicólogo alemán, fundador de la *Psicología Educativa*. Nació en Oldenburgo, de 1802 a 1808 enseñó educación y filosofía en la universidad de Goettingen y publicó su famoso libro *Ciencia y Educación*. Durante los veintiséis años subsiguientes ocupó la cátedra de Filosofía en la Universidad de Koenigsberg, la misma que en un tiempo ocupara Kant. Fundó allí una Escuela de Magisterio y en Seminario Pedagógico, publicando en 1835, por otra parte, su monumental obra *Los Lineamientos de la Doctrina Educativa*, donde expone sus conceptos psicológicos sobre la educación. Herbart ejerció gran influencia en Alemania. Finalizado el siglo XIX, el movimiento se propagó a América. Herbart enseña que la última finalidad de la educación es el desarrollo del carácter moral, considerando el firme establecimiento de la personalidad moral como la máxima aspiración a la práctica educativa tradicional, entiende que la conducta moral debe basarse en el desarrollo de la voluntad y que las actitudes volitivas dependen de un caudal de experiencias organizadas capaces de traducirse libremente en decisiones morales. Decía: "Queremos lo que sabemos; no podemos querer lo que no sabemos". De manera que la finalidad primordial de la educación es cultivar y desarrollar las ideas en la mente infantil con arreglo a las leyes de la psicología. De acuerdo con su teoría de los intereses, Herbart clasificó todo el material de enseñanza desde el punto de vista de los intereses típicos humanos. Sostuvo que los intereses humanos derivan del contacto del individuo con el mundo exterior (ciencias, matemáticas, artes) y la de los hombres (idiomas, historia, etc.). El método herbartiano se basa en el *interés*. La enseñanza debe promover el interés sin valerse de la autoridad o del halago. Su metodología establece las bases de la "instrucción educativa". Herbart hizo suyo el principio de Pestalozzi de que el proceso de aprender debe pasar de lo conocido a lo desconocido, y elaboró a doctrina de que el conocimiento nuevo es siempre asimilado en términos del conocimiento ya adquirido. Designó a estas experiencias relacionadas con el nombre de *masas aperceptivas*.

Entendía Herbart que solo grandes unidades conexas de temas eran capaces de suscitar y mantener vivo el interés del niño. Tal es la *doctrina de la concentración*. La concentración se logra cuando la atención está completamente absorbida por un solo orden de ideas, hallándose la mente fija en un solo interés. Sólo cuando la conciencia enfoca íntegramente una sola unidad de pensamiento, la voluntad y la conducta se desenvuelven en forma eficiente. Herbart complementó la *doctrina de la concentración* con la *doctrina de la correlación*, según la cual el tema principal recibe el apoyo de todos los temas con él relacionados. Estas doctrinas se traducen en la práctica en forma de cinco etapas formales del recitado, a saber: 1º La *preparación*, o sea el proceso de revivir en la conciencia las ideas afines de anterior experiencia. 2º La *presentación*, en que el nuevo material es presentado en forma concreta si no existe ya amplia experiencia sensible, y de tal modo que se halle íntimamente ligado a la masa aperceptiva,

esto es, a la experiencia anterior. 3º La *asociación*, en que las nuevas experiencias son asimiladas mediante el análisis y la comparación, proceso que asegura a la nueva idea el lugar que le corresponde en la mente del sujeto. 4º La *generalización*, o sea la formulación de reglas y principios generales, a partir de las experiencias sensibles analizadas, con miras a desarrollar conceptos generales, al lado de las sensaciones y percepciones. 5º La *aplicación*, en que la idea generalizada es puesta en acción, ya sea para ponerla a prueba o con el objeto de ampliar la impresión por la expresión, ya sea atendiendo a fines puramente utilitaris. Estas cinco etapas formales, que son un desarrollo de los herbartianos, fueron combativas por Dewey para quien el pensamiento presupone un problema real. Pese a los defectos de su doctrina, cabe a Herbert el mérito de haber desarrollado una psicología educacional más completa que las anteriores, y una organización y una técnica de la enseñanza escolar más eficaces. Obras principales: *Lehrbuch zur Psychologie* 1916; *Psychologie als Wissenschaft*, 1824; *Allgemeine Pädagogik*, 1835. (Elmer Harrison Wilds).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Su pensamiento.- Para Herbart (1776-1841), que representa a la psicología matemática, los estados mentales complejos que caracterizan la vida mental pueden reducirse analíticamente a combinaciones de cualidades sensoriales elementales. Estas unidades, al combinarse armónicamente, originan todos unitarios: las ideas complejas. Habla también de la existencia de una fuerza que une las sensaciones simples, fuerza que es mensurable y que proviene del ambiente además de provenir de la misma asociación. De esta forma la vida mental es la expresión de la combinación de fuerzas psíquicas y ambientales. Este dinamismo mental puede ser explicado matemáticamente y sin necesidad de recurrir a técnicas fisiológicas, con lo cual cumple el ideal cartesiano de una ciencia independiente de la fisiología, basada en la sola formalización matemática.

Postula que las ideas se relacionan también por oposición: algunas son más fuertes que otras y son las que terminan por imponerse en la conciencia, mientras que las otras quedan fuera de la conciencia esperando el debilitamiento de las más fuertes. Estas ideas infraconcientes también pueden hacerse fuertes por fuerzas provenientes de otras ideas nuevas. Herbart llama a la tendencia de las ideas a emerger, 'tendencia a la repetición de ideas'. A su vez el conjunto de ideas infraconcientes (llamada 'masa aperceptiva') puede ser fortalecido por la acción de estímulos que no son captados directamente, y que por lo tanto no aumentan el caudal de lo conocido pero sí pueden hacer aflorar a la conciencia las ideas infraconcientes. Este proceso se llama 'apercepción' (aquí Herbart retoma las ideas de Leibniz y Kant sobre el tema) y es un proceso derivado de la experiencia que posibilita la asimilación de nuevas ideas (a diferencia de Leibniz y Kant que veían en la apercepción una captación interior y a priori).

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

HERENCIA PSÍQUICA

Generalidades.- Freud toma la herencia como lo biológico corporal y como una herencia psíquica. Respecto de esto último, en "El yo y el ello" habla del yo como precipitado de yoes antiguos, como producto de una sedimentación de identificaciones. Asimismo el superyo no es solo producto de identificación con progenitores, sino también con el superyo de los progenitores.

En psicoanálisis hay una historia y una prehistoria. La primera es lo que puede ser narrado cronológicamente, y la prehistoria serían los sucesos infantiles que sucumbieron a la amnesia infantil y que solo pueden ser reconstruidos: esto no es herencia en sentido filogenético sino en sentido más amplio. Las vicisitudes del Edipo formarían una herencia no genética pero sí psíquica: hay un ello, luego un yo que se diferencia, etc.

Fernández R, Psicología de la personalidad, clases dictadas en la Cátedra de Psicología de la Personalidad de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995.

HERMENÉUTICA

Hermenéutica y psicoanálisis.- El consciente y el inconsciente.- Ricoeur se propone aquí hacer una revisión crítica, una reflexión sobre el concepto de conciencia. Este concepto por un lado es central dentro de la fenomenología, pero por otro lado fue criticado por Freud, Nietzsche y Marx (conciencia como mentira).

Es urgente revisar críticamente esta noción debido a que necesitamos articular dialécticamente lo consciente y lo inconsciente, lo que desembocará en una visión menos estrecha de la condición humana. ¿Qué debe ser el hombre -se pregunta Ricoeur- para que sea a la vez responsable de pensar bien (consciente) y capaz de la locura (inconsciente)? Ricoeur aparece así criticando tanto al psicoanálisis (por centrarse en el inconsciente) como a la fenomenología (por centrarse en la conciencia), y su solución será una síntesis dialéctica entre ambos, sin que ninguno esté privilegiado.

Concretamente propone Ricoeur dos procedimientos opuestos: analítico hacia el inconsciente, y sintético hacia la conciencia.

El psicoanálisis y el movimiento de la cultura contemporánea.- Se habla aquí de la relación de la hermenéutica freudiana y la cultura. Concretamente la tesis que propone aquí Ricoeur es la siguiente: es a título de hermenéutica de la cultura contemporánea; es decir, el psicoanálisis es un movimiento de la cultura, porque la interpretación que da el hombre se funda sobre la cultura en su conjunto. El psicoanálisis participa de la cultura porque es interpretando al mundo que el psicoanálisis lo cambia.

Ricoeur señala dos ejemplos importantes de cómo a través de la cultura se busca de una u otra forma satisfacer la pulsión (retorno de lo reprimido): son la ilusión religiosa y la seducción estética.

Una interpretación filosófica de Freud.- El discurso de Freud se refiere tanto al sentido (por ejemplo, sentido del sueño, síntoma, etc.) como a las fuerzas (conflictos, represión, etc.), o sea, es una semántica del deseo (semántica es sentido y deseo es fuerza). También se refiere a una arqueología del sujeto (origen) y a una teleología del sujeto (fin, futuro), y a una dialéctica entre ambos. Reflexionando filosóficamente acerca de Freud, puede decirse que el sujeto solo tiene un arché (arqueología, pasado) si tiene un telos (fin, futuro), puesto que cada momento de la vida encuentra su sentido en las siguientes.

Técnica y no-técnica en la interpretación.- Aquí Ricoeur busca explicar porqué el psicoanálisis es una técnica de lo nocturno, y porqué y hasta qué punto es un iconoclasmo de lo íntimo. Toda técnica de lo nocturno es un iconoclasmo de lo íntimo, porque el psicoanálisis no tiene nada que ver con las ciencias naturales porque no estudia hechos observables, sino cuestiones de sentido, destruye la imagen del psiquismo que nos habían dado psicologías como el conductismo, por ejemplo.

El arte y la sistemática freudiana.- Finalmente, Ricoeur refiere que la sistemática es un punto de vista freudiano, según el cual un fenómeno psíquico es explicable a partir del aparato psíquico (Yo-ello-superyó, o Inc-Prec-Co) y a partir del enfoque económico y dinámico, donde se coloca al fenómeno en un sistema de fuerzas que circulan y se oponen.

Freud estudió desde este punto de vista sistemático, a los fenómenos estéticos, diciendo de ellos que el arte es la forma no obsesional, no neurótica, de la satisfacción sustituida; el 'encanto' de la creación estética no procede, como en la religión, del retorno de lo reprimido. El análisis psicoanalítico del arte se hace difícil, porque allí no hay asociaciones libres, ni relación médico-paciente. La forma en que procede Freud, es sobre todo, por analogía, comparando por ejemplo, poesía con sueño, pero esto no llega a ser suficiente para poder penetrar la creación estética en su profundo dinamismo. Ricoeur plantea que se puede ahondar en este dinamismo, examinando las relaciones entre la técnica de la obra estética y el efecto de placer que produce en el artista y en quien admira la obra: es una forma de exploración del deseo.

Sinopsis de Ricoeur P (1975) *Hermenéutica y psicoanálisis*. Buenos Aires: Megápolis.

Hermenéutica y estructuralismo.- Ricoeur se propone en un primer capítulo titulado Existencia y Hermenéutica ilustrar cómo se puede insertar la hermenéutica en el contexto del método fenomenológico, tarea que emprenderá a través de la aclaración del concepto de 'existencia'.

En este texto de Ricoeur se hace alusión a un concepto central de Heidegger: 'existencia'. Este filósofo habla de existencia (Dasein) en un sentido no tradicional, y dice que es la apertura del ente humano (Da) al ser (Sein). La existencia para Heidegger no es algo ya dado, ya establecido, sino un poder-ser. La existencia del ser humano se va desarrollando o determinando a medida que este ser -humano- se va comprendiendo, va comprendiendo su ser. Así, la existencia no es óntica (no está dada) sino ontológica (se va desarrollando a medida que el ser humano se pregunta por su propio ser, a medida que se va intentando comprender) (Ferrater Mora J, *Diccionario de Filosofía*, Tomo II, Madrid, Alianza, página 1084).

Ricoeur inserta la existencia con la interpretación, y dice que la existencia del ser humano se va determinando a medida que va ahondando su propio ser mediante la interpretación, mediante el desciframiento de lo oculto que encierra el lenguaje. El hombre se va determinando como tal, no en la medida en que hace las cosas, sino en la medida en que va conociéndose a sí mismo, en que va conociendo que la existencia, su ser, es fundamentalmente deseo (según el psicoanálisis), objetivo teleológico (según Hegel) o una estructura sagrada, un vínculo con Dios (según la religión).

En un siguiente capítulo titulado Estructura y Hermenéutica, el autor indica que la interpretación muestra, prolonga y mantiene viva la tradición en la que se sustenta: la tradición sola, es tradición muerta porque no se interpreta permanentemente.

El tiempo de la tradición y el de la interpretación son conectados mediante un tercer tiempo: el tiempo del sentido. El sentido hace posible la sedimentación de la tradición y la explicación de la interpretación; hace posible la lucha entre ambas temporalidades: una que transmite (la tradición) y otra que renueva (la interpretación).

Este tiempo del sentido debe buscárselo en el símbolo, y más concretamente en lo sincrónico y lo diacrónico de que habla el estructuralismo, sobre todo el de Lévi-Strauss (basado en el de Saussure y Trubetzkoy). Este estructuralismo puede ayudarnos en nuestra tarea hermenéutica: la búsqueda del sentido (hermenéutica) debe pasar por la explicación estructural, pues tener sentido implica un orden, una organización.

El doble sentido es un problema que puede tratarse como problema hermenéutico o como problema semántico. Desde la hermenéutica se habla de sentido múltiple, y desde la semántica lexical y semántica

estructural. La primera hablará de polisemia (palabra con más de un sentido), y la segunda dice que el sentido no está encerrado en una palabra sino en el conjunto, en la estructura. Las palabras (o lexemas) en sí mismos no agotan ninguna significación o sentido, pero son la vía para llegar a ellas.

Si uno quiere conocer la validez del análisis estructural debe buscar cómo fue aplicado en sus orígenes, o sea en la lingüística. En este sentido, el estructuramiento opera así: trabaja sobre un corpus ya constituido, detenido, cerrado, muerto; establece inventarios de elementos y unidades; coloca esos elementos o unidades en relaciones de oposición, de preferencia oposición binaria; establece un álgebra o una combinatoria de esos elementos y de esas parejas de oposición.

Ricoeur analiza luego la obra de Jean Nabert aborda un viejo problema: el de la relación entre acto y signo, o sea entre el acto fundador o fundante de la conciencia (sea la libido, la voluntad, el apetito, etc.) y su representación (signo).

Ricoeur se refiere luego a Heidegger. Cuando este aborda el problema del sujeto en relación con el Cogito de Descartes, está sentando las bases de lo que puede llamarse una "hermenéutica del 'yo soy'". El cogito, el yo pienso luego existo no es entonces la primera verdad, sino que es el "yo soy". Efectivamente, yo soy en la medida en que soy capaz de hacerme la pregunta por el ser; todo preguntar es un buscar, y todo buscar tiene una dirección previa que le viene de lo buscado. Por otro lado, el ego, el yo auténtico está constituido por la pregunta misma. Este ego, este ser, está implicado en la pregunta por el ser: en ella se presenta como siendo él mismo un ser, un ser para quien existe la pregunta por el ser.

Por último, trata Ricoeur la cuestión del sujeto. Cuestionar el cogito, el yo soy, es cuestionar la supremacía de la conciencia. Para el estructuralismo también hay un desplazamiento de la conciencia, porque el sistema de signos que usamos al hablar (conciencia) es anterior, inconciente.

Una vez hechas estas críticas del cogito, se impone ahora un momento constructivo: ¿hacia dónde nos llevarán estas críticas? Nos llevarán a construir una filosofía reflexiva que, habiendo asumido a fondo las correcciones e instrucciones del psicoanálisis y la semiología estructural, emprenda el largo camino de una interpretación de los signos privados y públicos, psíquicos y culturales, donde se expresan y se explicitan el deseo de ser y el esfuerzo por existir que nos constituyen como sujetos.

Sinopsis de Ricoeur P (1975) *Hermenéutica y estructuralismo*, Buenos Aires: Ediciones Megápolis.

HIC ET NUNC

Definición.- Expresión latina que significa 'aquí y ahora'. A veces se emplea en campos donde, como en la psicoterapia guesáltica, destacan la importancia del aquí y ahora en la toma de conciencia y resolución de problemas, adjudicándose una menor importancia a los acontecimientos del pasado.

Cazau P (2000) *Vocabulario de Psicología*. Buenos Aires: Redpsicología.

HIGIENE MENTAL

Definición.- "Ciencia y arte de conservar y aumentar la salud mental que incluye todas las medidas concebidas para prevenir el trastorno mental y para mejorar el ajuste psicológico de los individuos, así como su capacidad para mantener una armoniosa relación de grupo. Considerada en otro tiempo una ciencia secundaria, la higiene mental ha pasado a ser una disciplina científica muy importante que, conjuntamente con la psiquiatría, la medicina social, la pedagogía, la sociología y la asistencia pública, trata de contrarrestar los múltiples peligros que amenazan a la salud mental. Dado gran parte del cuadro clínico tradicional de cronicidad y regresión se debe al hospitalismo, la creación de centros de higiene mental responde a la necesidad de crear vínculos más estrechos con la comunidad a fin de evitar que los pacientes queden aislados en su entorno social. Estos centros han actuado como el foco de donde han surgido técnicas tales como la consulta de higiene psiquiátrica y la intervención preventiva".

Farré Martí J (1999) *Diccionario de psicología*. Barcelona: Océano.

Generalidades.- Se la ha encarado, desde fines del siglo XIX, como "la lucha contra las causas conocidas de trastorno mental y por fortificar y mejorar la personalidad humana para hacerla más resistente a las causas que amenazan su equilibrio psíquico". Varios países dedican gran atención a esta tarea para disminuir la cifra de los enfermos mentales,, delincuentes e inválidos sociales, siendo los países más adelantados en este sentido: Estados Unidos, Unión República Socialistas Soviéticas y Suiza. El término "higiene mental" es de C. W. Beers (*A Mind that found itself*) que, con Adolf Meyer, puede ser considerado como fundador de este movimiento profiláctico mental. La primera sociedad americana fue fundada en 1908. Entre los propulsores de la higiene mental deben ser mencionados: Heinrich Meng, profesor de la higiene mental en la Universidad de Basilea (*Seelischer Gesundheitsschutz*, 1943); *Praxis der seelischen Hygiene*, 1943; André Repond, Hans Zulliger, Berthold Stokvis, etc. Los propulsores de la higiene mental en América del Sur son: Gonzalo Bosch, Telma Reca, Catalina Tobar García, Béla Zsékely, etc. Sinónimo: *Profilaxis Psiquiátrica*.

Székely B (2000) *Diccionario de Psicología*. Buenos Aires: Editorial Claridad.

HIPNAGÓGICO, ESTADO

Definición.- Es el estado en el que el sujeto está somnoliento o se acaba de despertar, cuando se producen extrañas imágenes y experiencias alucinarias. El término fue usado por primera vez por Maury (1861) en sus discusiones acerca de la semejanza entre sueños y alucinaciones. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Una imagen hipnagógica es una pseudopercepción que se produce en situaciones ligadas al adormecimiento en sus fases iniciales. Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 227.

Definición.- Estado de somnolencia que transcurre entre la vigilia y el sueño propiamente dicho, cuando la persona va quedándose dormida. Alucinaciones hipnagógicas son aquellas que ocurren durante dicho estado. Sinónimo: hipnopómpico. Cazau P (2000) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Definición.- Estado que se presenta durante el periodo de somnolencia entre la vigilia y el sueño. Se caracteriza por imágenes visuales y auditivas que surgen sin intervención de la voluntad, y parecen ser parte del mundo externo. Este estado tiene patrones muy insólitos del pensamiento y construcciones verbales que, al inicio, dan la impresión de tener sentido pero que se disuelven en lo absurdo. El fenómeno parece ser muy común (lo viven entre el 72 y el 77% de las personas) (Morris, 1985:136). Morris C (1985) Psicología. México: Prentice-Hall.

HIPNOPÓMPICO

Definición.- Una imagen hipnopómpica es una pseudopercepción que se produce en situaciones ligadas al dormir, en los momentos que preceden al despertarse por completo. Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 227.

HIPNOSIS

Definición.- Es la concentración focal receptiva y atenta, con reducida vigilancia periférica. Toda hipnosis es esencialmente autohipnosis, pero cuando alguien permite que otro lo hipnotice, aparece una relación interpersonal intensa, con una relativa suspensión del juicio crítico.

En general, las personas más hipnotizables tienen capacidad para cerrar los ojos mientras miran hacia arriba. En la hipnosis interesa mucho más la expectativa del paciente y la relación con el médico, que el ambiente. El médico indica al paciente que fije su atención en un punto cualquiera.

Hay varios niveles de trance. El más ligero se acompaña de alteraciones motoras, como hiperkinesia o retardo. El trance intermedio incluye además alteraciones sensoriales, amnesia parcial y obediencia poshipnótica a órdenes simples. El nivel profundo o sonambulístico lleva a las alucinaciones, la distorsión temporal, regresión en la edad, hiperamnesia o amnesia selectiva y anestesia profunda.

Usos terapéuticos.- Se utiliza para hacer regresiones, donde se pueden revivir sucesos pasados. En la justicia se usa para revivir escenas de testigos. Además, se usa en tratamientos centrados en los síntomas: hábito de fumar, trastornos de alimentación, ansiedad, fobias y control del dolor.

La hipnosis no debe administrarse en un clima de amenaza, sino de contención y confianza. Tampoco a personas poco hipnotizables, como paranoicos, o a personas que ponen demasiada expectativa en la curación por hipnosis, porque pueden sentirse desalentados por los resultados.

Kaplan H y Sadock B, *Compendio de psiquiatría*. México: Salvat. Capítulo 26, punto 3.

Definición.- "Modo de interacción que se establece entre dos personas -uno el hipnotizador y otro el paciente- en el cual, el primero dirige una acción psicoterapéutica sobre el segundo mediante técnicas fundamentalmente verbales, y el segundo colabora con el primero en tal propósito prestándose a ingresar en un estado psicofisiológico peculiar en el que se encuentra particularmente receptivo a órdenes y sugerencias del hipnotizador".

Kleiner R., Hipnosis, Buenos Aires, Editorial Omeba, 1993, pág. 7.

Generalidades.- Parte de las discrepancias teóricas existentes vienen dadas porque por hipnosis se entiende por lo menos tres cosas diferentes: 1) Desde el punto de vista de la *comunicación*, se puede describir la hipnosis como un procedimiento durante el cual, un profesional de la salud o investigador, en este caso un psicólogo, sugiere a un cliente, paciente o sujeto que experimente cambios en las sensaciones, percepciones, pensamientos o comportamiento. 2) Por otra parte, también se entiende por hipnosis un *estado de funcionamiento mental*, con sus correlatos psicofisiológicos, en respuesta a las sugerencias. Tradicionalmente se habla de trance hipnótico en referencia a este estado. 3) Por último,

por hipnosis es entiende también la *experiencia subjetiva de uno mismo* en este estado mental. Desde el punto de vista de la experiencia subjetiva del sujeto, cabe decir que toda hipnosis es autohipnosis.
Morales Homar Guillermo. Psicólogo especialista en Hipnosis -
<http://webs.demasiado.com/GuillermoMorales/HIPNOSIS.htm>

Generalidades.- “Un pionero en el campo de la inducción hipnótica clínica, Milton Erickson, describió el proceso del trance clínico como “un período libre en el que puede florecer la individualidad”. Martin Orne definió la hipnosis como el estado o condición en que una persona es capaz de responder a sugerencias adecuadas, experimentando alteraciones de percepciones, memoria, o estado de ánimo. La característica esencial de la hipnosis es el cambio experimental subjetivo.

Los hipnoterapeutas generalmente creen que la hipnosis clínica y el trance terapéutico son extensiones de procesos frecuentes inherentes a la vida diaria. La experiencia de la ensoñación y preocupación interna, durante la cual uno desempeña su rutina diaria de manera automática, son ejemplos típicos. Durante estos períodos, la atención se centra espontáneamente en el interior, tal como se induce en el uso clínico del estado de trance en un paciente para que sea receptivo a experiencias internas. El principal punto de vista de los hipnoterapeutas comparten con otros psicoterapeutas es una apreciación y comprensión de las dinámicas de los procesos inconscientes en la conducta.

La hipnosis es un fenómeno mental complejo que se ha definido como un estado de concentración intensa y receptividad a las sugerencias de otra persona. También se le ha llamado un estado alterado de conciencia, un estado disociado, y una etapa de regresión. Sin embargo, no se conoce ninguna base psicofisiológica de la hipnosis, como existe en el sueño, en cuyo electroencefalograma (EEG) característico aparecen cambios” (página 875).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Definición.- Estado no normal que puede ser provocado o espontáneo. La persona hipnotizada -llamada médium- permanece, por momentos sugestivos del hipnotizador, en un estado intermedio y suspendido entre sueño y vela hasta la inconciencia completa. El médium pierde su personalidad y obedece a las sugerencias del hipnotizador, pero nunca hasta el punto de perder el control moral sobre sí mismo. Durante la hipnosis el mecanismo mental está en una tensión permanente o aumentada. Es muy significativa la observación de *Wagner-Jauregg*: “En la hipnosis no se sabe nunca quién es el engañado: si el médium o el hipnotizador”. La teoría y práctica de causar hipnosis o estado semejante al sueño inducido por medios psíquicos, también es conocida como braidismo y sonambulismo provocado. El hipnotismo no es actualmente común, ni tampoco lo había sido hasta comienzos del siglo XX. “La hipnosis puede aplicarse terapéuticamente de muchas maneras. Distinguiremos por ahora entre tales aplicaciones, las tres siguientes: a) El sueño hipnótico provocado se usa directamente como factor de curación. b) La sugestión que se da en estado hipnótico se dirige directamente contra el síntoma psíquico o físico a eliminar. c) Experiencias olvidadas se traen de vuelta a la memoria mediante la hipnosis y se hacen accesibles a la conciencia (Hipnosis catártica)”. (Schiller y Kauders, *Hypnosis*).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Danilevsky, experimentos de.- Experimentos que llevan el nombre de Danilevsky por ser él el primero en realizarlos y que consisten en pruebas hipnóticas con animales: cangrejos, pollos, conejos, etc. Según Danilevsky en un “reflejo tónico de posición” (*Tonischer Lage-reflex*) que posibilita por sugestión la hipnosis en los animales.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Hipnosis en psicobiología.- En el presente trabajo hemos querido definir la hipnosis desde la perspectiva psicobiológica. Entendemos por hipnosis un particular estado global, donde el sujeto manifiesta cambios tanto en los procesos subjetivos - estado de conciencia - así como en otros aspectos como los procesos viscerales, automáticos y comportamentales producidos por la actividad integrativa del sistema neuroendocrino (SNE).

Aquí pretendemos esbozar una definición preliminar de lo que hemos entendido por la hipnosis como estado y presentamos una revisión acerca de algunos estudios neurocientíficos sobre los fenómenos hipnóticos. Examinaremos cinco fenómenos que son de interés general: el dolor, la modulación perceptual, la evocación emocional, el tratamiento de fobias, y el manejo del conflicto atencional en hipnosis.

Estos ámbitos son relevantes pues pueden traer un vasto desarrollo tanto en investigación básica como aplicada a la psicoterapia. La investigación en fobias ha demostrado que la hipnosis en pacientes altamente hipnotizables permite reestablecer el equilibrio simpático-vagal.

Las investigaciones con imágenes cerebrales proponen un modelo de cambio atencional, con participación de la corteza cingulada anterior. Estudios de control emocional han establecido los cambios en los potenciales evocados en diferentes regiones corticales.

Las posibilidades de la hipnosis para inhibir y evocar emociones frente a eventos virtuales específicos son de enorme relevancia en el uso terapéutico. Los estudios atencionales han demostrado que bajo

sugestiones específicas, la actividad de la corteza cingulada anterior y de las cortezas visuales se reduce de manera significativa en sujetos altamente hipnotizables, lo que se correlaciona con un menor conflicto atencional al realizar el paradigma de Stroop. Todos estos hallazgos aún en desarrollo, muestran que la hipnosis es un campo fértil para la investigación básica y clínica.

Juan Cristóbal Ruiz Díaz; Guy Santibáñez-Hidalgo. Definiendo la hipnosis desde la psicobiología: Algunas líneas de desarrollo científico de los fenómenos hipnóticos. CUADERNOS DE NEUROPSICOLOGÍA. 2008 NOV; 2(2):150-166.

Eficacia.- La hipnosis es una intervención clínica valiosa en el tratamiento de una amplia variedad de problemas psicológicos y médicos, ayudando a la mejora de la calidad de vida de muchos pacientes. Este artículo revisa el estado de la evidencia empírica de la eficacia de la hipnosis, teniendo en cuenta los resultados de la investigación más rigurosa al respecto, así como los de otros estudios que, a pesar de no cumplir unos criterios metodológicos rigurosos, poseen relevancia clínica.

En general, y según la investigación revisada, cuando se utiliza la hipnosis como un coadyuvante a otras intervenciones médico psicológicas, incrementa la eficacia y/o eficiencia de tales intervenciones. Asimismo, la eficacia de la hipnosis está bien establecida en diversas aplicaciones clínicas, especialmente el manejo del dolor y otras condiciones médicas, existiendo evidencia aceptable de su eficacia en el tratamiento de la depresión, los trastornos del sueño, dejar de fumar, la obesidad, el asma y la enuresis infantil.

De acuerdo con la investigación publicada hasta la fecha, está justificada la realización de investigaciones que utilicen estudios controlados con muestras de tamaño adecuado. Así mismo, es esencial establecer la eficacia de la hipnosis en otras áreas aún por investigar.

M. Elena Mendoza; Antonio Capafons. Eficacia de la hipnosis clínica: Resumen de su evidencia empírica. PAPELES DEL PSICÓLOGO. 2009 JUN; 30 (2):98-116.

Creencias y actitudes hacia la hipnosis.- El objetivo de este estudio es analizar las creencias y actitudes hacia la hipnosis de los colegiados para informar al Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de las necesidades de formación sobre hipnosis, así como analizar las respuestas en función de los Colegios de los participantes. Para ello se aplicó la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis- Terapeuta a una muestra de 2.434 colegiados españoles.

Los resultados indican que los colegiados que respondieron a la escala tienen, en general, creencias ajustadas sobre la hipnosis y una actitud positiva hacia la misma. No se encontraron diferencias entre los distintos COP en cuanto a creencias y actitudes hacia la hipnosis. Sin embargo, esta interpretación no está sustentada por pruebas de significación estadística debido al tamaño reducido de las muestras de los diferentes COP.

Dada la baja respuesta por parte de los profesionales sería positivo que los COP realizaran de nuevo esta investigación aumentando la muestra, y llevaran a cabo acciones de difusión del conocimiento científico de la hipnosis. Esto ayudaría a favorecer un uso eficaz y no iatrogénico de la hipnosis.

M. Elena Mendoza; Antonio Capafons; Begoña Espejo; Doris Montalvo. Creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos españoles. PSICOTHEMA. 2009; 21(3):465-470.

HIPÓTESIS

Acepciones.- 1. En epistemología, conjetura que se propone para describir o explicar los fenómenos, y que requiere ser verificada mediante el método científico.

2. En psicología de la percepción, concepto propuesto por Bruner en el marco de sus teorías que vinculan percepción y personalidad, y que designa una tendencia o 'predisposición cognitiva' altamente generalizada para responder en forma selectiva a los hechos acaecidos en el ambiente. Tendemos a percibir los hechos sobre la base de hipótesis previas, es decir según nuestro sistema de creencias.

Ambos sentidos 1 y 2 se relacionan: las hipótesis en el primer sentido son propuestas y verificadas por científicos, y pueden ser entendidas psicológicamente desde el segundo sentido.

Cazau P (2000) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

HISTORIA CLÍNICA

Definición.- "Es un registro de los datos derivados de las diversas exploraciones efectuadas al paciente. Contiene desde la anamnesis, es decir, el interrogatorio sistemático efectuado al paciente desde que se inició su asistencia, hasta los informes de las exploraciones complementarias realizadas por el psicólogo o por los servicios más sofisticados del hospital". Para Vallejo Ruiloba, la historia clínica se compone de: anamnesis, exploración física, psicopatológica y complementaria, orientación diagnóstica, orientación pronóstica, tratamiento, evolución y comentarios, y epicrisis.

Vallejo Ruiloba J y otros, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Masson, Barcelona, 1999, 4º edición, pág 83.

HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA

Generalidades.- 'Psique' proviene del griego y significa alma, soplo o aliento vital, mariposa. La psicología se remonta a 2.500 años, aunque su historia como disciplina independiente comienza recién en el siglo XIX.

Brett distingue tres niveles en el conocimiento psicológico:

1) *Psicología implícita*, o sea un conocimiento personal, experiencial ligado a necesidades de supervivencia. Es una psicología práctica.

2) *Psicología pre-científica*: objeto de conocimiento que constituye una parte indiferenciada de la especulación filosófica. Predomina la intuición, y se extiende desde los griegos hasta el siglo 18.

3) *Psicología científica*: surge vinculada al desarrollo de las ciencias naturales. Está influenciada por el empirismo y el formalismo kantiano del siglo 18. Predomina la razón.

La psicología surge como un intento de respuesta a la pregunta: ¿qué es el hecho psíquico? En sus orígenes no están diferenciadas la filosofía y la psicología; de hecho, ésta surge históricamente de la filosofía.

En su historia, la psicología ha tratado de enfrentar tres clases de problemas: primero, prácticos, relativos a las normas de convivencia (psicología práctica); segundo, problemas técnicos, o sea qué reglas de acción emplear para aplicar los problemas psicológicos; y tercero, problemas teóricos, es decir los medios para explicar los hechos psicológicos mediante teorías. Esta psicología teórica aparece tardíamente en la historia y surge paralelamente con la necesidad de poner a prueba las teorías, que es lo que caracteriza a la psicología como ciencia.

Para estudiar historia de la psicología debemos usar un enfoque genético que muestre los nexos para entender finalmente el estado actual de la psicología.

Desde otro enfoque, el hermenéutico, la historia de la psicología se aborda con interpretaciones críticas, en el sentido de Ricoeur (reflexión hermenéutica). Es la reflexión aplicada a lo psíquico que hace cristalizar determinadas vivencias en conceptos.

Ebbinhaus dijo que la psicología tiene un largo pasado pero una historia muy breve: en un largo pasado se han ido desarrollando una increíble maraña de conocimientos psicológicos, pero la organización de los mismos como una disciplina independiente es muy reciente.

El primero en usar la palabra 'psicología' fue Melachton, teólogo de la reforma (circa 1560). En cambio el término 'psiché', del cual deriva 'psicología', es mucho más antiguo y proviene del mito de Psiché, que narra Apuleyo en la Metamorfosis.

El mito habla de una familia con tres hijas, la mayor de las cuales era Psiché: linda y retraída, atemorizaba a la gente. Como fue la única que no se casó, se consultó al oráculo para saber su destino, y como el oráculo dijo que Psiché no era de este mundo, debía ser llevada a la montaña y abandonada allí, donde seres no terrenales se ocuparían de ella.

Cuando la llevan y la dejan, Psiché cansada y temerosa se siente transportada por un aleteo a un palacio de jade y lapizlázuli. Allí no hay nadie pero escucha voces, una de las cuales le dice que la desea, impidiéndole dormir. La voz se convierte en su amante invisible, quien le da permiso para visitar su anterior hogar. Luego de la alegría del encuentro con sus hermanas, éstas le expresan que quieren conocer a ese amante invisible. Cuando Psiché regresa por la noche, ilumina a su amante que estaba durmiendo y ve que es hermoso y tiene alas en su espalda: era Eros. Al caerle aceite de la lámpara lo despierta y Eros la expulsa del lugar. Respecto del final hay dos versiones: una dice que Psiché es perdonada por Zeus y Afrodita y pasa a vivir en el Olimpo. La otra es que Afrodita la persigue porque está celosa, y la convierte en mariposa condenándola a volar eternamente.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

Surgimiento y desarrollo de los más importantes modelos.- Los modelos psicológicos surgen por influencia de los desarrollos intelectuales de los siglos 18 y 19, los cuales tienden a privilegiar más la observación y análisis de los hechos que una reflexión sobre los mismos. Estas influencias provienen de tres grandes corrientes: el racionalismo, el empirismo y el formalismo kantiano.

Del racionalismo nos interesa el dualismo cartesiano: la escisión entre cuerpo y alma impone a la ciencia la imagen de dos mundos contrapuestos y por tanto la necesidad de dos caminos de investigación. Así, según se centre en la investigación en el cuerpo o en el alma, ella se desarrollará hacia una biología y fisiología de características mecanicistas, o bien hacia una disciplina introspectiva de los fenómenos mentales.

En cualquiera de ambos casos se sigue siendo cartesiano si la idea es buscar elementos o naturalezas simples a partir de los cuales deducir las actividades complejas del cuerpo o el espíritu. De aquí saldrán los desarrollos psicológicos atomistas, que intentan encontrar en los elementos sensoriales simples el principio explicativo de todo lo mental (vemos aquí especialmente la influencia del empirismo).

Otra influencia es el 'dogmatismo metodológico', tanto racionalista como empirista, que dice que sin método no hay conocimiento posible, y que se opone al dogmatismo escolástico pues afirma la confianza en el método como garantía de la validez del conocimiento. Por un lado Descartes trabaja en las ciencias exactas, y por el otro Bacon en las ciencias de la naturaleza. Bacon verá en la observación minuciosa de

los fenómenos y la recopilación de los datos la vía inductiva para llegar a la generalización. Lo exagerado de las posturas racionalista y empirista servirá de freno recíproco para ambas.

La influencia del formalismo kantiano hizo que las ciencias se caracterizaran no sólo por la descripción empírica sino también por la explicación formal, es decir, la ciencia debe formalizar sus resultados para alcanzar la validez. De esta forma se buscó tratar experimental y matemáticamente a los fenómenos físico-químicos, es decir que todavía en esta época las ciencias socio-culturales estaban fuera de este esquema: o bien mantenían un fuerte nexo con la filosofía, o bien tenían un lugar secundario dentro de la medicina. Lo mismo con la biología.

Sin embargo poco a poco en Alemania va surgiendo la idea que los fenómenos culturales y de la vida en general pueden también ser tratados con las técnicas de las ciencias exactas con las que se estudiaban los fenómenos físico-químicos, lo que permitió empezar a considerar como científicas también a las ciencias biológicas y humanas. En el seno de estos intentos surgen las llamadas psicologías de la conciencia.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

El concepto antiguo del hombre.- “Es posible que los hombres, en su forma actual, existan sobre la tierra desde hace 100.000 años. Sería natural que, ya en épocas prehistóricas, hubieran tenido sus teorías de conducta, pero desgraciadamente nadie sabe en qué consistían las mismas. Sólo nos queda adivinar, ya que no se conservan registros escritos. Pero si los hombres de las cavernas tenían las características típicas de los pueblos primitivos en general, es posible que ‘explicaran’ emociones, comportamientos inusuales, necesidades, deseos y otras cuestiones de interés para los psicólogos en términos de demonios o espíritus que entran en el cuerpo del individuo y de algún modo lo poseen”.

“Uno de los primeros intentos por comprender al hombre de una manera que no fuese la posesión demoníaca es el que se atribuye a los antiguos griegos. Comenzaremos por lo tanto nuestra historia de la psicología con las ideas de los grandes filósofos de Grecia”.

“Más de veinticinco siglos antes de que el primer avión despegara de Kitty Hawk, y más de cinco siglos antes de que Cristo muriera en la cruz, vivió en Grecia una cantidad de hombres a quienes consideramos padres de nuestros conceptos intelectuales. Somos, mentalmente, herederos de Tales, Demócrito, Alcmaeón de Crotón e Hipócrates, por mencionar sólo algunos. Podríamos decir mucho acerca de sus ideas y filosofías. Tales, por ejemplo, creía que el agua era la sustancia básica de todas las cosas. Este concepto suena absurdo para un hombre moderno y se tiende a desecharlo por el poco interés que reviste para nosotros en la actualidad. Sin embargo, lo importante es que Tales buscaba una explicación *natural* del universo, tratando de entender al mundo que lo rodeaba por medio de cosas que *pertenecían* a ese mundo. Esta es aun la característica distintiva del punto de vista naturista en psicología y de la ciencia en general”.

Bruno Frank (1978) Historia de la psicología. Buenos Aires: Editorial Troquel. Páginas 13-14.

La Edad Media y el Renacimiento.- “Durante más de mil años del eruditos de Europa no tuvieron acceso a las obras de Aristóteles, que se conservaron gracias a los árabes. Europa, no obstante, tuvo que esperar hasta el siglo XIII para redescubrir las enseñanzas del filósofo griego, cuyas ideas fueron introducidas por uno de los más grandes eruditos del medioevo, Santo Tomás de Aquino. Para escribir sus obras de teología éste se inspiró en gran parte en las ideas de Aristóteles, y también en las de Platón, que no había sufrido la oscuridad de la influencia de aquél. Las enseñanzas de Platón acerca de la inmortalidad del alma eran ya familiares en la iglesia medieval, sobre todo a través de las obras de Plotino (siglo III) y de San Agustín (siglo IV). La tarea emprendida por Santo Tomás consistió en conciliar las enseñanzas de Aristóteles, las concepciones platónicas sobre el alma y las revelaciones de la escritura. Se trataba, en verdad, de una tarea formidable. De todos modos, la síntesis condujo a una concepción del hombre que tenía profundas raíces en la tradición. No se trata de estudiar a Santo Tomás porque sus conceptos eran novedosos, sino porque brindan una concepción organizada del hombre que sirvió como punto de ataque para pensadores posteriores. Al sacar a luz una cantidad de tradiciones pasadas, Santo Tomás ofreció a los filósofos futuros una perspectiva definitiva para rebatir. La invención de la imprenta en el siglo XV posibilitó la difusión de los conocimientos que resultaban de la incursión en las ciencias naturales. Galileo, por ejemplo, subrayó la importancia de una observación cuidadosa como medio para deducir principios, en vez de sentarse simplemente a pensar (o sea ‘la filosofía de sillón’). Este concepto se hizo famoso. En el campo de la psicología las perspectivas del Renacimiento vieron en la persona de René Descartes a uno de sus primeros precursores. Aunque a menudo se lo considera el primer psicólogo moderno, se lo debe tomar también como un tradicionalista que trató de salvar la distancia existente entre el mundo antiguo y los descubrimientos de las ciencias naturales”.

“En pocas palabras, Santo Tomás y Descartes, son figuras claves en nuestra historia de la psicología por las siguientes razones: 1) Santo Tomás resumió las enseñanzas del pasado y ofreció una clara concepción del hombre basada en la tradición; y 2) Descartes trató de salvar la distancia que existía entre la tradición y los conocimientos resultantes de las investigaciones científicas. En consecuencia,

introdujo la primera cuña en el sólido bloque del pensamiento de Santo Tomás, la que habría de conducir eventualmente a una gran revisión de la concepción humana del hombre".
Bruno Frank (1978) Historia de la psicología. Buenos Aires: Editorial Troquel. Páginas 27-28.

El empirismo británico.- "¿Es posible que todo lo que ocurre se deba al movimiento de materia? Tal vez eso que Platón, Santo Tomás y Descartes denominaban *psyche*, alma o mente, no sea en realidad otra cosa más que el producto de acciones que tienen lugar en el interior del cuerpo. Por ejemplo, la actividad del cerebro y el sistema nervioso podría ser la base de la mente conciente".

"Aproximadamente por la misma época en que Descartes afirmaba que el cuerpo es en esencia una máquina que interactúa con un alma inmortal, otro escritor, un inglés, proponía el concepto 'radical' indicado en el párrafo que encabeza este capítulo. Su nombre era Thomas Hobbes (1588-1679), quien fue contemporáneo de Descartes y parece ser que se conocieron. Como ya se indicó, Descartes representaba una ruptura parcial con las tradiciones del pasado. Pero Hobbes fue más lejos y adoptó una posición que hoy llamamos *monismo materialista*. Esta concepción de la realidad establece que hay una y solo una realidad; toda existencia es una unidad. (El término *monismo* tiene un gran parecido con la palabra monoplano, que significa 'avión con una sola ala'). El término *materialista* se refiere a la idea de que esta realidad unificada esté hecha de materia. Actualmente diríamos que esta materia consiste en átomos y partículas subatómicas descritos por la física moderna".

"Pero, ¿cómo puede la conciencia provenir de lo que no es conciente, de la materia 'muerta'? Hobbes pensaba que la conciencia era *producto* del accionar de la materia, del mismo modo que hoy consideramos el caballo de fuerza como producto de un motor en marcha. ¿Dónde va el caballo de fuerza cuando el motor se detiene? A nadie le importa demasiado; admitimos que el caballo de fuerza depende del funcionamiento del motor. Análogamente, un partidario del monismo materialista de nuestros días diría que la mente y/o la conciencia son productos del cerebro y del sistema nervioso *en acción*. Esta posición tiene mucho en común con las ideas de Hobbes y la concepción aristotélica de la *psyche* como función del cuerpo".

"No haremos comentarios sobre los puntos de vista sostenidos por Hobbes en psicología, quien no tenía mucho que decir en este campo, puesto que era todo un filósofo político. Sin embargo, tiene cierta importancia en la historia de la psicología por ser tozudo en sus opiniones, es decir, obcecado en su actitud: ver para creer, enfoque característico de los filósofos británicos. Ellos cimentaron sus conceptos psicológicos en la doctrina del *empirismo*, según la cual no puede aceptarse nada que no sea evidente a los sentidos. Las cosas reales son aquellas que se pueden ver, oír y tocar, gustar y oler".

Bruno Frank (1978) Historia de la psicología. Buenos Aires: Editorial Troquel. Páginas 43-44.

La filosofía alemana y la mente activa.- "Los filósofos alemanes -Leibnitz, Kant y Herbart- iniciaron una acción contra algunas de las doctrinas del empirismo británico. Sostenían en particular que el concepto de la mente propuesto por Locke era demasiado pasivo. No disentían necesariamente de los se escribe sobre ella con la mano de la experiencia?".

"Los filósofos alemanes arriba mencionados pensaron que esta concepción era poco relativa y subrayaron el hecho de que la mente es activa y hace una contribución por su propia cuenta. Esto implica, lógicamente, que, al nacer, la mente del hombre no puede estar totalmente en blanco; de este modo no sería activa. El ímpetu de ser activa y responder a la experiencia puede considerarse una cualidad que ella posee antes de la experiencia".

"Locke dijo: 'No hay nada en el intelecto que no haya estado primero en los sentidos', a lo cual Leibnitz respondió: 'Nada, excepto el intelecto mismo'. Podemos objetar que fue Locke quien introdujo el concepto de reflexión como atributo básico de la mente humana; por lo tanto, no ignoraba del todo la importancia del intelecto activo, y es posible que la reacción de los filósofos alemanes haya sido exagerada. Pero el caso es que Locke puso tanto énfasis en la importancia de la *tabula rosa* que oscureció la posible significación de la actividad de la mente. Se hacía necesario, pues, un antídoto contra su filosofía".

Bruno Frank (1978) Historia de la psicología. Buenos Aires: Editorial Troquel. Páginas 63-64.

Psicología experimental.- "Psicología experimental surge como resultado de tendencias convergentes en la filosofía y las ciencias naturales, una de las cuales fue el enfoque empírico en filosofía. El énfasis de los empíricos británicos pusieron en los órganos de los sentidos y en la experiencia halló su culminación en la labor de los hombres que trataremos. Otra tendencia fue el establecimiento gradual de la filosofía como área de estudio. Como se recordará, Descartes había sugerido que el cuerpo del hombre era como una máquina. Otros elaboraron la comparación en detalle, y el estudio del cuerpo sobre una base *mecanicista* comenzó en profundidad. En la primera mitad del siglo XVIII Stephen Hales corroboró la realidad del concepto cartesiano del reflejo. Hales decapitó una rana y demostró que, aun sin cabeza, las patas de la rana se contraían al tocarlas. Al destruir la médula espinal, las patas dejaban de moverse. La conducta de la rana estaba controlada por una acción automática y maquinal, y no por una mente misteriosa. Los términos *estímulo*, *respuesta* y *reflejo* comenzaron ponerse de moda. Aproximadamente a mediados del siglo XVIII apareció un libro llamado *Man the Machine* (*El hombre, la máquina*), de Julien

Offrery de La Mettrie, quien había abandonado la vida religiosa para convertirse en médico y adujo que lo que llamamos mente es en realidad el cerebro y el sistema nervioso en acción. Este concepto era aproximadamente el mismo que expresara tercamente Thomas Hobbes casi cien años antes. Pero el libro de La Mettrie había aparecido en un momento oportuno; la filosofía del materialismo estaba en ascenso". "Hacia fines del siglo XVIII Franz Joseph Gall enunció las teorías de que las facultades mentales (memoria, imaginación, fuerza de voluntad, y otras) se basan en el desarrollo de la corteza. Las facultades bien desarrolladas deben tener sus correspondientes áreas extensas de materia gris. A su debido tiempo estas grandes áreas darían origen a protuberancias del cráneo. La investigación de Gall estaba pobremente estructurada, pero al menos era sincero. Hubo en cambio un hombre llamado Spurzheim que popularizó el trabajo de Gall y cuyos motivos eran cuestionables. De este modo se originó la pseudo ciencia llamada *frenología*, que consiste en el estudio de la personalidad por medio de las protuberancias de la cabeza. El valor un poco dudoso de la frenología fue lo que reveló al público en general la importancia del cerebro. Hoy en día pueden verse cartas frenológicas en las barracas de los adivinos de la suerte".

"Un investigador sumamente competente, Pierre Flourens, demostró en la primera mitad del siglo XIX que la fenomenología tenía poco asidero. Sus estudios indicaron que, aunque la corteza era aparentemente el asiento del pensamiento o la conciencia, era muy dudoso que ciertas áreas se especializaran en ciertos poderes mentales. En cambio, Flourens arguyó que los procesos del pensamiento actúan como un todo. El pensamiento parece ser un proceso unificado. Memoria, voluntad, imaginación y otras facultades no pueden distinguirse entre sí sobre la base de la estructura cerebral. También a principios del siglo XIX, C. Bell y F. Magendie, trabajando en distintos laboratorios, lograron demostrar la existencia de nervios sensoriales y nervios motores. Algunos nervios transmiten a la médula espinal o al cerebro la información recogida del mundo externo por los órganos de los sentidos, mientras otros transmiten información de la médula espinal o del cerebro a las células musculares, haciendo que los músculos se contraigan. Así, los fisiólogos comenzaban a aprender que la compleja estructura del sistema nervioso podía relacionarse con funciones específicas. Las diferentes funciones de los nervios sensoriales y motores arriba descritas constituyen la llamada ley de Bell-Magendie".

"Un contemporáneo de Bell y Magendie, Johannes Müller, obtuvo la primera cátedra de fisiología. El puesto fue creado en la Universidad de Berlín, y de ese modo la fisiología quedó definitivamente establecida como ciencia. Müller formuló una de las doctrinas más famosas en las áreas afines a la fisiología y a la psicología: la doctrina de la energía específica de los nervios que establece que un nervio dado es capaz solamente de una cualidad básica de experiencia. El nervio óptico, por ejemplo, solo es capaz de proporcionar experiencias visuales. Una retina estimulada por ondas sonoras no brindaría al organismo una experiencia auditiva. Si una onda de expresión sonora provocara el incendio de las neuronas de la retina, la única experiencia posible sería visual; el organismo vería relámpagos de luz. Müller consideraba su doctrina como un respaldo de la idea kantiana de las teorías *apriorísticas* de la mente. La mente para él se basaba en una estructura innata que daba origen a experiencias fijas".

"En la misma época Max Weber llevaba a cabo sus investigaciones sobre el sentido del tacto y la *kinestesis* en la Universidad de Leipzig".

"Kinestesis es el sentido que empleamos cuando levantamos algo y podemos hacer una estimación de su peso. Weber estaba interesado en los juicios formulados acerca de diferencias. Por ejemplo: si levantamos dos pesos al mismo tiempo, uno con la mano derecha y otro con la izquierda, ¿cuánto más pesado tiene que ser uno de ellos para que se detecte la diferencia? ¿Se requiere siempre una diferencia absoluta? ¿Cuál exactamente? ¿O la habilidad para detectar la diferencia reside en la *proporción* entre el peso mayor y el menor? Weber descubrió que la clave era la proporción. Y esta proporción era una constante que se mantenía en una amplia gama de pesos levantados. Para el sentido de la kinestesis la proporción resultó ser de 40 onzas. En otras palabras, si sosteníamos en una mano un peso de 40 onzas debíamos sostener un peso de 41 onzas en la otra para notar la diferencia entre ambos pesos. Por supuesto, ésta es una generalización y resulta verdadera para observaciones repetidas. Las observaciones individuales tal vez no se ajusten perfectamente a las predicciones. Weber halló fracciones similares para otras modalidades sensoriales. Los valores exactos de estas fracciones variaban según los distintos sentidos, pero se descubrió la existencia de una proporción constante para cada sentido. Weber informó acerca de sus resultados y los consideró solamente como investigación fisiológica. No preveía que sus hallazgos pudieran servir como base para el enfoque científico de la psicología. Esta contribución estaba reservada a Gustav Theodor Fechner".

Bruno Frank (1978) Historia de la psicología. Buenos Aires: Editorial Troquel. Páginas 81-84.

Psicología práctica y funcionalismo.- "¿Ha visto usted alguna de esas viejas películas del Oeste en las que dos líneas de acción ocurren al mismo tiempo? El narrador anuncia: 'Mientras tanto, en el rancho...', y la acción comienza en un lugar distinto. El autor se siente tentado de iniciar este capítulo con las palabras 'mientras tanto en Inglaterra...'"

"Un libro es una secuencia lineal de capítulos, pero la historia real no está organizada en capítulos. El crecimiento de la ciencia se parece mucho al crecimiento de un árbol. Mientras una rama crece, otra experimenta un crecimiento simultáneo. Mientras la psicología experimental se establecía en Alemania,

hechos paralelos tenían lugar en Inglaterra, Francia, Rusia, Estados Unidos y otros países del mundo occidental en multitud de formas distintas. Los experimentalistas alemanes dominaban el campo de la psicología al entrar el mundo al siglo XX, no tenían ese terreno reservado exclusivamente para ellos”.

“En la misma época en que Wundt trabajaba en Alemania, sir Francis Galton se dedicaba en Inglaterra al problema de las diferencias individuales. El enfoque del primero era normativo; deseaba estudiar la mente normal o típica. Con cierta reticencia Wundt permitió a un alumno norteamericano, James Cattell, trabajar en el problema de las diferencias individuales. Cattell habría de tener gran influencia más tarde en el movimiento de test mentales de los Estados Unidos. Galton deseaba en cambio estudiar alguna de las bases de la diversidad de conductas entre los hombres”.

“Francia sentía un profundo interés por el *hipnotismo* y su posible uso como instrumento para tratar la conducta desviada. El hipnotismo tiene una colorida historia, y parece haber capturado la mente moderna a partir de la labor de Franz Anton Mesmer en el siglo XVIII, quien pensó que los fenómenos hipnóticos tenían cierta relación con los fenómenos magnéticos en los vólvulos influencia sobre Freud animales, y se acuñó entonces la expresión *magnetismo animal*. Investigadores posteriores rechazaron el concepto de magnetismo animal y asociaron la hipnosis con una forma especial de sueño o un estado especial de vigilia con un campo de atención disminuida. Un inglés, James Braid, introdujo el término *hipnotismo* en reemplazo neutral del término *mesmerismo*. Pero, obviamente, el término *hipnotismo* ha dejado de ser neutral. El concepto de hipnosis posee desafortunadas connotaciones: brujería, vudú, control de la mente. Un serio estudiantes de hipnosis, Jean Charcot, tuvo influencia sobre Freud, cuyos primeros trabajos incluían el uso de hipnosis y de imanes para ‘curar’ desórdenes neurológicos”.

“La cuestión es que el interés de los franceses por la hipnosis indicaba su tendencia a encarar la psicología desde un ángulo de vista práctico. El inacabable teorizar de los alemanes no era para los franceses; es fácil de entender, por ende, que los primeros tests de inteligencia prácticos fuesen ideados en Francia por Alfred Binet. Estos test eran una respuesta práctica a los problemas de ubicar niños en los grados correspondientes a su nivel en las escuelas”.

“Mientras Wundt trabajaba en Alemania, William James escribía y dictaba conferencias en Harvard. James ofrecía a sus alumnos una relación clara y precisa de la psicología alemana pero, al mismo tiempo, ésta despertaba su impaciencia. Al igual que Franz Brentano, James estaba más interesado por actos mentales que por contenidos mentales. Así, recalcó el hecho de que la conciencia está en constante movimiento, tiene continuidad; asimismo, enfatizó la idea de que la mente tiene una utilidad o, en otras palabras, que es ‘funcional’, como puede serlo un picaporte. Un picaporte sirve para abrir una puerta, la mente sirve para resolver problemas, tomar decisiones y cosas por el estilo. El enfoque psicológico de James tendía a expresarse en términos de aplicación. Si la mente tiene una utilidad ¿cómo puede aprovecharse al máximo en situaciones verídicas? John Dewey, en la línea del pensamiento de James, subrayó la importancia de la innovación y el cambio social. Su filosofía contribuyó en forma significativa a establecer una escuela de psicología en la Universidad de Chicago -que luego se llamó funcionalismo- y se abocaba al estudio de las relaciones funcionales entre situaciones y conducta, con un interés muy moderado de la teoría por sí misma. Se trata de un enfoque serio que se inclina a las aplicaciones inmediatas en la industria, los negocios y la educación”.

“En resumen, mientras los alemanes establecían una ‘ciencia pura’ de la psicología, altamente teórica, otros seguían muchos caminos opuestos. La flamante ciencia de la psicología comenzaba a fragmentarse”.

Bruno Frank (1978) Historia de la psicología. Buenos Aires: Editorial Troquel. Páginas 111 a 113.

Conductismo.- “En 1859 Darwin publicó *Origin of Species (El origen de las especies)*. Este famoso libro defendía calurosamente la evolución y la continuidad mental en hombres y animales. Algunos hombres comenzaron a considerarse animales complejos situados en lo alto del peldaño de la escala evolutiva, mientras otros se opusieron con el argumento de que los animales no tienen vida espiritual”.

“Los evolucionistas realizaron en consecuencia un gran esfuerzo para demostrar que los animales podían pensar, facultad que en lo pasado solía asociarse con el hombre. Circularon numerosas anécdotas que pretendían demostrar que existe la conciencia en los animales. Estas historias similares a las que hoy conocemos, y que se les otorgaban cualidades humanas: razonamiento, entendimiento, amor y moral, dieron sus frutos y muchas personas llegaron a aceptar el enfoque evolucionista. Pero un biólogo inglés llamado Lloyd Morgan sintió que las cosas habían ido demasiado lejos; en su opinión, el antropomorfismo (o sea la adjudicación de cualidades humanas a los animales) había llegado a la exageración. Puede verse en *The Call of the Wild (El llamado de la selva)* de Jack London, un ejemplo de antropomorfismo llevado al límite. El perro que protagoniza la novela, Buck, en ciertas escenas piensa igual que un ser humano. Morgan formuló un principio famoso al que se le dio su nombre: ‘Jamás se debe interpretar una acción como producto de una facultad psíquica superior si es posible interpretarla como producto de una inferior en la escala psicológica’. Con ella proponía que se buscara explicación a la conducta animal en términos instintivos, reflejos o hábitos, e lugar de hacerlos en términos de voluntad, razonamiento, concentración, etc.”.

“Estas concepciones prepararon el terreno para la introducción en psicología de dos enfoques: experimentación con animales y objetivismo estricto. Había al mismo tiempo, un descontento creciente

con el estructuralismo. Los funcionalistas estaban insatisfechos con el estructuralismo porque éste decía poco sobre la relación del organismo con su medio. Los objetivistas y conductistas trataron esta opinión. Pero además tenían otro motivo de desacuerdo con el estructuralismo, que residía en el método que aquél empleaba: la introspección. Las figuras claves que originaron el movimiento conductista -Pavlov, Thorndike y Watson- pensaban que los datos recogidos por este medio no eran fidedignos; ellos querían ubicar a la psicología en una posición que consideraban más sólida. Buscaban así imitar los métodos objetivos de las ciencias físicas”.

Bruno Frank (1978) Historia de la psicología. Buenos Aires: Editorial Troquel. Páginas 133-134.

Psicología de la gestalt.- “Imaginémonos sentados en la sala de música. Ahora bien ¿escuchamos la canción o cada una de las notas? Resulta obvio para la mayoría de la gente que escuchamos canciones (melodías) que constituyen todos organizados. Si escucháramos tan solo un conjunto de notas individuales sin una organización clara, no tendría sentido oír dicha melodía”.

“¿De dónde proviene la experiencia de dicha melodía? Hay varias respuestas a esta pregunta. Recordemos el principio de síntesis creativa de Wundt: las sensaciones que despierta cada una de las notas se combinan (son percibidas) de manera tal que originan una nueva experiencia no contenida en ninguno de los elementos que forman parte de la experiencia. La idea clave es que *aprendamos* a oír melodías mediante una asociación de elementos sensoriales. Para más de un pensador, el principio de Wundt resultó inaceptable, y los críticos más exitosos que tuvo aquel filósofo y el enfoque estructural fueron psicólogos de la Gestalt”.

“La psicología de la Gestalt surgió originalmente como protesta contra el enfoque de Wundt a la comprensión de la experiencia conciente. La palabra *Gestalt*, de origen alemán, no tiene equivalente exacto en español, quizá la mejor traducción sea ‘todo’. Otras alternativas serían ‘forma’, ‘esquema’ y ‘configuración’. La idea básica de esta escuela es que las experiencias totales no pueden comprenderse mediante un análisis de sus elementos sensoriales. No se puede entender una melodía descomponiéndola en tonos. La *Gestalt*, o ‘todo’, tiene atributos propios que no provienen de sus partes”.

“Es conveniente considerar el clima científico del cual surgió la *psicología de la Gestalt*, a cuya aparición contribuyeron los adelantos de la psicología misma y de la física”.

“En psicología, había un descontento creciente por las explicaciones de percepciones complejas a través del análisis de sus elementos sensoriales. La analogía química de Wundt había tomado de los Mills resultaba cada vez más insatisfactoria. Poco antes de comenzar el siglo XX un profesor austríaco, Christian von Ehrenfels, propuso la teoría de la Gestaltqualität, o ‘cualidad-forma’, que sugería que la forma, o esquema, era en sí un elemento sensorial. En consecuencia, si escuchamos una simple melodía de veinte notas, von Ehrenfels diría que nuestra experiencia total consiste en veintiún elementos: oímos veinte tonos individuales más el elemento de cualidad-forma. Esta propuesta de Ehrenfels se alejaba un poco de la teoría de Wundt, pero no rompía totalmente con el punto de vista tradicional”.

“Tal vez parezca irrelevante en este momento saltar al campo de la física, pero sólo se pueden apreciar los conceptos de la psicología de la Gestalt si tenemos al menos una noción de sus relaciones con esta ciencia. La revolución que desató Einstein en el pensamiento al proponer la peculiar teoría de la relatividad surtió un efecto directo con la aparición de la psicología de la Gestalt. Sir Isaac Newton había concebido el tiempo y el espacio como absolutos: entes fijos que no cambiaban jamás. Newton dijo, por ejemplo, acerca del tiempo: ‘El Tiempo Absoluto, Verdadero y Matemático, en sí y por su propia naturaleza, fluye uniformemente sin relación con lo externo, y por otro nombre que se lo llama Duración’.

“Einstein dijo que Newton estaba equivocado, ya que el tiempo podía ‘fluir’ a diferentes velocidades en lugares distintos. En vez de espacio y tiempo, Einstein hablaba de espacio-tiempo, un campo unificado. De modo que ‘el fluir del tiempo’ en una determinada región de espacio-tiempo podía verse afectado por *un cambio en el espacio*. No es esta una idea extravagante: la física contemporánea sostiene que el espacio *cambia* en presencia de grandes cuerpos gravitacionales, tales como el sol. Lo que queremos demostrar es que los conceptos de relatividad y un campo de fuerzas tuvieron gran influencia en el desarrollo de la psicología en la Gestalt. Bien se podría pensar que esta escuela fue un intento por aplicar las soluciones de la física práctica a los problemas de la teoría psicológica. Observamos así la aparición de la psicología de la Gestalt como resultado conjunto de un descontento con el sello original de la psicología experimental alemana y una creciente conciencia de la importancia de las nuevas tendencias de pensamiento en el campo de la física”.

Bruno Frank (1978) Historia de la psicología. Buenos Aires: Editorial Troquel. Páginas 157 a 159.

Psicoanálisis y teoría de la personalidad.- “A nivel popular, el nombre de Freud es prácticamente un sinónimo de psicología, lo que basta para que un psicólogo académico monte el cólera. Hay mucho más en psicología que las teorías de Freud. Es más, Freud se encontraba apartado de la corriente principal de la psicología académica, era doctor en Medicina, no doctor en Filosofía, y desarrolló su teoría en el ambiente de la práctica privada, no en el medio universitario”.

“Pese a ello, Freud es una figura clave en la historia de la psicología. Sus contribuciones a la teoría de la personalidad dominan aun el teorizar contemporáneo sobre la personalidad del hombre. Sus teorías sobre

este tema surgieron como conclusiones de su tratamiento clínico de pacientes neuróticos, y el método que ideó para tratarlos, el *psicoanálisis*, fue precursor de casi todas las formas de psicoterapia verbal moderna”.

“Para apreciar las contribuciones freudianas a la teoría de la personalidad y al tratamiento de desórdenes mentales, es necesario tomar en cuenta las formas de tratamiento que existían antes de las suyas. En la historia de la humanidad hubo numerosas maneras de tratar enfermedades mentales, algunas humanitarias y otras no tanto. Los antiguos griegos prescribían sol radiante, aire puro y descanso, lo cual tiene un aire moderno y suena muy parecido al consejo de nuestro médico: ‘Haga un viajecito; aléjese de todo durante un tiempo, olvide sus preocupaciones’. Pero en el curso de la historia existieron recetas más severas. En una época se practicaban agujeros en el cráneo de los enfermos mentales para liberar los malos espíritus. Algunas enfermas fueron quemadas en la hoguera como brujas y en otras personas se practicaron exorcismos a fin de expulsar los demonios que supuestamente se adueñaban de su alma, mientras a otros se los azotaba como castigo por sus pecados”.

“Ya en los años de juventud de Freud se había iniciado una tendencia más humana en el tratamiento de las enfermedades mentales. El director del asilo de La Salpêtrière, de París, Phillipe Pinel, se había transformado en una figura discutida porque ordenó quitar las cadenas con que habitualmente se sujetaba a los insanos. Un hombre llamado Clifford Beers había hecho notar las falencias de los modos de tratamientos corrientes en una obra titulada *A Mind that Found Itself (Una Mente que se Halló a Sí Misma)*, acerca de su propia búsqueda de la cordura. En Francia, Jean Martin Charcot y Pierre Janet habían comenzado a usar la hipnosis como medio para tratar la histeria. El término ‘histeria’, tal como lo emplearon Charcot y Janet, no significaba correr y dar gritos; el paciente histérico se caracterizaba por desórdenes que no obedecían a causas orgánicas evidentes. Podía verse atacado por parálisis, ceguera, sordera, insensibilidad al tacto, o trastornos similares. Por eso, en lenguaje actual, llamaríamos a esa enfermedad *neurosis*. Charcot y Janet descubrieron que, empleando la sugestión mientras los pacientes se hallaban en trance hipnótico, se podían eliminar sus síntomas neuróticos. Los ciegos podían ver nuevamente, los sordos recuperaban la audición y los paralíticos volvían a caminar. Pero, lamentablemente, las curas tenían carácter temporario y la gran mayoría volvía a caer en el cuadro sintomático anterior a la curación”.

“Freud estudió en Francia y observó las maravillosas, aunque pasajeras, curas que se realizaban con pacientes histéricos. De ahí que el tratamiento hipnótico de enfermos neuróticos haya sido un factor de fundamental importancia en el advenimiento del psicoanálisis, una forma de tratamiento cuyo objeto era dar cura permanente a desórdenes de ese tipo”.

Bruno Frank (1978) Historia de la psicología. Buenos Aires: Editorial Troquel. Páginas 175 a 177.

Psicología experimental versus psicología clínica.- “Las escuelas clásicas de estructuralismo, conductismo, y objetivo es psicología de la Gestalt ya no existen en sus formas originales; las fronteras que las delimitaban se han vuelto borrosas con el correr de los años. Es más natural dividir la psicología contemporánea en dos campos: experimental y clínico. La primera adopta una postura más testadura y se esfuerza por definir los conceptos en términos de manipulaciones experimentales observables. Presta especial atención a los datos cuantitativos que pueden analizarse mediante métodos estadísticos y su objetivo es lograr una comprensión amplia o abstracta de la conducta aplicando el método científico”.

“Por su parte, la psicología clínica se ocupa de aquellas áreas que requieren atención inmediata. Debido a su necesidad de atender problemas prácticos ha adquirido la reputación algo dudosa de ser excesivamente blanda y menos rigurosa que la experimental. Al clínico le preocupan más que a los experimentalistas las personas reales con verdaderos problemas psicológicos; en consecuencia, este profesional suele emplear un lenguaje más subjetivo y más próximo a la experiencia humana. Inevitablemente se sorprende a sí mismo hablando de deseos, temores, precauciones, ambición, todos los conceptos subjetivos que escapan a la definición precisa. Pero... ¿qué otra cosa puede hacer? Cuando habla con un paciente, éste usa términos subjetivos para referirse a sí mismo. Si el psicoterapeuta desea ‘entrar en el mundo del paciente’ debe pensar en la persona más o menos con el mismo lenguaje que aquélla emplea para referirse a sí misma. Los partidarios de la psicología humanística no tienen reparo alguno para escoger el enfoque fenomenológico; sienten que solo pueden ayudar al paciente si logran ver el mundo como éste lo ve”.

“Pese a lo dicho, la psicología experimental está haciendo incursiones en la psicoterapia. Una de las tendencias más interesantes de esta forma de tratamiento es un movimiento que se describe a grandes rasgos como *terapia conductal*. Los terapeutas conductuales intentan hacer aplicaciones sistemáticas de las ideas de los conductistas como Clark L. Hull y B. F. Skinner, para ayudar a enfermos mentales a recuperar un funcionamiento más o menos normal de la conducta. Dicho condicionamiento se apoya en el principio de que nuestros actos son *instrumentales*, en el sentido de que tienen alguna consecuencia. Las consecuencias positivas se consideran *fortificantes*, lo cual quiere decir que aumenta la posibilidad de ocurrencia de un acto instrumental determinado. Por ejemplo, tenemos el caso de María J., una enferma mental que lo único que hace es sentarse a mirar televisión durante todo el día. Jamás se higieniza, y desde hace muchos años no hace su cama. Pero tiene buen apetito y responde presurosa a los llamados para ir a comer. ¿Cómo podemos lograr que comience a higienizarse y a hacer su cama? Ni los ruegos ni

las amenazas lograrían ese propósito; a través de los años, María no ha respondido en forma satisfactoria a la psicoterapia individual ni a la terapia de grupo. ¿Existe alguna manera de volverla a la realidad? En el mundo 'real' (es decir, el mundo que está fuera del hospital para enfermos mentales), la conducta es redituable o no. Una posibilidad es 'pagarle' a María por hacer su cama. Una mañana el terapeuta conductal entra en la sala y deposita fichas sobre las camas de aquellas pacientes que han hecho su cama. No deja ninguna sobre la de María, y dice: 'Solo aquellas que hicieron la cama tomarán el desayuno esta mañana. Usen las fichas en el comedor para pagar la comida pero, si no tienen fichas, no se molesten en ir porque no las van a atender'".

"Es fácil imaginar el alboroto que esto provoca en una sala de enfermas mentales. Las pacientes que habían recibido alimento durante años sin necesidad de hacer nada, en un primer momento se agitan mucho. Pero volvamos a la sala unas pocas semanas más tarde: veremos a María tendiendo su cama, como viene haciéndolo durante algunas mañanas. Claro que su trabajo deja mucho que desear, pero poco a poco va mejorando. Y, lo que es más, ha comenzado a lavarse de tanto en tanto. Incluso su nivel de conducta y su interés por el mundo que la rodea han aumentado. Si un terapeuta conductal se permitiera describirla en términos subjetivos, diría que María ha comenzado a respetarse a sí misma y a sentirse más responsable de su propio comportamiento. En consecuencia, empieza a orientarse más hacia la realidad, lo que se logró creando una situación en la que hacer la cama era un acto instrumental destinado a obtener alimento".

"Los terapeutas conductales se sienten capaces de responder a todos estos cargos. Opinan, por ejemplo, que la acusación de entrenar a los pacientes 'como animales' no es válida, y que todos nos comportamos según las consecuencias de nuestros actos en 'el mundo que está fuera del hospital': un empleador no retendría mucho tiempo a sus empleados si no les pagara, y los padres no castigarían ni alabarían a sus hijos si no desearan modelar y controlar su conducta. En cuanto a la observación de que la verdadera enfermedad no ha sido curada, diremos que el terapeuta conductal la considera sucia y dualista; esta dicotomía entre la 'enfermedad real' y sus síntomas, o conducta, le parece absurda. Lo que denominamos enfermedad mental es el comportamiento singular o desviado del paciente. Y la última afirmación, según la cual el paciente retornará a sus viejos hábitos una vez 'liberado' de las obligaciones impuestas, puede aplicarse también a pacientes sometidos a otros tipos de tratamientos. La evidencia indica incluso que los enfermos tratados por medio de esta terapia tienden a mantener y consolidar sus logros en un grado muy aceptable si se los compara con la generalidad de los pacientes con enfermedades mentales".

"Este caso de terapia de la conducta intenta demostrar que la psicología clínica y la psicología experimental pueden tener y tienen algunos puntos de contacto.

Los hallazgos de la segunda pueden contribuir a la práctica de la psicología clínica, del mismo modo que las ideas y presentimientos del clínico constituyen una rica fuente de hipótesis para el investigador. Aunque existen fanáticos en ambos bandos que solo admiten su propio punto de vista, la mayoría de los psicólogos son hombres razonables que buscan las contribuciones valiosas que ambas ramas de la psicología pueden aportar a esta disciplina".

Bruno Frank (1978) Historia de la psicología. Buenos Aires: Editorial Troquel. Páginas 215 a 218.

HISTORIA DEL PSICOANÁLISIS

Precursores mediatos.- Se pueden mencionar a Platón y a Empédocles. Platón representa el primer gran polo de referencia histórico-filosófica del discurso freudiano. Freud cita "El banquete" de Platón en el capítulo 7 de "Más allá del principio de placer", y recurre al pensamiento platónico cuando se encuentra con una dificultad en su investigación. En ese momento está hablando de la sexualidad y su origen, y dice que lo que la ciencia nos enseña sobre este tema es tan poco que puede compararse con las tinieblas, recurriendo a un lenguaje mítico como el de Aristófanes, uno de los personajes de El Banquete. Por medio de Aristófanes, Platón relata la separación de los sexos partiendo de una unidad primitiva que eran criaturas míticas llamadas andróginos. Estos andróginos tenían dos caras, dos sexos, etcétera y relata el mito según el cual fueron mandados a cortar por la mitad por Zeus, pero una vez separados buscaron insistentemente su unidad original. Se abrazaban y después morían. Entonces Zeus les tuvo piedad y ordenó que las criaturas fueran reconstituidas pero no en una sino en dos criaturas en dependencia una de otra, las que desde entonces buscan siempre esa unidad perdida por medio de la complementación. Además, según este mito lo real se dividía en tres clases: mujeres, hombres y andróginos. Para Freud esas criaturas representarían lo fundante de la sexualidad, estarían revelando la separación entre un pasado mítico y un presente real, y serían el testimonio del origen buscado. En esto está contenido el origen de la bisexualidad a partir de la cual se diferenciarán los dos sexos.

Empédocles, por su parte, habla de dos fuerzas, el amor y la discordia, que unen y destruyen, agrupan y desordenan, lo cual está en el origen de las formulaciones freudianas sobre las pulsiones de vida y muerte.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

Precursores inmediatos.- El psicoanálisis se nutre de la cultura occidental en general (filosofía, religión, literatura, etc), pero especialmente de los postulados científicos del siglo XIX. Estos postulados son cuatro: 1) *Teoría evolucionista de Darwin*, donde aparecen conceptos como regresión, fijación, adaptación, etc, que luego serán retomados y redefinidos por Freud. 2) *Psicología asociacionista*: porque conceptualizan el funcionamiento psíquico puro y explican el proceso de asociación de ideas. 3) *Neurofisiología*: explicación del funcionamiento y conexiones neuronales. 4) *Psiquiatría*: como estudio de las enfermedades mentales no como orgánicas sino como puramente psíquicas.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

Era pre-psicoanalítica.- Ribot (1839-1916), filósofo, es un pilar dentro de la psicopatología. Afirma que la psicología debe separarse de la metafísica: esta estudia las causas primeras, mientras la psicología hará observación de hechos más extendidos y amplios que los simplemente observados, o sea debe abarcar los fenómenos mentales en las distintas etapas del desarrollo humano. Partiendo de la psicología animal, esboza una psicología genética y luego explora la psicopatología. Siendo filósofo, nunca estuvo en contacto con pacientes, y su información proviene de los textos.

Para él la desorganización patológica se instala siguiendo un orden según el cual lo nuevo se pierde antes que lo antiguo y lo sencillo antes que lo complejo. La observación de estos grados revelan procesos cuya existencia no podría verse en la normalidad, pues aparecen en la patología. Estableció la primacía de la vida afectiva en la cual las tendencias parciales no concientes tienen un papel fundamental. La patología muestra justamente disolución del desarrollo afectivo.

Ribot sostuvo la necesidad de articular dos vertientes: la filosófica y la médica. Sus discípulos fueron Dumas y Janet.

Janet, médico, pronto se interesa por la psicología patológica. Como método propone ajustarse a la observación de la conducta, a la cual define como una categoría amplia que engloba un conjunto de acciones caracterizada por tener un significado y una finalidad, y cuya unidad reside en su valor funcional. Las acciones se encuentran en el origen del pensamiento y el acto es el desencadenamiento de una tendencia a hacer una serie de movimientos en orden sucesivo. Esas tendencias están siempre jerarquizadas pues algunas de ellas exigen gran fuerza psicológica y tensión. Son estas las nuevas síntesis que abarcan numerosos hechos, la incorporación de nuevos conocimientos y el manejo de situaciones novedosas, es decir acciones orientadas hacia la realidad en forma eficaz. Otras acciones en cambio exigen menos fuerza y tienen una tensión mínima, como las acciones desinteresadas, las reacciones emocionales habituales y los movimientos automáticos.

Demuestra que en las neurosis las acciones que implican gran fuerza y máxima tensión son las primeras en ser suprimidas, persistiendo sólo las acciones automáticas, que se exageran.

Charcot (1825-1893) fue médico neurólogo y luego psiquiatra. En La Salpêtrière estudia la histeria en las mujeres. Trabajó con la hipnosis, con la cual produjo estados motores imposibles de simular. En base a la hipnosis encontró tres estados nerviosos en la histeria: la catargia, la catalepsia y el sonambulismo. Los trabajos de Charcot (traducidos al alemán por Freud) fueron refutados por Metzner (1832-1919) al decir éste último que Charcot se basó en la sugestión y no en la hipnosis, y que lo que hacía Charcot era trabajar con personas altamente sugestionables y allí promover el síntoma.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

Continuadores del psicoanálisis.- Son el psicoanálisis del yo, la escuela inglesa, el estructuralismo, Jung, Adler, Horney y Sullivan.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

HOLON

Definición.- "Describe las partes componentes de un sistema en tanto cada una se puede considerar al mismo tiempo un todo por sí misma, pero también es parte de una entidad más amplia donde está inserta. Por ejemplo, uno puede ser un individuo y al mismo tiempo miembro de la unidad conyugal. Un holón porfi en su autoconservación como un todo, pero también aporta energía integradora como parte".

Umbarger C, Terapia familiar estructural, Barcelona, Paidós.

HOMBRE

El dilema del hombre.- R. May cuenta una fantasía donde San Pedro recibe en el cielo a un psicólogo acusándolo de simplificar demasiado al hombre, encasillándolo en teorías y prejuicios. El hombre es algo más que estímulos y respuestas, o descarga de tensiones.

El dilema del hombre es el que se origina en la capacidad de éste para sentirse sujeto y objeto al mismo tiempo. Ambos son necesarios para una vida gratificante y para la psicoterapia. No se puede ser solamente "objeto" a merced de impulsos, ni solamente "sujeto", sin conexión con la realidad y entregado a puras fantasías. La conciencia oscila entre ser sujeto y ser objeto. Mi libertad radica en experimentar ambos polos, no en ser puro sujeto.

En psicología, cuanto más el hombre se esfuerza por ser puramente objetivo, más queda atrapado en su subjetividad. Y al revés, poner demasiado énfasis en el polo subjetivo del dilema del hombre, el de la libertad, el del hombre como sujeto determinante, con el consiguiente olvido del ser humano como objeto determinado, constituye también un error.

En el proceso dialéctico entre estos dos polos, radica el desarrollo, la profundización y la ampliación de la conciencia humana. El error de las dos posiciones extremas (privilegiar el objeto como hace Skinner, o el sujeto como hace Rogers), consiste en suponer que se puede evitar el dilema con sólo aferrarse a uno de ambos extremos. Pero el hombre debe aprender a vivir en ambos. Al hombre que le ocurren cosas (nace, muere, etc.) es el hombre objeto, y el hombre que toma conciencia de todo ello, es el hombre sujeto.

Resumen de Rollo May (1990) La psicología y el dilema del hombre. México: Gedisa. Capítulo 1: Qué es el dilema del hombre?

Hombre y ciencias del hombre.- Ciencias del hombre, no es simplemente amontonamiento de ciencias como la psicología, la sociología, etc., sino una teoría activa que nos permita entender y clarificar las características específicas y distintivas del ser humano. Sobre esta base entonces se podría hacer psicoterapia, por ejemplo. Sin embargo nadie tiene bien claro aun, cuál podría ser el modelo de hombre, cómo podría hacerse una ciencia del hombre.

Hubo muchos intentos: desde la psicología experimental, desde la medicina, desde la psiquiatría, desde el psicoanálisis, etc. La confusión acerca del hombre, no es culpa de estos enfoques, sino que es algo propio de nuestra cultura. Históricamente se dio siempre este problema de definir lo humano, y cada época dio sus respuestas, como por ejemplo pensar que lo humano es lo contrario de la naturaleza (cultura versus naturaleza), etc. Otros modelos vieron al hombre como continuación de la naturaleza animal, como el conductismo.

Tampoco se puede confundir al hombre como unión de cuerpo y mente. La pregunta crucial que hay que hacerse, no es cómo influye uno sobre el otro, sino: ¿cómo se relaciona la persona en su totalidad, en el conocimiento de sí misma, con el cuerpo y la mente? La característica crucial es el yo en su relación consigo mismo.

Otras características definitorias del hombre son el lenguaje (uso de símbolos), la noción del tiempo (el hombre puede por ejemplo, planear el futuro, o puede tener tradiciones históricas), la capacidad de interacción social. Lo común de estas tres características, es el hecho de que el hombre es capaz de trascender la situación concreta. Todo esto nos lleva a postular que la característica fundamental del hombre es su capacidad de relacionarse consigo mismo como sujeto y objeto a la vez (lo que Rollo May llama "autorrelación"). El bloqueo de esta autorrelación es la neurosis, la psicosis, etc.

Resumen de Rollo May (1990) La psicología y el dilema del hombre. México: Gedisa. Capítulo 13: Interrogantes para una ciencia del hombre.

HOMEOSTASIS

Generalidades.- "El ser humano, al igual que los otros organismos vivos, se hace en cierta medida independiente del medio que lo rodea, en el sentido de que mantiene condiciones internas constantes, independientemente de las variaciones que pueden ocurrir en el medio externo. Esta regulación y mantenimiento de un medio interno constante fue estudiado por C. Bernard y Richet, especialmente, y es lo que en año 1929 Cannon denomina homeostasis, llamando mecanismos homeostáticos a los medios por los cuales se logra. Esta propiedad de poder mantener constante las condiciones internas, aunque haya variaciones en las condiciones externas, es lo que permite en cierta medida, que el ser humano se independice o que no viva tan sometido o tan estrictamente sujeto al medio, y se adapte en cambio a condiciones muy variadas. Cannon extendió este concepto de homeostasis, indebidamente, de la biología a otros campos; posteriormente también se lo incorporó en la psicología, donde coincide con la finalidad de la conducta, que es la de mantener constantes las condiciones internas de un campo dado, del cual el organismo es uno de sus integrantes. Stagner y Karwoski hacen una diferenciación entre la homeostasis estática y otra dinámica; la primera corresponde a la restitución fisiológica automática del equilibrio, sin intervención de la experiencia, mientras que la segunda es la que aparece en situaciones más complejas, en las que intervienen no solo los centros bulbares o subcorticales, sino también los centros superiores que incluyen el aprendizaje, la memoria, el pensamiento. Este concepto de homeostasis en psicología se refiere entonces, en síntesis, a que el campo psicológico tiende a mantener constantes sus condiciones de equilibrio o a recuperarlas si las ha perdido; esta tendencia a la desorganización o al desequilibrio proviene en parte de la propia inestabilidad del campo psicológico, pero también del campo ambiental o geográfico" (páginas 74-75).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

HOMOGAMIA

Definición.- "La tendencia a formar pareja con un individuo 'igual a uno'. Las personas semejantes contraen matrimonio más a menudo que lo que previsiblemente sucedería por azar".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 621.

HOMOSEXUALIDAD

Generalidades.- En "Nerviosidad cultural", Freud contrapone lo perverso y lo normal, e incluso intenta explicar la homosexualidad como algo que "no es normal".

El creador del psicoanálisis ubica la etiología de la homosexualidad en la salida del complejo de Edipo, y más concretamente en el tipo de identificaciones que logró hacer el sujeto en esa fase libidinal, habiendo quedado el sujeto homosexual fijado a su madre "con una intensidad inusualmente grande" sin abandonar este objeto en la etapa puberal (etapa en la que debería permutar a la madre por otro objeto sexual) identificándose de esta manera al objeto, e introyectándolo a su yo.

Cuando Freud analiza el caso de Leonardo da Vinci, por ejemplo, dice que "el muchacho reprime el amor por su madre poniéndose él mismo en el lugar de ella, identificándose con la madre y tomando su persona propia como el modelo a semejanza del cual escoge sus nuevos objetos de amor. Así se ha vuelto homosexual (...) hallando sus objetos de amor por la vía del narcisismo (...) Por obra de este vínculo erótico con la madre ha devenido un homosexual".

Según Freud, el psicoanálisis aportó dos hechos indudables respecto a la homosexualidad: la fijación a la madre, y la tesis de que todas las personas son capaces de una elección homosexual de objeto.

En el caso de la homosexualidad femenina, Freud aclara sus aspectos etiológicos, por ejemplo, en "La femineidad", donde dice que el Edipo femenino tiene varias alternativas: la salida normal, que implica buscar un sustituto del pene perdido (por ejemplo un hijo), y algunas salidas patológicas, entre las cuales está la resolución homosexual: la mujer niega la pérdida del pene comportándose como un hombre, o en otras palabras, la niña niega su castración y exagera su actividad clitoridiana buscando refugio en una identificación con la madre fálica o con el padre.

Desde los tiempos de Freud hasta hoy, la opinión científica ha cambiado y, aunque el DSM-IV incluye la homosexualidad como trastorno, hoy en día lo 'patológico' de la homosexualidad no pasa tanto por la preferencia por el mismo sexo sino por el sentirse mal por ello, no asumirlo, vivirlo con culpa, etc. Además, debemos tener en cuenta que muchas veces lo que es patológico es definido desde la sociedad o la cultura, que introducen sus propios criterios de salud y enfermedad. Por ejemplo, si sano es quien es capaz de amar, trabajar y desarrollar sus potencialidades, el homosexual puede no ser un enfermo, pero si sano es aquel "que es igual a mí", entonces para un heterosexual el homosexual es enfermo.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Enfoque freudiano.- Indica Franco que "la concepción freudiana sobre el desarrollo psicosexual ubica a la homosexualidad dentro de las etapas que deben atravesarse para lograr a partir de la pubertad la maduración que culmina... en la sexualidad genital" (Franco, 1995:247).

Indica Franco (2007:44) que a Freud puede considerársele el más tolerante y lúcido de los teóricos de la homosexualidad. Conforme a su teoría de la bisexualidad originaria, reconoce que todos los seres pueden elegir objetos de uno u otro sexo, distribuyendo su libido entre ambos, en forma manifiesta o latente. Defiende el carácter natural y no patológico de la homosexualidad, y considera que la misma es tan problemática como la heterosexualidad. El creador del psicoanálisis (citado por Franco, 1995:247) llega a decir que la homosexualidad no puede clasificarse como enfermedad sino como una variante de la función sexual producida por cierto desarreglo en el desarrollo sexual.

Señala Franco (2007:44) que Freud confesó no poder explicar el origen de la homosexualidad. En "Tres ensayos para una teoría sexual" la vincula con disposiciones arcaicas, mecanismos psíquicos primitivos, la elección objetual narcisista, la importancia erótica de la zona anal, y una marcada fijación erótica a la madre.

Franco J (2007) Sexualidad y salud. Buenos Aires: Publicación interna de la Universidad de Belgrano.

Franco J (1995) Sexualidad humana normal y patológica Del Culto a la Fertilidad al Erotismo Moderno. Buenos Aires: Publicación interna de la Universidad de Belgrano.

Homosexualidad infantil.- Anna Freud trata aquí la homosexualidad como una categoría diagnóstica en los trastornos de la infancia.

La homosexualidad es normal en ciertas fases del desarrollo, y es difícil saber si luego subsistirá en la edad adulta. Puede ser manifiesta o latente, activa o pasiva, distónica al yo (y entonces accesible al análisis) o sintónica al yo.

Los problemas vinculados con la homosexualidad se relacionan con tres aspectos importantes: la elección de objeto, las reconstrucciones en el análisis de adultos (y su valor para el pronóstico de la

homosexualidad en las evaluaciones hechas durante la niñez), y con la causación de la homosexualidad valorando los elementos constitucionales con los adquiridos.

El niño elige sus objetos no por el sexo sino por la función: a la madre porque le provee alimento, al padre porque es un protector poderoso. Son elecciones de objeto de tipo anaclítico, y sólo recién en la fase fálica se hace la elección en base al sexo: la niña se volcará al padre y el niño a la madre. En la adolescencia se puede volver a lo pregenital y haber conductas homosexuales mezcladas con heterosexuales.

Varios factores están vinculados con la homosexualidad, como la constitución bisexual de todo individuo, el narcisismo que lleva a escoger un objeto del mismo sexo que el de uno, la influencia de lo oral y lo anal, la sobreestimación del pene en la fase fálica, el amor excesivo o la hostilidad extrema hacia padre o madre, las observaciones traumáticas de la falta de pene o menstruación en la mujer, la envidia del cuerpo de la madre, y los celos entre hermanos rivales (que luego se convierten en objetos amorosos).

Todos esos factores hacen que durante el desarrollo predomine la homo o la heterosexualidad, en forma alternativa. Recién después de la pubertad podremos advertir la dirección definitiva (hacia la homo o hacia la heterosexualidad).

Condensado de Freud Anna (1975) Normalidad y patología en la niñez. Capítulo 5

HORA DE JUEGO DIAGNÓSTICA

Generalidades.- La hora de juego diagnóstica es aplicable a cualquier chico de 1½ a 11 años, con cualquier patología, y equivale a entrevista en adultos.

Condensado de Febrão A, Clases sobre Hora de juego diagnóstica, dictadas en la Cátedra de Teoría y Técnicas de Exploración y diagnóstico, Módulo 2 (Profesora titular: Graciela Celener). Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Consignas.- 1) Debe disponerse de una caja que puede contener material Inestructurado (Papel blanco, lápiz, goma, útiles, plastilinas, tijeras, glasé, hilo, cinta adhesiva, trapos), o estructurado (2-3 muñequitos, familias animales salvajes y domésticos, soldados, indios, autos, aviones, tacitas, cubiertos, pelota, revólver).

Los materiales deben estar expuestos ordenados al azar, junto a la caja abierta.

2) Se le pregunta al niño "¿Sabes quién soy yo y qué vamos a hacer?" (para ver si coincide con lo que sus padres le dijeron). Luego decirle: "Soy alumno de psicología y vamos a ver cómo jugás, dibujás, etc."

3) Realizar un breve rapport con el niño: "¿Cómo te llamas, cuántos años tenés, grado, con quién vivís, cómo te llevás con tu familia, compañeros, a qué te gusta jugar?"

4) "¿Ves estos juguetes? Son para que los uses como quieras. Yo miraré y escribiré. Estaremos una hora, y trataré de entender las cosas que te pasan".

Si el niño se bloquea, hacerle el señalamiento. Si pide la intervención del observador, se acepta preguntándole "¿Qué tengo que hacer?". Cinco minutos antes de la hora se le pedirá que vaya guardando los juguetes. Si es muy agresivo, se lo contiene con el cuerpo.

Finalizada la administración, en una columna izquierda se anota lo observado, en una columna derecha se anota lo contratransferencial, y finalmente se hace el análisis.

Condensado de Febrão A, Clases sobre Hora de juego diagnóstica, dictadas en la Cátedra de Teoría y Técnicas de Exploración y diagnóstico, Módulo 2 (Profesora titular: Graciela Celener). Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Análisis.- El análisis de la hora de juego tomará en cuenta los siguientes aspectos:

1) Aspectos evolutivos

- Crisis vitales y conflictos: ver si coinciden etapas del juego (senso-motor, simbólico, etc.) con edad cronológica.

- Diferencia según las edades: conductas, tipos de relaciones, intereses.

- Diferencias varón/mujer: a partir de los 5-6 años ya discrimina si es juego de varón o mujer.

- Diferencias en la construcción y la complejidad lúdica: avanza con la edad.

- Diferencias en las secuencias lúdicas: puede haber varias secuencias, o una sola en etapas.

- Diferencias en la comprensión de la situación: A partir de los cuatro años entiende la consigna verbal. Si no, darle una consigna corporal como recorrer el lugar, acercarle los juguetes, etc.

2) Aspectos formales

- Elección de juguetes por parte del niño. Permite hacer una primera inferencia diagnóstica. Puede ser: caótica (psicosis, autismo), dubitativa (obsesivo), evitativa, como evitar claramente ciertos juguetes (fóbico), agresiva o impulsiva (dirigido, no caótico: por ejemplo tirar juguetes, hacer un juego violento como el box, etc) (psicopatía).

- Modalidad de juego. Hay tres: a) Plasticidad: uso adecuado y creativo. b) Rigidez: el síntoma perturba el juego (por ejemplo, obsesivo, se lava a cada rato). c) Estereotipia/Perseveración: reitera la misma acción (siempre chupa o siempre escucha ruido).

- Motricidad. Sus observables son hiperkinesia, hipotonía (presión al jugar), lateralidad.

- Relaciones objetales: parciales (chupa un objeto), totales.
- Capacidad simbólica: se permite internalizar al objeto ausente (madre).
- Conflictos: Externos (yo-realidad) Psicosis. Internos (impulsos opuestos) Psicopatía, Jekyll y Hyde. Intrapsíquicos (yo-ello-superyó) Neurosis.
- Ansiedades: Confusional: no discriminadas (nacimiento, pre brote psicótico). Paranoide. Depresiva: querer hacer y hacer (maníaca). Todas se detectan contratransferencialmente.
- Defensas: Dependen de etapa (oral, anal, fálica); del tipo de conflicto; de la patología: histérica (represión), fobia (evitación), obsesión (formación reactiva, aislamiento, anulación), perversidad (negación o desmentida).
- Personificación: Superman, etc. Identificación del niño.
- Funciones yoicas: Atención, comprensión, memoria, elaboración, síntesis, logicidad, etc.
- Adecuación a la realidad: O sea a la consigna, si la cumple o no (a partir de 4 años, sí). Y si el juego es acorde al lugar (fútbol en un cuarto no).
- Tolerancia a la frustración: Esta tiene una: fuente interna ("no puedo hacer esto") o una fuente externa ("no me sirven estos juguetes").
- Nivel o intensidad de agresión: Autoagresión (psicosis/autismo), o heteroagresión (que puede ser indiscriminada o dirigida a ciertos objetos. En este último caso se analiza a cuales, y porqué).

3) Aspectos dinámicos

- Desarrollo de los impulsos: Los libidinales y agresivos deben tender hacia una integración.
- Fase libidinal: oral, anal, etc.
- Nivel psicosexual predominante: a partir de 6 años ver qué predomina.
- Puntos de fijación.

De acuerdo a Reynoso, los siguientes son los indicadores que deben tenerse en cuenta para analizar una hora de juego diagnóstica:

8 INDICADORES	NORMAL (1)	NEURÓTICO	PSICÓTICO
Elección de juguetes y juegos	Toca y deja. Luego elige en 10 más secuencias y en función de lo que representa.	Evita juguete (fóbico) o va con él siempre.	No respeta consigna.
Modalidad Plástico Rígido Estereotipado	Una o varias secuencias.	Prolijo en exceso, inhibido, compulsivo (obseso). Dramatiza (histérico).	Inhibición muy marcada, o alta agresividad.
Personificación	4-5 años adjudica roles. Roles ♂ o ♀, sea varón o niña – superyó.	Disociación muy marcada entre buenos y malos.	Pobre: figura agresiva.
Motricidad	Motricidad gruesa, luego fina.		
Creatividad	Se organiza internamente de diferentes formas con el mismo juguete diferente posibilidad.	Empobrecida. Repetitivo.	Repetición sin creación. Hay "originalidad" (origen ello).
Capacidad simbólica	Expresa fantasías.	Empobrecida. Repetitivo.	No puede discriminar el "como si". Educación simbólica.
Tolerancia a la frustración	Vehiculiza ansiedades. Defensas variadas y plásticas.	No es capaz de sustituir un elemento por otro	Mínima.
Adecuación a la necesidad	A partir de los dos años discrimina el "como si".	Más realista que psicótico.	

(1) Según Reynoso, la normalidad es según cada edad, de acuerdo a la siguiente ontogenia del juego infantil:

4º a 6º mes: Juegos funcionales: placer por la misma actividad. Juega sentados y usa objetos para mover, golpear, luego empuja objetos con otros.

8º mes: Toma y da juguetes. Tiene un objeto favorito. Juegos frente al espejo (Wallon).

1 año: Deambulador arroja objetos, juegos de sacar corchos, etc. Arena, barro (anal).

2-3 años: Interés en juguetes diferentes en cada sexo. Dramatizaciones.

3-6 años: Juegos sexuales (tipo "doctor").

6 años en adelante: Juego pelea frustración y busca placer final (Anna Freud): transición hacia el trabajo. Condensado de Febraro A, Clases sobre Hora de juego diagnóstica, dictadas en la Cátedra de Teoría y Técnicas de Exploración y diagnóstico, Módulo 2 (Profesora titular: Graciela Celener). Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

HORNEY, KAREN

Su pensamiento.- Fue K. Horney la más directa seguidora de Freud. Cuestionó los criterios de salud y enfermedad, diciendo que deben basarse en consideraciones culturales y no biológicas.

En su tesis fundamental, dice que el ser humano nace con un binomio básico de ansiedad y hostilidad, originados en la temprana infancia. Estos dos aspectos, adquiridos, es lo que hace que cada uno vaya buscando la solución en las relaciones humanas; en algunos casos se encuentra y en otros no. En este último caso se da la neurosis. Tanto Horney como Sullivan ven la neurosis como engendrada en la infancia y derivada de la falta de seguridad y amor.

La neurosis es una defensa contra la angustia, defensa que puede adoptar tres formas (de las que surgen los tipos de persona): 1) el complaciente, 2) el agresivo, y 3) el desligado-desinteresado, donde hay ausencia de compromiso.

La tipología basada en el tipo de defensa agrupa también a: 1) el impulso hacia la gente, el amor. Es el más sano; 2) el alejamiento de la gente, afán de independencia; y 3) el impulso contra la gente: afán de poderío.

K. Horney dice al hablar de la imagen ideal que la persona neurótica va armando una imagen ideal de sí misma como resultado de sus choques con la realidad. El neurótico sufre un 'orgullo neurótico', que se expresa a través de diez tipos de necesidades neuróticas, que son las siguientes:

1. Necesidad de afecto y aprobación: no es el afecto sincero. Justifican las terapias y muchos padecimientos de amor por necesidad, pero no es amor. Es la 'tiranía del debiera', la necesidad que se disfraza de amor, o sea el amor como necesidad de dependencia.
2. Necesidad de un compañero que se haga cargo de la propia vida, que es la fantasía de muchos analizados en la terapia.
3. Necesidad de restringir la propia vida a límites estrechos: por ejemplo el obsesivo.
4. Necesidad de poder: quienes les gusta mandar.
5. Necesidad de explotación: el explotador compulsivo.
6. Necesidad de prestigio.
7. Necesidad de admiración personal.
8. Necesidad de logro personal.
9. Necesidad de autosuficiencia e independencia.
10. Necesidad neuromotriz de perfección: el obsesivo-compulsivo.

La terapia según Horney consiste básicamente en un análisis situacional: interesa fundamentalmente la situación actual del paciente, más que el conflicto en sus raíces históricas y genéticas.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

HOSPITAL

Hospital de día.- Sistema que provee al paciente de una atención médica activa, desarrollando programas terapéuticos en los que participa durante un número variable de horas diarias para después reincorporarse a su medio habitual.

Cumple distintas funciones entre ellas ofrece una amplia asistencia con una muy efectiva contención del paciente, sin recurrir al aislamiento social ya que es muy conveniente que los cambios que se van generando con el tratamiento se consoliden en el entorno habitual. Así se consigue que continúe integrado en su entorno familiar y social mientras recibe tratamiento, facilitando su rápida recuperación.

Permite realizar un proceso de orientación y apoyo a los familiares del paciente, ya que su colaboración es fundamental para el buen desarrollo y eficacia del tratamiento. El abordaje o intervención se realiza de manera individual, grupal y/o con atención domiciliaria.

Cazau P, Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Hospitalización y depresión.- El presente estudio muestra la prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados por urgencias de Medicina Interna en el Hospital Universitario del Valle en Santiago de Cali, Colombia, noviembre de 1998. A 135 pacientes se les aplicó la prueba de Zung para depresión; se obtuvo información de los diagnósticos y fármacos formulados a partir de la historia clínica. Se encontró una prevalencia de depresión de 52.5%, discriminada en leve: 23.8%, moderada: 18.5% y severa: 10.4%. Más depresión en grupos etarios mayores ($p=0.001$), en enfermedades respiratorias ($p=0.02$), crónicas ($p=0.002$). Mayor depresión en mujeres con enfermedades metabólicas ($p=0.04$), sanguíneas ($p=0.02$), respiratorias ($p=0.05$) y digestivas ($p=0.01$). En pacientes jóvenes se encontró mayor presencia de depresión en asocio con neoplasias ($p=0.01$). Con lo anterior se concluye que la depresión es alta en pacientes enfermos físicamente, ésta arrasa las características propias de la depresión en la población general, se asocia con enfermedades crónicas, dolorosas e incapacitantes y modifica los mecanismos de adaptación del individuo ante la enfermedad.

Julio César Gutiérrez Segura; María Adelaida Arboleda Trujillo; Carlos Alberto Miranda Bastidas. Universidad Tecnológica de Pereira, Universidad del Valle. Depresión en pacientes hospitalizados. Interpsiquis (2003).

Hospitalismo.- Término utilizado desde los trabajos de René Spitz para designar el conjunto de las perturbaciones somáticas y psíquicas provocadas en los niños (durante los 18 primeros meses de vida) por la permanencia prolongada en una institución hospitalaria, donde se encuentran completamente privados de su madre.

Cazau P (2000) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

HTP

Consignas.- 1) Se entrega al sujeto una hoja carta apaisada y se le dice "dibuja una casa, y avisame cuando termines". Se pone luego la hoja dibujada boca abajo, y se le entrega otra hoja carta vertical, diciéndole "dibuja un árbol, y avisame cuando termines". Se pone esta hoja boca abajo y se le entrega una tercera hoja carta vertical, con la consigna "dibuja una persona, y avisame cuando termines". Se pone la hoja boca abajo. Si el sujeto hace alguna pregunta se le contesta sobre como dibujar, que dibuje como a él se le ocurra (salvo que sea adulto y dibuje con palotes, en cuyo caso se le pide que haga de nuevo el dibujo). 2) Le mostramos sus dibujo uno por uno, y cada vez se le pide "contame algo sobre 'esta' casa", luego sobre 'este' árbol, luego sobre 'esta' persona. 3) Le mostramos los tres dibujos y le pedimos "contame un cuento sobre esta casa, este árbol y esta persona". Deben registrarse las secuencias del dibujo, la conducta verbal y no verbal, sus preguntas, ritmos de trabajo, y las modificaciones y anulaciones que haya hecho.

Clases de la cátedra de Evaluación Psicológica II. Buenos Aires, Universidad de Belgrano, 1991. Profesora titular: Graciela Celener.

HUELLA MNÉMICA

Definición.- "Término utilizado por S. Freud para designar la impronta con que se inscriben los acontecimientos en la memoria. Sin esta impronta la represión no podrían nunca ser eficaz, debido a que la huella mnémica atrae lo reprimido como poderoso imán, y ésta, a su vez, vuelve a reactivarse por un nuevo acontecimiento".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- 1. Modificación producida en el sistema nervioso cuyo efecto persiste mediante el lapso comprendido entre el aprendizaje de un elemento cualquiera y su evocación. 2. Según la corriente psicoanalítica, modalidad en que se inscriben los acontecimientos en la memoria; tales huellas se depositan en diferentes sistemas persistiendo de modo permanente, pero solo se reactivan una vez cargadas.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

HUMOR

Definición.- En griego significa: *humedad*; se utiliza para expresar el producto de la secreción interna. Los filósofos griegos sostenían que los "benévolos" líquidos del cuerpo producen correspondientes estados de ánimo. La palabra "humor" significa: buena disposición, jovialidad, agudeza en que uno se halla para hacer una cosa. Vulgarmente se distingue entre el buen o mal humor. Sin embargo, el humorismo -buen humor- es una actitud psicológica de suma importancia, y está considerado como una *postura* filosófica, que se expresa por la libertad del espíritu, pero siempre caracterizada por serenidad y cariño. Dice T. Vischer: "el humorista hace siempre metafísica". "Humor es la forma suprema de autoafirmación que se basa en la fuerza del carácter contra la insensatez de la existencia, contra las casualidades malas de la vida, contra la malevolencia de los hombres. Humor es también un método de medirse a sí mismo con justa medida. Aquel que no puede juzgarse a sí mismo con humor, tiene una soberbia falsa: no puede tener, pues, una relación justa con los otros seres humanos. Los griegos consideraban el humor como el don máximo de los dioses". Desde el punto de vista psicológico: no tener humor y no comprender al humor de los otros es un síntoma claro de un desequilibrio espiritual.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- 1. Desde la medicina antigua, líquido corporal (sangre, bilis, etc). 2. En psicología y psiquiatría, significa estado de ánimo, que puede ser normal o patológico. Entre estos últimos encontramos la elación y la depresión. No confundir 'humoral' o relativo al humor como estado de ánimo, con 'humorístico', relativo al sentido del humor.

Cazau P (2000) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Definición.- "El estado de ánimo o humor es un tipo de afecto de instauración más lenta y progresiva que las emociones y surge en general de forma cíclica, pero también ciertos estímulos externos (ya sean psicológicos u orgánicos) pueden influir en su aparición y duración [...]. Los estados de ánimo más típicos

son los que oscilan en el eje alegría-tristeza, pero también cabe incluir: la irritabilidad, la calidez, el vigor, etc, y lo que se describe como 'levantarse de mal humor', etc".
Vallejo Ruiloba J y otros, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Masson, Barcelona, 1999, 4º edición, pág 224.

Generalidades.- "El humor puede ser normal, elevado o deprimido. Las personas normales experimentan un amplio rango de humores y tienen un repertorio de expresiones afectivas igualmente amplio; tienen el control, más o menos, de sus humores y sus afectos. Los trastornos del estado de ánimo son un grupo de patologías caracterizadas por una pérdida de este sentido de control y una sensación subjetiva de gran malestar. Los pacientes con un ánimo elevado (es decir, manía) muestran expansividad, fuga de ideas, disminución de las horas de sueño, aumento de la autoestima, e ideas de grandiosidad. Los pacientes con un humor deprimido (es decir, una depresión) presentan pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio" (pág. 530).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Humor y productividad.- Un grupo de psicólogos que conocía los beneficios del humor para calmar la ansiedad y fortalecer lazos grupales hizo una investigación para comprobar si además de ello, podía influir sobre la productividad laboral. El resultado fue que, no sólo el humor no interfería en el desempeño, sino que el grupo que más rió fue el grupo que más produjo. Sin embargo, en tareas más complicadas, de mayor responsabilidad y donde podían entrar en juego resolución de problemas, la diversión y la risa no interfirieron ni para bien ni para mal en el rendimiento laboral.

(Fuente: El buen humor aumenta la productividad. Diario La Nación, Buenos Aires, 11 de julio de 1999).

ICD

Definición.- Abreviatura de International Classification of Diseases. En castellano, CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud).

IDEA

Definición.- "Idea es el conocimiento que se tiene de las cosas y de los seres del mundo objetivo y del mundo de valores. Conocimiento razonado que permite la comprensión de todas las cosas. Un conocimiento es siempre resultado de determinados juicios, los que intervienen en su elaboración y comprensión" (Betta, 1984:106).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Clasificación.- "a) Ideas creativas: las que se originan en la fuente sensorial por observación y contacto directo con el mundo objetivo. Se elaboran mediante la formación de imágenes anímicas de los objetos percibidos. b) Ideas símbolos: evolución de las ideas por el paso de la individualización de la imagen anímica a la "generalización" de la imagen genérica, que aumenta las distancias entre el sujeto y el objeto. El símbolo es creado para facilitar la transición entre una y otra imagen. Pueden ser ímbolos visuales (lenguaje escrito o mímico, señales convencionales) o símbolos auditivos (palabras, ruidos, silbidos, sonidos también convencionales). c) Ideas mágicas: Marcan el paso de lo concreto a lo abstracto. Se basan en los principios que sustentan el pensamiento global. Los conocimientos pueden o no ser exactos. d) Ideas abstractas: Son las de mayor jerarquía. Falta de ellas la representación mental objetiva. Se elaboran por un razonamiento analítico que permite realizar importantes abstracciones que conducen a mayores abstracciones. e) Ideas creencias: Conocimientos aceptados como verdaderos o probables; es la confianza que se dispensa a los conocimientos que no han sido criticados. Se hallan en suspenso y sujetos a revisión crítica en cualquier momento. Cuando caen bajo el control crítico se transforman en creencias reflexivas; si son aceptados dejan de ser presunciones para convertirse en convicciones. Cuando la creencia se admite sin crítica es una creencia irreflexiva. f) Ideas intuitivas: Conocimiento de aparición súbita, instantánea, con apariencia de verdades. Elaboración subconsciente de los materiales del propio conocimiento. Sujetos también a una revisión ulterior" (Betta, 1984:107).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Idea delirante.- Idea recurrente, persistente o absurda, de naturaleza egodistónica, es decir, no vivida como voluntaria, sino como idea que invade la conciencia.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 331.

Idea sobrevalorada.- Ideas o creencias con diversos grados de plausibilidad, que están afectivamente sobrecargadas y que tienden a preocupar y a dominar al individuo a través de amplios periodos de su desarrollo vital. Pueden ser compartidos por otros miembros del grupo social o, en esencia, ser admisibles y comprensibles socialmente.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 331.

Idea fija.- Es una idea que persiste en la conciencia, y no perturba el pensamiento ni condiciona la conducta. Aparece como representación persistente. Al comienzo de una gran repercusión, pero con el tiempo se mitiga la carga afectiva y queda como idea parásita (Betta, 1984:109).
Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Idea delirante: definición.- Es un error patológico elaborado por un juicio perturbado; es irreductible, condiciona la conducta, y es defendida por el enfermo convencido de su realidad (Betta, 1984:109).
Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Idea delirante: clasificación.- 1º) Por su significado: delirantes verosímiles y delirantes inverosímiles o absurdas. 2º) Por el humor que provocan: a) placenteras: megalómanas, místicas, eróticas y palinólicas, y b) displacenteras: hipocondríacas, melancólicas, de perjuicio, de persecución, de reivindicación y de celos (Betta, 1984:109).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Idea delirante: clasificación.- Las ideas delirantes pueden clasificarse como verosímiles, absurdas o mágicas, y también, según su tonalidad afectiva, como expansivas, depresivas y defensivas.
Pereira, Manual de Psiquiatría.

Idea delirante: teorías.- Un modelo cognitivo de las ideas delirantes (Chadwick y Lowe, 1994) que supone una reconceptualización distinta al modelo psiquiátrico tradicional fenomenológico. Tradicionalmente se han considerado a las ideas delirantes como "creencias falsas". Sin embargo las ideas delirantes no son necesariamente falsas (por ejemplo una idea delirante de un sujeto que tiene evidencias adecuadas de la infidelidad de su pareja). También se ha mantenido que las ideas delirantes se mantienen con una convicción inquebrantable y total (o casi total). Aunque lo anterior parece cierto para muchas ideas delirantes, no lo es para todas ellas. Un punto de vista alternativo es considerar a las ideas delirantes como creencias extremadamente difíciles de cambiar. Se trataría de evaluar tres aspectos básicos de las ideas delirantes: su certeza, la preocupación que genera y la interferencia conductual que produce.

Psicoterapia cognitiva de las ideas delirantes crónicas y del trastorno paranoide de personalidad

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Cognitiva/delirantes.htm>

Idea obsesiva: definición.- Reaparición constante e inoportuna de los mismos pensamientos. Es extensible a la volición (ceremoniales) y afectos. No debe confundirse con la *idea fija*, que no es discutida por la persona ni en su contenido ni en su valoración (es sobrevalorada). La idea fija resulta de la experiencia individual (por ejemplo una vivencia traumática) y reaparece en forma lógica ante determinadas situaciones. La idea fija es comprensible, normal, pero la idea obsesiva es 'incomprensible', patológica. También debe distinguirse idea obsesiva de idea delirante.

Pereyra C, (1984) Semiología y psicopatología. Buenos Aires: Salerno.

Idea obsesiva: definición.- Idea errónea. Error reconocido por el enfermo. No condiciona la conducta o sólo lo hace en parte. Tiene origen en el núcleo instintivo-afectivo donde se gestan tendencias, deseos y temores que determinan las reacciones emocionales primarias. Aparece en la personalidad psicopática inmadura y en la fragilidad constitucional. Inhibe la voluntad, y de allí su persistencia. La idea obsesiva nace del núcleo instintivo-obsesivo; arraiga en forma persistente en la conciencia; sobrecarga su potencial con la angustia; perturba el pensamiento pero no desvía el juicio (Betta, 1984:109).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Idea obsesiva: clasificación.- 1º) Ideas obsesivas impulsivas. 2º) Ideas obsesivas fóbicas. a) Referente a enfermedades: Nosofobia: miedo a enfermedades. Bacilofobia: a microbios. Sifilofobia: a la sífilis. Misafobia: a la suciedad. b) Referente a la muerte: Tanatofobia: miedo a la muerte. Necrofobia: a los muertos. c) Referente a los seres vivos. Zoofobia: miedo a los animales. Ginecofobia: a las mujeres. Antropofobia: a los hombres. Miofobia: a los ratones. Cinofobia a los perros. d) Referente a los elementos: Anemofobia: miedo al viento. Talasofobia: al mar. Nictofobia: a la noche. e) Referente a los lugares: Oicofobia: miedo a la casa. Claustrofobia: a los lugares cerrados. Aerofobia: a lugares abiertos. 3º) Ideas obsesivas puras: a) Escrupulos obsesivos. b) Recuerdos obsesivos. c) Obsesión especulativa (Betta, 1984:109).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Idea patológica.- Las ideas patológicas son alteraciones cualitativas de la ideación. Están "formadas por el mismo capital de las ideas normales; éstas vigorizadas por una sobrecarga emocional que produce estados afectivos capaces de perturbar la psique, y se convierten en patológicas. Pueden ser ideas delirantes, obsesivas, sobrevaloradas o fijas (Betta, 1984:107).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Idea sobrevalorada: definición.- Originada en sentimientos impersonales: la sobrecarga afectiva origina estados pasionales e ideas sobrevaloradas. Está en los lindes de la idea delirante. La idea sobrevalorada es creada por un juicio parcialmente interferido por estados emocionales, surgidos de creencias y concepciones religiosas, filosóficas, científicas, sociales, etc (Betta, 1984:109).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

IDEACIÓN

Definición.- Pensamiento reflexivo. Actividad que consiste en organizar conceptos (o imágenes) en relaciones significativas.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Mecanismo y trabajo mental mediante el cual se hace el aporte de las ideas al campo de la conciencia para la elaboración del pensamiento. Las ideas acuden a la conciencia de acuerdo con un orden y con una finalidad determinados por el tema o contenido del pensamiento. El *capital ideativo* está formado por el conjunto de los conocimientos o ideas adquiridas en la vida. La cantidad y la calidad de las ideas dependen de la capacidad intelectual (Betta, 1984:106).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Psicopatología.- Las alteraciones de la ideación pueden ser cualitativas y cuantitativas. Las alteraciones cualitativas son las ideas patológicas (delirantes, obsesivas, sobrevaloradas y fijas), mientras que las alteraciones cuantitativas pueden ser: 1º) Ideación normal: Sigue el ritmo propio de cada psique y de acuerdo con una dirección determinada. 2º) Ideación retardada: En todos los casos en que disminuye el ritmo de las elaboraciones psíquicas: Confusión mental, epilepsias, estados depresivos. 3º) Ideación acelerada: En todos los casos en que se produce excitación psíquica; en los maníacos que llegan a la fuga de ideas (Betta, 1984:107).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

IDEAL DEL YO

Según Freud.- Romero y Sauane sintetizan la evolución del concepto de la siguiente manera:

1914.- "Introducción al narcisismo": incluye por vez primera "Ideal del yo", que son los valores (concientes e inconcientes) que el sujeto va incorporando en su infancia, que regulará su auto-estima, y que son esos valores lo que promueve la represión (y no el Prec, como había pensado antes). Se reprime en base a valores inconcientes. Con el Ideal del Yo Freud interioriza lo social en el sujeto singular. Luego Lagache diferenciará Ideal del Yo de Yo Ideal. Este último es la completud narcisista que alguna vez fue nuestro Yo. Hay un trueque del narcisismo infantil (Yo ideal) por el Ideal: por lo menos es algo que puedo llegar a alcanzar.

En este artículo indaga la génesis del Ideal del Yo. Dice que la libido homosexual, al ir hacia el progenitor del mismo sexo, procura drenaje y satisfacción. El componente erótico (no el tierno) conformará el Ideal del Yo, la libido se drena hacia él, hay una satisfacción en el sometimiento del Yo al Ideal por la satisfacción de las pulsiones homosexuales.

Luego en el adulto se establece una distancia entre el Yo actual y el Yo ideal, pero a condición de poner recuperarlo en el futuro (Ideal del Yo). Esto hace posible la instancia virtual Ideal del Yo, con la cual se pueden tener proyectos.

1921.- "Psicología de las masas y análisis del yo": Especifica más el Ideal del Yo como "un grado en el interior del Yo", que será la condición de la represión, y ya no será el Prec lo que reprime. Aparece más sistematizada la idea de sublimación como una posible salida del conflicto.

Condensado de Romero R y Sauane S (1995) Grupo, objeto y teoría, Tomo III. Buenos Aires: Lugar Editorial. Se incluyen agregados de las clases del Lic. R. Romero 5-9-95, 12-9-95 y 3-10-95 (Cátedra de Teoría y Técnica de Grupos II, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires).

La genealogía del Ideal del Yo.- Aunque en esta etapa avanzada de desarrollo de estructuras psíquicas se hallan en esencia formadas e integradas, es propio de la adolescencia -o del desarrollo bifásico de la sexualidad de la especie humana- que la maduración puberal suscite un proceso de reestructuración psíquica. El curso de la siguiente inestabilidad emocional se halla determinada por procesos más o menos desintegradores de índole regresiva; no obstante, simultáneamente observamos también un impulso vigoroso e integrador hacia la formación de la personalidad.

Este estudio extiende dicha investigación al ideal del Yo. La investigación popular y la psicología académica han señalado siempre la propensión de los jóvenes a los ideales elevados, a las idealizaciones e ideologías. Esta tendencia, que suele entrar en conflicto con los valores, tabúes y costumbres tradicionales, ha hecho que las nuevas generaciones sean santificadas o denostadas.

El punto clínico.- En varios pacientes varones en su adolescencia tardía se destacaba un mismo complejo de síntomas. Todos ellos tenían elevadas ambiciones, pero eran incapaces de obrar en consecuencia. Carecían de propósitos y se mostraban abatidos; eran proclives a violentos cambios de humor, a esporádicos y fugaces arranques de actividad e iniciativa y a un indefectible retorno a monótonos sueños de gloria. Nada de esto culminaba nunca en una búsqueda resuelta, en una experiencia original o en la excitación visionaria de una meta realista”.

Blos opina que en estos casos el complejo complementario de la rivalidad del varón con el padre -su amor hacia él y el deseo de recibir su afecto- constituye un obstáculo para la formación de objetivos realistas y su activa consecución.

La sexualización de las funciones del Yo y del Superyó durante la adolescencia es algo bien conocido; ella se aplica asimismo a aquéllas formaciones del ideal del Yo que preceden a la adolescencia.

El ideal del Yo continúa siendo una instancia inmadura, que sirve a la idealización del *self* y a la idealización de deseos, y que se resiste a transformarse en una fuerza madura, es decir, autónoma, aplicada a fines y capaz de motivar para la acción, en la medida en que el complejo de Edipo negativo del joven no pueda examinarse lo suficiente en el trabajo analítico.

Formulaciones teóricas.- Hay una buena razón para distinguir entre la idealización del *self* y del Yo propiamente dicho. Si bien las idealizaciones tienen sus raíces en el narcisismo infantil, no podemos ignorar que al producirse la maduración sexual estas formaciones narcisistas tempranas son absorbidas por el tumulto instintivo de la adolescencia. Aquí las encontramos ya sea en el área de las relaciones objetales o en una intensificación regresiva del narcisismo, tal como ocurre en las idealizaciones del *self*. Estas formaciones son inestables y se hallan sujetas a rápidas fluctuaciones; son reguladores primitivos de la autoestima. La idealización del *self* puede proporcionar, a menos temporariamente, una gratificación similar a la de una necesidad infantil. Por el contrario, el ideal del Yo solo proporciona aproximaciones a la realización; implica dilación y un estado de expectación; es un viaje incesante sin punto de llegada, una lucha de toda la vida en pos de la perfección. Las exigencias del Superyó pueden satisfacerse, con la consiguiente sensación de bienestar. Las aspiraciones del ideal de Yo son imposibles de cumplir; de hecho, lo que proporciona una sensación de bienestar es el sostenido esfuerzo en pos de la perfección. Las raíces más profundas del ideal del Yo se hunden en el narcisismo primario.

En la teoría psicoanalítica es un principio aceptado la reactivación del complejo de Edipo durante la adolescencia. Junto con la regresión al servicio del desarrollo, dicha reactivación conduce al aflojamiento de los vínculos objetales infantiles e inicia el segundo proceso de individuación de la adolescencia.

La relación del niño con su padre nunca es mejor, es decir, menos conflictiva o más positiva, que al comenzar la pubescencia. El niño procura la ayuda del padre para defenderse de la regresión hacia la madre preedípica -fálica, castradora-. Puede observarse como esta fase afecta el resurgimiento del complejo de Edipo, a pesar de las fijaciones más tempranas, y en qué modo complica, de alguna manera, la disolución adolescente. Sostengo que el adolescente no solo se ve enfrentado con el resurgimiento del complejo edípico tal como fue disuelto o abandonado en su primera declinación, sino que la tarea inherente a la adolescencia es la disolución definitiva de dicho complejo. Esta tarea implica la renuncia total a los vínculos objetales infantiles con ambas figuras parentales, es decir, con ambos padres como objetos sexuales. En muchos casos, esta resolución accesoria se relaciona con un vínculo incestuoso con un hermano o hermana.

La idealización del *self* es un aspecto típico de la adolescencia; revela, de modo inconfundible, su origen y su función narcisista como regulador de la autoestima. Al mismo tiempo, observamos un deterioro más o menos maligno del examen de realidad, la objetivación y las relaciones objetales. En los casos en que las metas narcisistas de la idealización del *self* se exteriorizan, son fácilmente confundidas con las manifestaciones del ideal del Yo.

Las observaciones clínicas de Blos respecto de jóvenes rebeldes o activistas, todos ellos en la última etapa de la adolescencia y en su mayoría estudiantes universitarios, quienes buscaban crear una sociedad perfecta, me persuadieron de que su creencia en un mundo perfecto arraigaba en una creencia arcaica en la perfección parental. La ‘imago parental idealizada’ (Kohut, cuando se la exterioriza, añade un carácter fanático a la lucha por ese mundo perfecto, a la vez que la ira narcisista, una respuesta a la desilusión parental, encuentra una expresión tardía en la irracionalidad de la violencia”.

El psicoanálisis siempre enfatizó la estrecha conexión entre el ideal del Yo y las pérdidas narcisistas de la infancia. En consonancia con su origen, que también influye sobre su función, el ideal del Yo es básicamente hostil a involucrar libido objetal; como señalamos antes, sus raíces se hunden en el narcisismo primario. Perpetúa, por decirlo así, una eterna aproximación a la perfección narcisista de la infancia. Si seguimos el curso del ideal del Yo desde la infancia hasta la adultez, podemos registrar una permanente adaptación de la función básica al sistema cada vez más complejo mediante el cual el *self* se mide a sí mismo, a medida que progresa a lo largo de medidas evolutivas.

Durante el proceso formativo del ideal del Yo adulto en la adolescencia vuelven a instalarse complejos preedípicos y pregenitales, y la fuerza de los puntos de fijación se hace notoria.

El desarrollo del ideal del Yo en el hombre y en la mujer.- Si bien Bloch considera que el ideal del Yo forma parte del sistema Superegoico, uno y otro no se desarrollan a partir de la misma matriz conflictiva, ni constituyen entidades que coinciden entre sí en el momento de su aparición. Muy por el contrario, su origen es heterogéneo, sus puntos de partida no son sincrónicos, sus contenidos no son idénticos y sus funciones son dispares. Lo que tienen en común es su influencia motivacional sobre la conducta y su función reguladora de la sensación de bienestar.

Se ha observado con frecuencia que la índole narcisista del ideal del Yo muy pronto atrae hacia su campo a la imagen corporal. Por consiguiente, no sorprende que el curso de la formación ideal del Yo no sea idéntico para uno u otro sexo. No obstante, en ambos casos puede reconocerse la función del ideal del Yo primitivo por su meta, que consiste en reparar o borrar una herida narcisista debida a la comparación con otras personas o al menosprecio de estas.

a) La línea evolutiva del ideal del Yo femenino.- Algunos autores sostienen que 'en la niña se desarrolla un núcleo del verdadero ideal del Yo aun antes que en el varón y ello ocurre en relación con el surgimiento temprano de su conflicto de castración'. La niña responde al descubrimiento de hallarse castrada 'desmintiendo la supuesta deficiencia'. Con el tiempo esta etapa conflictiva conduce al reconocimiento de su anatomía genital y, en consecuencia, a un intento de recuperar el falo perdido. Durante esta fase, su disolución con respecto a su madre se manifiesta en el rechazo hostil, acusatorio, hacia aquella y en el menosprecio de sí misma (su imagen corporal). Este conflicto preedípico se resuelve mediante la recuperación del falo a través de una vuelta al padre y 'muy a menudo [...] una renuncia prematura a las actividades genitales, acompañada por la retracción y el desplazamiento de la libido narcisista desde los genitales hacia el cuerpo entero'.

La experiencia del autor confirma que este desplazamiento, que puede reconocerse en una etapa posterior en la marimacho, cuando la ecuación cuerpo-falo adquiere un carácter tan espectacular; es posible observar esta misma tendencia en la niña mayor cuando el cuerpo-falo se convierte en un agente que permite exhibir, controlar y estimular la excitación sexual.

b) La línea evolutiva del Yo masculino.- El primer paso en el desarrollo del ideal del Yo masculino conduce al narcisismo primario o a la omnipotencia ilusoria compartida con la madre y, más allá, a las identificaciones narcisistas con objetos idealizados. Estas identificaciones son atemperadas progresivamente por el principio de realidad, que pega un salto hacia adelante en la época en que se recurre a su ayuda para la disolución del complejo de Edipo. La consolidación del Superego contiene las fugas hacia la omnipotencia y el autoengrandecimiento. El recurso al estado de omnipotencia infantil es relegado decididamente al mundo de la fantasía.

La estructuración de un ideal del Yo maduro reduce las idealizaciones excesivas del *self* y del objeto. La capacidad de objetivación refrena todo inoportuno engrandecimiento del *self*. A partir de este punto, el ideal del Yo obtiene su ímpetu del flujo interminable de la libido homosexual neutralizada.

La patología del ideal del Yo.- El enfoque habitual del problema del narcisismo adolescente relaciona este fenómeno con dos constelaciones dinámicas principales. Una de ellas tiene que ver con la libido objetal cuando esta se desvía hacia el *self*. Por lo tanto, se considera que el estado narcisista de la adolescencia acompaña al segundo proceso de individuación, a la desvinculación emocional de los objetos de amor y odio entronizados de la temprana infancia.

La segunda constelación dinámica que produce el aumento del narcisismo tiene que ver con el aspecto regresivo de la adolescencia. Observa Bloch aquí el resurgimiento del ideal del Yo primitivo como un regulador de la autoestima, específico de la fase pero transitorio.

Algunos elementos arcaicos del sistema Superegoico, entre los cuales se incluye el ideal del Yo infantil, a menudo se encuentran en estado latente en enclaves de valencia patógena cuya existencia solo se pone de manifiesto en la adolescencia. Aun cuando la personalidad, en muchos aspectos, ha avanzado en la formación de estructuras a lo largo de las diversas fases del desarrollo, las fantasías narcisistas de omnipotencia y grandiosidad infantiles, más o menos acordes con el Yo, con frecuencia concretas, nunca fueron refrenadas lo suficiente por el principio de realidad.

En la índole de la adolescencia se halla implícito el hecho de que el estado primitivo de idealización del *self* incluyendo el vasto espectro de magia, omnipotencia y grandiosidad, se vea desafiado como nunca lo ha sido hasta entonces. Incluso con la percepción edípica de la inmadurez física, el niño pudo hallar, a esa edad, un mínimo de perfección, aunque solo fuera prestado, simplemente satisfaciendo las expectativas parentales.

No es exagerado decir, en este contexto, que la adolescencia es comparable con una divisoria de aguas que determina, de una vez para siempre, la dirección que tomará el ideal del Yo a partir de entonces: o bien retornará a su fuente familiar, o buscará un nuevo curso, no probado y desconocido".

Las vicisitudes del ideal del Yo femenino a lo largo del análisis de una joven en su adolescencia tardía.- Bloch refiere el caso de una paciente era una joven de dieciocho años que se vio precisada a abandonar una exitosa carrera universitaria cuando comenzó a padecer graves ataques de angustia. Una devoción

afectuosa, apasionada, pero insatisfecha pero no correspondida, hacia una compañera precipitó la súbita crisis.

Pronto resultó evidente que, para esta joven, el *self* ideal y el ideal del Yo aun no se hallaban diferenciados; un rasgo incluso más primitivo era la convicción generalizada de que todo lo que necesitaba para mantener un *self* estable provenía de una fuente exterior, por cierto una fuente idealizada ubicada en un objeto que la rechazaba. Mediante una manifestación zalamera y suplicante, facilitada por sus considerables dotes físicas y mentales, la paciente se sentía compartiendo los poderes y excelencias que otros poseían. La vinculación con el objeto se basaba siempre en la voracidad y la incorporación orales. Para estar en perfecta armonía consigo misma, ella tenía que incorporar al objeto y por lo tanto destruirlo. La culpa y el pánico la impulsaban a reparar la pérdida y a recuperar la fuente de suministro narcisista ofreciéndose a sí misma, de nuevo mediante la escenificación; para satisfacer las necesidades, reales o imaginarias, del objeto idealizado.

"El análisis de la envidia del pene fue seguido por una consolidación de la orientación vocacional y de la capacidad intelectual, ciertamente superior. No obstante, la modalidad de la envidia del pene continuaba manifestándose en la necesidad exhibicionista de superioridad intelectual y en el impulso sádico de aniquilar, es decir, castrar, a sus compañeros varones. La idealización agresiva del *self* impedía una desinstitución del ideal del Yo. Los *dramatis personae* familiares de esta configuración emocional se hallaban presentes: una madre rechazante que prefería al hermano menor; el trauma de seducción infligido a corta edad por un padre amado, temido y engrandecido; la búsqueda regresiva de la madre buena y nutricia perdida; la resolución reparatoria mediante el procedimiento de transformarse en un varón, aunque fuera una marimacho.

Se logró un avance decisivo en las relaciones objetales y en la estabilidad identificatoria cuando en la neurosis de transferencia pudo encararse la escisión del objeto en bueno y malo, presente y ausente, pródigo o rechazante. La representación del objeto comenzó a manifestarse confiable y constante, sin necesitar ya de la idealización para sobrevivir.

Las vicisitudes del ideal del Yo masculino a lo largo del análisis de un joven en su adolescencia tardía.-

Blos cita el caso de un paciente universitario de dieciocho años. Su incapacidad de estudiar lo enfrentó con la posibilidad de ver interrumpida su carrera. Era inteligente, al parecer de carácter resuelto, bien parecido, fornido y gozaba de buena salud. Se había fijado una meta definida en la vida: no obstante, los actos encaminados a alcanzarla eran provisorios, contraproducentes y erráticos.

El análisis pronto reveló que la representación del *self* del paciente era sumamente lábil, oscilando entre la grandiosidad y la denigración de sí mismo. Sus esfuerzos para agradar a hombres importantes, incluyendo el analista, se revertían fácilmente toda vez que su servilismo alcanzaba un punto crítico; entonces recurría al negativismo, la rebeldía y la dilación. Cada vez que intentaba liberarse de su entrega pasiva a los objetos idealizados podía advertirse su alejamiento emocional; buscaba entonces refugiarse en la idealización en la idealización narcisista del *self*. El *self* grandioso de la niñez revivía regresivamente y por un tiempo servía como regulador de la autoestima. Durante tales episodios, su sentido del tiempo, así como su juicio respecto de los otros y del *self*, se hallaban perturbados. Las palabras -en cuyo uso confiaba el análisis- se convertían en máscaras, escudos o armas.

El análisis de la neurosis de transferencia dio como resultado que el paciente reconstruyera y volviera a experimentar la ambivalencia infantil, que, en el nivel adolescente, tomó la forma de fantasías homosexuales y heterosexuales. Entre estas, un sueño tuvo particular importancia porque reveló el deseo y la repugnancia, por parte del paciente, de que el padre lo aceptara como mujer.

Observaciones sobre la historia del concepto ideal del Yo.- El uso original de Freud daba al término 'ideal del Yo' se confundía, en cuanto a su definición, con el de Superyó, tal como lo definimos hoy. Ambos términos eran empleados indistintamente hasta que en 1923 Freud reemplazó el de ideal del Yo' por el de 'Superyó'. La ambigüedad inicial del concepto de los escritos del Freud se debió al parecer a las fuentes y funciones inconciliables de esta instancia psíquica. La heterogeneidad del origen debe buscarse en el narcisismo primario y en los procesos identificatorios. En su ensayo 'Introducción del narcisismo' (1914) Freud definió el ideal del Yo de un modo que trataba de conciliar su origen narcisista con las vicisitudes de la libido objetal. La distinción entre en Superyó y el ideal del Yo se basa progresivamente en el modo de operación de ambos, es decir, el la índole prohibidora y punitiva del Superyó y en carácter de realización del deseo propio del ideal del Yo (Lampl-de Groot). Esta distinción se logra claramente en 'El Yo y el Ello' (1923). A partir de este momento, el ideal del Yo, como término técnico, desaparece casi por completo de los escritos de Freud (Strachey).

La índole narcisista del concepto de 'ideal del Yo' estaba implícita en la definición de Freud desde un principio; solo era necesario dar un pequeño paso para vincularlo con el modo narcisista de elección del objeto: 'Lo que posee la excelencia de que el Yo carece para convertirlo en un ideal, es amado' (Freud, 1914). Este modo primitivo de elección del objeto reaparece en la adolescencia y generalmente entrelaza la formación del ideal con metas de la libido objetal.

Puede advertirse que el ideal del Yo, según la conceptualización de 1914, representa 'el sustituto del narcisismo perdido de su niñez, en el cual él era su propio ideal'. En contraste, en 1933 Freud hace hincapié en que el 'ideal del Yo es el precipitado del antiguo retrato de los padres, la expresión de la admiración por la perfección que el niño entonces les atribuía'. Esta última formulación presupone un desarrollo Yoico mayor que en el caso de la primera, que se refiere al estado primitivo del narcisismo primario. Ambas se relacionan con el ideal del Yo concebido evolutivamente.

Puede observarse que 1923 marca el momento en que el ideal del Yo encuentra su ubicación estable como componente narcisista del Superyó, dentro de la estructura tripartita de la psique. La desaparición del término en los escritos de Freud, al que se refiere solo superficialmente en 1933 y que no menciona en absoluto en el 'Esquema' (1940), señala una tendencia sumamente notable en la bibliografía psicoanalítica. La distinción entre los conceptos del ideal del Yo y el Yo ideal, de *self* ideal y de idealizaciones del *self* y del objeto, a menudo se desdibujó en la práctica, pero el término 'ideal del Yo' siguió connotando una función especializada del Superyó.

El hiato relativo en la investigación sobre el ideal del Yo duró hasta la década de 1950. En esta época advertimos el surgimiento de un renovado interés en el concepto del ideal del Yo, su lugar en la organización psíquica, su origen y desarrollo y su papel específico en la psicopatología."

Bing, McLaughlin y Marburg han afirmado que el 'ideal del Yo es <<anatómicamente>> una parte del Yo'. El hecho de considerar el Superyó y el ideal del Yo a lo largo de líneas genéticas, funcionales y estructurales parece dar como resultado lógico una separación entre ambos. Lampl-de Groot, sobre la base de consideraciones genéticas y adaptativas, concluye que el ideal del Yo es 'una subestructura (o provincia) establecida dentro del Yo' y puede considerarse como 'una función Yoica', pero aun en su forma más desarrollada 'sigue siendo en esencia una instancia de cumplimiento del deseo'. Jacobson (1964), manifestando su acuerdo básico con estas opiniones, sostiene que sería 'más correcto considerar al ideal del Yo como una formación Yoica y no como una parte del sistema Superyoico'.

La distinción de un ideal del Yo primitivo y otro maduro es algo ampliamente aceptado. La relación entre adolescencia y formación del ideal ha sido por lo común reconocida desde los tiempos de Aristóteles, pero los antecedentes genéticos de esta característica adolescente aun deben estudiarse en toda su complejidad".

El hecho de que el ideal del Yo se estructure durante la adolescencia hace que se distinga cualitativamente de sus dos etapas evolutivas previas, como lo afirma claramente Jacobson (1964): 'De hecho, las etapas finales [adolescencia] en el desarrollo del ideal del Yo muestran de modo significativo la reorganización jerárquica y la integración final de distintos conceptos de valor -anteriores y posteriores-, procedentes de ambos sistemas [Yo y Superyó], en una estructura coherente y una unidad funcional nuevas', es decir, el ideal del Yo.

Según Aarons (1970), una condición *sine qua non* para la resolución de la crisis adolescente 'consiste en la preservación del ideal del Yo, inculcado pero aun no integrado durante la niñez'

Un examen más detenido a menudo lleva a Blos a reconocer que lo que parece constituir un ideal del Yo no es sino un autoengrandecimiento, una imitación, por así decirlo, de una imagen deseada del *self* (Jacobson). Lo que ha sido descrito como un falso ideal del Yo podría considerarse también como un ideal del Yo primitivo, infantil o arcaico.

Al examinar la ontogénesis del ideal del Yo, Freud (1914) nunca deja de señalar que el contenido del ideal del Yo es 'impuesto desde afuera'. Aquel incluye no sólo una propensión personal, sino también el ideal de formaciones sociales tales como la familia, la clase y la nación. Ello equivale a decir que determinados sistemas de valores prevalecientes, así como organizaciones e instituciones sociales, siempre están listos, en toda sociedad, para canalizar las tendencias narcisistas individuales hacia las metas de un 'ideal común'. Cualesquiera sean las irracionalidades y distorsiones consiguientes, debidas a las persistentes idealizaciones narcisistas del *self* y del sujeto, su forma y su contenido proceden siempre del sistema social en el que el individuo vive.

Al considerar los niveles evolutivos del ideal del Yo, debemos admitir una correspondencia entre la función y el contenido del ideal del Yo, por un lado, y el nivel de desarrollo Yoico y de maduración física específicos de la edad, por el otro. El estudio de las transiciones a lo largo de la formación del ideal del Yo, de su desviación y de su detención, ha llamado cada vez más la atención. Sandler, Holder y Meers (1963) han elaborado el concepto del *self* ideal, distinguiéndolo del ideal del Yo; estos autores señalan las dificultades, teóricas y clínicas, vinculadas con la diferenciación entre ambos, al clasificar el material analítico infantil en la Clínica Hampstead. Este hallazgo solo pone de relieve la afinidad o la identidad entre el *self* ideal y el ideal del Yo como antecedente de su diferenciación gradual dentro del contexto de la progresión evolutiva.

Epílogo.- Al utilizar la palabra 'genealogía' en el título de este ensayo, Blos tuvo en cuenta una doble referencia. Un aspecto nos remite a las fuentes desde las cuales emerge el ideal del Yo maduro, en la bibliografía psicoanalítica, de los antecedentes del concepto tal como hoy lo conocemos. Estas dos exploraciones, ontogénica e histórica, no dejan duda en cuanto a la complejidad tanto de la formación de

la estructura psíquica como del concepto en sí. De hecho, su complejidad desafía todo resumen o condensación.

Resumen de La genealogía del ideal del yo. Capítulo 15 de Blos Peter, La transición adolescente. Madrid: Assapia – Amorrortu.

IDEALIZACIÓN

Definición.- 1. (*Psicoanálisis*) Este término tiene un sentido especial en psicoanálisis. Según Freud la idealización es la "sobreestimación sexual" del ser amado. El objeto amado es "engrandecido y exaltado en la mente" La idealización es distinta de la sublimación e identificación. El proceso de sublimación encierra la desviación del designio sexual, en tanto que la idealización se refiere al objeto y no al designio. La idealización necesita una alteración parcial del Yo, en el sentido de que el Yo se modela de acuerdo con el objeto amado, mientras que en la idealización se produce "un empobrecimiento del Yo con respecto a la libido" a favor del objeto amado. 2. Hanna Segal, de la escuela kleiniana, la define así: "mecanismo esquizoide vinculado con la escisión y la negación. Se niegan las características indeseables del objeto, y el bebé proyecta en él su propia *libido*. Aunque pertenece primordialmente a la posición *esquizoparanoide*, la idealización puede formar parte de las *defensas maníacas* contra *ansiedades depresivas*."

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Según M. Klein.- "Mecanismo esquizoide vinculado con la escisión y la negación. Se niegan las características indeseables del objeto, y el bebé proyecta en él su propia libido. Aunque pertenece primordialmente a la posición esquizo-paranoide, la idealización puede formar parte de las defensas maníacas contra ansiedades depresivas".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 122.

Según M. Klein.- "El mecanismo de idealización está inevitablemente unido al mecanismo de disociación e inicialmente defiende de ansiedades persecutorias. La creciente idealización del objeto bueno tiene por finalidad alejarlo del persecutorio y hacerlo invulnerable. Dicho mecanismo se vincula con la negación mágica omnipotente: las características indeseables del objeto son negadas, mientras simultáneamente es recubierto de 'bondad' (amor, invulnerabilidad, poderes mágicos, poder omnipotente de protección, etc.). El monto de idealización está en relación directa con el monto de persecución frente al objeto, y es una defensa resultante de ansiedades persecutorias (temor a ser atacado y destruido por el objeto)".

"El mecanismo de idealización forma parte también de las defensas maníacas en la situación depresiva (mitigando en tal caso la ansiedad depresiva), adjudicando, por otra parte, al objeto una gran riqueza de contenido y una gran capacidad reparatoria. Entonces, si el objeto es perfecto y lo posee todo, no está destruido, no puede atacar retaliativamente al yo (ansiedad persecutoria), ni el yo tiene que penar por él ni preocuparse por repararlo (ansiedad depresiva)".

"Los mecanismos de idealización tienden a negar la fantasía de destrucción del objeto, otorgándole invulnerabilidad, riqueza de contenidos, belleza. Un objeto así, no dañado ni moribundo, evita tanto el temor a la persecución como el sufrimiento psíquico (duelo)".

"Dentro de la teoría kleiniana, la idealización es precursora de buenas relaciones de objeto (en tanto el objeto idealizado es el precursor del objeto bueno). Una idealización extrema, sin embargo, traba la relación con el objeto real, puesto que no existen objetos ideales sino idealizados. Un cierto monto de idealización se mantiene a lo largo de la vida adulta (enamoramiento, ideales de vida, etc.)".

Piccolo E., "Defensas en los tests gráficos", Editorial Paidós.

IDENTIDAD

Definición.- "Conjunto de actitudes, pautas de conducta y atributos físicos determinados por el sujeto condicionados por la sociedad en que se desarrolla, y a menudo relacionados con los conceptos de masculinidad. / *Identidad, búsqueda de*, actividad más o menos conciente que aparecería al final de la adolescencia, caracterizada por un afán de consecución de la propia identidad. / *Identidad de género*, coherencia entre el sexo biológico y la conciencia de pertenencia a un sexo. Así como el rol o papel de género es la expresión pública de la conciencia genérica (<<me comporto como una mujer o como un hombre>>), la identidad de género debería considerarse como la experiencia privada del papel del género".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- "Sentido que cada persona tiene de su lugar en el mundo y significado que asigna a los demás dentro del contexto más amplio de la vida humana".

Vander Zanden James, *Manual de Psicología Social*, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 621.

Identidad laboral.- La identidad laboral debe ser entendida como "la integración del yo en sus vínculos con el espacio, con el tiempo y con los otros en el contexto de una actividad laboral. Así, el sentimiento de identidad está conformado por el quién soy yo, a su vez determinado por el dónde estoy y qué hago. La génesis de esta identidad laboral está inserta en el proceso mismo de constitución del yo a partir de los vínculos yo-tarea, y-grupo-, yo-organización" (D'Anna S y Hernández L, 1998:127).

D'Anna S y Hernández L (1998), Introducción a la psicopedagogía laboral. Buenos Aires: Aprendizaje Hoy.

Identidad ocupacional.- "Es la autopercepción a lo largo del tiempo en términos de roles ocupacionales", entendiendo por ocupación el conjunto de expectativas de rol, y por rol una secuencia pautada de acciones aprendidas, ejecutadas por una persona en situación de interacción. El sentimiento de identidad ocupacional se ha gestado sobre la base de las relaciones con los otros. En esas relaciones algunos aspectos merecen atención particular, como la génesis del ideal del yo, las identificaciones con el grupo familiar, las identificaciones con el grupo de pares y las identificaciones sexuales.

Bohoslavsky R, Orientación vocacional, Buenos Aires, Nueva Visión, 2001, 21 edición, pág. 44-50.

Identidad sexual.- "Hace referencia a la forma en que una persona se identifica como perteneciente a uno u otro sexo. Incluye tres facetas: la *identidad de género* o percepción individual de ser hombre o mujer; el *rol sexual* o expresión pública de la identidad de género; y la *orientación sexual* o elección de objeto sexual".

Belloch A. y otros, *Manual de Psicopatología* Vol I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 459.

Identidad sexual.- "Concepto que se construye entre los 2 y los 6 años aproximadamente y que implica la autoclasificación como hombres y mujeres, la conservación del género y la constancia genital".

Barragán Medero F, (1991), La educación sexual. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós, pág. 153.

Identidad de percepción / identidad de pensamiento.- Términos utilizados por Freís y referidos a aquello hacia lo que tienden, respectivamente, el proceso primario y el proceso secundario. El proceso primario tiende a hallar una percepción idéntica a la imagen del objeto resultante de la experiencia de satisfacción. En el proceso secundario, la identidad buscada es la de los procesos entre sí.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Identidad vocacional.- Es "la autopercepción a lo largo del tiempo en términos de roles ocupacionales", entendiendo por ocupación el conjunto de expectativas de rol, y por rol una secuencia pautada de acciones aprendidas, ejecutadas por una persona en situación de interacción. El sentimiento de identidad ocupacional se ha gestado sobre la base de las relaciones con los otros. En esas relaciones algunos aspectos merecen atención particular, como la génesis del ideal del yo, las identificaciones con el grupo familiar, las identificaciones con el grupo de pares y las identificaciones sexuales (Bohoslavsky, 2001:44-50).

Bohoslavsky R (2001) Orientación vocacional. Buenos Aires: Nueva Visión, 21ª edición.

Identidad y trastorno por estrés postraumático.- Objetivos. Este estudio investigó las diferencias culturales en objetivos, memorias auto-definidas y auto-cogniciones en aquellos con y sin trastorno de estrés post-traumático (PTSD). Método. Supervivientes a un trauma con y sin PTSD, de culturas independientes e interdependientes (N=106) proporcionaron mayores objetivos personales, memorias autodefinidas y auto-cogniciones. Resultados. Los supervivientes al trauma con PTSD de culturas independientes mostraron mayores metas, memorias autodefinidas y auto-cogniciones que los supervivientes de traumas sin PTSD de culturas independientes. En contraste, aquellos de culturas interdependientes, no se encontraron diferencias entre los supervivientes del trauma con y sin PTSD en términos de objetivos centrados al trauma, memorias autodefinidas y auto-cogniciones. Conclusiones. Los resultados sugieren una variabilidad cultural en el impacto del trauma sobre la memoria e identidad, y destacan la necesidad de modelos contemporáneos de PTSD para considerar más explícitamente la cultura en sus índices de PTSD. Se abordan las implicaciones clínicas de estos resultados, tales como las consideraciones culturales en la valoración y tratamiento del trauma relevante al auto-esquema en la terapia cognitiva para PTSD.

Jobson, Laura; O'Kearney, Richard, Diferencias culturales en la identidad personal en el trastorno de estrés post-traumático. BRITISH JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY. 2008 MAR; 47 (1):95-109.

IDENTIFICACIÓN

Definición.- (*Psicoanálisis*) *Desplazamiento* desde un objeto hacia el Yo. Opuesto a *Proyección* que es un desplazamiento desde el Yo hacia un objeto. En el primero proceso primario nos identificamos con el objeto, y en el segundo al objeto con nosotros. La identificación es la base de la mutua comprensión humana.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Asumir las características personales de otra persona, como cuando un niño en desarrollo se identifica con otra persona significativa. También, en la teoría psicoanalítica, un mecanismo de defensa del ego para enfrentar la ansiedad.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definición.- Como mecanismo de defensa, "es la adopción inconciente de características o actividades de otra persona, a menudo para reducir el dolor de la separación o la pérdida. Por ejemplo, una viuda asume el mismo trabajo voluntario que su marido realizaba".

Gelder M, Mayou R y Geddes J (1999), Oxford Psiquiatría, Madrid: Marbán, 2da. Edición, pág. 91.

Generalidades.- "El término identificación es el que generalmente se ha utilizado para definir y representar el activo proceso estructurante que tiene lugar dentro del yo y por el cual éste metaboliza ciertos componentes internalizados dando lugar a una matriz identificatoria. Es el conjunto de operaciones que determinan el proceso de estructuración que ocurre dentro del self sobre la base de la selección, inclusión y eliminación de elementos provenientes de los objetos externos, de los objetos internos y de partes del self. La identificación así considerada sería el resultado de una serie de objetos que abarcan distintos fenómenos comprendidos en dos grandes categorías: internalización y externalización".

Grimberg L (1976), *Teoría de la identificación*. Buenos Aires: Paidós.

Según M. Klein.- "Se la considera siempre un resultado de procesos introyectivos y proyectivos". Véase Identificación introyectiva, Identificación proyectiva.

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 122.

Identificación con el agresor.- Mecanismo de defensa introducido por Anna Freud, íntimamente ligado a la tendencia del aparato psíquico a reproducir activamente lo vivido pasivamente. Tiene un doble aspecto: heteroagresivo y autoagresivo. En el primero se inflige a otro (persona o cosa) la violencia que el yo sufrió en forma pasiva, como el niño que luego de visitar al médico, reproduce la situación con un compañerito imponiéndole todo lo que el médico le impuso a él. En el segundo, el yo se hace a sí mismo lo que el otro le hizo antes. Es una vuelta de la agresión contra la propia persona. Por ejemplo en la melancolía, donde el automartirio implica que el yo se insulta y se agrede como previamente fue agredido e insultado por el objeto.

Berenbaum L y Ferrari R, Acerca de las defensas del psiquismo. Incluido en "Fundamentos de psicología", págs. 107-108.

Identificación introyectiva según M. Klein.- "El resultado de la introyección del objeto en el yo, el cual se identifica entonces con algunas de sus características, o con todas".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 122.

Identificación proyectiva según M. Klein.- "El resultado de la proyección de partes del Yo en un objeto. Puede tener como consecuencia que se perciba al objeto como habiendo adquirido las características de la parte proyectada del Yo, pero también puede resultar en que el Yo llegue a identificarse con el objeto de su proyección" (pág. 122).

La identificación proyectiva patológica "resulta de la desintegración diminuta del Yo o de partes del Yo, que luego se proyectan en el objeto y se desintegran; tiene como consecuencia la creación de 'objetos extraños'".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 123.

Según M. Klein.- "Mecanismo que se traduce por fantasías donde el sujeto introduce su propia persona, en su totalidad o en parte, en el interior del objeto para dañarlo, poseerlo y controlarlo".

Laplanche J y Pontalis J, "Diccionario de psicoanálisis", Barcelona, Labor, 1981, 3º ed, pág. 189.

Identificación con el agresor.- Mecanismo de defensa aislado y descrito por Ana Freud: el individuo que se ve enfrentado a un peligro exterior, representado típicamente por una crítica procedente de una autoridad, se identifica con su agresor, y reasume la agresión al imitarlo físicamente o en sus rasgos morales, o bien al adoptar ciertos símbolos de poder que lo designan. Según Ana Freud, este mecanismo sería el preponderante en la constitución de la fase preliminar del Superyó, durante la cual la agresión permanece dirigida hacia el exterior, sin volverse aun contra el sujeto en forma de autocrítica.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Identificación proyectiva.- (*Psicoanálisis*) Término de la escuela kleiniana. El *instinto de muerte* debe ser deflexionado para no destruir al bebé. En parte es convertido en agresión y en parte es proyectado. La identificación proyectiva tiene mucha relación con la posición *esquizo-paranoide*. Fantásticamente se

proyectan en el cuerpo de la madre partes escindidas del sujeto, con el fin no solo de controlar in situ los ataques de la madre sino también de dañarla. La venganza esperada es fuente de ansiedad. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Identificación proyectiva patológica.- (*Psicoanálisis*) Término de la escuela kleiniana. El Yo, o partes del Yo, se desintegran en pequeños fragmentos. Éstos se proyectan en el objeto y se desintegran. Surgen entonces *objetos extraños*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- "Toda identificación se moldea por un vínculo intersubjetivo entre padres e hijos. Durante sus primeros años, el niño crea un sentimiento de fuerza y poder que se deriva de la ilusión de unidad con su madre. La imitación, el vestirse con ropas de los grandes, hablar como ellos hablan, hacer lo que los padres hacen, forma parte visible de las identificaciones que son procesos complejos que integran las figuras parentales dentro del yo, y también como idealizadas y tiránicas dentro del superyo (...) La principal función de las identificaciones en la estructuración de una identidad, es el de ser partes del cimiento y del hormigonado que sostiene la personalidad" (Schorn, 2002:83-84).

Schorn M (2002) El niño y el adolescente sordo. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2º edición.

La identificación en el niño sordo.- Schorn se pregunta con quienes se van identificando los niños sordos. "Ciertamente con sus padres. Pero en la gran mayoría de los casos, tanto sus padres como hermanos no son como ellos, comparten un lenguaje mucho más amplio de lo que ellos pueden entender, o hablan sobre cosas que ellos no entienden. Muchos niños tienen como modelo de identificación padres que no tienen resuelto, ni elaborado, la no-audición del hijo y que juegan con la fantasía de la aparición de algún pase mágico que le permita al hijo ser igual a ellos. Esta falla... acarrea una deficiencia en la configuración del sí-mismo en el niño y su identidad" (Schorn, 2002:84).

Schorn M (2002) El niño y el adolescente sordo. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2º edición.

Identificación en la clínica grupal.- Para Freud, la identificación es uno de los fundamentos subjetivos de las formaciones colectivas. Los procesos identificatorios se dan entonces en los grupos, y se presentan a la observación en la clínica grupal.

Lemoine dice que la transferencia es importante, pero el trabajo de identificación es el que dinamiza y organiza el grupo. El autor da un ejemplo de un grupo formado por gente entre 34 y 42 años que no se conocían, y que se reúnen una vez por semana, para ilustrar cómo ocurren los procesos identificatorios y cómo ellos organizan la vida del grupo.

En efecto, cada integrante cuenta sus cosas, pero los demás comienzan a 'hacer suyas' las declaraciones de los demás, es decir, comienzan a identificarse con cosas que dicen los otros, lo que contribuye a unificarlos como grupo.

El yo es un conjunto de identificaciones, es una máscara, y el grupo terapéutico es un sitio propicio para el trabajo de cada participante con su propia máscara. Jugando roles se actualizan y producen las identificaciones. El trabajo clínico, en situación de grupo, interroga roles y conjetura identificaciones. El espacio de un grupo terapéutico intenta crear condiciones para que los movimientos identificatorios sean interrogados. Cuando un integrante insiste en un rol, es el modo como aparece implicado en un proceso de identificación.

Pensar lo grupal sólo en términos de su unidad es un obstáculo en el trabajo clínico. La unidad es una sensación intensa y efímera: en todo grupo hay siempre diferencias, y el desacuerdo y las diferencias suelen ser los silencios de la unidad, lo que se niega. El grupo simula ser una unidad.

La tarea del coordinador es aquí dar tiempos para que cada uno pueda o tenga la oportunidad de expresar su modo de estar con otros diferentes a él. El poder del coordinador no es lo que sabe sino saber escuchar lo que no sabe sobre los demás. La unidad de lo grupal es pluralidad de voces que se entretienen en una producción común.

Condensado de Percia Marcelo (1997) Notas para pensar lo grupal. Buenos Aires: Lugar Editorial, 4º edición.

La identificación en S. Freud.- Es un proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, propiedad o atributo de otro y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y diferencia a partir de una serie de identificaciones (Laplanche).

Se trata de un proceso intrapsíquico que modifica el yo y que surge de una relación intersubjetiva con otro. En el capítulo 7 de "Psicología de las masas..." Freud expone sintéticamente su concepto de identificación elaborado en 25 años.

a) En una carta a Fliss de 1894 habla de la identificación de una histérica con una prostituta, por la comunidad de un deseo sexual reprimido. Frente a esta identificación la paciente se defendía con un síntoma agorafóbico (no salir a la calle).

b) En "Análisis fragmentario de una histeria": en el caso Dora había varias identificaciones que sobredeterminaban su síntoma de la tos: identificación compasiva con su padre que tosía, identificación con su madre, identificación con la Sra. K por fantasear que tenía relaciones con su padre.

- c) En "Un recuerdo infantil..." plantea la homosexualidad como una identificación de Leonardo con su madre, y que modeló su carácter sexual.
- d) En "Duelo y melancolía": plantea la identificación narcisista del yo con el objeto perdido.
- e) En "Psicología de las masas..." retoma los sentidos a, b y c (ver más abajo).
- f) En "El yo y el ello" plantea la identificación como la operación fundante de la estructuración del psiquismo humano.

Condensado de Romero R y Sauane S (1995) Grupo, objeto y teoría, Tomo III. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Tres fuentes de identificación.- Son las que plantea Freud en "Psicología de las masas y análisis del yo".

Primera fuente: "La identificación es la forma más primitiva de exteriorización de una ligazón afectiva con un objeto".

Corresponde a la primitiva fase oral. No hay discriminación entre investidura de objeto e identificación, pues no hay discriminación yo-no yo. Es preedípica y ambivalente. Es la identificación primaria, que se establece sobre el otro como modelo.

Se basa en la discriminación tensión intolerable-nirvana. Reduce la tensión alucinando, según la identidad de percepción, para cumplir el deseo.

En "El yo y el ello" alude a la indiscriminación entre investidura de objeto e identificación, cuando aún el Yo no está mediando entre el Ello y el mundo externo, así como tampoco establece un límite entre ambos, y toda alucinación deviene identificación.

Freud dice que la primera y más importante identificación es con el padre. Esto fue interpretado como que las identificaciones primarias adquieren sentido a partir de la formación del Ideal.

Segunda fuente: "Pasa a sustituir a una ligazón libidinosa de objeto por la vía regresiva, mediante la introyección del objeto en el yo".

La única forma en que el ser humano resigna investiduras objetales será erigiendo en su propio Yo características del objeto abandonado.

Es una regresión al mecanismo de la introyección oral con connotaciones canibalísticas, pues se basa en creer que introyectando al objeto -ingiriéndolo- se incorporan sus características así como sus prohibiciones. Esto sucede, dirá Freud después en "El yo y el ello", en la formación del Ideal y del Superyo: en el primer caso introyecta valores, y en el segundo prohibiciones.

Identificaciones de este tipo son un resarcimiento frente a la necesidad de abandonar las intensas investiduras objetales depositadas en las figuras parentales, y reforzarán las identificaciones preexistentes.

En una palabra: los padres están prohibidos por la castración, entonces se los abandona pero se busca conservarlos introyectándolos. Es la segunda fuente de identificación: de 'ser' el objeto el sujeto pasa a 'tener' el objeto.

Tercera fuente: "puede nacer a raíz de cualquier comunidad que llegase a percibirse con una persona que no es objeto de pulsiones sexuales. Este tipo de identificación pasa a ser así un indicio de un punto de coincidencia entre dos "yo" que debe mantenerse reprimido".

Esta comunidad, consecuencia de tener una misma representación reprimida en común, suele ser efímera. En la masa, los miembros poseen el mismo objeto (líder) en el lugar del Ideal. El deseo de que los ame a todos por igual es conciente, pero remite a otro inconciente que apunta al cumplimiento de mociones homosexuales que se ponen en juego con la aceptación y el amor del Ideal.

Condensado de Romero R y Sauane S (1995) Grupo, objeto y teoría, Tomo III. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Identificación y grupo, perspectiva freudiana.- Freud trabajó el concepto de identificación en varias etapas:

1) En 1897 la define enigmáticamente como un "proceso de pensamiento o razonamiento inconciente". Esto se aclarará recién en 1900, como sigue:

2) En 1900 ("La interpretación de los sueños") habla de una identificación histérica, donde el síntoma indica que el paciente se identificó con una serie de personajes.

Esto se ve en los grupos, cuando un niño reproduce en sus síntomas la conflictiva entre los padres y de él con respecto a ellos, debido a que se ha identificado con la situación. Kaës retomó la idea de difracción de Freud (mecanismo opuesto a condensación), un mecanismo donde una persona parece fragmentada en diversos personajes (como en los sueños) o una escena fantasmática que aparece difractada transferencialmente en diversos miembros del grupo (tensión común de Ezriel, o resonancia fantasmática de Anzieu). Esto se hace por un razonamiento inconciente.

Condensado de Romero R y Sauane S (1995) Grupo, objeto y teoría, Tomo III. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Identificación, fantasía y transferencia.- De acuerdo a Laplanche, *fantasía* es "una escenificación imaginaria donde está presente el sujeto y que representa en forma más o menos deformada por las defensas, la realización de un deseo, en último término inconciente". La *transferencia* es "un proceso por el cual los deseos inconcientes se actualizan sobre ciertos objetos, en el marco de cierta relación establecida con ellos, y especialmente en la relación analítica".

En los grupos, la relación entre los tres conceptos es la siguiente: la transferencia, tanto con el terapeuta como con los miembros del grupo, permite vehiculizar fantasías que precipitarán en movimientos identificatorios.

En el caso Dora se ve como un mismo grupo de síntomas, la tos y la afonía, revela la identificación de Dora con múltiples personajes de una escena: identificación compasiva con su padre, identificación con la madre para tener al padre, identificación con la madre para tener al Sr. K, etc. Dora denuncia en sus síntomas todo aquello que sucede en relación con su grupo significativo.

La segunda tópica dará cuenta del yo como una sedimentación de investiduras de objeto, que contiene a la vez toda la historia de las mismas. El yo no resulta entonces simplemente la manera de ser de una persona, sino que condensa deseos, defensas, los otros significativos, lo inter y lo intrasubjetivo.

El terapeuta de un grupo debe ocupar el lugar del Ideal, si seguimos a Freud, pues los pacientes esperan ser amados por igual por él. Esto permite el trabajo en común, pero luego con las interpretaciones el terapeuta deberá destituirse de ese lugar.

Otro punto de articulación "identificación-fantasma-transferencia" es lo que dice Freud en "Personajes psicopáticos en el teatro" (1905), donde el espectador al identificarse con el personaje representado, le produce un efecto catártico. Como en los juegos infantiles, el espectador tiene la oportunidad de ser un héroe, por identificación. La dramatización tiene entonces equivalente en el juego. Todo esto se relaciona con la 'ilusión': el espectador tiene la ilusión que está viviendo la situación pero no sufre (sufre el personaje), o sea se da cuenta que es sólo una representación.

En los grupos encontramos también espectadores: los pacientes silenciosos que, sin embargo, cambian con la terapia. Esto se puede explicar articulando ilusión e identificación. Como miembro del grupo, me afectan las interpretaciones del terapeuta porque hay una identificación, entró en juego mi deseo. Toda identificación está sustentada en querer ser el otro, pero cuando me identifico con el que 'quisiera' ser se juega la ilusión, porque sé que no puedo serlo realmente. El paciente silencioso no habla pero escucha las interpretaciones, que se basan en interpretar deseos, conflictos, defensas, etc.

Romero cita un caso donde un grupo se sentía excluido por la institución, y dramatizó dicha situación formando un subgrupo que excluía a su vez al resto del grupo. El grupo pudo cohesionarse una vez que quedó aclarado esto, interpretación mediante. Vemos en este ejemplo la identificación (por ej del subgrupo con el grupo, y de los restantes miembros del grupo con la institución) y el fenómeno de transferencia (transferir al grupo la situación con la institución).

Condensado de Romero R y Sauane S (1995) Grupo, objeto y teoría, Tomo III. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Según Freud.- Romero y Sauane sintetizan la evolución del concepto de la siguiente manera:

1921.- "Psicología de las masas y análisis del yo": Aún toda relación íntima y prolongada tiene un sedimento de hostilidad, no percibido por haber sido reprimido. Porqué, entonces, en el grupo se resigna tan fácilmente el narcisismo individual? Hay una resignación parcial del mismo porque se reemplaza o resigna en aras de un narcisismo colectivo, configurado porque el sujeto catectizó a los otros. Si bien se invierte a estos en cuanto objetos, es sin embargo una investidura a predominio narcisista porque no amo al otro reconociendo sus diferencias, tal como es, sino porque comparto algo mío, el Ideal que ama a todos por igual, incluso renegando de las diferencias con el otro. Estas identificaciones recíprocas son ligazones a predominio narcisista. Así como hay un trueque del narcisismo infantil por el Ideal (en "Introducción al narcisismo"), hay aquí un trueque del narcisismo individual por el colectivo. El narcisismo individual no es abandonado nunca totalmente, sino trasladado al colectivo (por ejemplo nacionalismo, abolengo, "yo nací aquí", etc). Se habla por ejemplo de la 'patria': se hace una reificación (al revés que cosificación), porque se da vida a algo inerte ("la patria va adelante").

Señala Romero que en la medida en que cada miembro haga una investidura narcisista sobre los otros, se producirá de a poco la aparición de la representación del grupo como totalidad unitaria, reactualización a su vez de una representación precursora que tuvo su génesis en el grupo familiar. La representación-grupo de origen implica la catectización de la familia de origen como grupo utópico y ucrónico (está fuera del espacio y el tiempo) y se reactualiza cuando luego entramos en contacto con algún grupo.

Solo con dicha reactualización de la representación-grupo precursora es posible la representación-grupo de aquí y ahora, del grupo que hoy integro. También se reactualiza la conflictiva original, obstaculizando la interacción del grupo de aquí y ahora.

La investidura libidinal de los grupos se amplía cada vez más: del grupo de compañeros al grupo del aula, luego a la escuela, etc. También hay repliegues: retiramos libido de la escuela y la concentramos en el grupo de compañeros y consideramos a estos como "la escuela" (transposición categorial del todo a la parte).

Freud dijo que nos identificamos tanto con un rasgo como con el carácter de una persona, pero también podemos identificarnos con algo tan abstracto como con una posición dentro de la estructura edípica en base a diferencias generacionales y sexuales (con un progenitor de determinado sexo). Solo es posible identificarse con una posición en una estructura grupal una vez que se ha producido intrapsíquicamente la representación-grupo precursora (familiar).

Condensado de Romero R y Sauane S (1995) Grupo, objeto y teoría, Tomo III. Buenos Aires: Lugar Editorial. Se incluyen agregados de las clases del Lic. R. Romero 5-9-95, 12-9-95 y 3-10-95 (Cátedra de Teoría y Técnica de Grupos II, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires).

IDEOLOGÍA

Definición.- "Conjunto de definiciones compartidas que suministran interpretaciones y soluciones para lo que se juzga una situación social insatisfactoria".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 621.

ILUSIÓN

Definición.- Distorsión perceptiva causada por predisposición personal, por indefinición estimular, por indefinición de la situación en que se produce el estímulo, o por una combinación de estos factores.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 227.

Generalidades.- 1. Significa engañarse en el juicio, en los afectos; una idea falsa, imaginada. Psicológicamente significa un concepto que corresponde al objeto, pero provoca imaginaciones afectivas referentes a la satisfacción de estas imaginaciones. Lange sostiene que el origen del arte es la exigencia humana de tener ilusiones. (*Das Wesen der Kunst*). La *desilusión* es un proceso afectivo desagradable de desenmascarar la irrealidad de una ilusión, y puede provocar trastornos psíquicos. 2. Interpretación equivocada de los elementos de una experiencia, de manera que ésta ya no corresponde a la situación objetiva presente o recordada. En general se distinguen los siguientes tipos de ilusión: *Ilusiones de la memoria*, en que existe un error con respecto al tiempo o se incluyen elementos no contenidos en la percepción original; *Ilusiones de la percepción*, que, a su vez, se dividen en *Ilusiones de moción* en que un objeto inmóvil parece moverse (éste puede ser el propio cuerpo o parte del mismo, o bien algún objeto externo); *Ilusiones de orientación* que consisten en una interpretación equivocada acerca de la posición que ocupa el propio cuerpo en el espacio; *Ilusiones con respecto al espacio visual*, o sea interpretaciones erróneas con respecto a la posición espacial relativa de ciertas figuras u objetos vistos. Las ilusiones espaciales más llamativas reciben el nombre de sus descubridores, por ejemplo, Hering, Müller-Lyer, Poggendorf, Zöllner. Comparar estos términos. Ilusiones de Perspectiva Reversible, que tienen lugar en figuras planas o sólidas cuyas partes se presentan, a veces, más cercanas, a veces más alejadas del ojo (por ejemplo Ilusión de la Escalera). La ilusión debe distinguirse de la *Alucinación* cuya construcción central no es existente en la realidad, mientras la ilusión solo cambia los detalles de la percepción. 3. (*Psicoanálisis*) La ilusión es casi invariablemente un producto de fuerzas en la esfera del inconciente. Cuando un impulso, nacido del inconciente, es rechazado por la esfera conciente e inconciente, el individuo falla al reconocer la genuinidad del impulso y debe desarrollar una o más creencias alrededor de aquél, tergiversando los hechos. (Alemán: *Tauschung, Sinestäuschung*; Inglés: *Illusion*.)

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- "Ilusión es la percepción falseada o deformada de un objeto real. Causas: 1) Debilitación de la atención por fatiga o en la transición entre el sueño y la vigilia. En la excitación psicomotriz por inestabilidad en la atención. En la depresión psicomotriz por introversión de la atención. En la confusión mental por la torpeza del sensorio. En las demencias por la debilitación de la psique. 2) Exaltación emocional. Más frecuente que la anterior (Betta, 1984:87).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Según Freud.- Romero y Sauane sintetizan la evolución del concepto de la siguiente manera:

1921.- "Psicología de las masas y análisis del yo": Habla de la 'ilusión' de que el jefe de la masa ama a todos los igual, y dice que "de esta ilusión depende todo". Es un triple ilusión: a) se trata de un único y mismo objeto (el que ha ocupado el Ideal del Yo); b) ese objeto los ama, protege, etc. y c) a todos por igual. Posteriormente esto determinará las identificaciones recíprocas entre los miembros.

1926.- "El porvenir de una ilusión". Donde define ilusión como una creencia muy particular, porque en su motivación u origen se esfuerza el trabajo de un deseo. Esto implica que el sujeto mantiene la creencia a pesar de que la realidad objetiva le dice lo contrario. Por ejemplo la ilusión de casarse con un rey, reactualizada en teleteatros.

Condensado de Romero R y Sauane S (1995) Grupo, objeto y teoría, Tomo III. Buenos Aires: Lugar Editorial. Se incluyen agregados de las clases del Lic. R. Romero 5-9-95, 12-9-95 y 3-10-95 (Cátedra de Teoría y Técnica de Grupos II, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires).

IMAGEN

Definición.- "Es la representación psíquica de un objeto registrado por la conciencia a través de un mecanismo sensorio-perceptivo" (Betta, 1984:85).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Clasificación.- Las imágenes senso-perceptivas normales son: a) Imagen sensorial: Es la imagen obtenida por la observación directa del objetivo. Caracteres: nitidez, corporeidad, fijeza, extrayección, no influenciada. b) Imagen consecutiva: También llamada "post-imagen sensorial". Es la persistencia de la imagen sensorial después de desaparecido el estímulo, cuando éste es muy intenso. c) Imagen mnemónica: Es la imagen del recuerdo evocada por la memoria. Muy inestable e influenciada por la voluntad. d) Imagen fantástica: También llamada "confabulatoria". Es una creación producto de la imaginación. e) Imagen eidética: También llamada "intuitiva". Corresponde a la etapa intuitiva del desarrollo mental. Extrayección condicionada. Doble influenciabilidad: endógena y exógena. f) Imagen onírica: Forma el contenido del ensueño de origen mnemónico o imaginativo. g) Imagen pareidólica: Creada por la fantasía y originada en imágenes reales que agrupadas de diversas maneras constituyen una nueva imagen (Betta, 1984:86).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Imagen alucinoide.- Imagen autónoma y similar a una alucinación, excepto por el momento de su aparición (ligadas exclusivamente a estados carenciales, hipertermia, etc.), y por el hecho de que la persona mantiene los ojos cerrados y sabe que lo que experimenta son imágenes.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 227.

Imagen eidética.- Variedad de imagen mnémica consistente en la representación mental de una experiencia sensorial previa (de un percepto), que conserva todas o la mayor parte de las propiedades de ese percepto, y que la persona puede evocar a voluntad.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 227.

Descripción fenomenológica de la imagen.- Sartre busca en este libro describir la función irrealizante de la conciencia imaginante y de su correlato noemático, lo imaginario. O sea, quiere hacer una psicología fenomenológica de la imaginación, aplicando el método fenomenológico al estudio de la imagen.

Para ello distingue entre conciencia de objetos reales (percepción de una persona en un aquí y ahora) y conciencia de objetos imaginarios (la misma persona imaginada). Un objeto imaginario es una creación pura que ofrece la posibilidad de negar el mundo, pero que al mismo tiempo resulta inconcebible separar esa imaginación aislante de la conciencia que está en el mundo.

El método para hacer una fenomenología de la imagen consiste en: a) producir imágenes en nosotros; b) reflexionar sobre ellas; y c) describirlas, o sea definir sus características distintivas. Al término de esta descripción, Sartre encuentra cuatro características de la imagen:

1) La imagen es una conciencia: la imagen no es algo que está en la conciencia, como un objeto dentro de una caja, sino que la imagen es la relación de la conciencia con el objeto real, 'es' un tipo de conciencia (llamada conciencia imaginante) consistente en una organización sintética directamente relacionada con el objeto existente.

2) La imagen es una casi-observación: mientras que en la percepción voy aprendiendo por sucesivos escorzos nuevas cosas sobre el objeto, en la imaginación no aprendo nada nuevo, pues una imagen es nada más que la conciencia que del objeto tengamos: en la imagen está puesto lo que sabemos del objeto.

3) La conciencia imaginante propone al objeto como una nada: el objeto intencional de la conciencia imaginante tiene de particular que no está allí, sea que lo propongamos como inexistente, como ausente, como existente en otro lugar, etc.

4) Espontaneidad: en la percepción hay pasividad, mientras que en la imaginación hay actividad o espontaneidad porque produce y conserva al objeto como imagen. A pesar de que no nos enseña nada, la conciencia imaginante es creadora en aquel sentido.

Luego de esta descripción, Sartre habla de la familia de la imagen, o sea de los tipos de imágenes que hay. Está la *imagen mental*, pero también hay *imágenes físicas* como retratos, caricaturas, fotos, que son un soporte material o representante analógico del objeto ausente (analógico porque hay similitud). En estos casos se trata de animar a cierta materia para hacer de ella la representación de un objeto ausente.

Hay también *imágenes mixtas* (mitad mentales y mitad físicas) como las manchas, las nubes, etc, y en general, todo material poco estructurado: hay un soporte físico, pero también un componente mental, porque el sujeto estructura el material físico de acuerdo a su imaginación.

La imaginación emplea imágenes, pero la significación emplea signos (por ejemplo palabras), los cuales no son representantes analógicos del objeto sino representaciones arbitrarias. A pesar de esto, hay representaciones intermedias entre la imagen y el signo, como por ejemplo los dibujos esquemáticos.

Condensado de Sartre Jean Paul (1963) Lo imaginario (parte I).

Clasificación.- La imagen, considerada a la vez como suceso psicológico y como soporte eventual de otras actividades mentales se caracteriza, por una parte, por su naturaleza de evocación figurativa y, por otra, por su intervención en una actividad psicológica con cierto grado de control conciente.

Denis cita tres criterios para clasificar los fenómenos de formación de imágenes, mediante una clasificación de las imágenes mismas: 1) según el órgano sensorial implicado; 2) según los caracteres extrínsecos de la imagen o sea concretamente las condiciones de su producción; y, cuando este criterio es insuficiente, recurrimos a 3) ciertas propiedades intrínsecas de la imagen, por ejemplo sus aspectos estructurales. Así, quedan tres clasificaciones:

1º criterio	Visuales Auditivas Cinestésicas Táctiles Olfativas y gustativas	
2º criterio	Alucinatorias	Hipnagógicas Hípnicas Alucinatorias propiamente dichas De aislamiento perceptivo De estimulación rítmica
	Vinculadas a la percepción	Consecutiva Consecutiva de memoria Eidética
	De pensamiento	De memoria (función referencial) De imaginación (función elaborativa)
3º criterio (Piaget)	Reproductivas Anticipatorias	

Nos interesarán las dos últimas clasificaciones. Empezando con las imágenes alucinatorias, tienen estas características: son autónomas (no controladas por la voluntad), aparecen en estados casi hipnóticos donde hay un descenso de la vigilia, y son novedosas, con vivacidad de colores y claridad de detalles.

Dentro de ellas están primero las imágenes hipnagógicas, que aparecen en la semiconciencia (entre vigilia y sueño). Pueden ser manchas luminosas más o menos coloreadas, a veces rostros familiares, etcétera. Vagas y discontinuas, pueden reproducir impresiones sensoriales repetidas en la vigilia anterior. En estas imágenes el sujeto no está presente como actor, lo que sí sucede en las imágenes hípnicas, que son las del sueño. Estas son muy ricas y se pueden modelar por estimulaciones exteroceptivas. Aparecen formando episodios narrativos y generalmente tienen una fuerte carga afectiva. Podemos incluir aquí también las imágenes hipnoides (aparecen en la hipnosis o sueño artificial) y las hiponoides (ensoñación imaginativa en un sujeto más o menos desconectado del entorno).

Las imágenes alucinatorias propiamente dichas aparecen en sujetos enfermos o que consumen drogas alucinógenas. Primero implican modificaciones de lo percibido, y luego empiezan a aparecer imágenes totalmente nuevas. Son muy autónomas: se imponen al sujeto, aunque cierre los ojos.

Las imágenes de aislamiento perceptivo son sensaciones visuales no estructuradas y a veces significativas, que aparecen cuando hay una privación sensorial prolongada o en sujetos imaginativos y creativos.

Las imágenes de estimulación rítmica aparecen cuando hay una estimulación visual rítmica (estroboscopia y/o aplicación de pequeñas descargas en las sienes). Dicha estimulación produce una somnolencia que produce imágenes luminosas no significativas. También aparecen en sujetos imaginativos.

Al contrario de todas las anteriores, las imágenes vinculadas a la percepción aparecen en estados de vigilia normal y por tanto pueden integrarse a la actividad mental normal. Un tipo de imagen es la imagen consecutiva, que es la persistencia momentánea de un estado sensorial inducido por un estímulo intenso y breve y una vez que éste desapareció. Algunos hablan aquí de impresión pos-sensorial (pues persiste la actividad del órgano sensorial). En la modalidad visual, esta imagen puede ser positiva o negativa, y se favorece cuando hay mucho contraste. Dura algunos segundos y tiene inestabilidad espacial (se mueve según el movimiento de los ojos), ambas cosas que la distinguen de la impresión sensorial.

La imagen consecutiva de memoria (o icono) implica el almacenamiento en la memoria a muy corto plazo de una imagen positiva consecutiva a la presentación de un estímulo en visión taquitoscópica. A pesar de su brevedad (unos 250 msg) contiene información utilizable por el sujeto después que desapareció el estímulo.

La imagen eidética, en la forma visual, es una imagen positiva, de gran vivacidad (casi igual a un percepto). Tiene gran riqueza de detalles y es muy nítida. No se mueve con el movimiento ocular y puede durar varios minutos (a diferencia de la imagen consecutiva). No es alucinación pues hay aquí conciencia

de imagen. Suele aparecer en niños con lesiones o retrasos, por lo que se supone que son formas de producir imágenes primitivas, que luego fueron reemplazadas por modalidades cognitivas más abstractas.

Las imágenes de pensamiento, a diferencia de las anteriores, se refieren a experiencias imaginativas relativamente independientes de una percepción reciente. La imagen de pensamiento es entonces una representación subjetiva atenuada de una percepción o sensación presente en la conciencia del sujeto como elemento del pensamiento, no como elemento sensorial. No es autónoma, puede evocarse a voluntad como suceso pasado o como anticipación de sucesos futuros, visualización de datos de un problema, creación, etcétera. No son imágenes eidéticas porque son menos vivaces y no se las toma como sensoriales.

Las imágenes de memoria cumplen una función referencial: ubican una experiencia sensorial en un lugar del pasado. Las imágenes de imaginación en cambio, tienen una función elaborativa, pues son una creación a partir de combinaciones de imágenes de memoria (que no son creativas, sino rememorativas). Pero además debe aclararse otra distinción entre función referencial y elaborativa: la primera puede tener por objeto datos particulares (algo concreto ubicado con precisión en el espacio y el tiempo) o conceptos genéricos (sucesos indefinidos en su ubicación histórica y configuración). La segunda también puede referirse a contenidos particulares o genéricos, pero son organizaciones nuevas de imágenes entre sí. Esto puede desembocar en la creación de nuevos contenidos, ya que aplica una transformación a un contenido imaginado. Por ello a veces la imagen tiene una gran plasticidad como para poder ir siendo cambiada.

Piaget e Inhelder proponen una clasificación genética de las imágenes atendiendo a su estructura. Primero se dan las imágenes reproductivas (imaginar objetos estáticos de experiencias perceptivas conocidas), y luego aparecen imágenes de movimientos y transformaciones (que anticipan –por eso anticipatorios- movimientos aún no percibidos como plegar dos veces una hoja cuadrada en dos partes iguales, o también movimientos conocidos pero que implican una movilidad de la imagen, transformaciones conocidas como dividir un cuadrado en dos rectángulos iguales). Las imágenes reproductivas se forman en el nivel preoperatorio y las anticipatorias en el comienzo de las operaciones concretas.

En general, las imágenes mentales ayudan en mucho a resolver situaciones como pensar, recordar, comprender palabras y frases, pero no son absolutamente necesarias para ello: podemos resolverlas prescindiendo de la formación de imágenes. Consiguientemente, sería erróneo explicar una conducta a partir del supuesto que el sujeto formó imágenes conscientemente. Supondremos entonces que hay otros recursos psíquicos, que no son las imágenes, los que explican las conductas. Así por ejemplo respecto de un estímulo verbal, el tratamiento cognitivo que da el sujeto a la información verbal no puede reducirse simplemente a una experiencia subjetiva consciente del sujeto. Concluimos entonces que las propiedades funcionales de las imágenes mentales son relativamente independientes del contenido consciente elaborado por la actividad de formación de imágenes.

Resumen de Denis Michel (1984) Las imágenes mentales. México: Siglo XXI. Capítulo 3.

La imagen como sistema simbólico de representación.– Los planteos de Piaget y de Paivio dan a la imagen un papel decisivo en las actividades cognitivas: la imagen expresa el conocimiento del mundo que tiene el sujeto, y está directamente vinculada con la función simbólica. Analizaremos el pensamiento de Bruner, de Piaget e Inhelder y el de Paivio al respecto.

Bruner habló de tres etapas en el niño: la representación motriz, la representación en imágenes, y la representación simbólica (verbal). La imagen es relativamente independiente de la acción y por lo tanto es más flexible que la representación motriz. La representación simbólica es aún más abstracta, pues por ella no sólo se pueden representar especímenes sino también clases, e incluso combinar clases entre sí. Entonces para Bruner la representación en imagen es un tránsito hacia formas de representación más complejas. Incluso no pudo concebir que las imágenes, que él describe como estáticas, puedan evolucionar hacia formas más dinámicas.

En Piaget e Inhelder la imagen mental no es una simple prolongación de la percepción, es una imitación activa e interiorizada pues la imagen evoca figuralmente objetos, relaciones e incluso clases, comportando un alto nivel de esquematización.

La imagen es figural, o sea es una figura que representa un objeto ausente (por oposición a la percepción, que también es figural pero en presencia del objeto). Por tanto la imagen implica distinguir un objeto ausente (significado) y un objeto presente que es la imagen que lo evoca (significante). La imagen tiene además una determinada significación.

Además del aspecto figurativo, la imagen tiene un aspecto de imitación, lo que queda comprobado por pruebas psicofisiológicas (motricidad ocular) y genéticas (la imagen como imitación empieza con la imitación senso-motriz, desde la cual luego surgirá la imitación diferida que se realiza en ausencia del modelo, y luego más tarde llega la imitación interiorizada, punto de partida de la representación en imagen). Por tanto la imagen está más cerca de lo simbólico que de lo perceptual. La imagen es un símbolo. También puede describirse genéticamente el progreso de la imagen cuando esta pasa de la imagen reproductiva (nivel preoperatorio) a la imagen anticipatoria (nivel operatorio).

Paivio estudiará la imagen en relación con la palabra, que es otro proceso cognitivo. Imágenes y palabras son formas de representación simbólica que forman sistemas de codificación. La imagen se desencadena a partir de un hecho u objeto, y la palabra deviene de una señal perceptivo motriz. La palabra puede evocar otras palabras o también imágenes, y las imágenes pueden evocar otras imágenes o palabras, formándose así cadenas de transformaciones simbólicas. Cuanto más concreta es una situación, mayor será la tendencia a evocarla mediante una imagen, y cuanto más abstracta, mayor posibilidad de empleo de la forma verbal de representación simbólica.

La imagen visual está más vinculada a lo espacial, mientras que el sistema verbal, al ser audiomotriz, está más vinculado a lo temporal, a lo secuencial. Además, la imagen es más susceptible de transformaciones simbólicas, pero la palabra es más estática.

Las imágenes, que se refieren a propiedades perceptivas y figurativas de objetos concretos, son históricamente anteriores a la aparición del lenguaje, el cual sólo designa conceptos, clases, relaciones, etcétera. También las imágenes, como el lenguaje, progresan desde lo más concreto a lo más abstracto. Para Paivio la imagen es un sustituto de una percepción no realizada; en cambio Piaget va algo más lejos al decir que la imagen es un proceso unido al progreso de los esquemas de la inteligencia. Lo imaginado depende más de los esquemas disponibles en ese momento que de las características perceptuales del objeto imaginado.

Las ideas de Paivio y de Piaget no son incompatibles con el llamado modelo de la doble codificación. En actividades muy específicas y con consignas muy precisas, un sujeto puede usar solamente un código (el figurativo o el verbal), pero en tareas más complejas, de hecho las más habituales, se hace una doble codificación y además se consideran otros códigos además de esos dos, como el código sensomotriz. El modelo de la doble codificación no es suficiente para explicar todo el funcionamiento psicológico humano. Otros autores propusieron un modelo más abstracto donde carece de sentido hablar de modalidades (figurativa, verbal, etc) y donde el proceso se realiza desde un único aparato cognitivo. Algunos llegaron a decir que una escena visual y una descripción lingüística de dicha escena están inscriptos en la memoria bajo una sola forma conceptual. Opinamos que no hay campos específicos dentro de la representación, sino que todos esos campos están presentes, en mayor o menor medida según lo que se busque, en todas las representaciones.

Resumen de Denis Michel (1984) Las imágenes mentales. México: Siglo XXI. Capítulo 8: La imagen como sistema simbólico de representación.

El papel de la imagen en la representación cognitiva.- La actividad de formación de imágenes es una actividad constructiva que ofrece al sujeto análogos cognitivos de los objetos, unidades de representación que están disponibles en la memoria y que pueden ser activadas y utilizadas en procesos especializados como el aprendizaje y la resolución de problemas.

Debemos reinsertar la imagen en un conjunto más amplio, pues hay aspectos del mundo de los que no podemos tener una representación figurativa (afectos, funciones, etc). Entonces una representación en imagen puede ser una representación en imagen de palabra, que es la figuración de una 'parte' del significado de dicha palabra.

La representación en imagen la concebiremos, además, como un todo resultante de la composición de varios rasgos figurales, y no de entrada como una totalidad indisoluble.

- Rasgos semánticos figurativos.- El significado de muchas palabras se puede descomponer en unidades semánticas más pequeñas; por ejemplo 'caballo' se descompone en 'cuatro patas', 'relincho', 'crines', 'amigo del hombre', etcétera. Algunos de estos significados están más ligados a lo perceptivo (cuatro patas, relincho) y otros no (amigo del hombre) aunque por vía asociativa éste último puede remitirse a algo figurativo. Un mismo significado puede remitirse a imágenes visuales y auditivas conjuntamente.

Los rasgos que definen un concepto están representados en el sistema cognitivo del sujeto en forma de unidades psicológicas portadoras de elementos de significación. La combinación de dichas unidades permitiría la formación de la imagen del objeto.

Estas unidades pueden estar simplemente disponibles (en la memoria a largo plazo) o ser actualizadas para su empleo. Lo que sí entonces se actualizan son los rasgos semánticos figurativos, que desembocan en la formación de imágenes. Formar una imagen implica activar y componer esos rasgos semánticos figurativos. Figurativos porque corresponden a propiedades físicas del objeto. Esta actualización es siempre selectiva, o sea se seleccionan los rasgos que se emplearán para determinado fin cognitivo.

El contexto en que se da la formación de imágenes es muy importante: por ejemplo es más probable la formación de imágenes frente al estímulo verbal 'la herramienta contra la madera' que ante 'la herramienta al servicio de la técnica', porque este último incluye elementos no figurativos o abstractos, como 'técnica'. Pero no sólo interesa el contexto lingüístico, sino también aquel que viene dado por el tipo de tarea a realizar: diferentes tareas pueden actualizar diferentes subconjuntos de rasgos (figurativos algunas veces, no figurativos otras).

El valor de formación de imágenes de una palabra, o sea su capacidad para evocar una imagen, se extiende entre los extremos 'sin imagen' e 'imagen muy precisa', y se puede predecir este valor conociendo los rangos semánticos figurativos de un concepto dado. Las palabras más genéricas tienden menos a formar imágenes que las concretas. Por tanto la categoría del concepto es importante.

No debemos asignar a la composición de unidades o rasgos semánticos un carácter demasiado atomista: los rasgos no son independientes sino que se vinculan entre sí, no sólo por razones estadísticas sino también estructurales ('alargada' y 'delgada' son rasgos figurativos de la víbora, que se asocian estructuralmente).

- Representación cognitiva de las categorías.- Se tiende a pensar que la riqueza semántica de un concepto es tanto mayor cuanto más 'abajo' se encuentra en la taxonomía a la que pertenece: el significado 'específico' comprende más rasgos semánticos que el significado general (por ejemplo 'higuera' tiene más rasgos semánticos que 'árbol'). Esto es cierto desde el punto de vista lógico, pero no tanto desde el psicológico, porque se vio que muchas veces hay sujetos que asignan a un concepto el significado de un subconjunto de dicho concepto (de 'vehículo' dicen 'tiene ruedas', cuando en rigor sólo algunos vehículos las tienen). Se suele tomar la subcategoría que ilustra 'mejor' la categoría. Por tanto, concluimos que los conceptos generales pueden representarse figurativamente, es decir mediante imágenes, pero atendiendo sólo a subclases representativas o prototípicas.

Otra cosa observada fue que cuando un sujeto debe dar una respuesta gráfica del vocablo 'pájaro', su respuesta es más rápida que la respuesta frente a 'mueble', pues la primera palabra, si bien tan general como la segunda, contiene más elementos figurativos. La expresión 'pájaro' es una categoría homogénea pues sus miembros comparten gran cantidad de rasgos figurativos, mientras que 'mueble' es más heterogénea.

Dentro de la taxonomía, podemos identificar la existencia de un llamado 'nivel de base', donde quedan separados por un lado los conceptos directamente evocables figurativamente, y por el otro los conceptos para cuya evocación gráfica requieren ser remitidos a una subclase. 'Mueble' y 'pájaro', si bien son ambos conceptos generales, son diferentes desde el punto de vista cognitivo: 'mueble' está más arriba que 'pájaro'. El nivel de base corresponde al nivel taxonómico más inclusivo (más amplio) en el que aún se puede formar una imagen visual del concepto.

Una palabra, dentro de un contexto de oración, puede sugerir con más facilidad imágenes debido al contexto oracional.

La imagen, y sobre todo la imagen prototípica de una determinada clase, es una modalidad de representación económica pues proporciona, en forma sintética, una importante cantidad de información sobre la clase evocada.

- Imágenes de nociones abstractas, cualidades, acciones y relaciones.- El aprendizaje y factores culturales hacen que representemos nociones muy abstractas mediante metáforas (arbitraje con silbato, justicia con balanza), en cuyo caso estamos tomando rasgos figurativos de otros conceptos asociados. Estos símbolos o metáforas son ideogramas que forman parte del patrimonio cultural del sujeto. Otras veces en lugar de emplear ideogramas se utilizan imágenes sensoriales asociadas (cuando deben evocarse conceptos abstractos que designan emociones o sentimientos). Por último, hay conceptos abstractos, como 'interacción' que se prestan más fácilmente que otros a la evocación en imagen.

Hasta ahora examinamos los conceptos sustantivos, pero también hay adjetivos, verbos, etcétera. Estos últimos se evocan gracias a los sustantivos a los cuales están unidos en la oración, pero, ¿tienen un valor propio para evocar por sí solos imágenes? Un adjetivo o un verbo fuera de contexto es igualmente vinculado por el sujeto con un sustantivo. Lo mismo pasa con las proposiciones. Adjetivos, verbos y proposiciones son más fácilmente evocables si se vinculan a sustantivos más concretos.

Resumen de Denis Michel (1984) Las imágenes mentales. México: Siglo XXI. Capítulo 10: El papel de la imagen en la representación cognitiva.

Imagen primordial.- La imagen primordial es: principalmente, un precipitado o depósito, y, por lo tanto, la típica forma básica de una experiencia siempre repetida. Cuando una imagen posee carácter arcaico, Jung la llama imagen primordial, entendiendo por carácter arcaico de una imagen aquel que está en estrecha relación con motivo de la mitología familiar. En este caso significa un material derivado en su origen del inconsciente colectivo y que en la situación momentáneamente conciente recibe influencias, aunque no demasiadas, tanto del lado personal como del colectivo. Como motivo mitológico es una expresión continuamente repetida y constantemente efectiva que ciertas experiencias psíquicas despiertan o formulan adecuadamente.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

IMAGEN CORPORAL

Definición.- 1. Representación mental que el individuo posee de su propio cuerpo en reposo o en movimiento, constituida sobre la base de interocepciones, cambios posturales, contactos con individuos y objetos del mundo exterior, fantasías y experiencias emocionales. 2. Concepto corporal. 3. Suma de todas las relaciones que involucran al cuerpo como fundamento o término. 4. Schiller y Head describieron la distorsión de la imagen corporal desde un punto de vista neurológico y psiquiátrico, extendieron sus descubrimientos al campo de la normalidad: la imagen corporal cambia a cada nueva posición y movimiento del cuerpo, y su desarrollo depende del contacto social.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Imagen corporal y esquema corporal.- "Si, en principio, el esquema corporal es el mismo para todos los individuos (de una misma edad o viviendo bajo un mismo clima, poco más o menos) de la especie humana, la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno: está ligadas al sujeto y a su historia (...). La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales. Se las puede considerar como la *encarnación simbólica inconciente del sujeto deseante* y ello, antes inclusive que el individuo en cuestión sea capaz de designarse con el pronombre personal 'Yo', antes de que sepa decir 'Yo'" (Dolto, página 21).
Dolto, La imagen inconciente del cuerpo.

Trastornos.- Cada época ha propuesto culturalmente su propio modelo ideal de cuerpo. Así, por ejemplo, podemos diferenciar el modelo renacentista de las madonas opulentas, y del mismo modo gran parte del mundo hoy en día valora un cuerpo delgado y estilizado. Indudablemente que, así como la obesidad se considera un patología, podemos pensar que un cuerpo delgado es una condición de salud. Pero, como indica Brusca (1993:10), si nosotros elegimos tener un cuerpo flaco como una forma de cuidado de nuestra vida, con la libertad de hacerlo 'como podamos' y sobre todo con una actitud de amor hacia nosotros mismos, esa conducta nos beneficiará. Sin embargo, si nos vemos forzados a lograr una imagen corporal flaca como una demanda externa para sentirnos valorados, esto puede ser una conducta narcisista. Lo que convierte en patológica esta conducta es la obligatoriedad, muchas veces inconciente, de hacer algo para ser querido por otros. Este cuerpo flaco tiene un significado fálico, es un instrumento de poder, un arma para vencer la desvalorización.

Según la interpretación del Lic. Brusca, debemos ver entonces en la anorexia y la bulimia un problema básicamente de autoestima no resuelto adecuadamente. Creo que podría entenderse del siguiente modo: la paciente anoréxica o bulímica tiene, por algún motivo que debemos descubrir en la infancia, una baja autoestima. Para poder elevarla, recurre a la necesidad de aprobación de los demás quienes, por el patrón cultural de la época, las 'prefieren delgadas'. Sólo así podrán ser admiradas y reconocidas. Esta necesidad de aprobación externa es tan intensa que en la mujer se crea un terror a engordar, que en su fantasía es sinónimo de terror a no ser reconocida o querida. Pienso además, que la gran frecuencia de casos de anorexia y bulimia en el sexo femenino obedece no tanto a que el patrón cultural de cuerpo delgado se aplica a la condición femenina, ya que también es exaltado y admirado el cuerpo delgado masculino, sino a la peculiar característica femenina de 'ser amada' (mientras que el varón tiende más a 'amar'). Esta condición pasiva femenina hace que ponga todo su empeño para 'ser amada', y para ello debe mostrarse delgada, pues así satisface la expectativa cultural.

Todos estos factores devienen en una imagen distorsionada del propio cuerpo. Debemos reconocer que en todos nosotros, más allá de si padecemos o no estos trastornos, hay una tendencia a ver nuestro cuerpo mejor o peor de lo que realmente es, tendemos a vernos más obesos o más delgados, más altos o más bajos. En el caso de las personas anoréxicas y bulímicas, esta tendencia se acentúa notoriamente, precisamente por un intenso temor a no 'ser gorda', lo cual se expresa así: "como estoy gorda no voy a comer, o voy a vomitar la comida". El cuerpo que ven los demás en ella no es el mismo que ella ve en el espejo. Se ve gorda a pesar de estar delgada, y verse así lo es una carga que debe llevar siempre y que la atormenta, y por ende ella misma es la única que puede controlar esta situación y mejorar su cuerpo dejando de comer.

La autopercepción distorsionada del propio cuerpo puede derivar también de vivencias infantiles. Desde niños empezamos a percibir nuestro cuerpo mediante los diversos sentidos: primer interoceptivamente a través de sensaciones internas, y luego exteroceptivamente tocándonos (sentido táctil), viéndonos (espejo), etc. Según algunos investigadores (Agüero, 1993:12), los pacientes con anorexia y bulimia han inhibido las experiencias táctiles y motoras, privilegiando los sentidos a distancia. Esto impide percibir adecuadamente los propios límites y poder construir un esquema corporal funcional.

Además, madres que no han sido lo suficientemente afectivas con sus niños generan en estos una sensación de vacío afectivo, que luego se transforma en vacío corporal. Capas y capas de grasa tratarán de "completar" este vacío y se colocarán como corazas frente a la frustración afectiva. Estas capas podrán existir en la realidad (obesidad) o solo en la imaginación (anorexia, bulimia).

Cazau P (1993) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Agüero M (1993) Cuerpo y comida, Revista Psicologías de Buenos Aires, Septiembre de 1993, número 12.

Brusca J (1993) El narcisismo de un cuerpo flaco, Revista Psicologías en Buenos Aires, septiembre de 1993, número 12.

IMAGINACIÓN

Definición.- 1. La reorganización de datos derivados de la experiencia pasada y su combinación mediante nuevas relaciones, de manera que resulta una nueva experiencia ideativa. 2. (*Psicología Analítica*) Jung usa el concepto de la *Imaginación activa*; significa "la vivencia activa de los símbolos". Se

comprende por imaginación literalmente lo que las palabras, *la fuerza de imaginarse algo*, quieren expresar en el sentido amplio de la palabra, y en contraposición a la palabra *fantasía*. La imaginación es la revivencia de los más profundos fenómenos arcaicos de la psique, y tiene una fuerza creadora y curativa (*Psychologie und Alchemie*). (Alemán: *Einbildungskraft*.) Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- “La imaginación es una forma de elaboración del pensamiento que ordena, enlaza y coordina en múltiples combinaciones los elementos preexistentes del capital cognoscitivo personal evocados por la memoria, para dar forma a cosas nuevas y a concepciones originales y cada vez más perfectas, hasta culminar en las creaciones geniales de la invención y de la inspiración” Tiene íntima relación con la memoria de evocación (Betta, 1984:142).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Clasificación.- “Puede ser: 1) Imaginación reproductora: Es la evocación de imágenes, representaciones y elementos que se someten a múltiples elaboraciones para reproducirse con un mayor grado de perfección y configurar concepciones de mayor jerarquía: es la forma más frecuente. 2) Imaginación creadora: Encauza el pensamiento hacia nuevos enfoques y combinaciones originales del material del propio conocimiento de donde surgen creaciones que a veces llegan hasta lo genial. Depende de la inteligencia” (Betta, 1984:142).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Psicopatología de la imaginación.- “Se registran alteraciones cuantitativas y cualitativas. a) Alteraciones cuantitativas: 1º) Imaginación aumentada: En la excitación psicomotriz, especialmente en la manía; en algunos delirios; en intoxicaciones por alcaloides, morfina y cocaína. 2º) Imaginación disminuida: En todos los casos de imaginación psíquica: melancólicos, dementes y oligofrénicos. b) Alteraciones cualitativas: Cuando el juicio no controla eficazmente la imaginación se desborda y cae en la mentira y en la fabulación” (Betta, 1984:142).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Imaginación activa.- Jung utilizó con sus pacientes la técnica de la imaginación activa, que consistía en amplificar las imágenes que aparecían en los materiales oníricos o en el nivel aparentemente conciente. Surgían así una multiplicidad de imágenes caóticas, círculos, esferas, formas triádicas, espirales, etc, que Jung llamó imágenes mandálicas. El método de la imaginación activa pone al descubierto la fenomenología del inconsciente colectivo y sus contenidos los arquetipos (Costa, 1997:77).

Costa Néstor (1997) Sincronicidad y saber absoluto en la teoría de Carl Jung. Centro Editor Argentino, Buenos Aires.

IMAGO

Definición.- “Para Freud la imago designa la pervivencia imaginaria de algunos de los participantes de las relaciones intersubjetivas reales y fantasmáticas de un sujeto en su ámbito familiar predominantemente” (pág. 72). “Para M. Klein las imagos son objetos fantaseados que tienen como prototipo los objetos originarios (padres reales) deformados por la proyección de los primeros impulsos” (pág. 73).

Rousseau Mignon (1995), Grupo, esa posible-imposibilidad... Buenos Aires: Tekné.

Imago de los padres acoplados.- Término introducido por M. Klein para designar una imagen fantaseada experimentada por lo general como figura terrorífica que representa a los padres combinado con un coito ininterrumpido: la madre, conteniendo el pene del padre o al padre en su totalidad: el padre, conteniendo el pecho de la madre o a la madre en su totalidad. Esta fantasía de los padres combinados, en la que no se diferencia completamente el padre de la madre, juega un papel importante en el Complejo de Edipo temprano y se reactiva regresivamente como medio de negar la relación sexual entre los padres en etapas posteriores.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

IMC

Definición.- Índice de masa corporal. Es la proporción entre el peso y el cuadrado de la altura: $IMC = \text{kg}/\text{metros cuadrados}$ (pág. 554). En psicopatología es un parámetro importante cuando se trata de identificar ciertas patologías como la anorexia o la bulimia.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995.

IMITACIÓN

Definición.- En su sentido corriente de copia o reproducción de algo común o un modelo, la imitación se da en la vida psíquica, según el plan conciente o inconciente en que se efectúe, según la naturaleza del modelo, etc. Para G. Tarde, la imitación es la característica de los hechos sociales, en oposición a la invención, que es propia del individuo. Tarde considerara la imitación como "la fuerza creadora social más importante" (*Les lois l'imitation*, 1890). "Todos los grandes valores -dice Vierkand- de lo que puede gozar el ser humano en su actividad creadora, en la familia, en la amistad, en la religión y en el arte, estarían ocultos para el individuo sin la llave que le da en la mano la imitación". Aristóteles afirma en su *Poética* que el arte es la imitación de la naturaleza. Según otro concepto, el arte es por imitación la idealización de la naturaleza, o como dice Rodolf Kassner: "el ser humano imita a Dios en la creación artística". Se distingue psicológicamente entre imitación pasiva y activa, volutiva, como repetición de la conducta (expresión) ajena.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

IMPLICACIÓN

Definición.- En psicología institucional, este concepto hace referencia a la situación en la cual el sociólogo, quien analiza la institución, está 'implicado' subjetivamente en su análisis. Este concepto tiende a ocupar entonces el lugar de la contratransferencia institucional, oponiéndose así a las pretensiones de total neutralidad y objetividad del sociólogo. Para René Lourau, el objeto del análisis institucional en situación de intervención consiste en validar el concepto de analizador, o sea, plantea la necesidad de enlazar el análisis y la implicación en el contexto de un movimiento de vaivén que va del hombre en situación al objeto, y del objeto al hombre en situación (pág. 108).

Lapassade, Socioanálisis y potencial humano.

IMPOTENCIA

Definición.- "Fallo en la obtención y/o mantenimiento de la erección en el hombre. Se considera disfunción sexual cuando se presenta en al menos el 25 por ciento de las relaciones o intentos de relación sexual".

Belloch A. y otros, Manual de Psicopatología Vol I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 459.

IMPRONTA

Definición.- "Huella indeleble que se adquiere en épocas muy tempranas y que permanece de forma estable, conformando una serie de hábitos y conductas para el resto de la vida. Aunque conocida con anterioridad y aplicada a los animales, fue K. Lorenz quien la estudió, analizó y explicó a través de la observación de la conducta animal. Actualmente es un concepto fundamental de la psicología moderna, puesto que designa un mecanismo que se supone se encuentra en la base de todos los procesos psicológicos dirigidos al aprendizaje social, psicobiológico y de los procesos primordiales. Numerosos estudios efectuados con posterioridad a los de Lorenz provocaron la revisión de algunas de sus conclusiones, por ejemplo, el período <<crítico>> parece ser un período <<sensible>> privilegiado, pues en él las improntas son irreversibles, en especial las consideradas de corta duración".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- Se aplica con carácter descriptivo a un determinado tipo de aprendizaje que se caracteriza por su producción en la temprana infancia, la rapidez de adquisición y una relativa resistencia a la extinción. La conducta instintiva se incluye entre las conductas grabadas en tal aprendizaje.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

IMPULSO

Definición.- 1. El elemento más primitivo de instinto, pero hay que distinguir exactamente entre estos dos términos. Impulso corresponde a una fuerza vital que "impulsa" a todos los seres vivos a conservarse y a la procreación (*Trieb*, alemán). El impulso al cual están sometidos les obliga a actuar, según un sistema propio de la especie, es decir, según su *instinto*. El impulso es, pues, un concepto general, válido como tal para todos los seres orgánicos; el impulso es la actuación del impulso diferente en cada especie. El impulso es, pues, la energía vital del instinto. 2. Tendencia involuntaria a actuar, que no se remonta directamente a ningún estímulo demostrable. Impulsivo: adjetivo que señala también las acciones en cuestión como también a los individuos especialmente dados a actuar en dicha forma. 3. Cualquier actividad o condición intraorgánica que proporciona estímulo para un tipo particular de conducta. 4. Tendencia a reaccionar caracterizada por el hecho de que la actividad del organismo se dirige hacia o contra algún incentivo específico, tal como el alimento, agua, o individuo del sexo opuesto. (Alemán: *Regung; Trieb; Anstoss*). (Warren).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

IMPUTABILIDAD

Generalidades.- La imputabilidad es la capacidad de culpabilidad penal. Cabe ubicar la responsabilidad penal fuera de la teoría del delito, en tanto esta se define ante todo como consecuencia del delito y, por tanto, se concreta en la capacidad de sufrir la pena.

El sistema de inimputabilidad contemplado en el artículo 34 inciso 1º del Código Penal argentino puede encuadrarse en las llamadas 'fórmulas mixtas de imputabilidad' por cuanto pueden distinguirse claramente en él dos partes. En la primera parte, se describen las 'patologías', característica de los métodos llamados biológicos o psiquiátricos puros, que darán lugar a la inimputabilidad. Ellas son: a) insuficiencia de las facultades mentales, b) alteración morbosa de las facultades, y c) estado de inconciencia. En la segunda parte, se advierten las consecuencias del carácter 'psicológico' que resultan de las 'patologías' previamente consideradas: a) comprender la criminalidad del acto, y b) dirigir las acciones (conforme a dicha comprensión).

En todo proceso penal donde se pone en discusión la imputabilidad de un sujeto, a la verificación de las dos partes anteriores (la biológico-psiquiátrica y la psicológica) se agrega una tercera que es esencialmente normativo-valorativa, cuya valoración le compete exclusivamente al juez y que será la dimensión que permitirá definir a la imputabilidad como 'capacidad de reprochabilidad ético-social' (Travacio, 1996:366).

Travacio M (1996) Manual de psicología forense. Buenos Aires: Oficina de publicaciones del CBC, Universidad de Buenos Aires.

Generalidades.- La imputabilidad son las condiciones psicosomáticas para que un acto típico y antijurídico pueda atribuirse a una persona como causa libremente voluntaria.

En Nigeria por ejemplo, rige el Common Law, pero adaptado al sistema islámico, pues son musulmanes. Allí por ejemplo la insanía es causa de absolución. Otro tanto pasa en Australia, donde actuar bajo efecto de drogas implica otorgarle al acusado el beneficio de la duda, y, por ello, ser absuelto. Otro tanto pasa en el Japón. El código penal de la India invoca como inimputable al homicidio pasional, al ocasionado por provocación brusca, etc., aunque pone algunas excepciones. Aquí también el Common Law está adaptado a normas regionales. El código inglés, que puede condenar niños de 6 años, es muy inhumano.

En el sistema codificado lo aplica un juez (o tres), y en el Common Law un jurado, donde puede primar a veces el sentido común. El Common Law opera en base a la jurisprudencia, o sea se basan en dictámenes históricos anteriores.

La imputabilidad disminuida (o semi-inimputabilidad) comienza en Escocia, donde surge de un estado mental que bordea, pero no alcanza, la insanía. También había tantos ebrios que inventaron la responsabilidad disminuida. Hay una mayor flexibilidad porque las normas se adaptan a cada región, y no como en Argentina donde es más rígido. También influyen en nuestro país las presiones del medio social, o políticas, como en los casos María Soledad, presiones más fuertes que en otros países.

Respecto a la relación entre imputabilidad e incapacidad, puede decirse que alguien puede ser declarado alienado (incapaz) en el sentido civil pero ser declarado imputable en el sentido penal. Lo mismo con alguien declarado inhabilitado según el código civil: un débil mental puede ser condenado. Este código civil busca proteger al alienado o al inhabilitado, poniéndole un curador.

Condensado de Castex Mariano, Imputabilidad, culpabilidad, responsabilidad, teoría del delito (clases dictadas en la cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996).

INAUTENTICIDAD

Generalidades.- Alguien que no es auténtico ya no está "creciendo", simplemente "es". Ha cambiado la apertura por la cerradura, lo dinámico por lo estático, las posibilidades por la actualidades. Si la autenticidad es movimiento, sencillamente esta persona se ha detenido.

Los existencialistas evitan las clasificaciones. Cada persona es única. En principio, empezamos con diferentes "materiales básicos" (genética, cultura, familias y demás). Luego a partir de estas bases empezamos a crearnos a nosotros mismos en virtud de las elecciones que tomamos. Por consiguiente, hay tantas formas de ser auténtico como personas existen, así como de no serlo.

La convencionalidad es la forma más común de no ser auténtico. Incluye la ignorancia de la propia libertad y de vivir una vida conformista y de un materialismo superficial. Si te las ingenias para ser como cualquier otro, no necesitarás escoger ni crear elecciones. Puedes dirigirte a la autoridad, o a tu pareja o a la publicidad para que te "guíen". Entonces caerás en lo que Sartre llamó mala fé.

Otra forma de inautenticidad es la neurosis existencial. De cierta forma, el neurótico está más atento que la persona convencional: él sabe que se enfrentan a elecciones que tomar y se asusta ante esto. De hecho, le asusta tanto que se sobresatura. Se queda estupefacto o entra en pánico, o cambia su ansiedad existencial y culpa por una neurosis ansiosa y culposa: encuentra algo "menos fuerte" (un objeto fóbico, una obsesión o compulsión, un blanco para su ira, una enfermedad o la pretensión de una enfermedad) para hacer más objetivas las dificultades de su vida. Un psicólogo existencialista diría que aunque puedas

deshacerte de los síntomas con un buen número de técnicas, al final tendrías que enfrentarte a la realidad del Dasein.

Binswanger considera la inautenticidad como una cuestión de elegir un simple tema en la vida, o incluso un pequeño número de temas que permita al resto del Dasein ser dominado por éstos. Aquellos sujetos que poseen una personalidad que los freudianos llaman "anal-retentiva", por ejemplo, puede estar dominada por un tema de "retener" o "mantener dentro de uno", o de rigidez o perfección. Aquel que no se siente en control de su vida puede estar dominado por un tema de suerte, o de destino o de espera. Una persona que come de forma ansiosa puede estar dominada por un tema de vacío y de la necesidad de llenarse a sí mismo. Un adicto al trabajo puede estar dominado por un tema relacionado con la pérdida del tiempo o de ser superado.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Viktor Frankl. Traducción de Gautier Rafael.

INCESTO

Definición.- 1. La relación sexual prohibida entre los componentes de una misma familia: padre-hija; madre-hijo (o abuelos), y entre hermanos. Se llama *exogamia* la prohibición sexual entre los miembros del mismo clan. 2. Se trata de una prohibición sexual que se ha transformado durante los tiempos. Por ejemplo: entre los egipcios y babilónicos era permitido el casamiento entre padre e hija, lo mismo que en la familia real y entre los sacerdotes. 3. (*Psicoanálisis*) El incesto entre *Yocasta* y *Edipo* sirve como símbolo de fundamento de toda la estructura psicoanalítica, según la cual el deseo de instinto es genuino y solamente se vence por temor y prohibiciones. Toda la cultura, según Freud, se basa en sublimar este instinto que es "fons et origo" de todo lo humano. 4. Desde el punto de vista de la psiquiatría, el incesto se produce generalmente entre padre e hija y entre hermanos. El incesto como acto real es raro en los enfermos mentales, aunque la tendencia hacia el mismo sea extremadamente corriente.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Indica Franco (1995:15) que parece pesar sobre las investigaciones científicas sobre la sexualidad una prohibición social e individual, y relaciona dicha prohibición con el tabú del incesto. Mientras que para el antropólogo Levy-Bruhl el incesto no es un problema, sino que es algo que simplemente sucede, para Freud, ulteriormente, será un problema digno de estudiar, y a partir de sus investigaciones, los antropólogos modernos en general acuerdan en que la represión de la sexualidad es un elemento fundamental para diferenciar naturaleza de cultura. Señala que "los instintos que regulan la vida social animal, pasan en la sociedad humana a ser transformados en pulsiones, en estructuras modeladas por leyes de interrelación humana que dan origen y son el origen de la cultura" (Franco, 2007:15).

Franco J (1995) Sexualidad humana normal y patológica Del Culto a la Fertilidad al Erotismo Moderno. Buenos Aires: Publicación interna de la Universidad de Belgrano.

Perspectivas de Darwin, Marx y Engels, Westermarck, y Fox.- El texto de Fox (1990) describe y articula las teorías de Darwin, de Marx y Engels y de Westermarck en tanto guardan relación directa o indirectamente con la prohibición del incesto, e introduce al mismo tiempo su propio punto de vista.

Darwin propone la teoría de la selección sexual, que es el nexo que conecta la selección natural con las cuestiones en que se interesó Freud: incesto y agresión. Así, "la selección sexual tiene dos caras: la competencia entre los miembros de un sexo (por lo general machos) por obtener pareja del otro, y la elección realizada por el otro sexo (casi siempre hembras para escoger pareja entre los competidores). Merced a este proceso, los genes son distribuidos diferencialmente entre las poblaciones, lo cual, a su vez, puede llevar a cambios significativos en la evolución" (Fox, 1990:10-11).

Marx y Engels, por otro lado, introdujeron la tesis fundamental de que en la transformación del hombre a partir de la naturaleza, el trabajo fue la clave. Fox relaciona aquí esta tesis con la teoría darwiniana, cuando advierte que la división del trabajo más antigua fue entre los sexos. "Freud entra en escena con sus ideas de la naturaleza incestuosa de los orígenes humanos y de su contenido altamente emotivo, dependiendo aquí también de la lucha entre machos y de la consiguiente transformación de la naturaleza en un estado humano regido por normas. Esto nos lleva muy naturalmente a Lévi-Strauss, para quien la transformación descansa en los orígenes del intercambio, específicamente de mujeres, influido todo ello por las cualidades inherentes de la mente, que gobierna las emociones y que lleva a las normas. De este modo, el incesto se convierte en foco de una indagación ambiciosa que va de los hermanos a los salvajes, de los huesos al cerebro, de los monos a la mente, a lo largo de millones de años de la historia homicida, hasta algunos intereses urgentes de la actualidad" (Fox, 1990:11).

En suma, hasta aquí Fox rescata de cada autor conceptos clave:

Darwin; Selección.

Marx y Engels: Trabajo.

Freud: Emoción.

Lévi-Strauss: Mente.

A continuación, Fox contrapone la teoría de Westermarck con la de Freud, que en un punto son completamente opuestas. Westermarck decía que la familiaridad incuba la aversión a las relaciones sexuales, mientras que la segunda insistía en que las elecciones amorosas incestuosas eran las primeras y las más intensas

Para Westermarck "hay una ausencia notable de sentimientos eróticos entre personas que viven muy juntas desde la niñez. Más aun, en este como en otros muchos casos, la indiferencia sexual se combina con un sentimiento positivo de aversión cuando se piensa en el acto. Para este autor, ésta es la causa fundamental de las prohibiciones exógamas. Las personas que han vivido muy juntas desde la niñez son casi siempre parientes muy cercanos. Por ello su aversión a las relaciones sexuales entre sí se manifiesta en las costumbres y en la ley como prohibición a las relaciones sexuales entre parientes cercanos" (Fox, 1990:36).

En contraposición, ¿qué sostiene Freud? El creador del psicoanálisis piensa que se han hecho los intentos más descabellados por explicar este horror al incesto: "se ha supuesto que es una suposición de la naturaleza para la conservación de la especie, que se manifiesta en la mente por medio de estas prohibiciones, porque el apareamiento interno llevaría a la degeneración de la raza; se ha dicho también que la cercanía desde la primera niñez ha desviado el deseo sexual de las personas respectivas. En ambos casos, sin embargo, la evitación del incesto se habría logrado automáticamente, y no entenderíamos -razona Freud- la necesidad de unas prohibiciones estrictas, que más bien parecerían apuntar hacia un deseo vigoroso. Investigaciones psicoanalíticas han mostrado más allá de toda duda, que una elección incestuosa de amor es de hecho la primera y ordinaria, y después es cuando se manifiesta la oposición a ella, cuyas causas no deberán buscarse en la psicología del individuo" (Fox, 1990:37).

Fox sintetiza en este momento la diferencia entre ambos enfoques mediante el siguiente esquema:

Westermarck: Cercanía en la niñez ---> aversión positiva ---> () prohibiciones.

Freud: () ---> deseo intenso ---> prohibiciones severas.

Fox se pregunta: "¿No podría ser que, en vez de que cada uno hable de procesos universalmente válidos, y por lo mismo del todo contradictorios, estén hablando de dos procesos diferentes y complementarios?" (Fox, 1990:38).

Fox considera que ambas teorías pueden complementarse si se "rellenan" los espacios en blanco de la siguiente manera:

Cercanía de la niñez ---> aversión positiva ---> prohibiciones (leves) (separación)

En la niñez ---> deseo intenso ---> prohibiciones severas.

¿De dos diferentes sendas que puede tomar el proceso de socialización de los niños? ¿O incluso, en relación con esto, los dos casos extremos, entre los cuales pueden hallarse las diversas culturas del mundo, ninguna de las cuales provoca un deseo demasiado intenso y que tampoco causa una aversión positiva total? En otras palabras, para Fox "estas dos secuencias causales tal vez describan dos modos diferentes de socialización, que de ninguna manera chocan, sino que se refieren a la gama de posibilidades que se abren ante la especie humana al enfrentarse a este problema" (Fox, 1990:39).

Por todo esto, Fox piensa que se pueden reescribir los dos extremos de la gama del incesto, de la manera siguiente:

Condiciones durante la inmadurez sexual	Motivación resultante	Sensaciones asociadas
Interacción física intensa	Aversión positiva	Leves
Separación física y cercanía	Deseo intenso	Severas

Así pues, en el primer caso tendremos poca angustia por el incesto, un interés mínimo en el tema, y un trato más bien leve a los transgresores, a los cuales, sin embargo, se les hará alinearse con suavidad, porque sencillamente "nada pasó". En el segundo extremo, nos hallaremos con gran angustia, con obsesión tanto con el sujeto como con la tentación y con el desahogo salvaje de despecho contra transgresores que hacen lo que todo el mundo quiere hacer pero que no se atreve a hacerlo.

En el segundo caso nos volvemos a hallar ante la pregunta de por qué, si tienen estos deseos tan fuertes, no obran sobre ellos. Fox no cree que podamos responder a esta pregunta si nos mantenemos en la situación de hermano-hermana. "El deseo fuerte se debe al efecto de separación-más-cercanía, aunado con toda probabilidad a una atmósfera sexualmente represiva. Creo que las sociedades que están contra el incesto también están contra todo lo sexual, y es casi seguro que tengan tabúes contra la masturbación y obsesiones por la virginidad. Si vemos esta situación en conjunto, encontraremos que no importa gran cosa por qué empezó, ya que desgraciadamente es algo autopropagante. Los psicólogos han descubierto que cuando los impulsos son muy fuertes y no se satisfacen, el organismo puede caer en una especie de inversión autoimpuesta. Cuanto más intenso se vuelve el motivo, más difícil es satisfacerlo y más dolorosa se vuelve la frustración de no consumarlo. En esta terrible situación, la psique recurre a varios mecanismos que reducen la angustia: retraimiento conversión y agresión, entre los más comunes. En el primer caso, el sujeto se aísla del problema; en el segundo, lo racionaliza en cierta

forma, y en el tercero, cae en el desenfreno (si el individuo es del tipo de superculpabilidad, tal vez vuelva la agresión contra sí mismo o atraiga la de los demás)” (Fox, 1990:45).

Así que, si por cualquier razón, los hermanos se ven orillados a la situación tentación-más-tabú, tal vez caigan automáticamente en lo inverso, y valiéndose de uno a otro de estos medios, nieguen o eludan la realidad de la tentación al estilo freudiano clásico, aunque reteniendo un deseo fuerte pero sin satisfacer. “Para que el sistema entre en juego, solo se necesita un empujoncito, porque una vez atrapados en sus remolinos, los hermanos ya padres repetirán el tratamiento de separación, lo cual asegurará a su vez sus hijos crezcan deseando precisamente aquello que es más prohibido y que caigan en la angustia que ello provoca” (Fox, 1990:46).

Hermanos y hermanas viven en estrecha proximidad pero sometidos a estrictas reglas de separación. No hay duda de que el grado de tentación es alto, ya que están en contacto estrecho, solo que, como dice Malinowski en *La vida sexual de los salvajes*:

“Hermanos y hermanas crecen, pues, en una proximidad doméstica singularmente extraña, en contacto estrecho, pero sin ninguna comunicación personal o íntima; cerca unos de otros en el espacio, cerca por causa de las reglas del parentesco e intereses comunes; y, sin embargo, por lo que hace a la personalidad, siempre escondidos y llenos de misterio. No deben verse el uno al otro, nunca deben intercambiar palabras ligeras, nunca deben compartir sus sentimientos e ideas... Repitiendo, pues, la hermana sigue siendo para su hermano el centro de todo aquello que está prohibido” (citado por Fox, 1990:56).

Malinowski sitúa la obligatoriedad en los tabúes sobre el incesto en el orden de hermano-hermana, madre-hijo, padre-hija; en tanto que los dos últimos son tenidos por impensables, no tienen la misma intensidad emocional. En el caso de un quebrantamiento de los tabúes ‘en otros tiempos’, la pareja, o cuando menos el hombre, se habría suicidado. “Pero es interesante hacer notar que Malinowski parece creer que este autocastigo solo ocurrirá si la pareja es acusada y “avergonzada” públicamente por su conducta. De no ocurrir esto, habrá tal vez desaprobación y ostracismo públicos; tal vez la pareja se suicide, pero también podría irse lejos. Se nota cierta renuencia a infligir castigos directos entre los trobriandeses, y parece ser que el control social se lleva a cabo por la presión que significa el desdén de la comunidad, y de la hechicería. O sea, es significativo que en el caso de exposición pública de incesto, el individuo tal vez recurra al suicidio” (Fox, 1990:56).

Refiere Fox que “la familia judeovieneses que Freud tan a fondo conoció y de la cual le llegó buen número de sus pacientes fue probablemente un ejemplo típico de ‘proximidad más separación’, aunado ello a la ausencia de objetos de sexo que tanto parecen inducir el horror. El hermano o la hermana están cerca y son tentadores, pero están prohibidos. No es de sorprender que tan gran número de los pacientes de Freud haya confesado culpas y fantasías incestuosas. Así pues, su esquema solo está equivocado cuando, como el de Westermarck, se acepta para ser aplicado universalmente. ¿Podríamos generar, como se dice en la jerga contemporánea, una proposición más general, que abarque ambos campos?” (Fox, 1990:69): Fox ofrece entonces la siguiente proposición general: “La intensidad de la atracción heterosexual entre años cosocializados después de la pubertad es inversamente proporcional a la intensidad de la actividad heterosexual entre ellos antes de la pubertad”. Tal la tesis de Fox formulada en 1962.

Hay algunas correspondencias entre sus tabúes y los de los salvajes:

1. El origen de la prohibición es enigmático y no motivado.
 2. Con frecuencia el núcleo de la prohibición es un acto de tocar.
 3. La prohibición muestra capacidad de desplazamiento, es decir, se corre el riesgo de “contagio” por parte del objeto prohibido.
 4. Por lo demás, los violadores del tabú se vuelven tabúes.
 5. Toda esta situación suele resolverse inventando complejas ceremonias que sirven para expiar el tabú.
- La ambivalencia es el tema común que Freud ve que corre por las actitudes y los actos rituales de los neuróticos y de los salvajes. Ambos desean lo que está prohibido aunque sienten terror de romper el tabú. “Esta ambivalencia no se circunscribe a objetos tótem, como son animales y otros miembros del clan tótem; ‘No matar al animal tótem ni tener coito con miembros tótem aun cuando se desee’. Y en su argumentación contra Westermarck, dice que se debe desear, o bien explicar por qué se prohíbe, o sea, ser ambivalente sobre esta cuestión, sentir culpabilidad respecto a ella y rodearla con tabúes y ceremonias. Su conclusión es que matar al animal tótem, represente lo que representare, y tener coito incestuoso con compañeros tótem deben ser dos de los deseos más antiguos de la especie humana” (Fox, 1990:76).

Fox completa su análisis de las concepciones sobre el incesto formulando algunas apreciaciones acerca de los fenómenos que debieron haber ocurrido hipotéticamente para que la horda salvaje hiciera su transición hacia la sociedad humana.

Sostiene que la etapa de la horda existió. En ella, los machos de mayor edad lucharon con los más jóvenes por la simple posesión de las hembras de la horda. Por alguna transformación, mediante la selección a lo largo del tiempo, esto se convirtió en la organización fraternal de un clan, con normas y tabúes sobre las mujeres y con medios exogámicos de controlar el acceso a los machos. Dice fox que “los viejos siguieron gobernando, y los jóvenes siguieron resistiendo su autoridad, pero sucedió que las reglas

y la capacidad de obedecerlas, entreveradas por la conciencia y el tabú, tomaron el lugar de la lucha abierta por el poder. Las disposiciones psíquicas que surgieron de este proceso de selección son las que ya hemos enunciado, y su resultado siempre será una lucha en la cual los machos de mayor edad dominan a los más jóvenes, pues controlan su acceso a las hembras. Variará mucho la forma en que esto ocurra, pues dependerá del "ímpetu" de esta cultura, aunque lo cierto es que los sistemas de exogamia, en general sistemas de parentesco, son siempre respuestas a este problema" (Fox, 1990:104).

Para Fox, es muy probable que la propuesta freudiana acerca del conflicto entre los machos viejos y los jóvenes sobre el acceso a la cópula reproductora con las hembras, sea la raíz y el fundamento de lo que nos hace humanos. Pero este autor se plantea que "debe de haber algo más porque todos los primates tienen estos en diversos grados, y ésa es la razón de que sean primates, los primeros entre los mamíferos, los más cerebrales. ¿Qué agregó el homínido ancestral? El grupo de primates de Chance en el pasado tuvo una 'adaptación preeminente a este elemento', y por ello avanzó hacia la 'explotación total' de la corteza y hacia la humanidad. ¿Ocurrió esto por medio de matanzas y canibalismos, o de la fantasía, o de algo más, o bien de ambas cosas, o por la combinación de qué? Y, ¿en qué punto entra el tabú del incesto? Bueno, entre otras cosas es una regla, y las reglas exigen un ser que pueda: a) hacerlas y b) acatarlas, para lo cual se aplaza la satisfacción inmediata a favor de la obediencia a la regla" (Fox, 1990:155).

Los más listos y astutos no eran por fuerza los más sexuales ni los más agresivos, sino aquellos que mejor sabían sincronizar y usar su sexualidad y su agresión. Eran la suma de los 'genes mejores'. Pero después del gran salto adelante, se pregunta Fox, "¿qué ocurriría cuando la definición de genes mejores fuera cambiada por la selección natural de modo que significara el mejor cazador? Y éste fue solamente el primer paso pequeño de la humanidad. Aun era necesario abrirse paso de la periferia al centro del sistema reproductor; las hembras seguían necesitando los genes mejores; los machos debían seguir aviniéndose unos contra otros, pero cooperar y luchar para tener preferencia. Sucedió que las reglas del juego cambiaron profundamente, y los jugadores ganadores necesitaron algo más que simple equilibrio para triunfar. En términos evolutivos el proceso avanzó con tal rapidez que tuvieron que terminar estableciendo sus propias reglas para complementar las de la naturaleza, pues de otra suerte el proceso equilibrador habría hecho estallar sus límites. Estaban obligados a conservar la estructura y las motivaciones, aunque cambiando las dinámicas y la forma. Y dentro de las propias sociedades, el peso cada vez mayor del cambio recayó como de costumbre sobre el macho joven, según había dicho Freud" (Fox, 1990:178).

Fox sigue argumentando señalando que en el curso de su evolución, la especie humana nunca perdió nada sino al contrario, amplió, modificó, controló, reorganizó. Terminó haciendo las cosas de una manera verdaderamente humana, convirtiéndose en el Homo sapiens. El interrogante inicial había sido: ¿Cuál es el método peculiarmente humano de reducir el índice de endogamia?

Todas las especies que se reproducen sexualmente, fomentan la exogamia, y lo hacen reduciendo las probabilidades que ocurra la endogamia. Se valdrán de cualquier mecanismo, aun cuando algunos, como la dispersión, son muy comunes entre las especies. Lo que cuenta es su efecto: ¿dan resultado? "Ciertamente las especies difieren mucho en los mecanismos que producen por evolución, y sucede que el Homo sapiens, por ser la especie más complicada, produce algunos mecanismos que son únicos. Siendo humanos logramos estos haciendo que las cosas nos resulten difíciles. La naturaleza, como quien dice, establece las condiciones que nos permiten hacerlo difícil: por lo general, cumplimos con ella. Casi podríamos definir al hombre como el animal que se dificulta las cosas. Lograr esto requiere imaginación e inteligencia, y un cerebro adelantado, que, como hemos visto, es la pista que lleva al parpadeo de la lámpara. Arde, apropiada y arrebatadoramente en la cavidad ósea situada en nuestros cráneos" (Fox, 1990:179-180).

Gradualmente, la corteza desarrolla un control cada vez mayor sobre las funciones de las áreas "emocionales" del cerebro. El cerebro 'más elevado', con su capacidad de pensar por anticipado y de acción racional, controla las regiones de hambre, sexo, ira y temor, pero solo hasta cierto punto. Esto fue vital para la supervivencia de los machos jóvenes en su regreso hasta el centro reproductor y fueran derrotando al macho más viejo, raptando hembras, congraciándose con sus mayores, abandonando el grupo y uniéndose a otros, o mediante otras técnicas, "pero solo muy rara vez mediante los recursos freudianos de confabularse contra el viejo y matarlo; cosa muy rara en verdad" (Fox, 1990:181-182).

Fox menciona la existencia de dos fórmulas para condensar esos impulsos básicos y los cambios que fueron forjados por la transición de la caza. "La fórmula primate referente al sistema de reproducción dice, vista desde el ángulo de los machos: colócate en las esferas superiores de tu grupo, de modo que puedas usar de las hembras con fines de reproducción. He aquí lo que dice la fórmula humana: asciende hasta las porciones más elevadas de tu grupo para que puedas usar sus hembras a cambio de otras hembras. El cambio radica en que la las hembras "propias" se las controla como objetos de uso para controlar las propias hembras como objeto de intercambio. En cuanto a las hembras "cimeras", las fórmulas son muy similares: mejora tu éxito genético logrando que los machos cimeros se apareen contigo y ayudando a tus hijos a alcanzar la cima. La fórmula humana es casi idéntica, pero agrega: consigue machos que inviertan en tu descendencia" (Fox, 1990:183).

Fox sugiere en este punto que "la fórmula humana del éxito reproductor fuera: controla el sistema de intercambio. Este elemento de control es lo que en verdad importa. Los machos jóvenes dicen: "Dénos hembras"; las hembras dicen: "Dénos machos que vean por nosotras"; los machos viejos dicen: "Discúlpennos, las reglas restringen todas nuestras elecciones, y todos nosotros debemos obedecerlas." La bella trampa radica en que las reglas están hechas para beneficio y provecho de los machos mayores, Tratándose de los machos jóvenes que son humanos, conocen por ello el futuro, y tienen un consuelo: llegará un día en que será también un macho mayor, y entonces las reglas lo favorecerán. Esta percepción y el obrar conforme a ella son el triunfo del equilibrio humano, pero sucede que los impulsos siguen siendo fuertes, y que los machos mayores no dejan las cosas al azar. Sobre esto versa la iniciación de la cual nos ocuparemos después. En el nivel humano es el homólogo del equilibrio" (Fox, 1990:186).

Para ayudar a visualizar la transición a la humanidad, Fox presenta finalmente las tendencias siguientes (Fox, 1990:193-195):

- El antiguo sistema de reproducción de los primates basado en combinaciones de dominio y conversión.
- La tendencia de los machos dominantes a monopolizar el control de las hembras con fines de apareamiento.
- La tendencia de los machos más jóvenes no solo a desear, sino también a esquivar a las hembras controladas de este modo.
- La tendencia de los machos más jóvenes a desafiar a los mayores para tener lugares en la jerarquía.
- La tendencia de los machos viejos a ejercer control severo sobre los más jóvenes.
- La tendencia de los machos más jóvenes a desarrollar mecanismos de inhibición sobre sentimientos de sexo y de agresión en este contexto, para poder sobrevivir.
- La tendencia de la presa de caza a hacerse mayor, con lo cual creció la complejidad de la caza.
- La tendencia del período de dependencia en la infancia a prolongarse como reacción a esto.
- La tendencia del cerebro a aumentar de tamaño como función de la interacción entre todos estos factores.
- La tendencia del cerebro a reorganizarse y a hacerse mayor.
- La tendencia de los procesos hormonales de control cortical a aumentar como resultado del dominio alcanzado por el neopalio.
- La tendencia a desarrollar un mayor almacenamiento de memoria y la capacidad de clasificar, que a su vez se llevó a un idioma rudimentario.
- La tendencia a acrecentar la inversión y la intervención de los padres en los niños, en reacción a sus períodos de crecimiento cada vez mayores.
- La tendencia a internalizar las reglas del grupo y a sentir culpabilidad por las transgresiones (un producto tanto del lenguaje como de la inhibición).
- La tendencia de los machos a buscar relaciones de cooperación dentro y fuera de los límites del grupo.
- La tendencia de las hembras a intensificar su conducta cooperativa de parentesco en la relación.
- La tendencia de las hembras a buscar protección de mayor duración y a aprovisionarse de lo que les dieran los machos triunfantes.
- La tendencia de los machos a demostrar situación de dominio por medio del control de las hembras.
- La tendencia de machos y hembras a intercambiar proteínas animales por alimentos vegetales, de un modo regular (lo cual llevó a instituciones domésticas).
- La tendencia de los machos a valerse de su control sobre las hembras como medio para forjar alianzas con otros machos.
- Las tendencias de las coaliciones de hembras a buscar el mejoramiento de sus intereses reproductivos obteniendo la intervención de machos venturosos.
- La tendencia del período de ovulación en las hembras a ser menos notables externamente, lo cual fue consecuencia del bipedalismo y del control cortical.

Fox concluye que "la naturaleza no nos exceptúa; seguimos estando atados a los requerimientos de la selección natural; la inteligencia no es peculiaridad nuestra ni garantiza nuestra superioridad ni nuestro éxito; debemos estar a su altura o bien unirnos a su lista de experimentos interesantes pero extintos en cuanto a vida y reproducción. Nuestra sola unidad es que si proseguimos, será con plena conciencia de lo que hagamos; lo cual no es ningún halago a nuestra unicidad" (Fox, 1990:283).

Fox Robin (1990) La roja lámpara del incesto. Investigación de los orígenes de la mente y la sociedad. México: Fondo de Cultura Económica.

INCONCIENTE

Generalidades.- El inconciente como fuerza motivante de la conducta es uno de los presupuestos de las técnicas proyectivas. Es un concepto teórico pero con implicancias empíricas, porque permite explicar observaciones realizadas. Se conoce el inconciente por sus expresiones concientes (síntomas, tests, etc), y no se opone a conciente, sino que es un grado preparatorio del conciente. No se define negativamente (todo lo que no es conciente) sino positivamente: incluye contenidos que condicionan la conducta en

función de motivos conscientemente desconocidos. No tomamos, entonces, su sentido descriptivo sino su sentido dinámico.

La existencia del inconciente se establece por dos cosas: a) el contenido (equivalentes instintivos, representaciones de objetos u órganos, emociones de amor o cólera), y b) el modo de actuar (el proceso primario, que deviene proceso secundario en el preconciente. Sus mecanismos son desplazamiento, condensación, proyección, identificación, ausencia de tiempo y contradicciones, igualdad de valores para la realidad interna o externa, principio del placer, etc).

Un sector del inconciente inaccesible a la conciencia es el inconciente reprimido, pero que ejerce su influencia.

Celener Graciela, Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (Ort-Tat), publicación interna de la Cátedra de Técnicas psicodiagnósticas II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Inconciente cognitivo.- "Basándose en la idea de la mente como procesador de información, el cognitivismo ha dejado de tratar en gran medida la naturaleza de la conciencia y de sus contenidos subjetivos, y se ha centrado en la comprensión de la organización funcional y de los procesos que subyacen a los sucesos mentales y los originan. Como Karl Lashley indicó hace mucho tiempo, el contenido conciente procede del procesamiento, y nunca somos concientes de este procesamiento sino sólo de su resultado".

LeDeux J (1999), *El cerebro emocional*. Buenos Aires: Planeta, pág. 32.

Inconciente colectivo.- Para Jung el inconciente colectivo es transpersonal, compartido por todas las personas. Consiste en ciertas potencialidades que todos compartimos debido a que somos humanos (1936). Todas las personas, más allá de variaciones individuales o culturales, desarrollan alguna forma de vida familiar, comparten las mismas emociones de enojo, pena o alegría, o desarrollan algún tipo de lenguaje para comunicarse. Por tanto, ciertos arquetipos y símbolos reaparecen una y otra vez de una sociedad a otra y tienen un significado común. El inconciente colectivo puede probarse en los sueños, mitologías y datos transculturales.

Engler Barbara, *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: McGraw-Hill, pág. 81.

Inconciente colectivo.- Concepto junguiano. Es colectivo en el sentido de que constituye un rasgo genérico del hombre, es decir, es compartido por todos los miembros de la especie humana, poseyendo una realidad psíquica anterior a la experiencia personal (pág. 76). En oposición al inconciente personal y subjetivo, se trata de un inconciente colectivo y objetivo.

Proffoff Ira, *La psicología de Jung y su significación social*, Buenos Aires, Paidós, 1967.

Inconciente personal.- Para Jung, en el *inconciente personal* residen aquellas percepciones, pensamientos, sentimientos y recuerdos que han sido apartados (ya que nuestra conciencia sólo puede contener unos cuantos detalles a la vez) y pueden ser recuperados con facilidad. Incluye también aquellas experiencias de la vida que han sido reprimidas u olvidadas, y que, a veces arduamente, pueden volverse concientes. Las experiencias son agrupadas en el inconciente personal en lo que Jung llama complejos.

Engler Barbara, *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: McGraw-Hill, pág. 80.

Derivados de lo inconciente.- Con este término Freud ha designado las fantasías, formaciones sustitutivas, síntomas, etc., que nos hacen posible la comunicación de lo inconciente con la conciencia. En el tratamiento psicoanalítico se trata de producir tales derivados mediante las *asociaciones libres* para sacar a la luz, así, los contenidos inconcientes.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Pruebas experimentales.- "En los años setenta, el fisiólogo Benjamin Libet conectó el cerebro de unos voluntarios a un electroencefalógrafo e indicó a dichos voluntarios que realizaran movimientos aleatorios, como pulsar un botón o chasquear los dedos, mientras anotaba la hora que marcaba un reloj. Libet descubrió que las señales cerebrales asociadas a esas acciones se producían medio segundo antes de que el sujeto fuera consciente de la decisión de llevarlas a cabo. El orden de las actividades cerebrales parecía ser percepción del movimiento y luego decisión, y no a la inversa. En resumen: el cerebro consciente sólo intentaba ponerse al nivel de lo que ya estaba haciendo el cerebro inconsciente. La decisión de actuar era una ilusión" (Overbye D, 2007). Los resultados de Libet sugieren que nuestros actos no son el resultado de una decisión conciente, lo que pondría en tela de juicio el tan mentado libre albedrío. Parecería que no somos libres, puesto que no podemos decidir nuestros actos en forma conciente: el cerebro inconsciente es quien tomaría la decisión de actuar, y a continuación la mente conciente se engaña a si mismo diciendo que "fue ella" quien tomó la decisión de hacerlo.

Overbye D La ilusión del libre albedrío. Los científicos estudian cómo encajar la voluntad en la realidad del mundo físico. 07/02/2007 ©The New York Times.

Hipótesis sobre el inconciente.- Freud había planteado dos hipótesis acerca de lo Icc y de cómo lo Icc devenía consciente:

a) La hipótesis funcional: lo Icc deviene Cc por un cambio de estado. La inscripción es una sola, y a veces es 'iluminada' por la conciencia, y otras veces permanece en la 'sombra'. b) La hipótesis de la doble inscripción: habría dos inscripciones: una Cc y la otra Icc.

Ninguna de ambas hipótesis convencieron a Freud, por lo que en el capítulo 7 encara una tercera posibilidad: la hipótesis de las representaciones cosa y palabra. Hay una representación de objeto (RO) que engloba dos representaciones:

Representación cosa: es una inscripción de la cosa misma en el Icc.

Representación palabra: es una inscripción en el Prcc.

Así, una idea se hace consciente cuando se enlaza la RC con la correspondiente RP, y una idea deja de ser Cc (se reprime) cuando a la RO se le quita la RP, o sea se le quita su carga Prcc. Así, en cuanto reprimir es 'quitar' palabras a las cosas, es una operación del lenguaje.

El proceso primario es el modo de organización de las RC y el proceso secundario es el modo de organización de las RP.

Esta hipótesis puede explicar el lenguaje de órgano de la esquizofrenia. La falla no es del Prcc, como en la neurosis, sino del Icc: en el Icc no habría inscripción, y las RP aparecen cargadas de libido como si fueran las cosas. Las RP reciben lo que no queda cargado en las RC. En las neurosis las RC están cargadas de libido. Por tanto, el proceso primario inunda a las RP, es decir éstas se organizan según el proceso primario. El lenguaje de órgano es precisamente la palabra cosificada, tratada como cosa.

Freud sin embargo no se pronuncia sobre si hay o no hay RC. Sólo dice que hay algo que no funciona en el Icc y que hace que haya un retiro libidinal pulsional del Icc hacia las RP. El lenguaje de órgano, en la medida que trata así de recuperar el objeto perdido del Icc, es una operación restitutiva.

En la neurosis, la RC existe, y es el registro o inscripción de una falta, de lo que no está (objeto perdido).

En la psicosis no habría inscripción de esa falta.

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Relaciones entre inconciente, represión y pulsión.- La represión no destruye la representación representante de la pulsión, pues no puede hacerlo, sino que le impide tornarse consciente enviándola al inconciente. Tal representación es sexual, pulsional, y a pesar de ser inconciente ejerce efectos, incluyendo los que alcanzan la conciencia. Si el inconciente no produjese efectos visibles, no podríamos conocerlo. Lo conocemos por sus efectos conscientes, o sea luego de haber sufrido una traducción o trasposición al lenguaje. Para hacer tal traducción el analizado debe vencer resistencias. Trasposición y vencimiento de las resistencias dan cuenta de un trabajo psíquico.

Freud busca distinguir inconciente en sentido descriptivo (como lo no consciente: o sea puede ser preconciente o inconciente) e inconciente en sentido sistémico. Desde este último sentido, toma el inconciente desde lo tópico (dónde está), desde lo dinámico (en qué relación de conflicto entra) y económico (qué energía lo ocupa y cómo circula).

Bleichmar S (1991) Lo inconciente: fecundidad clínica de sus paradigmas.

Justificación de lo inconciente.- El supuesto de la existencia del inconciente es necesario y es legítimo.

a) Necesidad.- El supuesto del inconciente es necesario porque los datos de la conciencia son lagunosos, tanto en sanos como en enfermos, y su explicación presupone otros actos de los que la conciencia no es testigo. Tal la insuficiencia de la conciencia, de lo conocido que tornaremos comprensible suponiendo un inconciente.

Este inconciente puede probarse si en base a dicho supuesto logramos influir con éxito sobre los procesos conscientes. El inconciente no nos es asequible por ninguna idea fisiológica o proceso químico: se manifiesta en lo consciente, y paradójicamente está en íntimo contacto con éste último pero es radicalmente distinto a él.

b) Legitimidad.- El supuesto de lo inconciente es legítimo porque al formularlo no nos apartamos de nuestro modo habitual de pensar, que es racional, aunque el inconciente se rija por otra legalidad. El inconciente no sabe, no conoce: sólo la conciencia lo hace en base al proceso secundario: puede así conocer lo inconciente.

Hagamos de cuenta que es algo que pertenece a otro, ya que lo inconciente no es 'ajeno', es lo que desconocemos de nosotros mismos. Los contenidos reprimidos nos parecen extraños y hasta increíbles, y están sometidos a la legalidad del proceso primario. Es un objeto tan real como los objetos físicos, pero de él captamos lo que aparece en la conciencia.

Bleichmar S (1991) Lo inconciente: fecundidad clínica de sus paradigmas.

La multivocidad de lo inconciente, y el punto de vista tópico.- Lo inconciente es multívoco, pues usamos la palabra tanto en sentido descriptivo como sistémico. La notación "Inc" alude al inconciente como sustantivo (el inconciente) y no como adjetivo (lo inconciente).

Un acto psíquico recorre dos fases: va de lo inconciente y, pasando por la censura, llega retranscrito a lo consciente. Es el clásico recorrido excitatorio que vemos en los tres modelos de la Carta 52, del Proyecto y de La Interpretación de los sueños. En estos tres modelos encontramos dos principios en común:

- a) Algo circula entre elementos: en el modelo neurológico ciertas cantidades de excitación circulan entre neuronas, y en el modelo 'psíquico', hay libido circulando entre representaciones.
- b) La cantidad exterior se transforma al ingresar al aparato: por ejemplo, el estímulo exterior se transforma en excitación.

Ambos principios son importantes porque nos muestran que el trauma no depende de la fuerza del estímulo exterior al aparato sino de su capacidad de devenir excitación, dentro del mismo, y por tanto de hacer avanzar las representaciones inconcientes hacia la conciencia venciendo la censura.

Los sistemas psíquicos, así, no son entonces sólo lugares de pasaje sino formas de ligazón de energía psíquica, modos de circulación de los investimentos. Entre el Inc y la Cc se abre un nuevo modo de circulación, dado por el sistema preconciente. Lo descriptivo pasa a ser una categoría segunda: un acto psíquico podrá ser descriptivamente inconciente, pero también preconciente.

Sin embargo, la diferenciación tópica es insuficiente, pues los lugares no alcanzan para distinguir las cualidades de los sistemas psíquicos.

Bleichmar S (1991) Lo inconciente: fecundidad clínica de sus paradigmas.

Hipótesis sobre el inconciente.- La hipótesis tópica sostiene que la trasposición del sistema Inc al Prec-Cc implica la ligazón a una nueva fijación, como si fuera una segunda trasposición en un nuevo lugar (el sistema Prec-Cc) subsistiendo además la representación original.

La hipótesis funcional sostiene que la trasposición consiste no en un cambio de lugar -de sistema- sino en un cambio de estado que se cumple en idéntico material y en la misma localidad. O sea, hay un cambio cualitativo pero no tópico.

En la clínica nos manejamos con ambas hipótesis. Según la hipótesis funcional, carecería de sentido hablar de represión y resistencia: lo inconciente estaría en lo manifiesto, no sería un otro lugar y cambiaría de cualidad para tornarse consciente. O si se quiere, lo que tópicamente es manifiesto no necesariamente es consciente. Algo puede ser manifestado sin ser por ello consciente, o dicho sin ser oído. Las ideas obsesivas se hacen manifiestas pero sin perder su ajenidad.

Bleichmar S (1991) Lo inconciente: fecundidad clínica de sus paradigmas.

Datos históricos sobre el problema del inconciente.- Hasta el Siglo XVII, la psicología se ocupaba del alma en forma bien clara. Luego Wolf, al hablar de psicología experimental o empírica, reconoció la necesidad de dar nuevas bases a la psicología. Como ciencia natural debía desprenderse de nociones filosóficas como alma, por ejemplo. Esta situación siguió hasta fines del Siglo XIX con Wundt, para quien no tenía sentido hablar del inconciente, aunque él reconoce que hay ciertos estados psíquicos que no son directamente observables y debemos inferirlos a partir de la experiencia. Herbart habla asimismo de estados infraconcientes, que están por debajo del umbral de la conciencia. Para Wundt, hablar de una doble conciencia (supra y sub) es volver al misticismo psicológico de principios del Siglo XIX. No obstante por esta época (fines del XIX) muchos psicólogos le daban gran importancia al inconciente, como Fechner y Lipps. La afirmación de este último de que hay fenómenos inconcientes que solo en ciertas ocasiones se manifiestan en la conciencia, sentó las bases de la psicología del inconciente.

Resumen de Jung C (1984) Arquetipos e inconciente colectivo. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 4, punto 1.

La significación de lo inconciente para la psicología.- Con la hipótesis del inconciente, el alma empezó a revelarse como un ente con propiedades inesperadas o inexploradas. Por ello el inconciente revolucionó a la psicología.

La hipótesis del umbral de la conciencia y de lo inconciente significa que las reacciones psíquicas están directamente al lado, arriba y debajo de la conciencia, separados de nosotros solo por un umbral y sin embargo aparentemente inalcanzables. Lo inconciente también tiene representaciones: Wundt no creía en el inconciente justamente porque lo psíquico era solamente aquello que tenía una representación consciente. Lipps mostró también que hay representaciones inconcientes.

Resumen de Jung C (1984) Arquetipos e inconciente colectivo. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 4, punto 2.

Conciencia e inconciente.- Ricoeur se propone aquí hacer una revisión crítica, una reflexión sobre el concepto de conciencia. Este concepto por un lado es central dentro de la fenomenología, pero por otro lado fue criticado por Freud, Nietzsche y Marx ("conciencia como mentira").

Es urgente revisar críticamente esta noción debido a que necesitamos articular dialécticamente lo consciente y lo inconciente, lo que desembocará en una visión menos estrecha de la condición humana. ¿Qué debe ser el hombre -se pregunta Ricoeur- para que sea a la vez responsable de pensar bien (conciente) y capaz de la locura (inconciente)? Ricoeur aparece así criticando tanto al psicoanálisis (por centrarse en el inconciente) como a la fenomenología (por centrarse en la conciencia), y su solución será una síntesis dialéctica entre ambos, sin que ninguno esté privilegiado.

La conciencia tomada en sentido cartesiano es certidumbre (certeza) inmediata, pero no es verdad, porque sabemos que la vida intencional puede tener otros sentidos además del inmediato o manifiesto. La certidumbre está dada, la verdad, no: hay que buscarla y encontrarla. Entonces esta conciencia de sí (verdad) no está al comienzo, sino al fin. Al fin, como idea-límite (o saber absoluto según Hegel).

La conciencia en sentido husserliano también fracasa, porque queda prisionera de la correlación noesis-noema, sin acceso al inconciente, salvo en el sentido de tomas al inconciente como conciencia no-actual.

El sentido realista de conciencia, el de Freud, muestra a la conciencia como un "lugar" dentro de la topografía del aparato psíquico: esto tiene solamente un valor didáctico, pero hay que superarlo. Asimismo el punto de vista económico es tan insuficiente como topográfico o tópico.

No podemos absolutizar ni la conciencia ni el inconciente. Relativizaremos entonces, el inconciente diciendo que es un "objeto", en el sentido que es constituido por el conjunto de procedimientos hermenéuticos que lo descifran, o sea, el inconciente queda definido por el método, es relativo al método. No debe entonces entenderse el inconciente como una realidad fantástica que tiene el poder de pensar en mi lugar, es decir, debemos tomas la postura de un idealismo trascendental.

La conciencia no es origen, sino tarea, fin. Esto nos lleva a entender al inconciente no en sentido realista, sino dialéctico, con el cual Ricoeur está proponiendo usar el método dialéctico en el psicoanálisis. Las sucesivas figuras de la Fenomenología del Espíritu de Hegel pueden homologarse a los distintos significantes-claves, a los que el hombre va progresivamente accediendo: padre, falo, muerte, madre, etc.

Concretamente propone Ricoeur dos procedimientos opuestos: analítico hacia el inconciente, y sintético hacia la conciencia. La conciencia es el movimiento que aniquila sin cesar su punto de partida y no está seguro de sí más que al final, o sea, es aquello que no encuentra su sentido más que en las figuras posteriores, siendo solo una figura nueva, la que puede revelar el sentido de las anteriores. O sea, la inteligibilidad de la conciencia va siempre de adelante hacia atrás, y he aquí la clave de la dialéctica entre conciente e inconciente, porque este último significa en el fondo que la inteligibilidad procede siempre de figuras anteriores, el inconciente es el principio de todas las regresiones. Por tanto, el inconciente es lo primordial, la conciencia lo terminal (fin, tarea). De aquí que haya símbolos arcaicos (pasado) y símbolos prospectivos (futuro). Inconciente y conciencia no son cosas meramente complementarias (pues esto sugiere que son distintas); son dos enfoques del mismo ser: el hombre. Una fenomenología del espíritu (conciencia) y una arqueología del inconciente hablan no de dos mitades del hombre, sino, cada una, de la totalidad del mismo.

De manera que es lo mismo decir "progresión de las figuras del espíritu" que "regresión hacia los significantes-claves" del inconciente.

Condensado de Ricoeur P (1975) *Hermenéutica y psicoanálisis*. Buenos Aires: Megápolis.

INCONCIENTE COLECTIVO

Generalidades.- Señala Jung que si lo inconciente fuera solo personal, sería posible teóricamente atribuir todas las fantasías de un enfermo mental a vivencias e impresiones individuales. Sin embargo, existen fantasías mitológicas no relacionadas con vivencias personales (Costa, 2005:62) que permiten inferir la existencia de un inconciente colectivo.

Costa Néstor (2005) *Jung: un mundo de imágenes y símbolos*. En prensa: Buenos Aires.

INDEFENSIÓN

Indefensión aprendida.- "Falta de defensa, o situación del que está indefenso en un contexto conceptual de la psicología del aprendizaje y del estrés. El modelo de indefensión aprendida está ligado al nombre del psicólogo experimental M. E. P. Seligman. El descubrimiento del proceso se hizo en la experimentación con perros que habían estado expuestos a estímulos aversivos incontrolables. Cuando se les colocaba posteriormente en una situación similar, pero en la que podía controlarse la estimulación aversiva, no hacían nada para neutralizar dicha estimulación. Este estado psicológico se caracteriza, en los seres humanos, principalmente por déficits en tres campos: motivacional, cognitivo y emocional. Se propuso el fenómeno de la indefensión aprendida como un análogo de la depresión reactiva humana, y se explicaron los dos fenómenos mediante una teoría cuyo concepto central era el de expectativa de incontrolabilidad".

Farré Martí J (1999) *Diccionario de psicología*. Barcelona: Océano.

INDIVIDUACIÓN

Definición.- 1. (*Psicología analítica*) Denomina Jung con este término el proceso de la formación de la personalidad. "Se logra lo total e la personalidad cuando hay una diferenciación perfecta entre los pares opuestos y las dos partes de la psique total: lo conciente y lo inconciente están relacionados virtualmente uno con el otro". (Jocobi). Lo inconciente nunca puede transformarse en su totalidad en ser conciente. Cuánto más perfecto es este proceso, tanto más se acerca un ser humano a ser "sí mismo". La

individuación es, pues una transformación de los elementos inconcientes en concientes, un proceso que necesita una técnica adecuada de autoanálisis. Según los conceptos de Jung lo inconciente se divide en dos partes, Jung habla de un inconciente individual y de un inconciente colectivo. El último, así demuestra su denominación, es común a todos los individuos de la especie (se habla, por ejemplo, de *arquetipo* y de los animales también). De lo inconciente colectivo se forma lo conciente individual y el proceso de individuación transforma los elementos del segundo en contenidos concientes. Esta transformación significa "ser sí mismo", es decir: ser una *personalidad*. Jung dice: "Individuación significa transformarse en un individuo. Considerando por individualidad nuestra más íntima, más incomparable particularidad, individuación significa, pues: *ser sí mismo*". (*Die Beziehung zwischen dem Ich und dem Unbewussten*) 2. (*Psicoanálisis personalístico*) En principio la psicoterapia existencial es un instrumento de la individuación en sentido jungiano: en ella al hombre correcto, vivo, irreplicable, se trata de hacerlo conciente con la mayor responsabilidad, sacándole de la existencia impersonal, colectiva, indiferenciada. (Caruso). Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Según Jung.- Proceso terapéutico que lleva al sujeto a desarrollar la máximo sus potencialidades equilibrando las cuatro funciones psicológicas y equilibrando la conciencia y el inconciente (las disposiciones inconcientes son incorporadas a la conciencia). El proceso culmina con la afirmación del Selbst (traducido como sí-mismo). La individuación comienza entonces confrontando la persona con la sombra, luego con su anima o animus, y finalmente con la sumisión al arquetipo (viejo sabio, gran madre, etc.) con cualidades que trascienden el inconciente personal. Desde Jung, la individuación es también el proceso evolutivo del sujeto, que abarca cuatro etapas de aproximadamente diez años cada una: 1) El hombre nace con un inconciente colectivo, no habiendo aún un perfil personal que lo individualice. Esta individualidad va surgiendo poco a poco, por ejemplo cuando a los tres años es capaz de decir "yo". 2) Comienza en la pubertad y la progresiva ruptura psicológica con los padres. 3) El yo se hace cada vez más coherente, y al final de esta etapa adquiere plena individualidad. 3) Aparece una adaptación completa del hombre a su rol social: a los cuarenta años el hombre está ubicado en relación con su medio familiar, social e incluso con el universo: es la integración de la conciencia del yo. Luego de los 40 o 45 años, surgirá el problema del sentido de la vida, con lo cual el hombre busca una significación suprapersonal y más objetiva de su vida sobre la base de los arquetipos. Así, se pasa del anonimato inconciente (nacimiento) al anonimato conciente ("yo en el universo").

Ostrov León, Clases año 1978, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

INFANCIA

Definición.- Período de la vida que abarca hasta los cinco o seis años de edad. Este período ha sido designado por Havelock Ellis como el de auto-erotismo, porque durante su transcurso se puede producir cierto grado de placer sexual mediante la estimulación de diversas áreas cutáneas (*zonas erógenas*) la actividad de ciertos impulsos biológicos y un acompañamiento de excitación durante los estados afectivos.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Según el psicoanálisis.- Desde el psicoanálisis, puede definírsela como "el tiempo de la instauración de la sexualidad humana, y de la constitución de los grandes movimientos que organizan sus destinos en el interior de un aparato psíquico destinado al après-coup, abierto a nuevas resignificaciones y en vías de transformación hacia nuevos niveles de complejización posible" (Bleichmar S, 1999:215).

"Lo infantil en psicoanálisis no se presenta entonces como 'infantilización', en el sentido psicológico del término; tampoco se contrapone a lo adulto, en el sentido evolutivo. Su estatuto está determinado por el anudamiento, en tiempos primerísimos de la vida, de una sexualidad destinada a la represión, vale decir, a su sepultamiento en el inconciente" (Bleichmar S, 1999:198).

Bleichmar Silvia (1999) La fundación de lo inconciente. Buenos Aires: Paidós.

Generalidades.- En comparación con los animales, el bebé humano es mucho más indefenso y depende mucho más de sus padres, pero también tiene mayor capacidad para aprender. En general, cuanto más indefensos y dependientes son los infantes, más inteligentes y adaptables son y menos dependientes de conductas fijas y heredadas. "La mayor duración de su infancia y la mayor necesidad de protección y cuidado, están estrechamente unidas a sus formas de acción, fijas e innatas, que son mucho menores y a su habilidad inmensamente mayor para aprovechar (o desperdiciar) la experiencia individual. Este es el significado biológico de la infancia y la base de la civilización".

Isaacs Susan (1965) Años de infancia. Buenos Aires: Hormé-Paidós, págs. 14-15.

Niño excepcional.- Un niño que se desvía significativamente del promedio en las características mentales, físicas o emocionales.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Niños especiales.- Niños que tienen problemas físicos, psicológicos, cognoscitivos o sociales que hacen que la satisfacción de sus necesidades y potenciales sea más difícil que para otros niños.
Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Tratamiento familiar.- La conducta perturbada de los niños es una analogía de las dificultades de alguno de sus progenitores, así como una tentativa para resolver dichas dificultades. Cuando en el niño aparece el síntoma, el sistema de interacción en torno de las dificultades de los padres es reemplazado por el sistema de interacción en torno del problema del chico.

Para resolver el problema que presenta el niño, la autora propone aquí tres estrategias: 1) reemplazar un síntoma por otra acción metafórica, que sea útil y no molesta y desafortunada; 2) un hijo sintomático expresa metafóricamente los fracasos del prior lo tanto, el terapeuta debe suministrar una metáfora para el éxito en lugar de para el fracaso; 3) el síntoma es un intento de solución del problema del progenitor. Debe entonces cambiarse esa solución metafórica por otra que sea más problema que solución, por ejemplo, desagradable para el niño, con lo cual el síntoma-solución tenderá a desaparecer.

Ciertos pasos deben seguirse en la terapia: 1) el terapeuta parte de la base que el síntoma expresa metafóricamente un problema de los padres y al mismo tiempo es la solución; 2) el terapeuta determina que metáfora expresa la conducta perturbada del niño, y a quién está el niño ayudando; 3) el terapeuta determina que sistema de interacción gira en torno al síntoma del niño, y cuál es el otro sistema de interacción al cual el primero sirve de metáfora; 4) el terapeuta planea la intervención que modificará la acción metafórica, o suministrará una metáfora alternativa, o cambiará las consecuencias que tiene la metáfora para los padres.

Resumen de Madanes Cloé (1984) Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu. Capítulo 5.

El estrés infantil.- El estrés afecta por igual a adultos, ancianos y niños. En este último caso, suelen adquirir importancia como factores estresantes las condiciones de vida familiar. En una familia funcional (Ramos, 1991), vale decir, en una familia con códigos claros, comunicación coherente y reglas bien establecidas, el estrés de los niños se da básicamente por las exigencias de la sociedad competitiva en la que están inmersos, y que se filtran también en el entorno familiar.

Así, la Licenciada Elena Agote, psicopedagoga y docente de la Universidad del Salvador, señala que "cada vez, desde más chicos, los padres les hacen sentir a sus hijos que si no aprenden computación estarán perdidos en el futuro. Lo mismo si no aprenden inglés, si no se capacitan, si no se superan. Y esto los lleva a ponerlos en colegios de doble escolaridad, a hacer cursos complementarios y hasta a tener actividades deportivas o talleres literarios y otras mil alternativas los fines de semana" (Ramos, 1991). Los niños aparecen así sobreexigidos, y el resultado es el estrés. Según la Licenciada Agote, algunos de los motivos son (Ramos, 1991):

- a) Las expectativas paternas de que los hijos cumplan con sus propios sueños postergados, con sus propias asignaturas pendientes: aprender un idioma, destacarse en un deporte, etc.
- b) La dicotomía entre lo que viven en la casa y lo que se les exige en la escuela. Es el caso de padres muy permisivos que mandan a sus hijos a colegios muy exigentes.
- c) La presión ejercida sobre ciertos chicos cuyos padres hacen un gran sacrificio para pagarles un colegio muy caro, y que por ello se sienten en la obligación de responderles para no defraudarlos. A veces su capacidad no es acorde con lo que esos colegios exigen.
- d) La rigidez de ciertos padres para que sus hijos cumplan lo que ellos quieren. Tal presión es especialmente importante en el hijo mayor, que es quien ha de dar el ejemplo.

Para la doctora Ana Giller, psiquiatra y presidenta de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar (Ramos, 1991), un instrumento que cataliza el estrés infantil es el juego, y fundamenta su aserto en las teorías de D.

Winnicott, para quien si un niño puede disfrutar de su juego, sea en soledad o en compañía con otros niños, no se avecinan dificultades serias; y lo mismo si el chico emplea una rica imaginación, aún cuando se moje en la cama, tartamudee o tenga ataques de rabia o depresión. El juego demuestra que ese niño puede, en un medio razonablemente satisfactorio y estable, desarrollar una forma personal de vida y de convertirse en un ser humano completo. Si un chico hace las cosas con gusto, como un juego, aunque esté exigido, no sufre estrés. Para la doctora Giller, entre los elementos más estresantes para los niños está la televisión, que los sumerge en una aventura permanente y les dispersa la atención de todo aquello que sea obligatorio, tal como el aprendizaje sistemático.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Ramos Carmen (1991) Cuando el estrés ataca a los chicos. Buenos Aires: Revista Conocer y Saber N ° 31.

Infancia abandonada según Adler.- El niño abandonado por cualquier causa siente la hostilidad del ambiente, y construirá una concepción del mundo como peligroso que usará como patrón de sus conductas posteriores. Se empeñará en buscar prestigio y poder para contrarrestar aquel peligro. Adler

da ejemplos en la literatura de su teoría sobre la inferioridad y la superioridad a través de ejemplos de personajes y autores literarios, sobre todo Dostoiewski.
Resumen de Adler Alfred (1967) Práctica y teoría de la psicología del individuo. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición. Capítulos 25-26-27.

INFERENCIA INCONCIENTE

Generalidades.- Término acuñado por von Helmholtz. La inferencia inconciente es un proceso resultante de "las actividades psíquicas que nos llevan a inferir que frente a nosotros, en cierto lugar, hay cierto objeto de cierto carácter, y generalmente, no son actividades concientes sino inconcientes" y por ello se llaman inferencias, en lugar de conclusiones. El autor destaca, en ese sentido, que "las acciones son percibidas directamente, pero jamás los objetos externos mismos".
Desde el punto de vista teórico, el autor introduce en su teoría de la percepción la importante idea de que lo que percibimos no son los objetos externos tal cual son, sino que nuestra percepción se halla influenciada por inferencias inconcientes, que, por ser inconcientes, son irresistibles y no pueden ser controladas por el pensamiento conciente, como cuando se obtiene una 'conclusión'. Los elementos introducidos así en la percepción se deben a la experiencia y al entrenamiento.
Von Helmholtz H, (1886) Tratado de Optica Fisiológica. Sección 26.

Generalidades.- Concepto de F. von Helmholtz (1821-1894). Este autor argumentaba en primer lugar que la percepción puede tener muchos datos experimentales que no están representados inmediatamente en el estímulo, y en segundo lugar, que tales aspectos son en cierto sentido adiciones que aumentan la percepción de acuerdo con experiencias pasadas. Decidió llamar a estos fenómenos inconcientemente determinados, *inferencias inconcientes*.
Boring E (1929), History of Experimental Psychology. Appleton-Century-Crofts, 2ª edición.

INFERIORIDAD, COMPLEJO DE

Definición.- (*Psicología del individuo*) 1. Actitud afectiva dominante, debida a algún defecto orgánico y acompañada frecuentemente por deficiencias del aparato sexual, que conduce a la aparición de síntomas neuróticos, de gravedad variable según las complicaciones ambientales (educación, relaciones sociales, etc.) y el grado de insuficiencia de la relación. (Adler) 2. La sensación de debilidad y desamparo que presentan todos los infantes y que es reforzada, de manera característica, tanto por su incapacidad reiterada de dominar su ambiente, como por el reconocimiento de sus limitaciones y defectos físicos. Esta sensación de inferioridad primaria se complica luego con otra secundaria, que estriba en el influir sobre las demás personas induciéndolas a compasión o a intentar dominarlas. (Alemán: *Minderwertigkeitsgefühl*; Francés: *Sentiments d'infériorité*; Inglés: *Inferiority feeling*.)
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Inferioridad.- Según Adler, la lucha por la superioridad surge debido a que los seres humanos nos sentimos inferiores. Los *sentimientos de inferioridad* tienen su origen en nuestro encuentro con el ambiente infantil. A diferencia de otros animales, nacemos inmaduros, incompletos e incompetentes para satisfacer incluso las necesidades básicas. Durante largo tiempo seremos dependientes de otras personas.

En sus primeros escritos, Adler denominó la compensación de las inferioridades, la *protesta masculina*, porque en esa época asoció la inferioridad con la feminidad, aunque luego cambió de opinión diciendo que no había sexos inferiores.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 103.

INFIDELIDAD

Definición.- "Tal como yo la defino, la infidelidad es una defraudación, la traición a una relación, la violación de un convenio. Hay muchos tipos de infidelidad, pero aquí nos referimos a la sexual en el matrimonio monógamo o en una relación equivalente. La mayoría de las parejas acuerdan guardar una estricta exclusividad sexual dentro del matrimonio; permiten la masturbación y cualquier fantasía que uno u otro cónyuge quiera tener, pero insisten en mantener los genitales lejos de las manos (o lo que fuere) de personas extrañas" (Pittman F, 1994:18).

Pittman Frank (1994) Mentiras privadas. Buenos Aires: Amorrortu.

Infidelidad y adulterio.- "Podríamos establecer un distingo entre infidelidad y adulterio, El adulterio sería una cuestión religiosa y legal: ciertos actos son pecaminosos o ilícitos por si, independientemente de la relación que exista entre los cónyuges. Si se miente acerca de él, se lo mantiene en secreto o se lo comete a pesar de las objeciones del cónyuge, es una infidelidad, una traición del convenio matrimonial de que la pareja debe mantener sus actividades sexuales dentro de la relación, con las características que

ambos -en paridad de voz en la materia- hayan convenido. Podemos definir un adulterio como un acto sexual extra conyugal, y la infidelidad, como una deshonestidad sexual intraconyugal. El primero puede ser contrario a la ley o a la voluntad divina, pero la segunda va contra el matrimonio; por eso es más importante y entraña un mayor peligro personal" (Pittman F, 1994:19-20).
Pittman Frank (1994) Mentiras privadas. Buenos Aires: Amorrortu.

La infidelidad y sus mitos.- <<La infidelidad no es un problema de salud mental, sino una cuestión moral>>. Esta reacción deriva de algunos supuestos fascinantes: <<La salud mental se alcanza cuando se superan las restricciones impuestas por los criterios morales. Todo aquello que libere al individuo de la restricción sexual debe ser saludable para su mente>>.

Otra reacción: <<Las aventuras amorosas son la expresión sana y normal de impulsos normales. Los matrimonios deben aprender a darles cabida>>.

Ambas actitudes -culpar a la moralidad o al matrimonio por estorbar las aventuras amorosas- sitúan en un callejón sin salida al terapeuta o a quienquiera que trate estas relaciones. A su vez, y esto es más importante, nuestro desconcierto deja atascados a quienes procuran convivir con sus propias aventuras y la de sus seres queridos. No obstante, parece morboso e inútil sentirnos culpables por lo que haga nuestra mente. Hay pocas experiencias tan gratificantes como la satisfacción por conducirnos correctamente a despecho de la inclinación de nuestras emociones. Todos tenemos fantasías sexuales, y las poblamos con personas que no son nuestro compañero sexual habitual. Son uno de los placeres más sanos y seguros de la vida, en especial si sabemos que no las pondremos en práctica" (Pittman F, 1994:22-23).

Pittman Frank (1994) Mentiras privadas. Buenos Aires: Amorrortu.

Infidelidad y ovulación.- Algunas investigaciones han mostrado que las mujeres son más conscientes de su sexualidad cuando están cerca de la ovulación (por ejemplo, usan prendas de vestir que dejan más piel al descubierto). A partir de dichos resultados, Steven Gangestad, Randy Thornhill y Christine Garver, de la Universidad de Nuevo México, se preguntaron si estas actitudes podían aumentar las probabilidades de concepción, o si pudieran dirigirse hacia hombres distintos al que suele denominarse, de manera tan poco romántica, la pareja principal.

Los investigadores contaban con un grupo de estudiantes mujeres dispuestas a actuar como sujetos de un estudio. Escogieron a 50, de las cuales 31 dijeron que tenían una pareja principal. Sus niveles de hormonas se revisaban para detectar cuándo habían ovulado, y les pedían que llenaran cuestionarios en dos ocasiones: cuando estaban fértiles y cuando no lo estaban.

Las preguntas se relacionaban con su propio comportamiento y con el de su pareja principal. Las preguntas sobre su propia conducta involucraban su atracción hacia sus parejas principales, hacia otros hombres y sus fantasías. En las preguntas sobre el comportamiento de sus compañeros se buscaban señales de sentido de propiedad (llamadas telefónicas inesperadas para verificar dónde estaba la mujer; revisión de los objetos personales; enojo si la dama en cuestión era vista sola con otro hombre) y atención (mimos y monopolización).

Los resultados, que recientemente fueron divulgados en la publicación Proceedings of the Royal Society, sugieren que la selección natural no se ha mantenido ociosa en esta área. Como se esperaba, las mujeres en el estudio mostraron un gran incremento en la atracción y las fantasías con otros hombres cuando estaban fértiles. Sin embargo, ese incremento no se extendió a sus parejas principales: el atractivo de estos varió sólo ligeramente durante el ciclo. No se trata, por tanto, de que las mujeres simplemente sientan más pasión sexual cuando están fértiles. Esa sexualidad se dirige directamente a la infidelidad.

Las parejas principales, por otra parte, parecieron estar conscientes de lo que estaba ocurriendo (al menos las mujeres percibieron que lo estaban). Dijeron que tanto el sentido de propiedad como la atención aumentaron significativamente durante la fertilidad.

Existe el riesgo, por supuesto, de que este resultado se deba a un sesgo en las respuestas. Las mujeres pudieron notar que sus compañeros adoptaban una actitud de mayor vigilancia cuando estaban fértiles porque es entonces cuando ello resulta más molesto. Pero es igualmente probable que la selección haya provisto a los hombres con sensibilidades que les permitan cambiar sus esfuerzos, de acuerdo con la necesidad, para rechazar el interés de sus parejas en otros hombres.

La infidelidad es más atractiva durante la ovulación. The Economist <http://www.eluniversal.com>

INFORMACIÓN

Generalidades.- New Scientist.- Internet puede ser la base sobre la que descansen los mecanismos informáticos que den pie a una verdadera inteligencia global. Francis Heylighen, un experto en inteligencia artificial de la Free University de Bruselas, lo ve claro. Caminamos hacia la formación de un "cerebro global", y su forma embrionaria es Internet. Poco a poco, la red y sus componentes, computadoras cada vez más potentes equipadas con sofisticados programas, serán más y más inteligentes, dando lugar a una especie de centro nervioso, la columna vertebral de un superorganismo global del cual el hombre sólo será una parte.

Según Heylighen, el cerebro global surgirá a partir de nuestros esfuerzos por lograr gestionar y organizar las enormes cantidades de información que se están depositando en la Red. Ni los actuales buscadores ni las páginas web tradicionales pueden realizar esta función y deberán desarrollarse métodos más convincentes y efectivos. Por ejemplo, el proyecto llamado DKS (Distributed Knowledge Systems), que está siendo elaborado por Los Alamos National Laboratory. Consiste en un programa que es capaz de reconstruir continuamente los enlaces entre las páginas de una web (Principia Cybernetica Web) en función de las necesidades de sus usuarios. El DKS, así, coloca nuevos enlaces cada vez que considera que es necesario abrir un camino diferente que los internautas van a querer utilizar. Al mismo tiempo, elimina los enlaces antiguos que caen en desuso, conformando un sistema puramente dinámico y automático.

Estos enlaces cambiantes recuerdan a las conexiones que crecen y desaparecen en un cerebro humano. Por ejemplo, si una neurona es activada poco después de otra, la sinapsis que conecta a ambas se hace más fuerte. La fortaleza de la conexión crece con relación al nivel de actividad. De la misma manera, en la Principia Cybernetica Web, los algoritmos refuerzan los enlaces más populares y dejan morir a aquellos que no lo son tanto, haciéndolos desaparecer.

El sistema también examina el computador del usuario conectado en busca de cookies que indiquen si hemos visitado antes la web o no. Interpretando nuestras preferencias, puede recomendarnos páginas o cambiar la estructura de la web para que se amolde a nuestras necesidades, creando atajos, etc.

La flexibilidad será esencial para la red de computadoras mundial. Si una web individual puede adaptarse del modo descrito a los usuarios, no hay razón por la que no pueda hacerse lo mismo con la red al completo, tratándola como un todo único. La World Wide Web, entonces, se reorganizará constantemente, haciéndose más eficiente. Con el tiempo, cualquier consulta, cualquier pregunta que queramos formular, podrá ser resuelta rápida y fiablemente en la red sin que para ello debamos realizar un gran esfuerzo de búsqueda.

Todo esto no está demasiado lejos en el tiempo. Podría incluso lograrse antes de 5 años. La tecnología está disponible, aunque la verdadera dificultad está en convencer a los poderes fácticos para que adopten los protocolos que serán necesarios.

Heylighen cree que adaptando la red a la estructura de funcionamiento del cerebro humano se logrará antes o después que ésta se convierta de alguna manera en inteligente. Es interesante preguntarnos qué saldrá de un cerebro global como éste, compuesto por millones de computadoras distribuidas por todo el mundo.

Además de programas de búsqueda, la red constará de programas llamados agentes autónomos, que actuarán de mediadores y que buscarán por nosotros, la información que necesitamos. Incluirán entonces un enlace para que lo podamos seguir, en una acción que podríamos calificar de conclusión a un razonamiento, es decir, un proceso lógico cognoscitivo. Haciendo conexiones entre conceptos que no existían antes, el cerebro empezará a "pensar".

Existe una prueba, el llamado test de Turing, (Ver en la [Biblioteca Virtual de PSYCOLOGIA.COM](#), los siguientes artículos de Claudio Gutiérrez: *Neurofilosofía, Hacia una redefinición de la ciencia cognoscitiva, La lógica y el conocimiento, La epistemología y sus desarrollos recientes*, para ampliar información sobre Turing) que sirve para averiguar si estamos hablando o no con una computadora. En el momento en que no sepamos distinguir a una persona o a una máquina en una conversación, habremos hecho un gran paso adelante en dirección hacia el "cerebro global".

La inteligencia de este cerebro global parece inevitable, pero ¿realmente la deseamos? Esto es lo que deberemos decidir entre todos. Lo último que queremos es dar forma a un dictador digital que nos diga lo que tenemos que ver u oír en función de lo que haga la mayoría.

El cerebro global. Copyright 2000 Psicología.com

Incertidumbre e información.- Un mensaje informa más cuanto más reduce la incertidumbre: un mensaje será más original cuando sus posibilidades de aparición sean escasas. "*Dupont es francés*" es poca información, pues por el apellido ya podemos saberlo. Un mensaje previsible aporta poca información, y uno imprevisible mucha. Debe haber un equilibrio entre ambas para que el mensaje sea original y facilitar la atención sostenida del receptor.

Condensado de Amado G y Guittet A (1983) La comunicación en los grupos. Buenos Aires: El Ateneo.

Costo de la información y redundancia.- Los mensajes suelen acortarse para abaratar el costo de transmisión (en tiempo y dinero), pero no tanto como para que no se entiendan los mensajes. En todo mensaje hay siempre ruidos que hacen perder información, por lo que a veces es preciso introducir la redundancia, o repetición que busca neutralizar el efecto del ruido.

Condensado de Amado G y Guittet A (1983) La comunicación en los grupos. Buenos Aires: El Ateneo.

Sentido e información.- Si bien la cantidad de información de una palabra se calcula en función de su probabilidad de aparición, el sentido, en cambio, es más imprevisible. El sentido se busca interpretando el mensaje en función del contexto.

Condensado de Amado G y Guittet A (1983) La comunicación en los grupos. Buenos Aires: El Ateneo.

INFORME PSICOLÓGICO

Generalidades.- El orden de datos en un informe psicológico es: Datos de filiación, procedimientos utilizados (tests, entrevistas), motivos de estudio, descripción del grupo familiar, problemática vital (pérdidas, cambios, etc.), descripción de estructuras de conducta, descripción de rasgos de carácter y de la personalidad, conclusiones, pronóstico, posible orientación (si hacer falta nuevos exámenes, aliviar u orientar al entrevistado, etc.). Un estudio completo abarcaría, en medicina, un diagnóstico médico, psiquiátrico y psicológico (triple).

Condensado de Bleger J (1989), Temas de psicología. Buenos Aires: Nueva Visión.

INHIBICIÓN

Definición.- Se dice que un proceso o función están en estado de inhibición si llega a estar inactivo por la operación de otro proceso o función. En "Inhibición, síntoma y angustia" Freud contrasta la inhibición con el síntoma, estando referida la primera a una pérdida de función y el último a un trastorno de la función. La inhibición y la represión difieren en el sentido de que la primera implica que algo ha sufrido un corte de energía, y la segunda que algo ha sido contenido.

Rycroft Ch., Diccionario de Psicoanálisis, Buenos Aires, Paidós, 1976.

INCESTO

La prohibición del incesto según Lévi Strauss.- Para Lévi-Strauss, la prohibición del incesto es el único fenómeno que tiene al mismo tiempo una dimensión natural y una cultural: está en relación con la naturaleza porque tiene la universalidad de los instintos, y está en relación con la cultura porque presenta el carácter coercitivo de las leyes sociales. Constituye, para el pensador francés, el movimiento gracias al cual, por el cual, pero sobre todo en el cual, se cumple el pasaje de la naturaleza a la cultura.

Una parte fundamental del trabajo del antropólogo es intentar explicaciones sobre ciertos fenómenos que pueden observarse en las diferentes culturas. Uno de estos fenómenos, de carácter universal, es la regla de la prohibición del incesto, al que Lévi-Strauss asigna particular importancia en la medida en que es lo que constituye, según él, el movimiento fundamental del pasaje de la naturaleza a la cultura. El problema de la prohibición del incesto tiene para Lévi-Strauss un carácter ambiguo y equívoco, ya que por un lado tiene un aspecto cultural, y por el otro un aspecto natural: a) El carácter cultural reside esencialmente en que se trata de una regla establecida por los hombres; b) el carácter natural reside en que, al mismo tiempo, es una prohibición presocial en dos sentidos. En primer lugar por su universalidad, y segundo por el tipo de relaciones que su norma impone: la vida sexual en sí externa al grupo, no sólo porque expresa el instinto animal de supervivencia del hombre, sino además porque sus fines trascienden la sociedad o la cultura misma: satisface deseos individuales muchas veces contrapuestos con a las convenciones sociales, y tiene fines que, aunque en otro sentido, van más allá de los fines propios de la sociedad.

El instinto sexual, por ser natural, no constituye por sí solo el paso de la naturaleza a la cultura, pero es el punto de partida para este pasaje a lo social porque de todos los instintos, solamente el sexual necesita del estímulo del otro.

Antes de desarrollar su propia interpretación, Lévi-Strauss expone y critica diversas explicaciones que fueron dando distintos antropólogos y sociólogos sobre la cuestión. Estas respuestas que procuran explicar la prohibición del incesto fueron muchas, pero puede agruparse, para el antropólogo francés, en tres grandes tipos:

a) La prohibición del incesto es un compuesto de elementos tomados en parte de la naturaleza y en parte de la cultura.

b) La prohibición del incesto tiene un origen puramente natural.

c) La prohibición del incesto tiene un origen puramente cultural.

Examinaremos brevemente cada postura y finalmente, sobre la base de sus cuestionamientos a ellas, expondremos un esbozo muy general del planteo de Lévi-Strauss al respecto.

Explicaciones previas a Lévi-Strauss.- a) La prohibición del incesto es un compuesto de elementos tomados en parte de la naturaleza y en parte de la cultura.- Esta primera explicación intenta sostener los dos aspectos de la prohibición, el natural y el cultural, pero manteniéndolos disociados en dos fases distintas. Para Morgan y Maine, por ejemplo, el origen de la prohibición es natural y social al mismo tiempo, pero en el sentido de ser el resultado de una reflexión social sobre un fenómeno natural. Más concretamente, la prohibición del incesto sería una medida eugenésica destinada a proteger a la especie de los nefastos resultados de los matrimonios consanguíneos, productores de enfermedades. Sin embargo, indica Lévi-Strauss, esta justificación es bastante reciente, y antes del siglo XIV no aparece en parte alguna de nuestra sociedad. Tengamos presente que antes del siglo IXV existía la prohibición del incesto, pero no existía la justificación indicada para la misma.

Inclusive más: Lévi-Strauss refiere que desde fines del paleolítico el hombre utiliza procedimientos endogámicos de reproducción para mejorar especies, y no habría razón para que pensase distinto respecto de la suya propia.

Finalmente, Lévi-Strauss cita una serie de investigaciones biológicas, donde en algunas de las cuales se afirma que la prohibición del incesto evita la aparición de enfermedades en la progenie, mientras que en otros estudios, dicha prohibición no determina por sí sola tales enfermedades, sino que la aparición de estas dependerán de otras variables como el tamaño de la población, las mutaciones, etc. El primer tipo de explicación justificarían la prohibición del incesto, pero las segundas no.

b) La prohibición del incesto tiene un origen puramente natural.- Para muchos sociólogos y psicólogos, y entre ellos Westermarck y Havelock Ellis, la prohibición del incesto no es más que la proyección o el reflejo, sobre el plano social, de sentimientos o tendencias para cuya explicación sólo es necesario considerar la naturaleza del hombre (sea esta fisiológica o psíquica).

Esta postura suele invocar un supuesto 'horror al incesto', derivado para algunos de una fuente instintiva, fisiológica, y para otros derivada de la influencia negativa de las costumbres cotidianas sobre la excitabilidad erótica (lo que es una explicación mas bien psicológica pero no aún social).

La primera opinión no puede sostenerse: el 'horror al incesto' no puede derivarse de una fuente instintiva puesto que para que se manifieste es preciso suponer un conocimiento previo o establecido posteriormente de la relación de parentesco entre los culpables, vale decir, presupone un factor social.

La segunda opinión será también refutada por Lévi-Strauss, por cuanto para él está fundada en una falacia denominada petición de principio. Sabemos que hay dos situaciones donde hay un descenso del deseo sexual: a) en los matrimonios, donde uno termina por aburrirse del otro cónyuge. Miller dice que el hombre tiene en común con los monos superiores esta tendencia innata a cansarse de su pareja sexual (Miller G, The primate Basis of Human Sexual Behavior, Quaterly Review of Biology, Vol 6, N°4, 1931, página 398), y b) en las familias, donde no se manifiesta en general el deseo hacia los miembros de la misma.

Lévi-Strauss objeta que estos autores creen que en el caso de la familia la falta de deseo sexual obedece también a ese aburrimiento verificado en los matrimonios (es como si dijéramos: "estoy tan aburrido de ver a mi hermana en bombacha, que ya no me interesa más"). Así, no resulta posible saber si la menor frecuencia de deseos sexuales entre parientes próximos se debe a un simple acostumbramiento físico o psicológico, o es consecuencia de la prohibición misma del incesto (la petición de principio consiste así en explicar la prohibición del incesto por el acostumbramiento, el cual a su vez está dado... por la prohibición misma).

Lévi-Strauss hace aún otra objeción: no puede explicarse un fenómeno universal como la prohibición del incesto recurriendo a un fenómeno que, como el menor deseo sexual entre parientes próximos, no es universal, ya que existen casos de perversiones y otras anomalías. Mas bien deberíamos razonar como lo hizo el psicoanálisis, que ve como fenómeno universal no la repulsa al incesto sino, por lo contrario, su búsqueda.

Por otro lado, tampoco es cierto que el acostumbramiento sea siempre fatal, porque en muchas sociedades esto no se cumple: un proverbio azande dice que "el deseo de mujer comienza con el deseo de la hermana". Y a propósito de estas objeciones, Lévi-Strauss formula una más grave aún: si el horror al incesto resultase de tendencias fisiológicas o psicológicas congénitas, ¿por qué se expresaría como una prohibición tan solemne, sagrada y universal? No habría razón alguna para prohibir algo que, sin prohibición, no correría el riesgo de ejecutarse.

A este argumento pueden oponerse aún dos objeciones: a) Tal vez la regla de prohibir el incesto se aplique a ciertos casos poco frecuentes. Pero, replica Lévi-Strauss, aún cuando la prohibición apuntase a casos excepcionales, no hay relación entre la pequeña cantidad de estos casos de violación de la prohibición con la importancia que tiene esta regla; b) Tal vez la regla del incesto se aplique a conductas que causen algún perjuicio social, como por ejemplo la regla que prohíbe el suicidio. En este último caso puede quedar claro porqué el suicidio afecta el interés social, pero aún queda por encontrar qué tipo de perjuicio a la sociedad puede ocasionar el incesto.

c) La prohibición del incesto tiene un origen puramente cultural.- Este tercer grupo de explicaciones ve en la prohibición del incesto una regla de origen puramente social, cuya expresión en términos biológicos es un rasgo accidental y secundario.

Los partidarios de esta tercera postura dan especial importancia a la prohibición del incesto concebida como una institución social que prohíbe relaciones sexuales entre un vasto número de personas sin relación de consanguinidad, o al menos con relaciones de parentesco muy lejanas. Con ello, procuran mostrar que la prohibición del incesto es un fenómeno esencialmente social, y no de origen natural o biológico.

Dentro de esta tercera posición se pueden identificar dos grupos de interpretaciones: a) Las ideas de McLennan, Spencer y Lubbock, que dejan abierta la posibilidad de hacer de la prohibición del incesto una derivación de la exogamia, y b) las ideas de Durkheim, que afirman categóricamente la existencia de esta derivación. Veamos brevemente ambas posiciones.

a) Se traza aquí el esquema de una evolución desde el matrimonio endogámico hacia el matrimonio exogámico por raptó, donde las esposas se obtienen raptándolas y pasando a ser bienes individuales. Si estas concepciones buscan explicar la prohibición del incesto -forma particular de exogamia-, por el hábito del raptó, van mal encaminados pues no se puede explicar una regla universal como lo es dicha prohibición, a partir de un fenómeno como el raptó, que no es universal y a menudo anecdótico.

b) Durkheim comete el mismo error al partir de lo observado entre indígenas australianos, un fenómeno que no es universal y desde el cual busca explicar la prohibición del incesto, que sí es algo universal. Este autor plantea que en el origen de toda la explicación existe una creencia religiosa que afirma una identidad sustancial entre el clan y el tótem que le da nombre. Esto a su vez genera un horror a la sangre de las propias mujeres del clan (en particular a la sangre menstrual); esto a su vez explica ciertas prohibiciones que afectan a las mujeres del clan, lo cual a su vez explica la exogamia y, finalmente, esta exogamia termina explicando la prohibición del incesto. En suma, en el origen lejano de esta prohibición hay que ubicar ciertas creencias religiosas en la consustancialidad del individuo miembro de un clan con su tótem.

Para Lévi-Strauss, la falla de la teoría de Durkheim está no sólo en partir de un hecho que no se da en todas las sociedades y explicar a partir de allí algo universal como la prohibición del incesto, sino en que el pasaje de las creencias religiosas a la prohibición del incesto no está debidamente fundamentado, y las conexiones que establece son frágiles y arbitrarias.

Todas las explicaciones del tercer tipo, en suma, presentan un vicio común y fundamental: intentar fundar un fenómeno universal en episodios contingentes sobre los cuales no hay garantías que se hayan repetido sin cambio en todas las sociedades humanas. Además, ¿cómo se explica no sólo la universalidad de la prohibición del incesto sino además su persistencia, una vez desaparecidas o debilitadas las creencias religiosas que le dieron origen? Para Lévi-Strauss deberemos preguntarnos entonces por las causas profundas y omnipresentes que hacen que en toda época y lugar, exista siempre una reglamentación de las relaciones sexuales como lo es la prohibición del incesto.

Como todas las teorías planteadas y criticadas fallaron, los sociólogos decidieron quitarse el problema de encima, diciendo que es algo que debe explicar la biología o la sociología. Lévi-Strauss sostiene que el problema de la prohibición del incesto sigue siendo de la sociología porque se trata de una regla impuesta culturalmente.

Un esbozo de la explicación de Lévi-Strauss.- La prohibición del incesto no es un compuesto de elementos tomados en parte de la naturaleza y en parte de la cultura, como así tampoco tiene un origen puramente natural, ni puramente cultural. Para Lévi-Strauss, constituye el movimiento fundamental gracias al cual, por el cual, pero sobre todo en el cual se cumple el pasaje de la naturaleza a la cultura. En un sentido pertenece a la naturaleza por tener su mismo carácter formal, que es la universalidad, pero también en cierto sentido es ya cultura, porque actúa e impone su regla en el seno de fenómenos que no dependen en principio de ella.

Mediante la prohibición del incesto, la naturaleza se supera a sí misma, encendiendo la chispa mediante la cual una nueva y más compleja estructura se forma y se superpone -integrándolas- a las estructuras más simples de la vida psíquica, así como estas últimas se superponen -integrándolas- a las estructuras más simples de la vida animal.

Resumen de Lévi-Strauss C (1985) Las estructuras elementales del parentesco. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 2.

INHIBICIÓN

Definición.- 1. Supresión total o parcial de una función en plena actividad, especialmente de una contracción muscular. La Ley de inhibición fue establecida por Pavlov, considerándola como una fuerza tan activa como la excitación, y como conservadora de la unidad de la conducta humana. Al mismo tiempo es la reguladora de la actividad nerviosa por los focos de inhibición (y excitación del cerebro). Se considera la inhibición como un fenómeno neuroeléctrico que se debe a la difusión de la onda positiva. 2. Estado de un tejido u órgano en que una función del mismo no puede ser provocada por su estímulo habitual. 3. Estado mental en que una fuerza contraria, se impiden o tienden a impedir ciertas formas de expresión, especialmente aquellas que pondrían de manifiesto a los demás, las ideas o el carácter del individuo. 4. (*Psicoanálisis*) Consiste en una represión de un impulso instintivo o de alguna de sus manifestaciones. La fuerza del Superyó es la que inhibe el impulso y le impide pasar la línea entre el Ello y el Superyó. Desde el punto de vista psicológico se considera que la existencia del control de los esfínteres en el niño es la primera lección importante de las inhibiciones. 5. La inhibición tiene un papel importante en la pedagogía; se habla de *inhibiciones intelectuales* las cuales pueden ser tan pronunciadas que el sujeto está considerado -equivocadamente- como mentalmente mal dotado, hasta *débil mental*. Un psicodiagnóstico, diferencial es todos estos casos por los tests adecuados, da la orientación necesaria para el educador. El afán del educador consiste en la eliminación de aquellos factores que inhiben la actividad libre de la inteligencia y de la afectividad del niño. 6. Marx Scheler afirma que la inhibición y la desinhibición son las dos funciones fundamentales del espíritu.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

INIMPUTABILIDAD

Según el Código Penal.- El artículo 34 del Código Penal argentino establece que no son punibles ciertas conductas relacionadas con las siguientes causales de inimputabilidad (inciso 1º):

1) **INSUFICIENCIA DE LAS FACULTADES MENTALES:** Debilidad mental, evaluable no con un simple CI sino con un diagnóstico estructural de inteligencia que incluya diversos rasgos (abstracción, simbolización, etc).

2) **ALTERACION MORBOSA DE LAS FACULTADES MENTALES:** incluye demencia (en todas sus formas clínicas, y siempre hay una causa orgánica) o alienación completa (difícil de encontrar, pues siempre hay algún intervalo lúcido). Para diagnosticar todos estos estados morbosos recurrimos a entrevistas, tests proyectivos, etc. y a través de ellos se busca una estructura (neurosis, psicosis, borderline, etc).

3) **ESTADO DE INCONCIENCIA:** Hay dos ejemplos típicos, que son el alcoholismo y la epilepsia.

Alcoholismo: Si uso el alcohol como medio para cometer un delito es imputable, pues hay intencionalidad. Si en cambio es sólo una causa-de el acto, será o no imputable según el grado de conciencia. La ebriedad en sí no es delito, sino una contravención. Según Zaffaroni, el lugar del borracho no es la comisaría sino el hospital.

Epilepsia: También acá influye la intencionalidad para determinar la imputabilidad, pues puedo usar mi epilepsia para matar. La epilepsia debe comprobarse en el momento (el alcohol en cambio dura en la sangre).

4) **ERROR O IGNORANCIA NO IMPUTABLE:** Hay veces que es imputable, como cuando uno sabe que ha cometido un delito por conocer las leyes. Si se viaja al exterior, hay 20 o 30 días para aprender las leyes de la cultura donde uno va. Luego no se puede invocar ignorancia. Tampoco se puede invocar el error (como decir "me equivoqué"). Hay un concepto llamado "error de responsabilidad": se comete por no conocer la ley (antes no era delito la tenencia de drogas y ahora sí, y esto debe ser conocido).

5) **NO COMPRENSION DE LA CRIMINALIDAD DEL ACTO E IMPOSIBILIDAD DE DIRIGIR LA ACCION:** Es inimputable quien no comprende la criminalidad o no puede dirigir sus acciones. Un indio mató por sacrificio y lo hizo llorando: fue condenado porque comprendía la criminalidad.

Comprender significa no sólo entender, sino también poder reproducir lo entendido.

PELIGROSIDAD: Si una persona es declarada inimputable puede además ser declarada peligrosa para sí o para terceros, en cuyo caso se lo interna hasta tanto desaparezcan las causas de peligrosidad. Según Alvarez, es imposible determinar la peligrosidad, es decir, prever que alguien hará o no hará una acción. Otros peritos dicen que sí, que puede determinarse la peligrosidad (con tests proyectivos, etc) y hablan de una llamada "peligrosidad dinámica". El medio social también condiciona la peligrosidad (por ejemplo vivir en un barrio violento).

EMOCION VIOLENTA: No es causa de inimputabilidad, y sólo es un atenuante de una pena. Otro ejemplo de atenuante es cuando la madre comete infanticidio dentro del periodo de puerperio, por ser este un estado de semiconciencia postparto).

Condensado de Álvarez C, Clases teóricas de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2º cuatrimestre de 1996.

En la minoridad.- Hasta 16 años: es inimputable (no relacionar con el art 34 del CP). De 16 a 18: es imputable para algunos delitos (generalmente los que tienen penas de no más de tres años). De 18 a 21: Son imputables, sólo que cumplen la condena en una cárcel para menores hasta cumplir los 21 años. Cuanto más lejos está el menor del grupo normativo, más conductas antisociales tendrá.

Condensado de Álvarez C, Clases teóricas de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2º cuatrimestre de 1996.

INSIGHT

Definición.- "Término inglés que significa literalmente <<mirar hacia dentro>> y se usa en psicología para designar la conciencia y la comprensión de la propia dinámica y de los síntomas de conducta inadaptada. El *insight* es necesario para realizar cambios de la personalidad y la conducta de una persona. Se distinguen dos tipos: *insight* intelectual, que es el conocimiento a través de lecturas, o incluso mediante una terapia, pero que no comporta la necesaria y profunda participación emocional con vistas al cambio de la estructura personal, y el *insight* emocional o visceral, que es aquel que aporta una clara conciencia, comprensión y sentimiento en lo más profundo del ser respecto al significado de las conductas personales, y gracias al cual podrían producirse las modificaciones de la estructura de la personalidad".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Generalidades.- Es un término inglés que significa "mirar hacia adentro". En psicoterapia, se refiere a cualquier conducta en la cual la persona obtiene una percepción acerca de sus propios estados y procesos mentales patológicos o de sus cambios terapéuticos. Este tipo de insight puede ser intelectual,

emocional o conductual, según que implique una comprensión cognitiva o vivencial, o un cambio de conducta observable. El término se emplea tanto en la psicoterapia psicoanalítica como en la gestáltica. El término en cuestión se emplea también en la teoría del aprendizaje de la gestalt, donde designa un acto de comprensión intelectual súbita de un problema, y constituye el modelo de aprendizaje que propone esta teoría (por ejemplo los experimentos realizados por Kohler con simios).

Tanto en su sentido terapéutico como en la teoría gestáltica del aprendizaje, el insight implica esencialmente un "darse cuenta" de una situación: en el primer caso es un determinante de la curación, y en el segundo del aprendizaje.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Insight y propensión al delirio.- El presente estudio investigó la relación entre la propensión al delirio, evaluándola utilizando el Peters et al. Delusions Inventory [Peters, E.R., Joseph, S.A., Garety, P.A., 1999. La medición de los delirios en la población normal: Introduciendo la PDI (Peters et al. Delusions Inventory. Schizophr. Bull. 25 553-576], e insight, utilizando la Beck Cognitive Insight Scale (BCIS; [Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.M., Steer, R.A., Warman, D.M., 2004. Un nuevo instrumento para medir el insight: The Beck Cognitive Insight Scale. Schizophr. Res. 68, 319-329].

Participaron doscientos estudiantes universitarios sin historia de trastorno psicótico. Los resultados indicaron que, consistentemente con la hipótesis, aquellos con mayor propensión al delirio mostraban mayor certeza en sus creencias y juicios que aquellos que tenían menor propensión al delirio (Self-Certainty subscale of the BCIS; $p = .007$).

No obstante y, contrariamente a las hipótesis, aquellos que tenían mayor propensión al delirio fueron más abiertos a la respuesta externa y estaban más dispuestos a reconocer falibilidad que aquellos que tenían menor propensión al delirio (Self-Reflectiveness subscale of the BCIS; $p = .002$). Los resultados son discutidos en relación a las teorías de formación del delirio.

Warmana D y otro, Insight y propensión al delirio: una investigación utilizando la "Beck Cognitive Insight Scale". SCHIZOPHR RES. 2006 JUN; 84(2).

Insight en la esquizofrenia.- Introducción. La investigación de los últimos años ha intentado hallar variables mediadoras entre neurocognición y desempeño funcional en esquizofrenia, proponiéndose el insight como una posible variable. Diferentes autores han encontrado relaciones entre insight y diversos aspectos del desempeño funcional, y entre insight y sintomatología, aunque no hay unanimidad en la clase de relación existente. La falta de consenso podría explicarse por la definición de insight utilizada. El presente artículo valora el insight de manera uni y multidimensional y establece su relación con variables cognitivas y psicopatológicas.

Métodos. La muestra la constituyen 94 sujetos diagnosticados de esquizofrenia según criterios CIE-10 que acuden a un centro de rehabilitación psicosocial. La valoración cognitiva se realizó mediante una versión abreviada de la Batería Neuropsicológica Test Barcelona y el Wisconsin Card Sorting Test. Para valorar la sintomatología se usó la Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS). El insight fue evaluado mediante el ítem de la PANSS y mediante una entrevista semiestructurada que recogía diferentes componentes del mismo.

Resultados. Se encontraron dos factores de insight, uno que incluye un conocimiento preciso de la enfermedad y sus consecuencias y otro que hace referencia a un reconocimiento inespecífico de padecer una enfermedad y necesitar tratamiento. Cada factor mostró una relación estadísticamente significativa con funciones cognitivas superiores y con sintomatología positiva. Conclusiones. Los datos encontrados apoyan una relación entre insight y bajo rendimiento cognitivo.

Gil D y otros, Insight, neurocognición y psicopatología en la esquizofrenia. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2006 SEP; 34(5).

Insight en psicosis.- Introducción: los pacientes psicóticos con un buen "insight" (conciencia de la enfermedad psiquiátrica) cumplen mejor las pautas de la medicación siendo un factor de buen pronóstico, lo que secundariamente disminuiría el número de episodios violentos. Algunos estudios señalan diferencias entre distintas psicosis respecto al grado de "insight".

Objetivos: valorar si existe una relación entre el grado de hostilidad del paciente y la conciencia de enfermedad además de analizar si el grado de "insight" varía según el diagnóstico (esquizofrenia vs trastorno bipolar).

Metodología: se utilizó una muestra de 168 pacientes psicóticos. Se correlacionaron entre sí los ítems P7 (hostilidad), G14 (control deficiente de impulsos) y G12 (ausencia de juicio e introspección) de las escalas PANSS. Para observar si había diferencias en cuanto a "insight" y hostilidad según el diagnóstico, se compararon los pacientes con Esquizofrenia ($n = 86$) con los diagnosticados de Trastorno Bipolar ($N = 43$).

Resultados: la hostilidad, el control deficiente de impulsos y la ausencia de juicio e introspección correlacionaban positivamente entre sí. Es decir, los pacientes con mayor hostilidad presentaban un peor control de impulsos y una pobre conciencia de enfermedad. Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentaban mayor hostilidad y un peor "insight" que los diagnosticados de trastorno bipolar.

Conclusiones: el grado de hostilidad y el control de impulsos están muy relacionados con la conciencia de enfermedad del paciente. Por lo tanto, intervenir sobre alguna de ellas, podría mejorar las otras. Por ejemplo, mejorando el "insight" del paciente podrán disminuir los episodios violentos. Por otro lado, los pacientes con esquizofrenia presentan una peor capacidad de introspección que los bipolares lo que va en contra de estudios previos en los que se encontraban diferencias entre ellos.

G. Lera Calatayud; N. Herrero Sebastián; E. Aguilar García-Iturrospe... (et.al) Relación entre "insight", violencia y diagnóstico en pacientes con psicosis. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2008 NOV.

Insight y alucinaciones.- Introducción: Los síntomas positivos y negativos han sido estudiados en relación con el "insight". Sin embargo, éste es el primer estudio en el que se investiga en profundidad el fenómeno alucinatorio auditivo de forma específica relacionándolo con el grado de "insight" de los pacientes.

Objetivos: Hipótesis; los pacientes con alucinaciones auditivas tendrán una menor capacidad de introspección y más aún si éstas son crónicas. También se estudió que características de las alucinaciones auditivas se relacionaban con la capacidad de introspección de los pacientes.

Metodología: 168 pacientes psicóticos agrupados según su historia de alucinaciones. 50 con historia de alucinaciones, 34 con alucinaciones auditivas crónicas y 84 sin alucinaciones. Se estudió el ítem G12 (ausencia de introspección) de la escala PANSS como medida del "insight" de los pacientes. Posteriormente, se relacionó el grado de introspección con las características de las alucinaciones auditivas (escala PSYRATS) en los 41 sujetos con alucinaciones auditivas en el momento de la evaluación. Resultados: Los tres grupos de estudio son homogéneos respecto a edad de inicio, curso y duración de la enfermedad. Sin embargo, el grupo de alucinadores crónicos presenta una mayor ausencia de introspección en comparación con los otros dos grupos. Respecto a la PSYRATS, encontramos relación entre la localización y el "insight". Cuanto más lejanas oyen los pacientes las voces menos conciencia de enfermedad presentan.

Conclusiones: Respecto a la menor capacidad de introspección, es más importante el hecho de que las alucinaciones se hayan cronificado en contraposición a la mera existencia o no de éstas. Además esta diferencia se debe a la cronicidad de las alucinaciones y no a los años de evolución o al curso de la enfermedad. Por otro lado, los pacientes que oyen las voces más dentro de su cabeza que fuera presentan un mayor grado de "insight". Esto podría deberse al hecho de que viven las voces más como suyas, producto de su propia enfermedad.

G.Lera Calatayud; N. Herrero Sebastián; J.C. González Piqueras... (et.al) Relación entre "insight" y alucinaciones en pacientes con psicosis. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2008 NOV.

INSTINTO

Definición.- "Conjunto de apetencias, deseos, inclinaciones y tendencias innatas, que permiten la ejecución de datos específicos, comunes a la especie, que desde el comienzo se realizan con suma perfección sin requerir experiencia o aprendizaje previo. Vela por la integridad del individuo y de la especie. Constituye el "yo filogenético" o el "yo instintivo", que es heredado, y es el núcleo básico de la personalidad. Clasificación: Instinto de nutrición, instinto sexual, e instinto gregario" (Betta, 1984:259). Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición.- "Impulso fundamental que trata de expresarse por medio de una acción. Existen tipos distintos de instinto como el impulso instintivo de autoconservación y el deseo de comer. El impulso agresivo que motiva sensaciones agradables encuentra puerta inofensiva de salida en deportes como el fútbol y el béisbol. Impulso muy fundamental es el instinto sexual, necesario para la reproducción de todos los animales. En la sociedad humana el equilibrio adecuado de instintos es de la mayor importancia y la psicología moderna considera importante los años primeros de la infancia en que se forma el carácter de un niño. Muchas actividades increíbles en la vida animal son instintivas como, por ejemplo, la migración de las aves" (Speck, 1966:185).

Speck G (comp) (1966) Diccionario científico ilustrado. New York: Editors Press Service.

Generalidades.- "Con el término instinto se comprenden distintas cosas, que se hace imprescindible discriminar: a) se entiende por instinto las fuerzas o pulsiones básicas, de carácter biológico, a las que en última instancia se deben todos los fenómenos y se reducen todas las causas; b) una acepción distinta denomina instintos a conductas o pautas de conducta características de una especie, que son innatas y no necesitan -por lo tanto- del aprendizaje, que se ponen de manifiesto muy precozmente y se desarrollan en su totalidad de manera adecuada al logro de un fin y que carecen de la cualidad de fácil modificación o plasticidad; c) una tercera acepción de instinto incluye la organización o estructura nerviosa o biológica, que sustenta o que posibilita la aparición de los distintos fenómenos biológicos y psicológicos. El concepto tradicional de instinto en psicología se atiene más a la formulación *b*, mientras que la revisión de la psicología tradicional se atiene a la interpretación o formulación de los instintos como fuerzas o pulsiones, que actúan como estímulos internos de carácter biológico, sobre los que se

asienta toda su vida psíquica. Ésta ha sido fuertemente enfatizada especialmente por Freud, y dio lugar a una de las corrientes de la psicología dinámica moderna. La tercera acepción es, para nosotros, a la que en la actualidad debe darse más gravitación. De esta manera el instinto no es una fuerza ni una conducta, sino la estructura orgánica que posibilita determinadas conductas, pero estas últimas no aparecen ni no se da la experiencia, de manera tal que la conducta y su objeto no están predeterminados biológicamente ni pueden ser considerados como instintos" (página 129).
Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

Definición.- Vocablo castellano con el que se traducen los términos: *Instinkt* y *Trieb*. Hace algún tiempo algunos autores prefirieron utilizar el galicismo "pulsión" para éste último. La razón atribuida se basaba en una diferencia que los modernos etólogos ya no suscribirían por la modificación que para ellos tuvo el concepto instinto; tal como por ejemplo nos plantea Vitus Droscher en su obra *La vida amorosa de los animales* donde afirma que: "Un instinto nunca y en ningún caso es algo rígido e inalterable. Quien esto afirma confunde el instinto con los reflejos"... "La característica decisiva del comportamiento instintivo es la siguiente: un dispositivo heredado interior (conexiones nerviosas y fuentes de hormonas) se pone en marcha por medio de un estímulo desencadenante exterior o incluso de modo espontáneo desde adentro. La reacción ante el estímulo no es una acción rápida, como en el reflejo, sino al principio un sentimiento naciente, un sentimiento de alegría si tengo que emprender algo, un sentimiento de opresión si tengo que evitar algo. Este sentimiento es entonces la fuerza instintiva que me obliga a llevar a cabo la acción instintiva. La recompensa por haber actuado es una satisfacción interior"... "En cada caso el comportamiento instintivo se anuncia mediante unos sentimientos. Los sentimientos lo acompañan y también lo dan por concluido". "Esto es válido desde luego para los animales superiores, los animales inferiores como los unicelulares, las esponjas y las medusas, cuyo comportamiento está determinado de modo automático por reacciones reflejas, es evidente que carecen de sentimientos. Para que el universo de los sentimientos pudiera ocupar un lugar en el alma de los animales, los mecanismos reflejos tuvieron que desarrollarse primero y convertirse en instintos. Los sentimientos se convirtieron así en el motor del comportamiento. Tampoco el hombre emprende algo si no se siente impulsado a ello, a no ser que se lo fuerce." "Las ideas tan falsas sobre la supuesta rigidez de los instintos que hoy en día se manifiestan entre los no especialistas quizá se deban a que Konrad Lorenz y su escuela, al principio, demostraron y popularizaron el fenómeno de los instintos sobre la base de ejemplos demasiado simples de la vida de los insectos, los peces y las aves. Por este motivo nadie ha pensado hasta ahora que los elementos del comportamiento humano inconmensurables y estratificados, que cambian repetidamente de modo individual y situacional, no están dirigidos siempre y en su totalidad por consideraciones de tipo racional, sino que también les afectan las oscilaciones de sentimientos contradictorios y de instintos que actúan de modo superior de inconciente." A ello y como comprobación del sentido que impera en su obra, podemos agregar que Freud utilizó el término *Instinkt* en relación a impulsos humanos, incluso sexuales, en:

1898 (Bd. 5,29) *La sexualidad en la etiología de las neurosis*

1905 (Bd. 9,56) *Notas de actualidad sobre la guerra y la muerte*

1915 (Bd. 3,154) *Lo inconciente*, capítulo 6

1918 (Bd. 8,230) *De la historia de una neurosis infantil*

1921 (Bd. 9,73) *Psicología de las masas y análisis del Yo*

1933 (Bd. 1,536/9) *Conferencia 32*

1939 (Bd. 9,577) *Moisés, el hombre y la religión monoteísta*

Y por otra parte utilizó el término "*Trieb*" con referencia biológica orgánica humana en:

1905 (Bd. 5,77) *Tres ensayos*

1907 (Bd. 5,163) *Para las aclaraciones sexuales de los niños*

1911 (Bd. 7,196) *Schreber*

1912 (Bd. 5,207) *Sobre la desvalorización general de la vida amorosa*

1915 (Bd. 3,108) *La represión*

1915 (Bd. 3,82/7) *Instintos y sus destinos*

1920 (Bd. 3,244/6/9/50) *Más allá del principio del placer*, capítulo 5

1924 (Bd. 3,347) *El problema económico del masoquismo*

1926 (Bd. XI, 291) *La pregunta del análisis profano*

1930 (Bd. 9,245) *Malestar en la cultura*

1933 (Bd. 9,282) *Por qué la guerra*

1933 (Bd. 1,511) *Conferencia 31*

1933 (Bd. 1,539) *Conferencia 32*

1937 (Bd. XI, 361/5) *Análisis terminable y ininterminable*

Las citas tanto en uno como en otro caso abarcan toda la obra freudiana y fueron extraídas del original alemán publicado en la *Studien Ausgabe del Fischer Verlag*. (Juan Carlos Weissmann)

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

INTELECTUALIZACIÓN

Definición.- Mecanismo defensivo descrito por Anna Freud en la adolescencia, consistente en una exageración de un mecanismo normal mediante el cual el yo intenta controlar las pulsiones asociándolas a ideas que puede manejar conscientemente. Intellectualizar es presentar los problemas en términos más generales y racionales, que personales y emocionales.

No debe confundirse con la racionalización: ésta última no implica una evitación sistemática de los afectos aunque los racionaliza justificándolos de alguna forma. La intelectualización, en cambio, evita lo afectivo dándole forma discursiva. Por ejemplo, el paciente que se interpreta a sí mismo para evitar la irrupción de lo inconsciente.

Celener G. y otros, Los mecanismos de defensa y las técnicas proyectivas, Publicación interna de la Cátedra de Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico Módulo II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 1996.

INTELIGENCIA

INTELIGENCIA

Definición.- Se han ofrecido muchas definiciones de este término, como "la capacidad para juzgar, entender y razonar adecuadamente" (A. Binet) y "la capacidad para el pensamiento abstracto" (L. M. Terman). En general, lo que miden las pruebas de inteligencia es la habilidad para tener éxito en tareas de tipo escolar.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Inteligencia cristalizada.- Término de R. B. Cattell para la capacidad mental (conocimiento, habilidades) adquirida mediante la experiencia y la educación.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Inteligencia experimental.- De acuerdo con Sternberg, la habilidad para enfrentar de manera efectiva las tareas nuevas.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Inteligencia fluida.- Término de R. B. Cattell para referirse a la capacidad mental inherente que se determina de manera genética, como se ve en la solución de problemas o las respuestas novedosas.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Percepción de la inteligencia.- Ahora que los psicólogos están abandonando el uso del CI (coeficiente intelectual) como único indicador de inteligencia, un análisis más completo de lo que la gente considera signos de inteligencia puede dar algunas pistas sobre otras formas de medición. Cuán inteligente se ve usted? Un estudio reciente indica que usted gana puntos si es atractivo, tiene una expresión amistosa y de seguridad en sí mismo, un hermoso peinado y un cuerpo bien proporcionado.

Por el contrario, pierde terreno si parece poco refinado, no se viste a la moda o lo hace informalmente, o si tiene una cara redonda y un cuerpo rechoncho. Nada de eso, sin embargo, muestra cuán inteligente es una persona, por lo menos de acuerdo con las formas tradicionales de medir la inteligencia, según el estudio. Pero incluso escuchar brevemente la forma en que una persona habla -al margen de lo que dice- puede dar a los extraños un mejor indicio del poder de su cerebro, afirma el profesor de psicología Peter Borkenau, de la Universidad de Bielefeld, Alemania.

Investigaciones.- Borkenau describió el resultado de sus investigaciones en la reunión anual de la Asociación Americana de Psicología. Aunque su trabajo fue realizado en Alemania, el científico cree que los resultados serían similares en otros lugares. Durante mucho tiempo los investigadores han desestimado la forma en que la gente percibe la inteligencia de otros, dijo D. Paulhus, de la Univ. de Columbia Británica, en Vancouver.

Pero ahora que los psicólogos están abandonando el uso del CI (coeficiente intelectual) como único indicador de inteligencia, un análisis más completo de lo que la gente considera signos de inteligencia puede dar algunas pistas sobre otras formas de medición, dijo el profesor. En el estudio de Borkenau, se pidió a 18 estudiantes universitarios que vieran cintas de video de 100 extraños, hombres y mujeres que, uno tras otro, entraron en un cuarto, leyeron un pronóstico del tiempo, y luego se pararon y salieron.

La escena duraba 90 segundos, y al término de cada una se pedía a los estudiantes que opinaran cuán inteligentes eran esas personas, o las juzgaran de acuerdo con 48 características que pueden usarse para medir la inteligencia. Los 12 estudiantes que juzgaron la inteligencia se dividieron por partes iguales entre los que escucharon y vieron a los extraños, y los que sólo vieron sin sonido.

División.- Ello indujo a Borkenau a separar las señales de aspecto o apariencia de las de sonido, y comparar los resultados con una medición convencional de inteligencia que se hizo a esas mismas personas. Los estudiantes que vieron las cintas silenciosas solo adivinaron al azar. Los estudios demostraron que 16 de las 18 características en las que aparentemente se basaron para juzgar la inteligencia no tenían realmente que ver con la inteligencia.

Las excepciones fueron el tener una expresión de seguridad en sí mismo o evitar caminar de manera tensa. Los estudiantes que pudieron escuchar a los extraños, sin embargo, catalogaron moderadamente bien la inteligencia oral, "considerablemente mejor que al azar", dijo Borkenau. Las características útiles incluyeron la facilidad con que se entendía a los extraños y el no tener una voz desagradable o leer en forma titubeante.

En una presentación separada, el psicólogo Robert Hogan, de la Universidad de Tulsa, Oklahoma, dijo que cree que la inteligencia "existe a ojos del que ve", y que se percibe de manera diferentes en distintos tipos de ocupaciones.

Su trabajo constató, por ejemplo, que los mecánicos de motores Diesel consideran inteligentes a sus colegas si pueden resolver problemas técnicos por sí mismos y ayudan a otros a hacerlo. Por otro lado, dijo, en los trabajos donde se manejan conceptos abstractos, como la psicología, "no hay que hacer nada, basta con hablar con sentido"

(La inteligencia se percibe. Por Malcolm Ritter. Diario La Nación, Buenos Aires, 24-8-93).

Definición.- "La capacidad para mostrar un comportamiento adaptativo orientado hacia objetivos. Implica las cualidades necesarias para aprovechar la experiencia, resolver problemas, razonar y afrontar con éxito desafíos y alcanzar objetivos".

Myers D., Psicología, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 3ra. edición, pág. 319.

Inteligencia y edad.- Para Weschler la inteligencia alcanza su máximo desarrollo hacia los 18 años, y luego se mantiene en meseta hasta los 30, para luego ir declinando. Este modelo de los años cincuenta se mantiene vigente dos décadas, hasta los trabajos de Horn y Catell, quienes plantearán dos tipos de inteligencia: una fluida y otra cristalizada. La primera tiene una base más biológica y es característica en los jóvenes, y la segunda es más cultural y más propia de los viejos. Esta última declina sólo antes de la muerte y es una inteligencia donde no se pierde la creatividad, como lo prueban la obra artística de muchos artistas que produjeron después de los 60.

Actualmente está siendo revisado el concepto y en vez de inteligencia se suele hablar de competencia, habilidades sociales, experiencia, y sabiduría, habida cuenta de la existencia de personas con alto coeficiente intelectual pero con grandes fracasos en sus vidas. Conjuntamente con las habilidades sociales, la experiencia y la sabiduría, a medida que pasan los años las personas parecen integrar mucho más lo concreto y lo abstracto, en especial cuando como consecuencia de la educación esas personas alcanzaban la inteligencia abstracta, en el sentido piagetiano. Variables contextuales como la educación son entonces también importantes en el desarrollo de la inteligencia. Conforme avanzan los años, por ejemplo la vejez es mucho más variable que la juventud: los jóvenes son más iguales entre sí que los viejos. Los viejos son más variables (por ejemplo en cuanto a inteligencia) debido a la incidencia de las variables contextuales culturales, con lo cual la declinación de la inteligencia no está marcada solamente por factores biológicos, como la reducción de la masa cerebral.

Muchnik Eva, Clases de Fisiopatología sobre Vejez. Buenos Aires, Universidad de Belgrano, 1991.

Inteligencia infantil.- Para probar teorías nuevas sobre cómo los niños desarrollan su inteligencia, los científicos emplean una simulación por computadora que trabaja para resolver un problema siguiendo las estrategias de un niño de 7 años.

En un reciente artículo, un grupo de investigadores sugiere que la construcción de una pirámide es una labor ideal para estudiar el desarrollo de la inteligencia en los niños porque ilustra como éstos cambian su comportamiento con relación a la solución de problemas conforme crecen y maduran. Los niños con más edad consiguen completar la construcción de la pirámide de manera más correcta, producen menos fallos y tardan menos tiempo que sus compañeros más jóvenes. La naturaleza de la tarea proporciona a los científicos muchas herramientas sobre cómo los niños la afrontan, ayudando a inferir las estrategias y la implicación de estructuras cognoscitivas durante la tarea.

Para demostrarlo, se ha diseñado un ciber-niño; una simulación por computadora dotada de un ojo y un apéndice manipulador no reales. Según Frank E. Ritter, de la Penn State University, los programas con los que está equipada representan el conocimiento con base en reglas y hechos, controlando así la mano y el ojo para que éstos construyan la pirámide a base de bloques o ladrillos. La estrategia que sigue la simulación es semejante a la que emplearía un niño de 7 años. El modelo, sin embargo, fue ideado originalmente para que construyese las pirámides siguiendo el nivel mostrado por un adulto. Entonces se modificaron los programas siguiendo las propuestas de las diversas teorías del desarrollo disponibles. Se pudo de esta forma ver qué teoría coincide mejor con el comportamiento de un niño real de 7 años.

El procesamiento de tareas lógicas de un niño de esta edad, efectivamente, mejorará en cuanto a selección de estrategias para la resolución de problemas a medida que crezca y se vuelva adulto, lo cual no está relacionado con el número de hechos que pueden ser recordados o procesados de manera simultánea.

El ciber-niño permite probar teorías de desarrollo de procesos complejos con facilidad. La mejor comprensión de estos procesos será importante para preparar nuevos y mejores planes educativos, y también servirá para que los padres "entiendan" mejor a sus hijos.

Generalidades.- Es incorrecto cosificar conceptos como 'inteligencia' o 'talento', es decir, creer que estos conceptos abstractos son cosas reales y concretas, como por ejemplo la estatura o el peso. En realidad la inteligencia es un concepto destinado a explicar por qué algunas personas rinden mejor que otras en tareas cognitivas. Para la mayoría de los psicólogos, la inteligencia es una capacidad de tener una conducta adaptativa y orientada hacia objetivos bien definidos.

La inteligencia es cultural o es independiente de la cultura?- Algunos psicólogos piensan que la conducta inteligente (por ejemplo la capacidad de adaptarse con éxito a exigencias escolares o laborales) tiene relación con la cultura (es entendible que la estatura no dependa de la cultura, pero sí la inteligencia). Por ejemplo, Gardner indica que un jugador de basquet puede ser considerado menos inteligente en una cultura escolar, y más inteligente en una tribu de cazadores. Otros afirman que no está culturalmente determinada, es decir, es una capacidad que permite resolver todo tipo de problemas, independientemente de las influencias culturales.

La inteligencia es una capacidad general o son varias cualidades específicas?- Los psicólogos coinciden en que la gente posee cualidades específicas, como por ejemplo aptitudes verbales o matemáticas, pero discuten la posibilidad de que un factor (g) de inteligencia general vincule esos diferentes aspectos (como ha planteado Ch. Spearman). El análisis factorial y el estudio de casos como el del síndrome del sabio, han identificado núcleos de aptitudes mentales.

El análisis factorial permite identificar ítems de un test que miden una cualidad común (por ej. vocabulario), y trata de averiguar si se correlaciona con alguna otra cualidad (por ej. lectura), todo lo cual ayuda a definir un factor de inteligencia verbal.

H. Gardner también sostiene que no hay una inteligencia, sino inteligencias múltiples. Viene a corroborar esta hipótesis, por ejemplo el síndrome del sabio, es decir, personas que obtienen baja puntuación en inteligencia pero tienen un rendimiento excepcional en una cualidad muy específica (música, memoria, etc.). Otros autores también han planteado varios tipos de inteligencia: académica, práctica y creadora (Sternberg y Wagner, 1986, 1987), académica y social (Cantor y Kihlstrom, 1987), etc.

La inteligencia es el procesamiento veloz de la información?- Hace poco los psicólogos relacionaron la inteligencia de las personas con sus cualidades básicas de procesamiento de la información. Algunos psicólogos están estudiando los componentes que conforman la habilidad para resolver problemas, y otros la velocidad con que el cerebro puede procesar la información. Parece existir en las personas muy inteligentes una tendencia a mostrar reacciones que presuponen una mente rápida.

Condensado de Myers David, Psicología. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 3ª edición. Capítulo 11: La inteligencia.

Enfoques para estudiar la inteligencia.- Cronback, en 1957, sugirió la existencia de dos enfoques de la inteligencia: el enfoque psicométrico y el enfoque experimental.

El enfoque psicométrico se interesa en las diferencias individuales de rendimiento entre las personas, sin mucho interés por las estructuras y procesos cognitivos internos subyacentes. El enfoque experimental se interesó, en cambio, por estos procesos básicos de la cognición y el aprendizaje.

Ultimamente se produjo un acercamiento entre ambos enfoques. Carroll, por ejemplo, en 1976, mostró cómo puede relacionarse el rendimiento de un individuo con sus procesos cognitivos internos.

a) Enfoque psicométrico.- Este enfoque hace una lista de los factores o capacidades mentales básicas (por ejemplo capacidad verbal, espacial, etcétera.) y, sin tratar de definirlos con palabras, se propone medir cada una de ellas. El enfoque supone que el ser humano está dotado de un conjunto de factores o rasgos, que hay diferencias individuales para cada factor y que estas diferencias se reflejan en la 'inteligencia general' de cada persona.

Galton (1869, 1883) fue uno de los pioneros de este enfoque cuando señaló que las diferencias en el rendimiento general son debidas a diferencias en muchos procesos básicos más pequeños.

Binet (1905) diseñó un test para diferenciar niños normales de niños deficientes mentales. Previamente observó qué eran capaces de hacer niños de diferentes edades, tomando dichos rendimientos como el promedio. Luego, aplicando el test, determinaba que si un niño de 8 años podía hacer las tareas de su edad, entonces era un niño promedio. Si no podía, tenía retraso, y si podía hacer tareas de un niño de 9 o 10 años, entonces estaba por encima del promedio.

El trabajo de Binet plantea la cuestión de si el rendimiento inteligente se debe a un único factor general o a muchos factores más específicos.

Spearman (1904, 1927) se propuso aclarar esta cuestión, llegando a la conclusión que la inteligencia suponía un factor general (factor "g") y muchos factores específicos menores (factores "s") que influyen en el rendimiento en cada test. Según esta teoría "de los dos factores", por ejemplo, un test de analogía verbal puede requerir el factor g y los factores s relacionados con esa capacidad, como por ejemplo vocabulario y fluidez verbal.

Thurstone (1938), posteriormente, propuso que, en vez de un único factor general g, existen siete capacidades mentales primarias (comprensión verbal, número, memoria, velocidad perceptual, espacio, fluidez verbal y razonamiento inductivo).

Finalmente Guilford (1959, 1967) propuso su teoría de la estructura del intelecto, sugiriendo que cualquier capacidad mental podía clasificarse en función de tres dimensiones: operación (con 5 posibilidades), producto (con 6 posibilidades) y contenido (con 4 posibilidades). De esta manera, caben 120 capacidades mentales, que resultan de multiplicar $5 \times 6 \times 4$.

En suma, el enfoque psicométrico evidenció que las personas difieren entre sí en su rendimiento intelectual, y que dichas diferencias pueden medirse en forma sistemática.

b) Enfoque experimental.- Mayer menciona tres nuevos enfoques experimentales: la teoría de los correlatos cognitivos, la teoría de los componentes cognitivos, y la comparación entre expertos y principiantes.

El enfoque de los correlatos cognitivos sostiene que las diferencias individuales observadas en los tests con respecto a determinadas capacidades pueden ser correlacionadas o comparadas con ciertas capacidades de procesamiento de la información. De esta forma, este enfoque puede responder a preguntas del tipo "¿Qué significa que una persona tenga alta puntuación en determinada capacidad, por ejemplo en la capacidad verbal?", respondiendo que esa persona procesa internamente la información de determinada manera.

Este enfoque supone que todos tenemos un sistema de procesamiento de información que incluye ciertas estructuras como almacenamiento sensorial, memoria a corto plazo, memoria operativa y memoria a largo plazo, y ciertos procesos como decodificación, retención o manipulación de la información. Hunt sugirió, por ejemplo, que algunos de estos procesos básicos pueden ser constitutivos de la capacidad verbal, hipótesis que investigó comparando la forma de procesar información en estudiantes de alto y bajo rendimiento verbal.

Pueden indicarse dos críticas a este enfoque: a) muchos experimentos no podían ser repetidos, y b) pone el acento en la velocidad de los procesos mentales básicos pero no atiende la forma en que el sujeto debe seleccionar qué procesos utilizar y cuáles no para procesar la información.

El enfoque de los componentes cognitivos supone que cualquier tarea en un test de inteligencia puede subdividirse en una lista de procesos cognitivos componentes, y que las diferencias individuales respecto de esa tarea se deben a la incidencia de algunos de dichos procesos.

Un ejemplo es la teoría de los componentes cognitivos de Sternberg (1977). Este autor investigó por caso la capacidad para ver analogías, determinando que un problema de analogías podía ser subdividido en varios pasos o componentes cognitivos: codificación, inferencia, graficado, aplicación y preparación-respuesta. Luego, examinando gran cantidad de sujetos, buscó averiguar cuanto tiempo empleaban las diferentes personas en cada paso, y vio que las personas con mayor capacidad para resolver problemas de analogía eran las que utilizaban más tiempo en los pasos codificación, graficado y aplicación.

Este análisis componencial permite describir la inteligencia no como aquello que miden los tests, sino como aquello que implica diferencias individuales en los procesos componentes.

Este enfoque fue criticado: a) porque usa tareas de analogía muy simples, lindantes con procesos meramente automáticos, y b) la teoría no acentúa el papel de la planificación y la toma de decisiones por parte de quienes resuelven los problemas (por ejemplo de analogía). Por ello, Sternberg introdujo la idea de los 'metacomponentes', o componentes que permiten precisamente la planificación y toma de decisiones.

El enfoque de la comparación entre expertos y principiantes compara como realizan determinadas tareas unos y otros tratando de averiguar qué poseen ambos, en términos de modos de procesar la información. Por ejemplo, se comprobó que la diferencia entre jugadores de ajedrez expertos y principiantes, no pasaba por diferencias de memoria o de habilidades cognitivas superiores, sino por la capacidad de ver configuraciones reconocibles de piezas de ajedrez como una unidad de sentido, es decir, en la manera de organizar la información.

Resumen de Mayer R (1986) Pensamiento, resolución de problemas y cognición. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 12:

Inteligencia: el pensamiento como capacidad mensurable. Dos últimos puntos.

Generalidades.- Estudios anteriores sobre la inteligencia indican la existencia de muchas y distintas facultades intelectuales, así como la presencia de ciertas áreas del cerebro que corresponden aproximadamente con otros tantos modos de cognición. Aún cuando no sea posible formular una teoría irrefutable de cuales son las inteligencias humanas, debe intentarse una mejor clasificación de las mismas de las que hasta ahora teníamos. Antes de plantear cuales serían estas competencias intelectuales, convendrá examinar antes a) cuáles son los prerrequisitos de una inteligencia, y b) cuáles son los criterios o "señales" de una inteligencia.

Prerrequisitos de una inteligencia.- Los prerrequisitos son una manera de asegurar que una inteligencia será útil e importante, al menos en determinados ambientes culturales. Estos prerrequisitos son a) habilidad para solucionar problemas, y b) habilidad para encontrar o crear nuevos problemas, necesario para adquirir nuevo conocimiento.

No se hace aquí referencia a habilidades muy específicas, como reconocer caras o separar palabras en sílabas, sino en habilidades social o culturalmente valoradas, como la musical, la verbal, la interpersonal, etc. La filosofía hizo estas diferencias, pero la tarea de la psicología es buscar un fundamento neurobiológico y psicológico para tal clasificación.

Criterios de una inteligencia.- Gardner presenta aquí los ocho signos de una inteligencia candidata a ser tal.

1) Las habilidades dependen de zonas cerebrales más o menos circunscriptas, como lo prueba la desaparición de esa habilidad cuando esa zona del cerebro es dañado.

2) La existencia de *idiots savants* (sabios idiotas) y otros sujetos excepcionales, autistas, etc., revela que se puede ser muy hábil en algunas cosas y muy torpe en otras, lo que evidencia la posibilidad de la existencia de múltiples inteligencias.

3) Existencia de una o más operaciones o mecanismos básicos de procesamiento de información que pueden manejar determinada clase de información (musical, kinestésica, etc), dependiente cada una de ciertos sectores medulares neurales separados entre sí.

4) Una inteligencia tiene un desarrollo ontogenético, y debe ser posible identificar niveles desiguales en el desarrollo, desde el novicio hasta el experto, y posibilidades de modificación y capacitación mediante la educación.

5) Una inteligencia específica es más verosímil si pueden rastrearse sus antecedentes filogenéticos, incluyendo capacidades compartidas con otras especies, como el canto. También debe atenderse a habilidades que pueden aparecer aisladas en distintas especies, pero que se unen en la especie humana (ej: algunos aspectos de la inteligencia musical están en diversas especies, pero se unen en el humano).

6) Experimentalmente, la psicología cognitiva puede estudiar cada inteligencia por separado y mostrar su relativa autonomía del resto.

7) Los hallazgos psicométricos avalarían inteligencias múltiples en la medida que prueban que muchas tareas complejas de una inteligencia requieren de varias habilidades, y, al revés, que varias inteligencias pueden concurrir para obtener resultados en una determinada habilidad (ciertas matrices se resuelven con las inteligencias lógica, espacial, etc.)

8) Los sistemas simbólicos (lenguaje, pintura, matemáticas, etc.) pueden haber evolucionado tan sólo en los casos en que existe una capacidad madura de computación para controlarse por medio de la cultura.

Delimitación del concepto de una inteligencia.- No debemos identificar una inteligencia con un área sensorial (por ejemplo no hay una inteligencia auditiva), ni con ciertas cualidades personales como sentido común o intuición. Es posible que las diversas habilidades inteligentes medulares puedan ser reguladas desde una función superior, como el sentido del yo, la capacidad ejecutiva o la habilidad sintetizadora, pero importa especialmente ver como se vinculan y balancean las diversas inteligencias específicas para cumplir tareas más complejas. Tampoco debemos evaluar la inteligencia en términos de si sirve a propósitos nobles o inicuos. Finalmente, resultará útil pensar las inteligencias como conjuntos de saber cómo (saber hacer algo), mas que como un saber qué (conocimiento proposicional).

Conclusión.- Es posible describir cada inteligencia específica en términos de de sus operaciones medulares, su desarrollo y su organización neurológica, pero teniendo presente que la palabra 'inteligencia' no designa ninguna entidad material, sino es una ficción útil para explicar la mente.

Resumen de Gardner H (1983) Estructuras de la mente: la teoría de las múltiples inteligencias. México: FCE. Capítulo 4.

Inteligencia matemática.- Como en todo terreno la inteligencia se manifiesta como comprensión_y como invención. Y en ambos aspectos, la matemática requiere la colaboración del pensamiento abstracto y del pensamiento concreto.

Dificultades de comprensión:

- Poco entrenamiento en el pensamiento abstracto.
- Poca familiaridad en el manejo de los símbolos.
- Falta de precisión en la definición de términos.
- Poca capacidad de síntesis.
- Dificultad de visualizar los problemas.
- En especial los espacios tridimensionales.

La invención tiene cinco aspectos:

- Según Poincaré, hay que "ver en el espacio" pues la intuición sensible es un arma poderosa.
- Percepción estructural (Gestalt-Theorie).
- Construcción de estructuras reales y tangibles para trabajar sobre ellas. Construyendo una superficie de metal, Klein halló la función de una "superficie de Reimann".
- La invención consiste, en esencia, en una "percepción de relaciones".
- Si los geómetras tienen intuición sensible de las formas, los analistas la tienen del número puro y de formas lógicas puras (Poincaré).

Condensado de Filosofía de la matemática. Artículo incluido en Cuvillier A (1981) *Precis de Philosophie*. Traducido por Pablo Cazau.

Inteligencia y erudición.- "Desde tiempo inmemorial, el hombre se viene preguntando qué es la inteligencia. En este siglo la profundización de los conocimientos científicos, tanto en el campo de la neurología como en el de la psicología, permitió desarrollar pruebas de laboratorio que, en cierto modo, miden, por así decir, los "kilos de materia gris" de que dispone un individuo. En múltiples ocasiones ello

sirvió para observar que personas con estudios superiores, que pasaban las pruebas con ratios elevados, en situaciones cotidianas no respondían "inteligentemente" a cada uno de los conflictos que debían enfrentar y, curiosamente, personas sin una gran educación lograban sortear verdaderos obstáculos cotidianos.

Aparece aquí uno de los mitos que hay que desterrar. Erudición no es inteligencia. La capacidad de una persona para almacenar en su cerebro miles de datos implica que posee una prodigiosa memoria. Pero la memoria no es inteligencia.

¿Qué es entonces, inteligencia? Es la capacidad de afrontar con éxito múltiples dificultades que la vida -tanto laboral como personal- presenta. Ante esta definición simplista uno podría preguntarse qué papel juega la educación formal en el desarrollo de la inteligencia. El papel de la educación es realmente importante en la medida en que esa educación deje de ser datista y hasta enciclopedista y pase a ser educación aplicada, en la cual el entrenamiento de las herramientas que se adquiera genere capacidad".

Fragmento de Pik, Victoria "Mitos que hay que desterrar", Buenos Aires, Diario La Nación, 04-02-96.

Inteligencia en esquizofrénicos.- Resumen: Introducción. La medición del conciente intelectual (CI) del paciente esquizofrénico resulta relevante para la intervención clínica con estos enfermos. Poder disponer de un instrumento de manejo sencillo como el test de inteligencia de Cattell permitiría realizar esta medición en la práctica clínica habitual. Método. En este estudio se presentan los hallazgos de la medición del nivel de CI en un grupo de 35 pacientes esquizofrénicos utilizando el test de Cattell antes y después del tratamiento con risperidona. Resultados. Al inicio del estudio se observó una inteligencia media de 78,3 puntos (desviación estándar [DE]: 14,3), que puede considerarse en el rango medio-bajo. Tras 1 año de tratamiento con risperidona se produjo una mejoría estadísticamente significativa del CI (media: 84,8; DE: 170; $p=0,028$). Esta elevación en el CI se correlacionó positivamente con la mejoría de la sintomatología psicótica medida mediante la PANSS. Conclusiones. El test de inteligencia de Cattell podría ser un instrumento válido para medir el rendimiento cognitivo de los pacientes esquizofrénicos. El tratamiento antipsicótico con risperidona podría ser efectivo para mejorar la función cognitiva en estos enfermos.

Lorenzo Chamorro García, M. V. de Felipe, M. M. Soler, D. Olivares, D. Huertas, Medición de la capacidad intelectual en pacientes esquizofrénicos. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2008 ENE;36(1).

Inteligencia emocional en esquizofrenia.- Antecedente. Los déficits en la percepción de la emoción han sido extensivamente documentados en la esquizofrenia y se asocian con un pobre funcionamiento psicosocial. Sin embargo, poco se sabe sobre otros aspectos del procesamiento de la emoción que son críticos para el funcionamiento adaptivo.

El presente estudio evaluó el rendimiento de los pacientes esquizofrénicos en función de una medida multidimensional, bien-validada y basada teóricamente de inteligencia emocional, la Prueba de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso (Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R., 2002. Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT): Manual del usuario. Multi-Health Systems, Inc., Toronto, Ontario).

Métodos. 50 pacientes esquizofrénicos ambulatorios y 39 controles no-psiquiátricos completaron el MSCEIT, una medida de rendimiento compuesta de sub-pruebas que evalúan cuatro componentes (ramas) de inteligencia emocional: Identificando, Utilizando, Entendiendo y Manejando las emociones. Entre los pacientes, se evaluaron las asociaciones entre las puntuaciones de MSCEIT y las medidas de los síntomas clínicos, así como el resultado funcional.

Resultados. El MSCEIT demostró buenas propiedades psicométricas en ambos grupos. Los pacientes esquizofrénicos tuvieron un rendimiento significativamente peor que los controles en la puntuación total de MSCEIT, y en tres de las cuatro sub-pruebas: Identificando, Entendiendo y Manejando las emociones. Entre los pacientes, las puntuaciones más bajas de MSCEIT correlacionaron significativamente con altos síntomas negativos y de desorganización, así como con un desempeño comunitario peor.

Conclusiones. El MSCEIT es una herramienta útil para la investigación del procesamiento de la emoción en la esquizofrenia. Los individuos con esquizofrenia demuestran déficits a través de múltiples dominios del procesamiento de la emoción. Estos déficits tienen vínculos significativos con síntomas clínicos de la esquizofrenia y en cómo los pacientes funcionan en sus vidas cotidianas. Se requiere de investigación adicional para comprender los vínculos entre la inteligencia emocional, los síntomas clínicos y el resultado funcional en la esquizofrenia.

Kimmy S. Kee; William P. Horan; Peter Salovey... (et.al) Inteligencia emocional en la esquizofrenia. SCHIZOPHR RES. 2009 ENE; 107 (1):61-68.

INTELIGENCIAS MÚLTIPLES

Antecedentes históricos.- Para Franz Gall (siglo 18), existía una relación entre la configuración craneal y la inteligencia, y recalcó que diferentes partes del cerebro tienen funciones diferentes, doctrina se llamó 'frenología'. Algunos experimentos mostraron, sin embargo, que extirpando distintas partes del cerebro animal, no se veían resultados que apoyasen la teoría de Gall, pero luego Broca mostró que ciertas

partes del cerebro estaban relacionadas con ciertas funciones (como por ejemplo el lenguaje). Los esfuerzos por relacionar áreas cerebrales con funciones cognitivas particulares siguieron durante todo el siglo 19.

Psicología propiamente dicha.- En el siglo 19 comenzaron a estudiarse las leyes de las facultades 'horizontales' como la memoria, la percepción, la atención, el aprendizaje, y se consideró que ellas operaban a través de diversos contenidos (música, matemáticas, etc.) y en forma independiente de la modalidad sensorial (visual, auditiva, etc.). Galton buscó estudiar las diferencias individuales, y elaboró métodos estadísticos para clasificar a los seres humanos según sus poderes físico e intelectual, correlacionando también estos últimos entre sí. Ello le permitió verificar una relación entre herencia y logro profesional. El mismo autor destacó como cualidad intelectual refinada la agudeza sensorial, pero nuevos autores destacaron que debían considerarse otras cualidades como el lenguaje y la abstracción, como sostuvo Binet. Junto a Simon, Binet diseñó las primeras pruebas de inteligencia para distinguir niños retardados de normales. Surgieron luego quienes decían que el CI (cociente intelectual) se hereda, y quienes no, así como quienes sostenían que no había una sola inteligencia sino varias capacidades relativamente independientes, como Thurstone, que nombre 7 factores primarios.

Piaget.- Hacia 1920, trabajando con Simon, Piaget se interesó por saber como era la forma de pensar de un niño cuando cometía errores en las pruebas de inteligencia, tema que no había preocupado a los creadores de las pruebas como Binet o Simon. Estos tampoco se interesaron por valorar la habilidad de asimilar nueva información o resolver nuevos problemas, o sea se interesaron más por el conocimiento 'cristalizado' que por el 'fluido'. Incluso alguien sin lóbulos frontales puede tener un alto CI pero no las habilidades mencionadas. Por tanto, estas pruebas de inteligencia no dan información sobre lo que Vygotsky llamó la zona de desarrollo potencial o proximal. Piaget destacó que el ser humano construye un sentido del mundo, hace hipótesis en forma continua y produce conocimiento, desarrollando su inteligencia desde las acciones sensomotrices e interiorizadas hasta las operaciones mentales, desplegando diversos sistemas simbólicos y culminando en las operaciones formales. La posición de Piaget tiene fortalezas y debilidades. Del lado positivo, destacó que las diversas actividades intelectuales del niño dependen de ciertas estructuras mentales que van construyéndose poco a poco. Saber no es memorizar sino construir, razonar, pensar. Del lado negativo, Piaget hizo una teoría del desarrollo aplicable sólo a niños occidentales o a ciertas actividades, relegando las habilidades de un artista, un abogado, un atleta o un político. Destacó además la inteligencia verbal pero no se ocupó mayormente de lo no verbal. Propuso también que las facultades 'horizontales' podían aplicarse a cualquier tipo de contenido, lo cual es cuestionable. Gardner se refiere al concepto piagetiano de 'decalage' que permite a la misma operación aparecer en tiempos distintos y aplicarse a diferentes materiales.

El enfoque al procesamiento de la información.- Este enfoque utiliza los métodos experimentales utilizados en el siglo pasado para estudiar tareas estudiadas por Piaget y otros psicólogos cognoscitivos. Por ejemplo, intenta estudiar los pasos mentales que se siguen para resolver un problema, pero con mayor detalle a lo realizado por Piaget: se trata de descubrir la 'microestructura' de los procesos mentales, y en este sentido constituye un progreso importante. Una objeción seria es que no han llegado a ninguna conclusión respecto a si existe o no un procesador central, si hay o no habilidades generales para resolver problemas, o qué elementos cambian con el desarrollo.

El enfoque de los 'sistemas simbólicos'.- Los enfoques del CI, el piagetiano y el del procesamiento de la información se han centrado en habilidades lógicas o lingüísticas, han ignorado la biología y el problema de la creatividad y la diversidad cultural. Gardner propone destacar las capacidades simbólicas del ser humano en la comprensión de la inteligencia. Por ejemplo Feldman señaló de ciertos logros, como los lógico matemáticos, son universales, pero otros están solo en determinadas culturas (leer puede ser algo no valorado en ciertas culturas, por ejemplo). También están los dominios simbólicos singulares, propios de uno o de muy pocos individuos, lo cual llevó a estudiar a Feldman al niño prodigio, donde habría una notable coincidencia de varios factores, como una inclinación inicial, presión familiar, buena educación, etc. Piaget no explica por ejemplo como puede alguien ser precoz en un área y en otra no, como puede verse en los prodigios. Hay muchos sistemas simbólicos posibles, y de esta diversidad no dan cuenta las teorías anteriores. También estas teorías han dejado de lado la relación del intelecto con el sistema nervioso en cuanto a como está organizado, como se desarrolla y por qué falla.

Resumen de Gardner H (1983) Estructuras de la mente: la teoría de las múltiples inteligencias. México: FCE. Capítulo 2.

Crítica.- En su forma más enérgica, la teoría de la inteligencia múltiple plantea un conjunto pequeño de potenciales intelectuales humanos (unos 7) que todos los individuos pueden tener, aunque debido a la herencia, al adiestramiento prematuro o una interacción entre ambos, algunos desarrollan más ciertas inteligencias que otras. Cada inteligencia tiene su propia capacidad de procesar información (por ejemplo, componentes modulares de la inteligencia verbal son el procesamiento fonológico y gramatical, y de la musical, el procesamiento tonal y rítmico). Así, cuando se presenta cierto tipo de información, se activan ciertos mecanismos en el SN para realizar operaciones específicas sobre ella.

Teorías relacionadas.- La idea de las inteligencias múltiples viene ya desde los griegos, cuando hablaron de 'facultades' o facetas de la mente. Luego, este enfoque quedó relegado, por ejemplo por aquellos

enfoques asociacionistas que intentaban explicar todo desde unos principios únicos o leyes psicológicas básicas a las que se someterían todos los aspectos como la percepción, la memoria o el aprendizaje. Este intento unificador tuvo poco éxito, aunque la psicología cognitiva tomó algunas ideas, como cuando hablaron de habilidades generales para resolver problemas, etc.

Hoy en día se ha cuestionado este enfoque de mecanismos generales de amplio propósito. Allport, por ejemplo, ha propuesto la mente como varios sistemas independientes que operan en paralelo, no en serie, dependientes cada uno de neuronas especializadas.

Por su parte Jerry Fodor, inspirado en Chomsky y otros autores, propuso su teoría de la modularidad de la mente según la cual los procesos mentales se consideran mejor como módulos independientes o encapsulados, cada cual funcionando según sus propias reglas. Concretamente, rechaza módulos horizontales (percepción, memoria, etc) pero acepta los verticales (lenguaje, procesamiento visual, musical, etc.). Sin embargo, Fodor admite la existencia de una mente central no encapsulada que permite comparar las diversas entradas y construir una hipótesis mejor acerca de qué es el mundo.

Gardner sostiene que es aún prematuro postular una capacidad supramodular que ordene o combine los diferentes módulos, aunque sí puede hablarse de módulos más generales y módulos más pequeños y circunscriptos. Que se estudien los maximódulos o los minimódulos dependerá de cada objetivo del investigador. Estudiar módulos grandes resulta útil en educación. En este sentido, cada módulo (cada inteligencia, cada habilidad cognoscitiva, cada competencia intelectual, etc.) es algo que puede desarrollarse si hay suficiente estimulación para ello.

Construcciones psicológicas no referidas.- La teoría de las IM (inteligencias múltiples) no intenta explicar otras áreas de la mente como el temperamento, la personalidad el carácter o los sentimientos. Esto no significa que se aislen estos aspectos, por cuanto se sostiene que en cualquier aspecto o actividad (carácter, sentimientos) siempre está presente la cognición. Además, se pueden establecer relaciones: por ejemplo, la inteligencia interpersonal con el desarrollo socioafectivo, la inteligencia intrapersonal con el desarrollo del carácter o la personalidad, etc. Tampoco se excluyen conceptos como los de motivación y atención, sin los cuales no podrían desenvolverse las diferentes inteligencias.

Operaciones cognoscitivas 'de nivel superior'.- Hay ciertas capacidades cognoscitivas que parecen ser de nivel superior, pero que parecen inexplicables dentro de los términos de las inteligencias individuales, por lo que requerirían ser investigadas más en detalle. Ellas son el sentido común, la originalidad, la capacidad metafórica, la sabiduría y el sentido del yo.

El *sentido común* es la habilidad para encarar problemas en forma intuitiva, rápida y tal vez inesperadamente exacta. El término suele aplicarse a ciertas habilidades como las interpersonales o las mecánicas, pero no a otras como el sentido musical. El término se puede aplicar también a quienes parecen capaces de planear con anticipación, explotar oportunidades, guiar sus destinos y los ajenos de forma prudente, no contaminados por ideologías o teorías complejas, todo lo cual estaría relacionado con la inteligencia intrapersonal y con la esfera de la voluntad.

La *originalidad* es la habilidad de diseñar un producto poco familiar y sin embargo valioso, sea una historia innovadora, una danza, la solución de un conflicto personal o una paradoja matemática. La originalidad parece aplicarse a ciertos ámbitos, no en todos (salvo excepciones, como Leonardo), y parece depender de ciertas condiciones que se instalan ya desde la infancia.

La *capacidad metafórica* es la habilidad para hacer metáforas, percibir analogías y para cruzar diversos dominios intelectuales en el proceso de establecer tales conexiones iluminadoras. Es, entonces, una 'inteligencia' que integra diversas inteligencias, y es este tipo de habilidad lo que llevó a Fodor a hablar de un procesador central. Sin embargo, percibir patrones en diversos dominios podría ser una habilidad lógico matemática.

Parece haber tres formas de capacidad metafórica en niños normales: capacidad para percibir analogías sensoriales (ejemplo: auditivo y visual); luego, en la edad preescolar, capacidad para comparar símbolos (palabras, movimientos, etc.) y sentir placer en ello; y finalmente en la edad escolar retoma su habilidad metafórica pero luego de un periodo donde su preocupación no es establecer analogías sino dominar cada ámbito por separado. Todas estas formas de metaforizar son universales y están un tanto separadas del desarrollo de inteligencias específicas.

La sabiduría una habilidad mucho más amplia, también llamada poder sintetizador general, es aquello que uno llega a esperar en individuos mayores que han tenido una amplia gama de experiencias críticas en su vida más temprana y que ahora pueden aplicarlas en forma apropiada y juiciosa, en las circunstancias apropiadas. El término se aplicaría a personas que tienen considerable sentido común y originalidad en uno o más dominios, junto a una capacidad madura de metaforizar.

Todas las operaciones de 'nivel superior' descriptas pueden explicarse algunas por un tipo especial de inteligencia, aunque otras veces se ven mejor como una combinación de un rasgo de personalidad y una habilidad, o también, como la sabiduría, como una amalgama de distintas capacidades intelectuales.

En cuanto al *sentido del yo*, sus raíces se encuentran en la exploración por parte del individuo de sus propios sentimientos y experiencias en los términos de planes interpretativos y los sistemas simbólicos que provee la cultura: algunas culturas exaltan el yo y otras no tanto, sino la atención de las necesidades de los otros.

Frente a esto, el sentido del yo puede entenderse de varias formas: como un dominio aparte de la inteligencia, como un procesador central del que dependen otros dominios, o, como opina Gardner, como una capacidad emergente, como una nueva inteligencia que regula la propia existencia del sujeto.

Desconfirmación de la teoría.- La teoría de las IM podría ser rebatida si se encuentra que alguna inteligencia no cumple con los requisitos de tal. También es posible que estudios neuropsicológicos y transculturales obliguen a pensar que la inteligencia no es lo que propone la teoría de las IM.

En *conclusión*, las inteligencias no pueden considerarse sólo como un grupo de capacidades de cómputo puro: incluye toda otra serie de capacidades, que algunos podrían considerar "tontas" de acuerdo a cada cultura. Solo se pueden aplicar las inteligencias en el contexto de un mundo de significados, que permiten al individuo convertirse en un miembro funcional y que usa los símbolos de su comunidad.

Resumen de Gardner H (1983) Estructuras de la mente: la teoría de las múltiples inteligencias. México: FCE. Capítulo 11.

INTERACCIONISMO SIMBÓLICO

Definición.- Escuela de pensamiento psicológico-social basada en que la condición humana deriva del efecto que ejercen unas personas sobre otras. Según esta escuela, los seres humanos son agentes activos que, en el curso de la interacción social, plasman en forma directa, consciente y deliberada su historia personal y la del mundo que los rodea. Destaca el papel que cumplen el lenguaje y los gestos y ademanes en la formación de la mente, el sí-mismo y la sociedad".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 621.

INTERÉS

Definición.- El concepto de interés tiene diferentes sentidos en las diversas teorías psicológicas. Por ejemplo para Piaget, interés es algo diferente a voluntad y evolutivamente anterior a ella, mientras que para el psicoanálisis, interés está más vinculado con el egoísmo (interés del yo), en oposición al altruismo o "interés" por el otro (libido objetal). Más allá de estas acepciones, interés en general podemos definirlo como el comportamiento motivado por una meta apetecible. Si para un niño saber más no es una meta apetecible, no tendrá interés en estudiar.

Cazau P (2003), Vocabulario de Psicología. Redpsicología.

Interés social.- Según Alfred Adler, el interés social se refiere al impulso en la naturaleza humana para adaptarse a las condiciones del ambiente social. Se expresa de manera subjetiva en la conciencia de un individuo de tener algo en común con otras personas y ser uno de ellos. Se expresa en forma objetiva en la cooperación con los demás hacia el mejoramiento de la sociedad humana. Esta característica social innata debe ser cuidada y cultivada en la infancia si los niños han de lograr un cumplimiento adecuado de las complejas demandas de la sociedad y han de trabajar hacia su perfección.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 101.

INTERIORIDAD

En la esquizofrenia.- Resumen: "En la presente comunicación nos centramos en los pacientes esquizofrénicos para tratar de discernir si existe o no en ellos producciones subjetivas. Para tal fin, contamos con una serie de pacientes ingresados en nuestro hospital con este diagnóstico (material) y utilizamos como método la observación clínica, registrando de modo fiel cualquiera de sus expresiones, al tiempo que se comprueba la referencia de las mismas a una "interioridad" o "espacio interno" escenario de vivencias. El resultado consiste en que estos pacientes presentan un "colapso subjetivo" (como ya analizamos en otras ocasiones), proviniendo todos los fenómenos psicopatológicos que muestran del espacio exterior. Ello implica la ausencia de "mundo interno" o de un espacio representativo, desde el que organizar su vida psíquica. Esta última parece determinada por sucesos que vienen desde el afuera, en donde se hallan prisioneros. Con tales premisas no es de extrañar que el esquizofrénico se mueva en el espacio físico, geométrico, desde el que intervienen máquinas o artefactos diversos que le influyen a distancia o de voces alucinadas, que provienen de alguien ajeno a él. Tener en cuenta estos datos es muy importante pues puede ser de utilidad no solo en el establecimiento de la relación médico-enfermo con ellos, sino también en una aproximación psicoterapéutica, tanto individual como grupal".

José Manuel García Arroyo J, ¿Posee "interioridad" el paciente esquizofrénico? Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla. INTERPSIQUIS, 2007.

INTERNACIÓN

Aspectos legales.- La ley argentina establece que la internación y la externación deben siempre resultar necesarias y adecuadas para el paciente. De lo contrario además de ser perjudicial para este, se estará

privando ilegítimamente a alguien de su libertad. La internación sólo se admite si no resulta beneficiosa otra medida menos restrictiva como el hospital de día, el acompañamiento terapéutico, la atención domiciliaria o el consultorio externo. En Argentina, la Ley 22.914 prevé cuatro tipos de internación: por orden judicial, a pedido del interesado (internación voluntaria) o su representante legal, por disposición de la autoridad policial, y en casos de urgencia a pedido de ciertas personas habilitadas para ello (Travacio, 1996:117).

Travacio M (1996) Manual de psicología forense. Buenos Aires: Oficina de publicaciones del CBC, Universidad de Buenos Aires.

INTERNALIZACIÓN

Definición.- "Proceso mediante el cual un individuo incorpora en su personalidad los patrones de conducta prevalecientes en la sociedad".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 621.

INTEROCEPCIÓN

Interocepción, depresión y ansiedad.- Antecedentes: Se asume que en la depresión la retroalimentación corporal puede estar alterada. Sin embargo siguen siendo escasos los estudios empíricos que investigan esta supuesta relación. Este estudio tuvo como objetivo examinar las interrelaciones entre la capacidad de percibir con precisión los latidos del corazón (conciencia interoceptiva), los síntomas depresivos y la ansiedad en participantes sanos.

Métodos: A 119 participantes se les administró una tarea validada de percepción de los latidos del corazón, para medir la conciencia interoceptiva junto con dos cuestionarios para la indexación de la ansiedad y la depresión.

Resultados: Como resultados principales observamos una correlación negativa entre la percepción de los latidos del corazón y la depresión. Únicamente cuando se enfocaba a niveles altos de ansiedad, este coeficiente de correlación negativa entre la depresión y la interocepción permaneció siendo significativo.

Conclusiones: Nuestros resultados ponen de manifiesto la posible relación entre los síntomas depresivos y la conciencia interoceptiva y pueden tener otras implicaciones para los modelos teóricos de los trastornos de ansiedad y su tratamiento. Es necesario más investigaciones para examinar las posibles consecuencias potenciales de la alteración de la conciencia interoceptiva en sujetos sanos en relación a la depresión y la ansiedad.

Olga Pollatos; Eva Traut-Mattausch; Rainer Schandry. Efectos diferenciales de la ansiedad y depresión sobre la precisión interoceptiva. DEPRESSION AND ANXIETY. 2009 FEB; 26(2):167-173.

INTERPRETACIÓN

Generalidades.- "El método de desciframiento interpretativo -alejado de la observación fenomenológica y del conductismo empirista- abarca desde el análisis clínico en el marco del dispositivo analítico, hasta la lectura de las producciones culturales o artísticas con el método que Freud nos legó" (Milmaniene, 1991:90).

Milmaniene José M (1991), *Arte y psicoanálisis, Escribiendo el nombre del padre*, Buenos Aires, Kargieman.

Interpretación en psicoanálisis.- El término 'interpretación' no tiene un significado unívoco, aún dentro del psicoanálisis. En efecto, se lo puede entender en el sentido clásico como un develamiento del sentido latente del material ofrecido por el paciente, o también en un sentido más amplio, como cualquier acto por el cual cualquier persona, incluyendo al propio paciente, asigna un sentido a sus manifestaciones verbales. Laplanche y Pontalis (1981:203) llegan a decir que incluso la llamada elaboración secundaria es de algún modo interpretación, en la medida en que otorga cierta coherencia a los elementos producidos en el sueño.

Se llama interpretación al "método de deducir lo que el paciente realmente tiene en su ánimo y comunicárselo" (Fenichel:39). Indica Fenichel que "dado que el hecho de interpretar significa ayudar a que algo inconciente se haga conciente, señalándolo en el momento en que pugna por abrirse camino, las interpretaciones eficaces solo pueden hacerse en un punto específico, es decir, aquel sobre el cual se centra momentáneamente el interés del sujeto. La posibilidad de experimentar los impulsos instintivos infantiles verdaderamente 'chocantes' es tan lejana que, desde luego, la interpretación no se refiere en un principio a ellos, sino mas bien a sus derivados. Las actitudes defensivas son más accesibles a la capacidad de comprensión del paciente, y en consecuencia son las que se interpretan primero" (Fenichel, 1966:39).

Todas estas caracterizaciones de la interpretación en sentido psicoanalítico tienen un denominador común: la interpretación es una operación analítica que consiste en tornar conciente lo inconciente del paciente. La interpretación está al servicio no solamente de una investigación psicoanalítica, sino

también, desde un punto de vista práctico, al servicio de la cura, porque cuanto se considera que una condición necesaria para esta última es la toma de conciencia de lo inconciente.

Señala Freud que, partiendo de la base de que el sueño no es un fenómeno somático sino psíquico, y que el soñante tiene un saber sobre sus sueños que no lo sabe conscientemente, "se trata únicamente de posibilitarle que descubra su saber y nos lo comunique" (Freud, 1915:95).

Frente a esta afirmación de Freud, surge el interrogante: la interpretación es algo que comunica el paciente, como sugiere Freud en el párrafo indicado, o una comunicación del analista, como destaca Fenichel? Podría responderse a esta pregunta: a veces el paciente no interpreta su propio sueño, y el analista hace una interpretación del mismo (juzgando luego si es correcta o no). Otras veces, el mismo paciente interpreta su producción, en cuyo caso el analista podrá legitimarla como tal, o bien juzgarla como otro tipo de juicio, como por ejemplo una intelectualización. En cualquier caso, la interpretación que ofrece el analista no es una pura invención, porque no es más que una construcción acerca de lo que el paciente no sabe que sabe.

Si bien la interpretación de lo sueños es dentro del psicoanálisis el modelo de interpretación, esta puede aplicarse a cualquier otro contenido o formación del inconciente, tales como por ejemplo los actos fallidos (como lo indica Freud en las Conferencias 2, 3 y 4), los síntomas y los actos sintomáticos (Conferencias 16 y 17) y las manifestaciones transferenciales hacia el analista (Conferencia 27). También se interpretan los chistes e incluso las producciones artísticas, como lo mostró Freud al analizar la producción de Miguel Angel y Leonardo da Vinci, entre otros artistas.

Fenichel O.,(1966) "Teoría psicoanalítica de las neurosis", Paidós, Buenos Aires.

Freud S., (1915), "Conferencias de introducción al psicoanálisis", Conferencia 6: Premisas y técnicas de la interpretación, en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, Vol 15, 1996.

Laplanche J. y Pontalis J., (1981) "Diccionario de psicoanálisis", Labor, Barcelona.

Jung.- Jung plantea que la interpretación, onírica o de otros contenidos, se realiza en dos planos: el del objeto (método reductivo, causal o analítico), y el del sujeto (método sintético o constructivo, o interpretación junguiana propiamente dicha). El primero –utilizado por Freud o Adler- es para Jung insuficiente porque explora el pasado, no agotando todas las posibilidades de los símbolos, que también encierran sentidos en cuanto al futuro.

El método reductivo vincula al sujeto con objetos: madre, padre, etc. Por ejemplo, soñar que uno está en un coche manejado por una mujer se interpretaría aquí como dependencia de una figura materna.

El método constructivo se utilizará en etapas más avanzadas de la individuación, donde el sujeto alcanzó más autonomía. Implica vincular al sujeto con figuras arquetípicas del inconciente colectivo, y, por ejemplo, el sueño anterior podría quedar interpretado en términos de que la mujer que conduce el coche es su ánima, y que sin la ayuda de este aspecto femenino relegado o rechazado conscientemente, su existencia se verá amenazada.

Ostrov León, Clases año 1978, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Laplanche y Pontalis.- "A) Deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconciente. B) En la cura, comunicación hecha al sujeto con miras a hacerle accesible este sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura".

Laplanche J y Pontalis J, "Diccionario de psicoanálisis", Labor, Barcelona, 1981, pág. 201.

Aulagnier.- "Toda interpretación apunta a una modificación en el hic et nunc del proceso (superación de una resistencia, revelación de un fantasma, asunción por el yo de un nuevo enunciado identificatorio), pero también apunta a la realización de la meta final que el proceso analítico se propone" (pág. 331).

Aulagnier se refiere a dos tiempos de la interpretación: "Postulemos que la interpretación se enuncie en un momento que permita al analizando oírla, comprenderla y aportarle una respuesta ajustada a nuestra espera. La acción de la interpretación va a manifestarse por la respuesta inmediata, o muy próxima, que lo que el sujeto escuchó puede suscitar, y por una 'segunda respuesta' que sólo aparecerá a posteriori y que dependerá de la inevitable metabolización que deberá hacer el yo de lo que ha oído para poder apropiárselo. Esta segunda respuesta supone lo que podríamos llamar 'singularización' del sentido al que escoltamos, respuesta diferida cuyo resultado se exteriorizará en una reorganización de los enunciados identificatorios por los que el yo se define como yo pasado, yo actual, y como enunciadore de un anhelo relativo a su yo futuro" (pág. 333).

Aulagnier P., "El trabajo de la interpretación. La función del placer en el trabajo analítico", artículo escrito en 1976, incluido en un texto desconocido.

Fenichel.- Se llama interpretación al "método de deducir lo que el paciente realmente tiene en su ánimo y comunicárselo. Dado que el hecho de interpretar significa ayudar a que algo inconciente se haga consciente, señalándolo en el momento en que pugna por abrirse camino, las interpretaciones eficaces solo pueden hacerse en un punto específico, es decir, aquel sobre el cual se centra momentáneamente el

interés del sujeto. La posibilidad de experimentar los impulsos instintivos infantiles verdaderamente 'chocantes' es tan lejana que, desde luego, la interpretación no se refiere en un principio a ellos, sino mas bien a sus derivados. Las actitudes defensivas son más accesibles a la capacidad de comprensión del paciente, y en consecuencia son las que se interpretan primero".
Fenichel O., "Teoría psicoanalítica de las neurosis", Paidós, Buenos Aires, 1966, pág. 39.

Horstein.- "Las interpretaciones y las construcciones le permiten al analizando apropiarse y reconstruir el sentido de un fragmento de la historia de su pasado libidinal con el fin de ponerlo al servicio de la singularidad de su proyecto identificador actual [...] Sólo la inclusión de la dimensión afectiva evita que la interpretación analítica se convierta en un sistema interpretativo estereotipado tan universal como ineficaz [...] La interpretación, al operar un desplazamiento en cuanto a la causalidad, reorganiza el campo de la significación; su meta es que el analizando logre conjugar de otra manera los verbos ser (registro identificador) y tener (registro objetual). [...] La interpretación pretende modificar la relación existente entre el yo y el espacio psíquico ajeno a su jurisdicción".
Horstein L., "Cuerpo, historia e interpretación", págs. 84-85.

Etchegoyen.- El psicoanálisis define la interpretación como "hacer conciente lo inconciente ...[y]... lo que el analista procura descubrir en el inconciente es un conflicto o un deseo" (Etchegoyen, 1999:14). Etchegoyen distingue cinco tipos de interpretación (Etchegoyen, 1999:53-64): a) La interpretación transferencial: se refiere a los conflictos que surgen entre el analizado y el analista en el marco de la relación terapéutica; b) La interpretación del conflicto actual: concierne a los conflictos que tiene el analizado a diario con las personas de su ambiente; c) La interpretación histórica: es aquella que toma en cuenta el conflicto temprano y el conflicto infantil, pero también a la vida desde el periodo de latencia en adelante. Tiene siempre un componente genético; d) La interpretación completa: es aquella que abarca en pasos sucesivos el conflicto transferencial y no transferencial, sea éste actual, infantil o temprano. La sesión es extremadamente móvil y nos lleva de un conflicto a otro, y todas estas circunstancias convergen en una situación total, que se aborda mediante una interpretación completa; e) La interpretación mutativa: se cumple en dos tiempos. En una primera fase el analizado toma conciencia del derivado de una pulsión, y en una segunda fase, contrasta el objeto real (el analista en su setting) con el objeto arcaico. Si el analizado se da cuenta de la diferencia, sobreviene un cambio mutante.
Etchegoyen R, (1999) "Un ensayo sobre la interpretación psicoanalítica", Editorial Polemos, Buenos Aires.

Criterios.- Cuando a partir de un material hacemos una interpretación nos manejamos con indicadores que puedan llevarnos lejos de la respuesta original. Nuestras conclusiones pueden ser profundas pero pueden no tener nada que ver con el paciente. Para diferenciar comprensión del fantaseo necesitamos criterios que nos permitan juzgar si la interpretación es adecuada:

1) *Debe haber suficiente evidencia para la interpretación.-* Es difícil justificar una elaborada interpretación a partir de una respuesta, por lo tanto se construirá a partir de evidencias múltiples. El análisis debe hacerse tomando en cuenta sobre todo recurrencias y convergencias y teniendo presente que los símbolos universales tienen un también un significado personal. Solo habrá evidencia suficiente cuando por lo menos varias líneas de inferencia convergen hacia la misma interpretación.

2) *La profundidad de la interpretación debe ser apropiada al material disponible.-* Las interpretaciones profundas son las que hace referencia a los impulsos primitivos, por lo general reprimidos y estos impulsos no siempre están visibles en el material.

3) *Siempre que sea posible deberá especificarse la forma manifiesta de las tendencias interpretadas.-* Muchas veces resulta fácil inferir la presencia de un impulso, pero no tan sencillo prever cual de las múltiples formas de expresión asumirá ese impulso en la conducta manifiesta. Si bien no podemos predecir con seguridad absoluta una conducta específica, podemos señalar una gama de conductas posibles, indicando la influencia de factores ambientales. Por ejemplo, podemos detectar una tendencia homosexual, pero si no hay algo manifiesto, no podremos hacer predicciones sobre comportamiento homosexual.

4) *Debe estimarse la intensidad de las tendencias interpretadas.-* Dado que muchas tendencias son comunes, se hace necesario aclarar la intensidad con que se presentan en cada caso en especial.

5) *Debe asignarse a la tendencia interpretada una posición jerárquica dentro del cuadro de la personalidad total.-* Enfatiza la necesidad de integrar los diferentes elementos dándoles una estructura coherente, por la cual se pueden relacionar las diferentes tendencias encontradas. Requiere indicar la relación entre tendencia, impulsos y defensas, etc. Esta integración no se logra uniendo frases, requieren una gran experiencia y sensibilidad, así como una fundamentación en la teoría. No hay que perder de vista al paciente, si bien la integración sin una teoría es deficiente, tampoco hay que integrar forzosamente en función de la teoría.

6) *Deben especificarse tanto los aspectos adaptativos como los patológicos de las tendencias interpretadas.-* La importancia de detectar potencialidades y el monto de mecanismos de adaptativos con que cuenta el paciente. Generalmente una misma tendencia tiene aspectos positivos y negativos.

Condensado de Schafer (1987), Criterios para juzgar la adecuación de las interpretaciones.

Fundamentación de la interpretación psicoanalítica.- Actualmente el psicoanálisis adolece de una insuficiencia en sus métodos de objetivación de interpretaciones y conclusiones teóricas. Objetivar significa justificar o fundamentar conclusiones. Baranger menciona 3 formas posibles de objetivar los conocimientos psicoanalíticos:

-Método indirecto: confirmación de conclusiones analíticas recurriendo a técnicas de validación de otras ciencias como las biológicas (por ejemplo, provocar neurosis experimentales en animales).

-Método abstracto-unipersonal: aplicación de métodos abstractos en el sentido de que se aplican meramente conocimientos teóricos, y el error está en que carece de base experimental. Se llama unipersonal porque sólo vale suposiciones teóricas del analista.

-Método directo-bipersonal: busca el fundamento de la validación en la situación analítica misma, teniendo en cuenta su carácter bipersonal. Es ahí donde está el fundamento experimental de la interpretación (de allí el nombre 'directo') y la posibilidad de objetivarla. En este artículo Baranger desarrolla y alcanza esta última vía de objetivación.

Una cosa es confirmar en la clínica las conclusiones analíticas (esto es frecuente), pero otra cosa es validar intrínsecamente dichas conclusiones. En general los analistas utilizan criterios de prueba de la física o la biología, cuantificando los procesos psíquicos (intensidad de catexias, etc.), pero en realidad estos modelos de otras ciencias no pueden explicar lo psíquico. Ello ocurre porque el psicoanálisis no es una ciencia natural, sino la ciencia de un diálogo (psicología bipersonal) que se funda en un determinismo más complejo y no meramente causal.

El psicoanálisis es fundamentalmente diálogo y situación. No es investigación de fenómenos por un observador que solo registra y entiende, sino una relación bipersonal expresada en un diálogo analista-analizando, y una situación que se caracteriza por ciertas 'reglas de juego' (deseo de curación y sinceridad de un lado, neutralidad, discreción y comprensión del otro), y por su ubicación espacio-temporal (aquí y ahora). El analista está 'metido' y él mismo es instrumento de conocimiento. Por ejemplo la interpretación 'mutativa', que se manifiesta contratransferencialmente en el analista por una impresión de satisfacción y de contacto con el analizando ('estar en la onda'). Por tanto, el único método de objetivación directa en la investigación psicoanalítica consiste en el examen de la modificación del campo bipersonal.

Relación entre el 'aquí y ahora' y la historia del paciente: la reconstrucción del proceso patológico es necesaria, pero es solo una parte de la tarea analítica: dicha reconstrucción no es nuestro fin terapéutico ni teórica esencial (inclusive al psicoanálisis no le interesa el pasado real, sino el vivenciado). La objetivación histórica es solo un método indirecto de objetivación. Lo decisivo es la objetivación directa, con la consiguiente modificación de dicho campo en distintos aspectos (incluso temporales, como la emergencia de recuerdos).

Sin embargo la interpretación supone obligadamente un sistema de referencias, es decir, una teoría, que sirva de base a la interpretación. Ahora bien, una interpretación no deriva de un único significado, sino que remite siempre a una multiplicidad de significados encubiertos. El analista debe encontrar o elegir aquella interpretación 'más real' o 'más operante', que movilice al analizando. Una interpretación orientada de esta forma produce un enriquecimiento del diálogo y una movilización del campo, con aparición de vivencias nuevas. Como la relación es esencialmente bipersonal, la interpretación debe girar en relación no solo con el paciente, sino con el analista, o sea, que el nódulo de la interpretación es sobre todo de tipo transferencial.

Sin embargo no basta que la interpretación sea operante, pues puede ser operante y además inexacta. Lo decisivo es que es objetivamente solo la interpretación que produce 'insight' (entendiendo insight no como visión interior, en sentido intelectualista, sino como reconstrucción del campo bipersonal); esta reestructuración incluye una reintegración del material disociado, con la comprensión por parte del paciente de su disociación anterior y los motivos internos de ésta.

Conclusión: La metodología analítica descansa sobre la experiencia situacional y bipersonal, y sobre la reestructuración de la teoría psicoanalítica (respectivamente práctica y teoría), y además sobre un apoyo mutuo entre ambas. Por tanto, deben abandonarse los métodos indirectos señalados al principio: consideraciones mecanicistas cuantitativas, atomismo analítico (aislar artificialmente elementos, por ejemplo, un objeto parcial de pulsión), causalismo (la interpretación no es un factor causal, sino reestructurante).

Condensado de Baranger Willy (1989) Métodos de la objetivación en la investigación psicoanalítica.

Clasificación.- La autora propone aquí una clasificación de los distintos tipos de interpretación que pueden encontrarse en la clínica psicoanalítica, ya que cabe la posibilidad de que haya más de un tipo de validación de la interpretación. El examen de los tipos de interpretación dará lugar luego (no es este artículo) a examinar los distintos tipos de validación correspondientes. Las interpretaciones pueden ser:

Interpretaciones	Explicativas	1. analógica
		2. por conceptos

		3. causal
		4. histórico-genética
		5. teleológica
		6. disposicional
	Significativas	1. metafórica
		2. simbólica
		3. ostensiva

Mientras las interpretaciones explicativas son las que expresan alguna regularidad mediante una ley, la intención de las interpretaciones significativas, buscarán descifrar un sentido oculto tras lo manifiesto. En el primer caso la interpretación incluye una conducta particular en una regularidad general, y en el otro la intención es otorgar un sentido particular a dicha conducta particular (aun cuando exista la posibilidad de discernir alguna ley en la estructura de las interpretaciones significativas).

Interpretaciones explicativas.- Dar una interpretación analógica a un paciente significa mostrarle dios estructuras análogas (o isomorfas) para que las compare: una estructura es la configuración actual de su conducta en la sesión, y la otra es la configuración actual de su conducta en un momento de su vida pasada. No siempre el paciente puede asimilar esta transposición, y debe tenerse en cuenta su nivel cognitivo y experimental. La limitación de esta modalidad de interpretación reside en que compara dos estructuras pero no explica ninguna de ellas.

En la interpretación por conceptos, en vez de relacionar dos estructuras, relacionamos una parte de una estructura (por ejemplo, síntoma) con la totalidad de la misma (por ejemplo, enfermedad). Aquí la regularidad es la presencia constante de varios síntomas y signos, los que conforman el cuadro nosográfico o enfermedad. Por ejemplo, decir al paciente: "su afecto por su padre debió haber sido, en un momento muy temprano, un enamoramiento total".

La interpretación causal consiste en explicar la conducta del paciente (efecto) mediante un agente causal (causa) que le antecede temporalmente de manera invariable.

En una clase (14/05/86) la profesora Lerner señala que el origen de las explicaciones causales debe buscarse en las ciencias naturales, y cita las concepciones de Russell y de Hume al respecto, netamente empiristas. Desde la óptica de Russell no existe algo como la conciencia: la psicología solo busca uniformidades entre dos variables (independiente y dependiente). Para Hume la causalidad es un hábito subjetivo, una conjunción constante de dos cosas que establecemos por costumbre. Russell y Hume dicen que las cosas no son, sino que el hombre es quien las ve: la causalidad la pondría entonces el hombre. Desde Russell por ejemplo, hay o habría una conjunción constante entre todos los síntomas histéricos. Esto es criticable: en psicología los hechos son complejos y no todos los histéricos tienen las mismas características. Lo único que podemos decir con seguridad es que aquí y ahora se da esta conjunción, pero no podemos garantizar el futuro (Hume).

En las ciencias sociales la interpretación ocupa un lugar que tiene la explicación causal en las ciencias naturales. De todos modos la causalidad sigue "colándose" en la interpretación por ejemplo, al principio Freud hablaba de una histeria provocada por verdaderas seducciones. De esta "verdad histórica" pasó luego Freud a las "verdades psíquicas": la primera tiene que ver con los hechos tal como sucedieron en la realidad, y es la base de la explicación causal, pero la verdad psíquica se refiere a los sucesos tal como fueron vividos o imaginados por el sujeto. La significación es como un tamiz entre la verdad histórica y la psíquica.

La explicación histórico-genética presenta al fenómeno que se quiere estudiar como la etapa final de un desarrollo, el cual a su vez es explicado por medio de leyes que rigen la sucesión de sus etapas. Es una explicación menos apodíctica que la causal, porque mientras esta última relaciona de modo directo la conducta-efecto con su antecedente-causa, la explicación histórico-genética vincula la conducta con etapas bastante anteriores (y entonces a medida que retrocedemos en el tiempo para explicar una conducta actual, la validez de la explicación se torna cada vez más vulnerable). Las explicaciones causales procuran explicaciones necesarias y suficientes, pero las histórico-genéticas, en general, solo las condiciones necesarias para la aparición de la conducta. Ejemplo de explicación histórico-genética: "Hasta su enésimo año usted se consideró el único y absoluto poseedor de su madre: luego llegó otro niño y se desilusionó. Su madre lo dejó a usted por un tiempo y, aun después de su vuelta, nunca volvió a ocuparse de usted. Sus sentimientos hacia ella se hicieron ambivalentes, y su padre adquirió nueva importancia para usted".

La explicación teleológica consiste en explicar la conducta actual en función de un objetivo conciente o inconsciente que la genera. Es un objetivo presente, y es el deseo o la intención actual por lograr un determinado pronóstico.

En la explicación disposicional se explica la conducta de un paciente a partir de ciertas características disposicionales que éste posee, como por ejemplo, su tendencia a actuar de tal forma, sus rasgos de carácter, sus creencias, etc. Por ejemplo, si dar una explicación causal es decir que un vidrio se rompió porque le tiraron una piedra, dar una explicación disposicional es decir que se rompió porque es frágil. Por ejemplo, en psicología: "Usted reprime su odio en razón de su intenso amor".

Interpretaciones significativas.- En éstas el propósito no es explicar sino traducir, representar o simbolizar de otra manera los signos que se presentan como un texto a descifrar.

La interpretación metafórica consiste en interpretar una conducta mediante una metáfora para hacer más eficaz la interpretación. Por ejemplo, frente a la afirmación del paciente "la tarde es gris" contestar diciendo "para usted hoy soy yo la tarde gris". Es similar a la interpretación analógica, pero es más sugestiva.

En la interpretación simbólica, se usan símbolos para interpretar y consiste en señalar qué se está simbolizando a nivel latente en determinada conducta manifiesta. Si el paciente habla del fusil, la interpretación simbólica remitirá al símbolo fálico.

La interpretación ostensiva es una interpretación directa, como cuando se dice al paciente "usted está sintiendo rabia", o "usted está triste", para que pueda unir sus representaciones afectivas a sus representaciones de palabra. Otro ejemplo: "usted dice esto porque siente un gran afecto por mí".

Condensado de Lerner Beatriz, La interpretación. Publicación interna de la cátedra de Metodología de la Investigación Psicológica II de la Facultad de Psicología. Buenos Aires, Universidad de Belgrano, 1985.

Generalidades.- La pregunta que intenta el autor responder en este artículo, o por lo menos desarrollar, es: ¿cuál es el lugar que ocupa la interpretación en la teoría y la práctica del psicoanálisis, lugar a partir del cual se la puede caracterizar en su significación más específica?

Según muchos psicoanalistas, lo que caracteriza esencialmente a la terapéutica psicoanalítica es hacer conciente lo inconciente, proceso que sólo se logra a través de la interpretación, por lo cual ésta pasa a ocupar un lugar central tanto en la técnica como en la teoría. Sin embargo, hay otro grupo que se inclina a considerar que el factor realmente efectivo no es la interpretación, o que ésta lo es en mínima parte, sino que lo es el contacto humano prolongado, con sus connotaciones de permisividad y corriente afectiva de signo positivo que se da en la situación analítica (de estas dos concepciones teóricas derivan, si bien no necesariamente en forma directa, dos actitudes técnicas: una que tiende a interpretar lo más frecuentemente y la mayor cantidad de contenidos posibles, la otra que enfatiza el valor terapéutico del silencio del analista).

Esto lleva a Avenburg a preguntarse: ¿cuáles son los límites de la interpretación?, y el estudio de sus límites llevará, al análisis de sus determinaciones, y, con ello, a una caracterización más definida de la misma.

Como primer abordaje de respuesta puede decirse que los límites de la interpretación están dados por los límites de la psicología misma, o sea, ante todo, por los límites del campo de acción del principio del placer. Hay un más allá del principio del placer que se extiende hacia (o que parece desde) la vertiente de las pulsiones, pulsiones no organizadas psicológicamente y que se le aparecen al aparato psíquico como invasión de cantidad, como simple exigencia de trabajo no cualificada. Otra 'más allá' aparece desde la realidad externa, tanto de la realidad natural como de la cultural. Estos tres 'más allá' se corresponden con las tres fuentes de sufrimiento humano que Freud menciona en 'El malestar en la cultura': el proveniente de la relación del hombre con su propio cuerpo, el que deriva de su relación con la naturaleza y aquel que surge de su relación con los demás hombres.

El autor se detiene en este mayor o menor grado: ¿cuál es el límite que determina este mayor o menor grado? ¿Cuál es el límite de la construcción en el análisis? Supone que coincide con los límites de la terapia analítica misma y para ello se remite al trabajo de Freud 'Análisis terminable e interminable'. Los límites del análisis están dados por factores cuantitativos, el análisis choca con esa 'roca virgen' que constituye el suelo biológico, suelo a su vez constituido por necesidades biológicas, pero ya no solo biológicas sino también necesidades humanas encarnadas en el cuerpo, necesidades biológico-humanas a las que accedemos por mediación del Ello y gracias al levantamiento de represiones, acceso a dichas necesidades biológico-humanas no satisfechas como producto de represiones previas, al mismo tiempo reconocimiento en el semejante de dichas necesidades no satisfechas a veces por represiones internas otras por represiones externas, búsqueda de la acción específica tendiente a la satisfacción de dicha necesidades, tentativa de modificación de los aspectos de la realidad que, homogéneos con la represión intrapsíquica, se oponen a la satisfacción de necesidades de extensos sectores en ámbitos de organización humana cada vez más abarcativos, expresión de Eros constituyendo el cuerpo común cultural... pero ya los límites de la terapia analítica quedaron atrás.

Avenburg Ricardo, La interpretación.

Generalidades.- En este artículo se desarrollan ciertos aspectos teóricos y prácticos ligados a la interpretación analítica en general y a la psicoterapia psicoanalítica individual con pacientes psicóticos. El artículo de Strachey es un punto de referencia esencial a partir del cual se pueden retomar múltiples aspectos que conciernen a la situación analítica y a la relación paciente-analista. Se precisan también ciertos detalles de la significación y de las modalidades interpretativas de la escuela kleiniana que conciernen al peligro de una mala utilización de la interpretación y de su función iatrogénica. La intención de este artículo es estimular la reflexión y la investigación a propósito de un cariz de la técnica analítica que todavía requiere una revisión y una profundización de las relaciones psicoanalíticas y humanas.

La transferencia es un instrumento terapéutico para el análisis, pero también está al servicio de la resistencia inconciente (del paciente o del analista). En efecto, se trata en cada caso de un intercambio de vivencias y de intenciones inconcientes entre dos cuerpos vivientes: paciente y analista, quienes, a través del juego dramático de la transferencia, ejercitan uno sobre otro una influencia recíproca, conciente e inconciente.

La noción de transferencia debe entonces ser entendida como una situación y un fenómeno que ve la luz y se desarrolla en un espacio dado -la escena analítica- y en tiempo determinado -el tiempo de la sesión-. En el interior de este espacio-tiempo, y a condición de que la experiencia analítica se despliegue de manera adecuada, se estructura y se organiza un proceso racional, a partir de la idea misma de 'paso del tiempo', de historicidad. Por lo tanto, es bajo la forma de *historia* que esta relación compleja se nos manifiesta y se ofrece a la *interpretación*.

La palabra interpretación viene del latín *interpretes* que significa explicación, traducir y también negociar. El *intérprete* es, entonces, aquel que 'negocia' entre un cierto discurso hablado, escrito o expresado en una forma cualquiera, y su interpretación explícita. En griego, la hermenéutica -de *hermeneus*- constituye una ciencia específica: la ciencia de la interpretación, que se ocupa de esclarecer aquello que aparece bajo un aspecto oscuro.

Cada interpretación es una suerte de *acto intencional*, una descripción inevitablemente 'arbitraria' pero -junto con eso- también motivada y 'rigurosa' a su modo: una manera de leer aquello que está contemporáneamente inscripto y oculto en el 'texto'. Describir, del latín *de-scribere*, 'escribir en torno a', quiere decir afrontar con todos los sentidos del cuerpo la decodificación de las huellas que están presentes e inscriptas en el fenómeno observado.

Como en todo trabajo de campo (observación etnológica) el *intérprete* trabaja con los datos y las experiencias que aparecen en el campo analítico. Incluso si en analista no habla, su manera de 'escuchar' o de hacerse presente es en sí mismo un modo de 'decir' alguna cosa, de 'hacer señal'.

Ni el silencio ni la interpretación explícita en sí misma son importantes, lo es mas bien la experiencia implícita y espontánea del encuentro mismo y de sus disfraces o apariencias. El hecho de que el analista hable no quiere decir necesariamente que esté totalmente metido en la situación, ni que haya entendido todo. Es la calidad de su presencia, con sus implicancias relacionadas a nivel de la vivencia, lo que le da un 'sentido de verdad' al personaje-analista.

Lo mismo vale para el paciente, que puede también interpretar aquello que se despliega en la escena analítica, quedarse en silencio o mostrarse indiferente. Solamente una lectura adecuada permite abrir un sendero hacia las nuevas perspectivas. Permite leer dentro del silencio o dentro del clima de la sesión, descubriéndonos así una significación de aquello que parecía oculto: llamo a esto la *semántica del silencio*.

La noción de *interpretación*, deviene así de un concepto estructural, es decir, no aislado, un fenómeno que forma parte de la situación analítica y su *setting*, de su clima.

Es evidente que el analista no reacciona siempre y solamente como 'puro analista', sino también como yo-persona, en toda su complejidad, lo cual nos permite decir que cada transferencia es una transferencia transcultural.

El trabajo analítico es una artesanía en la cual paciente y analista intercambian sus intuiciones y sus descubrimientos: *creatividad de la transferencia*. El espacio analítico deviene con el tiempo en un lugar o un campo de *intercambios, negociaciones p prestaciones*. Es en este sentido que el término interpretación puede ser comprendido como un sistema de prestaciones (concientes/inconcientes) o de 'inter-prestaciones'.

Resnik Salomón, Acerca de la interpretación.

Interpretación transferencial.- La cuestión de la transferencia y de la interpretación transferencial es central en la evolución de la teoría y la práctica psicoanalítica, y constituye un pilar del método y un ideal permanente de la formación analítica.

Sin embargo, la autora se pregunta si acaso mantenemos hoy en día la escucha de la dimensión transferencial y el trabajo explícito de la transferencia. ¿Cuándo y de qué manera introducimos las primeras interpretaciones transferenciales? ¿Cuál es su efecto en los procesos de cambio del análisis?

Las intervenciones del analista durante el proceso de análisis se despliegan en un amplio rango. Su capacidad de sostén le permite contener angustias y regresiones durante el proceso, y lo lleva en variadas ocasiones a formular intervenciones empáticas que apoyan al paciente. En otras oportunidades, sus intervenciones buscan esclarecer la conflictiva del paciente tanto en el mundo interno como en el mundo que lo rodea. Otras veces, están destinadas a facilitar el movimiento de la asociación libre y la rememoración de la historia.

Se puede argumentar que estas intervenciones se formulan desde una posición o actitud del analista que reconoce la transferencia como campo central del proceso, o que las interpretaciones son formuladas 'en transferencia', o desde la posición transferencial del analista.

Si bien es cierto que en algunos casos estas interpretaciones se sostienen implícitamente en interpretaciones de la transferencia formuladas anteriormente, en otros casos esta visión lleva a que se

jerarquice en demasía el trabajo implícito de la transferencia. Esto puede generar distintos tipos de estancamientos en el análisis y en algunos casos conducir al abandono del tratamiento.

Desde el punto de vista de la autora, es conveniente introducir la interpretación transferencial desde el comienzo del tratamiento. Esto implica que el analista asuma un rol activo como constructor del campo transferencial. En la mayoría de los casos esto permite afianzar y proseguir el tratamiento. Sin embargo, el momento, la forma y el alcance de las primeras interpretaciones transferenciales continúa siendo hoy fuente de controversias, de inquietud y tensión para el analista.

Las diferencias que dieron origen a mayores controversias sobre las características y funciones de la interpretación transferencial al inicio del tratamiento, tradicionalmente fueron las establecidas entre la perspectiva freudiana y la de la teoría de las relaciones objetales.

En el pensamiento de Freud, la transferencia surge en forma paralela y progresiva al desarrollo de las neurosis de transferencia y es concebida como un obstáculo. Es necesario interpretar la transferencia cuando surgen resistencias al proceso de asociación libre. En las resistencias actuadas con el analista se pone de manifiesto el conflicto pulsional intrapsíquico inconciente. La interpretación transferencial tiende a ser ocasional.

La teoría de las relaciones objetales considera, en cambio, que es desde el comienzo del análisis que se ponen en acto relaciones de objeto arcaicas. El foco de la interpretación del analista se dirige desde el inicio hacia el 'aquí y ahora' y la transferencia es entendida como situación total del proceso. La interpretación transferencial es un instrumento básico que se utiliza desde el comienzo y frecuentemente, como forma de verbalizar ansiedades, fantasías y modos de relación inconcientes primitivos, reactualizados en el presente de la situación analítica.

En sus orígenes, la tradición rioplatense se vio fuertemente influida por el diálogo de la tradición freudiana con los aportes de M. Klein y sus continuadores, pero a juicio de la autora fue el contacto con la teoría de las relaciones de objeto el que estimuló desarrollos más originales durante las décadas de los años '50, '60 y comienzos de los '70.

La investigación de las características de la situación analítica en el 'aquí y ahora' del vínculo analítico, dio origen a diversos desarrollos de indudable originalidad. Así nos encontramos con los estudios de H. Racker sobre la contratransferencia; de L. Álvarez de Toledo sobre la fantasía inconciente y las formas de comunicación entre paciente y analista; de Pichón-Rivière sobre la dinámica del proceso analítico; de W. y M. Baranger sobre la noción de campo analítico; de D. Liberman sobre los estilos complementarios, entre otros.

Si bien todos estos pensadores dialogaron permanentemente con el pensamiento de Freud, fue el contacto con el pensamiento kleiniano el que condicionó fuertemente las formas de interpretar la transferencia en ese período.

Explicitar desde el inicio la dimensión transferencial y en especial la transferencia negativa tuvo en este caso varios efectos. Contribuyó a que el tratamiento continuara, favoreciendo que la paciente sintiera que podía desplegar con menores restricciones que en su vida habitual subjetiva. En este sentido, la interpretación transferencial tiene el papel de motor del tratamiento.

Al mismo tiempo le ofreció a la autora de este artículo una base más segura para la exploración y la construcción de las primeras hipótesis sobre aspectos centrales de la problemática de la paciente. Así vio que la amenaza superyoica, resistencia del superyó, condensaba memorias de modos de relacionamiento primarios, que en algunos casos generaron la sensación de amenaza física, con la angustia concomitante. Pero, sobre todo, la introducción de la interpretación transferencial al inicio del análisis hace las veces de un planteo del tema que define la cualidad y la dirección del tratamiento, abriendo el campo transferencial y, a la vez, la posibilidad de la profundización posterior.

En un caso expuesto por la autora puede verse cómo a sus primeras intervenciones que tomaron en cuenta reacciones negativas de la paciente aparentemente superficiales, frente a la nueva situación y la persona del analista, siguieron sueños, sueños transferenciales y asociaciones que ampliaron el significado de las mismas.

La autora considera que corresponde al analista un rol activo en la construcción del campo transferencial. En este proceso, el analista va haciendo mención a 'significados' o 'sentidos' que se muestran en comunicaciones manifiestas o latentes, en sueños o en el interjuego de roles recíprocos actuados en el análisis. Si en muchas ocasiones nuestras intervenciones son puntuales o tentativas y el proceso de interpretación se establece gradualmente, en otros momentos del análisis nuestras intervenciones tienen un carácter abarcativo y asertivo en la medida en que buscan poner en palabras la vivencia emocional implícita. Este tipo de intervenciones, globalizadoras, contribuyen centralmente al proceso de interpretación.

Si bien la reflexión actual ha jerarquizado el papel de la incertidumbre y cuestionado fuertemente el carácter explicativo de la interpretación transferencial, criticando su carácter exhaustivo y en cierta medida ingenuo y banalizador de la noción de 'profundidad', sabemos que la mención a la transferencia es difícil porque busca poner en palabras el sentido inconciente de la conflictiva del paciente en la relación actual con el analista.

Darle una intención y expresión explicativa a nuestras intervenciones, conserva hoy el mismo halo de tensión y solemnidad que Freud señaló cuando describió el sentimiento de 'lo siniestro'. Descorre un telón sobre el fondo oscuro del sistema defensivo inconciente del paciente, de sus vivencias corporales infantiles en sus matices sexuales y agresivos, así como sus vivencias traumáticas.

Bernardi Beatriz de León de, Interpretación transferencial al inicio del tratamiento y estilos interpretativos.

Interpretación en estados paranoides.- El autor sintetiza su artículo en los siguientes términos: Los estados marcadamente paranoides plantean a menudo el serio problema del rechazo absoluto de toda interpretación, rechazo que implica, de por sí, la imposibilidad de modificar dicho estado. Sin embargo, una determinada *formulación* convierte a veces la interpretación, vivida antes como 'mala' y peligrosa, en algo 'bueno' que el analizado ya puede aceptar e incorporar. A través de la exposición de dos ejemplos, se intenta comprender cuáles son los mecanismos que posibilita y *configuran* dicha formulación efectiva de la interpretación.

Debe tenerse en cuenta, evidentemente, el hecho de que el paranoide rechaza la interpretación, precisamente porque ha proyectado todo 'lo malo' en el analista, y teme la reintroyección. Pero es también en estos casos donde más necesaria se hace la formulación que *pueda* ser vivida como 'buena'.

Fue el análisis de un caso que presentaba esta marcada característica de disociación el que llevó al autor a ver ciertos mecanismos que posibilitaban y configuraban la interpretación que podía ser vivenciada como 'buena', mecanismos que pude observar luego, en otros casos, en sus 'momentos' paranoides.

Cabe destacar que, bajo la apariencia de la colocación exclusiva de 'lo malo' en el analista y la necesidad consecuente de mantenerlo aislado, existía la colocación permanente de partes buenas, aunque totalmente disociadas del material asociativo proporcionado y, sin embargo, contenidas en él, 'escondidas', se podría decir, en forma similar a como el autista 'esconde' dentro de él (aquí, dentro del material) 'lo bueno' para preservarlo.

El que el analizado esté dando, permanente e inevitablemente partes buenas de sí mismo, se comprende ya por el hecho de que el analista, quien fue buscado concientemente en la esperanza de obtener 'algo bueno' de él, representa, para el inconciente, un *objeto idealizado* del cual depende profundamente, de entrada, porque el 'algo bueno' es, en la fantasía inconciente, 'todo lo bueno'. Ya en esta primera fantasía el analizado ha colocado 'todo lo bueno' de él (lo gratificador) en el analista, y dentro de *esta* imagen -la idealizada- seguirá proyectando, depositando, sus partes buenas, aunque 'a escondidas' de la otra imagen la 'mala'.

Racker G. T. de, Consideraciones sobre la formulación de la interpretación.

Interpretación en trastornos de conversión.- Desde hace tiempo al autor le ha interesado tratar de establecer lo que el esquema corporal inconciente o 'fantasía del cuerpo', significa para el inconciente. Como consecuencia, por otra parte previsible, de este interés, ha tenido que hablar del cuerpo con los pacientes durante el tratamiento. Hablar del cuerpo con un paciente durante el tratamiento implica involucrar a éste en la interpretación. A tal problema se referirá en esta comunicación: ¿cómo hacerlo? Y ¿cuándo?

Interpretar el cuerpo es poner el acento en las sensaciones del mismo, pero también en las fantasías ligadas a ellas cuyo prototipo sería lo señalado por Scott, chupar y fantasear como experiencia única e indiferenciada. Si alcanzamos esta unión podremos llegar a anular la disociación cuerpo-mente, si bien el autor no cree que este proceso se pueda realizar de cualquier manera, piensa por el contrario, que existen una forma y una oportunidad.

No cree que a la interpretación del cuerpo, o sea a la inclusión e la interpretación del elemento cuerpo se llegue como un recurso extremo, o cuando nuestra contratransferencia nos lo indique y como única posibilidad de 'sacar del impasse al análisis'; considera, por el contrario, que en todo rasgo de carácter está siempre involucrada una fantasía del cuerpo, por este motivo piensa que, frente a todo paciente con trastornos caracterológicos, debe tener en cuenta este problema y tarde o temprano habrá que interpretarlo.

Al comenzar a interpretar el cuerpo, la angustia que surge es persecutoria. Los pacientes se sienten violados, tocados o seducidos, pero poco después comienzan a comunicar las sensaciones corporales que experimentaban y que por lo corriente no habían sido tomadas en cuenta por ellos permitiéndonos la posibilidad de unir las fantasías con las sensaciones correspondientes. Estas angustias persecutorias provienen de que el cuerpo ha sido proyectado en el analista y éste, con la interpretación, anula la proyección; surgen así las angustias depresivas, también expresadas en el cuerpo: la sensación de derrumbe por ejemplo, que no es más que el sentimiento de pérdida del objeto introyectado.

El autor describe algunos aspectos del análisis de una paciente en la existía una profunda disociación cuerpo-mente y que impuso un problema técnico: ¿Cómo y e qué momento hacer las interpretaciones que condujeran a la anulación de dicha disociación? Se observó así que las interpretaciones en cuyo contexto se incluyeron las zonas corporales involucradas, movilizaron los afectos ligados a dichas zonas, logrando la aparición de nuevo material. Las resistencias se manifestaron a través de tensión y dolor en las regiones del cuerpo ligadas a las situaciones afectivas bloqueadas. La disminución de la tensión

provocó la aparición de ansiedad, estando ésta relacionada con impulsos, objetos y aspectos del Yo reprimidos.

García Reinoso Diego, La interpretación en pacientes con trastornos de conversión.

Interpretación en las fobias.- En este artículo, a modo de síntesis preliminar, se expone la consecuencia, aparentemente paradójica, producida, durante un cierto tiempo, en el análisis de una fobia, ante una habitual interpretación de resistencia transferencial. Esta consecuencia fue la aparición de una intensa crisis de ansiedad, mucho más allá de todo margen aprovechable, que anulaba la tarea analítica, ya que, en la práctica, era irreductible por cualquier otra interpretación; era además aparentemente desproporcionada en relación con el contenido de la interpretación, y era similar, en un todo, a la que se desencadenaba al ponerse en contacto con el elemento fóbico. Se mencionan algunas consideraciones sobre la transferencia en las fobias, sobre las posibles razones de esa crisis de ansiedad, y sobre el concepto, en las fobias, de interpretación superficial y profunda. Se destacan algunos aspectos de la interpretación putativa (Strachey), señalándose las consecuencias distintas que la interpretación antedicha produjo, una vez distinguido el objeto fantaseado arcaico del objeto real exterior. Luego se intenta una explicación del significado inconciente de distinguir un objeto de otro. Por último, se formulan unas consideraciones sobre la oportunidad y peligro de tal o cual tipo de interpretación en las fobias, de acuerdo a tal o cual período que se está atravesando en el análisis.

Strachey destaca que, 'por lo común el material que es urgente en las primeras etapas de un análisis no es profundo. Al comienzo, dice, debemos tratar sólo con desplazamientos más o menos importantes de los impulsos profundos; y el material profundo mismo es alcanzado únicamente más tarde y por grados, no debiendo, entonces, anticiparse la aparición súbita de cantidades inmanejables de angustia'.

Y a esto quiere hacer referencia Mom, o sea, a un tipo particular de neurosis, como la Histeria de la Angustia, en la que, por sus características peculiares, los enfermos suelen reaccionar a la interpretación con este resultado inmanejable, dificultando la labor terapéutica.

En síntesis podría decirse que, en base a una experiencia que tuvo en autor con un paciente:

- A consecuencia de una interpretación, había surgido una cantidad de angustia

- A consecuencia de una interpretación, había surgido una cantidad de angustia que no podía controlar mediante otras interpretaciones.

- Esta situación, con ligeras variantes, se repitió durante un cierto tiempo en su análisis, cada vez que mi interpretación tocaba aspectos de su relación conmigo.

- Pero había una discrepancia entre la interpretación y la reacción que había provocado. Me sentí como habiendo desencadenado una angustia muy profunda, muy primitiva e irracional, y que anulaba el trabajo analítico, mediante una interpretación que yo habría calificado de simple, de comienzo de cualquier análisis, de superficial.

En ese momento, para el analista, la angustia había sobrepasado un 'plus' particular: habría ido más allá del 'límite máximo'. El autor cree que trabajamos siempre con una 'zona de angustia', con sus límites máximo y mínimo. Una vez, una paciente le dijo que necesitaba angustia para vivir o durar. El autor dice que él también necesita angustia para trabajar; pero dentro de ciertos límites.

El objeto fóbico constituye la proyección y desplazamiento de un objeto y de una relación con el objeto y de una parte de su Yo, que es temida por el sujeto. La característica que presenta la relación con el sujeto fóbico es la angustia intensa que despierta la toma de contacto con él.

El sujeto fóbico no puede discriminar porque, para él, el objeto fóbico es lo mismo que antes le provocaba angustia y que tuvo que separar de él, estableciendo una zona o distancia de separación con él.

Así, en su esquema falta algo; y que está en el objeto fóbico: el objeto temido, su relación con él y una parte de su Yo. El fóbico se curará en la medida que pueda reintroyectar lo que fue antes proyectado y separado de él.

Una paciente mencionada por el autor se angustia porque se relaciona (a través de la interpretación) con el objeto fóbico. Pero también tendría luego que hacer un segundo paso. Darse cuenta que yo, que soy el objeto fóbico, no soy el objeto fóbico. Y no puede. Las interpretaciones ulteriores no logran pasar la barrera de su angustia. Piensa el autor que a todas luces esta enferma necesitaba una interpretación profunda. Bien. Pero, ¿cómo hacerla, cómo fundamentarla?

El autor cree que en pacientes con marcada proyección y disociación externa, hay que investigar bien el grado y carácter de lo disociado y proyectado antes de volver a introducirlo en el paciente, pues por el contrario, puede dar origen a reacciones de intensa angustia que tornen inmanejable dicha situación.

En las fobias, específicamente, el analista recibirá la carga instintiva del Ello, y se convertirá en el objeto fóbico, pero lo que no debe hacer es pretender (como el objeto fóbico, por proyección pretende) introducirse precozmente dentro del sujeto fóbico, mediante una interpretación transferencial, sin calcular antes, la posibilidad de una crisis de angustia. Hasta podría sostenerse que en un principio, las interpretaciones deben poner el acento con el temor del paciente de que el analista se 'meta' con él.

Ese sería el primer paso en la tentativa de que el sujeto fóbico distinga su objeto fantaseado arcaico del objeto real exterior. Gran parte del trabajo, en las fobias, sería el que podríamos llamar intermedio; establecer la diferenciación entre el analista, objeto real exterior y el objeto arcaico.

Si esto no debe hacerse, muchas veces, casi exclusivamente con interpretaciones extratransferenciales que no quiere decir en absoluto, desechar las transferenciales. Al contrario, toma el autor el sentido de interpretaciones extratransferenciales en este cuadro clínico en el sentido que le da Strachey, al llamarlas 'alimentadoras' de la situación transferencial, preparando así el terreno para las interpretaciones putativas.

El autor concluye señalando que ya establecida esa diferenciación entre uno y otro objeto, la angustia de introyección del elemento angustiante se ve mitigada por provenir de un objeto distinto a su objeto fantaseado arcaico. Y esto se logra, naturalmente, con la interpretación transferencial.

Mom Jorge, Algunas consideraciones sobre interpretación en las fobias.

Funciones de la interpretación.- Los estudios del autor de este trabajo sobre la teoría de la técnica lo llevaron a la conclusión de que el factor terapéutico fundamental en la terapia analítica es la relación terapéutica. Sin embargo, en su práctica clínica seguía interpretando.

Dado que ya no podía justificar el uso de este instrumento técnico por medio de la teoría psicoanalítica clásica, se vio obligado a investigar acerca de las funciones de la interpretación. Hasta este momento, ha podido plantear cinco de dichas funciones: a) la interpretación como canal del vínculo, b) la interpretación como nueva perspectiva, c) la interpretación como metáfora, d) la interpretación como lenguaje y e) la interpretación como movilizadora de efectos. A continuación, desarrolla cada una de ellas.

a) *La interpretación como canal del vínculo.*- La primera y más evidente respuesta a la pregunta de por qué interpretar, es que la interpretación permite el desarrollo de un vínculo terapéutico de características especiales. En ese sentido, dicho instrumento constituye una de las diversas *técnicas de reflejo*. Dichas técnicas constituyen la principal forma de actuar propositivamente para establecer, desarrollar y preservar el vínculo terapéutico.

b) *La interpretación como nueva perspectiva.*- La interpretación, sin embargo, actúa sobre algo más que el vínculo. En la medida en que no solo brinda al paciente información acerca de la relación, sino que también tiene un contenido, la interpretación actúa provocando una *transformación cognoscitiva*. El autor denomina así a la reorganización de nuestra experiencia de la realidad, física, interpersonal, social y emocional.

Podríamos decir que lo que cambia es la forma en que vemos al mundo, a los demás y a nosotros mismos. Al resultado de esta reorganización solemos llamarlo *insight*, y equivale a la experiencia del cambio de perspectiva en los experimentos preceptuales de la psicología de la gestalt. Dicha transformación no se da en forma gradual, sino como un descubrimiento repentino, el momento del '¡Eureka!', como lo han señalado muchos autores.

c) *La interpretación como metáfora.*- La interpretación también actúa como metáfora. Esto es fundamental, debido a que el lenguaje lógico y racional resulta particularmente inadecuado para referirse a las experiencias emocionales, ya que su verdadera función es la de describir y dar cuanta de nuestras experiencias preceptuales, que se refieren al mundo material. En consecuencia, toda vez que queremos hablar de nuestras experiencias internas, debemos utilizar el *lenguaje poético*.

d) *La interpretación como lenguaje.*- A medida que se desarrolla el lenguaje analítico, el paciente y el analista van estableciendo las bases de un lenguaje particular, que les permite hablar de una forma significativa acerca de las experiencias emocionales que comparten. Cada uno de ellos contribuye a este nuevo lenguaje o dialecto, con el conjunto de metáforas que usa habitualmente. El analista, en particular, incluye no sólo las metáforas provenientes de sus experiencias vitales y culturales como ser humano, sino también las que caracterizan a su teoría y a su escuela de origen y pertenencia.

e) *La interpretación como movilizadora de afectos.*- Otra función de la interpretación es la que deriva de su capacidad para movilizar afectos. No siempre nos limitamos a esperar que el paciente exprese una experiencia emocional, para luego referirnos a ella por medio de una metáfora más o menos exitosa, que pueda ser utilizada por él como una evidencia de nuestra comprensión. Otras, nos adelantamos a la expresión del paciente sobre todo cuando éste presenta serias dificultades para la expresión de sentimientos y vamos a buscar activamente sus emociones, les 'salimos al paso' por medio de la interpretación. En esta tarea, la capacidad de inducción del lenguaje poético es fundamental. Al igual que el poeta, usaremos nuestro lenguaje para hacer vivir a otros ciertas experiencias emocionales que son potencialmente suyas, pero a lo que no pueden acceder sin nuestra ayuda.

El autor ha propuesto, en este trabajo, cinco funciones para la interpretación. Ninguna de ellas corresponde a la tradicional concepción de la interpretación como un instrumento para 'hacer conciente lo inconciente', al menos si se concibe este proceso como el poner en palabras los contenidos concretos del inconciente.

La teoría de la técnica clásica presupone que, para que una interpretación sea efectiva, debe ser verdadera. Por lo contrario, si se acepta el punto de vista aquí planteado, el valor de una interpretación no se puede medir en términos de *verdad* o *falsedad*, sino en función de su capacidad de promover el cambio, es decir, de su *operatividad* o *inoperancia*. Y esto último depende de la totalidad de la situación clínica, que incluye al paciente, al analista, a la historia de su relación y al contexto global en el que ésta se desarrolla.

Cuando una interpretación es efectiva, lo que hace es: a) establecer, desarrollar y mantener la relación terapéutica; b) proponer una nueva perspectiva para concebir la vida del paciente y la experiencia compartida del tratamiento; c) reflejar al paciente sus propias experiencias emocionales a través de las metáforas del analista, producto de las vivencias que él mismo ha experimentado al escuchar, ver y sentir al paciente; d) construir, junto al paciente, un lenguaje particular para referirse a las múltiples experiencias compartidas por los dos participantes en el análisis; y e) movilizar afectos potenciales en el paciente, ampliando su capacidad para la experiencia emocional.

Los dos factores terapéuticos básicos en el tratamiento psicoanalítico son la interpretación y la particular forma de relación objetal que se desarrolla entre el paciente y el analista. La mayoría de los psicoanalistas se dividen en dos grupos, en función de su teoría favorita de la cura. Algunos de ellos creen que el principal factor terapéutico es el *insight* recibido por el paciente a través de las interpretaciones correctas del analista. Otros sostienen que la mayoría de los pacientes se curan por medio de la nueva relación objetal que experimentan con su analista.

El autor de este trabajo cree en la concepción de la cura basada en la teoría de las relaciones objetales. Se pregunta, sin embargo, por qué continúa interpretando, si ya no cree que la interpretación pueda determinar por sí misma la curación. Por lo tanto, ha realizado una investigación clínica intensiva acerca de las funciones de la interpretación.

Hasta ahora, ha identificado cinco funciones terapéuticas de la interpretación: a) la interpretación como canal del vínculo; b) la interpretación como nueva perspectiva; c) la interpretación como metáfora; d) la interpretación como lenguaje, y e) la interpretación como movilizadora de afectos. En el resto del trabajo, analiza estas cinco funciones de la interpretación, llegando a la conclusión de que, aun si uno acepta la hipótesis de que la relación objetal es el primer factor terapéutico en el tratamiento psicoanalítico, la interpretación resulta todavía indispensable, por estas cinco funciones.

La experiencia analítica no debiera compararse con el descubrimiento de evidencias del pasado hasta entonces ocultas, sino mas bien con una actividad artística creativa, la cual es compartida entre el paciente y el analista. Entre ambos constituyen algo radicalmente nuevo, que no existía antes del análisis. El psicoanálisis no es un proceso de descubrimiento, sino de creación.

Tubert-Oklander Juan, Las funciones de la interpretación.

El sustrato compartido de la interpretación.- ¿Podemos investigar y describir los fenómenos que ocurren en el camino que nos lleva a nuestras interpretaciones? ¿Cuáles son sus cualidades? ¿Cómo incide nuestro funcionamiento mental en la creación y determinación de los mismos?

En este trabajo la autora propone que en el proceso analítico se va creando un sustrato común a paciente y analista que hace posible el movimiento que va desde la escucha a la interpretación. Este sustrato se va constituyendo en base a núcleos interactivos dinámicos en los cuales se da un estrecho interjuego de imágenes, afectos y palabras entre ambos. Se considera que en estos momentos de intenso acercamiento se manifiestan, en forma más inmediata, aspectos inconcientes del paciente y analista puestos en juego por la situación transferencial. Partiendo del estudio de viñetas clínicas, se muestran tres de los rasgos más relevantes de estos núcleos dinámicos: el intrincamiento de las vivencias del paciente y analista, el carácter regresivo de las mismas, y el funcionamiento multimodal de la mente del analista. Finalmente se caracterizan algunas de las funciones que la interpretación asume para el analista.

Los núcleos dinámicos surgen en momentos especiales del análisis, en los cuales -en la experiencia de la autora- se dio un intercambio entre las vivencias del paciente y las vivencias del analista.

Estos momentos suponen una actividad intensa por parte del analista, Es a partir de los mismos que se desencadena el proceso interpretativo, ensamblaje complejo que genera condiciones nuevas, próximas a las del proceso primario de ambos términos de la pareja analítica. Considera la autora que estos anudamientos constituyen el soporte de la dinámica de cada proceso analítico y tienen un carácter único que singulariza a cada análisis.

Tomando como punto de partida situaciones clínicas, busca la autora caracterizar estos momentos de encuentro a través de la investigación del modo de funcionamiento de la mente del analista.

La autora menciona e ilustra tres de las características que hasta ahora le han parecido más relevantes: en primer término el intrincamiento de las vivencias del paciente y las vivencias del analista; segundo, los procesos mentales del analista: la cualidad sensorial y regresiva que adquieren y su funcionamiento multimodal. Finalmente hace referencia a algunas de las funciones que la interpretación posee para el analista en estos momentos.

El *intrincamiento* o anudamiento se produce entre las vivencias del paciente y las vivencias del analista. En ambos momentos se da un estrecho intercambio entre ambos. Al mismo tiempo vemos cómo la interpretación parece ser la punta del *iceberg* de un complejo proceso interior en el analista.

En los momentos de intrincamiento se desdibuja la asimetría analítica al compartir paciente y analista un camino regresivo. En la interpretación el movimiento se invierte. Las palabras del analista quedan allí vinculadas a sus experiencias de análisis, auto-análisis y formación, lo cual implicará que sus teorías serán sin duda un referente presente. La interpretación tendrá también un sentido 'progresiente' y puede apuntar a describir, organizar y modificar la experiencia vivida en la situación transferencial.

Es obvio que la primera función de la interpretación es la de favorecer los cambios que el paciente demanda al analista. Como ha señalado C. Bollas, el mismo analista puede convertirse en un objeto transformador para el paciente.

Pero esta transformación sólo se hace posible si es mediatizada por una transformación ocurrida en la mente del analista. La interpretación puede modificar una experiencia regresiva no sólo del paciente sino del mismo analista.

Bernardi Beatriz de León de, El sustrato compartido de la interpretación.

Interpretación según Racker.- Mientras autores como Bion o Lacan han jerarquizado el papel de la incertidumbre y el aspecto disruptivo de la interpretación en el proceso analítico, el pensamiento de Racker parece ir en una dirección opuesta cuando pone en primer plano el aspecto directo, progrediente e integrador de la interpretación y el análisis.

Esta visión de Racker se sostiene en la hipótesis freudiana, y también kleiniana, de la existencia de modos de permeabilidad entre los sistemas consciente-inconsciente. Este aspecto de la metapsicología es hoy cuestionado especialmente a partir de las formulaciones de Lacan sobre la división radical del sujeto del inconsciente.

Abordando el problema desde su propia experiencia y también observando la evolución de la teoría y la práctica psicoanalítica, la autora piensa que la hipótesis de la permeabilidad entre los sistemas psíquicos, por la que siente afinidad, dio pie en muchos casos a una actitud ingenua con respecto al efecto directo y rápido de la interpretación analítica. Esto llevó a jerarquizar el uso sistemático de la interpretación completa y en profundidad de la transferencia y la contratransferencia, lo cual generó a su vez un movimiento de crítica y autocrítica en distintas culturas psicoanalíticas.

El riesgo de este abordaje fue el de favorecer una actitud autoritaria del analista. Por otro lado, la práctica clínica desarrollada durante un siglo mostró, tanto en el tratamiento de la neurosis como en el de patologías más graves, las dificultades inherentes al cambio psíquico, lo que llevó a cuestionar las características y el alcance de nuestras interpretaciones. En la actualidad, la interpretación de la transferencia y de la contratransferencia es mucho más cuidadosa y se ve como parte de un proceso interpretativo gradual, parcial o puntual, que atiende a los fenómenos inconscientes espontáneos y que tiene más en cuenta el punto de vista y el lenguaje del paciente. Esto constituye, en la opinión de la autora, una tendencia intercultural que también incluye al marco kleiniano.

Racker señala que en la situación analítica se reiteran formas mudas y arcaicas de trato al objeto, las cuales generan condicionamientos e identificaciones complementarias en paciente y analista. 'Las identificaciones complementarias se producen por el hecho de que el analizado trata al analista como un objeto interno, razón por la cual éste se siente tratado como tal'. En la noción de objeto interno de Racker concluyen principalmente las formulaciones freudianas de la segunda tópica y la idea kleiniana de que en la situación analítica se reeditan ansiedades y defensas correspondientes a relaciones de objeto arcaicas.

Pero, además, la concepción de Racker del objeto interno se apoya en la noción kleiniana de la fantasía inconsciente. Los objetos reúnen entonces diversas características: son al mismo tiempo objetos parciales y sujetos vivos, expresan *patterns* primitivos de relacionamiento que condensan sensaciones corporales y afectivas surgidas en los vínculos tempranos. Estos modos de relacionamiento interiorizados son constitutivos de la realidad psíquica; condicionan el actuar con los otros, los rasgos defensivos del carácter, los procesos del duelo.

En la visión de Racker, las formas inconscientes del trato al objeto se muestran en forma paradigmática en las expresiones manifiestas y latentes de la contratransferencia complementaria que surge como respuesta a la transferencia del paciente.

Racker usó el término 'contratransferencia' en un sentido amplio y destacó su carácter instrumental expresado en la respuesta contratransferencial concordante del analista.

La contratransferencia complementaria aparece entonces como un intento defensivo del analista de negar contrarresistencialmente distintos aspectos de la transferencia del analizado, en especial su hostilidad inconsciente. A esta reacción contribuyen centralmente los aspectos idealizados del analista que le impiden estar atento a sus propias reacciones negativas generadas en el contacto con el paciente (frustración narcisista, sentimientos hostiles de rivalidad, etc.).

Hoy en día estamos más atentos a considerar y acompañar el sufrimiento narcisista de nuestros pacientes. Pero el analista muchas veces queda ubicado contratransferencialmente en el lugar de compensar estas fallas tempranas ocasionadas en vivencias traumáticas, sin poder incluir los impulsos hostiles del paciente, los cuales frecuentemente quedan omitidos en la transferencia. El paciente queda ubicado como víctima de la situación, y se nos hace más difícil aceptar su participación activa, también como victimario, en la misma. Se olvida fácilmente que las nociones de *holding*, continente, simbolización y mentalización incluyen el trabajo sobre los aspectos negativos del vínculo analítico. De un analista que podía caer más fácilmente en una posición autoritaria y culpabilizadora del paciente, hemos pasado al riesgo de quedar entrampados en una posición del analista de mayor pasividad y complacencia.

Pero la tendencia a desconocer los aspectos negativos del vínculo analítico, con la correspondiente aparición de disposiciones masoquistas más permanentes frente al paciente, está también determinada por las condiciones y características del trabajo analítico.

Hoy, el ejercicio del psicoanálisis representa para el analista una situación de mayor riesgo narcisista, no sólo debido a las características de su trabajo con el paciente, como señaló Cooper, sino también a las modificaciones ocurridas en el contexto cultural y social actual.

Bernardi Beatriz de León de, Relectura de Racker: A propósito del masoquismo inconciente del analista.

La interpretación síntoma.- *La mente del analista y el seguimiento de la interpretación.-* La creación de una interpretación implica la interpretación de los modelos universales del psicoanálisis: el Edipo, la castración las ansiedades, los mecanismos de defensa, la resistencia y la transferencia.

La historia ya contada por el paciente, ofrecerá no solo la información sino también las palabras y las imágenes más próximas a su experiencia y a sus códigos para revestir y representar la idea que queremos transmitirle.

La construcción de la interpretación recibe también afluentes de la identificación contratransferencial con las propias vivencias infantiles o actuales que deberán ser rescatadas de lo vivencial y puestas en proceso secundario a la vez que traducidas a las palabras significativas de la historia del paciente.

Por último la creatividad individual, la capacidad de juego, el arte y la inspiración de cada analista, que incluye las estrategias para desarmar las resistencias: el humor, la sorpresa, el preaviso, el tono de voz.

La interpretación es para el analista y el paciente una mezcla de revelación y reconocimiento, 'no lo había pensado así'. Esta revelación y reconocimiento comienza a establecer en el paciente enlaces con otras ideas, recuerdos, experiencias, volviendo a abrir el camino hacia la libre asociación.

¿Cómo juegan la contratransferencia y el insight del analista?

Si la subjetividad del analista falta, genera la ilusión de una objetividad tan inexistente como inútil. Si está sobreinvertida (por angustia o narcisismo) produce interpretaciones autorreferenciales de tipo paranoide.

Algunos Estilos del Pensamiento que afectan al Pensar Psicoanalítico.- Existen maneras de pensar que afectan al pensamiento psicoanalítico.

Cuando éstas operan en la mente del analista no permiten ni el despliegue de las representaciones, ni la movilidad de los afectos que el trabajo analítico necesita.

Esto va desde la inmadurez biológica del niño pequeño que carece aún de representaciones para pensar lo nuevo, hasta la inmadurez profesional del analista enfrentado a situaciones que su inexperiencia le impide manejar. Allí surge la tendencia a la inhibición del pensamiento o aun a la aparición de estados de temor o ansiedad que llevan a mecanismos defensivos con el fin de desconocer, desoír o malinterpretar lo que al paciente le acontece.

Otra causa, más severa, y que hace necesario detectarla en los candidatos a la formación psicoanalítica, es la de los trastornos del carácter que se expresan, entre otras cosas, a través de alteraciones del pensamiento.

La psicopatía con su necesidad de control sobre el mundo social; las personalidades de acción con su dificultad para fantasear; las formas socialmente valoradas de las fobias, es decir, sus defensas y sus conductas contrafóbicas. Todas ellas tienen en común cierta rigidez en las adaptaciones, poca relación con el mundo interno, a veces acompañadas de una relación demasiado estrecha con la realidad externa.

Un ejemplo particularmente impactante se selecta en el pensamiento paranoide. Allí la subjetividad es proyectada masivamente sobre el mundo externo y adquiere estatuto de verdad universal. Cierta grupo de ideas es cargado tendenciosamente y cristalizado en dogmas e ideologías, sistema cerrado de pensamiento que incita al sometimiento puro y simple y a la fe, sin matices ni cuestionamientos. El otro no existe o solo puede estar equivocado.

El último grupo de trastornos corresponde a los efectos de la represión en los procesos de pensamiento. Aquí nos encontramos en el terreno más conocido de la neurosis.

Una Patología del Espacio Analítico.- En el espacio de la clínica nos encontramos a veces con la neutralización de la mente del analista. El pensamiento psicoanalítico queda en suspenso, se detiene o adquiere formas que les son ajenas e inhabilitan su funcionalidad.

Este accidente puede ser momentáneo o extenderse a toda una sesión y aun a períodos enteros del tratamiento.

En estos casos creemos que tanto la mente del analista como la del paciente se hallan involucradas por un modo particular de resonancia entre la angustia del uno y del otro. Angustia de difícil ligazón cuyos efectos se expresan en dos estilos de trastorno del pensamiento del analista.

El primero aparece con las diferentes formas de la inhibición: el aburrimiento, el sueño, el vacío de ideas, el desaliento.

El segundo estilo se orienta en el sentido de la formación de síntomas como intento de resolver el conflicto y ligar la angustia que inunda el espacio del tratamiento.

El pensamiento psicoanalítico contiene en sí una paradoja que es el seguro contra otras formas sintomáticas del pensar; asegura por un lado la posibilidad de simplificar las complejas construcciones

que en el paciente ocultan los conflictos esenciales, y es a la vez garantía contra las ideas dogmáticas y las simplificaciones a las que relativiza, devolviéndoles sus contradicciones y ambigüedades.

Resumen de Sonia Abadi y Daniel Schmukler, La interpretación síntoma.

La génesis de la interpretación.- No importa cuánto difieran los analistas al conceptualizar las observaciones que hacen en la situación psicoanalítica; en la práctica todos coinciden en que la situación psicoanalítica es el método de tratamiento e investigación esencial, específico e irremplazable. El punto de vista genético en Psicoanálisis está empíricamente cimentado. Se deriva de repetidas observaciones psicoanalíticas que demuestran el origen de los conflictos que yacen bajo los síntomas neuróticos en deseos instintivos de la primera infancia. Esos conflictos inconcientes se agrupan alrededor de fantasías inconcientes organizadas cuyos derivados se manifiestan no sólo como síntomas y sueños, sino también como paráfrasis, fantasías concientes, etc. (Arlow, 1969).

La función de la situación psicoanalítica es fundamentalmente la consecución de varios importantes objetivos técnicos. Especialmente, asegurar que lo que emerge en la conciencia del paciente sea, en lo posible, determinado endógenamente; esto es, que los pensamientos, fantasías, sentimientos, etc., que el paciente percibe, representen derivados de la continua presión de sus conflictos inconcientes. El analista, como observador participante, se encuentra en situación de estudiar el juego entre impulso y defensa, entre presiones morales y anhelos, así como de considerar las consecuencias reales de la acción (Arlow y Brenner, 1966). En efecto, se puede ver al analista como presidiendo un campo de operaciones, observando y eventualmente influyendo en un equilibrio dinámico inestable.

Se supone que el paciente observa la regla fundamental, es decir, se espera que informe sin restricción todo lo que se le ocurra. Siempre que el analista hace alguna interpretación u observación, interrumpe al paciente en su discurso. Una intervención del analista tiene el efecto de romper el equilibrio entre impulso y defensa. La forma en que el analista interviene en un momento dado en la interpretación terapéutica, depende de cómo juzgue la naturaleza el equilibrio dinámico de esa circunstancia.

Las intervenciones e interpretaciones del analista, a su vez, tienen el efecto de introducir una separación en el funcionamiento del paciente en el diván. A pesar de que se le ha asignado la labor de ser un informador relativamente pasivo, contando indiscriminadamente todo aquello que le venga a la mente, el paciente es interrumpido de vez en cuando por el analista, quien le dirige para que sea un observador más activo y un intérprete de sus producciones. En cierto sentido se le invita a imitar la forma en que opera el analista, proceso que por lo menos, facilita una identificación parcial con el analista, es decir, con su papel de observador e intérprete. Sterba (1934) ha descrito algunas de las vicisitudes de esa separación en el Yo durante el transcurso del análisis.

Freud realzó la importancia de la propia experiencia interna del analista, como guía para la comprensión de la vida psíquica del paciente. Sin embargo, los argumentos con que trató de apaciguar la intranquilidad del que se inicia en Psicoanálisis, parece haber resultado algo insuficientes. Es cómo interpretar el significado de la experiencia interna del analista ha sido y es objeto de considerable controversia.

La controversia acerca del fenómeno de la contratransferencia es corriente y continua. Es cómo definir la contratransferencia y lo que significa técnicamente con referencia al conocimiento de la vida mental del paciente es objeto de permanente discusión. Annie Reich (1951, 1960, 1966), quizá, es la que mejor ha sintetizado las distintas cuestiones de esta controversia. Reich define a la contratransferencia como los efectos de las propias necesidades y conflictos inconcientes del analista. En la verdadera contratransferencia, el paciente representa para el analista un objeto del pasado sobre el que los sentimientos y deseos pasados del analista pueden proyectarse; igual que en la situación transferencial del paciente.

Además de la introspección y la intuición, hay un tercer proceso relacionado con la forma en que el analista llega a conocer al paciente. Es el proceso de empatía. La empatía facilita la intuición, de hecho, la hace posible. Consiste en una identificación transitoria o de prueba (Fliess, 1942) con el paciente, seguida de una retirada y evaluación objetiva de la experiencia de identificación. Esto ocurre ininidad de veces en el curso de la escucha por parte del analista de las producciones del paciente. Aquél está constantemente cambiando su papel desde un recipiente pasivo identificado con el paciente, a un observador activo e intérprete de su experiencia y por ende de la del paciente. Los productos del paciente emergen en la mente del analista en una forma que se corresponde con la manera en que las realidades comunes, la experiencia pasada y la transferencia, determinan cuáles derivados de las persistentes fantasías inconcientes, surgirán de la conciencia del paciente. Analista y analizando se convierten pues, en un grupo de dos que comparte una fantasía inconciente común, rasgo que Sachs (1942) apunta como distintivo de la creación artística.

En resumen.- Las opiniones referentes al significado de la respuesta del analista a las producciones de su paciente, difieren. Esta respuesta es uno de los múltiples pasos mediante los cuales el analista entiende las producciones de su paciente. En este escrito sugiero una explicación para el proceso de origen del insight. Hay una escisión en el funcionamiento del analista, que se corresponde con lo que ocurre en el paciente. A través de una identificación transitoria con el paciente -empatía- se facilita el proceso intuitivo. El analista conceptualiza los datos clínicos inconcientemente. El producto final es la respuesta

interna del analista, que deviene conciente a través de introspección. La respuesta del analista es una forma de comunicación interna. Deberá estar en consonancia con el material del paciente, a través de unos criterios disciplinados y cognitivos, antes de ser formulada mediante la interpretación. Resumen de Jacob A. Arlow, La génesis de la interpretación.

La interpretación en primera persona.- ¿Qué es interpretar en psicoanálisis? Las respuestas que por lo común se dan a esta pregunta no nos satisfacen. De algunas pensamos, incluso, que son errores técnicos y que contribuyen al de Daniel Lagache, cuando el psicoanalista, enuncia la regla fundamental, invita al paciente a divagar; cuando interpreta, en cambio, es como si dijera: 'Ahora, razonemos los dos'. Veamos ahora un segundo aspecto. La actividad del paciente durante la cura de una actividad verbal, y el psicoanalista formula su interpretación en palabras; por ello, desde hace unos veinte años algunos psicoanalistas asimilan cada vez más el ámbito de la palabra.

Examinemos un tercer punto. En Francia Jacques Lacan, partiendo de la base del espejo (experiencia en la que el sujeto percibe su derecha y su izquierda invertidas en su imagen reflejada) y del estructuramiento lingüístico al que acabamos de referirnos, desarrollo la idea de que el habla del psicoanalista es ejemplo del lenguaje humano en estado de pureza, y dio de éste la definición siguiente: 'El lenguaje humano constituye una comunicación en la que el emisor recibe del receptor su propio mensaje en forma invertida.

La interpretación en primera persona.- Llamamos interpretación en primera persona (alusión a la primera persona de la conjugación verbal) a la intervención en que el psicoanalista comunica al paciente un deseo personal que experimente a su respecto; se centra, pues, en la relación del psicoanalista con el paciente, en tanto que la interpretación clásica se centra solo en el paciente, a quien trata de explicar lo que ocurre en el interior de su aparato psíquico. La interpretación clásica gira en torno a la resistencia y a la transferencia del paciente; el psicoanalista, por su parte, efectúa el autoanálisis de su contratransferencia. La interpretación en primera persona se emplea, por excepción, cuando el sistema transferencial del paciente ha invadido sus análisis hasta tal punto que la interpretación clásica no consigue sino reforzar ese sistema. Al hacer una interpretación en primera persona, el psicoanalista y el ser humano ya no son más dos cosas distintas. El intérprete habla de sus propios afectos y comunica al paciente algo de su contratransferencia, sin abandonar no obstante la actitud analítica. Se basa en lo que siente personalmente, como persona que practica el psicoanálisis y que por eso mismo desea que las pulsiones de vida predominen sobre las pulsiones de muerte. Se brinda así al paciente la posibilidad de identificarse con el psicoanalista, por cuanto aquél, durante la fase depresiva o persecutoria, ha regresado a un estado -descrito por Kohut- la indiferenciación de sujeto y objeto. De un modo general, nos parece que la interpretación en primera persona resulta útil para actuar directamente sobre el proceso primario que subyace a la neurosis. Sin duda plantea el problema de la contratransferencia y de lo que el psicoanalista revela sobre ella, inconsciente o deliberadamente, cuando interpreta.

En cambio, las tentativas del paciente dirigidas a obtener que el psicoanalista le comunique sus sentimientos personales, deben ser entendidas como una perversión de la transferencia -por lo general, como una erotización de la situación psicoanalítica- y requieren del psicoanalista una interpretación clásica o bien el silencio.

Interpretar resulta, puede sostenerse, más difícil cuando el paciente expresa, por medio de un discurso cuya forma y vocabulario parecen edípicos, procesos pregenitales o fuertemente impregnados de progenitalidad. Pero la apariencia de genitalidad transmitida por el discurso, está destinada, como consecuencia de un proceso por lo general inconsciente, a provocar al psicoanalista. Esta provocación tiene por finalidad proporcionarle placer y, a la vez, reducirlo a la impotencia psicoanalítica.

Resumen de Annie y Didier Anzieu, La interpretación en primera persona.

Interpretación: hecho, imagen, relato.- Cabalgando entre lo observacional y la conjetura fundada, el término 'hecho' refiere niveles bien diversos según los contextos, y, -como las lógicas difusas cuyo 'valor de verdad' va del 0 a 1- le caben varios grados de verosimilitud, desde la cuasi-certeza hasta la cuasi-fabulación. Ciertos observables no ofrecen mayor duda pero sí diversos aspectos de su interpretación. No deslindo de plano observación e inferencia -ni en lo que a mi liebre ni en lo que a mí concierne-. Que la liebre torció por segunda vez su rumbo entrando en la leña cuando el primer giro la puso fuera de la visual de los perros, lleva a conjeturar que los 'suponía' dependiendo de lo visual, tal transferencia parece condición de engaño, sin que pueda afirmarlo. Empero la observación etiológica de la interacción presa-predador avala adjudicar a la liebre una 'teoría' del actuar de los perros, marco de esos otros 'hechos', sus elecciones estratégicas. No desde ya teoría como 'conceptos claros y distintos', sino en el oscuro nivel que compartimos con las bestias -y con los analizados- al que me acerco como bio-lógica.

¿Dónde ubicar esos otros 'hechos', mi ponerme en el lugar de la liebre, mi terror desde la liebre de que fuera alcanzada, y mi júbilo en su éxito? Lejos de lo *cogitatio* son del orden de la inmediatez: equiparaciones con mi self y mis objetos inconcientes, identificaciones 'inter-específicas' donde las ansiedades de aniquilación establecen analogías y vínculos emocionales. Situación que se da ya, e intensamente, en niños pequeños. Este 'modo natural' a un tiempo emocional y conductual toma en u, antes de Hegel, la 'lógica' de la conducta del otro -como mi liebre a sus perros- aunando en 'formas'

plenas de afectos, en 'clases afectivas', incluso especies distantes. En ese nivel ¿cabe hablar ya de intersubjetividad?

¿Qué relación tiene esto con el psicoanálisis? Dice Wilfred Bion: 'Hay un miedo inherente al interpretar. Si el psicoanalista interpreta como debe su actividad es indistinguible de la del animal que investiga lo que teme: olfatea el peligro... Si se erizan los pelos de su nuca sus sentidos primitivos, arcaicos, indican peligro. Su tarea es ser curioso del peligro y no cobarde e irresponsable... Quien no sienta miedo al incluirse en un análisis no está haciendo su tarea, o no sirve para hacerla.

Era preciso 'olfatear' qué peligro *ambos* compartíamos. El peligro del tigre y el ciervo acercándose... podría diagramarlo así:

Tigre	Algo va a ser comido	Ciervo
	Algo va a escapar y no va a haber qué comer	

Esto debe un miedo compartido'.

'Olfatear' el peligro elucida la génesis de la interpretación, la fase de *paciencia* donde el analista se aproxima a lo desconocido del analizado y de él mismo sin caer en una 'búsqueda irritada de hechos y motivos'. Emergerá un *pattern*, una *forma* llevando al estado de *seguridad*: puede entonces interpretar, que no implica certeza ni verdad sino solo lo que cabe afirmar en tal momento y contexto. El estado mental de *paciencia* rescata la *ingenuidad* en la observación para 'olfatear' el miedo compartido: sin memoria, sin deseo, sin comprensión evolucionará su 'pattern' o 'forma'. La imagen es, en el nivel primario de la bio-lógica, inseparable de los 'hechos' por un lado y de la 'teoría' por otro. El nivel del relato, la 'lógica' privativa del hombre, depende de la 'imagen', de un conocimiento por familiaridad. El relato interpretativo del analista, si accede a algo nuevo, pondrá en marcha un 'experimento de pensamiento' que rectifica nuestras teorías inconcientes al reconsiderar experiencias, previas o actuales. Resumen de Jorge L. Ahumada, Interpretación: hecho, imagen, relato.

Interpretación y construcción.- Hay un sentido amplio y otro restringido del término. Dice Freud: 'Interpretación se refiere a algo que uno hace a algún elemento único del material, tal como una asociación o un acto fallido. Pero es una construcción cuando uno expone delante del sujeto del análisis una pieza de su historia temprana que ha olvidado, de algún modo parecido a: hasta sus *n* años usted se consideró como el único e ilimitado poseedor de su madre; entonces llegó otro bebé y eso le trajo una grave desilusión; su madre lo abandonó por algún tiempo, y aun después de su reaparición ella nunca más se dedicó a usted exclusivamente. Sus sentimientos hacia su madre se hicieron ambivalentes. Su padre adquirió una nueva importancia para usted...'

Esta es la definición clásica de construcciones y se encuentra, por supuesto, en *Construcciones en el análisis*. Y corresponde a lo que podríamos llamar 'definición restringida'.

Otra definición, para Aslan, extremadamente interesante es la que da, un año después de *Construcciones...*, en el *Compendio...* Escribe: 'Recogemos material para nuestro trabajo de una variedad de fuentes, de lo que nos es brindado por la información dada por el paciente y por sus asociaciones libres, de lo que nos muestra éste en sus transferencias, de a lo que llegamos interpretando sus sueños y de lo que él traiciona por sus actos fallidos. Todo este material nos ayuda a hacer construcciones acerca de lo que le sucedió y ha sido olvidado, así como acerca de lo que está sucediendo en él ahora sin que él lo comprenda'. La primera parte ('construcciones acerca de lo que le sucedió y ha sido olvidado') es lo que todo el mundo entiende por construcciones. Pero la segunda ('lo que está sucediendo en él ahora sin que él lo comprenda') ya me parece dar un paso más.

El campo de las construcciones se amplía desde esta perspectiva. Algunos historiales de Freud, en especial el del Hombre de las Ratas, favorecerían tal perspectiva.

Parece evidente que Freud se movía con un concepto amplio de construcciones, en cuanto a cantidad, calidad, etc. Sin embargo la definición y, sobre todo, el ejemplo dado en *Construcciones...* -a juicio de Aslan- crear una zona ambigua, situada entre la construcción más clásica y la interpretación más típica, donde las construcciones -con todo derecho a ser así llamadas- eran calificadas de interpretaciones.

Inclusive Freud señaló; 'Si en las exposiciones de técnica analítica se dice tan poco sobre construcciones, es porque se habla en cambio de interpretaciones y sus efectos. Yo creo que construcciones es de lejos la descripción más adecuada':

Aslan plantea la hipótesis de que Freud mismo fue -inadvertidamente- responsable de esta situación.

Para finalizar este primer punto Aslan cree entonces que si aceptamos el concepto amplio de construcciones, reconoceremos en nuestra práctica clínica diaria su empleo frecuente y en interrelación dinámica con las interpretaciones.

El segundo punto que aborda Aslan es el que se refiere a la teoría de la técnica de las construcciones. ¿Para qué sirven las construcciones? La respuesta solo puede surgir de la teoría subyacente en la cual nos basamos para evaluar sus efectos. Una de las teorías de la operatividad de las construcciones es la que emerge de los historiales del Hombre de las Ratas, del Hombre de los Lobos, e incluso *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina*. En estos historiales gravita la primera tópica. Y es posible que no esté reformulada en *Construcciones...* En términos de la segunda tópica. El objetivo

principal, central, de la construcción de los historiales era recuperar los recuerdos, cegar las lagunas mnémicas, para comprender el sentido de los síntomas. Si los recuerdos no eran obtenibles de por sí, directamente, o a través de la convergencia y la acumulación de interpretaciones de sueños, como por ejemplo en el historial del Hombre de los Lobos, el analista *construía*, de acuerdo con suposiciones lógicas o en ciertos casos con la intuición empática. Freud dice en algún momento: el analista adivina.

Aslan cree que *Construcciones en el análisis* se debe articular con las dos obras contemporáneas importantes de Freud: *Moisés y el monoteísmo* y *Análisis terminable e interminable*. Con *Moisés...* tiene una relación obvia a través del concepto de verdad, histórica y material. Esto lo condujo a escribir *Construcciones...*, a reactualizar el tema. Pero no lo reactualizó del lado de la segunda tópica, como sí lo hizo en *Análisis terminable e interminable*. Esta sea quizá la labor que debamos hacer nosotros; relacionar la construcción especialmente con las alteraciones del Yo, con los efectos de los traumas y con la actuación de la pulsión de muerte a través de las estructuras superyoicas.

Hecha esta introducción, Aslan dice que lo que señala una construcción, es que hay uno o más aspectos olvidados, reprimidos (en el sentido de haber sido objeto de la defensa), de la interacción del sujeto con sus objetos, con su medio; interacción que estructuró una determinada característica en su psiquismo. Es cierto que la construcción de los años olvidados -como dice Freud- se dirige a la historia del sujeto. Se trata aquí, para Aslan, de un momento o momentos condensados, superpuestos, pero en todo caso míticos. Quiere decir el autor que la verdad histórica es la vivencia del sujeto pulsional. Es claro entonces a qué se refiere 'la historia temprana que olvidamos'. Para mí, se refiere a estos momentos míticos que tienen el valor privilegiado de señalar la constitución de una determinada estructura psíquica. De aquí tenemos que esta estructura permanece y se repite. ¿Dónde se repite? 1) En la vida real del sujeto, 2) en sus transferencias, 3) en su psiquismo ('lo que está sucediendo en el él ahora, sin que él lo comprenda', re-citando a Freud). Aslan cree que éstos son los lugares de 'las otras' construcciones.

La estructura, o los efectos de la estructura, aparece en los múltiples ropajes psíquicos -como los llamaba Freud- que le provee la individualidad del sujeto en sus diversas circunstancias. Las construcciones, las hipótesis del analista, apuntan al develamiento de circunstancias olvidadas, pero no tienen como objeto la recuperación del recuerdo en sí, sino el darle nombre y fecha -histórica, mítica- a las estructuras actuales y presentes.

Entre las construcciones de la historia temprana se señalan la estructuración, y las restantes construcciones que señalan tanto la repetición de la estructura como sus posibles reconstrucciones por circunstancias internas o externas, no existe ninguna oposición. El analista se apoya en unas y otras, y eso le permite un mayor empleo de ambas.

Igualmente se comprende que no hay ninguna oposición entre construcción e interpretación, ni siquiera en las interpretaciones transferenciales.

La recuperación o reconstrucción del pasado olvidado no es un fin, sino un medio para operar sobre las estructuraciones psíquicas patógenas, para buscar una desestructuración y luego una reestructuración más adecuada. En otras palabras, su mutación.

Resumen de Carlos Mario Aslan, Mariano Dunayevich, Gilda S. de Foks, Augusto M. Picollo y Andrés Rascovsky, Interpretación y construcción.

La interpretación: su escucha y su comprensión por el paciente.- El propósito de la autora aquí es encarar aquí la actitud del paciente ante la palabra del analista, los diferentes modos de recepción y de utilización de la interpretación en el tratamiento, en función de qué lo que estos modos pueden variar en el paciente. Por supuesto, no nos concentraremos en la transferencia; queda implícito que todo lo que decimos aquí de la resonancia de la palabra del analista en el paciente sucede en la transferencia.

Pero es evidente también que cada paciente posee su modo transferencial. Y ese modo sin duda no carece de relación con la actitud aparente del paciente hacia la palabra de su analista.

Nuestra orientación es diferente de la de Freud. Nos lleva a examinar qué sistema utiliza el paciente particular al escuchar a su analista, a través de la continuidad del análisis. Con esta intención hemos extraído algunos resúmenes de las observaciones de casos cuyo estudio nos condujo a ciertas hipótesis.

En particular, retuvimos la idea de que la estructuración por medio del análisis de los contenidos verbales propuestos por el analista varía en su forma según el tipo clínico del paciente. Para continuar de algún modo el pensamiento de Freud sobre la interpretación, diremos que los procesos dinámicos que permiten a alguien el acceso al inconciente, el 'método' del sujeto en análisis, varían con las neurosis.

Considerada desde el punto de vista del paciente y del eco que éste envía al analista, la interpretación cuestiona la concepción de la relación de las tres instancias en el paciente. El tratamiento psicoanalítico tiene por finalidad extender la autonomía del Yo frente al Ello y al Superyó. Freud da al Yo una función primordial en la personalidad: lo hace el agente de síntesis de las pulsiones, el lugar de formación de las defensas y también la sede de la angustia. Dirigiéndose al Yo de su paciente, el análisis sabe que va a crear en ese Yo un nuevo conflicto, que va a suscitar nuevas defensas, pero ante todo que hará nacer la angustia. Es por su modo de expresión de esa angustia como el sujeto proporciona a su analista una gran parte de sus elementos necesarios para las construcciones que poco a poco penetran hasta lo reprimido.

Si nos atenemos a la segunda tópica freudiana, la de las tres instancias, quedaría por completar nuestra perspectiva tratando de precisar con qué concepción del Yo se la puede relacionar. Este Yo aparece a

menudo, a través de los escritos de Freud, después de 1920, y las discusiones psicoanalíticas actuales, como una entidad, un órgano afectivo, separable del Ello y del Superyó como todo órgano esencial del cuerpo, que sin embargo aparece dentro de él. Incluso se ubican en él, a veces, 'zonas' o 'núcleos' que, de alguna manera, materializan la difícil representación de lo que constituye la esencia misma de lo humano a través de su lenguaje.

A la luz de nuestras observaciones nos sentimos más bien inclinados a considerar al Yo al cual se dirige el analista como el punto de equilibrio entre las pulsiones y la represión. Freud atribuye al Superyó un papel de autoridad cuyo matiz varía con el modo neurótico del sujeto. Es así como la **Inhibición, síntoma y angustia** distingue la elaboración de las defensas por el Superyó en el histérico y en que la represión incluye el recuerdo, mientras la prohibición se instala en el nivel conciente. El S en el obsesivo. Encontramos la expresión de esta coloración diferente en la respuesta del paciente a la interpretación dada por el analista.

De este modo volvemos a encontrar la hipótesis de Freud según la cual el Yo se encuentra tendido hacia dos extremos: si el Superyó nos parece nacer del Yo cargado por los procesos primarios, en ciertos textos de Freud lo vemos derivar directamente del Ello en la medida en que 'se opone al Yo, cargado de los poderes del mundo interior, del Ello'. (**El Yo y el Ello**)

Freud, siempre en **Inhibición, síntoma y angustia**, distingue la represión de las prohibiciones, en el sentido en que la represión excluye el recuerdo, mientras la prohibición se instala en el nivel conciente. El Superyó participa de la protección del Yo permitiendo que se invistan imágenes que serán un obstáculo para las fuerzas pulsionales. Así, el Superyó ayuda a la represión, actúa en su mismo sentido. Organiza las prohibiciones con el Yo, oponiéndose al Ello.

De alguna manera el Superyó, formado después de la diferenciación del Ello y del Yo, es la instancia sobre la cual reposan las defensas del Yo frente al Ello. Las motiva, controla los afectos, los filtra, puesto que derivan de las pulsiones. Es bajo esta acción defensiva cómo el Yo debe considerar los afectos y las representaciones que vienen del Ello y cuya presión soporta.

La interpretación se dirige siempre al Yo del sujeto para hacerle comprender lo que ha dejado pasar del Ello y del Superyó. Conviene que se la dé cuando el paciente puede entenderla y tomando en cuenta también cómo puede entenderla. En esta orientación no debe dejarse de prestar al recibimiento del analizando una atención que no se limite solo a lo bien fundado del contenido.

Hemos sido llevados a comprobar que cuánto más grave sea la estructura neurótica, tanto más implica la invasión del Yo por la fantasía. Es entonces cuando la interpretación se hace más frecuente en el tratamiento, y más intensamente negada o anulada.

Si se quisieran observar en este sentido las modalidades de escucha de los pacientes, se podría describir toda una gama de manifestaciones de deseo y reticencia, de absorción y de rechazo hacia la palabra del analista.

Nos parece que como regla general, cuanto más cercano está el Yo del Ello, más el Superyó del analizando interviene para impedir la escucha de su analista.

De este modo, la articulación de las tres instancias de la personalidad es lo que provoca diferentes escuchas de la interpretación.

Resumen de Annie Anzieu, La interpretación: su escucha y su comprensión por el paciente.

Dificultad de un estudio psicoanalítico sobre la interpretación.- *Sobre algunas dificultades inconscientes preliminares.*- Encarar la interpretación de una perspectiva clínica, es decir, examinar las interpretaciones tal como la formulan los psicoanalistas y las reciben los pacientes, moviliza inevitables angustias. El psicoanalista que se aplica a este estudio tiene la impresión de hacer entrar a terceros en el secreto del coloquio singular, en la intimidad de la relación dual. Y si se es este tercero, se corre el riesgo de experimentar el sentimiento de un *voyeur* que trata de asistir al comercio que el psicoanalista tiene con su paciente, de espiar lo que le dice, de imaginar lo que le hace. Así, la angustia de la escena primaria conduce a fantasear la interpretación como una violación sádica.

Otra dificultad está ligada con la angustia del psicoanalista ante un posible cuestionamiento. El psicoanalista habla de buena gana de sus casos, de las satisfacciones que éstos le dan, a veces de los problemas que le plantean, más a menudo de los problemas que le han planteado y que ha sabido resolver. Es una manera de no hablar de sí, salvo hablar para su provecho. Hablar de las interpretaciones que le ha parecido correcto formular, hablar de cómo las dijo, es exponerse como fue Edipo niño por sus padres, es ofrecerse a las interpretaciones que nuestros cófrades no dejan de formular en voz baja o alta sobre la falta de oportunidad, la torpeza, la inexactitud de nuestras propias interpretaciones. Se trata de un proceso general, que encontramos actuando en el tratamiento: toda interpretación se expone a ser interpretada.

Es esta teoría de la interpretación la que nosotros cuestionamos. La tesis que desarrolla este artículo y el de Annie Anzieu es que la interpretación formulada por el psicoanalista es un proceso secundario infiltrado por el proceso primario y que el paciente entiende la interpretación, en este doble nivel.

El psicoanalista que expone sus interpretaciones en el curso de una conferencia ante sus cófrades, se arriesga a provocar y experimentar la angustia primitiva bajo las dos formas que Melanie Klein describió: persecutoria y depresiva. Kris, al tratar sobre la interpretación, ya hacía notar cómo culmina, a propósito

de este tema, la intolerancia de los psicoanalistas, unos hacia otros, intolerancia hacia su modo mutuo de pensamiento; ahora bien, el pensamiento difiere en cada uno de nosotros en la medida en que está inevitable y estrechamente articulado por nuestra vida interior. Por lo demás, cualquiera que esté un poco familiarizado con las reuniones y la vida en las sociedades de psicoanalistas, ha podido verificar la constancia de este hecho, que provee un argumento para nuestra tesis. Si la interpretación fuera pura razón y los analistas puros espíritus, se pondrían de acuerdo sobre los enunciados científicos que rigen la interpretación y sobre sus aplicaciones prácticas, en lugar de disputar por ello. El hecho es que discuten, es decir, disputan. Entonces significa que la interpretación funciona de otro modo.

La interpretación no podría alcanzar el inconciente si le fuera radicalmente extraña. Al contrario, habría que encararla como un producto de los procesos dinámicos, económicos, tópicos y genéticos propios del aparato psíquico. Su propio análisis personal, llamado didáctico, si bien ha cambiado algunos aspectos del funcionamiento de su aparato psíquico, no ha modificado en el psicoanalista la naturaleza misma. Por eso un estudio psicoanalítico de la interpretación nos parece que requiere, como lo hace más adelante Annie Anzieu, que se vea primero cómo el aparato psíquico del paciente recibe interpretación.

La escuela lacaniana se jacta justamente de un regreso a Freud cuando recuerda que es el paciente que tiene que hacer su psicoanálisis y que el alumno-analista se insta a analista por la realización misma de este trabajo, o, al menos, de esta praxis. Pero ella se desvía del espíritu freudiano a partir del momento en que tiende a valorizar una forma de análisis en que finalmente el analista no analizaría absolutamente nada. El psicoanalista lacaniano es una presencia-ausencia, un testigo ante el cual el paciente procede a su propio análisis y que rehúsa por su silencio, responder al requerimiento del paciente y coincidir con la imagen que éste hace de él. Corresponde al paciente descubrir, con la vanidad de su requerimiento, que su imaginario no es más que imaginario. La 'interpretación' lacaniana tipo es del género: 'usted (el paciente) se da perfecta cuenta de que todo lo que pregunta es puramente imaginario'. Otra forma de interpretación indirecta concierne a la insistencia del paciente referida a un mismo problema; 'usted todavía está allí'. La división del trabajo, tan criticada por la escuela lacaniana, persiste finalmente en ella bajo otra forma. En el tratamiento, el paciente vive interminablemente la frustración, la regresión y la transferencia ante el analista cuasi-mudo y ausente.

La palabra del analista, según Lacan, daría el ejemplo en estado puro del lenguaje humano: 'El lenguaje humano constituye una comunicación en la que el emisor recibe del receptor su propio mensaje en forma inversa'. Esta fórmula, que vuelve a todo lo largo de los **Ecrits**, está seguramente más próxima de lo que su autor cree del no-directivismo de Rogers y de su 'envío en espejo' (que es también una simetría invertida). Cada vez que la formación no lleva al futuro psicoterapeuta a un punto en que adquiere la posibilidad de interpretar, la interpretación es devaluada y reemplazada por el rebote, la redundancia, el borborigmo, y finalmente la puntuación. 'Representamos un papel de grabación...'

Se señala otra dificultad. Cuando el psicoanalista interpreta, se interesa por su paciente, no por sí mismo. Está atento a todo lo que en el paciente fundamenta una interpretación por venir y a todo lo que marque los efectos de una interpretación ya pasada. ¿En qué medida su escucha del paciente no será perturbada si se escucha a sí mismo en el momento de interpretar? Se trata aquí del problema de la posibilidad de la misma investigación científica en psicoanálisis. Con Annie Anzieu hemos hecho esta experiencia -no sin una cierta inquietud, compensada por las conversaciones que teníamos juntos- durante los pocos meses en que preparamos la exposición que luego produjo su artículo y el mío. Nuestra experiencia nos permite ahora afirmar que se trata de una falsa dificultad. Al mismo tiempo que las razones por las cuales un psicoanalista interpreta se nos hacían más claras gracias a esta investigación en común, nos sentimos mucho más cómodos para encontrar, en los tratamientos que llevábamos al mismo tiempo, las interpretaciones requeridas y para comunicarlas.

Sobre algunas dificultades semánticas.- El término alemán empleado por Freud es **Deutung**, que deriva como **Bedeutung**, del verbo **deuten**. Este tiene tres sentidos:

1) Señalar, mostrar con el dedo o con los ojos, hacer alusión (este sentido, tomado al pie de la letra, conviene a la interpretación psicoanalítica: ¿acaso ésta no consiste en 'hacer alusión' o en 'poner el dedo en'?

2) Leer en los astros, anunciar, presagiar.

3) Dar un sentido, explicar, interpretar. El verbo francés **signifier** cubre más o menos la primera y la última acepción (se **signifie** una demanda judicial; las frases **signifient** pensamiento).

La traducción más literal más literal de **Traumdeutung** sería entonces no **Science des rêves traduccives** (Interpretación de los sueños) de la segunda traducción francesa P.U.F., 1967), sino más bien **Significado de los sueños**. La etimología **Deutung** se encuentra en **deutsch**. La **Deutung** consistía originariamente en introducir en el alemán, lengua popular, un término que entonces no existía más que en latín, por ejemplo; luego consistió en hacer aun más alemán un término alemán. La **Deutung** refuerza el sentido germánico de una palabra o de una expresión. El sentido primero de interpretación, en alemán, parece entonces suponer que el sentido, en general, existe de modo implícito, desconocido, y que hay que acentuarlo para que se manifieste: la designación del sentido lo haría más significativo.

Las dos hipótesis básicas estructuralistas en lingüística, según se sabe, son las siguientes:

1) La lengua es una realidad **sui generis**, presupuesta por todas sus manifestaciones concreta o habla, de la cual conviene distinguirla; el habla es la manifestación de la lengua en su sujeto particular y en un contexto particular; al contrario, el estudio de la lengua como tal, debe eliminar las consideraciones psicológicas o sociológicas.

2) El estudio de la lengua se efectúa a partir de textos precisos, completos y de dimensión finita; los primeros trabajos de los formalistas rusos, hacia la década del 20, se refirieron a textos literarios, especialmente poéticos, y luego a transcripciones de relatos de los cuentos populares rusos transmitidos de generación en generación por vía oral.

La aplicación a la técnica psicoanalítica de estos dos principios entrañó la puesta entre paréntesis del sujeto y de sus afectos, al desplazarse la atención psicoanalítica hacia la letra del discurso.

Ahora bien, las cosas durante un tratamiento no suceden como lo pretenden los estructuralistas. Es curioso que la concepción, tan frecuente entre cierto tipo de pacientes al principio del tratamiento, del psicoanalista como robot registrador, como máquina cibernética, como pura mecánica intelectual, vuelva a ser tomada en cuenta por los mismos analistas. ¿Y qué contratransferencia negativa, qué desdén soberano vienen a imponerse en ellos a la 'naturalidad acogedora', así llamada por Freud, cuando en lugar de considerar al sujeto hablante como creador de su discurso, como productor de un número indefinido de enunciados de los cuales algunos pueden ser nuevos, ponen al sujeto entre paréntesis y lo obligan a expresar el más acá de un texto impersonal? El estructuralismo psicoanalítico induce así en el tratamiento una dimensión inanalizable de angustia persecutoria. ¡Qué desviación de la transferencia en el paciente que se siente considerado por su analista como un texto, no como un sujeto!

El psicoanalista se transforma en un intérprete cuando la fantasía del paciente entra en correspondencia con su vida fantástica personal, y cuando ha podido hacer suya la fantasía del analizando sin confundirla con sus propias fantasías. Es la diferencia entre esta fantasía en el psicoanalista y en el paciente lo que hace que haya interpretación. Hasta la interpretación, para el paciente la fantasía es unívoca. La interpretación le hace comprender cómo siente el psicoanalista esta fantasía y le permite encararla de otra manera.

Dada en ciertos momentos, que después se revelan fecundos, la interpretación hace que el paciente entre en contacto en un plano racional con el inconciente: la fantasía cambia de valor, al pasar de la subjetividad en la que estaba encerrada, a la intersubjetividad de los intercambios verbales en que se transforma al hablar. Pero la interpretación, al mismo tiempo, provoca que el paciente haga una regresión en su relación con el analista. Su eficacia está allí, más bien que en la justeza de su expresión.

Cuando hablan de sus interpretaciones, los psicoanalistas se interesan sobre todo en la exactitud del contenido y sólo secundariamente en una cierta felicidad en la formulación. Ahora bien, no es a esto a que los pacientes están atentos, salvo cuando el tratamiento está ya muy avanzado. La situación analítica produce parcialmente una regresión del analizando al estado de angustia, de prematuridad, de impotencia, del lactante. Lo que escucha al principio, cuando se le habla, es una entonación. Desgraciadamente, el psicoanalista no puede hablar del tono que utiliza para sus interpretaciones, ya que a menudo no tiene conciencia de él. No es seguro que sus colegas puedan extrapolar, a partir del tono que usan cuando hace una exposición o entra en un debate con ellos, cuál es el tono que emplea en el coloquio singular con sus pacientes, y la irritación de los psicoanalistas hacia sus cófrades que no abren la boca en las reuniones científicas proviene sin duda, en buena parte, de que no pueden adivinar cómo se conducen en sus tratamientos. La entonación hace que una interpretación que se formula a un paciente sea para él un objeto bueno o malo. Y qué situación conflictiva y adecuada para fijarlo en la neurosis se produce cuando la interpretación pertenece a una categoría por el contenido y a otra por la entonación. Al fin de cuentas, son nuestros pacientes quienes, al terminar los análisis, nos enseñan más sobre nuestras entonaciones, y de manera general, sobre nuestro estilo, y nos permiten hacer evolucionar nuestra manera de ser analistas.

Sobre una dificultad teórica.- Las dificultades de la interpretación examinadas hasta aquí surgen, como todas las dificultades psicoanalíticas, tan pronto del inconciente, tan pronto de las palabras. Un tercer orden de dificultades se encuentra en la articulación de las palabras con el inconciente. Esto resulta de la ausencia de una teoría psicoanalítica clara y fecunda, relativa a esta articulación. ¿Cómo 'podríamos darnos plenamente cuenta de la interpretación, es decir, de la relación entre la palabra del psicoanalista y la fantasía del paciente, si primero no hemos elucidado los efectos de la adquisición del lenguaje sobre el aparato psíquico en el sentido en que lo entienden los psicoanalistas?

Interrogarse sobre las relaciones del lenguaje y el pensamiento, en efecto, es una manera distinta de plantear una cuestión propia de la psicología. Para el psicoanalista, las representaciones y los afectos están asociados en el niño con las funciones del cuerpo y con las relaciones con otros cuerpos (principalmente el de la madre), durante las cuales aquéllos se producen. Están localizados en regiones que no se refieren tanto al cuerpo real como a una topografía corporal imaginaria. Todo lo que el niño siente, lo siente en el interior de un marco de referencia constituido por la imagen de su cuerpo, de las funciones de ese cuerpo y de las relaciones de éste con otros cuerpos privilegiados o con fragmentos de ellos. Esto es válido tanto para la fantasía, organización particular de representaciones y de afectos, como para las palabras y las frases oídas y más tarde emitidas. Plantear el problema de las relaciones de

la palabra y el cuerpo -en la génesis del aparato psíquico y en el desarrollo del tratamiento- es una cuestión propiamente psicoanalítica.

La ciencia psicoanalítica no puede, actualmente, aportar una respuesta completa.

Resumen de Didier Anzieu, Dificultad de un estudio psicoanalítico sobre la interpretación.

Interpretación y sentido común.- Freud insiste a lo largo de su obra en la estrecha relación de la interpretación psicoanalítica con las lógicas del sentido común con que nos manejamos en nuestra vida diaria. Así en las Nuevas Conferencias Introdutorias de 1933 afirma que el pensar científico no difiere de la esencia de la actividad normal del pensamiento que aplicamos a nuestros menesteres vitales.

Freud percibe desde el vamos las diferencias entre cómo opera y cómo los procesos inconcientes, distinguiendo en 'La interpretación de los sueños' (1900) la lógica de los procesos primarios, característica del inconciente, y la lógica de los procesos secundario. Y logrando los puentes de pensamiento entre lo que sucede en los niveles inconcientes y lo que vaya captando la conciencia, hacer conciente lo inconciente, al darse cuenta que va haciendo asequible, observable y pensable lo que antes no conseguíamos percibir ni pensar. Solemos llamarlo con el término inglés 'insight', que significa visión hacia dentro e implica en realidad complejos procesos de analogía y comparación que surgirán en instancias concretas fuera y dentro de sesión. 'Ojos que no ven corazón que no siente': sólo en la medida en que lo hasta allí no visto se despliega y se hace observable desde nuevos puntos de vista, podrá surgir un proceso genuino del pensamiento basado en las evidencias de evolución.

Éstas deberán abarcar, inevitablemente, el ahora y el antes, e implicarán acercarse a la distinción, nunca lograda del todo entre el 'adentro' y el 'afuera', entre nuestra propia contribución no reconocida a lo que nos perturba o nos aqueja, y lo que corresponde a otros en interacciones cuya trama malentendemos.

Al irse desplegando, en eventos individuales examinables a la manera de ejemplos, los hechos psíquicos hasta entonces reconocidos, podremos deslindar lo que desconocemos o malentendemos, dentro del amplio contexto de lo que suponíamos conocer. Por ello dice Freud que no deberíamos hacer teorías sino dejar que arriben por sí, por sorpresa, como un extraño al que no se ha invitado. Es ahí central lo que llamó algunas veces 'indifferenz' y otras veces 'neutralität', esto es, lo que Strachey llamó la 'neutralidad benévola' del analista, que ha dado lugar a singulares malentendidos.

Resumen de Jorge Ahumada, La interpretación, el sentido común y las lógicas de lo inconciente.

Asociar e interpretar.- *El lenguaje emocional en la contratransferencia.-* Son numerosas y conocidas por todos, las sensaciones y emociones que puede experimentar el analista en relación con su paciente. Esta lenguaje emocional puede tener o no una explicación racional o estar relacionado con su neurosis de contratransferencia. Muchas veces, sin embargo, estas reacciones carecen de toda significación aparente; y aun en los casos en que se puede lograr una justificación, se observa que la intensidad de la reacción no es adecuada. Paula Heimann señala que estas reacciones contratransferenciales están en relación con los impulsos inconcientes del paciente y anuncian el conflicto reprimido que luego surgirá. La emoción que se produce en el analista es utilizada como un elemento de comprensión y guía.

En la misma forma la autora ha utilizado las emociones contratransferenciales y pudo observar y comparar que estas emociones estaban en relación con los deseos, sensaciones y emociones inconcientes del paciente (en relación con sus fantasías inconcientes). Además observó que cuando podía comprender en qué sentido sus reacciones emocionales y verbalizadas interiormente, desaparecían, y podía, por medio de los contenidos que le suministraba el paciente y de toda su actuación, encontrar la forma de expresión adecuada que le permitiera adquirir el conocimiento de sus deseos y sus defensas inconcientes. Pero esta tarea lenta e insatisfactoria, sobre todo en lo que se refiere a la vivencia emocional del paciente, la llevó a buscar y encontrar una forma de actualización más directa de los impulsos instintivos y sus defensas y que permitiera la expresión simultánea de la emoción, el acto y la imagen de la fantasía inconciente en actividad, es decir, una forma de actualización acompañada de las vivencias correspondientes a las fantasías primarias.

Por debajo de la actuación conciente, tanto del analizado como del analista, las ansiedades paranoides y los temores persecutorios entre ambos están sincronizados, y los procesos de identificación proyectiva e introyectiva por parte de ambos, son el fondo sobre el cual transcurre y se estructura la sesión.

La actualización de las fantasías.- Si al verbalizarse las sensaciones y emociones contratransferenciales, en relación con el paciente, éstas desaparecerían, al deshacer el proceso de verbalización por medio del análisis del acto de hablar, los contenidos desprovistos de carga debían recuperarla al liberarse la libido encerrada en el acto y aislada de la representación verbal.

Parte de esta libido también había quedado encerrada y aislada de la totalidad, en las palabras, que, al representar en un nivel muy primitivo objetos concretos, debían tener las cargas libidinosas dirigidas hacia éstos. El análisis de las palabras en sí permitía también la actualización de las fantasías, siendo la palabra analizada el objeto de la fantasía.

Esta palabra, objeto de la fantasía, actúa como un objeto intermediario entre analizado y analista, reteniendo aisladas cantidades de cargas que son así sustraídas de la relación analizado-analista.

De esta manera tradujo 'el hablar y el asociar' en actuación, y la 'interpretación', la actuación del analista, adquirió significados distintos a los de los contenidos, relacionados con las fantasías primarias del analizado, que lograron así verbalizarse.

El asociar y el interpretar como actuación.- Las actuaciones, el asociar, que unen al analizado con el analista, son vividas profundamente como lo que aquél hace a o con su analista; y la interpretación, la expresión y actuación del analista en su relación con el paciente, será vivida por éste como aquello que el analista está haciendo o quiere hacer con él, y que, además, es lo que el paciente quiere que haga el analista.

El paciente trata a su analista y lo maneja en la misma forma en que trata y maneja a sus objetos internos, y de la misma manera se siente tratado y manejado por él.

En un plano mágico, la interpretación como actuación del analista completa la 'gestalt' de la fantasía primaria inconciente que actúa en ese momento.

El hablar y la palabra.- El hablar como actuación y fuera del contenido realiza la satisfacción de impulsos libidinosos orales, anales, fálicos y genitales.

El hablar, la palabra, como forma de contacto, suple, reemplaza y realiza en el acto de hablar la primera forma de contacto con el objeto que es mamar, chupar. En estos primeros días las fantasías inconcientes carecen de representaciones visuales y están representadas por imágenes sensorio-motoras en las que se integra la función, el órgano y el objeto de la función.

Al analizarse 'el asociar' y 'el interpretar' en sí, surge la primitiva identidad *del acto, imagen y objeto y se realiza en el acto de hablar y de escuchar al analista*. El aspecto concreto somático de los símbolos, que estaba reprimido, se hace conciente y las imágenes verbales adquieren la emoción y el contenido correspondientes.

Cuando se han analizado e interpretado las fantasías orales, se comprueba que, al hablar, se realizan también fantasías anales, uretrales y genitales. El hablar permite entonces, llegar a las fantasías correspondientes a estas etapas del desarrollo de la libido.

Al analizarse el asociar e interpretar, fuera de sus contenidos, se comprueba que *el acto que simboliza es para el inconciente del analizado un hecho consumado*. Si el hablar en ese momento independientemente del contenido, tenía el sentido de morder y destruir al analista, este hecho para el inconciente del analizado se ha consumado. De la misma manera la interpretación del analista tiene fuera de su contenido el valor de un acto que éste consume con el analizado, siendo estos actos la realización de las fantasías inconcientes del paciente.

El hablar es un acto donde intervienen y se integran todos los niveles estructurales del hombre, y la palabra es la resultante de la síntesis afecto-acto-imagen, por medio de la cual el individuo se proyecta en el mundo externo y se conecta con los objetos.

Cuando algunos de los elementos (afecto-acto-imagen) que integran el hablar, está disociado, y alguno de ellos reprimido o deformado, *lo auténtico es el acto por el cual se descargan los impulsos instintivos en un nivel preconciente*, aislados de las correspondientes representaciones, afectos y finalidades concientes.

Es esta situación, *las palabras, en vez de ser un vínculo de conexión con el objeto, pasan a ser el objeto que el analizado proyecta o introyecta superponiendo a la realidad exterior su realidad interna*, como si las palabras fueran un *objeto intermediario*, que une y separa al mismo tiempo, al contener, reprimidas y aisladas, las cargas libidinosas que vinculan al sujeto con el objeto.

El hablar, como actividad simbólica, la palabra como símbolo en general y las expresiones simbólicas en particular se reconectan al analizarse el hablar con las cargas libidinosas correspondientes a la actividad que realizan y al objeto que simbolizan.

El hablar, como actuación, integra y realiza impulsos orales -chupar, morder, tragar, masticar- que se satisfacen en la actividad verbal.

El proceso de simbolización del lenguaje.- Al analizarse el hablar, tanto en el asociar como en el interpretar, se 'deshace' el proceso de simbolización que determinó la formación del lenguaje, se liberan los impulsos instintivos y se actualizan las fantasías primarias y los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva con el analista, con las demás personas y las cosas. Se vivencia la primitiva relación simbólica con los objetos y con el mundo.

Las palabras en el hablar son también vividas como alimento, como cosas buenas o malas (palabra-trago). La identidad comida-palabra y la acción de una sobre la otra y sobre el individuo se expresa en situaciones de observación común, por ejemplo: una discusión durante una comida, una mala noticia, una agresión verbal o la sola referencia de sucesos poco agradables, con particularmente mal vistos y provocan mucha más indignación porque se han realizado mientras el sujeto comía: *Le 'han amargado la digestión', 'elige siempre las horas de la comida para hacerme reproches'*. Las escenas familiares en la mesa son mucho más desagradables que en cualquier otra parte; la imposibilidad de comer, el retirarse de la mesa por una discusión o por una ofensa están en relación con la profunda y primitiva identidad de la voz, palabra, leche, trago, comida, que hace que el alimento se torne malo, adquiera cualidades perniciosas y sea, o bien rechazado, o bien provoque perturbaciones digestivas si ya ha sido ingerido.

Las sensaciones y emociones son señales de los deseos, sensaciones y emociones (fantasías) del paciente que estimulan al analista y despiertan en él, con la reactivación de sus fantasías primarias, la respuesta emocional necesaria.

El sonido, la voz y las palabras, considerados como algo perteneciente al sujeto que lo ha incorporado, no están relacionados de manera fija con el exterior y son utilizados para satisfacer necesidades orales, adquiriendo así su primera significación simbólica.

A medida que van apareciendo los objetos del mundo externo, este objeto interior se identifica con ellos y los representa.

La voz, la palabra y las relaciones de objeto.- Los deseos orales tienen una doble fuente: una libidinosa y otra destructiva; y es esta última la causa endógena de la ansiedad. La fantasía inconciente está ligada con la sensación, y las fantasías movilizadas en el acto de hablar -igual que el de comer- determinan el carácter del objeto analista, que luego será incorporado con la interpretación. La interpretación del analista, y éste mismo, entran a formar parte del mundo interno del analizado, pero estos dobles no son iguales a los objetos originarios, sino que están transformados con los impulsos y fantasías del paciente.

Al repetirse en la situación analítica las distintas etapas del desarrollo, el analista será vivido al principio como objeto parcial y la interpretación será totalmente buena o totalmente mala. Luego la fantasía de incorporación estará en relación con los objetos totales, aunque estén incorporándose los objetos parciales. Y la fantasía que se realice en el acto de hablar e interpretar, aunque esté en relación con los objetos parciales, se referirá a los objetos totales, es decir, al analista, su vida familiar, los demás pacientes, su vida de relación, su actividad, etc.

La función del hablar y las palabras en la economía libidinosa.- La actividad verbal y la palabra, al sustituir al acto y al objeto que representa, se apodera de cantidades de energía libidinosa que mantiene aisladas, facilitando la movilización de las cantidades restantes, que, al haber disminuido cuantitativamente, se modifican cualitativamente, puesto que las grandes cargas de energía libidinosa son sentidas como peligrosas debido a su intensidad. El apoderarse de cargas -ya que el mantenimiento, actualización y representación de los símbolos lo requiere- favorece el fenómeno de la represión. Al analizarse el hablar como actuación sobre el analista, se rompe este encantamiento de las cargas libidinosas, la palabra recupera su antigua identidad con el objeto, y es éste el que recibe la actuación por ser el objeto concreto de las fantasías primarias. Lo mismo sucede con la palabra del analista que, al identificarse totalmente con el acto y con el objeto proyectado e introyectado luego, recupera su significado total en un acto de finalidad determinada y que irá acompañado de las reacciones emocionales y somáticas correspondientes (fantasías).

Los objetos aprisionados en el soma y en la representación verbal son 'como arrastrados' por la corriente libidinosa, que se restablece concientemente, y su pasaje del analizado al analista y viceversa se vivencia casi carnalmente.

Los objetos buenos y malos al externalizarse son sometidos nuevamente al juicio de la realidad, perdiendo las cualidades extremas, eliminando lo dañino o asimilándose en la personalidad total los aspectos positivos. El analista sufre este mismo proceso y el paciente se identifica con él, colaborando en un mismo plano.

Técnica de la interpretación.- Cuando se interpreta el hablar y la palabra, debe interpretarse primero el acto y no el contenido. Éste no debe ser considerado en un primer momento, y la interpretación debe ser inmediata, lo que requiere muchas veces la interrupción del curso de las asociaciones del paciente. Se interpreta no lo que se dice con las palabras, sino lo que se hace al hablar y con las palabras, y aunque la elaboración de la interpretación requiere la utilización de los contenidos y de las asociaciones, la interpretación se hace siempre en función de lo que es el hablar para el paciente en ese momento.

La actuación precede siempre al pensamiento y, además, lo expresa en su verdadero significado total. La verbalización es solo un momento en el lapso de una actuación, pero en el acto de hablar toda esta actuación se repite simbólicamente integrando su causa y su finalidad.

Actualización de la omnipotencia de los deseos, pensamientos y palabras.- Al analizarse las fantasías primarias, surge y se hace conciente toda la omnipotencia de los deseos, de la palabra, y el paciente tiene la vivencia de su profunda convicción en su propia omnipotencia. Aunque simultáneamente comprende lo irracional de esta creencia, lo siente así, y sus deseos primarios hacia el analista son actos que actúan sobre éste y que luego, por identificación proyectiva, la interpretación, el hablar y la palabra del analista sobre el acto en el que se realizan las fantasías primarias del paciente, quien transfiere al analista sus propios deseos y necesidades instintivas, en plena actuación omnipotente hacia sí mismo.

Cuando el paciente hace conciente todo este proceso, adquiere una mayor conciencia de enfermedad. Comprende que su concepción del mundo exterior, de los objetos y de los acontecimientos está estructurada sobre el patrón de sus fantasías primitivas, y al externalizar concientemente su realidad interior, surge la realidad exterior y la consecuente reconsideración y revalorización de la misma.

Caída de la ansiedad, despersonalización y depresión.- Cuando el analizado vivencia hasta qué punto sus ansiedades paranoides provienen de la proyección, de la externalización de sus objetos internos en donde sus impulsos libidinosos se han estructurado, adquiriendo una forma, hay una súbita y vertical caída de la ansiedad, y el mundo y las personas, por el sólo hecho de sentir, como decía un paciente 'que

no hacen las cosas contra mí, que no me están vigilando, juzgando, sino que cada uno es como es, me dan..., es como lluvias, como agua que recibo en la cara'. El analizado experimenta, en una forma casi concreta, que aquello que le molesta en los demás es algo de sí mismo que en ellos ve. Surge entonces el valor real de los personajes, de su constelación, de los sucesos de la vida, y al comparar las circunstancias actuales con las imágenes que tenía de estos mismos hechos, objetos de su fantasía, hace que estas imágenes primarias 'se deshagan', 'de disuelvan'. Simultáneamente, con la pérdida de la peligrosidad del mundo externo y de los perseguidores, los objetos idealizados adquieren sus dimensiones reales. Los objetos disociados se integran y los pacientes entran en un período de depresión.

El dormirse en la sesión.- Coincidiendo con la disminución de las ansiedades paranoides los pacientes experimentan necesidad de dormir y duermen en forma prolongada y profunda. Esto sucede también durante la sesión y a veces se duermen; pero este dormir no tiene únicamente el carácter de fuga, de defensa, sino que es la expresión y la realización del deseo de abandonarse al analista, que ha perdido su condición persecutoria y en el que han sido colocados los objetos buenos, la madre buena gratificadora, el pecho bueno que reintroyecta en este dormir, repitiendo la situación de la lactancia.

Identificación e introyección.- La actualización de las fantasías orales, de los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva en relación con los objetos internalizados que se exterminan y reincorporan en el asociar y el interpretar y la repetición de estas fantasías y mecanismos con el analista como objeto, le permitieron a la autora observar cómo la introyección, base de la primitiva identificación, perturba este proceso por su carácter canibalístico o de vampirismo, que les hacía temer mi pérdida, mi destrucción o la posibilidad de que yo, dañaba, robaba, despojaba, me transformaba en perseguidora.

El hablar y la palabra como defensa frente a lo desconocido.- Por medio de la proyección en el mundo externo de los objetos buenos y malos, el individuo se proyecta a sí mismo; proyecta sus impulsos condensados, controlados dentro de una forma, y transforma la realidad exterior, o más bien, la encubre con su realidad interior.

De esta manera el mundo externo desconocido es cubierto por un mundo interno conocido, o más bien, que cree conocer totalmente en la medida en que puede nombrar y calificar las cosas, a las que cree así controlar.

Por eso y como defensa frente a la angustia que provoca lo desconocido, el hombre crea y mantiene una realidad interior que superpone a la exterior y cree manejar al mundo, los objetos y el tiempo y a sí mismo en la misma forma que maneja sus representaciones.

El temor a lo abstracto y la necesidad de lo concreto.- La diferencia entre estas estructuras está dada por la capacidad de manejar lo abstracto, capacidad que depende de su valoración, en cuanto a lo que simboliza, ya que lo abstracto está ligado a la idea de la libido.

Esta valoración de lo abstracto está en relación con la cantidad móvil de energía libidinosa, con la capacidad de movilizarla del interior al exterior, de sentirla como elemento de conexión que se maneja, como algo que se proyecta pero que no se desconecta de nosotros, sino que nos conecta con los demás y que no necesitamos introyectar, ya que nos pertenece y, más aun, es el medio el vínculo que nos permite adquirir lo que necesitamos y deseamos de los demás.

Aumento de la integración del Yo.- El Yo comienza en la boca al realizarse en ésta el primer acto voluntario en conexión con el objeto, en relación con el mundo, que es mamar; en este acto el Yo realiza una experiencia única (chupar y fantasear). No hay dicotomía entre cuerpo y mente.

De acuerdo a diversos autores, estas fantasías deben ser entendidas no en términos de imágenes visuales, sino muy probablemente en términos de imágenes motoras.

Las vicisitudes del lactante en relación con su pecho, la satisfacción y la frustración, hacen que ponga en juego los primarios mecanismos de defensa y que, frente a las situaciones de frustración, divida el objeto en bueno y en malo, anule, bloquee los aspectos y alucine cuando el caso lo requiera, el pecho bueno.

Al disociarse el objeto se disocia también el Yo, y el Yo, igual que el objeto, es dividido en dos aspectos -bueno o malo- cuando el caso lo requiere. Al analizarse el acto de hablar, se analizan y se actualizan estos primarios mecanismos de defensa; y el paciente revivencia en el acto de hablar la primitiva experiencia en la cual el acto, la sensación y la imagen formaban una unidad. Las sensaciones, el acto y la imagen, que estaban disociadas, se unen.

Integración en espacio y tiempo.- La integración del Yo requiere, simultáneamente, su integración con la realidad o sea, su integración con el objeto, la integración con este mismo objeto sobre el cual él se proyecta y que luego introyecta en la succión. El sujeto, al integrarse con el objeto, se proyecta, se conecta con la realidad, con el espacio, y adquiere de esta manera la noción de su movimiento, de su movilidad hacia el mundo externo, con la consiguiente readquisición, a través de la noción de movimiento y del espacio, de la noción temporal. Al conectarse con el mundo externo, el individuo se proyecta en el espacio y en el tiempo, en el futuro.

Reactivación de la masturbación.- A medida que el analizado va perdiendo temor a la fuerza de sus instintos y aumenta su capacidad de conexión con los demás y consigo mismo, aparecen fantasías de masturbación con objetos prohibidos o idealizados que luego realiza; o bien las refiere, si antes las había mantenido ocultas, ya fuesen actuales o pasadas; o las recuerda, si estaban reprimidas.

La mano como sujeto – objeto.- La mano es como la voz, muy apta para mantener la primitiva identidad sujeto-objeto (boca-pecho), lo conecta con el objeto y pertenece al sujeto, que, por lo tanto, lo maneja y domina; por eso conserva siempre un sentido de objeto bueno, gratificante, al que recurre frente a las frustraciones, del que puede obtener placer cuando quiere, o sea, manejar en forma omnipotente. Se admite que es normal la persistencia de la masturbación, en cierta medida, en toda la extensión de la vida del individuo. Parece que la mano, como objeto regresivo de la satisfacción libidinosa, es como un puente entre el individuo y el mundo, objeto real, en el que el individuo puede detenerse, atravesar y regresar en sus vicisitudes de relación con el mundo.

Vías de proyección e introyección.- Los sentidos, la mano y la motilidad, el movimiento, son las vías por donde la introyección y la proyección se realizan y los mundos externos e internos se continúan. El hablar y la palabra requieren, en este sentido, un trabajo de introyección y de proyección y una capacidad de recibir y de dar. La palabra como objeto,

Como imagen verbal que lo representa, es sentida como omnipotente, ya que sustituye al objeto y lo reemplaza, permitiendo mágicamente poseerlo en el espacio y en el tiempo más allá y por encima de la realidad. Por eso, tal vez, la palabra como imagen verbal, sonora o gráfica, es la heredera por excelencia de la omnipotencia del individuo, ya que le permite sobrevivir y actuar en una extensión de espacio y de tiempo irrealizable para el individuo mismo. Una palabra o frase justifica muchas veces una larga vida opaca y aparentemente estéril y conserva, a través del tiempo, un valor y una importancia que no se le atribuyó a quien la pronunció.

Ritmo interior.- En la medida en que el individuo pierde temor a sus instintos y no necesita inmovilizarlos ni dentro de sí ni en los demás, ni en las cosas, y se integra él mismo al con su pasado y con su futuro, al comprender que lo actual que valora de sí mismo ya de alguna manera existía anteriormente y el resultado presente es su consecuencia, adquiere la noción y la vivencia de su ritmo interior, de la relatividad, de la acción que han ejercido las influencias exteriores, sensación de su libertad interior. Este ritmo interno es, en último término, la consecuencia de su calidad emocional, de su instinto.

El movimiento, el ritmo, es un fenómeno emotivo. El hombre polirrítmico, y esta condición le permite conectarse con diversos objetos. El ritmo-movimiento depende, en último término, de los afectos, de la emoción, del instinto. Al hablar, el movimiento se transforma en sonido, en la voz que forma las palabras y que le da, con su tono y con su ritmo, su verdadero sentido y su mayor o menor capacidad de llegar al objeto.

En síntesis:

El análisis del 'asociar', del 'interpretar' y de las 'palabras'. Actualización de las fantasías inconscientes y logro de una mayor integración del Yo por medio de este análisis.

Este trabajo es el relato de los fenómenos observados a raíz del análisis de asociar, de interpretar y de las palabras. La forma en que se presenta está determinada por la aparición y comprensión de los mismos.

En la práctica analítica, la interpretación precedía siempre a la comprensión intelectual de un nuevo elemento, y por eso se observarán no solo repeticiones frecuentes, sino también el esbozo de un tema dentro de otro, solo que luego se desarrolla más ampliamente. Se logró con el análisis del asociar, del interpretar y de las palabras, la actualización de las fantasías inconscientes por una vía directa, obteniéndose una mayor integración del Yo.

En este trabajo el autor analiza detalladamente los fenómenos de la contratransferencia, el significado del hablar y la palabra, independientemente de su contenido. Aunque en la técnica de la interpretación se utilizan los elementos del contenido, obteniendo así la liberación de las cargas instintivas, ésta se hace en relación con lo que significa el hablar en el momento actual. Por medio de esta técnica se deshace el proceso simbólico del lenguaje y se puede observar su desarrollo completo. La detención de la evolución en el análisis y la repetición de situaciones neuróticas son consideradas como una forma de defensa frente a la angustia de lo desconocido en el curso de la vida, que lleva a lo desconocido de la muerte.

Se estudian además los mecanismos introyectivos y proyectivos, a los que se considera como una forma de adquirir conocimientos y de defensa, con relación a los objetos en el espacio y en el tiempo.

Resumen de Lisa G. de Álvarez Toledo, El análisis del "asociar", del "interpretar" y de "las palabras".

Porqué interpreta el analista.- *Conocimiento e interpretación.*- La premisa de este trabajo consigna a la interpretación psicoanalítica como el instrumento por excelencia del psicoanálisis y privativo de la interacción analista-analizando en un escenario (setting) apropiado. Cualquier analista quisiera definir la interpretación, pero supongo que encontrará escollos difíciles para hacerlo. Revisando la literatura comprobamos que el concepto de interpretación cambia a través del desarrollo del psicoanálisis; para un analista contemporáneo interpretar probablemente no tenga el mismo significado que para un analista de los años 20, 30 o 40. La concepción de interpretación también varía según la escuela conceptual del analista; es incuestionable que un analista con una advocación derivada de los desarrollos kleinianos definiría la interpretación de una manera diferente a un analista que se ha sostenido dentro del pensamiento clásico de Freud. Consultando el importante libro referencial de H. Etchegoyen 'Los fundamentos de la técnica psicoanalítica' hallamos que él mismo no se adscribe a una definición única de interpretación; para construir una idea definitoria de interpretación opta por tres perspectivas: la

información, la semántica y la operacional. No obstante la amplia gama de elementos en todas las definiciones de interpretación con que nos topamos, siempre hallamos uno común en todos los intentos de definición: el factor conocimiento.

En la concepción privada del autor de interpretación también tomará como factor esencial al conocimiento al cual estarían subordinados los otros: la interpretación propone al analizado un sentido nuevo a sus representaciones e inexorablemente, si queremos encuadrarnos dentro de la ciencia, tenemos que someterla a prueba de refutación en la situación analítica y solo allí, de lo contrario, la interpretación sería un dogma.

Por qué interpreta el analista.- El analizado organiza su mundo con base en teorías enredadas en una caterva de errores que lo alejan de otras menos equivocadas y más verosímiles. Estas teorías conforman sistemas cerrados autoalimentados y se hallan en la base de las relaciones de objeto. En un sistema cerrado de los malentendidos y las distorsiones de las experiencias emocionales proliferan con carácter tumoral maligno autónomo fuera de todo control de regulación. Supongamos un tumor con secreción hormonal propia, su secreción afectará a todos los demás sistemas del organismo pero éstos, como no sucede en condiciones normales, son incapaces para regular o frenar la secreción del tumor, el que continuará produciendo hormonas sin control, en un sistema cerrado no retroactivo como el del sistema endócrino normal. En nuestros días tenemos otro símil proveniente de la economía: la emisión de dinero no regulado por retroalimentación conduce a un estado inflacionario.

Figuremos ahora dos líneas en un sistema de coordenadas, una representa a un sistema cerrado y otra a un abierto retroactivo dependiente y que se alimenta desde afuera. Las dos líneas se interceptan en un punto determinado en el que los dos sistemas se contrastan como dos teorías competitivas a prueba de refutación. *En el punto de refutación y como resultado del contraste, emerge la interpretación del analista.* En la intersección del analista se desengrilla de la Identificación Proyectiva del paciente y halla las condiciones para proponerle una hipótesis desintoxicada o un conocimiento objetivo que podrá ser descartado o ajustado durante el proceso porque la interpretación solo es la hipótesis con probabilidad relativa.

En resumen.- El terapeuta toma en cuenta dos puntos de vista para desarrollar sus ideas: 1) la interpretación es el instrumento terapéutico por excelencia del psicoanálisis y 2) la interpretación en tanto todo un conocimiento.

Con estas premisas se propone la hipótesis de que la interpretación surge de la intersección de dos líneas: una corresponde a la teoría del paciente que obedece a sistemas cerrados autoalimentados y la otra al analista que opera bajo un sistema abierto retroactivo. La interpretación que emerge de esta intersección debe someterse a prueba de refutación en la situación analítica con las teorías competitivas del paciente. El autor concluye que la interpretación, para considerarla como tal, debe llegar a ser un conocimiento objetivo y autónomo de las emociones involucradas en la interacción analítica.

Resumen de Bernardo Álvarez Lince, Porqué interpreta el analista.

INTIMIDAD

Definición.- "Capacidad de establecer relaciones emocionalmente estrechas. Se adquiere en la etapa de adulto joven, en la que se trata de establecer relaciones profundas y de adquirir la capacidad necesaria para el amor íntimo. La intimidad está relacionada con diversos aspectos psicológicos, como la capacidad de afiliación, de adhesión y de compromiso. Se considera un ingrediente vital en las relaciones de amor; la autorrevelación de detalles íntimos, acerca de nosotros mismos, nuestras simpatías y antipatías, nuestros sueños e inquietudes y nuestros momentos de orgullo o vergüenza, crece a medida que se profundiza una relación y, sumada a la igualdad que implica mutuo apoyo, favorece la prolongación del llamado <<amor de compañero>> en el que se establece un vínculo más cálido y estable, presente tanto en las relaciones amistosas como en las de pareja".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

INTOXICACIÓN

Intoxicación aguda.- "Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas".

Belloch A y otros, *Manual de Psicopatología*, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 526.

Intoxicación alcohólica.- "Cuadro sintomático producido por el consumo reciente de cantidades excesivas de alcohol. El cuadro evoluciona desde la desinhibición producida por dosis bajas hasta la sedación total, incluso con pérdida de conciencia".

Belloch A. y otros, *Manual de Psicopatología* Vol I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 487.

INTROSPECCIÓN

Definición.- 1. Acción y efecto de observarse internamente a sí mismo. Su opuesto en psicología, como método, es la Extrospección, o sea, la observación externa. Se diferencia de Autognosis, que es una forma de comprensión y no estrictamente un método psicológico. La introspección es considerada por diversas escuelas como la única manera de captar lo psíquico y hacen de ella su principal o único método. Otras tendencias, como la Psicología de la Conducta (Behaviorismo o Conductismo), consideran en cambio que con la introspección se altera la objetividad de las observaciones, y utilizan preferentemente la extrospección. 2. La contemplación de una vivencia mientras está produciéndose o a través de la memoria representa el significado habitual del término, tal como lo emplean los cartesianos, los herbartianos, los empiristas ingleses y algunos psicólogos contemporáneos. 3. La descripción de una vivencia inmediata, en términos referentes de los elementos y actitudes que la misma comprende. El *introspeccionismo* sostiene que el método introspectivo constituye el procedimiento fundamental de la investigación psicológica.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

INTROVERSIÓN

Definición.- 1. Orientación de la libido hacia dentro, y retiro del interés por el mundo exterior. (Jung). 2. Actitud o tipo de personalidad caracterizado por la orientación de la energía psíquica del individuo hacia sí mismo y sus propias vivencias. La introversión, como tendencia a engolfarse y abstraerse en sus propios sentimientos, caracteriza tanto una actitud como un tipo de personalidad. El introvertido, frente a los problemas, tiende a refugiarse en sueños diurnos y representaciones imaginativas, rehuendo la acción decidida. El extrovertido es su polo opuesto: es más activo, dominante y de mentalidad más objetiva. Jung, al sugerir la clasificación en tipos introvertidos y tipos extrovertidos, ha dado lugar a una confusión. Abstracción hecha de los casos extremos, tanto el introvertido como el extrovertido son seres normales; más aun: rara vez es posible trazar una línea divisoria neta entre los dos tipos. Se llama ambivertido al individuo cuya personalidad participa en un grado moderado de las características de uno y otro tipo. Se trata del sujeto "medio", cuyas actitudes no gravitan excesivamente hacia ninguno de los dos lados. En años recientes la actitud del maestro frente a los niños introvertidos ha cambiado considerablemente. Antes se pasaba por alto la introversión como fuentes de dificultades emocionales; el niño obediente y aplicado era presentado muchas veces como niño modelo a los demás. Los maestros atribuían más importancia a los tipos extrovertidos de conducta que a reacciones tales como la timidez, el miedo y la sensibilidad. El creciente interés de los educadores por la salud mental ha determinado, entre otros, el resultado de que se atribuya ahora mayor importancia a la introversión pronunciada, como síntoma y fuentes de desajustes emocionales. Los psiquiatras, ante el hecho de que el extrovertido extremo suele atraer sobre sí la atención hasta el punto de que no hay manera de pasar por alto sus problemas, han señalado las dificultades de ajuste que plantea la introversión extrema. Como tradicionalmente los maestros tendían a promover la conducta introvertida y combatir la extrovertida, los psicólogos y psiquiatras han propugnado un cambio en esta tabla de valores.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Introvertido.- Término de Carl Jung para la orientación hacia el yo; interés principal por los pensamientos y sentimientos propios, más que por el ambiente externo o por otras personas; preferencia por actividades solitarias.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

INTROYECCIÓN

Definición.- 1. Proceso por el cual el individuo absorbe el mundo externo dentro de sí y ofrece a los sucesos externos una reacción que los asimila a hechos subjetivos. 2. Proyección de las propias características subjetivas en objetos inanimados. Animización. 3. Proyección del sujeto sobre otro individuo u objeto de modo de compartir los sentimientos. 4. Proceso por el cual el individuo experimenta el propio cuerpo como sustituido por otro. Sensación de que la propia mente es externada en un cuerpo ajeno. En estas dos acepciones, la extroyección es un síntoma ocasional en las psicosis depresivas. 5. Según la corriente psicoanalítica, acción de depositar el afecto en la imagen de un individuo real. 6. Según la corriente junguiana, proceso de asimilación del objeto al sujeto. 7. (*Psicoanálisis*) Término introducido por Sándor Ferenczi: "Así como el paranoico expulsa de su Yo las tendencias que se han vuelto displacenteras, el neurótico busca la solución haciendo entrar en su Yo la mayor parte posible del mundo exterior y convirtiéndola en objeto de fantasías inconscientes" La *incorporación* es el prototipo corporal de la extroyección.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- “La introyección es la incorporación o asimilación, por parte del sujeto, de características o cualidades que provienen de un objeto externo, del mundo exterior. Con esta acepción fue introducida y estudiada por Freud” (página 146).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

INTUICIÓN

Definición.- 1. Aprehensión inmediata, contemplación directa de un objeto presente, sin la mediación de razonamientos, conceptos o procederes discursivos en general. Se distinguen dos clases de intuición: Intuición sensorial e Intuición intelectual, denominándose ésta también: visión intelectual. La Intuición sensorial se da en los animales y, más perfectamente, en el hombre. Ligada a diversos órganos del cuerpo se limita asimismo a las manifestaciones del mundo corpóreo. En sentido pleno solo cabe designar como intuición la percepción inmediata, porque únicamente ella co-presenta en los fenómenos sensoriales la existencia de lo individual. En una acepción más amplia se califica también de intuitiva la representación en tanto que está constituida con elementos intuitivos puramente sensoriales, pero prescinde de la existencia de lo individual representado. Entre la representación y la percepción se sitúan las llamadas “imágenes intuitivas subjetivas” de los eidéticos, producidas por la fantasía (no por el objeto) como representaciones corrientes. La intuición sensorial como percepción y representación es de la mayor importancia para el pensar humano, pues éste elabora a partir de ella muchos de sus conceptos primeros y permanece incrustado en la misma durante su curso ulterior. La intuición intelectual, en sentido riguroso, se da únicamente en el espíritu puro. 2. Para Bergson la intuición permite el conocimiento de la realidad verdadera, pues puede captar lo que dura, se mueve y deviene, en tanto que el pensamiento, el cual opone así a la intuición, solamente capta la exterioridad, y en forma de fragmentos separados. 3. Aprehensión inmediata o innata de un grupo complejo de datos o de algún principio general. 4. Juicio sin reflexión conciente previa, cuya característica está en su forma inmediata. 5. La fase final de una síntesis perceptiva (sentido excepcional).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

IRONÍA

Definición.- Una actitud psicológica intrapersonal. En griego significa: simulación o pretexto. Es una forma de hablar que consiste en que el que habla disimula que sabe una cosa, o dice otra que él mismo piensa, pero siempre de una manera que el que le oye se da cuenta de esta simulación. Se habla de ironía, según un concepto de Sócrates, como una actitud ante el que cree saber algo o ser muy inteligente a pesar de no saber nada y ser un tonto. Este método sirve, pues, para que el sujeto reconozca por su propia fuerza su ignorancia o su tontería. El otro concepto de ironía expresa la posición de sentirse elevado sobre todo lo condicionado, también sobre su propio arte, virtud o genialidad. (Schlegel). La ironía puede servir para desvalorizar a otra persona o, como autoironía, a sí mismo. En ambos casos en una forma compensatoria espiritual de un complejo de inferioridad.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ISAKOWER, FENOMENO DE

Definición.- Experiencia hipnagógica descrita por primera vez por Isakower (1938) durante la cual el sujeto imagina masas blanduzcas que se mueven hacia su rostro. Isakower interpretó este fenómeno como una evocación de la experiencia del infante de estar ante el pecho.

ISO

Generalidades.- Etimológicamente ISO significa “igual”. Es el principio base de todas las técnicas no-verbales y sobre todo de la Musicoterapia.

Este principio funciona por ejemplo, cuando nos comunicamos con el bebé balbuceando IGUAL que él, o sea produciendo un sonido concordante. El principio de ISO sirve para abrir un canal de comunicación entre terapeuta y paciente, para lo cual es necesario que coincidan el tiempo mental del paciente con el tiempo sonoro-musical expresado por el terapeuta, o sea que el paciente pueda conectarse con el sonido que hace el musicoterapeuta. Por ejemplo, el terapeuta puede imitar los sonidos que produce el mismo niño autista, y éste se conecta a su vez con ese sonido. Hay distintos tipos o estructuras dinámicas de ISOS, distribuidos en el inconciente y el preconciente):

- a) ISO gestáltico: es un elemento dinámico que potencializa toda la fuerza de la percepción pasada y presente.
- b) ISO cultural: depende de cada cultura, es la identidad sonora propia de una determinada comunidad, compartida por todos sus miembros, que tienen entonces el mismo ISO cultural.
- c) ISO universal: común a todos los seres humanos más allá de sus diferencias culturales, como el latido cardíaco, el susurro de la voz materna, etc. Son arquetipos sonoros (Jung), y forman parte a nivel

inconciente del ISO gestáltico. Otro ejemplo es la escala pentafónica (escala musical de 5 notas, presente en todas las melodías infantiles más allá de las razas y culturas).

Los ISOS cultural y universal van cambiando porque van absorbiendo las características del medio circundante.

d) ISO grupal: propio de cada grupo, son las afinidades sonoras de un grupo étnico, como una nación o pueblo (que puede agrupar a personas de culturas distintas). Opera en el preconciente, tal como también lo hace el ISO cultural y el ISO complementario.

e) ISO complementario: se estructura temporalmente a causa de diversos cambios que se producen cada día; es la fluctuación momentánea del ISO gestáltico que aparece en el preconciente motivada por circunstancias del momento.

Debemos distinguir el principio del ISO de la idea de "imprinting". Imprinting significa que un animal considera su madre el primer ser que ve luego del nacimiento. El ISO en cambio no se establece en el momento de nacer, sino mucho antes, en la fecundación (unión óvulo-espermatozoide). No es captado intrauterinamente por el oído sino por todo el cuerpo, se captan vibraciones, movimientos y son frecuencias relativamente bajas. Coinciden con los latidos, fluctuaciones rítmicas del flujo sanguíneo y pulsos que llegan desde la madre hasta el feto al través del líquido amniótico.

Cada ser humano estructura su propio y único ISO gestáltico durante los 9 meses de vida intrauterina. Luego, la música y la danza serían intentos posteriores por recuperar inconscientemente experiencias sensoriales similares a las recibidas en la vida pre natal. En suma, las relaciones del contexto no-verbal y el hombre deben buscarse en las estructuras vinculares entre la madre y su feto, y posteriormente música, danza, etc. evocan aquellos vínculos materno-filiales.

Hay distintas influencias que se producen entre la madre, el feto y el mundo externo: las influencias ambientales llegan a través del líquido amniótico: un sonido externo es captado por el feto, por ejemplo. Entre madre y feto hay también comunicación, como a partir del 4º mes ella empieza a sentir los movimientos del feto. Más tarde estos canales de comunicación tienden a atrofiarse sobre todo, por otros sonidos como radio, TV, stress, etc. En los autistas son el único canal de comunicación.

En el caso de la relación de la madre con el hijo recién nacido, aparecen por vez primera canales de comunicación de conciente a conciente, entre madre e hijo, o sea, canales extrapsíquicos que pueden que pueden conseguirse gracias a los llamados Objetos Intermediarios, u objetos capaces de crear extrapsíquicos y de fluidicar aquellos que se encuentran rígidos o estereotipados.

El objeto intermediario incluye una serie de objetos transicionales (en el sentido de Winnicott), y es básicamente un objeto de comunicación. Evolutivamente el objeto transicional se transforma en objeto intermediario y solo éste puede usarse terapéuticamente. Por ejemplo, una calabaza que produce sonido, un tambor, etc.

Características del objeto intermediario son:

a) existencia real y concreta, b) inocuidad: no produce alarma, c) maleabilidad, puede usarse en diversos tipos de vínculo, d) es trasmisor, puede sustituir el vínculo manteniendo la distancia, e) asimilabilidad, permite una relación íntima que hace que el sujeto pueda sentirlo propio, f) adaptabilidad, a las necesidades del sujeto, g) instrumentabilidad, puede utilizarse como prolongación del sujeto.

Un paso más en la evolución esta representado por un nuevo objeto, llamado Objeto Integrador. Se lo define como un instrumento de comunicación que enlaza la relación vincular de más de dos personas entre sí. Generalmente son instrumentos de percusión muy sonoros, como tambores, bombos, xilofones, etc. para dar ejemplos típicos de uso en la clínica. El objeto integrador resume con mayor fuerza las energías del ISO grupal.

Resumen de Benenzon R (1993) Teoría de la musicoterapia. Madrid: Mandala. Capítulo 2, Parte 1.

ISOMORFISMO

Generalidades.- "Principio postulado por la psicología de la *Gestalt*, según la cual hay entre el fenómeno psicológico y el cerebral una concomitancia estructural. Köhler lo formula así: "cualquier conciencia actual está, en cada caso, no solamente acoplada ciegamente a su proceso psico-físico correspondiente, sino que es semejante a él en propiedades estructurales esenciales". Corresponde a una forma de paralelismo" (página 193).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

JACKSON, JOHN

Biografía.- (1835-1911) John Hughlings Jackson fue un médico inglés que desarrolló la teoría de que las convulsiones epilépticas resultan de una súbita descarga de impulsos en la materia gris de la corteza cerebral. La Ley de Jackson dice que en la persona mentalmente trastornada el orden de degeneración es "inverso al orden ontogénico: las primeras funciones mentales en desaparecer son aquellas que aparecieron como últimas en la evolución mental del individuo". La *convulsión jacksoniana* consiste en espasmos que afectan pequeños grupos de músculos sin que acompañe una pérdida del conocimiento, pero con la posibilidad de que más tarde se produzcan convulsiones más serias.

JAMES, WILLIAM

Biografía.- (1842-1910) Eminentemente filósofo y psicólogo, probablemente el pensador que más influyó en EE.UU. Graduado en la Escuela Médica de la Universidad de Harvard, ocupó allí en 1872 una cátedra de anatomía y fisiología, y más tarde de psicología y filosofía. Como filósofo, James llegó a ser líder indiscutido del pragmatismo, influyente movimiento norteamericano; fueron también valiosos sus aportes al campo de la ética, la religión, la metafísica y la teoría del conocimiento. Como psicólogo, James dio gran impulso al desarrollo de la psicología experimental en EE.UU. También se interesó profundamente por los fines y la psicología de la educación, y señaló nuevos derroteros en la aplicación de principios psicológicos empíricos en la práctica escolar. El fin último de la educación, tal como lo describe James, tiene un carácter individualista antes que social y refleja su noción biológica de la mente como instrumento de adaptación. La educación -escribe- "consiste, en último análisis, en la organización de recursos en el ser humano, de aptitudes que lo capaciten para el mundo físico y social". De ahí que la tarea de los maestros consiste "primordial y esencialmente en enseñar al alumno la conducta", ponerlo en condiciones de adaptarse en forma eficaz a su medio ambiente actual y futuro. Expuso James los principios psicológicos que debían constituir la base de esta enseñanza de la conducta en dos obras que han tenido hondo influjo sobre el desarrollo de la educación moderna: *Principles of Psychology*, publicada en 1890, y *Talks to Teachers*, dada a la imprenta en el año 1899. En *Los principios de la psicología*, James contribuyó desde el punto de vista funcional a la flamante ciencia de la psicología. La erudición de que hace gala el autor en esta obra, su estilo brillante y su carácter penetrante de gran número de fenómenos psíquicos han hecho de este libro uno de los tratados modernos de psicología de más amplia repercusión. *Talks to Teachers* reúne conferencias dadas por el autor ante maestros. James intenta allí una "aplicación práctica y concreta" de la psicología empírica a los problemas educacionales, promoviendo entre los educadores un amplio interés en la psicología como base de toda educación. Además, ambas obras abundan en teorías específicas que han influido profundamente sobre el desarrollo de la teoría y la práctica educacional, desarrollando entre ellas los conceptos de James acerca del instinto, la emoción, la memoria, el hábito y los resultados motores de las ideas. Es verdad que pasaron los años y algunas de sus nociones relativas a la educación han educado. Probablemente, la contribución específica máxima de James al desarrollo de la educación fue su crítica a la doctrina de la disciplina formal en el campo de la memoria, crítica que dio origen a gran número de investigaciones, que corroboraron su criticismo y llevaron al concepto fundamental de James de que las reacciones del individuo en una situación dada y las consecuencias de estas reacciones condicionan inevitablemente sus futuras reacciones en dicha situación. Este concepto, como también otros principios enunciados por James, es un importante antecedente de la psicología basada en el estímulo y la respuesta, elaborada por su discípulo *Thorndike*. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Biografía.- (Nueva York, 1842-Chocorua, EE UU, 1910) Filósofo estadounidense. La peculiaridad del pragmatismo de James se debe a que su formación, a caballo entre Europa y Estados Unidos, quedó abierta a influencias de diversa índole. Por una parte, su trabajo es deudor del padre del pragmatismo, Peirce, aunque por otra también lo es del espiritualismo europeo de la época, especialmente el de Bergson. El filósofo parte de la tesis pragmatista de que «la percepción y el pensamiento existen sólo con miras a la conducta»; todo procedimiento de investigación está dirigido hacia la determinación de una creencia, tal como había afirmado ya Peirce, cuya propuesta metodológica adopta también James: se trata de determinar las creencias involucradas en un sistema científico y aceptar como preferente la que sea más susceptible de rectificación. Si para Peirce este método debe servir para asegurar la validez objetiva de la ciencia, la lectura que realiza James del pragmatismo es más instrumentalista. Según su punto de vista, la única diferencia entre las creencias seculares y las religiosas reside en que estas últimas suponen para quien las adopta un riesgo mayor, precisamente por cuanto se trata de una creencia ambiciosa. Puesto que las creencias sirven a la acción y funcionan como una apuesta del sujeto a fin de poder llevar una vida mejor, la creencia religiosa no ha perdido validez, según James, pese a la secularización progresiva de Occidente. Por otra parte, James entiende que, dado que toda afiliación a una creencia comporta un riesgo, lo que hace falta es mirar hasta qué punto una creencia compensa el riesgo derivado de adoptarla, según la utilidad que reporte, tal como defiende en *La voluntad de creer* (1897). Este planteamiento deja al descubierto el hecho de que para James el pragmatismo sirve de puente hacia un relativismo subjetivista, que defiende un mundo plural (tantos mundos como individuos), opuesto a la noción tradicional de universo, y que ofrece sólo, si acaso, un «pluriverso» (Un universo pluralista, 1909). Su obra programática se titula *Pragmatismo*. Un nombre nuevo para algunos antiguos modos de pensar (1907). Interesado en diversas disciplinas, James enseñó psicología (1889-1897) y filosofía (1897-1907) en la Universidad de Harvard.

Fuente: Anónimo

<http://www.biografiasyvidas.com/>

JANET, PIERRE

Biografía.- (1859-1947) Psiquiatra francés; investigó la histeria, desarrolló el concepto de disociación, adelantó las técnicas terapéuticas del medio ambiente y la sugestión y sostuvo el concepto de la energía psíquica. Obras principales: *L'état mental des hystériques*, 1892; *L'automatisme psychologique*, 1889; *La Médecine Psychologique*, 1923; *L'évolution psychologique de la personnalité*; *Le jugement moral chez l'enfant*, 1932; *Le début de l'intelligence*, 1935.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Biografía.- "Neurólogo y psicólogo francés (París, 1859-1947). Doctor en filosofía por la universidad de París, su tesis versó sobre el automatismo psicológico. Discípulo de J. M. Charcot y profesor de la Sorbona y en el Liceo del Havre, fue director del Laboratorio de Psicología Patológica de la Salpêtrière (1890), y en 1902 accedió a la cátedra de Psicología Comparada del Colegio de Francia. Estuvo interesado por el estudio de la histeria y, aunque en sus inicios partió de una concepción organicista, posteriormente planteó la hipótesis de la existencia de una relación directa entre la aparición de la sintomatología y la presencia de un choque emocional. Este choque parecía haber sido olvidado por el sujeto y no ser accesible a la conciencia. La disociación entre una conciencia accesible y otra no, le llevó a formular su teoría general de las neurosis que tuvo gran repercusión en su momento. Fue también un gran impulsor de la psicología experimental, y autor de numerosos ensayos: *El automatismo psicológico* (1889), *Las obsesiones y la psicastenia* (1903), *Las neurosis* (1905), *Neurosis e ideas fijas* (1909), *De la angustia al éxtasis* (1927-1928), *La evolución psicológica de la personalidad* (1929). Entre sus obras destaca su *Tratado de Psicología* (1928), en colaboración con G. Dumas. Se interesó asimismo por los trastornos obsesivos y describió el fenómeno de la fatiga crónica de estos pacientes, lo que popularizó con el término de psicastenia".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

JASPERS, KARL

Biografía.- (1883-1969) Psiquiatra y psicólogo, después filósofo existencialista. Su manual de psiquiatría abarca no solamente la enfermedad mental como nosología, sino al enfermo mental mismo, en su peculiaridad. *Psychologie der Weltanschauungen*, 1919 (Psicología de las concepciones del mundo) representa su tránsito a la filosofía a la que se dedicó adelante. En este tránsito fue influido por Dilthey, pero todavía más profundamente por Kierkegaard. Su obra maestra es la *Philosophie*, 1932, y su otra obra de mayor influencia: *Die geistige Situation der Zeit*, 1931. Entre de una serie de otras obras magistrales hay que mencionar su *Von der Wahrheit Philosophische Logik*, Tomo I, 1947. Las palabras de Jaspers: "lo que en el lenguaje mítico se denomina alma en el filosófico se llama existencia.", nos indica la relación íntima entre la filosofía y la psicología. "El esclarecimiento de la Existencia arranca del Yo como existente, como objeto de la psicología, y llega, trascendiendo a *uno mismo* como existencia". Jaspers define al ser humano como un ser "que decide", libremente, según su conciencia. El ser humano es libre, y esta libertad ya se expresa en su intento de ser libre. Estos conceptos de Jaspers fueron divulgados y asimilados por Frankl en su *Existencialanalyse*. Según Jaspers "se puede hablar sobre el ser del ser humano en tres sentidos. Encontramos primero el ser como lo existente (*Dasein*), como aquello que es objeto. También conocemos el ser como algo que *es para sí*, que en su raíz es distinto de todo ser de las cosas y que lleva el *marcho* de Existencia (*Existenz*). Por último, tenemos lo que es *en sí*, que no puede ser abarcado ni por lo *existente* ni por el *para sí*: la *trascendencia*." (Bochenski). Hay otros dos conceptos que se relacionan con la Existencia Jasperiana. El primero es el concepto de la libertad. Dice Jaspers: "La existencia es libertad". No se trata de la cuestión del determinismo o indeterminismo. . El hombre tiene conciencia de su libertad por la "elección existencial", es decir, en la decisión de ser *él mismo*. La libertad se presenta "como unidad contradictoria entre lo arbitrario y la necesidad: "puedo, puesto que debo". Soy libre en la elección, me vinculo con ella, por lo tanto, debo realizarlo y soportar las consecuencias. No es la realidad empírica que me vincula con la libertad, sino la fuerza creadora en sí misma. Reconocer que "me sé libre" significa reconocer: ser culpable. Esta culpabilidad es inevitable porque es la existencia misma". Era Jaspers quien introdujo como el método más importante de la metafísica, el desciframiento. En *Die Schuldfrage*, 1946, intenta Jaspers aclarar las raíces psíquicas del Hitlerismo.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

JUBILACIÓN

Generalidades.- "Una de las consideraciones más importantes de la suerte que corren los que se jubilan es determinar si se retiraron por decisión propia o si se vieron obligados a hacerlo. En uno y otro caso, la jubilación es el cambio de status más importante de la vejez. La salud es un factor importante en las reacciones ante la jubilación. Muchos abandonan la fuerza de trabajo por enfermedad. Otros pueden estar sanos pero tienen que jubilarse por su edad" (Craig y Baucum, 2001:601).

"La situación económica es otro factor importante. La mayoría de los ancianos estadounidenses tiene suficiente dinero para vivir. La pobreza es más probable entre los solteros, los miembros de los grupos minoritarios y las mujeres" (Craig y Baucum, 2001:601).

"La actitud que se haya tenido hacia el trabajo también influye en los sentimientos relativos a la jubilación. Para quienes se han consagrado al trabajo, la jubilación significa abandonar su vida anterior. Es un paso muy difícil para quienes nunca han encontrado la satisfacción personal fuera del trabajo en pasatiempos y en otras actividades" (Craig y Baucum, 2001:601).

"En general, las mujeres con experiencia laboral continua muestran mayor seguridad económica y están mejor preparadas para jubilarse que las que laborado de manera intermitente" (Craig y Baucum, 2001:601).

"La preparación para la jubilación consta de tres elementos: desaceleración (reducir las posibilidades de trabajo), planeación del retiro y vida como jubilado. Algunas compañías cuentan con consejeros especializados que guían a los empleados en el proceso" (Craig y Baucum, 2001:601).

"Algunos expertos sostienen que tal vez estemos perdiendo innecesariamente empleados talentosos y productivos y que se necesitan soluciones creativas para este sector de la población, entre ellas opciones menos exigentes como el trabajo de medio tiempo" (Craig y Baucum, 2001:601).

Craig G y Baucum D (2001) Desarrollo psicológico. México: Pearson Educación, 8ª edición.

Efecto psicológico.- La jubilación significa para el individuo, una violenta alteración del ritmo de vida, debiendo abandonar de la noche a la mañana su rutina cotidiana, aquella vida que le daba sentido y lo ubicaba. Las consecuencias de esta circunstancia pueden ser diversas: desde una adaptación saludable y positiva a trastornos psicofísicos de compromiso, pasando por estados de angustia y sentimientos de inutilidad de diferente profundidad y alcance (García Pintos, 1993:117).

García Pintos Claudio (1993) El círculo de la vejez. Sobre la psicología normal de la persona que envejece. Buenos Aires: Almagesto.

JUEGO

Definición.- Huizinga define el juego como "una acción u ocupación libre, que se desarrolla dentro de unos límites temporales y espaciales determinados, según reglas aceptadas, acción que contiene su fin en sí misma y va acompañada de un sentimiento de tensión y alegría y de la conciencia de 'ser de otro modo' que en la vida corriente. La cultura brota del juego".

Huizinga Johan (1968) Homo Ludens. Buenos Aires: Emecé.

Concepciones.- Se han emitido varios conceptos sobre el juego. Según: 1) Spencer: su función psicológica consiste en descargar el exceso de energías. 2) Stanley Hall: atención del retorno y audición lejana del pasado de la historia de las especies (recapitulación). 3) Carlos Groos: en base a su teoría de preadaptación y preejercicio: proporciona ejercicio y práctica para las futuras actividades. 4) Carr: derivación por catarsis y comprensión de las tendencias agresivas y conservación de los hábitos ya adquiridos. 5) Claparède: tiene por función permitir al individuo realizar su Yo, desplegar su personalidad por derivaciones ficticias. 6) Huizinga: el instinto más primitivo (homo ludens). 7) Estas diferentes definiciones concluyen con la afirmación que el juego es una necesidad vital de los seres. No hay ningún animal que no juegue, y solamente el hombre, ya adulto, renuncia al juego. Sin embargo, entre los pueblos primitivos, en las diferentes danzas y ceremonias religiosas y costumbres, queda conservada la necesidad de jugar. Se puede hablar en la psicoterapia de una nutrición lúdica. El niño "desnutrido" en lo que se refiere al juego, o el niño que "no sabe" jugar, muestra ya trastornos psíquicos, a menudo los primeros síntomas de una neurosis en potencia.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Características.- El juego implica una función tan crucial como la de fabricar o trabajar y por lo tanto, merece como expresión, ocupar un lugar junto a la de Homo Faber (Huizinga, 1968:243-244).

El juego no es una técnica sino un artificio, palabra proveniente del término latino artificium, y que reúne ars, arte, más facere, hacer. El artificio implica el artífice, aquel que ejecuta cierto arte. De este modo, se establece el primer acento relevante, según el cual el juego es un artificio en el sentido de arte de jugar, a la manera de aquel hacer ingeniosos que instituye su diferencia y designa cierta creación que transforma o disfraza porque destaca que su operatoria sustituye lo real.

Todo lo que es misterio o simulacro por naturaleza está próximo al juego, y aún es necesario que se imponga la parte de la ficción y de la diversión, es decir, que el misterio no sea reverenciado y que el simulacro no sea ni principio ni signo de posesión y de transformación.

El juego es esencialmente una ocupación separada, cuidadosamente aislada del resto de la existencia y realizada, por lo general dentro de límites precisos de tiempo y de lugar. Hay un espacio para el juego, según los casos, la rayuela, el tablero de ajedrez o el tablero de damas, el estadio, la pista, el cuadrilátero, la escena, la arena, etc. Nada de lo que ocurre en el exterior de la frontera ideal se toma en cuenta, nada de lo que excede a los límites pre fijados, pre destinados para dicho juego son registrados

"Los de afuera son de palo". Salir del recinto por error, por accidente o por necesidad, enviar la pelota más allá del terreno, o bien descalifica, o bien da lugar a una prenda "Cada cual atiende su juego y el que no, una prenda tendrá".

Muchos juegos no implican reglas. De este modo, no las hay, o cuando menos no fijadas y rígidas, para jugar a las muñecas, al soldado, a policías y ladrones, al caballo, a la locomotora, al avión, y en general a los juegos que suponen una libre improvisación y cuyo principal atractivo se deriva del placer de representar un papel, de comportarse "como si", se fuera alguien distinto o incluso una cosa distinta, por ejemplo una máquina. Cada vez que el juego consiste en imitar a la vida, por una parte el jugador no sabrá inventar y seguir reglas que no existen en la realidad, por la otra, el juego se acompaña de la conciencia de que la conducta seguida es simple mímica, simple dramatización.

Como diría Roger Caillois (1986), los juegos disciplinan los instintos, pues son, por un lado, espacio para placer y la invención, y por otro, acatamiento de una serie de restricciones. Al proporcionar un modelo controlado de la realidad, permiten el aprendizaje, no de un oficio o de una actividad específica sino de las virtudes necesarias para afrontar pruebas posteriores.

Los juegos de competencia desembocan en los deportes; los juegos de imitación y de ilusión prefiguran los actos del espectáculo. Los juegos de azar y de combinación han dado origen a numerosos desarrollos de las matemáticas, desde el cálculo de probabilidades hasta la topología. Es claro, el panorama de la fecundidad cultural de los juegos, resulta impresionante. Su contribución en el nivel del individuo no es menor. Los psicólogos le reconocen un papel capital en la historia de la afirmación de sí en el niño y en la formación de su carácter.

En sus observaciones sobre el juego, Huizinga pone en primer plano el valor del "como si"; "[...] la cancelación del mundo cotidiano se presenta de plano en la vida infantil [...]. El juego es una acción libre ejecutada "como si", sentida y situada fuera de la vida corriente [...] que absorbe al que juega y se ejecuta en determinado tiempo y espacio, da origen a las asociaciones que implican misterio y disfraz y se destacan del mundo habitual" (Huizinga, 1968:26-27). De este modo, la cancelación de lo cotidiano, el pasaje a un tiempo mítico, y su correlativo acento en lo ficcional remiten a la pregunta por el estatuto del "como si" en tanto nudo de lo lúdico.

Caillois Roger (1986) Los juegos y los hombres. México: Fondo de Cultura Económica.

Huizinga Johan (1968) Homo Ludens. Buenos Aires: Emecé.

El juego a lo largo de la historia.- Johan Huizinga se expresa en 1938 en su libro Homo Ludens acerca de la importancia que ha tenido el juego en la historia y habla acerca de las complicaciones que aparecen en la construcción del concepto a partir de las palabras que lo convocan en los diferentes idiomas europeos modernos. En griego, en el antiguo hindú y en chino, el concepto de juego se encuentra diferenciado de la competición. Para los griegos es imposible separar la competición como función cultural de la triple unión entre juego, fiesta y acción sacra. El caso griego no es el único, en chino la palabra "wan" encierra entretenerse, alborotar, palpar, olfatear, disfrutar de la luna. En idioma germánico, el juego se vincula con la lucha en general; el juego es lucha y la lucha es juego. En el hebreo, el juego es reír, ocuparse en broma de algo y también danza. Es Huizinga también quien derrota otra dificultad conceptual: la pérdida de sentido. Dice Huizinga: "otro punto importante es que propendemos constantemente a debilitar a la idea de jugar, convirtiéndola en un concepto que señala determinada actividad pero que no conserva del jugar en sentido estricto más que una de las propiedades inherentes al juego". En el siglo XXI, como "Antón Pirulero cada cual.....", se ha ido perdiendo el juego porque los individuos grandes y pequeños, se encuentran totalmente absorbidos por padecimientos, sufrimientos, desesperación, psicopatía. Ingresamos a una era iatrogénica, la sociedad globalizada nos enferma. Diría Michael Ende (1989): "Los hombres oscuros y grises, a veces de modo brutal, de vez en cuando sutil, han aplastado el juego y en consecuencia han arrasado el tiempo que hace horizonte, el tiempo que se despeja en la escena del mundo si en él hay lugar para los hombres-niños que juegan".

Huizinga Johan (1968) Homo Ludens. Buenos Aires: Emecé.

Ende Michael (1989) Momo. Santiago de Chile: Alfaguara.

Generalidades.- Para Huizinga, el juego abarca el mundo animal y el mundo humano. Por lo tanto, no se basa en nada racional, ya que esto la limitaría al ámbito humano. Según este autor, el juego es una función llena de sentido. "Es la actividad que transcurre dentro de sí misma y se practica en razón de la satisfacción que produce su misma práctica" (Huizinga, 1968). Comprende tanto la lucha por algo como la representación de algo.

Gesell llegó a establecer que por medio del juego el niño tiene la oportunidad de esforzarse, fracasar y obtener éxitos, correr riesgos calculados, sentir emociones y acumular experiencias que edifican su moral, su capacidad de resistencia y de tolerancia. Constituyen sus primeras lecciones de disposividad.

"El juego en su aspecto formal, es una acción libre ejecutada "como si" y sentida como situada fuera de la vida corriente, pero que, a pesar de todo, puede absorber por completo al jugador sin que haya en ella ningún interés material ni se obtenga de ella provecho alguno; es una actividad ejecutada dentro de un determinado espacio, que se desarrolla en un orden sometido a reglas y que da origen a asociaciones que propenden a rodearse de misterio o a disfrazarse para destacarse del mundo habitual" (Huizinga, 1968).

Roger Caillois enumera cuatro categorías de juegos:

1. La denominada *agon* incluye la disputa, la lucha, la competición, el deseo de vencer y de reconocimiento de la victoria. Una disputa o una competición presuponen concentración, entrenamiento apropiado, esfuerzo sostenido y deseo de ganar.
2. La clasificación *alea* abarca los juegos de azar en los cuales el hado o el destino (no el oponente) controlan el resultado, por ejemplo los dados, la ruleta y otros de la misma clase.
3. La tercera categoría se refiere a los juegos mímicos tales como el fingimiento, el disfraz, la dramatización y la imitación.
4. La cuarta categoría denominada *ilinx* (palabra griega que significa 'remolino') pone de relieve el vértigo, tanto si se produce por pérdida del equilibrio como por un cambio de posición muy rápido. La velocidad y la aceleración contribuyen a producir estas sensaciones que pueden tener también su origen en el patinaje, esquí, zambullida y en algunos tipos de ejercicios gimnásticos, balanceo del columpio, en la calesita, etc.

Está fuera de toda duda que la habilidad y la técnica cumplen un rol muy importante en muchos de los deportes de vértigo como por ejemplo el esquí, el deslizamiento con trineo y el patinaje; además es extremadamente difícil controlar los elementos de azar en la mayor parte de las disputas deportivas. Por otra parte, la elección racional de posibilidades (estrategia) es un elemento básico de muchos de los deportes competitivos cuya práctica requiere técnicas especiales.

Los juegos han sido caracterizados de diversas maneras; así, tenemos los que requieren destrezas físicas, los de azar y los de estrategia que implican la elección racional de posibilidades. Cuando los juegos se convierten en deportes suele necesitarse mucha práctica y aprendizaje para adquirir entereza física y destreza, fuerza, velocidad, resistencia, y precisión necesarias para sobresalir.

La descripción de Huizinga, sumada al análisis crítico posterior realizado por Caillois, viene a dar como resultado los siguientes atributos descriptivos de los juegos:

1. Libres y voluntarios: se empiezan y se terminan cuando uno lo desea.
2. Limitados en el espacio y en el tiempo: se desarrollan en un medio circunscrito.
3. No utilitarios: los productos deportivos no son materiales.
4. Resultados finales inciertos (para sostener este aspecto, hay un intento de igualar a los competidores).
5. Tienen reglas y sanciones y el vencedor debe ganar por méritos, no por azar.
6. Son simulacros, no tareas reales; por eso es muy difícil justificarlos como una ocupación; sin embargo se desarrollan con la máxima seriedad.
7. Por lo general son competitivos.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Huizinga Johann (1968) Homo Ludens. Buenos Aires: Emecé.

Juego y deporte.- El deporte tiene patrones y estructuras, se halla institucionalizado con normas, cuenta con tradiciones y con modelos de conducta, tiene organización y, a menudo, equipos en los cuales cada uno de los participantes tiene responsabilidades específicas y desarrolla especialidades que le son propias.

Malinowski dice en "Scientific Theory of Culture" que el cuerpo de actividades organizadas, tales como los deportes, las danzas, los juegos y las diversiones, posee una actividad muscular y nerviosa regulada y establecida que empieza y termina en sí misma; y que la necesidad de movimiento y actividad del organismo humano impone la demanda de aquellas a la civilización. Kaelin dice que el hombre después de haber aprendido las destrezas motoras para vivir empieza a jugar con las respuestas motoras para distraerse, para mantener el bienestar físico y para experiencias de carácter moral y estético. Las opiniones difieren mucho en torno del punto de si el juego, y en especial el deporte, debe o no ser un fin en sí mismo.

Es poco menos que una tradición sociológica establecer una filiación entre el juego y el deporte. Este último sería, según la concepción de Caillois (1958), una forma institucionalizada, doméstica (*paideia*), de los juegos agonísticos originales (*ludus*). En cambio, otros autores tales como Sage (1978) o Sutton-Smith (1975), insisten en lo que diferencia ambas actividades y en la originalidad del deporte en comparación con el juego. En este orden de ideas, Coakley (1980), al estudiar lo "vivido psíquicamente" por niños de 3 a 13 años empeñados en juegos espontáneos (*play*), en juegos rudimentariamente organizados (*game*), o en actividades deportivas, muestra que existe una diferencia importante entre los dos primeros y el tercero: la organización formal de las interacciones en el deporte y su control por parte del adulto provocan actitudes radicalmente distintas de la capacidad para autoorganizarse y de la creatividad.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

El juego como técnica psicoanalítica.- La técnica analítica del juego nos permite ver ciertas diferencias entre la vida mental adulta y la infantil. Los niños, como sabemos, se relacionan con el mundo

externo dirigiendo su atención hacia los objetos placenteros utilizando una libido que antes estaba apegada al yo, de manera que la relación con los objetos fue originalmente narcisista. También, los niños comienzan su aprendizaje de la realidad a partir de las privaciones que ésta les impone. Trude, una niña de tres años, soñó que no le daban jarabe de frutilla porque no había más, lo que significaba que aun sufría la privación del pecho impuesta por el destete. Muchas veces el niño no puede tolerar la privación (un índice de neurosis), y de allí que en los niños, así como en los adultos, uno de los fines del tratamiento es lograr una adaptación exitosa a la realidad.

Varios casos nos indican que el complejo de Edipo ya puede estar ejerciendo una profunda influencia a los dos años. El ejemplo de Rita (excesiva fijación a la madre y profunda identificación con el padre) nos revela la íntima conexión entre Edipo y neurosis, pero no podemos saber si es a los niños neuróticos a quienes más afecta el Edipo o al revés, es decir, si un Edipo muy temprano puede ocasionar una neurosis.

Podemos estudiar ciertos rasgos típicos que aparecen en ciertas edades en el análisis de niños pequeños. Muchos ataques de angustia en niños muy pequeños derivaban de un terror nocturno experimentado hacia el tercer año, y resultaban a su vez de una elaboración neurótica del Edipo.

Así, la conducta de Trude en el análisis aparecía como una reedición de un terror nocturno y como una forma de poder elaborar su conflictiva edípica: a los dos años ya deseaba ocupar el lugar de su madre para concretar el coito con el padre, y cuando nació el hermanito el análisis mostró las causas de su angustia y de su orinarse y ensuciar la cama. Trude además se lastimaba (por identificación, son los padres quienes la estaba castigando), lo cual se explica por sus sentimientos de culpa derivados de la situación edípica y el complejo de castración.

Los juegos infantiles revelan un temprano sentimiento de culpa. Por ejemplo Rita mostraba miedo al reproche del padre. En otras ocasiones, a quien temía era a su madre introyectada. Algunos juegos mostraron que Rita representaba internamente dos papeles: el de la autoridad que juzga y el del niño que es castigado.

El juego de representar papeles es muy importante, pues gracias a él el niño puede expulsar a las figuras parentales que ha introyectado y que lo atormentan internamente con su severidad: de aquí que dicho juego produce alivio y placer.

Los sentimientos de culpa pueden producir una inhibición del juego infantil, y puede ocurrir en épocas muy tempranas por cuanto también es temprana la estructura superyoica. El superyó del niño es más fuerte porque su yo es más débil, y de ahí que el análisis fortifica el yo para frenar las excesivas exigencias del superyó.

Otra diferencia con el adulto es la actitud del niño frente al análisis: ellos parecen entender las interpretaciones fácilmente y a veces expresan mucho placer hacia ellas, lo cual se debe a la más fluida comunicación que los niños tienen entre el consciente y el inconsciente. Incluso luego de una interpretación, el juego se vuelve más fluido y placentero porque se vio debilitada la represión por efecto de la primera. Esto no significa que luego no aparezcan resistencias, debidas principalmente a un sentimiento de culpa.

Los niños expresan en el juego sus deseos y fantasías en un lenguaje arcaico, similar al del sueño, y de allí que al analizar el juego no sólo tendremos en cuenta el simbolismo sino también los mecanismos de representación y elaboración oníricos. También, así como el adulto hace asociaciones sobre sus sueños, el niño las hace sobre sus juegos. Además los niños utilizan otro mecanismo primitivo: sustituyen las palabras por acciones, y por ello en sus juegos 'actúan'.

Freud pensaba que analizando niños no podía accederse a las profundidades de su vida mental. Esto ocurre si utilizamos con ellos la misma técnica de los adultos. Los niños, a diferencia de los adultos que sólo pueden 'reconstruir' experiencias y fijaciones infantiles, las pueden representar 'directamente'. Así por ejemplo Ruth podía representar directamente su problema de no poder recibir ya más leche de la madre, jugando a que en el lavatorio el tapón era un tapón de leche que no dejaba pasar el líquido hacia las cañerías. Otra paciente, Erna, representó sus impresiones cuando apreció sus hábitos higiénicos jugando con muñecos que defecaban.

Los adultos también pueden recurrir a acciones como mecanismo primitivo de representación, pero en los niños por lo general dicha acción es placentera y es un medio para un fin: es esta una condición para que se vea facilitado el análisis.

No obstante, la situación analítica de niños y adultos es la misma en lo esencial: interpretaciones adecuadas, resolución gradual de las resistencias, y descubrimiento de situaciones anteriores por medio de la transferencia.

En los niños, a pesar de que las interpretaciones surten efecto rápidamente, pasa bastante tiempo antes que puedan elaborar conscientemente las mismas. Por ejemplo, sólo después empiezan a distinguir la madre imaginada de la real, y es cuando se dan cuenta que sus agresiones iban hacia la madre real (y no hacia el muñeco que la representaba), ocasión donde comienzan a adaptarse a la realidad.

El primer resultado del análisis infantil es que mejoran sus relaciones emocionales con los padres, pero sólo después de ello pueden comprender y asimilar las interpretaciones. Las exigencias del superyó se modifican, y el yo puede tolerarlas y ser más fuerte.

Cuando todo ello ocurre los niños pueden ser capaces de reemplazar la represión por un rechazo razonado: así, se acuerdan risueñamente de cuando antes querían asesinar a su madre, o comérsela, etc. Esto indica una disminución de la presión de la culpa y una sublimación de deseos previamente reprimidos.

En resumen: las especiales características primitivas de los niños requieren una técnica especial adaptada a ellos: el análisis de sus juegos. Gracias a ella podemos alcanzar experiencias y fijaciones más profundas, lo que a su vez sirve para influir sobre su desarrollo.

Se trata de diferencias de técnica, no de principios terapéuticos, ya que también en el análisis del juego se mantiene la transferencia y la resistencia, la represión y sus efectos, la amnesia, la compulsión a la repetición y el descubrimiento de la escena primaria, todos elementos que había preconizado Freud para cualquier tratamiento analítico.

Condensado de Klein M (1926) Principios psicológicos del análisis infantil. Artículo incluido en Obras Completas, tomo 2. Buenos Aires: Paidós-Hormé, 1986.

Para Freud.- "El juego es una actividad simbólica que permite al niño renunciar a una satisfacción instintiva, haciendo activo lo sufrido pasivamente, cumpliendo una función elaborativa al posibilitar la ligazón de las excitaciones recibidas" (pág. 145).

Reynoso R, Psicopatología y clínica infanto-juvenil. Buenos Aires: Ed. Belgrano.

Para M. Klein.- a) El juego como lenguaje: el niño expresa sus fantasías, deseos y experiencias simbólicamente por medio de juguetes y juegos, y al hacerlo utiliza los mismos medios de expresión arcaicos, filogenéticos, el mismo lenguaje que no es familiar en los sueños. b) Las experiencias sexuales del niño están enlazadas con sus fantasías masturbatorias y por medio del juego logra su representación y abreacción. c) El juego calma la ansiedad: transforma las experiencias sufridas pasivamente en activas y cambia el dolor en placer. d) En el juego y en general, son las fantasías las que promueven y mantienen el desarrollo del interés por el mundo externo y el proceso de aprendizaje del mismo, y de ellas se extrae la fuerza para buscar y organizar el conocimiento del mundo. e) La capacidad para evocar el pasado en el juego imaginativo parece estar muy vinculada con el desarrollo del pensamiento, del poder evocar el futuro en hipótesis constructivas y desarrollar las consecuencias de los 'si...'. f) El juego tiene un importante valor diagnóstico y pronóstico (págs. 145-152).

Reynoso R, Psicopatología y clínica infanto-juvenil. Buenos Aires: Ed. Belgrano.

Para Erik Erikson.- El juego es una función del Yo que expresa su intento de sincronizar los procesos corporales y sociales en el sí mismo. Aunque reconoce que puede hacerse una lectura simbólica del juego, destaca la necesidad yoica de dominar las diferentes áreas de la vida, sobre todo en aquellas que el niño percibe que su sí mismo, su cuerpo y su rol social son incompletos y están rezagados. Así, el juego permite alucinar un dominio yoico, pero también practicarlo en una realidad intermedia entre la fantasía y el mundo real. El juego es un medio de revelar la forma en que el niño experimenta y estructura su mundo y funciona dentro de él; también, Erikson le otorga valor terapéutico (págs. 160-161).

Reynoso R, Psicopatología y clínica infanto-juvenil. Buenos Aires: Ed. Belgrano.

Para Winnicott.- En el proceso de desarrollo, la actividad de jugar se describe en cuatro etapas (págs. 71-72):

a) El niño y el objeto están fusionados, o sea, el niño tiene una visión subjetiva del objeto. La madre procura hacer real lo que el niño está dispuesto a encontrar.

b) El objeto es repudiado, reaceptado y percibido objetivamente. En esto la madre debe estar dispuesta a devolver lo que se ofrece, y si este papel no encuentra impedimentos, el niño vive una experiencia mágica de omnipotencia. La confianza en la madre genera así un campo intermedio de juegos donde nace la idea de lo mágico y lo omnipotente.

c) El niño se encuentra solo en presencia de alguien. El niño juega suponiendo que persona amada digna de confianza está cerca y sigue estándolo en el recuerdo.

d) El niño permite una superposición de dos zonas de juego y disfruta de ella. Primero es la madre quien juega con el bebé cuidando de encajar en sus actividades lúdicas, pero tarde o temprano introduce su propio modo de jugar descubriendo que los bebés varían según su capacidad para aceptar o rechazar la introducción de ideas que les pertenecen. Queda así allanado el camino para un jugar juntos en una relación.

Winnicott (págs. 76-77) indica que la zona de juego, en el cual el niño se halla muy concentrado y no admite intrusiones, es una zona intermedia que no es ni su realidad subjetiva ni el mundo exterior, pues en el juego el niño reúne objetos o fenómenos de la realidad exterior usándolos al servicio de su realidad interna o personal: sin necesidad de alucinaciones, revela así su capacidad para soñar al investir fenómenos exteriores de significación y sentimientos oníricos.

El juego implica confianza y está ubicado en el espacio potencial entre el bebé y la madre. Compromete al cuerpo porque manipula objetos y porque puede haber excitación corporal. Esta excitación en las

zonas erógenas, los instintos, amenazan el jugar: aunque el juego es satisfactorio, puede elevar la ansiedad a niveles intolerables, destruyéndolo. El carácter excitante del juego no deriva del despertar de los instintos, sino de la precariedad de la acción recíproca, en la mente del niño, entre lo que es subjetivo (casi alucinación) y lo percibido objetivamente (realidad verdadera o compartida).

Hay un desarrollo que va de los fenómenos transicionales al juego, de este al juego compartido, y de este a las experiencias culturales.

Winnicott D (1994) Juego y realidad. Barcelona: Gedisa.

Para Winnicott.- "a) Para entender la idea del juego resulta útil pensar en la *preocupación* que caracteriza el jugar de un niño pequeño. El contenido no importa. Lo que interesa es el estado de casi alejamiento, afín a la *concentración* de los niños mayores y los adultos. El niño que juega habita en una región que no es posible abandonar con facilidad y en la que no se admiten intrusiones.

b) Esa zona de juego no es una realidad psíquica interna. Se encuentra fuera del individuo, pero no es el mundo exterior.

c) En ella el niño se reúne con objetos o fenómenos de la realidad exterior y los usa al servicio de una muestra derivada de la realidad interna o personal. Sin necesidad de alucinaciones, emite una muestra de capacidad potencial para soñar y vive con ella en un marco elegido de fragmentos de la realidad exterior.

d) Al jugar, manipula fenómenos exteriores al servicio de los sueños, e inviste a algunos de ellos de significación y sentimientos oníricos.

e) Hay un desarrollo que va de los fenómenos transicionales al juego, de este al juego compartido, y de él a las experiencias culturales.

f) El juego no implica confianza, y pertenece al espacio potencial existente entre (lo que era al principio) el bebé y la figura materna, con el primero en un estado de dependencia casi absoluta y dando por sentada la función de adaptación de la figura materna.

g) El juego compromete al cuerpo: i) debido a la manipulación de los objetos; ii) porque ciertos tipos de interés intenso se vinculan con algunos aspectos de la excitación corporal.

h) La excitación corporal en las zonas erógenas amenaza a cada rato al juego, y por lo tanto el sentimiento del niño, de que existe como persona. Los instintos son el principal peligro, tanto para el juego como para el yo; en la seducción, algún agente exterior explota los instintos del niño y ayuda a aniquilar su sentimiento de que existe como unidad autónoma, con lo cual el juego resulta imposible.

i) *En esencia el juego es satisfactorio*. Ello es así cuando conduce a un alto grado de ansiedad. Existe determinada medida de ansiedad que resulta insoportable y que destruye el juego.

j) El elemento placentero del juego contiene la inferencia de que el despertar de los instintos no es excesivo; el que va más allá de cierto punto lleva a: i) La culminación; ii) Una culminación frustrada y un sentimiento de confusión mental e incomodidad física que solo el tiempo puede curar; iii) Una culminación alternativa (como en la provocación de la reacción de los padres o de la sociedad, de su ira, etc.). Se puede decir que el juego llega a su propio punto de saturación, que corresponde a la capacidad para contener experiencias.

k) El juego es intrínsecamente excitante y precario. Esta característica no deriva del despertar de los instintos, sino de la precariedad de la acción recíproca, en la mente del niño, entre lo que es subjetiva (casi alucinación) y lo que se percibe de manera objetiva (realidad verdadera o compartida)" (Winnicott, 1994:76).

Winnicott D (1994) Realidad y juego. Barcelona: Gedisa.

Juego compulsivo.- "Impulso a jugar, que se experimenta de modo repetido, y que causa un intenso malestar, gran pérdida de tiempo, o una interferencia significativa con la rutina habitual del individuo, con su funcionamiento profesional, con sus actividades sociales habituales o en sus relaciones con los demás. Esta conducta se realiza para neutralizar o impedir el malestar. Se lleva a cabo con una sensación de compulsión subjetiva que, al mismo tiempo, se asocia a un deseo de resistir la compulsión (al menos inicialmente). Habitualmente se utiliza este término como sinónimo de juego patológico".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 588). Ver también *Juego patológico*.

Juego patológico.- "Fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar y aparición de una conducta de juego que compromete, rompe o lesiona los objetivos personales, familiares y vocacionales (DSM-III-R, 1987)".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 588.

JUGUETE

Definición.- "Objeto utilizado por los niños como diversión. Durante el primer semestre de vida, el bebé juega sobre todo con su cuerpo, que empieza a descubrir. A los siete meses comienza a interesarse por determinados objetos. Hacia los ocho-nueve meses es capaz de meter un objeto dentro de otro, y al año,

se divierte lanzando objetos lejos de él. Todas estas actividades tienen una función: los juegos musculares son necesarios para conseguir una buena motricidad. El descubrimiento y el análisis de los objetos estimulan, por otra parte, el desarrollo intelectual. Los padres pueden favorecer las actividades lúdicas de sus hijos poniendo a su disposición juguetes adaptados a su edad y posibilidades, y que respondan a su interés. Pero no es suficiente ofrecer juguetes a un niño para asegurar un buen desarrollo de la psicomotricidad. La participación del entorno es esencial ya que el juego constituye una forma de relación muy constructiva y, en este sentido, exige una participación activa de los padres”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

JUICIO

Definición.- "Capacidad para evaluar una situación correctamente y para actuar en forma apropiada en dicha situación" (Kaplan H Sadock B y Grebb J, 1997).

Kaplan H, Sadock B, y Grebb J, (1997) Sinopsis de psiquiatría. Tomo: Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7º edición.

Definición y concepto.- “Es la actividad psíquica mediante la cual el espíritu realiza una síntesis mental que permite llegar a una conclusión entre las ideas o conocimientos. Un juicio es siempre la afirmación de una verdad y hace posible la adquisición y aceptación de un conocimiento. Tiene dos etapas: 1) Etapa de elaboración: Se hace la relación e identificación de los conocimientos. 2) Etapa crítica: Se hacen las comparaciones y la selección de los conocimientos aportados a la conciencia. Posteriormente se hace la valoración de todo lo seleccionado, para llegar a una conclusión definitiva. El juicio realiza un análisis minucioso antes de resumir sus conclusiones en una síntesis (Betta, 1984:138). Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Psicopatología del juicio.- “Las perturbaciones son de orden cuantitativo y cualitativo. Pueden ser: a) Juicio insuficiente: Alteración cuantitativa que se observa en los casos de incompleto desarrollo psíquico: síndrome frenasténico. b) Juicio debilitado: Disminuido o deficiente con respecto a su capacidad anterior; es una alteración cuantitativa: síndrome demencial. c) Juicio suspendido: La conciencia, que se encuentra dificultada o impedida en su función. Alteración cuantitativa, confusión mental. d) Juicio desviado: Alteración cualitativa: debida a la interferencia a una intensa carga afectiva: delirios, manía, melancolía. Juicio afectado en forma parcial” (Betta, 1984: 138).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Juicio clínico.- En el proceso psicodiagnóstico, el juicio clínico es más que un juicio técnico: requiere imaginación, sufrimiento, compromiso, investigación, etc y toma en cuenta tanto la evaluación objetiva como la interpretación subjetiva. Un juicio clínico implica una transformación de datos, una serie de pasos para elaborar una hipótesis clínica, para confirmarla o rechazarla total o parcialmente.

Lunazzi de Jubany H, Lectura del psicodiagnóstico.

Según Freud.- Freud sintetiza la posición empirista frente al juicio, que destaca su origen psicológico, y la posición criticista, que resalta su carácter de estructura gnoseológica y que supera a la primera, superando Freud a su vez ambas en una nueva síntesis dialéctica.

Para Freud el juicio no es meramente lo percibido y presentado en un juicio tal cual, como una copia (empirismo), pues lo originalmente percibido va sufriendo transformaciones a nivel inconciente, y el juicio termina representando otra cosa.

Para el criticismo el juicio no surge solamente de la percepción: es una estructura innata mediante la cual se puede afirmar o negar una cualidad a una cosa (juicios cualitativos afirmativos y negativos). Específicamente, Freud dirá que los juicios negativos cumplen otra función además de la indicada: son el sustituto intelectual de la represión (pues niegan).

Yáñez Cortés R, Categorías epistémico-gnoseológicas de 'La negación' de Freud. Artículo publicado por la Cátedra de Metodología de la Investigación Psicológica II. Buenos Aires, Universidad de Belgrano, 1985.

Generalidades.- 1. Actividad cognoscitiva que consiste en traer dos ideas sobre las que se afirman semejanzas o diferencias, como sucede al juzgar pesos, líneas, cuadros, etc. Se distingue entre el juicio como entidad lógica y el juicio como proceso psicológico, como operación intelectual. Mientras la psicología se refiere al hecho de juzgar en la conciencia, para la lógica el juicio es “un producto mental, un pensamiento peculiar compuesto y enunciativo”. (Pfäender). 2. Fue *Marbe* el que primeramente se enfrentó con el problema psicológico del juicio. Para Marbe es todo estado de conciencia al que se pueden aplicar sensatamente las palabras *falso* o *verdadero*. Marbe dedujo de sus experiencias la posibilidad de concluir que no hay ninguna condición psicológica del juicio. El escocés E. Watt, desde el punto de vista introspectivo, creyó afirmar que el juicio no se distingue en nada de una simple asociación. El elemento característico para Watt está dado por la “consigna” (la tarea); no hay juicio, dice, más que donde la asociación no es fortuita; lo hay solo donde la asociación es guiada y, por así decirlo, dirigida por una

consigna. "Un juicio es, pues, una sucesión de hechos de conciencia condicionada a su origen por un factor psicológico, precedentemente conciente y cuya influencia comprobable dura aun". Según Messer "un juicio es un proceso del pensamiento que encuentra su expresión verbal completa en una proposición indicativa". Lindworsky aclaró que si la investigación experimental ha demostrado en el juicio como particularmente característico un momento activo, existe, sin embargo, otro factor que entra en juego y es el sentimiento de la certidumbre que acompaña nuestra actividad psíquica en la formulación de un juicio. En conclusión dice Gemelli: "En la formulación de los juicios entran otros elementos, además de los intelectuales; es decir: un acto de querer, un sentimiento de placer, de seguridad, y de certeza. Hay, por lo tanto, una mezcla de contenidos e conciencia distintos que, si no son constitutivos del proceso de juicio, garantizan, sin embargo, su formulación y, acompañándolo, tienen como resultado ese estado de ánimo de certeza que es propio del conocimiento de la verdad, o de lo que nosotros creemos tal". Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

JUNG, CARL

Biografía.- Psicoanalista europeo (1875-1961), discípulo favorito de Sigmund Freud, que se rebeló contra su maestro creando su propia escuela, denominada Psicología Analítica. Entre sus principales aportes se cuenta la teoría de los arquetipos y el inconciente colectivo.

Fue hijo único de un pastor protestante del que recibió una educación marcadamente religiosa, y al que se enfrentó cuando decidió seguir medicina en lugar de ser ministro de la iglesia.

Estudió en Basilea y en Zurich, y se inclinó por la psiquiatría; a partir de 1907 se convirtió en estrecho colaborador de Freud. Pero Jung estaba en desacuerdo con su maestro, que concedía una importancia fundamental a las motivaciones sexuales en el surgimiento de las neurosis. En cambio, subrayó la trascendencia del instinto religioso en el hombre y por sus ideas fue duramente criticado por los seguidores de Freud. Se lo acusó de abandonar los métodos de la investigación científica, dedicarse a la brujería y al espiritismo y fue apodado "el brujo". Sin embargo, sus estudios sobre la interpretación de los sueños le valieron un enorme respeto profesional y también su teoría de que los símbolos más antiguos de la historia de la humanidad se repiten en el hombre del siglo XX.

Fue Jung quien popularizó los conceptos de introvertido y extravertido, el primero aplicado a personalidades cuyos pensamientos e intereses se dirigen hacia adentro, y el segundo usado para designar a quienes los proyectan hacia el mundo exterior.

A partir de 1935 y durante muchos años ocupó la cátedra de Psicoanálisis en Zurich y más tarde en Basilea, desde donde divulgó su pensamiento, aunque afirmaba: "Yo no proclamo ninguna enseñanza definitiva y delimitada en ella misma, no quiero discípulos ciegos". Su enorme prestigio se vio empañado por su simpatía hacia los nazis, ya que estaba convencido de que Alemania debía cumplir un papel primordial en la historia. Falleció en Suiza, el 6 de junio de 1961.

(Fuente, Diario "Clarín", Buenos Aires, 6-6-96).

Biografía.- (1875-1961) Psicólogo suizo, alumno de E. Bleuler, profesor de Psiquiatría en la Universidad de Zurich. En 1904 introdujo su método diagnóstico (*Diagnostische Assoziationsstudien*). En 1907 se encontró con Freud y desde entonces figuró como una de los representantes más importantes del *Psicoanálisis*. En 1911 fue elegido presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional. En 1912 apareció su libro *Wandlungen und Symbole der Libido* (Transformaciones y símbolos de la libido), en el cual ya se diferenciaba de las teorías de Freud. En 1913 se separó definitivamente de la escuela freudiana y siguió su propio camino, como fundador de la *psicología analítica*, denominada también *Komplexe Psychologie*. Su obra principal *Psychologische Typen* (Tipos psicológicos) apareció en 1920. Jung, en sus viajes por África del Norte, en Arizona, Nuevo México, en Kenya (África Oriental), investigó los elementos de los mitos y religiones primitivas. En los años siguientes Jung se dedicó al estudio del pensamiento oriental (chino e hindú). Como fruto de estas investigaciones escribió en colaboración con Wilhelm, Zimmer y Kerénki una serie de libros sobre temas mitológicos.

Jung se separó de Freud, en primer lugar, por no aceptar los conceptos de éste sobre el predominio de la sexualidad. Sin embargo, las divergencias fueron todavía más y más profundas, y hoy día ya se puede afirmar la completa independencia de Jung. El discípulo se convirtió él mismo en maestro. Para Jung el ser humano aparece, como verdaderamente lo es: un ser colectivo, representante de su especie en el mundo entero, y en su evolución desde su creación. Freud ha descubierto en lo inconciente el juego de los instintos: Jung descubrió en lo inconciente el alma de toda la humanidad, que se formó desde los tiempos ancestrales. De su *inconciente colectivo* surge todo lo que define al ser humano en su ser. En este inconciente colectivo se forma la religión, se forma la vinculación espiritual entre los seres humanos, entre Dios y su creación humana. Las investigaciones de Jung sobre la formación de los mitos, símbolos colectivos (por ejemplo: *mandala*), sobre la religión y sobre aquella vivencia humana trascendental y eterna que es -para el psicólogo Jung- Dios, han abierto nuevos caminos, nuevas posibilidades para que el ser humano se conozca a sí mismo como individuo y la humanidad entera cuya parte él es. Para Freud el enfermo es un solo individuo son sus propios instintos particulares, con su presencia (y no existencia) aislada en este mundo. Para Jung aparece el hombre en su existencia, pero en esta existencia se

presenta la imagen ancestral de toda la humanidad, como *arquetipo*. El individuo se eleva sobre este fundamento (*individualización*), y forma así su propia personalidad. El ser humano es *individuo*, pero lleva en su *animus* la inmortalidad de su *ser*, por ser ancestral en sí mismo y la inmortalidad por su espíritu trascendental. En muchas de sus afirmaciones Jung puede ser, y es, atacado (*Buber*), pero nadie puede dudar de la solidez científica de sus posiciones, nadie puede refutar que entre los psicólogos, ningún otro ha llegado a ampliar los conocimientos sobre el ser humano, como persona y como ser colectivo, como C. G. Jung. No hay duda, sin la anticipación de Freud, Jung no hubiese podido elevar su edificio científico, pero tampoco hay duda de que este edificio es propio de Jung, no menos monumental para todos los tiempos, que la obra de Freud. Hay que mencionar que Jung fue el primer psicólogo que se ocupó de los fenómenos ocultos (*Zur Psychologie und Psychopathologie sogenannten occulter Phänomene*, 1902) en su Tesis de doctorado. Se puede decir sobre las obras de Jung lo mismo que él eligió, como lema, en la piedra, sobre la entrada de su casa, la respuesta del oráculo de Delphos a los Lacedonios: *Vocatus atque non vocatus, Deus aderit* (Llamado o no llamado, Dios está presente). Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Su pensamiento.- Jung desarrollará la llamada Psicología Analítica o Compleja apartándose de Freud en 1913 (así como lo había hecho también Adler en 1911). A diferencia de Lacan, Klein o Hartmann, Jung hace una ruptura conceptual profunda con Freud. Recibe influencias de Bleuler (un psiquiatra suizo con quien trabajó), de W. James (fundador del pragmatismo norteamericano en psicología), de P. Janet y de H. Bergson.

Respecto de este último, Jung indica que el verdadero conocimiento implica una participación mística con lo conocido, lo que de algún modo concuerda con Bergson quien, luego de señalar la insuficiencia de la inteligencia para penetrar lo psicológico, propone como vía a la intuición. Recordamos aquí la influencia de James, para quien la realidad psíquica es un continuo fluir llamado corriente de conciencia.

La intuición de Bergson no es sensible sino metafísica: parte del interior del objeto y se dirige hacia la captación de lo que tiene de único e intransferible constituyendo así una especie de experiencia mística, de hecho parapsicológico. Jung mismo reconoce haber tenido experiencias de telepatía y precognición.

Las divergencias de Jung se plantean en oposición a Freud y a Adler, en tanto estos pretendían reducir todo o bien a la sexualidad, o bien a un sentimiento de inferioridad o una voluntad de poderío. Jung señala que uno y otro construyen teorías tan distintas porque Freud era extrovertido y Adler introvertido, y propone una integración de ambas concepciones. Por empezar, planteará que la libido no es la energía sexual vivida en el plano psíquico (como indicaba Freud), sino que es energía psíquica en general, energía utilizable en cualquier tipo de tarea. Conserva sin embargo esta denominación porque libido en latín significa tendencia, impulso. Por estas razones Jung cuestionará la tesis freudiana de un desarrollo sexual precoz. Para Jung, no es verdad que haya actividad sexual desde el nacimiento, cumpliendo la libido simplemente funciones de nutrición y crecimiento (hasta los 3-4 años). Inclusive hasta los 6 años la madre no reviste interés sexual para el niño, siendo ella simplemente una fuente de cuidados y ternura. Sólo después comienza a aparecer un erotismo en ciernes en relación a ella.

Condensado de las clases del Prof. León Ostrov, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, noviembre de 1978.

Biografía.- Jung nace en 1875 y hacia 1913 se separa de Freud por el indebido énfasis que pone éste en el sexo. Inicialmente ideó un test de asociación de palabras para detectar complejos y esquizofrenia; también creó una tipología temperamental (extravertido-introvertido) que ejerció mucha influencia en la psiquiatría de la época. Incluyó en su teoría sus conocimientos sobre mitos, religión y filosofía, lo que hizo parecer su doctrina, más un sistema metafísico, que una teoría psicológica. No obstante él mismo insistió en el carácter científico de su pensamiento.

Así, a su doctrina de la 'verdad psicológica' o 'realidad psicológica' dice que al estar cargada una creencia de gran significación emocional, entonces es considerada verdadera. Una creencia, sea cual fuere, tiene realidad psicológica. Con respecto a su teoría de los arquetipos, aplica allí Jung, también el método científico indagando lo desconocido a partir de lo parcialmente conocido. Si en Freud los símbolos eran algo general que se particularizaba en cada sujeto con cierta significación sexual, en Jung en cambio, los símbolos particulares de cada uno, se interpretan hacia su forma general, como una idea platónica. Tras el útero materno está el gran útero arquetípico de la gran madre de todo lo viviente. Detrás de la libido sexual hay también algo más general: la energía creativa del universo.

Las diferencias de Jung respecto de Freud son tres: 1) el inconsciente no contiene solamente lo reprimido (Freud) sino también los aspectos mentales que se descuidaron en el desarrollo; 2) contiene también ciertas experiencias personales desapercibidas o ideas que se olvidaron porque perdieron energía; 3) el inconsciente personal de Freud es sólo una mínima parte de todo el inconsciente, pues también está el inconsciente colectivo o racial, que contiene todo lo heredado (mitos, creencias colectivas, etc.). Hay cierta resistencia a creer en un inconsciente colectivo, en base a pensar que no existen los conceptos innatos. Pero Freud mismo admitió que ya se nace con una herencia arcaica, filogenético.

Tres razones parecen haber llevado a Jung a plantear la existencia de un inconciente colectivo: 1) la gran coincidencia de los temas mitológicos en culturas distintas; 2) la pérdida progresiva, en análisis prolongados, de significación personal del símbolo y su fusión con un sentido universal; 3) la analogía de símbolos míticos con fantasías de psicóticos.

Algunos critican la hipótesis del inconciente colectivo por ser innecesario, ya que la similitud de símbolos de distintas culturas se puede explicar más simplemente, porque todos los hombres compartes las mismas experiencias (nacen, mueren, crecen, dependen del sol, etc.).

La psique, para Jung, tiene 3 planos: conciencia, inconciente personal, inconciente colectivo. La conciencia es como las islas, debajo de ella está el inconciente personal, y éstos se unen en el lecho marino: común a todos, que es el inconciente colectivo. La corteza más externa de la personalidad se llama "persona" o máscara. Es lo que se muestra al mundo externo, lo que oculta al verdadero yo. Es lo que el sociólogo llamaría "rol" o papel.

La relación con el mundo se da por extraversión o por introversión y por otro lado mediante, el pensamiento, la intuición, el sentimiento o la sensibilidad. Cada persona tiene algún predominio de esos aspectos. Si predomina en la conciencia el temperamento extravertido, será en lo inconciente introvertido, pues siempre se dan en forma inversa. Si predomina lo intuitivo en un plano, predominará en el otro lo sensual, etc. El ánima -de nivel conciente- es masculino en la mujer y femenino en el hombre. Todo está invertido: el tímido es inconscientemente valeroso, etc.

La fuerza básica de la mente es para Jung la libido, que no tiene necesariamente carácter sexual, como decía Freud. El desarrollo sexual abarca desde Jung tres etapas: 1) pre-sexual: 3-5 años, en relación con la nutrición y el crecimiento; 2) pre-puberal (período de latencia de Freud), donde verdaderamente empieza la sexualidad para Jung, y 3) la madurez: desde la pubertad en adelante. El Edipo se funda en el amor a la madre nutricia, y solo se tiñe de sexualidad en la fase pre-puberal, y la castración se ve más bien como simbólica, una renuncia a los deseos infantiles. La represión es poco importante en la génesis de la neurosis, ya que ésta no viene de un conflicto entre impulsos y exigencias sociales, sino entre aspectos de la personalidad misma que se desarrollaron en forma desigual. La regresión no sería tampoco patológica, sino un retroceso para 'saltar mejor', una adaptación creativa. La neurosis sobreviene cuando no se alcanza esa adaptación creativa y queda el sujeto en su comportamiento primitivo. La clave de la neurosis está en el presente no en el pasado.

Jung basa su psicoterapia en el contacto con el curativo inconciente colectivo, por medio de la interpretación de los sueños, y la asociación libre. Una perspectiva religiosa ayuda también al individuo.

Condensado de Brown J (1989) Freud y los post-freudianos. Los primeros cismáticos.

Biografía.- Desde pequeño introvertido, su relación con sus padres influirá sobre él. El padre era pastor, cálido pero inseguro en sus creencias, y su madre imprevisible, vital, fue para Jung fuente de energía y seguridad afectiva. Siendo médico pasa seis meses entre los enfermos mentales, concluyendo que sus conductas no son percepciones distorsionadas de la realidad sino que están plenas de significado, el cual debe decodificarse. Empieza a interesarse por el planteo freudiano de la motivación inconciente y desde el principio trata de conciliarlo con las ciencias naturales y las leyes de la termodinámica, o sea la conservación y transformación de la energía aplicada a lo psíquico, que luego ocupará un lugar central en su teoría.

A pesar de ver Freud en Jung al hijo varón que no tuvo y ver Jung en Freud al padre seguro, la ruptura es inevitable cuando Jung concibe la libido como algo mucho más amplio e inespecífico que la mera representación psíquica del impulso sexual. Luego de la guerra, empieza Jung a desarrollar la teoría del inconciente colectivo al estudiar ciertos fenómenos que él considera como imágenes primordiales y determinantes de todo el desarrollo humano. Esto lo lleva a ampliar sus conocimientos (filosofía, orientalismo, alquimia, literatura, historia, idiomas griegos y latín, etcétera) y viaja a Asia, América y África para estudiar culturas muy diferentes a la occidental. Hacia el final de su vida se dedicó al estudio de la 'sombra', que son los aspectos más inadaptados e indeseables del hombre, y por ello un arquetipo importante en el desarrollo. Antes de su muerte publica "El hombre y sus símbolos", dirigido al público en general.

Jung enfatizará la conducta humana desde el punto de vista teleológico y como expresión de su entorno universal; por ello privilegia las vivencias básicas humanas referidas a la vida, la muerte, la trascendencia, todas vivencias teñidas de un sentimiento numinoso (de 'numen', espíritu). Estas experiencias están más allá de lo humano, es la experiencia de lo trascendental y lo sagrado (pero Jung no le da connotaciones religiosas dogmáticas).

Jung explica la dinámica de la personalidad mediante la idea de libido. La libido (anhelo, ansia) es la energía indiferenciada que está en la base de todos los procesos vitales. Es algo muy concreto pero imposible de conocer (así como ocurre con la idea de energía en física).

La energía es algo capaz de producir trabajo, o sea se define por lo que hace, no por sí misma. En sí misma nadie sabe qué es: es el maná de los polinesios, la fuerza de la inspiración, etcétera, o sea es fuerza creadora, acción vital que regula la actividad psíquica desde dentro: no hay nada desde fuera que regule dicha actividad.

El mantenimiento y la transformación de esta energía son explicados por las leyes de la termodinámica. La actividad psíquica es entendida como un proceso energético sujeto a transformaciones que se realizan mediante regulaciones internas que tienden a compensar en uno u otro sentido los excesos energéticos canalizándolos para mantener el equilibrio. Así, las transformaciones de la energía exigen una constante interacción entre los distintos aspectos hacia los que se canalizan. Estos aspectos (al igual que las cargas eléctricas), son opuestos entre sí, y así la energía se desplaza entre polos opuestos con el fin de equilibrarlos. Así, la psique es un sistema de autorregulación energética entre opuestos o polos antagónicos presentes en ella. El principio de enantiodromía o principio de los opuestos es entonces el principio básico de la dinámica de la psique. Este principio rige además en todo el universo.

La energía y su dinámica son inconcientes, pero lo que Jung no determina es donde termina la energía física y empieza la psíquica: esta transformación en otra modalidad de la misma y única energía ocurre en un determinado momento de la evolución de la especie: en el momento donde el hombre deviene 'simbólico', o sea de un momento donde nada tiene sentido a otro pleno de sentido: el símbolo es como una máquina psicológica que transforma la energía física en psíquica, o sea en libido.

Los símbolos son hechos, imágenes, palabras, situaciones que representan, expresan, designan o connotan algo más que su significado inmediato o manifiesto. O sea tienen un aspecto desconocido, inconciente, imposible de definir porque si no no sería 'algo más'. Definir el símbolo es anularlo, vaciarlo, y sólo podemos alcanzarlo como metáfora o alegoría de un sentido complejo, innato y tan antiguo como el hombre. El contenido último del símbolo sólo es presuntivo. Por ello los símbolos no se piensan, se sienten, se viven en imágenes; ellos constituyen las expresiones naturales espontáneas de la energía psíquica que se van cristalizando a lo largo de la evolución transindividual. Por ello son comunes a toda la humanidad.

Símbolo entonces es una unidad sincrética (contiene muchos elementos) de significados polivalentes (muchos significados) situada entre lo manifiesto y lo oculto. El trabajo hermenéutico va descubriendo algunos de los muchos significados, y lo que se revela es una estructura enantiodrómica detrás de ellos, o sea una estructura donde hay polos opuestos.

La psique consta de tres sistemas: conciente, inconciente personal, e inconciente colectivo.

El núcleo del conciente es el yo, conformado en base a percepciones, memoria, sentimientos, pensamientos. El yo es organizador y guardián de lo conciente y provee identidad y continuidad de la personalidad a lo largo de la historia. El yo es selectivo para salvaguardar la coherencia interna personal y permitiendo la adaptación al medio. Tanto estructural como dinámicamente, lo conciente es el producto más reciente de la evolución filo y ontogenética, y su desarrollo está relacionado con el de los otros sistemas.

El inconciente personal encierra todo aquello que fue antes conciente pero que fue reprimido. Tales deseos o impulsos pueden emerger nuevamente bajo formas regresivas, a la conciencia, produciendo imágenes que expresan el conflicto subyacente. En el inconciente personal se conforman los complejos de carga afectiva, término este último creado por Jung en 1912 y definidos como una estructuración de experiencias reprimidas en torno a fuertes núcleos afectivos. Estos núcleos ejercen una acción consteladora, pues son como un imán para atraer experiencias que se viven del mismo modo que esos núcleos conflictivos. Tanto ética como intelectualmente, el inconciente personal es neutro; es un ente natural que sólo es peligroso cuando lo conciente impide la resolución de sus conflictos subyacentes.

El inconciente colectivo es el que tiene mayor influencia en el desarrollo filo y ontogenético, y es el sistema de mayor fuerza y autonomía. Es el fundamento hereditario del hombre y se confunde con la naturaleza misma. Surge cuando la energía vital se transforma en psíquica mediante la simbolización por lo que tiene que ver con vivencias primitivas que revelan una profunda participación afectiva del hombre como parte de la naturaleza.

El inconciente colectivo se fue estructurando generación tras generación a partir de vivencias interiores (sistema simpático), y transformando la energía vital en psíquica. La conciencia surgió a su vez de la telencefalización del cerebro, y el yo pudo organizar las vivencias externas y así organizar el mundo, estableciendo una separación entre el yo y el mundo.

La energía canalizada en forma psíquica se expresa en los contenidos propios del inconciente colectivo: los arquetipos. Estos establecen un vínculo entre el hombre y su realidad vital, cósmica, y es similar a la idea platónica. Los arquetipos surgen de experiencias ancestrales y a su vez determinan la experiencia individual actual.

Como contenidos energéticos, los arquetipos se canalizan generando imágenes primordiales, símbolos ejemplares y patrones de conducta. Así, el arquetipo es energía subyacente al símbolo. El arquetipo se estructura alrededor de vivencias primordiales relacionadas con las necesidades del hombre, su devenir, cosas que tienen fuerte carga afectiva. Como contenidos energéticos a priori no pueden someterse a elaboraciones concientes, y por ello son un hecho psíquico puro y básico. Entre los hechos significativos de la experiencia humana en torno a los cuales se organizan los arquetipos podemos mencionar los siguientes:

1) Símbolos que representan cambios de identidad: nacimiento, pubertad, matrimonio, etc. 2) Símbolos que representan vínculos: padre-hijo, madre-hijo, sexuales, etc. 3) Símbolos que representan vínculos

entre partes de la psique: consciente-inconsciente, pensamiento-sentimiento, masculino-femenino, etc. 4) Símbolos que expresan vínculos con el medio social: jerarquía, autoridad, metas y valores sociales, y 5) Símbolos vinculados a la muerte y la trascendencia. Alrededor de todos estos hechos y situaciones se han ido formando complejos arquetípicos que se expresan por medio de los mitos, las creencias, ritos y ceremonias. Todos ellos son profundamente simbólicos, es decir, con un significado polivalente y una estructura enantiomórfica. El aspecto externo, el soporte material varía según el individuo y según el contenido histórico y cultural, pero el significado remite siempre a contenidos arquetípicos arcaicos.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

Símbolos en transformación.- En este libro Jung explica que la investigación del complejo de Edipo ha mostrado el vínculo que une al hombre moderno con el antiguo. Explorando los estratos ocultos del alma propia nos adueñamos del sentido viviente de la cultura antigua, lo que hace inmortal el problema edípico. Por ello la psicología individual no basta: debe incluir también este material histórico, y así como los conocimientos psicológicos pueden estimular la comprensión de las estructuras históricas, así también los materiales históricos pueden arrojar nueva luz sobre las cuestiones de la psicología individual.

Hay dos formas de pensamiento: el dirigido o verbal, y el no dirigido. Este último es el pensamiento no onírico, el cual no es lógico. En el sueño no pensamos con palabras, sino con imágenes y símbolos, el pensamiento dirigido es consciente, y en él se encadenan una palabras con otras formando una oración. El no dirigido funciona sin esfuerzo, con contenidos inventados, y es dirigido por motivos inconscientes. El primero adapta la realidad y procura obrar sobre ella; el segundo se aparta de la realidad, libera tendencias subjetivas y es improductivo, refractario a toda adaptación.

El relato de nuestras fantasías y sueños contiene siempre, no sólo nuestros problemas más perentorios, sino también lo más doloroso de nuestros problemas íntimos. Cita Jung un ejemplo de Miss Miller, donde aparecen relatados diversos complejos y problemas íntimos. Aborda entonces aquí una interpretación psicológica de esos textos. En "el himno al creador" aparece el símbolo Dios, un complejo de representaciones de naturaleza arquetípica: es el representante de una cierta cantidad de energía (libido) que se presenta proyectada.

En la segunda parte, Jung postula que el concepto de libido de Freud no debe referirse solamente a lo sexual. En el campo psicológico, este concepto de libido tiene la misma importancia funcional que el concepto de energía en física. Libido es algo más abarcativo que lo sexual, pues existen muchos instintos irreductibles a lo sexual.

En el niño la libido se manifiesta en la función de nutrición y en el área motora (movimiento de brazos y piernas acompañados de satisfacción). A medida que crece y desarrolla sus órganos, la libido va diversificándose, transformándose hacia nuevas funciones, entre ellas la sexual, pues también es espiritual, verbal, emocional, etc. El símbolo de la libido en general es el fuego. Esto se ve en la fase presexual por ejemplo, donde predomina lo nutritivo: son frecuentes las asociaciones entre el fuego y la boca (función nutritiva).

Jung se referirá a la génesis del héroe, a los símbolos de la madre y del renacimiento, la lucha por emanciparse de la madre, y el sacrificio. La madre es la primera encarnación del arquetipo llamado anima, y personifica todo lo inconsciente. La madre representa toda la nostalgia del pasado, al que el hombre busca aferrarse pero también independizarse.

Síntesis de Jung C (1982) Símbolos en transformación. Buenos Aires: Paidós.

Biografía.- (Kesswil, Suiza, 1875-Küswacht, id., 1961) Psicólogo y psiquiatra suizo. Se le considera, según los casos, como el antagonista o el verdadero sucesor de Freud. Su relación con éste se inició en 1907 y su colaboración se mantuvo hasta la publicación de Transformaciones y símbolos de la libido (1912), origen de la ruptura a causa de las crecientes divergencias teóricas entre ambos. Las investigaciones de Jung, a menudo incursiones en terrenos aparentemente alejados del suyo, como la alquimia o la astrología (Psicología y religión, 1937, Psicología y alquimia, 1944), abren un camino sugestivo marcado por profundas intuiciones: el concepto de inconsciente colectivo, el de arquetipo como descubrimiento de mitos universalmente repetidos, o el del «sí», distinto del «yo», totalidad del hombre que incluye su inconsciente. Definió así mismo los tipos básicos de «introvertido» y «extravertido». La heterodoxia de este autor le ha valido juicios contrapuestos, que abarcan desde la indiferencia a la admiración.

Fuente: Anónimo

<http://www.biografiasyvidas.com/>

KARDINER, ABRAHAM

Biografía.- (1891-1981) Psicoanalista-etnógrafo americano. Realizó varias investigaciones sobre algunas culturas primitivas, y logró observaciones importantes sobre la vida primitiva, sin alejarse mucho del pensamiento especulativo de Freud. Su obra principal: *The Individual and His Society*, 1939; *The psychological Frontiers of Society*, 1946; En castellano: *El individuo y la sociedad*, 1945.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

KELLER, HELEN ADAMS

Biografía.- (1880-1968) Quedó ciega y sorda a los 18 meses de edad y más adelante fue educada por Anne Sullivan; Joseph Jastrow realizó un estudio psicológico sobre este caso en 1894, Helen Keller escribió una autobiografía de suma importancia psicológica. Toda la vida de Hellen Keller es una demostración espiritual. Es un ejemplo de que no hay desgracia física o cualquier otra que el ser humano no pueda compensar con fuerzas espirituales. Lo que ocurre con el hombre es accidental, lo importante y lo decisivo es la posición espiritual, que uno toma frente a sus destino biológico, social o psíquico.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

KERNBERG, OTTO

Biografía.- Psicoanalista austríaco (1928-) radicado en EEUU, se dedicó a estudiar y tratar desórdenes graves de la personalidad, especialmente los fronterizos, esquizofrénicos y las personalidades narcisistas. Recibió influencias de la psicología del yo y de M. Klein, entre otros, y sus elaboraciones se han centrado en la teoría de la internalización de las relaciones objetales. Es presidente de la IPA desde 1995.

Kernberg nace en Viena el 10 de setiembre de 1928. Estudió medicina en la Universidad de Chile, donde se especializó en psiquiatría. Comienza formándose en psiquiatría clásica descriptiva, poniendo énfasis en la fenomenología, el diagnóstico diferencial, los síndromes orgánico-cerebrales y la esquizofrenia.

Siempre en Chile, en el Instituto creado por el Dr. Matte-Blanco recibió la influencia de la psicología del yo, y luego fue cambiando hacia una posición kleiniana.

Con una beca, viaja a EEUU en 1959 para investigar con psicoterapias, lo que representó su gran oportunidad para acercarse al psicoanálisis desde otro enfoque.

Trabajando en hospitales, aprendió el manejo de la entrevista personal, así como técnicas de investigación en psicoterapia y terapia de grupo. Kernberg había empezado a practicar psicoterapia con pacientes esquizofrénicos, lo que le resultó fascinante. Pasa de una atmósfera kleiniana a una sullivaniana, y tras recibir un ofrecimiento de la Fundación Menninger, decide quedarse en los EEUU, donde encontró mayores posibilidades que en Chile debido al gran desarrollo profesional, social, cultural y financiero.

Su acceso al tratamiento, sesión por sesión, de personalidades severamente perturbadas, lo llevó a desarrollar sus propios planteos con pacientes borderline y narcisistas, encontrando que la teoría de las relaciones objetales podría articularse con la psicología americana del Yo (Erikson, Jakobson y Mahler). Tomó aportes del Middle Group Británico, de Fairbairn y de Klein.

Hasta el momento actual, Kernberg se dedica al estudio y tratamiento de las perturbaciones de la personalidad, sobre todo de los cuadros fronterizos, y sus elaboraciones metapsicológicas se centraron en la teoría de la internalización de las relaciones objetales. Buscó puntos de confluencia de diversas perspectivas teóricas, y ha incursionado también en la teoría general de los sistemas para analizar la dinámica institucional. Hoy vive en New York, tiene una esposa y tres hijos. Fue elegido presidente de la IPA (International Psychoanalytical Association), en 1995.

(Condensado de Igarzábal, Angeles, "Biografía de Otto Kernberg", incluido en Abadi, Sonia y otros, "Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores", Buenos Aires, Editorial de Belgrano, 1997).

KIRCHER, EXPERIMENTO DE

Definición.- Experimento realizado por el padre jesuita Kircher (siglo XVII). Luego de haber atado las patas y las alas de una gallina, la extendió en el suelo, y con una tiza trazó una línea recta en el suelo por delante de su pico. La gallina quedó hipnotizada, y luego de habersele quitado las ligaduras, continuó en el suelo en la misma posición. Sinónimo: *Experimentum Mirabile Kircher*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

KLEIN, MELANIE

Biografía.- Es la fundadora de la escuela inglesa del psicoanálisis. Mientras que para Freud al principio el yo no está estructurado, para M. Klein desde el nacimiento el yo está estructurado y con capacidad para la defensa. Esta autora habla de un Edipo a los seis meses, mientras que para Freud es muy posterior. Los aportes de Klein son básicos para comprender patologías adultas a partir de la observación que hizo sobre niños. Trabajó también con grupos, y sus continuadores fueron Bion y Jacks.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

Su pensamiento.- La teoría de Melanie Klein se desarrolla aproximadamente entre 1920 y 1960. En su Diccionario de Psicoanálisis, E. Roudinesco (1997) no vacila en calificar a Klein como "maitre a penser"

(maestra del pensamiento) de la segunda generación del psicoanálisis mundial; a su vez, Julia Kristeva (2001) le consagra el segundo de sus libros dedicados al genio femenino, y la califica como "la refundadora más audaz del psicoanálisis moderno". Junto con Hanna Arendt, las considera "insumisas cuyo genio consistió en arriesgarse a pensar".

Horacio Etchegoyen (1981) considera que la obra de Klein puede dividirse en tres etapas, la primera de las cuales arranca de sus primeras observaciones en 1919 y culmina en 1932, con la publicación de "El psicoanálisis de los niños".

En el período que va desde 1932 a 1946, año de la publicación de "Notas sobre mecanismos esquizoides", Klein presenta trabajos de gran importancia y sigue perfeccionando su técnica. Es la etapa en que despliega y afina su concepto de las "posiciones", primero la "posición depresiva" a través de sus artículos: "Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos" de 1934, y "El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos" de 1940. Luego, y en lo que se refiere a la "posición esquizo-paranoide", su aporte se completa con el citado trabajo de 1946, donde define con gran precisión el crucial concepto de "identificación proyectiva". La noción de posición (que debe entenderse como configuración típica de fantasías, ansiedades y mecanismos defensivos contra las mismas), viene a dar cuenta de dos modos distintos pero igualmente cruciales en el desarrollo psicológico humano, de relacionarse con el mundo y sus "objetos" desde los primeros momentos de la vida. En esta perspectiva, "relaciones objetales", son objetos todos aquellos a los que se dirigen las mociones pulsionales, y forman parte del mundo externo o realidad externa, en correlación a la realidad interna, realidad psíquica, o "mundo interno", que se va construyendo en constante interjuego con el primero. En la fantasía inconsciente, entendida como la expresión mental de los instintos (otro concepto fundamental en la teoría kleiniana) los mecanismos de introyección y proyección se alternan al instalar en el mundo interno objetos que ya previamente habían sido distorsionados por la atribución de determinadas cualidades.

La importancia asignada tanto a la hostilidad como a la reparación, la envidia, constituye uno de los aportes más originales y propios de la teoría kleiniana y la base de su aplicación clínica.

Kristeva J (2001) El genio femenino: Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós.

Etchegoyen R (1981) Biografía breve de Melanie Klein. Buenos Aires: Revista de Psicoanálisis, III, 2-3.

Roudinesco E (1997) Diccionario de Psiconálisis.

Biografía.- (1882-1960) Psicoanalista austríaca, creadora de técnicas terapéuticas en el campo de las psicopatologías infantiles que tendrían gran impacto en los métodos de cuidado y crianza de los niños, en la psicología infantil y en la psicología evolutiva. Nacida en Viena recibió la influencia de Sándor Ferenczi y Karl Abraham, seguidores de Sigmund Freud. Fue después de la primera Guerra Mundial cuando desarrolló sus terapias a través del juego, en las que ponía de manifiesto que el modo en que los niños emplean sus juguetes revela las fantasías y las ansiedades precoces, a una edad en que el acercamiento a través de la palabra, como en el psicoanálisis tradicional, es imposible. En *El Psicoanálisis de los niños* (1932), mostró cómo estas ansiedades afectaban el desarrollo infantil del Yo, del Superyó y de la sexualidad, pudiendo estar en la base de los trastornos emocionales posteriores. A través de sus métodos de psicoanálisis infantil, intentó liberar a los niños de los sentimientos de culpa incapacitantes, redirigiendo hacia el terapeuta los sentimientos agresivos y edípicos que no podían expresar ante sus padres.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Klein y Fairbairn.- Mientras Klein se centra en las ansiedades, Fairbairn se centra en la relación del yo con los objetos. Ambos coinciden en la importancia de la posición esquizoide para la determinación de la esquizofrenia.

Klein critica a Fairbairn su revisión de la teoría de la estructura mental y los instintos. No coincide con Fairbairn cuando éste dice que al comienzo solo se internaliza el objeto malo, pues el pecho bueno introyectado forma parte vital del yo y ejerce mucha influencia luego.

Asimismo Klein no coincide con Fairbairn cuando éste dice que "el mayor problema del esquizoide es cómo amar sin destruir con su amor, y el mayor problema del depresivo es cómo amar sin destruir con su odio" con lo cual Fairbairn rechaza la idea de instintos primarios y resta valor a la agresión y al odio al comienzo de la vida. Por ello Fairbairn no da suficiente importancia a las ansiedades tempranas.

Condensado de Klein Melanie (1946) Nota sobre algunos mecanismos esquizoides. Artículo incluido en Klein M, Obras Completas, Tomo 3. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1983.

KOHUT, HEINZ

Biografía.- Psicoanalista austríaco radicado en EEUU (1913-1981), autor de una Psicología del Self mediante la cual plantea un desarrollo del narcisismo normal, un trastorno narcisista de la personalidad, y, para la práctica analítica, la importancia de la empatía, la introspección y el establecimiento de tipos especiales de transferencia.

Kohut nació el 3 de mayo de 1913 en las afueras de Viena, como hijo único de un concertista de piano y una madre ama de casa. Considerado un niño precoz, un tutor le enseñó teatro, latín, griego y arte, siendo la música una de sus pasiones.

En Viena estudió la carrera de Medicina. En 1938 viaja a Londres y luego emigra a EEUU con 25 dólares en el bolsillo, donde se radica en Chicago, comenzando allí su especialización en neurología. Retoma su análisis con Ruth Eissler, que había comenzado en Viena con un amigo de S. Freud, y en 1944 termina su formación en el Instituto Psicoanalítico de Chicago.

Recibe al comienzo la influencia de la psicología del yo, pero luego va formulando su propia teoría, que formaliza como "Psicología del self". Sus divergencias se manifiestan en 1959, cuando presenta un trabajo donde rescata los instrumentos fundamentales de la práctica analítica: la empatía y la introspección.

En la clínica, identificó una perturbación caracterológica no descripta hasta entonces, que llamó Trastorno Narcisista de la Personalidad. Entre sus diferencias con la neurosis, se contaba el tipo de transferencia que los pacientes establecían, que denominó transferencia narcisista. Esto le hizo pensar que el narcisismo no era una etapa de la libido reemplazada luego por el amor objetal, sino que coexistía con esta última siguiendo un desarrollo paralelo e independiente de la libido objetal. Así como el resultado del desarrollo pulsional es la estructura ello-yo-superyó, el desarrollo del narcisismo es el self, para lo cual el niño utiliza ciertos objetos del ambiente, los 'objetos del self' (el objeto del self grandioso y el objeto de la imago parental idealizada).

En 1960 se casa con Betty Meyer, y tuvo un solo hijo. En 1966 concurre a un Congreso psicoanalítico en Buenos Aires, donde comenta sus primeras ideas. En 1971 publica "Análisis del self", donde habla de la necesidad de un tratamiento basado en la interpretación y elaboración de transferencias narcisistas, camino necesario para el fortalecimiento del self.

En "La restauración del sí-mismo", se aparta manifiestamente de Freud, al sostener que las patologías narcisistas no pueden ser tratadas poniendo énfasis en el conflicto neurótico. Explica que, como consecuencia de las respuestas empáticas perturbadas de los objetos del self, el sí-mismo está debilitado y propenso a la fragmentación, lo que requiere entonces trabajar empáticamente con el paciente para favorecer y luego elaborar las transferencias de los objetos del self arcaico, cuya función fue insuficiente.

En textos posteriores sugiere que tanto el complejo de Edipo como la angustia de castración serían el resultado de relaciones poco satisfactorias con los objetos del self infantiles, y a partir de allí cuestiona la importancia del análisis del complejo de Edipo y la angustia de castración en la cura.

Kohut presidió la Asociación Psicoanalítica Americana hasta su muerte, ocurrida en Chicago el 8 de octubre de 1981.

(Condensado de Igarzábal, Angeles, "Biografía de Heinz Kohut", incluído en Abadi, Sonia y otros, "Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores", Buenos Aires, Editorial de Belgrano, 1997).

KRAEPELIN, EMIL

Biografía.- Psiquiatra alemán (1856-1926), famoso por sus descripciones de la demencia precoz y de la psicosis maniaco-depresiva. Su obra señala el comienzo de la psiquiatría moderna. Obra fundamental: *Lehrbuch der Psychiatrie* (con Lange), 1899.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

KRAFFT-EBING, RICHARD VON

Biografía.- "Psiquiatra alemán (Mannheim, 1840-1903). Se le considera el iniciador de la clasificación y sistematización de la patología sexual. En 1886 publicó *Psicopatía Sexuales*, obra en la cual analiza con extremo detalle las principales formas de lo que entonces se consideraban <<desviaciones sexuales>> y que ahora se conocen como parafilias. Equiparaba masturbación y homosexualidad a sadismo o masoquismo al considerarlas también como perversiones. Si bien en la actualidad se sabe que los datos de este autor son pseudocientíficos, se le deben reconocer tres hallazgos. El primero es que parte de las parafilias son verdaderas patologías psiquiátricas, lo cual está comprobado. Su segunda aportación es haber establecido la necesidad de una clasificación clínica de la sexualidad, y la tercera, sus hipótesis mixtas para comprender la homosexualidad, camino por el cual aun se discurre".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

KRETSCHMER, ERNST

Biografía.- (1888-1964) Psiquiatra alemán que investigó las relaciones entre la constitución corporal y el carácter. Hizo sus investigaciones entre los enfermos mentales, y elaboró así una tipología general. Formó tres tipos principales: los asténicos, los atléticos y los pícnicos.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

LABERINTO

En metodología experimental, retícula trazada por senderos con algunas encrucijadas sin salida y con uno o varios tramos o senderos que desembocan en el exterior o en una nueva meta. Tanto el grado de complejidad como el espacio físico de los laberintos (acuáticos, en alto) presentan un amplio espectro de variación. La configuración más frecuente es la del laberinto múltiple en T mayúscula. La elección acertada en cada intersección conduce al próximo tramo, y el proceso concluye cuando se alanza la meta, cuyas características están determinadas por el objetivo (caja de comida, salida, etc. son utilizados en investigaciones sobre aprendizaje animal). El laberinto gráfico ofrece al examinado una red de senderos dibujados que deberán ser recorridos mediante el trazo de un lápiz; es utilizado en test de inteligencia. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

LACAN, JACQUES

Biografía.- (París, 1901-id, 1981) Filósofo y psiquiatra francés. Estudió medicina en La Sorbona y obtuvo su doctorado en 1932, en la especialidad de psiquiatría. Su interés por el psicoanálisis le llevaría a ingresar en la Sociedad Psicoanalítica de París, aunque sus diferencias sobre la interpretación de Freud lo impulsaron a fundar, en 1964, la Escuela Freudiana de París. Propuso una reinterpretación de Freud en términos estructuralistas, que tuviera en cuenta la importancia del lenguaje. Así, afirmó que el sujeto estaba articulado en dos niveles: el consciente (lenguaje de la cultura) y el inconsciente (lenguaje del deseo), cuya relación era también de carácter lingüístico. Publicó, entre otras obras, La familia (1932) y Psicoanálisis, radiofonía y televisión (1973), así como sus seminarios, recogidos en varios volúmenes (El seminario, 1973, 1978, 1986 y 1991).

Fuente: Anónimo

<http://www.biografiasyvidas.com/>

Biografía.- Psicoanalista francés (1901-1981). Fundador de la Escuela Freudiana de París. Seguidor fiel de Freud, desarrolla una teoría del yo en "el estadio del espejo", realiza controvertidas innovaciones en la técnica analítica, y hace una lectura del inconsciente desde la lingüística estructural de Saussure, desarrollando, también, sus propias concepciones sobre el deseo, la paranoia y el mecanismo de la forclusión en las psicosis.

Jacques Marie Emile Lacan nace en París el 13 de abril de 1901, siendo el mayor de cuatro hermanos. Crece en medio de la severidad religiosa, contra la que se rebelará, y su infancia transcurre cerca de su abuelo Emile. Es descrito como un alumno vanidoso, fantasioso y a veces molesto.

En 1923 escucha por vez primera la teoría freudiana, y en 1926 provoca un escándalo familiar con su adhesión a Nietzsche y la teoría del anticristo. Luego de vacilar entre la política y la medicina, se decide por ésta última, y entre 1927 y 1931 estudia la clínica de las enfermedades mentales y de las encefalopatías en el hospital Saint Anne. De esa época, donde fue descrito como excelente clínico, data su único trabajo sobre la histeria.

Entre 1930 y 1931 hace una síntesis entre clínica psiquiátrica, doctrina freudiana y segundo surrealismo, y recibe la influencia de Hegel a partir de un seminario de Kojève. En 1931, se interesa por la paranoia y las perturbaciones del lenguaje escrito, y presenta el caso de Aimée, una paranoia con características de autopenalización, mediante la cual busca desarrollar y confirmar las hipótesis psicoanalíticas al respecto. En 1932 inicia su análisis con Loewenstein, en 1934 ingresa en la Sociedad Psicoanalítica de París y en 1938 es nombrado director de la misma.

En 1934 se casa con Malou, con quien tuvo tres hijos (continuando con sus relaciones extramatrimoniales con su amante Sylvie, con quien tuvo a Judith, a quien adoraba).

En 1936 escribe "El estadio del espejo", donde 'inventa' una teoría del yo que, aunque apoyada en Freud, le daba otro contenido. En 1954 ingresa en la Sociedad Francesa de Psicoanálisis. En un Congreso, fue criticado porque no respetaba las reglas analíticas: las sesiones no duraban los 50' reglamentarios, no controlaba la transferencia ni la contratransferencia, etc., a pesar de lo cual siguió usando su propio criterio con sus pacientes. Finalmente, sometido a un interrogatorio, su método no es aceptado y se le prohíbe hacer docencia, siendo expulsado de la Sociedad Francesa de Psicoanálisis en 1963, quedando de hecho también expulsado de la IPA. Ve así derrumbarse su ilusión de ser una alternativa a la teoría freudiana. En 1964 funda su propia escuela, formada por 134 miembros, a la que llamó Sociedad Francesa de Psicoanálisis (luego designada como Escuela Freudiana de París). Tuvo gran aceptación entre la juventud francesa y, al momento de su fractura, llegó a tener 609 miembros. Como director de la misma, Lacan intenta mantener el control y tomar todas las decisiones, lo que comienza a producir malestar, celos y envidia entre sus miembros. La ruptura se produce cuando Piera Aulagnier, luego de grandes discusiones, se separa en 1979. A los 65 años publica casi toda su obra. En 1980 declara disuelta la Escuela Freudiana de París, y fallece el 21 de agosto de 1981.

(Condensado de Rencoret María "Biografía de Jacques Lacan", incluido en Abadi, Sonia y otros, "Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores", Buenos Aires, Editorial de Belgrano, 1997).

Sobre la obra de Lacan.- Señala el lingüista Jean-Claude Milner que hay dos formas de reconocer la figura de un objeto: partir de su interior y, por medio de una ley, generar sus contornos, o hacerlo desde el exterior, estableciendo el modo en que la presencia de cuerpos vecinos delinea el espacio en el cual se aloja el objeto.

El autor toma el segundo camino para abordar la obra de Lacan, explorando algunos relieves exteriores con los que tropezó el discurso lacaniano a los cuales, contorneó, erosionó, no sin antes recibir su forma y a su vez confiriéndoles una. Referencias a autores como Koyré, Jakobson y Kojève, van moldeando esta lectura atenta de la teoría de Lacan.

Indica el autor que desde el punto de vista del saber, no hay nada dictado en los seminarios dictados por Lacan que no esté planteado en sus escritos, lo cual se justifica por el hecho de que Lacan se fió enteramente de lo escrito - y no, de lo transcrito - para transmitir su doctrina; al respecto destaca que nada en los seminarios puede modificar la interpretación de los Escritos, y todo en estos últimos es importante para la interpretación de los seminarios. Los Escritos constituyen el mayor exponente de lo que el autor llama el primer clasicismo lacaniano, período que inaugura el Discurso de Roma, de 1953, y cuyas premisas descansan sobre ciertos postulados de la lingüística estructural, entre otros.

Un segundo clasicismo, estará consagrado manifiestamente a asegurar la transmisión de un saber. El Lacan de los 70 afirmará que la formalización matemática es nuestra meta, nuestro ideal, porque sólo ella es matema, es decir, transmisible íntegramente. Habrá lugar aún, para un tercer período, la deconstrucción, protagonizada por la teoría de los nudos y por el retorno de algunos nombres del primer clasicismo. Milner ha diseñado un mapa epistemológico de Lacan, en el cual se destaca con gran precisión toda una serie de fronteras, relieves, caminos, convergencias y accidentes.

Sinopsis de Milner Jean-Claude (1997) La obra clara. Lacan, la ciencia, la filosofía. Buenos Aires: Manantial.

LAING, RONALD

Biografía.- Ronald David Laing fue un "psiquiatra y psicoanalista inglés (Glasgow, 1927-1989). Sus teorías gozaron de cierta autoridad por estar muy próximas a las corrientes <<antipsiquiátricas>>. Relacionó el origen de ciertas enfermedades mentales, especialmente la esquizofrenia, con factores sociales y políticos. Evidentemente sus teorías no tienen ninguna base científica".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

LÁMINA EN BLANCO

Generalidades.- La personalidad es algo asistemático, porque cada sujeto es diferente al otro en su historia, y la evaluamos mediante técnicas que son sistemáticas pues presentamos los mismos estímulos en el mismo orden y recogemos los datos de la misma manera. Diferirán nuestras interpretaciones según cada persona.

Las láminas en blanco son estímulos sistemáticos: siempre son presentados al sujeto en el TAT y en el TRO. Podría decirse que con la lámina en blanco no se cumple la propiedad del estímulo para favorecer proyecciones sobre láminas pictóricas, ya que esas se usan para promover la proyección. La lámina en blanco es la menos paramétrica de todas. Permite no obstante estandarizar la interpretación del relato porque se la mostramos a todos los sujetos, en lugar de decirles directamente que inventen una historia. La lámina en blanco expresa la relación transferencial con el entrevistador, pues se supone que al no haber figura, se tornará figura la relación entrevistado-entrevistador. También tomará como fondo las láminas pictóricas y expresará cómo vivenció la toma del test.

Desde esta perspectiva, la lámina en blanco equivale a la entrevista libre. Las consignas "hábleme de usted" e "imagine un cuadro e invente una historia" configurarán el campo a partir de la personalidad del sujeto y del aquí y ahora con el entrevistador.

Phillipson toma algunos postulados de Bruner y de Lewin.

BRUNER: La percepción se da en tres etapas: a) Una expectativa o hipótesis, b) una información aportada por el ambiente, y c) un procedimiento de impugnación o confirmación. Las hipótesis se refieren a relaciones interpersonales, y la información aportada por el ambiente no se refiere a tamaño, brillo, etc. Sino al calor o frialdad aparente de las personas, la apariencia amenazante de la situación, la aparente inteligencia o sinceridad de los otros, etc.

LEWIN: La personalidad es entendible en relación con el campo en que opera. Este campo psicológico está determinado más por factores sociales que físicos, pues ya desde el nacimiento estamos vinculados mediante gratificaciones, frustraciones control, libertad, aprobación o desaprobación. Importa lo percibido en el campo, no lo percibido objetivamente.

La lámina en blanco tendría para Bruner como únicos indicadores ambientales la situación de toma de test, vivida como gratificante o frustrante, y sería percibida según su patrón habitual de relaciones interpersonales.

Dado el alto grado de saturación proyectiva de la lámina en blanco (máxima inestructuración), el sujeto proyectará en la historia sus deseos (situación estímulo gratificante) o una historia donde se protegerá de

las consecuencias del cumplimiento del deseo (situación amenazante), o donde aparecerán defensas contra el deseo o contra la amenaza.

Señala Phillipson que la máxima tensión está en la primera lámina, porque después, cuando el sujeto ve que el psicólogo no confirma ansiedades ni catástrofes fantaseadas inconcientemente, está más suelto y las fantasías afloran más fácilmente.

La lámina en blanco no solo muestra la relación transferencial, sino también un cuadro del mundo creado por el sujeto donde satisficaría sus necesidades, evitando las amenazas y consecuencias temidas, como forma de resolver su problema actual. Intentaría resolver la tensión generada por la transferencia.

En el Phillipson la lámina ocupa el último lugar, lo que mostraría las fantasías de enfermedad y curación, los recursos para fantasearlas y las posibilidades de hacerlas realidad. También muestra como se despiden del test y del psicólogo. Murray la coloca en el medio de la segunda parte para explorar lo transferencial. Siempre debe avisársele al sujeto que vendrá una lámina sin gráfico, pues sino aparecen reacciones de sorpresa o agresión. Si el paciente se bloquea a pesar de la consigna, es que los gráficos fueron el único recurso que puede usar para proyectar, y sin ellos se siente desprotegido y sin límites, como si la realidad no existiera.

En ciertos casos la lámina en blanco funciona como pronóstico, al volcarse allí un proyecto existencial. García Arzeno indica que la lámina en blanco sugiere al sujeto lo mejor que podría ocurrirle. Esto favorece recursos como la idealización y la defensa maníaca, para no entrar en depresión.

Algunas reflexiones.- al presentarle al sujeto una lámina en blanco luego de varias pictóricas, tal vez la lámina evalúe su capacidad para adaptarse a situaciones desacostumbradas

Otra reflexión: ¿son los estímulos menos estructurados, como se sostiene habitualmente, los que tienen mayor saturación proyectiva? Megargee critica esto diciendo que hay que ver si un sujeto frente a la lámina en blanco responde a este estímulo: tal vez esté reaccionando frente a la situación total, que es más estructurada. No es lo mismo carencia de estructura que ambigüedad, pues la lámina en blanco, ausencia de estructura, limita el número posible de interpretaciones de la misma. Se comprobó también que fotos mostradas muy brevemente no incrementaban la proyección, y que los dibujos delineados nítidamente, eran más útiles para proyectar. Del mismo modo, se vio también que la serie de láminas más cotidianas eran donde más cosas se proyectaban, en comparación con las más dramáticas.

En suma: láminas del TAT muy ambiguas no estimulan el mundo privado del sujeto, pero sí respuestas circunstanciales defensivas que dan como resultado la evocación de un tema placentero.

Holt ha comparado la historia contada a partir de la lámina en blanco con los sueños, y señala (las acotaciones respecto de la lámina en blanco son de la autora del apunte):

1) Restos diurnos: Quizá la lámina pictórica o parte de ella guarde la misma relación con la historia que los restos diurnos respecto del sueño. Aunque como estos restos, la lámina no sea una experiencia personal, sirve como estímulo estándar para hacer comparaciones interindividuales.

La historia respuesta de la lámina en blanco tiene en cambio, un contenido tan personal como el sueño.

2) Como en el resto diurno con respecto al sueño, el impacto de la lámina TAT no siempre permite descargar motivos o problemas subyacentes. Solo algunas láminas pueden hacerlo.

Al no tener un tema, la lámina en blanco no sirve a la descarga deformada de necesidades reprimidas. También lo hacen las otras láminas, pero en la lámina en blanco hay un compromiso más personal en la historia respuesta, y se vio que muchos daban historias autobiográficas. Se notó uniformidad según la patología: historias vitales y orientadas al futuro en personas normales, tedio o desolación y más vinculación con el pasado, en neurosis.

3) Los restos diurnos ofrecen una oportunidad de descarga parcial. La lámina TAT en cambio, puede tener un contenido indiferente y liberar solo necesidades concientes y periféricas.

En el sueño el sujeto es responsable del tema, con menos posibilidades de defensa que frente a la lámina en blanco, donde puede defenderse negándose a hacer una historia.

4) El material inconciente en el sueño sufre determinadas transformaciones. En la lámina hay una distorsión perceptiva

y el complejo básico sigue inconciente a pesar de haber sido removido por la imagen.

La historia de la lámina en blanco también está sometida a distorsiones y deformaciones.

5) El sueño sufre una elaboración secundaria para darle coherencia. En la historia frente a la lámina esta elaboración interviene aun más, ya que allí predominan sobre los procesos primarios. Lo mismo respecto de la lámina en blanco.

El mismo color blanco también influye, pues se contaban historias distintas frente a las láminas rojas o negras.

Celener G (1995) Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (ORT-TAT). Publicación interna de la cátedra de Métodos y técnicas de exploración diagnóstica II. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

LANGER, MARIE

Biografía.- (1910-1987) La más importante psicoanalista mujer de América Latina. Marie Lisbeth Glass nació en Viena, Austria y murió en Buenos Aires, Argentina. Perteneció a una familia judía asimilada, acaudalada y culta. Fue la menor de dos hijas. Estudió en el Schwarzwald Schule, colegio donde

convergían ideas socialdemócratas y feministas. Sus profesores introdujeron formalmente a Marie en una visión crítica del mundo y le brindaron modelos alternativos al estilo de vida frívolo y victoriano, esperado para una mujer de su Se social. Se casó por primera vez a los 18 años, cuando aún no había terminado el Gimnasium. Se divorció poco tiempo después. En 1932 se afilió al Partido Comunista Austríaco impulsada por el auge del nazismo de Alemania. Poco después comenzó a psicoanalizarse con Richard Sterba. En 1935 terminó sus estudios de Medicina y comenzó su formación psicoanalítica en el Wiener Vereinigung Institut presidido por Sigmund Freud. Cuando ante el avance del nazismo en Austria, Freud decidió que ni analistas ni analizandos podían militar en partidos clandestinos (y el Comunista era uno de ellos) se vio enfrentada a lo que iba a ser uno de los dilemas más dramáticos de su vida: la elección entre su actividad profesional y su actividad revolucionaria. En 1936 integró -junto con quien fue su segundo esposo, el Dr. Max Langer- las Brigadas Internacionales convocadas para defender la República Española por Dolores Ibárruri, La Pasionaria. Sobre el final de la Guerra Civil perdió su primer embarazo. La victoria de las fuerzas franquistas, el peligro del creciente antisemitismo y del anticomunismo, la obligaron a abandonar Europa. Emigró al Uruguay, donde nació el primero de sus cuatro hijos. Después de algunos años económicamente difíciles llegó, a principio del 40, a Buenos Aires. En 1942, fundó -junto a Ángel Garma, Celes Cárcamo, Arnaldo Rascovsky, Guillermo Ferrari Hardoy y Enrique Pichon-Rivière- la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) siendo la única mujer en este grupo. Sobre ella recayó la responsabilidad de gestionar el reconocimiento de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) para el psicoanálisis argentino. En las décadas siguientes contribuyó, de manera inestimable, al fortalecimiento de la Asociación Psicoanalítica (que presidió por un período) y del Instituto de Psicoanálisis. Investigó, con especial interés, los problemas relacionados con la sexualidad femenina, la reproducción y la maternidad. Publicó en 1951 Maternidad y sexo, trabajo pionero dentro del psicoanálisis que sitúa la condición femenina desde una perspectiva marxista y feminista. En 1957 publicó, junto con León Grinberg y Emilio Rodríguez, Psicoterapia del grupo y posteriormente, El grupo psicológico, textos clásicos en lo que se refiere a la psicoterapia psicoanalítica de grupo. Durante estos años, lejos de la militancia política, impulsó la práctica de la psicoterapia grupal en instituciones asistenciales. Fue miembro fundadora de la Asociación de Psicología y Psicoterapia de Grupo. A fines de la década del 60 integró el Grupo Plataforma con otros psicoanalistas que cuestionaban el aislamiento de las instituciones psicoanalíticas oficiales, sus estructuras verticales de poder y su pacto con la clase dominante. Publicó, entonces, Cuestionamos I y Cuestionamos II, libros donde recogía las críticas a un psicoanálisis adaptacionista y aliado al sistema. En 1971 leyó su trabajo: "Psicoanálisis y/o revolución social" en el XXVII Congreso Internacional de Psicoanálisis que se realizó en Viena. De regreso a la Argentina renunció a la APA y a la IPA, junto al Grupo Plataforma. Fue la primera ruptura por razones ideológicas y políticas en el seno de la asociación internacional desde que Freud la fundara. Participó, entonces, en la creación de la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental (que presidió en 1972), organismo gremial que agrupaba a la Asociación de Psicólogos, la Asociación de Psicopedagogos y la Federación Argentina de Psiquiatras. Tuvo, asimismo, una actuación decisiva en la organización del Centro de Docencia e Investigación, que dependía de la C. T. de S. M., y desde donde se impartía, casi gratuitamente, formación psicoanalítica y marxista a 3.500 trabajadores dedicados a la salud mental. Realizó investigaciones, asistencia y tareas docentes en el Servicio de Psiquiatría del Policlínico de Avellaneda. En 1973 fue profesora adjunta en la cátedra de psicología médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. El auge de la represión en la Argentina -y una muy explícita amenaza de la banda parapolicial llamada Triple A- la obligó a exiliarse nuevamente. A partir de 1974 residió en México. Allí trabajó en la Universidad Nacional Autónoma Mexicana y se dedicó fundamentalmente a tareas de solidaridad con los refugiados y exiliados políticos del Cono Sur y Centro América. Publicó Memoria, historia y diálogo psicoanalítico, texto autobiográfico en el que recoge lo mejor de su experiencia como psicoanalista comprometida con la historia de este siglo. Marie Langer fue referencia ineludible para todos aquellos que trabajaron en la defensa de los Derechos Humanos. En 1981 organizó y coordinó el Equipo Internacionalista de Salud Mental "México-Nicaragua", integrado por un grupo de profesores que desarrollan (escrito en mayo de 1990) actividades de docencia, asistencia e investigación en apoyo de la revolución sandinista. Otra revolución, la cubana, completaría la realización de sus ideales políticos. En 1985 fue invitada al Encuentro de Intelectuales por la Soberanía de los Pueblos de Nuestra América. En La Habana fue elegida por unanimidad -en reemplazo de Julio Cortázar- para integrar el Comité Ejecutivo. A partir de entonces trabajó, incansablemente, en la organización del Primer Encuentro entre Psicoanalistas y Psicólogos que tuvo lugar en un país socialista (La Habana, Cuba, Julio de 1986).

Silvia Wertheim, Juan Carlos Volnovich

Aporte de Ricardo Bruno

LANZAMIENTO

Generalidades.- El lanzamiento se refiere al hecho de que somos "lanzados" a un universo que no hemos escogido. Cuando empezamos a escoger nuestras vidas, empezamos por muchas elecciones hechas para nosotros: genética, ambiente, sociedad, familia... todos esos "materiales básicos". Una

forma mejor de entender esto sería considerar que "Yo" consciente y libre, no estoy separado del "aquello", físico y determinado.

Pensemos por ejemplo en nuestro cuerpo. Por un lado, somos nuestro cuerpo, nuestro cuerpo somos nosotros. Cuando lo deseamos, caminamos, o hablamos, o miramos, o escuchamos. Percibimos, pensamos, sentimos y actuamos "con él", "a través" de él. Es muy difícil concebir la vida sin él. Pero, al mismo tiempo es como cualquier otra "cosa". Puede resistirse; puede fallarnos; podemos perder un miembro; podemos enfermar y perder esta u otra función, pero seguimos siendo nosotros. A veces el mundo entra en nosotros, como por ejemplo si me colocan un corazón artificial o una válvula cardíaca. Otras veces nos extendemos dentro del mundo, usando un telescopio, un teléfono o una caña. Estamos atrapados en el mundo y el mundo en nosotros y no hay manera de saber dónde termina uno y dónde empieza el otro.

El lanzamiento también se refiere al hecho de que nacemos en un mundo social establecido de antemano. Nuestra sociedad nos precede, así como nuestra cultura, nuestro lenguaje, nuestras madres y nuestros padres. En nuestro desamparo, como infantes y niños, debemos depender de ellos.

Incluso como adultos, dependemos de otros. En ocasiones, "caemos víctimas" del "Otro", esa generalización sin rostro a la que frecuentemente llamamos "personas" (como cuando decimos "las personas están mirando") o en el "nosotros" (como cuando afirmamos "nosotros no hacemos eso") o en el "ellos" ("A ellos no les gusta nada eso"). Pagamos con nuestra libertad y nos permitimos esclavizarnos por nuestra sociedad. A esto se le llama Caída.

Binswanger, siguiendo al filósofo Martin Buber, añade una nota más positiva a la idea de caída: lo aplica a la noción de "amplitud" hacia los otros (Yo-hacia ti) y al amor. Si el Dasein es una apertura, podemos abrirnos hacia los demás. No estamos "encerrados" en nosotros mismos como algunos existencialistas parecen sugerir. Binswanger percibe este potencial como una parte intrínseca de Dasein, e incluso le otorga un lugar especial refiriéndose a él como estar-más-allá-del-mundo.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Viktor Frankl. Traducción de Gautier Rafael.

LASHLEY, KARL SPENCER

Biografía.- (1890-1958) Fisiólogo-psicólogo americano, conocido por sus investigaciones de las funciones cerebrales y por su posición, según la cual, el cerebro actúa como untado (*teoría de la masa cerebral*) refutando los conceptos de la *localización*. Lashley, demoliendo sistemáticamente las áreas citoarquitectónicas en el cerebro de los ratones, llega a la conclusión de que, si por algunas formas elementales de sensaciones se puede establecer un locus, para las formas superiores de comportamiento (aprendizaje) tal localización no existe, pues la masa cerebral *in toto* toma parte en el proceso. Obras principales: *Brain Mechanism and Intelligence*, 1929, *Integral Functions of the cortex*, 1933.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

LATERALIDAD

Definición.- Inclination del individuo a utilizar un lado del cuerpo, en particular para el desempeño de actividades que comprometen un solo elemento corporal. En todo sujeto existe una lateralidad dominante que consiste en la preferencia por el uso de la mano derecha (dextralidad) correspondiente a los sujetos que llamamos diestros, o izquierda (sinistralidad) típica de los sujetos que denominamos zurdos. En la evaluación de la lateralidad dominante suelen incluirse pruebas que examinan el predominio de ojo-mano-pie.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Lateralización.- "Referente a la predominancia lateral en cuanto a la estructura y función de los órganos duplicados. Especialmente evidente en las extremidades superiores y superiores que distinguen entre personas zurdas (predominancia de los miembros izquierdos), diestras (predominancia de los miembros derechos) y ambidiestras (no existe dominancia). La lateralidad se presenta en otras funciones como la vista, el oído y los órganos internos. Las funciones superiores también se ven afectadas por la lateralidad cerebral, como en el caso del lenguaje".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

LAVADO DE CEREBRO

Definición.- Proceso de sometimiento de un individuo mediante presiones físicas o psíquicas a fin de forzarlo a revelar sus secretos, presentar falso testimonio o mutar sus opiniones o ideales políticos o sus convicciones morales; los medios implementados pueden generar perturbaciones intelectuales y emocionales de diverso grado de gravedad.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

LENGUAJE

Definición.- "Sistema socialmente estructurado de patrones sonoros con significados normalizados".
Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 622.

Lenguaje, trastorno de.- Un trastorno del lenguaje es "el deterioro o el desarrollo deficiente de la comprensión y/o utilización de un sistema de símbolos hablados, escritos u otros, incluyendo la morfología, la sintaxis, la semántica y la pragmática".

Belloch A. y otros, Manual de Psicopatología Vol I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 374.

Según Vygotski.- En "Pensamiento y lenguaje" (ed. 1987), "concibe el lenguaje como el elemento posibilitador de la existencia del pensamiento, postulando una síntesis de pensamiento y lenguaje realizada durante el desarrollo y por la que el pensamiento es lenguaje y el lenguaje pensamiento. Tal síntesis implica la existencia de un lenguaje interior, concepto nuclear en la obra de Vygotski. El lenguaje interno, en el desarrollo del ser humano, se hace factible en cuanto el niño empieza a hablarse a sí mismo, reproduciendo pautas interpersonales, es decir, cuando inicia la construcción -totalmente social- de su conciencia".

Manning Lilliane, Neuropsicología del lenguaje: visión clásica, pág. 18.

Lenguaje hablado y lenguaje escrito.- La distinción entre ambos suele hacerse en experimentos sobre análisis perceptivos primarios y comprensión de palabras. Se mencionan varias diferencias:

a) En el lenguaje escrito (lectura) se puede controlar la velocidad de ingreso de la información. Ejemplo, se pueden hacer pausas.

b) En el lenguaje escrito hay una segmentación entre palabras, marcadas por espacios, cosa que no se nota tanto en el lenguaje hablado.

c) Para Molinari, el lenguaje hablado posee información prosódica (entonaciones, velocidades, etcétera) que no hay en el lenguaje escrito. Tal información puede aliviar la tarea del procesamiento sintáctico.

d) El lenguaje hablado es universal (algunos pueblos no tienen escritura) y además no se enseña, sino que se aprende espontáneamente desde la niñez: es algo natural, no artificial como el lenguaje escrito. A pesar de ello, en los experimentos de comprensión del lenguaje se usa mas bien el lenguaje escrito, por presentar menores dificultades metodológicas.

Resumen de Molinari Marotto C (1997) Introducción a los modelos cognitivos de la comprensión del lenguaje. Buenos Aires: Secretaría de Cultura de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Capítulo 3, punto 1.

Comprensión del lenguaje.- Una de las áreas más estudiadas en psicolingüística cognitiva es el de la comprensión del lenguaje, entendiendo por tal "el conjunto de procesos que intervienen entre la recepción de los estímulos (onda acústica o signos gráficos) y la atribución a los mismos de un significado". Entre uno y otro hay una serie de procesos intermedios de los cuales el sujeto hablante no es conciente: éste solo tiene acceso a los productos finales del procesamiento.

La psicolingüística propone procesos cognitivos específicos para la comprensión de letras (o fonemas), de palabras, de oraciones y del texto general, que son los cuatro 'niveles de procesamiento' de la comprensión verbal, o niveles de estructura:

Comprensión de:	Nivel de procesamiento
Letras, fonemas (unidades sub-léxicas)	Análisis perceptivos primarios
Palabras (unidades léxicas)	Procesamiento léxico
Oraciones	Procesamiento sintáctico y semántico
Texto o discurso	Integración del texto o discurso

Estos niveles están relacionados jerárquicamente: no podemos comprender el texto general, o discurso, si no comprendemos algunas oraciones; no comprendemos las oraciones si no comprendemos algunas palabras, y no comprendemos palabras si no percibimos las letras o los fonemas (los fonemas son las unidades sonoras del lenguaje hablado, y las letras las unidades gráficas del lenguaje escrito).

En el primer nivel, para comprender unidades sub-léxicas (menores que una palabra, como letras o fonemas), el procesamiento consiste en identificar un sonido o una letra, lo que hacemos comparando la información del exterior, con la información almacenada en la memoria de largo plazo.

Una vez identificadas las letras o los fonemas, a continuación debemos comprender la palabra, para lo cual el sistema cognitivo realiza un procesamiento léxico. Para esta comprensión es muy importante el contexto donde la palabra está incluida.

Identificadas las palabras, corresponde ahora comprender la oración, que se consigue gracias a dos niveles de procesamiento: sintáctico (relaciones de las palabras entre sí), y semántico (relativo al significado de la oración en su conjunto). Para ello, a) primero se identifican los constituyentes sintácticos de la oración, y b) luego se integra la información de la oración como un todo, de forma que tenga un

sentido. Cuando nos dicen "Tomás dijo que Andrés se llevará la ropa ayer", no comprenderemos la oración hasta tanto no relacionemos correctamente "ayer" con "dijo" y no con "se llevará".

Finalmente, en el nivel de comprensión de texto o discurso, objetivo final de la comprensión, el procesamiento consiste en integrar en un conjunto coherente las diversas oraciones, teniendo presente que el significado del discurso no es la mera suma del significado de sus oraciones individuales: de hecho, se puede entender las oraciones sin entender el sentido global del texto. En este terreno, las investigaciones se refieren a averiguar cómo los sujetos identifican las relaciones entre las partes del texto, y con el conocimiento previo que traen antes de su lectura.

Resumen de Molinari Marotto C (1997) Introducción a los modelos cognitivos de la comprensión del lenguaje. Buenos Aires: Secretaría de Cultura de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Capítulo 2: Niveles de procesamiento.

Comprensión del lenguaje.- El primer nivel de procesamiento para la comprensión del lenguaje son los análisis perceptivos primarios (letras y fonemas).

2. Percepción de la señal de habla

El principal problema para investigar la percepción del habla es el siguiente: ¿Cómo derivamos los fonemas a partir de la señal de habla, que es una onda acústica?

Debemos distinguir tres elementos:

1) Señal de habla: es una unidad física acústica, y puede apreciarse mediante una onda que aparece en un espectrograma. Allí puede apreciarse por ejemplo su frecuencia e intensidad. La señal de habla está compuesta por varias ondas elementales simultáneas de frecuencia e intensidad diversa. El conjunto de esas ondas se llama espectro acústico, y el espectrograma refleja su evolución en el tiempo. El espectrograma se obtiene con un aparato llamado espectrógrafo de sonido.

2) Fonema: es una unidad representacional, y se define como la "menor unidad que permite distinguir entre dos palabras del lenguaje hablado en una lengua dada".

3) Letra: unidad representacional escrita.

Entre señal de habla, fonema y letra existen relaciones. Se pueden mencionar dos teorías acerca de cómo son dichas relaciones:

a) Una primera teoría sostenía que, así como hay reglas precisas para hacer corresponder un fonema con una letra (un fonema se corresponde aproximadamente con una cierta letra), también debía haberlas para hacer corresponder, uno a uno, los fonemas con las señales de habla.

b) Actualmente se sabe que este modelo es una simplificación que no refleja la compleja realidad de la percepción del habla. La sospecha comenzó cuando se empezaron a construir los primeros espectrogramas, en los años cuarenta.

La finalidad del *análisis perceptivo primario* del habla es derivar de la señal acústica de habla (con características físicas apreciables con el espectrograma), una serie de fonemas, que son unidades representacionales.

A los efectos del análisis perceptivo primario del habla solamente nos interesarán las relaciones entre señales de habla y fonemas, y no entre fonemas y letras.

Al analizar espectrogramas, vemos que no hay marcas que permitan separar un fonema de otro (ni una sílaba de otra, ni una palabra de otra, etcétera), pues el espectrograma se presenta como continuo: nuestra impresión perceptiva de que las palabras están separadas se basa en nuestro conocimiento de la lengua y no en las propiedades acústicas de la señal de habla. Así, si escuchamos un idioma desconocido, no podemos separar las palabras.

El *problema* reside a averiguar como un estímulo continuo puede ser convertido por el receptor en una secuencia de unidades discretas que permiten identificar el mensaje.

Este problema pudo ser investigado experimentalmente, cuando en los años cincuenta se construyó un reproductor de patrones, aparato capaz de convertir un espectrograma en sonido (al revés del espectrógrafo de sonido), lo que permite manipular la variable independiente construyendo espectrogramas artificiales, y luego escucharlos. El poder reproducir espectrogramas artificiales permite manipular libremente cualquier propiedad física acústica. Se puede determinar, por ejemplo, si para identificar una cierta palabra es o no preciso que la frecuencia sea superior a 1000 Hz.

Sin embargo, los experimentos no alcanzan a desentrañar el problema, pues existen tres tipos de dificultades:

1) Coarticulación: Imposibilidad de separar al nivel de la señal de habla un fonema de otro. En un mismo punto de la señal de habla, en un mismo instante, hay índices que permitirán identificar fonemas distintos en sucesión. Cuando escuchamos "pal", en la señal acústica hay índices que permiten identificar "p", "a" y "l", y no pueden separarse.

2) Falta de invariancia: Ausencia de índices estables para saber cómo son expresados los fonemas a nivel de la señal de habla. Los índices acústicos que dan lugar a la percepción de un 'mismo' sonido varían en función del contexto, y al revés, una misma propiedad acústica puede dar lugar a percibir 'distintos' sonidos, según el contexto. No es lo mismo el sonido de "b" en "ba", que en "be". Por contexto se entiende lo que antecede y sigue a determinada señal de habla.

3) Variabilidad de la señal: entre hablantes y para un mismo hablante. Los hablantes varían en el tamaño y forma de sus tractos vocales (según edad, sexo, etc), lo que introduce variaciones en las propiedades acústicas que dan la identidad a los fonemas.

Las investigaciones realizadas sugieren que el sistema auditivo humano ha desarrollado mecanismos especiales para detectar y decodificar las claves características del habla. Pero, este 'decodificador especial del habla' ¿es innato o adquirido? Para ello debemos investigar la percepción del habla en los niños.

3. Estudios ontogenéticos sobre percepción del habla

La forma en que se percibe el habla depende del medio en que el niño va modelando su capacidad de percepción: un niño argentino no percibe de igual manera la lengua japonesa que un niño japonés. En castellano podemos distinguir "cala" y "cara" porque discriminamos los fonemas "l" y "r", pero un japonés no está preparado para percibir esa diferencia. Por tanto, no son dos fonemas distintos en japonés, pues no permiten distinguir dos palabras (cala y cara).

Esto sugiere que el sistema perceptivo no va enriqueciéndose sino empobreciéndose: al nacer tendríamos capacidades discriminativas intactas (estamos preparados para aprender cualquier idioma), pero luego la percepción de la lengua materna va reduciendo esas capacidades y desarrollando las restantes.

Los experimentos de Eimas "pusieron de manifiesto la capacidad de los recién nacidos para la discriminación entre fonemas, así como su tendencia a la percepción categorial". Para ello utilizaron oposiciones comunes a todas las lenguas, para estar más cerca de la base biológica del habla.

Más específicamente, demostraron que los niños de cuatro meses:

a) son capaces de discriminar la oposición entre consonantes sordas y sonoras (por ejemplo entre "b" y "p", para lo cual le presentaron los estímulos "ba" y "pa"), y

b) muestran tendencia a la percepción categorial: la discriminación de una misma diferencia acústica fue mejor atravesando el límite adulto entre fonemas, que dentro del ámbito correspondiente a la percepción de una misma categoría fonémica adulta. Por ejemplo, entre "ba" y "pa" hay toda una gama de sonidos que va de un extremo al otro. El niño no discrimina la diferencia entre dos estímulos dentro de la gama del "ba", pero sí percibe la misma diferencia si ésta atraviesa el límite entre "ba" y "pa".

Como se hacen estos estudios experimentalmente?

Nos damos cuenta que el niño discrimina fonemas cuando ante el estímulo da una respuesta como succionar, y sigue haciéndolo en forma decreciente si se sigue presentando el mismo estímulo, pero vuelve a aumentar el ritmo de succión si capta un estímulo diferente, lo que significa que lo diferenció o discriminó.

Se forman un grupo experimental y uno de control, y utilizamos un sintetizador para producir sonidos. En el primero hacemos variar el estímulo: primero es "ba" y luego gradualmente es "pa". Aquí se vio que los niños discriminaban ambos estímulos. En el grupo de control se les dio solamente el sonido "ba" y su gama progresiva (sin llegar a "pa"), y se comprobó que no diferencian entre elementos sonoros dentro de esa gama, con lo cual se concluye que los niños perciben categorialmente los fonemas.

Otros estudios (Werker y otros) demostraron que cuanto más temprana es la edad de los niños, más discriminan oposiciones, y que conforme avanzaban en el aprendizaje de su propia lengua, cada vez menos discriminaban esas oposiciones en otras lenguas distintas.

Sin embargo, esa capacidad puede volver a recuperarse porque no es una pérdida de tipo neuro-sensorial, sino atencional y cognitiva. Todo hace pensar que se va perdiendo la capacidad discriminativa porque el medio no aporta la información necesaria, o sea, el niño no está en un medio donde se habla otra lengua. La capacidad puede recuperarse si la persona aprende un idioma extranjero.

Por ejemplo, niños ingleses podían captar ciertos sonidos de la lengua zulú (eran como 'clicks'), pero los percibían como meros sonidos, no como elementos lingüísticos que entraban en oposición con otros elementos. Se constató así que lo que se pierde es la discriminación de las oposiciones fonéticas que "compiten" con las de la misma lengua.

4. La estrategia de silabificación en la percepción del habla

El habla es continua, por lo que el oyente debe extraer significados segmentando el discurso en partes pequeñas. Se han propuesto como partes más pequeñas que la palabra al FONEMA y a la SILABA.

A los niños les es mucho más fácil diferenciar sílabas que fonemas, porque estos últimos pueden confundirse unos con otros en un continuum.

Mehler investigó si efectivamente las palabras eran procesadas sílaba por sílaba por el oyente, para lo cual utilizaron una tarea experimental de "detección de fonemas". Se pudo comprobar la hipótesis de una 'estrategia de procesamiento sílaba por sílaba' y no fonema por fonema. Por ejemplo, debían avisar cuando percibieran los primeros fonemas de una palabra, y reconocían "pal" en "palmera" y no en "palacio", mientras que reconocían "pa" en "palacio" pero no en "palmera". Todo ello probaba que segmentaban en sílabas, no en fonemas.

Se vio también que los niños franceses procesaban sílaba por sílaba porque en ese idioma está muy clara la diferencia entre sílabas, mientras que los niños ingleses no hacían este tipo de procesamiento porque las sílabas en ese idioma no son siempre diferenciables (hay expresiones ambisilábicas, o sea, pueden descomponerse con sílabas diferentes).

A continuación, se intentó averiguar si la estrategia de silabificación depende del percipiente o de las características del idioma, constatándose finalmente esto último: "una estrategia será o no incorporada al sistema de comprensión del lenguaje en desarrollo, según el grado en que la estructura de la lengua que está adquiriéndose aliente el uso de la estrategia en cuestión".

5. Procesamiento sub-léxico de la palabra escrita

En la década del '60 se descubrió que las líneas horizontales, verticales, las curvas cerradas, abiertas, etcétera son las 'características primitivas' que usamos para reconocer visualmente las letras.

Se comprobó la existencia de 'matrices de confusión': cuesta más identificar una letra cuando está rodeada de letras de características similares. Ejemplo: suele confundirse la Q con la O. A nivel neurológico, pudo constatarse que parecía haber neuronas especializadas en percibir ciertas características (por ejemplo curvas) y no otras.

A nivel psicológico, uno de los primeros modelos fue el 'modelo de pandemonium', según el cual cuando un estímulo se presenta permanece brevemente como representación icónica (demonio de la imagen). Luego, varios decodificadores (demonios de las características) analizan las características primitivas de la imagen. Cuanto más consistentes sean estos análisis de características con una letra determinada, más se activará la representación de esa letra. Un sistema de decisión hace un reconocimiento con mayor grado de activación (el dominio de decisión escucha para determinar cuál demonio de letra grita más fuerte). Este modelo permite dar cuenta que ciertas características son más útiles que otras para discriminar letras.

Resumen de Molinari Marotto C (1997) Introducción a los modelos cognitivos de la comprensión del lenguaje. Buenos Aires: Secretaría de Cultura de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Capítulo 3: Análisis perceptivos primarios, puntos 2 a 5.

Lenguaje fundamental.- El lenguaje fundamental es aquel que ejerce su función identificante mediante dos subconjuntos de términos que se dan cronológicamente: primero, aquellos que designan al afecto y que, mediante ese acto de enunciación se transforma en sentimiento, y segundo, aquellos términos que designan los elementos del sistema de parentesco de una cultura dada, y cuya enunciación comporta implícitamente a todos los otros elementos del sistema y sus relaciones.

Aulagnier P, La violencia de la interpretación, pág. 139.

LETARGIA

Definición.- 1. Sueño prolongado durante días, semanas o meses, con muy pequeños intervalos de vigilia o, más frecuentemente sin ellos, y muy profundo, difícilmente reversible, aun por estímulos intensos. Su reversibilidad, aunque difícil, la distingue del coma. 2. El estado de letargia fue considerado por Charcot como una fase de la hipnosis (siendo las otras las de la Catalepsia y del Sonambulismo).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

LÉVY-BRUHL, LUCIEN

Biografía.- (1857-1939) Sostiene que la moral y la actitud mental general del hombre dependen de las condiciones sociales e históricas. Fundamentalmente sus concepciones, sobre todo, mediante el estudio de la sociedad primitiva. Halla que el hombre primitivo tiene una mentalidad "prelógica", basada en imágenes y materiales míticos, en la cual no rige la ley de la contradicción.. Según este concepto, el hombre primitivo es diferente de nosotros en su vida anímica, y esta diferencia se revela en los procesos mentales. El otro proceso mental del hombre primitivo, diferente de nosotros, es la *loi de participation*, que establece tales relaciones entre las cosas y entre las partes de las cosas, que nuestra mente no conoce. La influencia de Lévy-Bruhl fue enorme, y su teoría, con la cual distingue entre el hombre primitivo y nosotros, fue aceptada completamente. Sin embargo, en su diario póstumo (*Carnets*) modifica su posición, sin privar la importancia de sus investigaciones sobre la vida anímica (mágica y religiosa) del hombre primitivo. Obras principales: *Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures*, 1912; *La mentalité primitive*, 1923; *L'âme primitive*, 1927.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

LEY

Ley social.- En la *horda primitiva* no había ley. Los miembros debían optar entre la sumisión al jefe-padre, o la muerte. Al ser asesinado el padre, los demás comprendieron que la lucha por ocupar su lugar sería estéril y sin fin, por lo cual establecieron ciertas reglas de convivencia que debían ser inviolables: en este momento podemos hablar de una primera organización social. Instaurada esta ley, luego adquirió sentido el crimen (la violación de la ley), es decir, *la ley hace al crimen*, y no a la inversa.

En antropología tenemos dos líneas de pensamiento: la inglesa y la francesa. La primera destaca en las sociedades primitivas (o mejor, menos complejas) la obediencia ciega a la ley, no obstante lo cual puede

ser siempre quebrantada, mientras que la segunda intenta estudiar donde, en esas sociedades, está el poder y cómo se ejerce.

Condensado de Álvarez C, Clases teóricas de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2º cuatrimestre de 1996.

Ley e ilegalismos.- Los ilegalismos son leyes que nadie cumple, y por ello nadie es sancionado. Funcionan como válvulas de presión, pues permite hacer infracciones sin ser penado. Este es el ilegalismo de los derechos, pues se lo ganó cada estrato social, pero existe también el ilegalismo de las cosas, y más concretamente de los bienes, que aparece después. Este ilegalismo aparece cuando se instituye la propiedad privada: al parcelarse la tierra, llevar ganado a pastar de un sector a otro, empieza a ser delito.

Condensado de Álvarez C, Clases teóricas de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2º cuatrimestre de 1996.

Ley penal.- La ley penal pretende proteger un bien jurídico, y el Código Penal establece *delitos y penas* para ellos.

Condensado de Jiménez P (1990) Lineamientos jurídicos del delito y la pena. Publicación interna de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Modos de interpretar la ley.- 1) Primero considero el texto según el sentido habitual de las palabras. 2) Si eso no me da el sentido, recorro al contexto. 3) Si aún no obtengo el sentido de la ley, voy a los lugares paralelos de la ley. 4) Si no, voy a las fuentes de la ley, que pueden llegar al derecho romano. 5) Si esto no sirve, voy a cómo el legislador interpretó la ley al crearla. 6) Puedo apelar también a la costumbre, pero hay códigos que lo prohíben, y entonces debo ir a la jurisprudencia y a la doctrina. 7) Si tampoco esto sirve, llego a la jurisprudencia, o sea como interpretaron la ley los jueces en sentencias anteriores. Así funciona el Common Law, por ejemplo. 8) Si esto no sirve voy a la doctrina (en penal está por ejemplo F. Balestra, Núñez, etc).

Condensado de Castex Mariano, Imputabilidad, culpabilidad, responsabilidad, teoría del delito (clases dictadas en la cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996).

Leyes asociativas.- Leyes mediante las cuales se asocian ideas entre sí. Son: "1º) Ley asociativa por contigüidad temporal: hechos o estímulos registrados en un mismo momento o acto perceptivo. 2º) Ley asociativa por contigüidad espacial: hechos o estímulos captados en un mismo lugar. 3º) Ley asociativa por semejanza externa: cuando tiene entre sí alguna semejanza relacionada con sus caracteres externos. 4º) Ley de asociación por semejanza interna: cuando tienen en común los significados de sus cualidades o propiedades. 5º) Ley asociativa por contraste: la asociación se hace cuando un hecho o fenómeno es lo opuesto de otro" (Betta, 1984:136).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Ley del Ejercicio Profesional.- La ley que rige el ejercicio profesional de la Psicología en Argentina es la 23.277 promulgada en noviembre de 1985, donde menciona los alcances del ejercicio de la profesión, e indica quién será la autoridad de aplicación en el control de esta profesión. Debemos tener en cuenta que esta ley legalizó una profesión que ya estaba incorporada en la sociedad, no solo por las normas del gobierno de facto (Ley 17.132), sino por el desarrollo que ha venido observando esta disciplina.

En primer lugar, tenemos que la norma define a la Psicología como "*...la aplicación y/o indicación de teorías, métodos, recursos, procedimientos y técnicas específicas en: a) El diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad y la recuperación y prevención de la salud mental de las personas; b) La enseñanza y la investigación; c) El desempeño de cargos, funciones, comisiones o empleos por designaciones de autoridades públicas, incluso nombramientos judiciales; d) La emisión, evacuación, expedición, presentación de certificaciones, consultas, consejos, informes, dictámenes y peritaje*".

La autoridad que velará por el cumplimiento de la presente norma será la Secretaría de Salud y Acción Social.

Se establece que solo podrán ejercer la profesión aquellos que posean título habilitante, ya sea otorgado por universidades públicas o privadas, pero habilitadas por el Estado, o extranjeras con la pertinente revalidación. Los extranjeros que se encuentren en el país, que posean títulos equivalentes, que sean requeridos por alguna institución, podrán realizar trabajos con fines de investigación, docencia y asesoramiento.

Aquellos habilitados para el ejercicio de la profesión no podrán ejercerla cuando se cumpla algún supuesto artículo 6º, que puede ser:

a) condena por delitos contra las personas, el honor, la libertad, la salud pública, o la fe pública, con un mínimo de dos años (aquí la ley no es clara, pues no indica a qué se refiere con un mínimo de dos años. ¿Será a ejercer la profesión? ¿Será a un mínimo en prisión?),

b) aquellos que posean enfermedades psíquicas graves,

c) o aquellos que posean enfermedades infecto-contagiosas, mientras dure el período de contagio.

Entre los *Derechos* del profesional, se esgrimen la posibilidad de certificar las prestaciones de servicios, efectuar interconsultas, y entre las *Obligaciones* menciona aconsejar la internación y externación de personas cuya conducta represente un peligro para sí o terceros, guardar el secreto profesional, como así los datos y hechos que se les comunicare en razón de actividad profesional.

Se describen tres *prohibiciones* en el ejercicio profesional de la Psicología, las cuales son:

1. prescribir, administrar o aplicar medicamentos, electricidad o cualquier otro medio físico y/o químico, destinado al tratamiento del paciente;
2. participar honorarios entre psicólogos, salvo que se trate de trabajo en equipo;
3. publicar falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos o prometer resultados en la curación o cualquier otro engaño.

Para concluir, se suele decir que la propia *definición* es la primera restricción a un concepto. Y en el caso del Derecho, la segunda restricción es la *regulación*. Aun así quedan puntos sin aclarar, como por ejemplo el caso de la <<fe pública>>, ya que este término corresponde a un valor de índole social, es decir la creencia que tiene una sociedad determinada, en un momento determinado. Por lo tanto, este es un concepto incierto y mutable en el transcurso de los tiempos y para cada grupo social.

Condensado de Salpeter P, Ley del Ejercicio Profesional de la Psicología. Publicado en la Revista Le Symbole (Buenos Aires, 1995).

LIBERMAN, DAVID

Biografía.- (1920 -1983) David Liberman nació en Buenos Aires el 1 de julio de 1920 y falleció también en Buenos Aires, el 30 de octubre de 1983, el día que en la Argentina se consagró presidente al Dr. Raúl Alfonsín. Ese último día de su vida, intentó levantarse para ir a emitir su voto. Su infancia transcurrió en las inmediaciones de donde hoy se erige la Facultad de Medicina. Era el segundo hijo de Sam Liberman famoso entre los años cuarenta y cincuenta por su orquesta de Jazz integrada por "Sam" y sus dos hijos varones David y Bernardo. David tenía también una hermana mayor. Sam Liberman era israelí, nacido en Safed, la ciudad de los cabalistas. David Liberman conoció a Fedora, su mujer, en un baile en La Falda (Córdoba) al tener 18 años. Fue un "amor a primera vista" y se casaron seis años después en 1945. Tuvieron dos hijos, Diana Liberman de Vanelli, actualmente médica psicoanalista, y Alex, periodista. David consagró su vida a la música y luego al psicoanálisis y de alguna manera logró integrar ambas esferas o disciplinas, ya que además de su aplicación de las Teorías de la comunicación al estudio de la sesión psicoanalítica, le interesó siempre grabar ciertas sesiones y detectar en las diferentes voces de los pacientes, las melodías, armonías, rubattos, contrapuntos, disonancias, que hubiera en ellas. Liberman fue como maestro, supervisor, psicoanalista, alguien muy especial por que su entrega a estas actividades había entrado en el registro de lo mitológico. Las horas que dedicaba a su trabajo en el consultorio, sus frases memorables condensadas y desenvueltas, en las supervisiones, que no condecían con el léxico pulido e impecable de sus escritos, tenían la finalidad de hacerse entender y enseñar a entender. Esa fue, creo, la cualidad más significativa de su persona. La vehemencia, efusividad, entusiasmo, o ímpetu con que apostó a poder detectar que es lo que nos están comunicando los pacientes, y como comunicarnos con ellos. El inducir a sus alumnos a considerar la sesión como un objeto de investigación produjo una revolución en la forma de trabajar de varias generaciones de psicoanalistas, que se formaron en la Asociación Psicoanalítica Argentina, en Asociaciones latinoamericanas y luego en APdeBA. Consistía en trabajar relajadamente con el analizando pero luego, ya sin la presencia del paciente en el consultorio se busca reconstruir la sesión, estudiarla minuciosamente, y transformarse en un investigador, de lo que él llamó, "la apertura de un segundo circuito". Liberman descubrió un nuevo mundo en lo que a la técnica psicoanalítica se refiere antes de él, no sólo que los pacientes eran tratados como un todo único (aunque supiéramos que presentaban patologías diferentes) sino que el suyo fue de los pocos aportes a la técnica del psicoanálisis individual, desde 1914. Los descubrimientos de Liberman son fundamentales métodos de observación de los datos que nos proporciona el paciente y del efecto que en el paciente producen las interpretaciones. Liberman también se agrupó con los que consideraban al análisis como inductor de transferencia y trabajó en ese sentido. A pesar de todos sus hallazgos y aportes fue su libro La comunicación en terapéutica psicoanalítica (1960) el que jalona el momento en que Liberman declara a la sesión terapéutica como unidad o módulo de investigación psicoanalítica. En ese libro David se propone volcar los principios básicos del psicoanálisis (libido, inconsciente, transferencia, fijación) a la teoría de la comunicación. Cada punto de fijación, y por consiguiente de regresión en la transferencia corresponde a un tipo o modelo de la comunicación de Ruesh. Esta clasificación muy sintéticamente sería la siguiente: - La persona observadora no participante, corresponde al paciente esquizoide fijado en la etapa oral de succión. - La persona depresiva, es el melancólico, fijado en la etapa oral secundaria. - La persona de acción es el psicópata o el perverso fijado en la etapa anal expulsiva. - La persona lógica, paciente obsesivo, fijado a la etapa anal secundaria. - La persona atemorizada y huidiza es el carácter fóbico, la histeria de angustia con fijación en el Edipo positivo. - La persona demostrativa sería la histeria de conversión, también fijada en lo edípico. - La persona demostrativa sería la única que podría acceder al registro de lo simbólico capacidad que se malograría si la regresión transferencial estimulara intensamente elementos del Edipo (transferencia erótica, etc.). En concordancia con estos estilos de

comunicación del paciente, estarían los estilos o registros en que debería moverse óptimamente el analista, para provocar efectos estructurantes en el paciente, que en la nomenclatura de Liberman, sería "favorecer un cambio en el registro o estilo del paciente". Para dar un ejemplo, si el paciente está en el registro de "la persona demostrativa" el análisis tendría que manejarse en el de la persona "observadora y no participante". etc. Antes de concluir esta reseña de David Liberman no quiero dejar de mencionar el hecho de que en los congresos Internacionales, amén de sus medulosas intervenciones (llegó a ser Vicepresidente de IPA), Liberman solía sentarse a un piano que siempre "encontraba por allí" comenzando a desgranar melodías de Glenn Miller y otras de los años cuarenta, lo cual hacía que todos se levantaran de sus asientos. Para terminar diré que Liberman era una persona observadora, huidiza, demostrativa, era sobre todo una persona. Considero que en algún sentido su pérdida ha sido insustituible ya que aunque sus escritos eran valiosos el Liberman al que todos nos referimos, y el que más nos llegó es el de las supervisiones. Para él, sin embargo, podría decirse que su vida estuvo cumplida, llena de satisfacciones y habiendo realizado, prácticamente todas las cosas a las que había aspirado.

Haydée Celia Kohan

Aporte de Ricardo Bruno

LIBERTAD

Generalidades.- Miedo y poder están muy vinculados. Hay miedo a un poder humano que no es del todo humano: a un poder hecho por el hombre pero más allá de su capacidad humana de oponerle resistencia. Es la expresión de un miedo cósmico que se presenta como el miedo oficial, similar a los miedos a los poderes naturales. El pasaje al estado moderno tardío o posmoderno no produjo una mayor libertad individual o una mayor capacidad de negociación. Solo ha transformado al ciudadano político en un consumidor del mercado.

Donde confluyen lo público y privado.- La falta de libertad se transforma en opresión cuando los agentes son forzados a actuar contra su voluntad y no con sus deseos Sin embargo, no toda falta de libertad es vivida como opresión, como por ejemplo la misma rutina, que no es vivida como opresión sino como algo necesario que otorga una sensación de seguridad.

Pero sea cual fuere la falta de libertad, siempre implica heteronomía, es decir, la condición según la cual hay que cumplir las reglas y los mandatos de otro (al revés que la autonomía, donde se cumplen las reglas que uno mismo se impuso). Las personas pueden aceptar o criticar las reglas impuestas por los otros, pero aunque no las acaten, no por ello son autónomos.

Debe haber una reflexión crítica que permita examinar la validez de 'jure' (jurídica) de las instituciones humanas. Esta reflexión crítica es la esencia de toda política genuina, entendiendo política como todo lo relacionado con el ejercicio del poder.

Condensado de Bauman Zygmunt (1999) En busca de la política. Buenos Aires: FCE. Capítulo 2.

El hombre que fue enjaulado.- Qué pasa si a un hombre se le priva de su libertad? El autor cuenta una historia ficticia de un rey que toma a un hombre de la calle y lo pone en una jaula. Al principio se queja, y un psicólogo ve que esto está bien, pues solo si se da cuenta de que está en problemas se lo podrá ayudar. Con los días se va quedando callado, y solo manifiesta su odio a quien lo enjauló. El psicólogo piensa que quien tiene esa energía, aun puede ser ayudado.

El enjaulado empieza a atender las palabras del rey cuando éste le dice porqué quejarse, si tiene alimento, cama etc., y está protegido dentro de la jaula. El prisionero poco a poco acepta esto, que es bueno recibir abrigo, que el hombre debe vivir según su destino y aceptarlo. Poco a poco elabora teorías fascistas, y al psicólogo le hace acordar la gente que aceptó cierta forma de vida pero interiormente está resentida. Cuando el prisionero ya no sabe a quien odia, se hace más difícil ayudarlo.

El prisionero cuenta, a todo el que se acerca, lo bien que es estar abrigado y seguro, y trata de convencerlos de que estar en la jaula es muy bueno. En presencia del rey, le agradece haberlo enjaulado, pero en su ausencia, su expresión es malhumorada, mientras piensa "es el destino". El psicólogo comprueba que el sujeto va volviéndose torpe y descuidado. Pasa largo tiempo quieto. Empieza a no usar más la palabra "yo". Se ha vuelto un insano. El psicólogo se pregunta porqué participó de este experimento para que no lo dejaran sin dinero para investigaciones en su clínica. El rey representa al sistema, y el psicólogo, al psicólogo dentro del sistema. El enjaulado dice que cuando a él lo enjaulan, también están enjaulando a todos los demás, y por lo tanto proclama que el rey debe dimitir, con lo cual todos los que lo escuchan están de acuerdo. El psicólogo se despierta y piensa que fue todo un sueño.

Resumen de Rollo May (1990) La psicología y el dilema del hombre. México: Gedisa. Capítulo 11: El hombre que fue enjaulado.

Libertad y la responsabilidad.- Hubo varias soluciones inadecuadas al dilema entre libertad y responsabilidad, dentro de la psicología y la psicoterapia.

Una primera solución inadecuada fue pensar que la cura pasa por liberar al paciente, sin abrir juicios morales sobre sus valores. Se pensaba que la cura apuntaba a reducir a cero la ansiedad, pensándose

que la ansiedad es únicamente neurótica. Esta plena libertad que se buscaba con la liberación, produjo el efecto contrario: hizo aumentar la ansiedad de los pacientes.

Como reacción a esta actitud anterior, surgió luego otra solución igualmente errada: desconfiar de la libertad, y exagerar la importancia de la responsabilidad, entendida ésta como responsabilidad del psicólogo frente a un paciente sin mucha libertad, para poder controlarlo moral y socialmente.

Debemos reexaminar las relaciones entre libertad y responsabilidad bajo una nueva luz, por ejemplo, partiendo de la idea de control (de unas mentes por otras mentes, tipo control social). Hay que preguntarse aquí por los fines de este control, o sea, para qué los psicólogos debieran controlar la mente. Los pacientes llegan a consulta con una "carencia" de libertad, no saben qué hacer, qué elegir, quieren ayuda para su mal. La libertad aquí ser fomentada, entendida como la capacidad del individuo de saber que está determinando, y de poder responder con acciones en el mundo, es decir, tener la responsabilidad. Debe haber para ello un yo centrado, pues la libertad es una cualidad de la acción del yo centrado, (primer principio), y además la libertad implica siempre responsabilidad social (segundo principio) Este principio introduce el límite de la libertad, pues ésta no es "hacer lo que uno quiera". Un tercer principio es que la libertad exige la capacidad de aceptar, soportar y vivir constructivamente con ansiedad (normal, no neurótica). La libertad es algo que se adquiere, y hacia ello apunta la psicoterapia. Resumen de Rollo May (1990) La psicología y el dilema del hombre. México: Gedisa. Capítulo 12: Nuevo examen de la libertad y la responsabilidad.

Según Winnicott.- En "Libertad", este autor investiga el problema de la libertad en relación con la creatividad y con la salud en el sentido psiquiátrico.

Es muy importante que en el ambiente donde se mueve la persona haya libertad, tanto a nivel político como a nivel de familia. No obstante, para el sujeto que tiene cierta dosis de salud, su sentimiento de libertad no depende del todo de si el ambiente es coercitivo o no. Del mismo modo, hay personas a las que les fue quitada la libertad y luego, cuando la recibieron nuevamente, no supieron qué hacer con ella. El psicoanálisis tiene una visión determinista: el desarrollo afectivo de las personas está condicionado por el ambiente. Este determinismo no es bien recibido por las personas, pues parece anular su libertad. Hay un miedo o temor al determinismo, porque se opone a la libertad y a la creatividad. En realidad, el determinismo forma parte de nuestras vidas, pero ello no significa que no podamos experimentar la libertad.

La enfermedad misma se siente como una cárcel. El psicoanálisis describe la salud como flexibilidad en las defensas, y la enfermedad como defensas rígidas. El sentido del humor y la capacidad de jugar son un espacio libre en la organización defensiva, e indican buena salud mental. Tal espacio libre es lo que da al sujeto sano sentimiento de libertad, mientras que en la enfermedad, las defensas rígidas no dan espacio para reír o jugar, y se siente como ausencia de la libertad.

Respecto del problema de la amenaza a la libertad, señala Winnicott finalmente que una amenaza prolongada a la libertad por parte del ambiente puede afectar la salud psíquica: lo cruel está en destruir en la persona la esperanza que da sentido al impulso, al pensamiento, a la creatividad. Más allá de los determinantes internos, la historia personal, etc., lo que cuenta para el desarrollo del sentimiento de libertad es un ambiente propicio modelado por los padres.

El sentir que la libertad se encuentra internamente amenazada puede impulsar a muchos a grandes realizaciones y logros excepcionales, en su afán de no perder esta libertad. La persona infeliz tratará de destruir su libertad, pues está preso de sus defensas rígidas.

Winnicott D., "Libertad".

LIBIDO

Definición.- "Freud utilizó el término "libido" para referirse a "aquella fuerza por la que el instinto sexual es expresado en la mente". Reconoció que el instinto sexual no se origina en forma acabada. Más bien, atraviesa un complejo proceso de desarrollo durante el cual tiene muchas manifestaciones aparte el simple objetivo de la unión genital. La teoría de la libido se refería a la investigación de todas estas manifestaciones y de las complejas vías que podían seguir en el curso del desarrollo" (página 73).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat. 2ª edición.

Definición.- "Término con el que Freud designó la energía que sirve de substrato a la manifestación de la pulsión sexual y a sus transformaciones. C G Jung amplió más tarde el concepto de "libido" hasta designar la "energía psíquica" en general que aparece en toda "tendencia a", en todo appetitus. La teoría de la libido ha evolucionado con las diferentes etapas de la teoría de las pulsiones. Sin embargo, su concepto dista de haber recibido una definición unívoca. Gran parte de las tendencias actuales del psicoanálisis mantienen en cuanto a la libido la posición freudiana: la libido está ligada a la psicosexualidad y es "...la energía, considerada como una magnitud cuantitativa (aunque actualmente no pueda medirse), de las pulsiones que tiene relación con todo aquello que puede designarse con la palabra amor" (Freud). Sin embargo, dentro del movimiento de desesoterización y clara delimitación de

conceptos del psicoanálisis actual, puede observarse una progresiva tendencia a prescindir de esta noción desde el punto de vista científico" (página 253).

Tizón J, Libido. Incluido en Quintanilla M (dir) (1979) Diccionario de filosofía contemporánea. Salamanca: Ediciones Sígueme. 2º edición.

La libido según Jung.- Postula Jung que el concepto de libido de Freud no debe referirse solamente a lo sexual. En el campo psicológico, este concepto de libido tiene la misma importancia funcional que el concepto de energía en física. Libido es algo más abarcativo que lo sexual, pues existen muchos instintos irreductibles a lo sexual.

La libido o energía psíquica es más que lo sexual, y una prueba de ello es que por ejemplo en la demencia precoz, donde hay una des-libidinización, falta algo más que el mero interés erótico o sexual: hay una falta de interés general, referida a toda la realidad y no sólo a los estímulos sexuales. La libido se refiere además del sexo, al hambre, la sed, el sueño, los estados emocionales, los afectos, etc. A pesar de esta diversidad de manifestaciones de la libido ésta es una unidad, un único instintivo vital continuo, similar al concepto de voluntad en Schopenhauer. Libido es entonces todo anhelo o impulso en general. De esta forma, lo que da lugar a la formación de símbolos como luz, fuego, sol, etc. No es el instinto sexual, sino una energía en sí indiferenciada.

Condensado de Jung C (1982) Símbolos en transformación. Buenos Aires: Paidós.

La transformación de la libido según Jung.- En el niño la libido se manifiesta en la función de nutrición y en el área motora (movimiento de brazos y piernas acompañados de satisfacción). A medida que crece y desarrolla sus órganos, la libido va diversificándose, transformándose hacia nuevas funciones, entre ellas la sexual, pues también es espiritual, verbal, emocional, etc. Habría entonces desde el nacimiento hasta las primeras manifestaciones de la libido como sexualidad, una fase llamada pre-sexual. Probablemente el esquizofrénico presenta una regresión a esta etapa, donde domina la función nutritiva. Más adelante vemos una inversión y transformación de la libido sexual, que Freud explica por la prohibición del incesto, que desvía la energía libidinal sexual de lo endogámico.

Así como la libido en general va sufriendo transformaciones, puede también estancarse, en cuyo caso no se regresa necesariamente a aplicaciones sexuales anteriores sino a actividades rítmicas infantiles que son la base, la fuente común tanto de la función nutritiva como de la función sexual. Lo libidinal en general tiene una característica bien visible: es rítmico; esto se ve en los rituales, en los juegos, en los movimientos, etc. Esta repetición perseverante es característica de todo proceso emocional en general, y por tanto de la libido.

Si bien la libido sufre transformaciones y se difunde hacia muchas manifestaciones, también es susceptible de control: el miedo es quien controla la fuerza instintiva, tanto el miedo a cosas exteriores (lucha por la supervivencia) como a elementos interiores (dioses, espíritus).

Si un instinto es entorpecido o inhibido, de produce una retención y regresión del mismo, siendo desviado hacia otros canales. Si se reprime la sexualidad, el caudal de la libido se encauza hacia otras vías, como por ejemplo el arte.

Condensado de Jung C (1982) Símbolos en transformación. Buenos Aires: Paidós.

Simbología de la libido según Jung.- El símbolo de la libido en general es el fuego. Esto se ve en la fase presexual por ejemplo, donde predomina lo nutritivo: son frecuentes las asociaciones entre el fuego y la boca (función nutritiva).

La génesis del héroe.- El más egregio de todos los símbolos de la libido es la figura humana como demonio o como héroe. Aquí el simbolismo adopta ya una forma humana: por ejemplo el sol como símbolo del ser humano, porque así como el sol se hunde en el horizonte y renace al otro día, así también el hombre se hunde en las tinieblas y renace nuevamente en sus hijos.

Lo simbolizado no puede ser meramente un hombre sino que, como Jesús, debe representar lo que en verdad es: la tonalidad de las imágenes primigenias que universalmente expresan lo todopoderoso. En la forma humana visible no se busca el hombre, al superhombre, al héroe o al dios, sino a la esencia semejante al hombre que expresa aquellas ideas, formas y fuerzas que se adueñan del alma y la configuran. Psicológicamente estas formas, ideas y fuerzas son los contenidos arquetípicos del inconsciente colectivo, aquellos restos de antiquísima humanidad iguales en todos los hombres. Los hombres, al amar ese patrimonio heredado, aman un bien común: vuelven así a la madre de los hombres, o sea a la psique, que existía antes de que hubiese coincidencia, recuperando algo de esa solidaridad y fuerza secreta que el sentimiento de comunidad suele inspirar.

Símbolos de la madre y del renacimiento.- Así como por ejemplo una muchedumbre o multitud de personas es símbolo de la actividad inconsciente, y los caballos simbolizan la energía psíquica, las ciudades son un ejemplo de símbolo de la madre, porque como la ciudad, la madre cobija a sus hijos, los habitantes. Por ejemplo en el antiguo testamento a las ciudades se les daba nombre de mujeres. Otro símbolo materno es el agua, puesto de que del agua surge la vida así como de la madre surge el hijo. En muchos sueños, el agua o el mar representan también lo inconsciente: aquí el aspecto materno coincide

con la naturaleza de lo inconciente, en tanto lo último puede verse como madre o matriz de la conciencia. Otro ejemplo de símbolo materno es el árbol, que tiene algo de femenino y algo de masculino (forma).

La psique crea símbolos cuya base es el arquetipo inconciente, y cuya figura aparente (árbol, agua, etc) proviene de las representaciones adquiridas por la conciencia. Los arquetipos son elementos estructurales de la psique y poseen cierta autonomía y energía gracias a lo cual pueden atraer hacia sí ciertos contenidos de la conciencia que les convengan. Los símbolos funcionan como "transformadores" puesto que transfieren la libido de una forma inferior a otra superior.

La lucha por emanciparse de la madre.- Tanto la imagen de la madre como el caballo son símbolos de la libido y de lo inconciente; las leyendas atribuyen al caballo son videntes, guían al viajero, profetizan calamidades, ven fantasmas, etc. Por eso también se relacionan con el diablo. Los caballos se asocian también por sus cualidades con el viento, el fuego y la luz.

Los hijos son representados mediante el símbolo de la flecha, porque entre otras cosas la flecha puede irse, separarse de su origen, que es el arco. La libido que denomina la conciencia del hijo, ávida de progreso, exige la separación de la madre, aunque haya una resistencia a la que debe vencer, que es la tendencia a permanecer ligado a la madre.

El sacrificio.- El primero y principal anhelo del inconciente es la "madre", que como vimos tiene muchas formas de ser representada. Asociada a la imagen de la madre encontramos también la imagen del nacimiento (por ejemplo como semilla, como estrella, etc), pues la madre es procreadora.

Muchas veces aparece una doble madre (la real y la espiritual), y en relación con ella aparece también el doble nacimiento, o renacimiento (el nacimiento biológico y el nacimiento espiritual, como en la fe cristiana el bautismo, por ejemplo). Quien proviene de dos madres es un héroe: el primer nacimiento lo hace hombre, y el segundo, semidiós inmortal.

La madre es la primera encarnación del arquetipo llamado "ánima", y personifica todo lo inconciente. La madre representa toda la nostalgia del pasado, al que el hombre busca aferrarse pero también independizarse: esto es un sacrificio, sacrificio que se realiza únicamente mediante una entrega plena a la vida, prodigando a la sociedad humana toda la libido que se aferra inconcientemente a vínculos familiares.

En suma: el examen de todos estos símbolos es necesario para explorar sueños, visiones, fantasías del paciente, los que nos darán una visión de su situación, lo que a su vez nos permitirá curarlo.

Condensado de Jung C (1982) Símbolos en transformación. Buenos Aires: Paidós.

LOMBROSO, CESARE

Biografía.- (1830-1909) Médico y criminólogo italiano; sostuvo que los criminales están caracterizados por señales morfológicas. También defendió la tesis de que el desarrollo superior de una capacidad (arte, literatura, música), está acompañado por tendencias a la degeneración e inestabilidad, punto de vista conocido como teoría de la degeneración de los genios. Sus obras famosas: *Genio e follia*, 1864; *L'uomo delinquente*, 1876.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

LÓPEZ BALLESTEROS Y DE TORRES, LUIS

Biografía.- Primer traductor de Freud al español, cuando Ortega y Gasset logra que la Editorial Biblioteca Nueva traduzca las obras completas. No se han podido obtener datos biográficos. El 7 de mayo de 1923 Freud le escribió una carta: "Siendo yo un joven estudiante, el deseo de leer el inmortal *Don Quijote* en el original cervantino me llevó a aprender, sin maestros, la bella lengua castellana. Gracias a esta afición juvenil puedo ahora -ya en edad avanzada- comprobar el acierto de su versión española de mis obras, cuya lectura me produce siempre un vivo agrado por la correctísima interpretación de mi pensamiento y la elegancia del estilo. Me admira, sobre todo, cómo no siendo usted médico ni psiquiatra de profesión ha podido alcanzar tan absoluto y preciso dominio de una materia harto intrincada y a veces oscura". [Bruno] Sobre López-Ballesteros escribe José Luis Etcheverry: "Como se sabe, la iniciativa de la versión [de Freud] realizada por Luis López-Ballesteros a partir de 1922 nació de José Ortega y Gasset. Espíritu alerta, perseguía un ideal de cultura para España: sembrar en ella el pensamiento científico y filosófico de los países que se le habían adelantado en la historia contemporánea. Ortega poseía un excelente conocimiento de la tradición alemana. A través de la *Revista de Occidente*, de la que fue inspirador, la acercó a los lectores de lengua castellana y, en ese empeño, contribuyó a renovar nuestro vocabulario filosófico y científico. [...] entre los estudiosos de la obra de Freud hay general acuerdo en que la versión de López-Ballesteros resulta insuficiente. Es un trabajo bueno, muy ágil, hecho con gran conocimiento de la lengua alemana. Cierta vez, aplicándose su fórmula 'Yo soy yo y mi circunstancia', Ortega dijo que la suya era la de España, y lo obligaba a exponer las ideas de una manera atractiva, vestidas en un estilo hecho de gracia y sensibilidad. Acaso resida ahí el secreto de la versión de López-Ballesteros: le sobra gracia, pero le falta rigor. Y esto último es lo que hoy exige el auge de los estudios psicológicos en los países de lengua castellana. Si bien esta necesidad de emprender una nueva traducción parece demostrar que el criterio de Ortega fracasó, cabe reflexionar, no obstante, que lo contrario es cierto: la

versión de López-Ballesteros ha promovido una notabilísima familiarización con el pensamiento freudiano en nuestros países, y justamente desde ahí, desde ese conocimiento generalizado, surgió la inquietud de una traducción rigurosa. Aquella versión, pues, es de lectura demasiado fácil, omite dificultades conceptuales, no es sistemática. Desde luego, evitar estos defectos nos resulta hoy mucho más sencillo, cuando disponemos de la adecuada perspectiva sobre el conjunto de la obra freudiana. Por otra parte, el largo proceso de recepción de esta última -las polémicas y sucesivas aproximaciones que motivó- ha sedimentado en una serie de trabajos que constituyen una ayuda inestimable. Entre ellos, mencionemos destacadamente el *Vocabulaire de la psychanalyse*, de Jean Laplanche y J.-B. Pontalis. En lo que sigue estableceremos muy pocas comparaciones con la versión de López-Ballesteros; hemos preferido abogar por las bondades de nuestro trabajo, si es que las tiene, que no señalar defectos sobre los cuales hay general conciencia, según lo ya consignado. De lo dicho se desprende el criterio más general, obligatorio para nosotros: partir del relevamiento previo de temas y problemas que nos ofrece la bibliografía crítica sobre psicoanálisis, y abordar el texto desde ahí. [...] la mencionada insuficiencia de la versión de López-Ballesteros llevó a que muchos especialistas utilizaran en nuestros países la traducción inglesa”.

Ricardo Bruno

LORENZ, KONRAD

Biografía.- (Viena, 1903-Altenburg, Austria, 1989) Zoólogo austriaco. Cuando terminó sus estudios en la escuela secundaria, y siguiendo los deseos de su padre, se trasladó a Estados Unidos para seguir dos cursos semestrales de medicina en la Universidad de Columbia (Nueva York), tras lo cual regresó a Viena para completar sus estudios. En 1928 se graduó en medicina y en 1933, en zoología. En 1939 fundó con N. Tinbergen la escuela etológica del comportamiento animal, que mantuvo fuertes discrepancias con la escuela estadounidense de psicólogos experimentales. Los estadounidenses estudiaban los animales en el laboratorio y los europeos preferían observarlos en su hábitat natural. En 1935, al estudiar las pautas de aprendizaje de los polluelos de ganso y de pato, descubrió una etapa crítica en la que aprenden a reconocer y a seguir a los padres, incluso si éstos son adoptivos, siempre que en ellos estuviesen presentes los estímulos auditivos o visuales, la impronta, que provoca la reacción de los jóvenes. De 1940 a 1942 ejerció como profesor y jefe de departamento en la Universidad de Königsberg. Prisionero de guerra del ejército soviético, fue devuelto a Austria en 1948. Pasó entonces a dirigir el Instituto de Etología Comparada de Altenberg. De 1961 a 1973 dirigió el Instituto Max Planck de Fisiología en Seewiesen. En 1973 compartió el Premio Nobel de Medicina con K. von Frisch y N. Tinbergen. Las ideas de Lorenz significaron un adelanto en el conocimiento del comportamiento animal y de su papel en el proceso de adaptación y supervivencia de la especie. Al final de su carrera intentó aplicar sus ideas a la conducta de los humanos como miembros de especies sociales, una aplicación cargada de controvertidas implicaciones filosóficas y sociológicas.

Fuente: Anónimo

<http://www.biografiasyvidas.com/>

Biografía.- Médico y naturalista austriaco (1903-1989), estudió el comportamiento de los animales y echó las bases de la ciencia conocida como etología.

Nacido en Viena un 7 de noviembre, e hijo de un famoso cirujano ortopedista, desde muy chico mostró especial interés por los animales, y solía llevar a su casa pájaros, perros, gatos, conejos y peces que traía de sus excursiones.

Se doctoró en Medicina en 1928 y en Zoología en 1933; fue asistente del Instituto de Anatomía de Viena y enseñó anatomía comparada y psicología animal. En 1940 es nombrado titular de la cátedra de psicología de la Universidad de Königsberg. Las investigaciones que lo hicieron famoso habían comenzado, según él mismo, en los tiempos de su niñez, cuando se dedicaba a observar la conducta de los animales. Estudió especialmente a las aves, que eran sus animales preferidos.

Comprobó como un pichón de ganso tomaba como progenitor a la primera figura que veía al nacer y que esa conducta se extendía a las crías de otras aves. Así, el mismo Lorenz se convirtió en "mamá sustituta" de incontables pichones que lo seguían a todas partes. De esta forma establece, hacia 1935, el importante concepto etológico de impronta (imprinting), que abrió nuevos caminos en la investigación. A través de sus estudios, afirmó la existencia de un programa hereditario, inscripto en los genes que actúan rigiendo los patrones innatos de comportamiento, tanto en animales como en el hombre. Sus teorías abrieron nuevos caminos en la ciencia, pero también fueron utilizadas por los nazis para justificar la superioridad de la raza aria. El mismo Konrad fue muy criticado por haber servido como médico del ejército alemán en la Segunda Guerra Mundial. De todas formas, su prédica constante por el respeto a la vida estaba en abierta oposición a la ideología nazi. Hacia el final de su vida se convirtió en ardiente defensor del medio ambiente, y fue líder del movimiento ecologista. Se lo considera el fundador de la etología como ciencia nacida de la zoología, disciplina que trata del estudio comparado del comportamiento animal y de sus determinantes innatos y adquiridos, entre los que establecerá firmes diferencias al afirmar que el animal se adapta a su ambiente a través de dos vías: el instinto y el aprendizaje.

En 1950 crea el Departamento de Etología comparada en el seno del Instituto Max Planck. Fue Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1973, junto con Karl von Frisch y Nikolaas Tinbergen. Por sus experiencias con animales fue también conocido como "Papá oca", y fallece a los 85 años un 27 de febrero de 1989, en su casa en Altenberg, en Austria.

(Fuentes: 1. Clarín, 27-2-96. 2. Revista Muy Interesante N°25, Julio 1989. 3. Introducción a Lorenz K., "Consideraciones sobre las conductas animal y humana", Barcelona, Planeta-Agostini, 1985).

Biografía.- Etólogo alemán, conocido por sus investigaciones sobre la vida instintiva de los pájaros. Según Lorenz la vida instintiva está dirigida por una finalidad biológica; es más una función de la especie que del individuo (*arterhaltend* conservador de especie). Distingue entre *acciones instintivas* que son inmutables y *comportamiento apetitivo*, que es variable. Es *esquema* genuino varía notablemente, según las condiciones subjetivas y según el ordenamiento jerárquico de los impulsos. Lorenz es representante de una psicología inductiva y teleológica. Obras principales: *Der Kumpan in der Umwelt des Vogels*, 1935; *Über den Begriff der Instinkthandlung*, 1937; *Intoduktive und teleologische Psychologie*, 1942. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

LOURAU, RENÉ

Biografía.- El profesor René Lourau, catedrático de París VIII, murió el 11 de enero del 2000 cuando regresaba de una intervención institucional. Sociólogo, discípulo de Henri Lefebvre, dictaba clases en Nanterre cuando ocurrió el mayo del 68. Entre sus alumnos se contaban algunos de los más prestigiosos líderes de dicho movimiento. Posteriormente, en Poitiers tuvo algunos problemas con la Universidad a raíz de criterios de evaluación de estudiantes y fue suspendido de sus funciones docentes a pesar de ser el director del Departamento de Sociología.

Pero la trascendencia de R. Lourau tiene que ver con la formulación de una teoría, una metodología de lectura y una técnica de intervención en instituciones. Desde los 60 se interesa por la pedagogía institucional militando activamente en diversos movimientos antipedagógicos, antipsiquiátricos y grupos de raigambre anarquista. Es fundador, junto con G. Lapassade de toda una corriente de intervención institucional, el Socioanálisis (*), que persigue poner de manifiesto los implícitos institucionales. En tal sentido, una y otra vez "retorna" aquello que ha sido reprimido políticamente quedando al desnudo la violencia que toda institución encubre.

Sostiene que la institución no es algo que, como lo señala el pensamiento marxista, pertenece a la superestructura, sino que forma parte de la base social misma. Critica consistentemente algunas confusiones en la noción de institución construyendo un concepto más riguroso en el que muestra cómo es que la institución opera como lugar de un conflicto entre las fuerzas instituyentes y las fuerzas instituidas, en un permanente juego de fuerzas que da cuenta del movimiento institucional en el proceso de institucionalización.

Uno de sus aportes más significativos a la teoría institucionalista tiene que ver con el concepto de implicación, el que desarrolla de manera exhaustiva mostrando no solamente los diversos tipos de implicación que determinan las intervenciones de los miembros del staff sino sobre todo la manera en que las instituciones operan más allá de la conciencia de los sujetos soportes, enmarcando sus posibilidades de acción y produciendo diversas clases de sentimientos encontrados durante el proceso de intervención (contratransferencia institucional).

Durante su vida realizó innumerables intervenciones en Francia, Bélgica, España y desde 1980 en adelante en América Latina (México, Brasil, Argentina) donde contó con muchos discípulos que estudiaron y desarrollaron sus ideas. Instituciones psicoanalíticas y universidades solicitaron su asesoramiento y gustoso concurría a estos países tal vez porque en ellos encontraba cierta falta de institucionalización que posibilitaba diversas alternativas de cuestionamiento de lo instituido.

Mantuvo con los grupalistas pichonianos vínculos cercanos que no evadían diferencias y discusiones profundas; por ejemplo acerca de la concepción del grupo que subyace al análisis institucional, o al estudio de la institución que se encuentra en el vértice mismo de toda conformación grupal. Sus señalamientos sobre el manejo de cierto afectivismo que se manifiesta en el funcionamiento grupal abrieron importantes interrogantes acerca tanto de la técnica de coordinación grupal como de la finalidad misma del trabajo colectivo.

Su producción es rigurosa, muestra un pensamiento lúcido y original en aquellos aspectos que investigó con detenimiento. Contrasta su capacidad de análisis teórico con las dificultades que encontraba una y otra vez en las intervenciones, de las que nunca salía contento. Por el contrario, su pasión por investigar topaba con la incomodidad de tener que enfrentarse a asambleas (su técnica privilegiada) con los desencuentros que necesariamente se iban produciendo durante el proceso de intervención. Dicho malestar daba cuenta del lugar transferencial que necesariamente sabía que tenía que ocupar para posibilitar el proceso con el consiguiente rechazo que el mismo le ocasionaba. Tenía claro que la disciplina del socioanálisis se encontraba en pañales y solía decir que cuando el análisis institucional contara con intervenciones de varios años, ya la técnica se habría sistematizado mucho más.

El fallecimiento de Lourau deja abundantes propuestas para continuar trabajando en el campo del análisis institucional. Lamentamos su deceso que nos quita a un contestatario como pocos, pensador independiente y crítico del sistema, a un visionario en sus concepciones e innovador en múltiples áreas del saber.

Horacio Foladori

(*) Descubrí con sorpresa que esta corriente era prácticamente desconocida en Chile. Más aún, hablar de institución e interrogarla producía (produce) una cierta sensación de rechazo, de temor, de cuidado, probablemente por aquello de que la institución (Estado) ha sido puesta en "custodia" por poderes fácticos a partir del golpe de estado. La Escuela de Psicología de la Universidad Diego Portales es la única, hasta donde he podido enterarme, que cuenta con un programa de psicología social en el cual se incluye esta línea de pensamiento.

Bibliografía disponible en español de René Lourau:

- (1969) El psicoanálisis en la división del trabajo, La institución del análisis, Cuadernos Anagrama, Barcelona 1971.
- (1970) El análisis institucional, Amorrortu, B.A., 1975.
- (1971) Claves de la sociología, (en colab. con G. Lapassade), Laia, Barcelona, 1973.
- (1972) Los analizadores de la iglesia, traducción y edición mimeografiada de M. Carrillo, México, D.F., 1993.
- (1973) Análisis institucional y cuestión política, y Monografía de una intervención socioanalítica, Análisis institucional y socioanálisis, Ed. Nueva Imagen, México D.F., 1977.
- (1973) Pequeña historia de los institucionalistas, Objeto y método del análisis institucional. Referencias teóricas del análisis institucional, Waterloo 1971.
- (1976) El Estado en el análisis institucional, El análisis institucional en el Estado, El análisis institucional, Campo Abierto Ed, Madrid, 1977.
- (1978) El Estado y el inconsciente, Kairos, Barcelona, 1980.
- (1980) Balance de la intervención socioanalítica, La intervención institucional, Folios Ed., México D.F., 1981.
- (1983) Participación en mesas redondas, El inconsciente institucional (Coord. Gregorio Baremlitt), Nuevomar, México D.F., 1983.
- (1986) "La pareja sospechosa". Monografía de la intervención socioanalítica en Ampag, Diario de una estancia en México en julio de 1981.
- (1963) La exposición mexicana en París, Revista de la Asociación mexicana de psicoterapia analítica de grupo, A.C., Vol. III, Nº 1 y 2, México D.F., 1986.
- (1988) Grupos e institución, Ilusión Grupal Nº 6, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Cuernavaca, 1991.
- (1989) El diario de investigación, Ed. Universidad de Guadalajara, Guadalajara, 1989.
- (2000) Libertad de movimientos. Una introducción al análisis institucional, Eudeba, B.A.

Fuente: Esta biografía es el artículo "En homenaje a René Lourau", de Horacio C. Foladori, publicado en la revista PRAXIS Nº2, UDP, Marzo de 2000

LSD

Definición.- "Alucinógeno que produce alteraciones caracterizadas por alucinaciones visuales, ensueños, ansiedad y en ocasiones liberación de tendencias agresivas o paranoides, conocido como LSD (dietilamida del ácido lisérgico). Puede desencadenar sintomatología en enfermos esquizofrénicos".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

MADRE

Como imagen primordial.- (Psicología Analítica) Para Jung la imagen primordial y más inmediata es la de la madre, puesto que es la experiencia más cercana y poderosa. Ella es la que actúa en el período más impresionable de la vida del hombre. El niño la considera, más o menos inconcientemente, no como una personalidad femenina definida, sino como un arquetipo pleno de posibilidades significativas. En el transcurso de la vida esta imagen primordial se diluye y es reemplazada por una imagen conciente relativamente individual.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

El papel de las relaciones hijo-madre en el desarrollo del infante.- Para Spitz, durante los primeros meses de vida madre e hijo se comunican fundamentalmente en forma cenestésica, y sólo después el niño progresará hacia formas diacríticas. El funcionamiento cenestésico implica recibir señales vinculadas al equilibrio, la postura, la temperatura, etc, que se originan en un clima afectivo constituido por afectos tanto placenteros como displacenteros, ambos decisivos para el normal desarrollo de la personalidad del infante.

Intercambios activos en la diada hijo y madre.- Las conductas y actitudes maternas influyen sobre el infante, pero también las conductas del bebé influyen sobre su mamá. Veamos separadamente ambas influencias.

a) *Influencia de la madre sobre el bebé.*- La sola presencia de la madre, y aún cuando sus acciones sean insignificantes, actúa como un estímulo para el bebé. Durante el primer año de vida, las experiencias y las acciones intencionales son quizá las que ejercen aisladamente la influencia más importante en el desarrollo de la personalidad del infante. Podemos observar cómo el niño siente placer al interactuar con ella si su conducta tuvo éxito, mientras que abandona las que llevan al fracaso, con lo cual el niño aprende con el método de 'probar equivocándose', reforzado por la recompensa y el castigo.

Otro factor de reforzamiento son las preferencias de la madre: el niño tenderá a comportarse de aquella forma que agrade a su madre, con lo cual las preferencias de ésta tendrán influencia directa en su desarrollo. Para Spitz, las acciones maternas más importantes son sus actitudes inconscientes, actitudes que provienen de dos orígenes distintos: los controles superyoicos de la madre, que tienden a restringir conductas, y las aspiraciones del ideal del yo materno, que tienden a estimular y desarrollar otras. Ambas actitudes son importantes para el desarrollo del bebé: por ejemplo, los controles luego se internalizan y forman defensas, lo que convierte al niño en un ser social.

b) *Influencias del bebé sobre la madre.*- El niño da libre expresión a su sexualidad y a su agresión, ya sean aceptados socialmente o no, frente a lo cual la madre suele regocijarse, pero al mismo tiempo escandalizarse. La madre se defiende de las seducciones de su bebé mediante negaciones, desplazamientos, represiones etc., frente a la conducta "inocente" del niño, aunque por otra parte entra también en ese juego de seducción, con lo que termina diciéndole: "haz lo que yo te digo, pero no lo que yo hago".

Una forma efectiva de ejercer este control es expresar preocupación por los 'peligros' que amenazan al infante: le prohibirá, lo sobreprotegerá, le impedirá chuparse el pulgar y masturbarse, etc., pero siempre 'por su bien'.

En general, Spitz llama "proceso de amoldamiento" a la serie de intercambios entre madre e hijo, y donde cada uno influye sobre el otro en forma recíproca y en circuito. Las relaciones de esta 'diada' son muy especiales, por cuanto están en cierta forma aisladas del ambiente y se mantienen por lazos afectivos extraordinariamente poderosos. Sabemos poco lo que acontece dentro de esta diada: por ejemplo, ¿cómo puede la madre adivinar las necesidades del bebé? ¿cómo puede despertarse ante un quejido del infante y no frente a otros ruidos más fuertes? Pero el bebé es también sumamente perceptivo, al captar los humores y los deseos conscientes e inconscientes de su madre. Para empezar a resolver todo esto, debemos averiguar cómo se comunican madre y niño.

La comunicación en el interior de la diada madre e infante.- Freud, en su "Proyecto para una psicología científica" (1895) trata de cómo surge la comunicación en la diada. Frente a una necesidad interna (como el hambre) el bebé la descarga llorando y con otras manifestaciones emocionales difusas y al azar, pero no puede ir a buscar el alimento. Su llanto atrae la atención de la madre y es esta intervención exterior la que finalmente satisfecerá su necesidad, ya que él solo no puede hacerlo.

Esta comunicación preverbal entre madre e hijo es muy importante desde el punto de vista teórico, terapéutico y profiláctico. Como Spitz se basa en la observación y el experimento, no presupone nada acerca de si esa comunicación es o no extrasensorial o telepática.

a) *La comunicación animal y humana.*- La comunicación animal puede ayudar a entender la comunicación dentro de la diada madre-hijo. Durante el primer año, madre e hijo usan una comunicación preverbal, similar en muchos aspectos a la comunicación animal.

Los animales utilizan para comunicarse danzas, gestos, sonidos y, en general conductas expresivas, no verbales, en tanto expresan básicamente actitudes afectivas que reflejan la experiencia inmediata del ser: son reacciones a un estímulo pero no controladas ni dirigidas, es decir, no hay intención por transmitir un mensaje. Por ello algunos han calificado al lenguaje animal como egocéntrico, es decir, centrado en el sujeto, no en el otro (alocéntrico). Cuando un perro responde al ladrido de otro no intenta dirigirle un mensaje: sólo responde a un estímulo que recibió.

El ser humano ha heredado este lenguaje egocéntrico filogenético, pero luego se insertará en él lo propiamente humano: el lenguaje alocéntrico volitivo (dirigido), utilizando signos y señales y cuya culminación será la función simbólica. Mientras tanto, la comunicación madre-hijo en los primeros meses, consistente en procesos reflejos en circuito, estará basada en el lenguaje egocéntrico expresivo, es decir, no dirigido y originado en afectos.

b) *Elementos de comunicación.*- Debemos diferenciar signo, señal y símbolo.

El SIGNO es "un percepto que, empíricamente, está vinculado con la experiencia de otro objeto o situación". El signo puede sustituir al objeto, por ejemplo, las manchas de Koplik son un signo de sarampión. La SEÑAL "designa una conexión aceptada convencionalmente entre un signo y una experiencia, ya sea esa conexión accidental, arbitraria u objetivamente presente". Por ejemplo las señales de tránsito como 'parar', etc. La señal es así, un tipo especial de signo.

Un SIMBOLO es "un signo que representa un objeto, una acción, una situación, una idea; tiene su significación que va más allá de sus aspectos formales". Símbolos elementales son los gestos y las palabras. A diferencia de la comunicación adulta, donde ambos interlocutores intercambian símbolos, en la diada madre-hijo la comunicación es desigual: el hijo emite signos y la madre señales.

El papel de la recepción y de la comunicación: formas de funcionamiento cenestésicas y diacríticas.- Durante los primeros seis meses, el infante va pasando gradualmente desde la 'recepción' cenestésica hacia la 'percepción' diacrítica, de manera similar a como va pasando del proceso primario al proceso secundario descrito por Freud.

En la recepción cenestésica las señales son recibidas por el niño desde el interior del cuerpo: equilibrio, tensión (por ejemplo muscular), postura, temperatura, vibración, contacto, ritmo, duración, tono, etc., estímulos de los que el adulto difícilmente se percató y que no puede verbalizar. Además, responde a ellas masivamente. En cambio en la percepción diacrítica, las señales llegan a través del 'sensorium' es decir, desde el exterior vía órganos de los sentidos, como la vista, el oído, etc. La percepción diacrítica no está desarrollada en el neonato, pero sí la cenestésica, que es más madura y más de fiar que la del adulto, ya que sirve a su supervivencia.

El adulto termina comunicándose en un nivel diacrítico, es decir con símbolos verbales, y sólo algunos han mantenido intacta su capacidad cenestésica como los artistas, los equilibristas, los adivinos, hipnotizadores, los psiquiatras que pueden captar estados de ánimo aunque el paciente no pueda verbalizarlos, etc. Tales capacidades son reprimidas durante el periodo de latencia. Ciertas condiciones como la privación de estímulos sensoriales o las drogas pueden reforzar la organización cenestésica y disminuir la diacrítica, pero en el caso de los primeros meses de vida, lo normal es la forma cenestésica de comunicación.

Los afectos, la percepción y la comunicación.- Las señales afectivas generadas por el humor de la madre se convierten en una forma de comunicación con su hijo, y lo hacen en forma ininterrumpida, a veces presionando y otras veces aflojando a los efectos de influir o no en el desarrollo de ciertas funciones del bebé. No hay prácticamente eventos traumáticos: los efectos se producen acumulativamente, por estímulos y experiencias reiterados, lo que van produciendo lo que Spitz denominó "clima afectivo".

A los efectos de la comunicación, los afectos tienen el mismo papel que el proceso secundario en los adultos. Los bebés se comunican mediante estados afectivos: madre e hijo perciben sus afectos recíprocamente, conciente o inconcientemente, y así se comunican, afectos que aún no están contaminados por la percepción diacrítica o el proceso secundario. Además, en los niños pueden apreciarse en forma directa, no así en los adultos, que suelen disfrazarlos u ocultarlos. Los afectos parecen seguir sirviendo de guía al resto del desarrollo, al menos hasta el final del primer año de vida y, según Spitz, también durante mucho tiempo más.

a) *Los órganos corporales, la comunicación y la evolución.-* Cuando en la evolución se alcanzó la posición erecta, y las manos quedaron libres, se hicieron posibles las realizaciones humanas, pues al mismo tiempo quedaban libres la boca y la región oral para la comunicación. Simultáneamente, la mano empezó a cumplir funciones que antes hacía la boca, como el cuidado de las crías, el cortejo sexual, etc.

En los primates y en el hombre, la región facial, bucal y faríngea se enriqueció neuromuscularmente, pudiendo entonces expresar afectos a ese nivel: la cara y la voz pasaron a ser un instrumento adecuado para producir señales afectivas, lo que finalmente llevó al surgimiento del lenguaje, donde los símbolos semánticos fueron reemplazando poco a poco a las Gestalten posturales y de conducta, símbolos que fueron entonces los principales instrumentos para guiar las relaciones de objeto.

La historia natural de los afectos no placenteros y su dinámica.- Los afectos displacenteros surgen al mismo tiempo que los placenteros. Hacia el cuarto mes el niño expresa desagrado cuando la madre lo abandona y más tarde lo hará en otras ocasiones, como cuando le quitan un juguete.

La experiencia investida afectivamente facilita y asegura, según surge de observaciones y experimentos, el almacenamiento de rastros mnémicos relacionados con estados de tensión: el rostro materno que genera una respuesta sonriente es un indicador de expectativa de satisfacer la necesidad (reducción de la tensión), y el abandono materno que genera llanto u otra respuesta de desagrado indica una expectativa de aumento de la tensión.

Los rastros mnémicos de ambas experiencias (de placer y de displacer) servirán para reconocer estados similares que se presenten en el futuro. Ambas experiencias son las más importantes por su tono afectivo: todas las demás -la mayoría- tienden a ser neutras.

El almacenamiento del recuerdo y la experiencia coloreada de afectividad.- Los procesos de descarga y sus indicadores, los afectos, pertenecen a la región del funcionamiento cenestésico. La percepción cenestésica 'extensiva', investida afectivamente, es el único puente sobre el cual el recién nacido puede avanzar hacia la percepción diacrítica 'intensiva' y lograrla.

Los etólogos vieron que bajo tensión emocional se acelera mucho el almacenamiento de los recuerdos, en contraste con el lento proceso del condicionamiento clásico. Ello hace a la supervivencia.

Freud consideraba a los procesos mentales como desplazamientos de cantidades pequeñas de catexia. Para que esto sea posible, debe haberse depositado una catexia en los primeros rastros mnémicos, y esto

tiene lugar según Spitz cuando el niño reconoce el preobjeto (la cara de la madre en movimiento), frente al cual él sonríe.

Este fenómeno puede servir de ejemplo del funcionamiento de los primeros procesos mentales. Placer y displacer son los dos afectos primarios y más importantes (un afecto es un indicador de un estado mental, de un impulso, etc), pero más tarde sus papeles se hacen más oscuros porque empiezan a influirse mutuamente, con resultados a veces imprevistos.

Esto se torna evidente en la función del juzgar. Según Freud, esta función sólo aparece si antes se produjeron los dos afectos primarios de placer y displacer en tiempos distintos: "una condición previa para establecer la comprobación de la realidad [juzgar], es que hayan perdido objetos [displacer] que en otro tiempo nos proporcionaron satisfacción real [placer]", dice Freud. Las investigaciones de Spitz sobre el 'no' semántico están de acuerdo con estas hipótesis freudianas.

El papel de la frustración en la educación y el desarrollo.- De lo dicho, surge que privar al niño de la experiencia de displacer (frustración) es tan dañino como privarlo de la experiencia de placer. Dejar inactivo a cualquiera de ambos trastornará el equilibrio del desarrollo. Por ejemplo, la frustración hace que el niño pueda buscar activamente aquello que le falta para sobrevivir. Señalaba Freud que uno de los papeles del displacer es lograr la comprobación de la realidad: una cuestión vital para el yo, el que sin frustración no puede desarrollarse. Al tratar con reiteradas frustraciones, el infante logra una progresiva independencia durante los seis primeros meses y se torna cada vez más activo en sus relaciones con el mundo.

Resumen de Spitz René (1996) El primer año de vida del niño. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Capítulo 7.

Interacción madre-bebé: incidencia de la variable materna.- Se trata de un estudio teórico - experimental sobre las vicisitudes de la constitución de la diada madre - bebé, que trata de articular los aportes del psicoanálisis, la psicología clínica y la psicología experimental.

Hay una relación entre los conflictos emocionales de la madre por un lado, y trastornos ginecológicos y dificultades en el vínculo con su bebé por el otro. Este último depende totalmente de la madre, no así la madre de su hijo, que es una relación diatrófica. Por lo tanto, se trata de una relación asimétrica.

Laplanche habla de la madre como despertadora de la pulsión sexual en el niño, pues ella actualiza toda su propia sexualidad en el vínculo con él. También está en juego el narcisismo de la madre, al sentir ella que puede decodificar al bebé, logrando calmarlo.

La relación madre-bebé es asimétrica en cuanto a las funciones, pero simétrica en cuanto a la reciprocidad. Hay, para Stern, una relación intersubjetiva donde ambos comparten estados afectivos.

La investigación aquí presentada se centró en las variables maternas relevantes respecto de la disponibilidad de la mujer para asumir su maternidad. En este sentido son importantes la capacidad de la madre de concentrarse en las necesidades del bebé (Winnicott, Ainsworth y otros). La madre también puede rechazar su propia maternidad, bajando la calidad de su interacción con el bebé.

Lo dicho se refiere a la variable Actitudes Inconcientes de la madre. Las dos variables intrapsíquicas restantes de la madre relevantes para estudiar la maternidad son Autoaceptación e Identificación.

Se trabajó con una muestra de 50 diadas madre/primer bebé. Con esta investigación se obtuvieron las siguientes conclusiones: a) Se encontró una correlación casi significativa entre actitudes inconcientes y reciprocidad física considerando bebés de ambos sexos. Dicha correlación fue en particular muy significativa en el caso de la interacción madre/bebé mujer. En reciprocidad social no se encontraron resultados significativos. b) Se constató que cuanto mayor era la autoaceptación de la mujer, mayor la reciprocidad en la interacción con el bebé en el área física en toda la muestra, y mucho más fuerte en las diadas madre-bebé mujer. c) No se encontraron correlaciones significativas en el total de la muestra (o sea considerando bebés de ambos sexos). En cuanto a los bebés mujeres, se encontró que cuanto mayor era la identificación, mayor era la reciprocidad física y el contacto materno con su beba.

Las variables maternas estudiadas tienen un impacto significativo en la creación de una interacción recíproca madre/bebé sólo en el área de reciprocidad física, y no en la de reciprocidad social, y principalmente cuando el bebé es de sexo femenino.

Análisis ulteriores mostraron también que cuando las dimensiones autoaceptación e identificación de la variable materna se dan juntas, permiten predecir mejor la interacción recíproca madre/bebé (sobre todo la física) que si actuaran separadamente.

¿Por qué la correlación más significativa se encontró en el área de la reciprocidad física? Parecería que es en el contacto físico donde más entran en juego las variables materna inconcientes, ya que este es más primario y más cercano que las interacciones en el área social. Diversos autores trabajaron la importancia del contacto físico, como Winnicott, Klaus y Kennell, y otros. Bowlby y Anzieu también estudiaron esto.

¿Por qué la correlación más significativa se encontró en relación a bebés de sexo femenino? Podría pensarse que es porque dar a luz una primera hija compromete más la aceptación del rol femenino de la mujer, su autoestima y expectativas, lo que la lleva a aumentar la calidad del vínculo de interacción.

Sinopsis de Schejtman Clara (1995) Interacción madre-bebé: incidencia de la variable materna. Estudio teórico-experimental.

Representaciones maternas.- El proceso de maternaje, a través del cual la madre, o quien ocupe su lugar, acompaña y propicia el crecimiento físico y psíquico del bebé, es un proceso modificador de ambos miembros de la diada, que en su interacción ejercen una influencia mutua y continua. Actualmente los estudios acerca de la primera infancia se ven enriquecidos con el abordaje del tema de las Representaciones Maternas, que son consideradas como una influencia determinante en el ejercicio del rol materno. En este trabajo se enmarca el concepto de Representaciones Maternas describiendo distintas teorías y estudios que lo abordan. Se presentan también, brevemente, los lineamientos básicos de una investigación en curso en la que se intenta relacionar la organización y contenidos de las representaciones maternas con el modo en que las madres actúan en el vínculo con su bebé. El estilo interactivo de las madres se estudia analizando la videofilmación de situaciones de interacción y se utilizan tres instrumentos para estudiar las representaciones maternas. Para concluir se presenta, a modo de ejemplo, material de una mamá de este estudio, realizado por Constanza Duhalde, Adela Leibovich de Duarte y J. Miguel Hoffmann.

(Visitudes del mundo representacional de las madres durante el primer año de vida de sus bebés. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Investigaciones en Psicología, Año 2, N°2, 1997).

Según Aulagnier.- Entiende por madre un sujeto con las siguientes características: a) que reprimió exitosamente su propia sexualidad infantil, b) que ama al niño, c) que está de acuerdo con lo que el discurso cultural dice sobre la función materna, y d) la presencia junto a ella de un padre, por quien tiene sentimientos positivos. Madre normal es aquella cuyas conductas y motivaciones inconcientes no inducen una evolución psicótica en el niño.

Aulagnier P., La violencia de la interpretación, p. 118.

Madre fálica.- "Concepción infantil según la cual la mujer estaría dotada de un pene. Se ha afirmado que este concepto no sería el vestigio de un periodo donde el niño se representaría a todos los seres humanos provistos de un pene, como él mismo, sino una formación secundaria defensiva tendiente a negar el descubrimiento traumático de la diferencia de los sexos".

Virel A., Vocabulario de psicoterapias, Barcelona, Gedisa, 1985, pág. 206.

Madre suficientemente buena.- Según Winnicott, "la 'madre' lo bastante buena (que no tiene por qué ser la del niño) es la que lleva a cabo la adaptación activa a las necesidades de este y que la disminuye poco a poco, según la creciente capacidad del niño para hacer frente al fracaso en materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración. Por supuesto, es más probable que su propia madre sea mejor que cualquier otra persona, ya que dicha adaptación activa exige una preocupación tranquila y tolerada respecto del bebé... La madre bastante buena comienza con una adaptación casi total a las necesidades de su hijo, y a medida que pasa el tiempo se adapta poco a poco, en forma cada vez menos completa, en consonancia con la creciente capacidad de su hijo para encarar ese retroceso".

Winnicott D (1994) Juego y realidad. Barcelona: Gedisa, págS 27-28.

Maternaje.- "Se refiere al conjunto de procesos psico-afectivos que se desarrollan e integran en la mujer en ocasión de su maternidad (Recamier). No necesariamente habrá proceso de maternaje y puede quedar diferido por mecanismos de defensa de la mujer. Ya Winnicott señaló la ambivalencia que una madre puede experimentar hacia su bebé. La maternidad representa, entonces una crisis evolutiva que afecta a todo el grupo familiar. Según Caplan, la mujer atraviesa esta crisis en función de su historia personal, la estructura de su personalidad, su situación presente (conyugal, familiar y social), las características del bebé, y la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de la familia. El maternaje son los recursos internos y externos los que permitirán enfrentar y superar los nuevos desafíos que plantea el desarrollo".

Vidal, G, Alarcón, R, Lolas, F (1995). Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Buenos Aires, Médica Panamericana, Tomo 1, Micropedia.

Maternalización.- Técnica de psicoterapia de las psicosis, especialmente de la esquizofrenia, donde se busca establecer entre analista y paciente un vínculo análogo al existente entre una buena madre y su hijo, y tanto en forma simbólica como real.

MADURACIÓN

Definición.- 1. Proceso que consiste en la aparición de sucesivas modificaciones por las cuales una forma, estructura o función de un organismo alcanza un estado o condición adulta o completa. 2. Modificaciones evolutivas determinadas por factores hereditarios. 3. Variación de los cambios del desarrollo determinada por la herencia. 4. Modificaciones de carácter evolutivo y aparición inevitable de todos los miembros normales de una especie dadas las condiciones ambientales favorables a la

producción de tales modificaciones. 5. Evolución cuyas diferencias observables entre individuos están en correlación con diferencias previas de los individuos entre sí. Distinto de aprendizaje. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Escala de maduración de Gesell y Amatruda.- (*Psicotecnia*) Escala con cuyo auxilio es posible afirmar, ya en el primer día de la vida extrauterina, si el humano ha nacido o no con el suficiente bagaje de 'moldes' reaccionales para poder adaptarse a los requerimientos de la vida civilizada. Asimismo, es posible denotar si, ya en los primeros días, progresa o no, normalmente, su proceso de aprendizaje y su condicionalización refleja. La Exploración de la conducta para su evaluación en la Escala de Gesell requiere el uso de anillos tricolores, anillo colgante, sonajero, cubito, etc. Los autores distinguen cuatro clases de datos en el desarrollo psíquico o personal: a) *Conducta motriz*, que constituye el punto natural de partida para la evaluación del nivel de maduración. Se consideran en ella, no solo el control corporal, sino las coordinaciones motrices más finas, como reacciones posturales, balance cefálico, sedestación, estación bípeda, arrastre, marcha y, por otra parte, aprehensión de objetos, sujeción y manipulación de los mismos, etc. b) *Conducta adaptativa*, destinada a ajustar a los objetos y situaciones las coordinaciones sensitivomotrices más finas; representa, pues, la habilidad de ajustar el equipo motor para la solución de problemas prácticos. c) *Conducta verbal* que incluye "todas las formas visibles y audibles, de comunicación, bien sea de expresión facial, o gesto, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases, mímica y comprensión de los homólogos ajenos". d) *Conducta personal social*, que comprende "las reacciones personales del niño ante la cultura social en que vive". Estas modalidades de conducta, están comprendidas en dos tipos de hábitos o 'moldes' de conducta, denominados: *permanentes* y *temporales*. Estos últimos son reemplazados por otros, más maduros, en una edad ulterior. (A. Gesell, *Developmental Diagnosis*, 1941, y *Infant Behavior: Its Genesis and Growth*, con H. Thompson and C. S. Amatruda, 1938. En cast.: *Diagnóstico del desarrollo*, 1947). Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

MADUREZ

Definición.- 1. Grado de completamiento de aspectos parciales o totales de una función, estructura o forma de organismo. 2. Condición de la conducta que connota una valoración positiva: madurez intelectual, madurez emocional, madurez social. 3. Período en la vida de un individuo cuyos límites convencionales se fijan entre los 21 y 65 años; durante tal período el individuo alcanzaría idealmente un estado de completa y estabilizada diferenciación e integración somática, psíquica y mental, que lo dispone a afrontar con eficacia el desempeño de las tareas que le demanda la vida adulta. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

MALINOWSKI, BRONISLAW

Biografía.- (1884-1942) Célebre antropólogo y etnógrafo inglés, que investigó la vida de las tribus que habitan las Islas de Trobriand, al norte de Australia, tribus que siguen viviendo en sociedad puramente matriarcal. La comprobación más importante a que llega Malinowski es la de que las tribus de esta isla desconocen el concepto de padre como portador de un papel fisiológico en la procreación. Ignoran que pueda haber una relación entre el acto sexual y la concepción. El papel social del padre es desempeñado por el hermano de la madre. El padre carnal es el hombre de un clan extraño que convive con la madre y tiene con ella relación sexual. La comprobación de Malinowski es que allí no existe la represión sexual en el sentido de Freud, o que, en todo caso, se manifiesta muy tardíamente. El niño mama hasta que ha desarrollado su capacidad de procurarse el alimento por sus propios medios. Los niños viven reunidos en pequeñas hordas infantiles. Se masturban y se entregan a juegos sexuales con completa naturalidad, pues no existe prohibición alguna. El juego sexual asume la forma de verdadero acto sexual desde una edad muy temprana (ya entre niños de cuatro o cinco años), de manera que no hay un período de latencia. La madurez sexual no determina cambio alguno: la vida sexual se rige enteramente por el placer. Es muy interesante el hecho de que las muchachas no quedan embarazadas, a pesar de que no recurren a medios anticoncepcionales. Una vez casadas, quedan embarazadas, y tienen gran número de hijos. Según las comprobaciones de Malinowski esta sociedad matriarcal desconoce el Complejo de Edipo. Obras principales: *Argonauts of the Western Pacific*, 1921; *The Sexual Life of Savage*, 1923; *Psycho-Analysis and Anthropology*, 1924. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

MANDATO FAMILIAR

Generalidades.- "Según un experto en genealogía, ciertas particularidades negativas de las pautas de conducta se heredan de generación en generación y, al desconocerse, en muchas ocasiones provocan traumas. El especialista argentino Ignacio Tejerina, en su intervención en la XI Reunión Americana de Genealogía que se celebra en España, precisó que éste es el caso de prejuicios raciales o religiosos que,

según aseguró, se transmiten a la descendencia. Además, en el mismo sentido agregó también el análisis del destino, que se basa en que el individuo tiene una serie de elecciones a lo largo de su vida vinculadas con la herencia familiar. Son las elecciones de amistades, pareja, trabajo, enfermedades e incluso muerte”.

Estudio sobre la transmisión de los mandatos familiares. Diario La U, Buenos Aires, 16 de setiembre de 2002.

MANIQUEÍSMO

Definición.- Las doctrinas de Maní (216-273), exigen la mayor abstinencia de nutrición, de trabajo, y la negación de la vida sexual, considerando el acto sexual como el pecado primitivo. Estas doctrinas -juzgadas y perseguidas como herejía- tuvieron durante largo tiempo una penetración en los conceptos cristianos.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

MANNONI, OCTAVE

Biografía.- Octave Mannoni (1899-1989), psicoanalista de origen francés de orientación lacaniana, y co-fundador del Centro de Formación e Investigación Psicoanalíticas.

Mannoni devino psicoanalista sólo después de haber consagrado primero su vida a la filosofía, la literatura y la etnografía. Fue uno de los pocos que supo conservar su independencia de pensamiento con respecto a Lacan, aún siguiéndolo fielmente.

Descendiente de padres originarios de Córcega, tuvo una juventud tumultuosa, tras la cual emprende el camino del Africa: permanecerá más de veinte años en Madagascar donde ocupa cargos en la burocracia colonial, dedicándose al mismo tiempo a la etnología, la poesía y la botánica.

Después de la Segunda Guerra Mundial regresa a Francia, donde emprende un análisis con Lacan y se dedica a la práctica clínica. En 1982, luego de la disolución de la Escuela Freudiana, funda con su mujer Maud y Patrick Guyomard, el Centro de Formación e Investigaciones Psicoanalíticas.

Su obra publicada en francés incluye: *Psychologie de la colonisation* (1950); *Lettres personnelles a Monsieur le Directeur* (1951, reeditado en 1977 bajo el título de "La machine"); *Freud* (1968; hay edición en castellano: "Freud. El descubrimiento del inconsciente", Ed. Nueva Visión); *Clefs pour l'imaginaire ou l'Autre scène* (1969; editado en castellano por Amorrortu: "La otra escena"); *Fictions freudiennes* (1978; en castellano "Ficciones freudianas", Ed. Fundamentos); *Un commencement qui n'en finit pas* (1980; editado en castellano por Paidós: "Un comienzo que no termina"); *Ca n'empêche pas d'exister* (1982); *Prospero et Caliban* (1984); *Un si vif étonnement* (1988) y *Lettres personnelles, fiction lacanienne d'une analyse* (1989).

(Fuente: Nota de contratapa de "Aquí nos separamos. Este es mi camino", Ediciones de la Flor, 1997).

MAPS

Definición.- (Psicotecnia) Abreviatura del Make a Picture Store Test inventado por Edwin S. Shneidman. Como indica el nombre, se trata de dramatizar una historia dramatizada por el sujeto. Para hacer eso, hay un gran número de figuras (67), y diferentes escenas (22). El sujeto debe elegir la escena y las figuras con las cuales juega a hacer "teatro". Es un test de proyección.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

MARIHUANA

Marihuana y depresión.- Los adultos que abusan del consumo de marihuana corren mayor riesgo de sufrir depresiones, según un estudio publicado en el número de este mes del *American Journal of Psychiatry*.

Según Gregory B. Bovasso, autor del informe, los adultos no presentaban síntomas de depresión al comienzo del estudio. Un nuevo control 15 años después ha revelado que el abuso de marihuana multiplica por cuatro las posibilidades de padecer síntomas depresivos.

Los fumadores de marihuana han mostrado mayores indicios de pensamientos suicidas. Un riesgo particular se ha apreciado en mujeres jóvenes de raza blanca.

Los individuos que utilizaron otras drogas como las anfetaminas y los opioides tuvieron mayor probabilidad de abuso del consumo de marihuana después de 15 años. Sin embargo, quienes mostraban muestras de depresión al comienzo del estudio no presentaron signos de abuso de la marihuana más tarde.

Para realizar la investigación se ha efectuado un seguimiento de cerca de 850 adultos que no presentaron síntomas de depresión y más de 1.800 que no informaron de abuso de marihuana al comienzo del análisis.

A partir de ahora Bovasso va a estudiar cómo el exceso del consumo de cigarrillos de marihuana eleva el riesgo de depresión, y cuál es el umbral de consumo en el que se empieza a correr peligro de sufrir

conductas depresivoides.

El abuso de la marihuana aumenta el riesgo de depresión. *Diariomedico.com* y *American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 2033-2037.

Cannabis y psicosis.- “Objetivos: Valorar si el consumo de cannabis es un factor de riesgo para los síntomas psicóticos futuros, y viceversa, en adolescentes y adultos jóvenes de la población en general. Escenario/Participantes: Un estudio de seguimiento de 14 años en 'Zuid Holanda', que incluyó a 1.580 participantes de 4-16 años, seleccionando aleatoriamente de la población holandesa en general. Pueden presentarse informes falsos o negativos del consumo de cannabis con menor frecuencia que en países con políticas más estrictas sobre la droga, ya que su consumo es generalmente aceptado en los Países Bajos, lo que soporta el valor del presente estudio. Medidas: Consumo de cannabis durante la vida y síntomas psicóticos, valorados con la entrevista de diagnóstico internacional compuesta (CIDI). Resultados: El consumo de cannabis, en aquellos individuos que no presentaban síntomas psicóticos antes de comenzar a consumir cannabis, predijo los síntomas psicóticos futuros (índice de peligro =2.81; 95% de intervalo de confianza= 1.79-4.43). Por otro lado, los síntomas psicóticos en aquellos que nunca habían consumido cannabis antes del inicio de síntomas psicóticos, también predijeron el consumo futuro de cannabis (índice de peligro =1.70; 95% de intervalo de confianza 1.13-2.57). Conclusiones: Los resultados implican ya sea una vulnerabilidad común con una variación en el orden del inicio o una relación causal bi-direccional entre el consumo de cannabis y la psicosis. Se requiere de mayor investigación sobre los patrones y tiempos de estas relaciones, con el fin de disminuir las posibilidades”. Robert F. Ferdinand, Frouke Sondejker, Jan van der Ende, Jean-Paul Selten, Anja Huizink & Frank C. Verhulst, El consumo de cannabis y la predicción de síntomas psicóticos futuros y viceversa. *ADDICTION*. 2005 MAY; 100(5).

Marihuana y trastorno de ansiedad social.- Antecedentes: Los individuos con trastorno de ansiedad social (SAD) parecen ser especialmente vulnerables a los problemas relacionados con la marihuana. Sin embargo se desconocen los mecanismos subyacentes de esta asociación.

Métodos: Este estudio examinó el papel de las expectativas del efecto de la marihuana en la relación entre SAD y los problemas de marihuana entre 107 consumidores de marihuana (43.0% mujer), 26.2% de los cuales cumplieron con los criterios del SAD del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales - Cuarta Edición. La ansiedad y los trastornos del estado de ánimo se determinaron durante las entrevistas clínicas utilizando el Programa de Entrevista de Trastornos de Ansiedad - IV-L (ADIS-IV).

Resultados: Los análisis (incluyendo sexo, frecuencia del consumo de marihuana, trastorno depresivo mayor y otros trastornos de ansiedad) sugieren que el SAD fue el único trastorno asociado significativamente a los problemas de marihuana de los últimos tres meses. En comparación con aquellos sin SAD, los individuos con SAD fueron más probables a endosar las siguientes expectativas de marihuana: deterioro cognitivo/conductual y expectativas negativas globales. De forma importante, estas expectativas mediaron las relaciones entre el estado del SAD y los problemas de marihuana.

Conclusiones: Estos datos apoyan la contención que el SAD es el único relacionado con los problemas de marihuana y proporcionan información sobre los mecanismos subyacentes de esta vulnerabilidad.

Julia D. Buckner; Norman B. Schmidt. Trastorno de ansiedad social y problemas del consumo de marihuana: El papel de mediación de las expectativas del efecto de la marihuana. *DEPRESSION AND ANXIETY*. 2009 SEP; 26(9):864-870.

MARTÍNEZ LUQUE, EDUARDO

Biografía.- Cuando conocí a Eduardo Martínez Luque en 1977, durante mi primer año de formación en seminarios, ya había oído su nombre con anterioridad. Se lo mencionaba no tanto por estudiar y enseñar la obra de Lacan (de por sí algo infrecuente por entonces en un analista de la APA), sino por hacerlo más allá de todo rasgo de mera “cultura” y “pluralismo” psicoanalíticos sin consecuencias. Poco tiempo después, ya participando en sus seminarios, pude apreciar de cerca su estilo en la transmisión, ajeno por igual a ortodoxias reverentes y a *lacaneos* de impacto epidérmico. Lo bastante asimilada y habiendo dado ya sus mejores frutos, la transmisión kleiniana dejaba por esos años de ser hegemónica en nuestro medio, y el “retorno a Freud” -también en la APA, al calor de nuevos aires institucionales- se convertía en una consigna convocante. Pero Martínez Luque nunca se ofreció para el recambio de idealizaciones. Como conocía bien y valoraba no sólo a Freud y Lacan, sino también a Klein -más allá de los excesos de un kleinismo que había devenido en *establishment*- y al resto de la tradición posfreudiana, podía argumentar sus objeciones sin condescender a consignas de barricada. Así por ej. su énfasis en la persistencia entre los analistas de formas más o menos larvadas de “ferenczismo”, respecto al que instaba a distinguir la posición freudiana, particularmente ante el problema del fin del análisis. Este énfasis se encuadraba en su interés profundo en lo propio de los fundamentos de la técnica analítica por fuera de toda oferta sugestiva de un saber en el lugar de la falta, y más allá del cualquier conjunto de procedimientos *ad hoc*. Un interés que lo llevó a repensar de modos cada vez más incisivos el final de análisis, en su cabal dimensión de acto que traspone el límite del saber del Otro. En Martínez Luque la pasión clínica se aunaba con la más vehemente afición, nada “turística”, por los más diversos campos de la cultura. En su conversación habitual eran frecuentes la reflexión epistémica, el comentario de intención política o la

menCIÓN poética, a menudo enlazando problemáticamente los bordes más filosóficos de la experiencia analítica. A comienzos de la década de 1980, y sin menoscabo de su pertenencia a APA, parte de su generosidad intelectual se volcó en dos rudimentos apenas "institucionales". El "Club Psicoanalítico" primero, y pocos años más tarde "Matema", fueron espacios que de tan abiertos resultaban poco comunes para una época del ambiente analítico que, marcada por coyunturas tales como la decisión de un importante grupo de analistas de alejarse de APA para fundar APdeBA, o cierta mordacidad descalificatoria con la que buscaban afirmarse los incipientes -y sectorialmente contrapuestos- esbozos institucionales lacanianos, probablemente no fuera la más propicia para tales aperturas. Martínez Luque no consideraba al psicoanálisis una disciplina de fácil acceso. Por eso no era muy afecto en la transmisión a aproximaciones generales que pudieran inducir a presuponerlo de antemano, del tipo de "Psicoanálisis y ... (literatura, o filosofía, o matemáticas, etc.)". Solía incitar, en cambio, a buscar lo que le concernía al psicoanálisis en terrenos tan diversos como (por ej.) la lectura heideggeriana de la *techné* aristotélica, la teoría de la enunciación en Ducrot, o la relación entre el cero y la serie en la génesis de los números naturales. Ahora bien, su aproximación a los textos era, no obstante la elasticidad de las articulaciones (con otros textos) en que podía encaminarlos, absolutamente rigurosa. Basta para ilustrarlo con mencionar la traducción que encomendó realizar, en el transcurso de un seminario que dictara en APA sobre "La ética del psicoanálisis", de aquellos pasajes de la "Antígona" de Sófocles cuya versión en la edición disponible no terminaban de satisfacerlo. Pero no es menos cierto que su implicación con el psicoanálisis iba mucho más allá del rigor en los conceptos: en quienes asistimos a su intervención en un panel sobre "patologías severas", hacia fines de 1997, difícilmente dejará de resonar su voz recitando el fragmento de un poema de A. Ginsberg entramado en su llamado a los analistas a encontrar acuerdos mínimos, para cerrar filas y resistir a la pretendida imposición, que avizoraba inminente, de taxonomías (como el DSM 4 y otras por el estilo) sin lugar para el sujeto. Cabe a Eduardo Martínez Luque lo que en una ocasión le escuché citar de un texto de Nietzsche: "El pensamiento es para muchos un trabajo penoso, pero en mis días felices, una fiesta y una orgía". De todo eso nos ha privado su muerte.

Notas Denominaba así a esa posición que desestimando lo esencial de la ruptura con la hipnosis para la constitución del campo del inconsciente ubica al analista como dador de algo con que poder, supuestamente, levantar la marca de la castración. Es bien elocuente al respecto su intervención en la mesa redonda sobre "Análisis terminable e interminable, 40 años después, en Revista de Psicoanálisis, No.5 1978. Cf. "La técnica analítica en el interior de la *Grossstmögliche Gegensatz* (máxima oposición), en Revista de Psicoanálisis, N1, 1982. Cf. "Fin de análisis", en "Comienzo y final de análisis", Revista de Psicoanálisis, número especial internacional, No.3, 1994. En el Symposium de APA ese año.

Carlos A. Basch

Aporte de Ricardo Bruno

MASLOW, ABRAHAM

Biografía.- Psicólogo norteamericano (1908-1970), conocido por su teoría de la motivación humana, según la cual las personas están motivadas por satisfacer una serie de necesidades básicas que se encuentran jerárquicamente ordenadas.

Abraham H. Maslow nace en Brooklyn, Nueva York, siendo el primero de los siete hijos de un matrimonio de inmigrantes ruso-judíos. Tímido, solitario y desdichado, demostró gran afición por aprender y por entonces su nivel de inteligencia era 195, el segundo más alto de la época.

Amante de la música clásica y el teatro, se enamoró de su prima Bertha, con quien luego se casó. El haber sido aceptado por ella influyó mucho en su tambaleante autoestima. En 1928 se traslada a la Universidad de Wiscosin, donde se especializa en psicología, adquiriendo allí una sólida formación en psicología experimental. Trabajó posteriormente con el conductista Edward Thorndike, y quedó impresionado con el programa del conductismo, aunque más tarde advirtió sus limitaciones para educar a las personas.

Adhirió a la idea del papel central de la sexualidad establecida por el psicoanálisis, y descubrió que la actividad sexual estaba relacionada con la dominación, un rasgo que había estudiado en los primates.

Enseñó en Nueva York durante 14 años en una cátedra de psicología, y fue muy apreciado por sus condiciones personales. Incluso lo llamaban el "Frank Sinatra de la Facultad de Brooklyn". Sus mentores incluyeron a Alfred Adler, Erich Fromm, Karen Horney y Margaret Mead, y recibió profundas influencias de sus amigos la antropóloga Ruth Benedict y de Max Wertheimer, el fundador de la psicología de la Gestalt. Durante la segunda guerra mundial abandonó la psicología experimental e intentó comprender las causas del odio, los prejuicios y la guerra. En 1951 marchó a la Universidad de Brandeis, donde permanecería hasta un año antes de su muerte. En 1962 ayudó a fundar la Asociación de Psicología Humanística con un grupo de psicólogos eminentes entre los que estaban Rollo May y Carl Rogers, e inspiró también la fundación de la Revista de Psicología Transpersonal. Se interesó por la psicología del trabajo, y descubrió que muchos empresarios de éxito usaban el mismo enfoque positivo sobre la naturaleza humana que él preconizaba acerca de la autorrealización.

Advirtió que sus ideas se confirmaban cuando la gente trabajaba en forma más creadora y productiva al ser tratados con confianza y respeto.

Maslow llegó a diversas conclusiones acerca de la naturaleza humana, que incluían estas ideas básicas: 1) Los seres humanos tienden innatamente hacia niveles superiores de salud, creatividad y autosatisfacción; 2) la neurosis se puede considerar como un bloqueo de la tendencia hacia la autorrealización; 3) la evolución de la sociedad sinérgica es un proceso natural y esencial. Esta es una sociedad donde 'todos' los individuos pueden alcanzar un alto nivel de autodesarrollo, sin limitar la libertad del otro; y 4) la eficacia del trabajo y el crecimiento personal no son incompatibles. De hecho, la autorrealización conduce a niveles mayores de eficiencia.

Vio que las personas funcionaban distinto en un estado de salud positiva que en la deficiencia, y llamó a este enfoque 'psicología del ser': la gente autorrealizada está motivada por valores del ser, los que se desarrollan naturalmente sin imposición de la cultura. Ejemplo de estos valores eran la verdad, la creatividad, la belleza, la bondad, la plenitud, la viveza, la singularidad, la justicia, la naturalidad y la autosuficiencia.

A pesar del carácter polémico de su obra, Maslow fue elegido presidente de la Asociación Psicológica Americana en 1967. Al año siguiente abandona Bradeis y muere el California de un ataque al corazón, el 7 de mayo de 1970. Las ideas enunciadas en "Motivación y Personalidad" pusieron los fundamentos de toda su obra, y fue publicada en la década del 50.

(Condensado de: "La influencia de Abraham Maslow", Prólogo de Frager Robert, a Maslow A., "Motivación y personalidad")

MASOQUISMO

Definición.- "Parafilia consistente en la necesidad de ser humillado, atacado, maltratado, etc., para obtener placer sexual".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 459.

MATRIMONIO

Matrimonio y salud.- "Según un nuevo estudio australiano, tanto hombres como mujeres son más felices cuando están casados. El informe analizó la información recogida en 1996 durante un censo de salud mental donde se entrevistó a 10.641 adultos. El análisis de los resultados reveló que uno de cada cuatro hombres y mujeres se siente desolado durante la soltería. Además, señaló que las mujeres casadas con hijos son menos propensas a sufrir alteraciones mentales".

Matrimonio, familia y salud mental. Diario La U, Buenos Aires, 7 de octubre de 2002.

Matrimonio y salud.- Un nuevo estudio de la Universidad Warwick, en Londres, determinó que el lazo matrimonial protege la salud masculina, siendo menos probable que los hombres casados mueran en un periodo dado en comparación con los solteros. Los datos fueron recogidos a través de un sondeo con más de doce mil adultos, en el que se comprobó que, descartando influencias como los hábitos de fumar o beber, los hombres casados fueron 6,1% menos propensos a morir en un periodo de 7 años que los hombres solteros. Las mujeres se beneficiaron menos del matrimonio, ya que su índice de muerte descendió sólo 2,9%.

Salud y estado civil. Diario La U, Buenos Aires, 21 de agosto de 2002.

Matrimonio y salud.- Las personas divorciadas y separadas revelan uno de los índices más altos de enfermedades. Un estudio publicado en el Journal of Marriage and Family mostró que las parejas que viven juntas también sufren deterioro en su salud después de separarse.

"Romper la convivencia, así como el matrimonio, tiende a producir un efecto perjudicial para la salud", dijo el autor principal del estudio, Zheng Wu, de la Universidad de Victoria, en British Columbia, Canadá. A intervalos de dos años comenzando en la década de los noventa, un total de 9.775 personas, de 20 a 64 años, participaron en los sondeos.

Los investigadores propusieron dos teorías para explicar por qué las personas casadas dicen tener mejor salud que los solteros. Una teoría establece que las personas más sanas son más propensas a casarse, mientras que la otra teoría, llamada "hipótesis de protección matrimonial", sugiere que los matrimonios mejoran la salud por medio del apoyo mutuo moral y financiero, y por la vigilancia recíproca de la conducta.

Los autores concluyeron que los "efectos de protección" podrían explicar en gran parte por qué las parejas casadas o que viven juntas logran mejor estado de salud. Los hallazgos también indicaron que el hecho de vivir juntos u optar por el matrimonio ofrecían beneficios similares en cuanto a las ganancias en cuestiones de salud.

Romper una relación puede ser perjudicial para la salud. Condensado de Journal of Marriage and Family 2002; 64:420-432.

Matrimonio y estados de ánimo.- Según los expertos, el estado de pesadumbre tras la boda es más o menos común y suele darse en personas "un poco inmaduras". "No es algo patológico, sino una reacción

emocional que vemos bastante en consulta, pero nada grave", reconoce Jesús de la Gándara, psiquiatra y jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Burgos. "Algunos recién casados sienten miedo por el paso que acaban de dar y no asumen esta vinculación con su pareja", señala.

Curiosamente, este 'bajón postboda' se da con mayor frecuencia en aquellas parejas que ya llevaban años conviviendo. Gándara apunta una posible explicación: "Se trata de una conjunción de varios factores, pero fundamentalmente esconde un sentimiento de miedo a la pérdida de libertades y dificultades para aceptar el compromiso para toda la vida".

La relación de pareja tiene unas fases bien conocidas. Primero se da la etapa del enamoramiento inicial, que dura unos tres años y es la fase platónica, la del deseo, en la que la hormona más activa es la dopamina, relacionada con el placer. Le sigue lo que Eduard Punset denomina la 'fase de construcción del nido', que incluye "asumir una cierta responsabilidad, la negociación de las libertades individuales y comprometerse más con la pareja", según explica el psiquiatra, y la hormona oxitocina gana protagonismo, por encima de la dopamina. Es en este periodo en el que pueden surgir problemas, ya que "todos estos acuerdos a los que hay que llegar no son verbalizados, sino que es una cuestión de actitud, del día a día y ambos tienen que ceder en algún aspecto", indica.

Si esta última fase no está bien asentada, dar el paso hacia el matrimonio puede no ser una buena idea. "Hay que pensárselo mucho antes y analizar si realmente el compañero sentimental es la persona ideal para compartir la vida, por mucho cariño que exista", aconseja el especialista, quien considera que si no se está muy seguro, lo más probable es que la pareja dure poco tiempo casada".

Todos los informes señalan, año tras año, que las vacaciones son catastróficas para los matrimonios, pues en la época estival aumenta el tiempo que los cónyuges pasan juntos y, también, las discusiones. Por eso es durante estos meses cuando los juzgados reciben el mayor número de peticiones de divorcio. Sin embargo, esta influencia negativa de las vacaciones en la pareja es aplicable sólo a aquellos matrimonios que hace tiempo que se prometieron amor para toda la vida. En los recién casados, esta estación tiene el efecto contrario.

Según Jesús de la Gándara, "el problema surge en aquellas parejas que están acostumbradas a pasar poco tiempo bajo el mismo techo, por sus respectivos trabajos, y que cuando llegan las vacaciones casi tienen que aprender a convivir de nuevo. Es entonces cuando surgen las peleas y las 'diferencias irreconciliables'", explica.

El estado de pesadumbre o depresión tras contraer matrimonio es más o menos común y suele darse en personas "un poco inmaduras". EL MUNDO. 2009 AGO.

MEDITACIÓN

Definición.- "Ejercicio reflexivo que consiste en pensar con atención en un objeto o una idea. Normalmente suele acompañarse de unas condiciones ambientales y personales determinadas, tales como un lugar silencioso y tranquilo y una especial relajación o escucha interior. Con la meditación se quiere llegar a la verdad profunda de lo mentalmente cuestionado y/o al reconocimiento de uno mismo. La meditación es un fenómeno diferente en todas las culturas y en todos los tiempos, por eso su concepto no es unívoco. Como fenómeno religioso tiene su origen en el hinduismo, en el que su objetivo es lograr la fusión con la divinidad, entendida ésta de modo impersonal. En el cristianismo la meditación adopta otro cariz, se basa en la idea del monoteísmo y procura, no ya la unión-fusión con la divinidad de un modo impersonal, sino en encuentro personal con Dios. Con este encuentro se quiere despertar el deseo de Dios y obtener fuerzas para creer y actuar desde la fe sobre el mundo real. Esta forma de meditación tiene elementos en común con la meditación islámica".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- 1. Profundización espiritual mística, la forma más profunda de llegar a un conocimiento trascendental. 2. La meta práctica del Budismo es llegar por grados, en el camino de la gracia por la visión en la armonía perfecta, al Nirvana. Estos grados de meditación son: 1) Reflexión gráfica sobre la teoría que enseñó Buda, sobre el sufrimiento, sobre las causas del mismo y su vencimiento. Las reflexiones están acompañadas por "un placer dichoso de la liberación". 2) Las imaginaciones desaparecen, queda solamente el afecto aislado; es el "estado del silencio del mar". 3) Los afectos se transforman en una "diferencia serena", la que se siente como un bienestar físico y anímico. 4) Los afectos desaparecen; "todo" el organismo se luce por una conciencia escuchadora. Estos son los 4 appamanna – grados de Buda para llegar al Nirvana.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- "Se entiende por meditación un estado de conciencia provocado por diversas técnicas que buscan separar un poco al individuo de su vida diaria, disminuyendo su conciencia analítica normal y logrando una "perspectiva de unidad".

La persona que medita sigue en general procedimientos especiales o realiza determinados ejercicios para lograr dicho estado. Los ejercicios de meditación pueden ser de varios tipos. En la meditación denominada concentrativa se intenta restringir la conciencia a una sola fuente invariable de estimulación

durante cierto tiempo. Los que meditan pueden concentrarse mirando un objeto, poniendo atención en algún proceso como la respiración, escucharse a sí mismo cantando en voz alta, o simplemente repitiendo silenciosamente una palabra o una frase.

En el estado de meditación concentrativa cesan todas las percepciones y pensamientos activos de naturaleza analítica. Esta sensación no dura más que algunos minutos, pero aparece como un fenómeno desligado del tiempo para el participante, quién después se siente renovado y mejor capacitado para experimentar la vida directamente.

¿Qué decir de los efectos fisiológicos de la meditación? ¿De cómo la meditación reduce el estrés? Los investigadores Wallace y Benson, sometieron a estudios de laboratorios a un grupo de meditadores y encontraron que durante el acto de la meditación el cuerpo humano se caracteriza por una pauta de actividad ambivalente: alerta, pero a la vez muy relajada. Específicamente el ritmo metabólico del cuerpo se torna insólitamente bajo y, en consecuencia, el consumo de oxígeno, la eliminación de bióxido de carbono y el volumen y ritmo de respiración reducido. El ritmo cardíaco también disminuye significativamente y la producción de sustancias químicas en la sangre (lactato de sodio) muestra un marcado descenso, su exceso en sangre se asocia a sentimientos de angustia.

Por su parte en la actividad eléctrica del cerebro predomina el ritmo alfa indicador de máximo reposo, que además se relaciona con sentimientos de placidez como si el cuerpo estuviera flotando en un ambiente de mucha paz, con sensación de descanso y comodidad.

Para meditar, es esencial contar con ambiente tranquilo, exento de ruido proveniente del exterior, se puede usar música suave como fondo. En el ambiente físico así logrado se procede a tranquilizar el ambiente interno, la mente debe estar libre provenientes de otras partes del cuerpo, incluyendo la musculatura. La sesión debe durar de 20 a 30 minutos".

Rodríguez González R, Roque Doval y Molerio Pérez O (2003) Estrés laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. Disponible en: <http://espanol.geocities.com/aguilera99/volumen33.htm>

Generalidades.- Habitualmente se piensa que la meditación ayuda a las personas a sentirse con más energía y con una mayor capacidad de concentración, pero ¿son mensurables estos beneficios? Un nuevo estudio sugiere que esto es posible. Cuando los investigadores testearon la capacidad de alerta de voluntarios, hallaron que la práctica de la meditación demostró ser más efectiva que dormir una siesta, el ejercicio o la cafeína. Los resultados fueron presentados recientemente en una conferencia de la Sociedad de Neurociencias. Los investigadores, dirigidos por Prashant Kaul de la Universidad de Kentucky (USA), tomaron a 12 estudiantes que no habían practicado meditación previamente y les enseñaron las técnicas básicas en dos cortas sesiones. Entonces, durante varias semanas, se les pidió que participaran de tests que medían habilidades como la velocidad de reacción. Los tests consistían en una serie de indicaciones visuales que se mostraban en una pantalla y ante las cuales los voluntarios debían reaccionar presionando distintos botones. A los voluntarios se les pedía que realizaran estos tests después de comer, cuando las personas tienden a tener somnolencia. Los realizaban antes y 40 minutos después de meditar, dormir una siesta, hacer ejercicio o tomar cafeína. Los que dormían la siesta obtuvieron los peores resultados, presumiblemente debido a la "inercia del sueño", dijeron los investigadores. La cafeína ayudó, pero el ejercicio fue impredecible. Estudios previos habían encontrado que las personas están despiertas mientras meditan, pero sus cerebros experimentan cambios similares a los patrones presentes durante el sueño. Algunos estudios hallaron que las personas que meditan dicen tener menos sueño, por lo que los investigadores decidieron estudiar si la meditación podría servir para algunas de las funciones del sueño. Y los recientes resultados parecen confirmarlo.

Nagourney E (2006) Mejora el estado de alerta con meditación. Disponible en <http://www.lanacion.com.ar/852361>. 25 oct 2006

Meditación y estrés.- "El estrés laboral, el burnout, y empatía disminuida son cuestiones frecuentes para los profesionales de la salud. La meditación es una estrategia comúnmente usada para tratar el estrés. La medida del cortisol salival permite evaluar el nivel de cortisol en suero, un conocido indicador del nivel de estrés. Este estudio evaluó la relación de los síntomas de estrés divulgados por los sujetos y el cortisol salival en profesionales de la salud, en un programa de ocho semanas de meditación, con datos recogidos anticipadamente en la línea de base y 8 semanas después de terminar el programa. Los cuestionarios [Perfil del Estado del Animo - Abreviado (POMS-SF), el Inventario del Burnout de Maslach (MBI), y el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)] midieron el estado del ánimo, burnout y empatía. Un test emparejado entre los grupos para el cortisol pre/post-salival no alcanzó ningún cambio significativo. El POMS-SF fue más sensible al cambio (aumento medio 12.4; $p = 0.020$). El agotamiento emocional, medido en el MBI, también se vio afectado por la meditación (disminución media 4.54; $p = 0.001$). Los cambios en la empatía pudieron no haber sido capturados debido a cualquier ausencia del efecto de la meditación en la empatía, número o la escala de sensibilidad. Las correlaciones en la línea de base y a las ocho semanas entre el cortisol salival y los resultados del examen, y las correlaciones entre los cambios en estas medidas, eran débiles y no estadísticamente significativos. Sin embargo, los resultados psicométricos presentan un caso fuerte para los ensayos clínicos adicionales de la meditación en la reducción del estrés para los profesionales de la salud".

Mary Lou Galantino; Michael Baime; Maureen Maguire; Philippe O Szapary; John T Farrar, Asociación entre las medidas psicológicas y fisiológicas del estrés en profesionales de la salud durante un programa de ocho semanas de meditación. *STRESS AND HEALTH*. 2005 OCT; 21(4):255 - 261.

Efectos de un programa de meditación (mindfulness) en la medida de la alexitimia y las habilidades sociales.- El estudio tuvo como objetivo comprobar si un entrenamiento en meditación (mindfulness) producía efectos en las medidas de la alexitimia y de las habilidades sociales en un grupo de estudiantes. Los resultados indicaron que el programa de meditación produjo diferencias significativas en la variable habilidades sociales y en cinco de sus factores en las medidas posttest.

En el análisis intragrupos, las diferencias fueron significativas tanto en alexitimia como en habilidades sociales, y en todos sus factores, en el grupo experimental, no apareciendo ninguna diferencia significativa en el grupo control. Los porcentajes de cambio en el grupo experimental presentaron reducciones en la puntuación total de alexitimia y en sus tres factores, en torno al 20% y un incremento en la variable habilidades sociales y en sus seis factores, en un rango entre el 15,96% y el 22,60%. En el grupo control oscilaron entre el -0,14% y el 4,43%, en las dos variables y en sus diferentes factores. Estos resultados deben ser considerados con cautela, ya que la muestra del estudio no es clínica y, además, su tamaño es relativamente reducido, por lo que habría que confirmar dichos resultados con muestras más amplias, y con pacientes altos en alexitimia.

Manuel de la Fuente Arias; Clemente Franco Justo; Margarita Salvador Granados. Efectos de un programa de meditación (mindfulness) en la medida de la alexitimia y las habilidades sociales. *PSICOTHEMA*. 2010; 22(3):369-375.

MEMORIA

Definición.- Capacidad de fijar, conservar, evocar y reconocer un estímulo previamente percibido.

Castelluccio A, *Clases de Correlaciones de la Clínica Médica*, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Definición.- Es una capacidad transversal de la mente en el sentido de que su operatoria se extiende a través de diferentes funciones o capacidades mentales.

La memoria es la base de datos de la mente en la cual guardamos y, eventualmente, actualizamos o recuperamos información relativa a experiencias vividas o acciones realizadas, conocimientos adquiridos en el curso de nuestra existencia, eventos o acontecimientos percibidos, episodios de aprendizaje pasados, etc.

Es una capacidad de los organismos que les permite adquirir retener y utilizar información o conocimiento. Se encuentra involucrada con todo ingreso de información conciente o deliberado o completamente involuntario, y además en toda ejecución cognitiva o motora q refleje los efectos de la experiencia pasada.

En síntesis, la memoria es operativamente una base d datos en la mente q conserva la información del pasado y la actualiza cada vez que resulta necesario cuando ejecuta alguna de sus múltiples actividades o funciones.

Fernández Humberto, *Memoria Humana: aspectos conceptuales e históricos*.

Definición.- "La memoria es la actividad psíquica que permite fijar, conservar y evocar las vivencias que han impresionado a la conciencia, que las reconoce como elementos registrados con anterioridad". La memoria es indispensable para la continuidad de la vida psicológica. Su debilitación incide sobre la integridad de la personalidad. Por la ordenación cronológica transmite al hombre la noción del tiempo transcurrido y le permite proyectarse hacia el porvenir (Betta, 1984:160).

Betta Juan (1984) *Manual de Psiquiatría*. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición.- 1. Capacidad de conservar latentemente las modificaciones producidas sobre los centros nerviosos por la actuación de los estímulos sensoriales y de evidenciarlas en el momento oportuno, dando lugar a una reviviscencia, más o menos completa, de las citadas imágenes que son entonces representadas en la conciencia.

2. Más rigurosamente, debe agregarse que no solamente es posible la reviviscencia de las imágenes sensorio-perceptivas, sino también la de los pensamientos e imágenes de la fantasía, que no obedecen directamente a estímulos exteriores. El proceso de la memoria se divide en cinco fases: fijación, aprehensión, conservación, evocación y reconocimiento.

Székelly B (2000) *Diccionario de Psicología*. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "Retención de lo experimentado o aprendido y su activación al rememorallo".

Vander Zanden James, *Manual de Psicología Social*, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 622.

Memoria a corto plazo.- La MCP es el "almacén de memoria, de duración y capacidad limitadas (como mucho, 7 elementos o ítems durante unos 20 segundos)".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 271.

Memoria a largo plazo.- La MLP es el "almacén permanente de capacidad prácticamente ilimitada. Contiene nuestros recuerdos autobiográficos, el conocimiento del mundo, así como el lenguaje, sus reglas y los significados de los conceptos".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 271.

Memoria procedimental.- "La memoria de procedimientos incluye el conocimiento subyacente a habilidades cognitivas, motoras, etc., y al aprendizaje por condicionamiento, es decir, el 'saber cómo'". Se llama también memoria procedural.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 271.

Memoria declarativa.- "Parte de la memoria cuyos contenidos corresponden a conocimientos del tipo 'saber qué'. Incluye a la episódica y a la semántica".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 271.

Memoria episódica.- "Parte de la memoria permanente, se ocupa de almacenar, retener y recuperar información relativa a episodios con una referencia autobiográfica, esto es, contextualizados en tiempo y lugar para su poseedor".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 271.

Memoria operativa.- O *working memory*. "Concepto que sustituye al de MCP (memoria a corto plazo); alude a un sistema más complejo, compuesto por un ejecutivo central y de varios subsistemas 'esclavos', como el bucle fonológico o articulatorio y la agenda viso-espacial".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 271.

Memoria semántica.- "Trata con información de carácter general, con 'conocimientos', con independencia del contexto temporal y espacial en que se adquirieron".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 271.

Memoria de reconocimiento.- Con los años también llegan los olvidos, que pueden poner en dificultades a una persona mayor cuando llega el momento de reconocer a alguien que ha visto ocasionalmente. Según un trabajo realizado en la Instituto Nacional de Salud (NIH) de los EEUU, publicado recientemente en la revista científica Science, habría demostrado que estos lapsus se deberían a una falla en la memorización de la persona en cuestión y no a un olvido durante el reconocimiento.

En ese estudio se compara el desempeño de un grupo de jóvenes veinteañeros con el de otro constituido por personas de alrededor de setenta años. En la fase de registro se les presentaron a los dos grupos treinta y dos personas para que las memorizaran. La segunda parte consistió en una prueba de percepción, en la que, tenían que encontrar otras dos personas que encajaran entre tres que habían memorizado. En la última prueba se le presentó a cada participante dos personas, una desconocida y una memorizada, y debía reconocer cuál había visto previamente.

A lo largo del estudio, los investigadores, liderados por el doctor Cheryl Grady, determinaron la velocidad y la precisión en las respuestas. Además midieron el flujo de sangre hacia determinadas zonas de la corteza cerebral, mediante una técnica denominada tomografía de emisión de positrones, como un parámetro de la actividad que está desarrollando el cerebro en ese momento. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre los dos grupos en el tiempo de reacción. Sin embargo, la precisión en las respuestas fue diferente en la etapa de reconocimiento: mientras el grupo de jóvenes logró reconocer alrededor del 80% de las caras memorizadas, las personas mayores reconocieron el 65%.

Registros en la memoria.- La explicación de estos resultados la encontraron los científicos al analizar las tomografías. Durante la etapa de memorización de las personas se notó en los jóvenes un aumento de la irrigación sanguínea hacia un sector del cerebro denominado hipocampo y otras zonas adyacentes, que serían las encargadas de almacenar nuevos registros de memoria. El cerebro de las personas mayores no mostró un aumento de actividad en esas zonas durante la memorización. La imposibilidad de poner en funcionamiento toda la red de neuronas que permite memorizar estaría ligada al deterioro que sufre la zona del hipocampo con la edad.

Justamente durante el reconocimiento de las personas, tanto en los jóvenes como en los mayores, se activaron prácticamente los mismos sectores del cerebro, lo que estaría indicando que olvidar un cara no se debe a una falla en el momento del reconocimiento sino a la falta de registro en la memoria durante el primer encuentro.

Existen cada vez más evidencias en la literatura científica que demuestran que la actividad física podría reducir el deterioro cerebral propio del envejecimiento y a evitar el incómodo "Disculpe, ¿lo conozco?"

(Deborah Frid, Perdón, ¿lo conozco? En diario La Nación, Buenos Aires, 26-9-95).

Fases del proceso de la memoria.- “Las fases del proceso mnemónico son cuatro: fijación, conservación, evocación, y reconocimiento y localización.

1) *Memoria de fijación*: Efectúa la captación de los materiales, la elaboración perceptiva en los centros mnemónicos correspondientes. Capacidad de fijación es el número de imágenes o ideas posibles de ser captadas y fijadas en un solo acto de atención. Varía según las personas, la edad, etc. 2) *Memoria de conservación*: Efectúa el almacenamiento y la conservación de los elementos fijados. Para la teoría materialista: “todo estado mental registrado por la conciencia es almacenado y persiste en el cerebro, es el que produce una modificación indeleble”. Para la teoría psicológica: “todo estado psicológico persiste como tal y pasa a formar parte de la vida subconsciente.” 3) *Memoria de evocación*: Actualiza los recuerdos reproduciéndolos en la conciencia bajo la forma de “imágenes mnemónicas”. La evocación se hace por distintos mecanismos: a) Evocación conciente y voluntaria: acompañada de sensación de trabajo y esfuerzo mental, con la atención introvertida en la búsqueda del recuerdo. b) Evocación conciente y espontánea: los recuerdos no son buscados, surgen sin intervención de la voluntad. c) Evocación automática e inconsciente: es la “memoria hábito” para los mecanismos motores, necesarios para la ejecución de actos y para la elaboración perceptiva. La fatiga y los actos emocionales dificultan e inhiben la evocación. Las emociones la favorecen, en ocasiones, por el mecanismo asociativo. 4) *Memoria de reconocimiento y evocación*: Se efectúa la evocación del hecho evocado agregando a la imagen mnemónica todos los atributos que pertenecen a la imagen real que ha sido registrada. Interviene el mecanismo asociativo. Se localiza el recuerdo en el tiempo y en el espacio” (Betta, 1984:162).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Etapas.- Luego de la aprehensión sensorial, comienzan los pasos propiamente dichos de la memoria, que son los siguientes: 1) Codificación.- Llega un estímulo nervioso a la célula (a través de la vía sensorial llega al circuito de Papez y de allí al área cerebral correspondiente), modificando su ambiente electroquímico. Esta modificación produce inestabilidad en las bases del ARN-mensajero, debilitando el enlace de una de dichas base, la cual será reemplazada por otra base nitrogenada existente en el citoplasma. Se forma así un nuevo código, quedando el estímulo codificado. 2) Fijación.- El estímulo queda fijado en una proteína específica derivada del nuevo ARN. 3) Almacenamiento.- Se hace en forma de proteína en el citoplasma de la neurona. 4) Evocación.- Cuando entra un estímulo que ya había ingresado antes y que por ende ya había sido fijado, el nuevo estímulo no vuelve a codificarse sino que la proteína donde había sido fijado el estímulo ‘reconoce’ químicamente el ‘nuevo’ estímulo. Al reconocerlo se une con otras moléculas de proteínas existentes en la neurona formándose así un conjunto proteico que pone en marcha la liberación de un determinado neurotransmisor, y entonces se puede producir una reacción en cadena multisináptica que permitiría la evocación. Cuando uno recuerda lo hace también por un mecanismo de asociación. La evocación se conserva mientras no se destruyan las neuronas.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Teorías.- Entre las teorías que explican el fenómeno de la memoria se pueden mencionar la teoría asociacionista, la teoría gestáltica, la teoría psicoanalítica y la teoría cognitiva.

La teoría asociacionista, inspirada en el empirismo inglés y, en particular, en los experimentos de Ebbinghaus (1885), se basa en el principio de la tabula rasa según el cual el mundo graba en los individuos sensaciones, entre las cuales se establece un conjunto de conexiones entre hechos que se presentan juntos en el espacio y el tiempo (1).

De esta manera, en la fase de retención de la memoria, una persona puede memorizar varios elementos en virtud de sus asociaciones por contigüidad u otras, y luego, en la fase de evocación, si un elemento recuerda al otro es porque entre ellos hay una asociación (2), y si no hay asociaciones ya hechas, la memorización consiste en establecer nuevas asociaciones a través de sucesivas repeticiones.

La teoría gestáltica parte del principio según el cual el dato es captado en forma primaria como un todo organizado, de modo tal que el establecimiento de conexiones postulado por las asociaciones queda aquí reemplazado por la estructuración de las percepciones, que son el origen de la huella mnémica.

Tanto el asociacionismo como la gestalt recurren al concepto de huella mnémica, pero la diferencia radica en que el primero, la huella es estática y definitiva, y en todo caso lo que pueden crearse son nuevas asociaciones entre ellas. En cambio, para la Gestalt, “la huella de la memoria tiende con el tiempo a convertirse espontáneamente en una gestalt mejor” (3) (4).

En efecto, los experimentos de Wulf (5) mostraron, por ejemplo, que cuando se pedía a los sujetos que dibujaran un objeto percibido anteriormente (es decir, cuando se les pedía que recordaran), dibujaban muchas veces objetos que tenían una forma más regular, armónica, ‘mejor’ que el original, o bien objetos que les resultaban más familiares, con lo que se intentaba probar que la huella mnémica va sufriendo cambios conforme pasaba el tiempo.

El psicoanálisis recurrió también al concepto de huella mnémica para explicar muchos fenómenos de memorización y olvido, pero lo conceptualizó de manera diferente.

El término de huella mnémica es utilizado por Freud "para designar la forma en que se inscriben los acontecimientos de la memoria. Las huellas mnémicas se depositan, según Freud, en diferentes sistemas; persisten de un modo permanente, pero sólo son reactivas una vez catectizadas" (6).

Las huellas mnémicas se inscriben en sistemas, y siempre lo hacen en relación con otras huellas. Un mismo objeto puede inscribir sus huellas en diferentes sistemas según diferentes tipos de asociaciones (por simultaneidad, por casualidad, etc.) y, en lo tocante a la evocación, un recuerdo puede ser reactualizado dentro de un determinado contexto asociativo, pero, en otro contexto, resultará inaccesible a la conciencia. Para Freud, si no recordamos los acontecimientos infantiles no es por un problema de fijación, o por ausencia de asociaciones, sino debido a la represión.

Podemos destacar en este último sentido, como otro aporte freudiano, el énfasis puesto en las bases afectivas o pulsionales de la memoria: el recuerdo y el olvido se explican a partir del quantum de afecto depositado en la representación mnémica: 'olvidamos' lo que es displacentero, y recordamos aquello que está asociado con lo displacentero (desplazamientos que explican los recuerdos encubridores), pero no lo displacentero directamente.

La teoría cognitiva, finalmente, interpreta el fenómeno de la memoria desde una concepción del psiquismo como un ordenador que procesa información. En este contexto, la memoria está constituida por un conjunto de estructuras (memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, etc.) que se ocupan de almacenar la información y mantenerla con diferentes grados de disponibilidad para ser procesada por otras estructuras. Tales estructuras están constituidas por representaciones que originalmente provienen de las estructuras de input, o ingreso de información, y luego serán transferidas a otras estructuras que permitirán la evocación o el reconocimiento (output).

(1) Stone, L. y Church, J., "Psicología y psicopatología del desarrollo", Hormé-Paidós, Buenos Aires, 1980, 2ª edición, página 24.

(2) Woodworth R. y Schlosberg H, "Psicología experimental", Eudeba, Buenos Aires, 1971, 3ª edición, página 699.

(3) Hill W, "Teorías del aprendizaje", Paidós, Buenos Aires, 1985, página 117.

(4) Woodworth R y Schlosberg H, op cit, página 764.

(5) Hilgard E y Bower G, "Teorías del aprendizaje", Trillas, México, 1983, página 267.

(6) Laplanche J, y Pontalis J, "Diccionario de Psicoanálisis", Labor, Barcelona, 1981, 3ª edición, página 177.

Teorías bioquímicas.- Se mencionan dos teorías.

1) Teoría de Hyden.- A este investigador le llamó la atención el gran número de células gliales que había en comparación con las neuronas de la sustancia gris, y también el hecho de que las células gliales contenían mucho ARN, alta actividad enzimática y gran velocidad de síntesis proteica, y relacionó esta intensa actividad metabólica con la memoria. Cada proteína sintetizada almacena determinado tipo de información, por lo que es muy específica. Mientras la información genética viene codificada en el ADN del núcleo, la información proveniente de las experiencias del sujeto serían codificadas y almacenadas en el ARN glial (sustancia blanca). Un individuo puede almacenar hasta 10^{15} datos, y pese a que en estado de vigilia recibe tres millones de datos por segundo, el cerebro seleccionará sólo aquellos que hacen a las necesidades del organismo en ese momento. La codificación de la información se realiza en las cadenas de ARN mediante la modificación de sus distintas bases.

Experimentos hechos con la planaria (gusano plano) demostraron que la memoria está codificada en proteínas. Por ejemplo se condiciona a una planaria a huir de cierto lugar donde hay electricidad. Cortando luego en dos a la planaria, se vio que las que se regeneraban desde la cabeza mantenían el condicionamiento, y las que lo hacían desde la cola perdían la memoria. Si la planaria condicionada era destruída y sus trozos de daban de comer a una planaria no condicionada, esta adquiría el condicionamiento. Ciertas sustancias bloquean la formación de proteínas, de tal forma que si se administran una hora antes del condicionamiento, este no se produce. Por otro lado otras sustancias ricas en ARN mejoran la memoria y el aprendizaje, pero tienen efectos colaterales.

2) Teoría de Watson-Crick.- Estos autores sostienen que el ARN es el sustrato material químico donde se grabarían todas las informaciones acumuladas en la vida. Las células gliales tienen diez veces más ARN que las neuronas. En el hombre, el contenido de ARN aumenta a partir del tercer año y lo sigue haciendo hasta los cuarenta (incluso en la juventud se sintetiza más ARN del que puede utilizarse normalmente). En los cuarenta se mantiene estable hasta los sesenta, y de allí empieza a decrecer. En ancianos disminuye así la masa encefálica y hay fallas en la síntesis de nuevo ARN. El aumento de ARN en la primera etapa de la vida está íntimamente vinculado con el grado de estimulación sensorial y con la atención puesta a los estímulos, o sea que un sordo o un ciego tendrán menor contenido de ARN y proteínas. La glia produce las proteínas y las neuronas unifican la información.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Alteraciones.- Las alteraciones de la memoria pueden ser cuantitativas (hipermnesia, hipomnesia, amnesia), o cualitativas (dismnesia). En general, los síndromes mnésicos reconocen tres tipos de causa: vascular (arterioesclerosis cerebral), inflamatorio (sífilis, parálisis general progresiva, encefalitis), y metabólico (síndrome de Korsakoff, demencias preseniles, demencias seniles, etc).

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Psicopatología de la memoria.- Las alteraciones cuantitativas son las amnesias, las hipomnesias, las hiperamnesias y las dismnias. Las alteraciones cualitativas son reciben el nombre genérico de paramnesias, y son: fenómeno de lo ya visto, fenómeno de lo nunca visto, ilusión de la memoria, alucinación de la memoria, criptomnesia, ecmnesia y paramnesia reduplicadora (Betta, 1984:162).
Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Estado de la memoria en los síndromes mentales.- "a) Síndrome de excitación psicomotriz: Hiperamnesia por aceleración de la evocación. Debilitamiento de la fijación por inestabilidad de la atención. Hiperamnesia de evocación e hiperamnesia de fijación. b) Síndrome de depresión psicomotriz: Hipomnesia respecto al mundo exterior que pasa inadvertido. Evocación perfecta y minuciosa de los problemas que lo entristecen. c) Síndrome delirante: Memoria normal. A veces hiperamnesia: fijación de numerosos detalles y evocación de hechos con extraordinaria nitidez. Paramnesias: ilusiones y alucinaciones de la memoria. d) Síndrome esquizofrénico: Aparentemente conservada: su deterioro es siempre menor y más lento que el resto de la psique. Paramnesias: fenómeno de lo ya visto y nunca visto; ilusiones y alucinaciones de la memoria. e) Síndrome confusional: Intensa suspensión psíquica: amnesia lacunar. Menos intensa: fijación superficial; amnesia de fijación. Paramnesias: ilusiones y alucinaciones. f) Síndrome oligofrénico: Hipomnesia: difícil entendimiento y comprensión en los idiotas. Memoria buena en los débiles mentales. g) Síndrome demencial: Síndrome de la memoria: Desde Hipomnesias hasta amnesias más o menos intensas según la gravedad de las lesiones. Paramnesias: ilusiones, alucinaciones, paramnesia reduplicadora y ecmnesia" (Betta, 1984:162).
Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Aportes históricos.- Se sintetizan en el siguiente cuadro:

	Enfoque Asociacionista (Ebbinghaus)	Enfoque Ecológico (Bartlett)
Concepción de la memoria	Reproductiva: el recuerdo es un recuerdo de los sucesos pasados.	Reconstructiva: el recuerdo es una reconstrucción que el sujeto hace del pasado basándose en sus esquemas culturales.
Paradigma experimental	Método de los ahorros: se aprende una lista de sílabas sin significado, luego se procede a un periodo de latencia y finalmente se vuelve a re-aprender esa misma lista. El sujeto, luego de un intervalo de retención, aun cuando no puede recordar deliberadamente en un primer intento la lista d sílabas, tara menos tiempo o ensayos en re-aprenderlas, lo que implicaría que la información pertinente permanece disponible en la mente. Curva del olvido: a mayor tiempo de latencia, más ensayos de re-aprendizaje, menos ahorro. A menor tiempo de latencia, menos ensayos de re-aprendizaje, más ahorro.	Método de la reproducción serial: presentándole al sujeto el material una única vez y luego en diferentes momentos, B encontró que el sujeto, no solo proporcionaba versiones cada vez mas reducidas de la versión original, sino que le introducían de modo sistemático una serie de modificaciones. Estas evidenciaban los intentos del sujeto por encajar las historias en sus esquemas mentales previos y tornarlas así mas comprensibles. Modificaciones: omisiones, omiten detalles que sus esquemas no pueden asimilar; racionalización, partes del texto que no tiene sentido para el sujeto, son transformados, mediante el añadido de nueva información; transformación de detalles, palabras y nombres poco familiares son sustituidos por otros más familiares o cercanos a su propia experiencia.
Material estimular	No significativo para el sujeto: sílabas sin sentido.	Plenamente significativo para el sujeto: historias, fragmentos de prosa, etc.
Aspectos destacados	Demostrar que era posible el estudio empírico de la memoria. Precursor del concepto de memoria inconiente.	Bregar por el concepto de una experimentación psicológica con valor ecológico. Precursor del concepto de que estructuras mentales internas del sujeto, los esquemas, subyacen al procesamiento de la información.

Fernández Humberto, Memoria Humana: aspectos conceptuales e históricos.

Memoria y vínculos.- ¿Le falla la memoria? Para mejorarla bastará con una pequeña ayuda de sus amigos. Si usted es una persona solitaria, más le vale conseguir algunos amigos o, de otro modo, se

arriesgará a perder preciosas células cerebrales. Esto es lo que sugiere un estudio sobre el cerebro de aves canoras, en el que se encontró que los pájaros que viven en grandes grupos presentan un mayor número de neuronas nuevas y, probablemente, una mejor memoria que los que viven solos.

La forma en que el cerebro almacena la memoria a largo plazo es un misterio, pero algunos investigadores piensan que ese proceso implica un cambio permanente en la expresión génica de las células cerebrales. De este modo, los animales como los pájaros cantores, que tienen cerebros pequeños y una vida relativamente larga, se quedarían sin "espacio" neural para almacenar nuevos recuerdos, si no contasen con un suministro constante de nuevas células.

A decir verdad, los pájaros cantores producen nuevas neuronas, aunque la mayoría muere en un lapso de tres a cinco semanas y, por lo tanto, no puede almacenar recuerdos por largo tiempo. Sin embargo, las que sobreviven pueden proporcionar espacio para nuevos recuerdos a largo plazo.

Fernando Nottebohm, investigador de la Rockefeller University de Nueva York, y sus colegas decidieron estudiar pinzones cebras adultos, con el fin de verificar si sus condiciones sociales incidían en la tasa de supervivencia de esas neuronas nuevas.

Los investigadores procedieron a inyectar a los pájaros una forma radioactiva de timidina –un marcador para localizar nuevas neuronas– y los colocaron en tres ambientes diferentes: solos, con pájaros del sexo opuesto, o en un grupo grande de 45 aves. Al cabo de 40 días, examinaron 3 regiones específicas del cerebro de los pájaros para verificar su comportamiento.

Los investigadores hallaron que, en comparación con los otros pájaros, los que vivían en grandes grupos presentaban, aproximadamente, 30% más de neuronas nuevas en una región del cerebro relacionada con el procesamiento del sonido. Más impresionante aún fue el hecho de que los pinzones machos, que son los que cantan, presentaban dos veces la cantidad de neuronas nuevas en áreas del cerebro relacionadas con la comunicación cuando vivían en grandes grupos. La razón podría ser simplemente que los pájaros tratan de recordar el canto distintivo de las demás aves, afirman los investigadores en un estudio que fue publicado en el boletín Behavioural Brain Research.

Los investigadores habían observado con anterioridad que los animales sociales, como los elefantes, suelen tener una mejor memoria que los solitarios. Pero ninguno había presenciado realmente un cambio en la supervivencia de las neuronas provocado únicamente por el número de compañeros.

"Esto es algo emocionante", expresa Arturo Álvarez-Buylla, experto en el área de la producción de neuronas de la Universidad de California, San Francisco. Existen evidencias de que los humanos adultos también producen nuevas neuronas en sus cerebros, por lo tanto, esos resultados plantean la posibilidad de que la interacción social también podría ayudar a las neuronas de la gente a sobrevivir, manifiesta el investigador. Quizá, incluso mejoraría la memoria.

Sin embargo, aún no se puede estar seguros. Álvarez-Buylla señala: "En realidad, no sabemos con exactitud dónde ocurre la neurogénesis en los humanos, en qué magnitud, o si se mantiene activa durante toda nuestra vida".

Anil Ananthaswamy, La socialización ayuda a recuperar la memoria. New Scientist Traducción: Lidia Da Silva

Generalidades. - Sherry y Schacter (1987) establecen que la memoria es una adaptación biológica que surge como respuesta a demandas ambientales, a pesar de lo cual muy pocas funciones de memoria pueden considerarse genuinas adaptaciones, lo que se explica a partir del concepto de "exaptación", que alude a estructuras biológicas no derivadas de la selección natural. Por ejemplo, sea cual fuere la función de las plumas, su función original no fue para volar sino para regular la temperatura, aunque luego pudieron tener efectos en el vuelo, efectos llamados exaptaciones. La función de la identidad personal sería un ejemplo de esto.

Gracias a la exaptaciones entonces, la memoria tiene otras muchas funciones además de ser una base recuperable de conocimiento y experiencia. Por tanto, por generalización exaptativa la memoria es hoy un sistema de propósito general capaz de manejar muchos y diversos problemas. Así, la especificidad tanto como la generalidad son hoy características de la memoria humana.

Si la memoria es el resultado de complejos procesos de adaptación y exaptación biológicos, debe tener una serie de constricciones que garanticen su conservación, es decir, constricciones que impedirían cambios evolucionistas que perturben su funcionamiento.

Hay por ejemplo, restricciones en lo relativo a la adquisición y retención, lo que se ve en que la memoria humana recuerda todo, lo más trivial, aunque no tenga valor adaptativo y aunque no nos hayamos propuesto recordarlo deliberadamente. Incluso parece que recordáramos mejor lo que no teníamos intención de recordar.

En este contexto vale la pena analizar tres tipos de problemas: 1) la tendencia a recordar casi todo lo que experimentamos, aún lo trivial; 2) la adquisición y retención de información con independencia de nuestra intención por aprenderla o utilizarla después; y 3) la adquisición no consciente de información. En lo que sigue se analiza cual o cuales de estas tres cuestiones resulta adaptativa y cual no, utilizando evidencia onto y filogenética, neurofisiológica y cognitiva.

1) Retenemos en la memoria todo lo que experimentamos?.- Desde Luria se sabe que los animales conservan huellas de todas las excitaciones que reciben. En el hombre, esta propiedad adquiere especiales características: filogenéticamente hablando, el cerebro humano llega a ser altamente

complejo, y ontogenéticamente, las formas simples de memoria se convierten en procesos psicológicos superiores complejos. Así, a la memoria fisiológica se superpondrá la memoria psicológica.

El mantenimiento y la permanencia de las huellas están sujetos, además de la retención de impresiones, a otros procesos llamados de consolidación, es decir, almacenamiento gradual -no instantáneo- de información luego de la estimulación. Estos procesos pueden analizarse especialmente desde un punto de vista neurobiológico, donde encontramos una teoría de la perseveración - consolidación según la cual el aprendizaje no se completa cuando termina la práctica, pues lo aprendido debe consolidarse (las consecuencias del aprendizaje perseveran). Hasta se intentó explicar la amnesia como un déficit de consolidación.

Hoy en día, se tiende a aceptar el principio de competición, según el cual durante la consolidación se producen modificaciones en los axones que dan lugar a la pérdida de conexiones originales. Concluimos entonces: que nuestro cerebro es constantemente estimulado, produciendo huellas que perseveran; que la consolidación de los estímulos da lugar a procesos de competición que alteran los circuitos de memoria, algunos de los cuales quedan eliminados, con lo cual algunas cosas se olvidarán y otras quedarán reforzadas. Por tanto: no todas las impresiones serán almacenadas en la memoria.

2) La función adaptativa del olvido.- La mayor parte de las impresiones no se convierten en huellas de memoria, y desaparecen para siempre. En psicología, hay dos teorías del olvido: según la primera, el olvido significa un problema de acceso a información almacenada en la memoria a largo plazo, y según la segunda, a una pérdida o distorsión real de dicha información. No hay manera de rechazar ninguna de estas hipótesis.

Pero independientemente de su naturaleza, puede el olvido tener algún valor adaptativo? Ribot decía que gracias al olvido momentáneo de muchas cosas, podemos recordar otras, o sea, se debe eliminar información para poder seguir funcionando adaptativamente. Se cita el caso de un hombre que tenía el problema que no podía olvidar, hasta que resolvió su problema diciéndose a sí mismo que no quería recordar, es decir, recurrió al olvido intencional o voluntario, un concepto que fue importante para la idea de represión en psicoanálisis. El olvido funcionaría entonces aquí como una defensa y, eventualmente, tendría una función adaptativa.

En este contexto, la ley del desuso de Thorndike debe ser reconsiderada, ley que decía que las cosas que no se usan terminan olvidándose. Así, el uso eficiente de nuestra memoria parece requerir actualizar o poner al día el sistema, eliminando información que hemos dejado de usar.

La nueva teoría del desuso viene a sostener que los contenidos de memoria más fácilmente accesibles son aquellos que hemos estado usando o recuperando recientemente. Además, la información que no se usa pierde fuerza de recuperación pero no pierde fuerza de almacenamiento. En suma, los olvidos no deben ser entendidos como una falla de la memoria sino como un importante aspecto adaptativo denominado 'inhibición de la recuperación'.

Los fallos de memoria tienen entonces valor adaptativo, ya que es un grave problema la incapacidad para olvidar información irrelevante, y es también problemático recordar aquello que tiene fuerte carga emocional, como por ejemplo una violación (por lo que la represión es útil). Sin embargo, no debe exagerarse el valor adaptativo del olvido: muchos fallos de memoria no tienen ningún valor adaptativo y debe ser atribuido a usos poco eficaces de los mecanismos de recuperación de la información.

3) El papel del sueño REM en la memoria humana.- El sueño REM es la etapa donde soñamos, y los sueños fueron entendidos, en los últimos 100 años, como a) expresión de deseos reprimidos, b) expresión de una actividad neuronal aleatoria, c) un mecanismo del cerebro para librarse de información inútil, y d) una actividad con significado psicológico y una función de memoria. Aquí interesan las dos últimas propuestas.

Hay quienes asignaron al sueño una función de borrar información inútil, ya que si hay sobrecarga de información la memoria empieza a funcionar de forma anómala produciendo fantasías, obsesiones y alucinaciones. Por tanto, según este enfoque soñamos para olvidar, en base a un mecanismo de desaprendizaje o aprendizaje inverso, el cual por otra parte mejora la memoria.

Para otros, como Winson, durante el sueño REM no se olvida información, sino que se la reprocesa para que tenga mayor valor adaptativo. Analizando todos estos planteos, podría considerarse en suma que el sueño REM es otro mecanismo del sistema de memoria cuya función sería la de eliminar cualquier información irrelevante para el comportamiento adaptativo.

La memoria está diseñada para registrar todo lo que recibe, sin seleccionar nada, por lo que también registra, como vimos, recuerdos irrelevantes. También se sabe que memorizamos muchas cosas que no teníamos intención de memorizar, y donde no hemos puesto atención. Así, una persona puede aprender sin intención (aprendizaje incidental) o con intención (aprendizaje intencional). El primero también se llama automático, y el segundo, aprendizaje conciente o explícito. Además, se puede aprender un conocimiento sin intención, pero luego ser conciente de ese conocimiento.

No debe confundirse aprendizaje automático o sin atención con aprendizaje implícito: este es inconciente y puede ir acompañado de atención e intención por aprender. Si esto no ocurre, será entonces aprendizaje automático.

El aprendizaje incidental fue primeramente estudiado por el conductismo, pero luego, desde la década del 60-70, empieza a ser estudiado en sí mismo y no como mero proceso de referencia para estudiar el aprendizaje intencional. Estos estudios tendieron a mostrar que la intención no tenía mayor peso, y que lo que producía la retención es el tipo de procesamiento que realiza el sujeto, el nivel atencional, y la profundidad de la codificación perceptiva, que es automática e inconsciente.

Las teorías en general han destacado la importancia de la relación entre atención y memoria, y la han fundamentado recurriendo a experimentos donde se usaron tanto medidas explícitas o directas (recuerdo y reconocimiento) como implícitas o indirectas (completar palabras fragmentadas). Por ejemplo, cuanto más atención, más exactitud en el recuerdo.

Otra cuestión es saber si el conocimiento inconsciente y percibido y procesado sin atención puede almacenarse en la memoria a largo plazo. Para ello debemos distinguir entre contenido consciente de la memoria a corto plazo, contenido preconscious de la memoria a largo plazo, y proceso inconsciente de codificación y transferencia de información de una a otra. Por 'inconsciente' entendemos todo aquello que no tiene probabilidad de llegar a la conciencia, por consciente aquello que requiere atención, y por preconscious lo que preatencional, automático.

El procesamiento automático o inconsciente de información que es almacenada en la memoria a largo plazo es un ejemplo de aprendizaje implícito, pues: ocurre fuera del control consciente, son 'comprometidos' por eventos ambientales y no por intenciones, resultan muy eficientes por requerir poca atención, y son independientes de factores que impactan significativamente sobre los procesos reflexivos conscientes. Cada vez hay más evidencia de que la información puede ser almacenada en la MLP sin la participación de la conciencia del sujeto.

Fernández A y Díez E, Memoria y distorsión, incluido en Sánchez Cabaco A y otro (coord), Psicología de la memoria. Ambitos aplicados.

Legewie H. y Ehlers W., (1974) Psicología Moderna, Barcelona, Editorial Omega.

Nickerson, Perkins y Smith, (1999) "Enseñar a pensar". Buenos Aires: Amorrortu.

Ruiz Vargas J, La memoria humana: función y estructura, Alianza Editorial

Woodworth R. y Schlosberg H., (1971) Psicología Experimental, Buenos Aires, Editorial Eudeba, tercera edición.

Teorías sobre la memoria.- La memoria puede ser estudiada desde el punto de vista neurobiológico (estructuras corticales asociadas a la memoria), o desde el psicológico (memoria como estructura o proceso mental). Dentro de este último, están los modelos mentalistas (paradigma cognitivo) y los no mentalistas (tradición asociacionista de E-R o estímulo-respuesta).

Ambos modelos no son necesariamente reducibles entre sí, y aquí estudiaremos el enfoque cognitivo, y más concretamente los problemas de como se adquiere la información, de la naturaleza unitaria o múltiple de la memoria, de como se organiza la información, de como se recupera dicha información, de como se olvida, y los problemas de la memoria implícita (relación memoria-conciencia) y de la memoria autobiográfica.

H. Ebbinghaus (1885) y W. James (en 1890) intuyeron la existencia de varias memorias en la mente.

Ebbinghaus distinguía 3 formas: voluntarias (lo recordado voluntariamente), involuntarias (recuerdos espontáneos), y recuerdos no conscientes ni reconocibles como propios que afectan y se expresan en el curso actual del pensar o la conducta (Claparede cita el caso de la mujer que no saluda con la mano por acción de un recuerdo no consciente de haber sufrido una pinchadura en la mano).

James distinguió una memoria primaria (transitoria) y una secundaria (permanente), con lo cual fue precursor del modelo multialmacén de la memoria: la primera será la memoria a corto plazo y la última la memoria a largo plazo. La memoria primaria retiene por corto tiempo las experiencias sensoriales y las experiencias pasadas que se re-actualizan aquí y ahora, configurando ambas el 'presente psicológico'. La memoria secundaria almacena más duraderamente las experiencias y saberes adquiridos en la vida.

Investigaciones ulteriores fueron conductistas y antimentalistas y se centraron sobre todo en experimentos sobre la memoria verbal (adquirir, retener y recordar palabras). No se exploró la arquitectura mental de la memoria.

En la década del 50, la propuesta de la 'metáfora del ordenador' cambió 180 grados las investigaciones hacia un enfoque más mentalista, y la memoria fue entendida como una estructura que almacena información y la recupera cuando es necesario (concepción *estructural*). Por ejemplo, los modelos de filtro y el modelo modal (o modelo Multi-almacén), de 1968.

Luego de los estructurales, surgieron los modelos *funcionales*, como por ejemplo la memoria operativa de Baddeley y Hitch (década del 70). Y por último, surgieron los modelos *neuropsicológicos* a partir del estudio del priming en amnésicos, que buscaban las estructuras corticales que posibilitaban la memoria, como el enfoque dual y el enfoque múltiple. Luego también surgieron otros enfoques que en vez de postular estructuras cerebrales diferenciadas, hablaron de procesos mentales diferenciados (enfoques *procesales*), de 1989 en adelante.

Resumen de Fernández H, Memoria humana. Parte I (Estructuras y procesos: el modelo multi-almacén), puntos 1 y 2. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. Buenos Aires, Diciembre 2000.

El modelo multi-almacén de la memoria.- Las ideas de James sobre la memoria y las de Broadbent sobre la atención sirvieron de antecedente para el Modelo Multi-almacén de Atkinson y Shiffrin (1968). Antes de explicar este modelo, veamos cuales son las tres clases de fenómenos que lo inspiraron.

1) *El 'fenómeno' Sperling.*- O fenómeno de la persistencia sensorial, conocidos desde hace mucho, que consiste en que luego del estímulo por ejemplo visual, seguimos 'viendo' dicho estímulo por muy breve tiempo luego de desaparecido.

Sperling (1960) estudió estos fenómenos para saber cuanta información puede captar la mente en exposiciones muy breves del estímulo. Para ello diseñó un experimento llamado Paradigma del Informe parcial vs. Informe Global, para averiguar si el recuerdo deficiente obedece a un problema de memoria (aunque perciban bien) o bien a un problema de percepción (ya que el estímulo percibido es muy breve, y entonces recuerdan poco porque perciben poco).

Luego de mostrarles durante 50 milisegundos una serie de letras y números, a los sujetos se les pedía que recordaran algunos (informe parcial) o todos (informe global) los elementos mostrados. Sperling vio que los recuerdos eran mejores en informes parciales, lo cual demostraba que la memoria captaba toda la información (tenía una gran capacidad), pero luego a la hora de recordar, no podía recordar todo sino una parte (los recuerdos se evaporaban de ese gran almacén mnémico).

En definitiva, Sperling concluyó que la memoria tenía tres características: 1) Capacidad ilimitada: registra fielmente todo lo que aparece en el campo visual; 2) Escasísima persistencia: las huellas de memoria aquí almacenadas duran aproximadamente 250 milisegundos; y 3) Precategorialidad: la información se registra sólo a nivel de características físicas (por ejemplo la forma de la letra o el número, no su categoría, o sea si es letra o número).

2) *La distracción como factor precipitante del olvido.*- El Paradigma de Brown-Peterson (1958) estudió el olvido causado por una momentánea distracción, y demostró que cuanto más tiempo pasa desde el estímulo, menos se lo recuerda cuando en el intervalo el sujeto fue sometido a estímulos distractivos.

La razón dada por Peterson fue que las huellas mnémicas que permiten el recuerdo se desvanecen rápidamente con el tiempo (teoría del decaimiento o desvanecimiento automático de la huella). Esta teoría se opuso a la anterior teoría de la interferencia, según la cual el olvido no se debe a desvanecimiento de huellas sino al hecho de que dichas huellas no pueden discriminarse fácilmente porque están interferidas por la nueva información que ingresa.

La importancia de la teoría del decaimiento automático es que sirvió para reflatar la vieja teoría de James sobre la existencia de una memoria dual.

3) *El efecto de posición serial.*- Cuando un sujeto debe recordar una serie de ítems (números, letras, etcétera) tiende a recordar mejor los primeros ítems (efecto de primacía) y los últimos (efecto de recencia). Según el modelo modal de Atkinson y Shiffrin, el efecto de primacía ocurre porque los sujetos tienden a repetir mentalmente los primeros y los últimos ítems, sabedores que luego les pedirán que recuerden la serie. A mayor número de repeticiones, mayor será su permanencia en la memoria primaria y mayores sus posibilidades de transferencia a la memoria secundaria. Asimismo, el efecto de recencia ocurre porque los últimos ítems permanecen en la memoria primaria y entonces serían más accesibles al recuerdo posterior.

Postulados básicos.- Ahora podemos describir el modelo multi-almacén de Atkinson y Shiffrin, que básicamente propone que el procesamiento de la información ocurre de una manera secuencial a lo largo de tres estructuras: a) el almacén sensorial, b) el almacén a corto plazo (ACP o MCP), y c) el almacén a largo plazo (ALP).

a) *Almacén sensorial.*- La información ingresa primeramente a los registros o almacenes sensoriales, de los cuales hay varios tipos según el estímulo recibido: almacén visual o memoria icónica, almacén auditivo o memoria ecoica, etcétera (son distintos 'modos' de registro, y por ello se lo llama modelo modal).

Desde Sperling, este almacén sensorial tiene 1) capacidad ilimitada, 2) escasa persistencia temporal, 3) Formato: registro precategorial, y 4) Función: tiene la función que almacenar rápidamente toda la información posible en bruto para que esté disponible para su procesamiento posterior. Lo que no queda en el almacén sensorial, se pierde irremediablemente.

b) *Almacén a corto plazo (ACP o MCP).*- Una fracción de la información pasa del almacén sensorial a esta nueva estructura llamada Almacén a corto plazo, donde se evalúa si la información es pertinente y si vale la pena enviarla al almacén más permanente (largo plazo).

La memoria a corto plazo tiene, según el modelo modal, las siguientes características: 1) capacidad limitada: solo puede guardar hasta 7 unidades de información o chunks (7 letras, 7 palabras, etcétera); 2) Duración limitada: Peterson ha establecido unos 18 segundos el tiempo que dura la información en la memoria a corto plazo, y otros hablaron de 2-4 sg., pero siempre es un tiempo mayor al del almacén sensorial; 3) Formato codificado: en este almacén a corto plazo, la información se estructura o formatea mediante procesos diversos de codificación que pueden ser verbales, visuales, semánticos, etcétera, es decir, implica categorialidad; y 4) Funciones: el ACP tiene como funciones la retención y el procesamiento de la información.

Con respecto al punto 2, se propusieron diversas teorías para explicar por qué el ACP tiene una duración limitada: la teoría del deterioro temporal (con el tiempo las huellas se evaporan), la teoría de la interferencia proactiva (los recuerdos anteriores o viejos interfieren o entorpecen la recuperación de los recuerdos nuevos), y la teoría de la discriminación temporal (que asume a la vez que las huellas mnémicas sufren un decaimiento espontáneo y que la recuperación de un ítem -recuerdo- comporta algún tipo de discriminación).

c) *Almacén a largo plazo (ALP)*. - Es una gran base de datos permanente donde estaría almacenada toda la información sobre el mundo y nosotros mismos. Toda esta información ingresó al ALP a través de la memoria a corto plazo.

Presentaría las siguientes características, siempre según el modelo multi-almacén: 1) Capacidad (cuasi) ilimitada: a los efectos prácticos, la capacidad es ilimitada o, al menos, enorme; 2) Persistencia temporal indefinida: la información se guarda indefinidamente; 3) Formato: aunque el ALP almacena las propiedades semánticas de los estímulos, preserva también otro tipo de información (visual, musical, motora, etcétera); y 4) Función: básicamente retentiva y práctica, puesto que guarda información que nos es útil siempre.

Para explicar el punto 2, se propusieron diversas teorías que explican por qué la información tiende a persistir y por qué se la olvida: la teoría del desuso de Ebbinghaus (la información se olvida porque no se usa, y persiste porque se usa), la teoría de la interferencia (el olvido se produce porque otros recuerdos interfieren en la recuperación de los recuerdos más nuevos (interferencia proactiva) o de los más viejos (interferencia retroactiva), y la teoría de las claves de recuperación (el olvido se produce porque la huella se debilitó o destruyó por la irrupción en el ALP de nuevos recuerdos).

Síntesis de características de los 3 almacenes del modelo multi-almacén:

	Almacén sensorial	Almacén a corto plazo	Almacén a largo plazo
Capacidad	Capacidad ilimitada	Capacidad limitada	Capacidad (cuasi) ilimitada
Persistencia temporal	Escasa persistencia temporal	Duración limitada	Persistencia temporal indefinida
Formato	Precategorial	Formato codificado	Codificado: propiedades semánticas y otros tipos de información
Función	Almacenar rápidamente toda la información posible	Retención y el procesamiento de la información.	Retentiva y práctica.

Resumen de Fernández H, Memoria humana. Parte I (Estructuras y procesos: el modelo multi-almacén), punto 3. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. Buenos Aires, Diciembre 2000.

Función adaptativa de la memoria. - Se puede analizar la memoria desde una perspectiva evolucionista, es decir, qué funciones cumple la memoria en nuestra especie, en qué medida dichas funciones no aparecen otras especies, y en qué medida las funciones de la memoria humana sirven para entender la organización funcional de la mente. Por tanto, aquí se no examinará qué es la memoria sino porqué y para qué tenemos la memoria, es decir, su valor adaptativo.

- El valor adaptativo de la memoria.- Solo las especies filogenéticamente avanzadas disponen de procesos de aprendizaje que permitieron sistemas de memoria especialmente adaptativos: los organismos inferiores tienen mas bien una "memoria genética" o programas prefijados, poco adaptativos. Por tanto, puede decirse que la capacidad de adaptación al medio es directamente proporcional a la capacidad de aprendizaje y memoria, e inversamente proporcional a la cantidad de memoria genética.

El hombre ha ido dependiendo cada vez menos de esta última, y su falta de información al nacer es mas bien un logro evolutivo. Luego va adquiriendo conocimientos útiles y recuperables para afrontar situaciones novedosas, lo que es la función primaria de la memoria humana, a saber, dotar al hombre del conocimiento necesario para guiar una conducta adaptativa con independencia de la complejidad de la situación. La memoria tiene, por tanto, un carácter adaptativo, lo cual no significa restarle valor como elemento para construir la identidad personal, aunque la evolución no parece haber incluido la memoria para esto último, que debemos considerar como un subproducto de la memoria.

Sherry y Schacter (1987) establecen que la memoria es una adaptación biológica que surge como respuesta a demandas ambientales, a pesar de lo cual muy pocas funciones de memoria pueden considerarse genuinas adaptaciones, lo que se explica a partir del concepto de "exaptación", que alude a estructuras biológicas no derivadas de la selección natural. Por ejemplo, sea cual fuere la función de las plumas, su función original no fue para volar sino para regular la temperatura, aunque luego pudieron tener efectos en el vuelo, efectos llamados exaptaciones. La función de la identidad personal sería un ejemplo de esto.

Gracias a la exaptaciones entonces, la memoria tiene otras muchas funciones además de ser una base recuperable de conocimiento y experiencia. Por tanto, por generalización exaptativa la memoria es hoy

un sistema de propósito general capaz de manejar muchos y diversos problemas. Así, la especificidad tanto como la generalidad son hoy características de la memoria humana.

- Restricciones funcionales de la memoria humana.- Si la memoria es el resultado de complejos procesos de adaptación y exaptación biológicos, debe tener una serie de constricciones que garanticen su conservación, es decir, constricciones que impedirían cambios evolucionistas que perturben su funcionamiento.

Hay por ejemplo, restricciones en lo relativo a la adquisición y retención, lo que se ve en que la memoria humana recuerda todo, lo más trivial, aunque no tenga valor adaptativo y aunque no nos hayamos propuesto recordarlo deliberadamente. Incluso parece que recordáramos mejor lo que no teníamos intención de recordar.

En este contexto vale la pena analizar tres tipos de problemas: 1) la tendencia a recordar casi todo lo que experimentamos, aún lo trivial; 2) la adquisición y retención de información con independencia de nuestra intención por aprenderla o utilizarla después; y 3) la adquisición no conciente de información. En lo que sigue se analiza cual o cuales de estas tres cuestiones resulta adaptativa y cual no, utilizando evidencia onto y filogenética, neurofisiológica y cognitiva.

1) ¿Retenemos en la memoria todo lo que experimentamos?.- Desde Luria se sabe que los animales conservan huellas de todas las excitaciones que reciben. En el hombre, esta propiedad adquiere especiales características: filogenéticamente hablando, el cerebro humano llega a ser altamente complejo, y ontogenéticamente, las formas simples de memoria se convierten en procesos psicológicos superiores complejos. Así, a la memoria fisiológica se superpondrá la memoria psicológica.

El mantenimiento y la permanencia de las huellas están sujetos, además de la retención de impresiones, a otros procesos llamados de consolidación, es decir, almacenamiento gradual -no instantáneo- de información luego de la estimulación. Estos procesos pueden analizarse especialmente desde un punto de vista neurobiológico, donde encontramos una teoría de la perseveración - consolidación según la cual el aprendizaje no se completa cuando termina la práctica, pues lo aprendido debe consolidarse (las consecuencias del aprendizaje perseveran). Hasta se intentó explicar la amnesia como un déficit de consolidación.

Hoy en día, se tiende a aceptar el principio de competición, según el cual durante la consolidación se producen modificaciones en los axones que dan lugar a la pérdida de conexiones originales. Concluimos entonces: que nuestro cerebro es constantemente estimulado, produciendo huellas que perseveran; que la consolidación de los estímulos da lugar a procesos de competición que alteran los circuitos de memoria, algunos de los cuales quedan eliminados, con lo cual algunas cosas se olvidarán y otras quedarán reforzadas. Por tanto: no todas las impresiones serán almacenadas en la memoria.

2) La función adaptativa del olvido.- La mayor parte de las impresiones no se convierten en huellas de memoria, y desaparecen para siempre. En psicología, hay dos teorías del olvido: según la primera, el olvido significa un problema de acceso a información almacenada en la memoria a largo plazo, y según la segunda, a una pérdida o distorsión real de dicha información. No hay manera de rechazar ninguna de estas hipótesis.

Pero independientemente de su naturaleza, puede el olvido tener algún valor adaptativo? Ribot decía que gracias al olvido momentáneo de muchas cosas, podemos recordar otras, o sea, se debe eliminar información para poder seguir funcionando adaptativamente. Se cita el caso de un hombre que tenía el problema que no podía olvidar, hasta que resolvió su problema diciéndose a sí mismo que no quería recordar, es decir, recurrió al olvido intencional o voluntario, un concepto que fue importante para la idea de represión en psicoanálisis. El olvido funcionaría entonces aquí como una defensa y, eventualmente, tendría una función adaptativa.

En este contexto, la ley del desuso de Thorndike debe ser reconsiderada, ley que decía que las cosas que no se usan terminan olvidándose. Así, el uso eficiente de nuestra memoria parece requerir actualizar o poner al día el sistema, eliminando información que hemos dejado de usar.

La nueva teoría del desuso viene a sostener que los contenidos de memoria más fácilmente accesibles son aquellos que hemos estado usando o recuperando recientemente. Además, la información que no se usa pierde fuerza de recuperación pero no pierde fuerza de almacenamiento. En suma, los olvidos no deben ser entendidos como una falla de la memoria sino como un importante aspecto adaptativo denominado 'inhibición de la recuperación'.

Los fallos de memoria tienen entonces valor adaptativo, ya que es un grave problema la incapacidad para olvidar información irrelevante, y es también problemático recordar aquello que tiene fuerte carga emocional, como por ejemplo una violación (por lo que la represión es útil). Sin embargo, no debe exagerarse el valor adaptativo del olvido: muchos fallos de memoria no tienen ningún valor adaptativo y debe ser atribuido a usos poco eficaces de los mecanismos de recuperación de la información.

3) El papel del sueño REM en la memoria humana.- El sueño REM es la etapa donde soñamos, y los sueños fueron entendidos, en los últimos 100 años, como a) expresión de deseos reprimidos, b) expresión de una actividad neuronal aleatoria, c) un mecanismo del cerebro para librarse de información inútil, y d) una actividad con significado psicológico y una función de memoria. Aquí interesan las dos últimas propuestas.

Hay quienes asignaron al sueño una función de borrar información inútil, ya que si hay sobrecarga de información la memoria empieza a funcionar de forma anómala produciendo fantasías, obsesiones y alucinaciones. Por tanto, según este enfoque soñamos para olvidar, en base a un mecanismo de desaprendizaje o aprendizaje inverso, el cual por otra parte mejora la memoria.

Para otros, como Winson, durante el sueño REM no se olvida información, sino que se la reprocesa para que tenga mayor valor adaptativo. Analizando todos estos planteos, podría considerarse en suma que el sueño REM es otro mecanismo del sistema de memoria cuya función sería la de eliminar cualquier información irrelevante para el comportamiento adaptativo.

- El papel de la intención y del esfuerzo deliberado por aprender en la memoria.- La memoria está diseñada para registrar todo lo que recibe, sin seleccionar nada, por lo que también registra, como vimos, recuerdos irrelevantes. También se sabe que memorizamos muchas cosas que no teníamos intención de memorizar, y donde no hemos puesto atención. Así, una persona puede aprender sin intención (aprendizaje incidental) o con intención (aprendizaje intencional). El primero también se llama automático, y el segundo, aprendizaje conciente o explícito. Además, se puede aprender un conocimiento sin intención, pero luego ser conciente de ese conocimiento.

No debe confundirse aprendizaje automático o sin atención con aprendizaje implícito: este es inconciente y puede ir acompañado de atención e intención por aprender. Si esto no ocurre, será entonces aprendizaje automático.

El aprendizaje incidental fue primeramente estudiado por el conductismo, pero luego, desde la década del 60-70, empieza a ser estudiado en sí mismo y no como mero proceso de referencia para estudiar el aprendizaje intencional. Estos estudios tendieron a mostrar que la intención no tenía mayor peso, y que lo que producía la retención es el tipo de procesamiento que realiza el sujeto, el nivel atencional, y la profundidad de la codificación perceptiva, que es automática e inconciente.

Las teorías en general han destacado la importancia de la relación entre atención y memoria, y la han fundamentado recurriendo a experimentos donde se usaron tanto medidas explícitas o directas (recuerdo y reconocimiento) como implícitas o indirectas (completar palabras fragmentadas). Por ejemplo, cuanto más atención, más exactitud en el recuerdo.

Otra cuestión es saber si el conocimiento inconciente y percibido y procesado sin atención puede almacenarse en la memoria a largo plazo. Para ello debemos distinguir entre contenido conciente de la memoria a corto plazo, contenido preconciente de la memoria a largo plazo, y proceso inconciente de codificación y transferencia de información de una a otra. Por 'inconciente' entendemos todo aquello que no tiene probabilidad de llegar a la conciencia, por conciente aquello que requiere atención, y por preconciente lo que preatencional, automático.

El procesamiento automático o inconciente de información que es almacenada en la memoria a largo plazo es un ejemplo de aprendizaje implícito, pues: ocurre fuera del control conciente, son 'comprometidos' por eventos ambientales y no por intenciones, resultan muy eficientes por requerir poca atención, y son independientes de factores que impactan significativamente sobre los procesos reflexivos concientes. Cada vez hay más evidencia de que la información puede ser almacenada en la MLP sin la participación de la conciencia del sujeto.

- Aprendizaje implícito y memoria implícita.- Por memoria se entiende la capacidad de los organismos vivos de adquirir, retener y utilizar información o conocimiento. Suele a veces entenderse por aprendizaje, en cambio, solo para fase de adquisición, mientras que las de retención y uso corresponderían a memoria.

Para Reber, el aprendizaje implícito es un proceso de inducción para adquirir información compleja y abstracta sobre cualquier ambiente, independientemente de la conciencia de los sujetos sobre el proceso de adquisición o sobre la información adquirida. Esto, desde ya, no implica ausencia de atención. Diversos paradigmas experimentales avalan la tesis de que las personas abstraen inconcientemente regularidades ambientales y utilizan esto para controlar la conducta. Para Reber, así, el aprendizaje implícito tendría tres atributos: opera independientemente de la conciencia, produce un conocimiento tácito abstracto que representa el ambiente, y puede usarse implícitamente para solucionar problemas y tomar decisiones ante nuevos estímulos.

En cuanto a la memoria implícita, por ella se entiende la expresión de conocimiento adquirido en un episodio anterior, a través de una prueba que no hace referencia conciente o explícita a tal episodio de aprendizaje. Los estudios sobre el priming de repetición y sobre las disociaciones de la memoria avalan la tesis de la existencia de una memoria implícita o inconciente.

En suma, se pueden establecer las siguientes características comunes a todos los sistemas implícitos: a) El inconciente cognitivo es un poderoso elemento para recoger información; b) las estructuras neurológicas sobre las que se basa son evolutivamente más antiguas que los sistemas concientes o explícitos, y ontogenéticamente emergen antes que estos últimos; c) las disociaciones entre procesos implícitos y explícitos se ajustan a las secuencias filogenética y ontogenética, como puede verse por ejemplo en el hecho de que las funciones implícitas son más resistentes a los trastornos y enfermedades, son más semejantes de una persona a otra, son más independientes de la edad o el cociente intelectual, y son comunes a todas las especies.

- **Recapitulación final.**- El objetivo básico de este capítulo fue mostrar la función adaptativa de la memoria, una función primaria que permite a las personas tener una base de conocimiento recuperable que les permita guiar sus conductas lo más eficazmente posible, con independencia de la complejidad de las situaciones.

Resumen de Ruiz Vargas J (1990) La memoria humana: función y estructura (capítulo 4).

Memoria prospectiva en la esquizofrenia.- La memoria prospectiva (MP) es la capacidad de recordar realizar una acción prevista en el futuro y es una función importante para la vida diaria. Los estudios han encontrado que la base neural de la MP está situada principalmente en los lóbulos prefrontales (particularmente en el área 10 de Brodmann) y los pacientes con esquizofrenia tienen déficits funcionales en esta área.

El presente estudio proporcionó una revisión meta-analítica de las actuaciones de la MP en pacientes con esquizofrenia en 11 estudios. Se incluyeron a un total de 485 pacientes con esquizofrenia y 409 controles.

Los resultados mostraron que los pacientes con esquizofrenia mostraron deficiencias en todo el tiempo ($d = -1.33$), evento ($d = -0.827$) y MP basada en la actividad ($d = -0.729$), siendo la MP basada en el tiempo más deteriorada que la MP basada en el evento. Además, se encontró que la MP está significativamente correlacionada con síntomas negativos ($r = -0.18$), psicopatología general ($r = -0.168$), dosis de la medicación ($r = -0.119$), duración de la enfermedad ($r = -0.131$), edad ($r = -0.23$), educación ($r = 0.249$), CI ($r = 0.439$) e CI premórbido ($r = 0.356$). Ello tiene implicaciones teóricas y clínicas.

Teóricamente, los resultados indican que la MP basada en el tiempo involucra una mayor iniciación que la MP basada en el evento. Clínicamente, los resultados indican que los pacientes en alta dosis de medicación antipsicótica y con una duración prolongada de la enfermedad, requieren de atención especial por parte de los cuidadores del estado de salud para los problemas de la MP.

Ya Wang; Jifang Cui; Raymond C.K. Chan... (et.al) Meta-análisis de la memoria prospectiva en la esquizofrenia: Naturaleza, extensión y correlatos. SCHIZOPHR RES. 2009 OCT; 114(3):64-70.

Depresión, Alzheimer y memoria.- Introducción. La depresión es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes en la enfermedad de Alzheimer (EA).

Objetivo. Analizar si la depresión incrementa el deterioro cognitivo de la memoria verbal y no verbal en pacientes con EA temprana.

Sujetos y métodos. El estudio comparó el rendimiento de 23 pacientes diagnosticados de EA con y sin depresión, 15 pacientes con depresión mayor unipolar (D) y 20 sujetos control sanos (SC) en tareas de memoria (recuerdo y reconocimiento) para palabras, dibujos sin sentido y posición. El grupo con EA fue estratificado, por la presencia o ausencia de depresión, en dos grupos bien equiparados en cuanto a las características clínicas y sociodemográficas.

Resultados. Los pacientes con EA rindieron significativamente peor que los grupos SC y D en las medidas de memoria verbal. Sin embargo, la única medida de memoria no verbal que discriminó entre los pacientes con EA y el grupo D fue el reconocimiento. Los grupos de EA (con y sin depresión) no mostraron diferencias significativas en ninguna de las medidas de memoria estudiadas.

Conclusiones. La depresión está asociada con un deterioro significativo de la memoria en pacientes sin demencia. La presencia de la depresión no agrava el deterioro de la memoria en pacientes con EA.

I. Contador-Castillo; B. Fernández-Calvo; L.J. Cacho-Gutiérrez... (et.al) Depresión en la demencia tipo Alzheimer: ¿Existe algún efecto sobre la memoria? REVISTA DE NEUROLOGÍA. 2009 NOV; 49(10):505-510.

MENOPAUSIA

Generalidades.- La menopausia es ante todo un acontecimiento fisiológico, y se define "como la cesación de los ciclos menstruales. Suele presentarse en la mujer, en condiciones normales, entre los 48 y los 50 años. Las manifestaciones más frecuentes son la atrofia y la sequedad vaginales y las sofocaciones. Constituye una época de riesgo para la osteoporosis (disminución de la cantidad de tejido óseo calcificado) y las enfermedades cardiovasculares. Los síntomas emocionales que la acompañan están relacionados tanto con las variaciones hormonales como con factores socioculturales y de estructura de la personalidad. Los más frecuentes son el insomnio, las fluctuaciones del estado de ánimo, las alteraciones del apetito y la irritabilidad".

Farré Martí José (2000), Diccionario de Psicología. Barcelona: Océano, pág. 233.

Generalidades.- En la menopausia, "el psiquismo se hace inestable, y no es raro que las mujeres se tornen fácilmente impresionables y sugestionables. En general la mujer siente esta etapa como una fase de pérdida. Se observa un descenso apreciable de la vitalidad y la capacidad de trabajo. La contemplación en el espejo muestra que desaparece el encanto femenino. Los hijos salen de la casa y con frecuencia la mujer queda sola".

Otte José (1977), Enciclopedia Médica. México: Reader's Digest, pág. 715.

Depresión mayor y menopausia.- Se exploraron las características diferenciales entre pacientes con depresión mayor y menopáusicas y pacientes con depresión mayor sin alteraciones endocrinas. Considerando las características de pacientes diagnosticados como depresión mayor con el criterio del DSM-IV durante la época del climaterio, se estudiaron 60 mujeres con este diagnóstico divididas en dos grupos de pacientes: el primero con síntomas menopáusicos y el segundo sin éstos.

Ambos grupos reúnen los criterios del DSM IV y tienen puntajes similares en la escala EAMD de Zung, no obstante difieren significativamente en los perfiles del MMPI, siendo el grupo climatérico similar a los perfiles de histeria, habiendo tensión premenstrual significativamente en sus antecedentes, y teniendo una alta correlación con los niveles de estrógenos en la etapa perimenopáusica y la presencia agregada de síntomas vasomotores. Estos elementos facilitan el diagnóstico diferencial y la indicación para el tratamiento sustitutivo hormonal aunado al antidepresivo.

Lara-Tapia H; Bravo LM; Meléndez MJD; Gutiérrez CE. La depresión mayor y la menopausia. Un estudio controlado. Neurología, neurocirugía y psiquiatría. 2002; 35(3)

Menopausia y depresión.- A lo largo de toda su vida, las mujeres tienen un riesgo superior de padecer depresiones al de los varones. Algunos indicios sugieren que este riesgo superior se asocia a un aumento de la sensibilidad a los cambios hormonales que se producen a lo largo del ciclo vital reproductivo femenino.

En algunas mujeres, la perimenopausia y los primeros años posmenopáusicos pueden constituir una «ventana de vulnerabilidad» durante la cual los problemas de malestar físico y emocional pueden desembocar en una alteración significativa del funcionamiento y en una peor calidad de vida. En esta población, diversos aspectos biológicos y ambientales constituyen factores predictivos independientes de la depresión: presencia de sofocos, trastornos del sueño, historia de síndrome premenstrual grave o depresiones posparto, características étnicas, historia de acontecimientos vitales estresantes, antecedentes de depresión, índice de masa corporal y situación socioeconómica.

Este artículo explora el estado actual de los conocimientos sobre las complejas asociaciones entre cambios del estado de ánimo y envejecimiento en mujeres. En particular, se revisan los aspectos biológicos del envejecimiento reproductivo y su impacto en el estado de ánimo, los factores psicosociales, el estilo de vida y la salud en general. Además, se comentan, los tratamientos hormonales y no hormonales basados en evidencias para el control de la depresión y otras molestias en mujeres de mediana edad.

En última instancia, este artículo debe ser de ayuda a médicos y profesionales de la salud para afrontar una situación clínica problemática: una estrategia preventiva y eficaz para el manejo de la depresión en el contexto de la transición a la menopausia y después de este período.

L. Dennerstein; C.N. Soares. Dificultades especiales en el tratamiento de la depresión en mujeres de mediana edad. WORLD PSYCHIATRY. 2008 OCT; 7(3):137-142.

Intervención cognitivo-conductual.- Para un porcentaje elevado de mujeres, la menopausia se asocia a una importante variedad de síntomas físicos, psicológicos y sociales, susceptibles de ser tratados mediante técnicas cognitivo-conductuales.

En el presente trabajo, 28 mujeres siguieron una intervención grupal de ocho sesiones semanales, de dos horas por sesión, que incluía psicoeducación, técnicas de desactivación, técnicas cognitivas, ejercicio y dieta.

Los resultados muestran una reducción significativa de síntomas vasomotores, mialgias, ansiedad y depresión y un incremento en la calidad de vida en el grupo tratado, respecto al período de línea base como al grupo control.

Cristina Larroy García; Sonia Gutiérrez Gómez-Calcerrada. Intervención cognitivo-conductual en sintomatología menopáusica: Efectos a corto plazo. PSICOTHEMA. 2009; 21(2):255-261.

Perimenopausia y depresión.- La prevalencia de los síntomas y trastornos depresivos a lo largo de la vida es elevada, particularmente en la edad media. A partir de la adolescencia, las mujeres presentan un riesgo 1,5-3 veces mayor que los hombres de padecer trastornos depresivos. Tradicionalmente, se asume que la transición a la menopausia, o perimenopausia, es un período de mayor vulnerabilidad depresiva, aunque los datos no son del todo concluyentes. Este período parece asociarse a la aparición tanto de síntomas depresivos como de trastornos depresivos de novo, particularmente si existen antecedentes de depresión. Respecto a la etiopatogenia se han postulado mecanismos genéticos, hormonales, psicológicos y socioculturales, aunque no existen resultados definitivos que apoyen cualquiera de estas hipótesis. El abordaje terapéutico de la depresión en la perimenopausia está determinado principalmente por su gravedad, implicando el tratamiento con fármacos antidepresivos y/o psicoterapia. El tratamiento mantenido con terapia hormonal sustitutiva (estrógenos) está en discusión.

M. P. García-Portilla. Depresión y perimenopausia: Una revisión. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2009 AGO; 37(4):213-221.

MENTE

Explicaciones sobre la estructura de la mente.- El autor asume aquí la concepción ortodoxa de que la organización de la conducta es un efecto de la organización de la mente. A su vez, la organización de la mente implica que existe una estructura mental. Para responder a esta cuestión de "en qué consiste la estructura mental", hay cuatro posturas diferentes:

1. Neocartesianismo.
2. Arquitectura funcional: facultades horizontales.
3. Arquitectura funcional: facultades verticales.
4. Asociacionismo.

1. El neocartesianismo: la estructura de la mente entendida como estructura del conocimiento.- El neocartesianismo en psicología asume que la estructura mental debe explicarse sobre todo en función de los contenidos proposicionales de los estados mentales. Estos contenidos son innatos -como decía Descartes-, es decir, hay algo del orden del conocimiento que ya viene dado de nacimiento. Un ejemplo es la teoría de Chomsky y su teoría lingüística generativa, para quien el niño nace con ciertas estructuras endógenas (el niño 'nace sabiendo') que luego se actualizarán con la experiencia. Así como se nace con brazos y piernas, también se nacería con 'órganos mentales', que tienen una estructura proposicional, es decir, cognitiva. Para Chomsky, mediante el 'órgano del lenguaje' los seres humanos aprehenden verdades en forma innata, pues la mente ya está desde el nacimiento intrínsecamente estructurada. Fodor no está de acuerdo con esta primera postura sobre la estructura mental, de base innatista.

2. La estructura mental como arquitectura funcional: facultades horizontales.- Mientras el neocartesianismo concibe las facultades psicológicas como sistemas de creencias, esta segunda postura las concibe como mecanismos psicológicos, como funciones. No se nace entonces con conocimientos o creencias, sino con ciertas facultades como la memoria, la percepción, la atención, la sensibilidad, el entendimiento, etc. Fodor las llama facultades 'horizontales'. Tales facultades son independientes de los contenidos de pensamiento: por ejemplo, el entendimiento puede aplicarse a la ciencia, a la filosofía, al derecho, etc. Del mismo modo, la sensibilidad puede aplicarse a la pintura, la escultura, la música, etc.

3. La estructura mental como arquitectura funcional: facultades verticales.- La psicología de las facultades horizontales existe desde siempre (nos viene desde Platón), pero lo que podemos llamar facultades verticales aparecen recién el siglo pasado con J. Gall, fundador de la frenología.

Las funciones mentales verticales, a diferencia de las horizontales, están directamente relacionadas con contenidos. Por ejemplo, la aptitud musical es diferente de la aptitud matemática. Las facultades verticales son entonces propensiones, disposiciones, cualidades, aptitudes, capacidades, etc., y según Gall tienen, a diferencia de las horizontales, una localización específica en el cerebro.

Las facultades horizontales (percepción, memoria, etc.) no son más que diferentes modos de acción de las capacidades fundamentales de Gall, o sea de las facultades verticales.

No hay, según Gall, una facultad de la memoria, porque si no cualquier persona que tenga buena memoria para la música también la debería tener para la matemática. Con esto Gall critica la psicología de las facultades horizontales.

Cuatro son las características fundamentales de las facultades verticales (llamadas capacidades fundamentales por Gall): son específicas para cada dominio (hay una capacidad musical, otra matemática, etc), vienen determinadas genéticamente, están asociadas a ciertas zonas neurales diferenciadas, y son computacionalmente autónomas (no pueden reducirse a una combinación de facultades horizontales).

Sintetizando, lo planteado por Fodor en cuanto a las relaciones entre facultades horizontales y verticales podría ejemplificarse en el siguiente cuadro:

	Matemáticas	Música	Etc.
Atención			
Percepción			
Memoria			
Juicio			
Imaginación			
Volición			
Etc.			

Vemos aquí las facultades horizontales (funciones), y las facultades verticales (capacidades). Para ejercer una capacidad se requieren diversas funciones, y cada función puede aplicarse a diferentes capacidades. Esto último puede sugerir que las capacidades comparten recursos horizontales, cosa con la cual, advertimos, Gall no está de acuerdo pues postula que las capacidades son 'computacionalmente autónomas' (para usar un término moderno de Fodor).

4. El asociacionismo (o "¿qué fue de la psicología de las facultades?").- La estructura mental está ensamblada, es decir, es el producto de la unión de un repertorio de subprocesos más elementales. Las

diferentes capacidades (por ejemplo para la matemáticas) se componen de sub-capacidades más elementales (por ejemplo para sumar, restar, etc).

Estos elementos constituyentes de la mente se relacionan entre sí por leyes de la asociación. Dichos elementos son, para algunos asociacionistas, los reflejos, y para otros, las ideas. Los reflejos (o las ideas) se ensamblan entre sí generando capacidades.

Finalmente, Fodor anuncia su propia teoría, según la cual el sistema cognitivo humano está constituido por 'módulos cognitivos', los cuales, en general, son específicos de dominio, innatos, compactos, autónomos y no ensamblados.

Condensado de Fodor (1985) La modularidad de la mente. Primera Parte.

Mente y computadora.- "El matemático británico Alan Turing (1912-1954) diseñó un experimento para probar si una máquina manifiesta inteligencia. En el experimento de Turing, un ser humano dirige el diálogo -a través de una terminal de ordenador- con una máquina y otro ser humano, escondido detrás de un biombo. Ambos deben responder a cada pregunta que se les hace. Turing argumentó que si el que hacía las preguntas no podía decidir cuál de ellos dos era la máquina, esto quería decir que la máquina había demostrado inteligencia".

De "Enciclopedia temática Guinness", Barcelona, Ediciones Folio, 1994, página 336.

Mente y computadora.- Turing se pregunta qué significa decir que las máquinas piensan. Para responder a ello propone el siguiente experimento: en un cuarto hay dos personas, A y B (hombre y mujer), y en otro cuarto hay un interrogador (C), que les hace preguntas vía computadora a las dos personas con el fin de averiguar quien es hombre y quien mujer. La persona A debe tratar de confundir al interrogador, mientras que la persona B debe tratar de ayudarlo. Supongamos ahora que una máquina contesta por A (o sea imita a A, y de aquí el nombre juego de imitación). ¿Se equivocará el interrogador con la misma frecuencia como ocurre cuando los que contestaban eran todas personas? Con esto, Turing contesta su pregunta inicial sobre qué significa que las máquinas piensan.

Tal vez se pueda construir una piel artificial como la humana, pero, ¿se puede construir una máquina que piensa como el hombre, que imite su forma de pensar? Si una máquina puede engañar al hombre haciéndole creer que quien contesta es otro hombre, esto es suficiente y no tendrá importancia si la forma de pensar de la máquina sea algo diferente o no a lo que el hombre hace.

Las máquinas a las que se hace referencia son las computadoras electrónicas (o digitales), que son universales porque pueden imitar cualquier máquina analógica.

Una vez aclarado que significa pensar (a través del juego de imitación) y qué quiere decir máquina, Turing pasa ahora a debatir acerca de la pregunta: ¿saben pensar las máquinas?

La opinión de Turing al respecto es dentro de 50 años, las máquinas habrán podido conservar la suficiente cantidad de datos como para poder hacerle creer al hombre -en el juego de la imitación- que quien contesta es otro hombre, es decir, las máquinas sabrán pensar.

Turing cita otras opiniones contrarias, es decir, que sostienen que las máquinas no saben pensar. Estas opiniones son:

1) Objeción teológica: Ninguna máquina ni ningún animal pueden pensar porque Dios dio esa facultad solamente al hombre. Turing refuta esta idea apelando también a argumentos religiosos, igualmente ridículos como decir que, al crear máquinas, podemos estar creando lugares donde habiten almas pensantes creadas por Dios.

2) Objeción de 'cabezas hundidas en la arena': Las máquinas no deben pensar porque el hombre debe mantener su superioridad sobre ellas. Turing ni se molesta en refutar esta idea.

3) Objeción matemática: Las máquinas funcionan lógicamente, y se ha demostrado, por ejemplo Gödel, que en cualquier sistema lógico se pueden decir cosas imposibles de probar o refutar. Por tanto, las máquinas no piensan. Turing sostiene que el mismo argumento se puede aplicar al hombre pues también piensa lógicamente, es decir, este tampoco sería, entonces, un ser pensante.

4) Argumento de la autoconciencia: Las máquinas no piensan porque no tienen conciencia de sí, no sienten placer ante sus éxitos, etcétera. Según este enfoque, la única forma de estar seguros que la máquina piensa es 'siendo' la máquina misma y sentir que estamos pensando. Pero con el mismo criterio, la única forma de saber que un hombre piensa es 'siendo' ese hombre (argumento llamado solipsístico), cosa que es ridícula.

5) Argumentos de los diversos obstáculos: Hay muchas cosas que las máquinas no pueden hacer: ser buenas, ingeniosas, cordiales, enamorarse, tener conciencia de sí, etcétera. Este argumento falla porque utiliza la inferencia inductiva: se basa en las máquinas observadas, pero no en las que todavía podrían construirse y que tuviesen mayor capacidad para conservar datos. También pueden refutarse estos argumentos del mismo modo que el argumento anteriormente citado de la autoconciencia.

6) Objeción de Lady Lovelace: Las máquinas no pueden hacer nada nuevo, no pueden aprender, no pueden darnos sorpresas: hacen lo que se les ordena. El error de esa suposición se basa en la creencia de que, cuando se presenta un hecho, se presentan también al mismo tiempo todas sus consecuencias, lo cual es falso.

7) Argumento de la continuidad en el sistema nervioso: El sistema nervioso es un sistema continuo, no analógico como las máquinas, es decir, por ejemplo, un leve error en la información sobre la intensidad de un impulso actuante sobre una neurona puede dar lugar a una gran diferencia en la intensidad del impulso centrífugo. Turing objeta esto diciendo que hay máquinas analógicas pero también no analógicas, 'continuas', como el analizador digital.

8) Argumento de la informalidad de la conducta: las máquinas no pueden apartarse de ciertas reglas de conducta, y el hombre sí (frente al semáforo rojo puede seguir andando). Turing dice que esta objeción parte de confundir "reglas de conducta" (como no cruzar el semáforo en rojo) y "leyes de conducta" (dadas naturalmente, como si pellizcamos el brazo este se moverá). Para él, no podemos estar nunca seguros de que no existan reglas y leyes completas de conducta.

9) Argumento de la percepción extrasensorial: Tal vez el más válido, puesto que las máquinas carecen de percepción extrasensorial.

Resumen de Turing A (1985) Los aparatos de computación y la inteligencia (artículo).

Mente y computadora.- El desafío de Turing es el siguiente: "Los ordenadores son objetos a los que puede atribuirse la función de pensar". Las cuatro respuestas fundamentales a este desafío pueden resumirse así (las dos primeras son radicales, y las dos últimas son más moderadas):

1) NO, las máquinas no pueden pensar.- Ni las máquinas piensan, ni las mentes son máquinas, con lo cual deben separarse bien las categorías tradicionales Fm (capacidad para pensar) y -Fm (no capacidad para pensar)

2) SI, las máquinas pueden pensar.- La categoría Fm incluye mentes y máquinas. Las mentes son precisamente máquinas simbólicas. Esta respuesta se llama "Paradigma C-R" y corresponde con lo que otros autores (como De Vega) llamaron versión fuerte de la analogía mente-ordenador.

3) Aceptar el juego como una *metáfora*.- Utilizar el lenguaje del procesamiento de la información pero sin comprometernos a aceptar las consecuencias de que máquinas y mentes piensan por igual. Esta respuesta la dieron la mayoría de los psicólogos cognitivos, y corresponde con lo que De Vega llama versión débil de la analogía mente-ordenador.

4) *Limitar* las reglas del juego.- Opción más reciente, implica aceptar que la mente es un sistema de cómputo, aunque no es el tipo de máquina simbólica que describe Turing (la máquina universal de Turing estaba compuesta por símbolos discretos, con una sintaxis determinista y bien definida, y cuya descripción es independiente del soporte físico).

Veamos en detalle estas cuatro respuestas al desafío de Turing.

1. La mente de la habitación china y el martirio de la psicología cognitiva (primera respuesta)

Esta primera respuesta sostiene que las máquinas no pueden pensar. Supongamos al revés, como hace Searle, que existe una máquina que puede pensar, como por ejemplo un ordenador con el programa de Schank y Abelson, que es un programa que le permite 'comprender' historias, de manera tal que por ejemplo si la historia cuenta que alguien se fue furioso sin pagar de un restaurante, ante la pregunta correspondiente la computadora contesta que no comió la hamburguesa.

Turing hubiera dicho que el programa 'comprende' la historia del restaurante, pero Searle sostiene que en realidad no la comprende, es decir, no puede pensar, y para demostrarlo Searle imagina un experimento donde alguien debe traducir algo del idioma chino al inglés. Aunque ese alguien no sabe nada de chino cuenta con un manual de instrucciones para traducir un idioma a otro, lo cual le permite hacer correctamente la traducción, ¡aún sin saber chino!

Pudo traducir porque se basó en los elementos puramente formales del idioma, pero no pudo comprender lo que traducía porque desconocía los significados de las palabras (elementos semánticos).

La razón de fondo de Searle es que la mente puede comprender y el ordenador no, porque la mente es un sistema intencional y los ordenadores no lo son, y lo intencional depende de los significados (contenidos), no de los aspectos puramente formales. Además, la intencionalidad es una propiedad de la materia específica de que está hecha la mente (materia biológica).

Para Searle, la afirmación de Turing de que máquinas y mentes piensan se basa en tres supuestos injustificables: 1) Confusión entre forma y contenido: En realidad, los estados mentales se caracterizan por el hecho de tener significado, mientras que los símbolos nada 'significan' para el ordenador. 2) Conductismo residual de la IA: el hecho de que puedan hacerse idénticas las entradas y salidas de ordenadores y personas, no quiere decir que los ordenadores funcionan internamente como una mente (que tengan, por ejemplo intencionalidad). 3) Dualismo residual de la IA: sostiene que tanto para la mente como para el ordenador, la materia o soporte físico no importa a los efectos de las operaciones que pueden realizar. En rigor, la intencionalidad se entiende a partir de dicho soporte físico.

Rivière cuestiona el punto de vista de Searle según el cual la intencionalidad es una propiedad específica de la materia biológica, y señala que la intencionalidad puede discernirse analizando las leyes cognitivas, no la neurofisiología del funcionamiento mental.

2. La alternativa literal del paradigma C-R (segunda respuesta)

Chomsky, Fodor, Pylyshyn y los filósofos funcionalistas creen posible y deseable una sola ciencia cognitiva unitaria que estudie las propiedades comunes a mentes y máquinas, o sea, a todos los sistemas

capaces de conocer. El objetivo es abstraer los principios generales de diversas ciencias como la psicología cognitiva, la lingüística, o la IA.

Entre esos principios figura el hecho de que todos los sistemas para conocer consisten en sistemas de reglas que permiten realizar cálculos sobre representaciones simbólicas. Más concretamente, y aplicando este principio a la mente: a) el sistema mental computa símbolos capaces de designar objetos y de ser interpretados en forma de procesos, b) como sistema que computa símbolos, la mente está determinada en su funcionamiento por sus representaciones, c) en tanto esas representaciones son estados físicos, el sistema mental se atiene a leyes causales físicas, y d) puesto que ese funcionamiento es computacional, la mente se guía en forma determinista por la naturaleza sintáctica y formal de los símbolos.

La analogía mente-ordenador no es, entonces, metafórica sino literal. Rivièrre llama a este enfoque "paradigma C-R" (o de los Cálculos sobre Representaciones), y equivale a lo que otros llamaron versión fuerte de la analogía mente-ordenador.

El principio o ley fundamental arriba mencionado da lugar a problemas conceptuales para explicar ciertos fenómenos aparentes de representación como imágenes mentales, conciencia, aprendizaje, y desarrollo e influencia de los contenidos (semántica) en los procesos cognitivos. Los teóricos del paradigma C-R intentaron resolver dichos problemas de diversas maneras.

3. El juego de Turing como metáfora: la psicología del procesamiento de la información (tercera respuesta)

Esta respuesta es la versión débil de la analogía mente-ordenador. La psicología del procesamiento de la información (psicología cognitiva) presenta ocho rasgos: 1) usa el vocabulario teoría de la computación para referirse a las actividades cognitivas mentales; 2) razona inductivamente, o sea sacan conclusiones a partir de observaciones empíricas y no desde deducciones rigurosas de una teoría computacional de la mente; 3) utiliza el criterio de verdad como correspondencia, y no como coherencia; 4) dan prioridad al aspecto semántico de la teoría, en vez de al sintáctico; 5) los conceptos de computación que usan para describir la mente no siempre son los de la actual ciencia de la computación; 6) casi nunca llegan a construir modelos algorítmicos completos de los procesos que estudian; 7) se escudan en el carácter riguroso y científico del vocabulario computacional para intentar defender sus hipótesis; y 8) La psicología cognitiva no es unitaria y está fragmentada en minimodelos destinados a explicar ciertos aspectos específicos del funcionamiento mental.

Las discusiones entre los representantes del paradigma C-R y los defensores del Procesamiento de la Información han sido en general bastante fructíferas para el desarrollo de la psicología cognitiva.

4. Cambiar las reglas del juego de Turing: el enfoque conexionista (cuarta respuesta)

El modelo de la mente como procesador serial no da cuenta de los fenómenos de la conciencia y el aprendizaje, ni puede dar sentido al supuesto de los 'símbolos inconcientes'. Tampoco considera las situaciones reales que ha de enfrentar la mente, sino sólo las que artificializamos mediante un ordenador, ni puede dar cuenta que la habilidad de la mente para captar significados globales en las situaciones que enfrenta.

Por tanto cualquier modelo cognitivo realista de la mente debe reunir varias exigencias, en el sentido de poder explicar las siguientes características de la mente: ser flexible y estructurada a la vez, afrontar condiciones de degradación del medio interno y externo, dar cara a múltiples demandas, asignar significados rápidos sin necesidad de algoritmos exhaustivos, completar patrones perceptivos sin contar con toda la información lógica, acceder al conocimiento por vías alternativas, y modificarse adaptativamente en función de experiencias previas.

La cuarta respuesta a Turing implica poder explicar todos los fenómenos indicados, para lo cual muchos psicólogos juzgaron pertinente recurrir a viejas teorías psicológicas: la tradición conexionista.

A partir de ella se formularon teorías neo-conexionistas que postulan una interconexión de elementos (como neuronas abstractas) entre el input y el output, conectadas en serie y en paralelo, existiendo entre ellas un patrón de conectividad y transmisión de la información en términos de conexiones excitatorias o inhibitorias.

Resumen de Rivièrre Angel (1985) Objetos con mente (págs. 76-103).

Mente y computadora.- Searle analiza qué importancia psicológica y filosófica debemos asignar a los intentos de hacer simulacros de las aptitudes cognitivas humanas con computadora. Hace referencia a la IA (Inteligencia Artificial) 'fuerte', no a la 'débil'. Aclaremos antes que nada esta diferencia.

IA débil: programa que ayuda a estudiar el funcionamiento de la mente y probar nuestras hipótesis sobre ella.

IA fuerte: la computadora no es sólo un instrumento para estudiar la mente sino que 'es' la misma mente, o sea, tiene programados literalmente estados cognoscitivos.

Uno de estos programas de IA fuerte es el programa de Schank, que simula la capacidad humana de comprender historias. Por ejemplo, si a la máquina le contamos la historia de un hombre que rechaza un plato en un restaurante, y luego le preguntamos si ese hombre comió ese plato, la computadora contesta que no.

Los defensores de este programa dicen que el programa de Schank 1) realmente 'comprendió' la historia, y 2) lo que hace la máquina y el programa 'explica' la capacidad humana de comprender historias.

Según Searle, el trabajo de Schank no prueba ninguna de ambas afirmaciones. Para demostrarlo recurre a un experimento imaginario de una persona que debe interpretar un texto chino en base a ciertas reglas formales: la persona traduce mecánicamente en base a esas reglas, pero sin embargo ello no significa que comprenda el texto chino. Lo mismo sucede con la computadora: por sus respuestas parece haber entendido la historia, pero lo único que hizo fue aplicar reglas formales de traducción. Las máquinas no 'comprenden' como los humanos.

Searle cita a continuación algunas respuestas que objetan sus opiniones, y a su vez las critica como sigue.

1) Respuesta de los Sistemas (Berkeley): Quien comprende no es la persona aislada sino el sistema del que forma parte. Searle indica que el sistema ha sido internalizado por la persona, y entonces es ella quien comprende con ese sistema.

Searle dice que si la IA fuerte quiere ser una rama de la psicología, debe empezar por aceptar que hay sistemas que son mentales y otros que no (por ejemplo el sistema digestivo o una máquina no son mentales). En los sistemas mentales hay creencias, en los no mentales no.

2) Respuesta del robot (Yale): Introduciendo en un robot un programa distinto del de Schank, y que hiciera que este caminara, comiera, percibiera, etcétera, mediante símbolos formales, tendríamos en este robot una auténtica comprensión.

Searle critica esto diciendo que agregar al programa de Schank aptitudes "perceptuales" y "motrices" no añade nada en cuanto a comprensión ni a intencionalidad. Es como si a una persona la metieran en una pieza a oscuras y le ordenaran ejecutar ciertas instrucciones: ello no prueba que haya comprendido -pues puede no ver la relación entre lo que percibe y lo que hace- ni que tenga alguna intencionalidad.

3) Respuesta del simulacro de cerebro (Berkeley y MIT): Si construimos una máquina similar al cerebro en todos sus circuitos, podríamos afirmar que dicha máquina comprende.

Sin embargo, Searle indica que mientras la máquina sólo simule la estructura formal de la serie de estimulaciones neuronales de las sinapsis, no llegará a estimular lo más importante del cerebro, sus facultades causales y su capacidad de intencionalidad en los actos. Si supiésemos como funciona realmente el cerebro, ni necesitaríamos crear una máquina de IA.

4) Respuesta combinada (Berkeley y Stanford): Es una respuesta que combina las tres respuestas anteriores, es decir, de un robot (respuesta 2) considerado como un sistema (respuesta 1) constituido por circuitos idénticos a los neuronales (respuesta 3) indudablemente podríamos decir que comprende y es capaz de intencionalidad. O sea, si podríamos construir un robot idéntico al hombre, comprendería y tendría intencionalidad, a menos que mediase alguna razón para no hacerlo. Searle responde con las críticas a las tres respuestas anteriores.

Searle dice que es un error suponer que si un robot es idéntico formalmente al hombre, tiene sus mismos estados mentales, como la intencionalidad. La hipótesis de que el robot tiene mente es innecesaria, pues no hay razón para atribuirle intencionalidad.

5) Respuesta de otras mentes (Yale): Sabemos que otras personas comprenden solamente por su conducta, y por tanto, con el mismo criterio podemos inferir que las máquinas comprenden. Searle contesta que el problema en discusión no es acerca de cómo sabemos que otros tienen estados de conocimiento, sino más bien qué les atribuimos cuando les atribuimos estados de conocimiento.

6) Respuesta de las mansiones múltiples (Berkeley): Se podría construir una máquina de IA que tenga los atributos causales del pensamiento humano. Searle señala que esta hipótesis no es la que está en juego para criticar: Searle sólo está criticando la hipótesis según la cual los procesos mentales son procesos de computación en relación con elementos formalmente definidos.

En general, lo principal del argumento de Searle es que ningún modelo puramente formal bastará nunca en sí mismo para que haya intencionalidad, porque las propiedades formales no constituyen en sí intencionalidad ni tampoco tienen en sí mismas propiedades causales salvo el poder de producir una fase siguiente de acuerdo a instrucciones previas. Lo que hace que comprendamos y tengamos intencionalidad son las propiedades reales del cerebro, no las formales.

Como conclusión, algunas consideraciones filosóficas. Por empezar, si pudiésemos duplicar exactamente un ser humano, indudablemente este duplicado podría pensar, pero aún nadie lo ha conseguido, aunque teóricamente sea posible.

En cuanto a si una máquina puede pensar, ya quedó demostrado que no, porque un sistema puramente formal no comprende porque tiene sintaxis pero no tiene semántica, y por tanto capacidad para entender significados.

Respecto de la ecuación "la mente es al cerebro lo que el programa es a la máquina", puede objetarse en tres puntos:

1) Que un programa puede realizar cosas no prueba nada: se pueden hacer programas con realizaciones absurdas, sin ninguna intencionalidad.

2) El programa es formal y no tiene intencionalidad porque los actos intencionales se definen por su contenido, como quedó dicho, no por la mera forma.

3) Los estados y hechos mentales son literalmente el producto del funcionamiento del cerebro, pero el programa no es en sí mismo un producto de la computadora.

Podemos resumir en tres las razones por las cuales se ha creído que la IA (inteligencia artificial) puede reproducir y por tanto, explicar, los fenómenos mentales:

1) Que la computadora haga procesamiento de datos no implica que comprende, porque ella sólo manipula símbolos sin significado. Si le pregunta cuanto es 2+2 contesta 4, pero no sabe qué significa el '4': sólo le interesa la relación entre 2+2 (sintaxis) y no el significado de 4 (semántica). El procesamiento de datos no implica comprensión ni menos intencionalidad.

2) En buena parte de la IA hay un conductismo y un operacionalismo residual, y por ello se equipara máquina y hombre, ya que ambos reciben información y la procesan; por ello estamos tentados de pensar que la computadora tiene aptitudes como las del hombre. Sin embargo, carece de intencionalidad.

3) Lo anterior se combina con una forma de dualismo. Para la IA fuerte, los programas son independientes de la máquina (dualismo programa-máquina). Incluso, dicen, un programa podría realizarse con alguna otra sustancia que no fuera la computadora. Sin embargo, en el hombre cerebro (equivalente de la máquina) y actividad mental (equivalente de programa) son inseparables: la mente es un producto de propiedades reales del cerebro.

Reflexiones de Hofstadter al planteamiento de Searle.- La posición de este autor es opuesta a la de Searle, pero no intentará refutarla, sino hacer algunos comentarios.

Empieza aclarando que el ejemplo de Searle del "experimento en el cuarto chino" (un hombre que realiza las mismas operaciones que una máquina) es artificial, porque en la práctica esto no es lo que hace un hombre, sino algo mucho más complejo. Searle no tiene en cuenta el sujeto en toda su complejidad.

Además, Searle reniega de la existencia de máquinas pensantes: sin embargo, así como muchas ideas fueron abandonadas y después demostraron ser válidas, también puede ocurrir con que mañana se cree una máquina pensante.

El autor concluye que la mente existe en diferentes niveles de complejidad, sin duda, pero una mente que merezca el nombre de tal existe solamente donde existen sistemas representacionales de alta complejidad. La mente existe en el cerebro y puede llegar a existir en máquinas programadas. Si estas existiesen algún día, sus facultades causales derivarán no de las sustancias que las integran, sino de su diseño y los programas que desarrollen.

Resumen de Searle J (1985) Mentes, cerebros y máquinas (artículo).

MENTIRA

Definición.- Elaboración imaginativa no patológica. Se da en personas normales y en enfermos mentales. a) Hiperemotivos: por conveniencia y temor al castigo. b) Alcohólicos: por vergüenza o por verse privados del tóxico. c) Delirantes: porque temen comprometer su situación y para ocultar sus intenciones. d) Perversos: Deliberadamente para perjudicar y hacer daño" (Betta, 1984:142).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Generalidades.- Enunciado en el cual una persona deforma deliberadamente la verdad. Las charlas virtuales ofrecen la posibilidad del anonimato, lo que facilita en gran medida la posibilidad de mentir acerca de uno mismo. Una señora gorda se puede convertir en una princesa rusa, y un hombre feo y pelado que se siente fracasado puede transformarse en un verdadero amante latino.

Algunas investigaciones describen una 'doble conciencia', "situación en la que se encuentra una persona que tiene dos narrativas en la cabeza: una vida deseada -más espectacular- y una vida real. El objetivo es destacarse, ser interesante, aunque sea por unos minutos. Las historias sirven tanto para impresionar a los demás como para mejorar la propia autoestima" (Carey B, 2003).

"Una vida tejida con una trama de mentiras o ocultamientos equivale a una vida no saludable... porque implica sostener ideales de bienestar a costa de un profundo miedo y una gran desconfianza en la propia capacidad para enfrentar las cosas" indica Perla Pilewski, miembro de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Y es así que desde problemas respiratorios hasta cardíacos, pasando por la aceleración del proceso de muerte en los enfermos terminales, son algunos de los resultados que pueden acarrear el engaño sistemático (Haimovichi, 2003). La razón? Refiere la psicooncóloga Juliana Taquini que "al disponer de toda la información, la persona puede elegir el camino que prefiere y el cuerpo no tiene que tramitar los engaños e interrogantes enfermándose. Si esa información se mezquina, pueden surgir asma, afecciones cardíacas, estrés" (Haimovichi, 2003).

Cazau P (2003) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Carey B (2003) La gente fabula sobre su vida para llamar la atención. Publicado en Los Angeles Times. La traducción, de Claudia Martínez, puede encontrarse en Diario Clarín, Buenos Aires, 6 de abril de 2003.

Haimovichi L (2003) Vivir en la mentira produciría daños psicológicos y problemas de salud. En Diario Clarín, Buenos Aires, 6 de abril de 2003.

Clasificación.- Se distingue entre dos formas de mentira. Primero, el queriente cree lo que dice. Así ocurre con el gran número de mentiras infantiles y debemos considerarlo como un juego de la fantasía, por lo tanto, como normal. La otra forma de la mentira es lo que llamamos vulgarmente mentira: no decir la verdad. La mentira aparece como un síntoma de algunos trastornos mentales, acompañada de otros síntomas más graves, pero puede ser un síntoma aislado, por ejemplo, en insanía moral. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

En el niño.- El niño muy pequeño miente por la vivacidad de su imaginación, sea porque no puede distinguir fantasía de realidad, sea porque le gusta el juego de la simulación. El niño algo mayor puede mentir, ya sea en defensa propia o por el deseo de darse importancia. (mentira jactanciosa).

Isaacs Susan (1965) Años de infancia. Buenos Aires: Hormé-Paidós, pág. 123.

METACOGNICIÓN

Generalidades.- La metacognición -conocimiento acerca del pensamiento-y la supervisión son controles ejecutivos poderosos en el sistema del procesamiento de la información. La metacognición implica una conciencia de qué estrategias de pensamiento se deben usar y cuándo, cómo y por qué aplicarlas. Existen tanto diferencias individuales como del desarrollo en las aptitudes metacognoscitivas. Conforme los niños tienen más edad, son más capaces de supervisar y dirigir su atención y estrategias de aprendizaje. Los profesores pueden enseñar aptitudes metacognoscitivas para ayudar a los alumnos a convertirse en estudiantes estratégicos.

Woodfolk A (1996) Psicología educativa. México: Prentice-Hall, 6ª edición.

Generalidades.- La metacognición sería la conciencia de cómo se produce un pensamiento, la forma cómo se utiliza una estrategia, y la eficacia de la propia actividad cognitiva. Aquí se incluye la conciencia y el control. La toma de conciencia va desde un nivel bajo, donde se utiliza un darse cuenta vago y funcional, a una alta conciencia, referida al pensamiento reflexivo. El control incluye la acción referida a metas que involucra la selección de la meta, el análisis de los medios y la toma de decisiones.

Mucci, O, Atlante, M., Cormons, A., Durán, C., Foutel, M. Oliva, G. (2002) Estilos cognitivos y estrategias de aprendizaje. http://www.ateneonline.net/datos/22_02_Chiecher_Anal%C3%ADa.pdf

Generalidades.- Para Hacker (1998), y Romero, et al (2004), la metacognición es el conocimiento y regulación de nuestra cognición y de nuestros procesos mentales, es decir un conocimiento autorreflexivo. Es el conocimiento que tenemos de todas las operaciones mentales: en qué consisten, cómo se realizan, cuándo hay que usar una u otra, qué factores ayudan o interfieren en su operatividad, entre otros. La metacognición involucra la metamemoria, meta-atención, metalectura, metaescritura, metacomprensión.

Hacker, F. (1998) Metacognition: Definitions and Empirical Foundations.

Romero, G, Osuna, M, Flores, R, López, A. (2004) Estrategias para aprender a aprender <http://www.esimecu.ipn.mx/diplomado/Estrategias%20para%20aprender.htm>

Generalidades.- Los procesos metacognitivos se llevan a cabo cuando el yo cognoscente piensa acerca de su propio pensamiento, reflexiona sobre si posee un tipo de conocimiento, si está adquiriendo un nuevo saber, o se reconozca el nivel cognoscitivo adquirido, piense sobre errores cometidos en sus declaraciones, es decir, es un análisis interior, consciente, autoevaluativo del nivel de conocimientos dominado por una persona que aprende dentro de un contexto de educativo.

Areiza, R., Henao, L. (2000) Metacognición y estrategias lectoras. Revista de Ciencias Humanas, nº 19, <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev19/areiza.htm>

METAFORIZACIÓN

Generalidades.- La capacidad metafórica es la habilidad para hacer metáforas, percibir analogías y para cruzar diversos dominios intelectuales en el proceso de establecer tales conexiones iluminadoras. Es, entonces, una 'inteligencia' que integra diversas inteligencias, y es este tipo de habilidad lo que llevó a Jerry Fodor a hablar de un procesador central. Sin embargo, percibir patrones en diversos dominios podría ser una habilidad lógicomatemática.

Parece haber tres formas de capacidad metafórica en niños normales: capacidad para percibir analogías sensoriales (ej: auditivo y visual); luego, en la edad preescolar, capacidad para comparar símbolos (palabras, movimientos, etc.) y sentir placer en ello; y finalmente en la edad escolar retoma su habilidad metafórica pero luego de un periodo donde su preocupación no es establecer analogías sino dominar cada ámbito por separado. Todas estas formas de metaforizar son universales y están un tanto separadas del desarrollo de inteligencias específicas.

Gardner Howard, Estructuras de la mente: la teoría de las múltiples inteligencias, México, Fondo de Cultura Económica, 1983, pág. 320.

METEMPSICOSIS

Definición.- (*Parapsicología*) La creencia de una metempsicosis o transfiguración de las almas, se encuentra repetidas veces en los pueblos primitivos, así como en los pitagóricos, Platón y otros pensadores de la antigüedad. Desde las Upanishadas esta idea es fundamental para las religiones indias. Según ella, después de la muerte del hombre, su alma debe animar otro cuerpo de hombre, animal o de planta, según sea el destino que en su vida interior haya merecido. La ley conforme a la cual el mérito y la culpa conducen inevitablemente a un adecuado renacimiento (palíngenesia) se llama *karma*. Consecuentemente, la vida actual tampoco es considerada como la primera, sino que se supone una preexistencia del alma. La doctrina de la metempsicosis se apoya sobre los recuerdos de algunos videntes relativos a vidas anteriores. Pero la razón principal, que ya se dibuja en Platón, es la incapacidad para conciliar en otra forma la desigualdad en el destino de los hombres con la idea de la justicia. En los sistemas panteístas se añade a esto la necesidad y supratemporalidad de la creación que parece exigir un ritmo sin principio ni fin, al que se acomode el nacer y el volver a lo absoluto, y, junto con ello, un ciclo de nacimientos. (Brugger, *Diccionario de Filosofía*.)

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

MEYER, ADOLF

Biografía.- "Adolf Meyer, hijo de un pastor zwingliano, nació en Niederwenigen, Suiza, el 13 de noviembre de 1866. En la escuela de medicina recibió la influencia del psiquiatra August Forel, director del Manicomio Bûrghölzli. En 1892 emigró a Estados Unidos.

En 1903, Meyer postuló que la enfermedad mental tiene origen con frecuencia en el desequilibrio de la personalidad, ocasionado por la desorganización de los hábitos. Consideraba los síntomas incomprensibles de la enfermedad mental como toscos e inadecuados intentos del paciente para curarse a sí mismo, intentos que debían canalizarse más que suprimirse. Contrariamente a la tesis de Kraepelin sobre el deterioro como eventual evolución de la demencia precoz, Meyer opinaba que algunos rasgos de la personalidad, como el aislamiento precedían a la aparición de la enfermedad, y sugirió que la prevención y recuperación eran posibles.

Asimismo, recomendó que la escuela, la familia y la comunidad del paciente intentaran intervenir en el comienzo del desarrollo de la enfermedad. Las primeras aplicaciones de los principios de trabajo social a la terapéutica ocupacional y recreativa en pacientes convalecientes y la organización de programas de rehabilitación se inspiraron en el trabajo de Meyer durante este período.

Ya en 1906, Meyer valoró el estudio de Freud sobre la fase infantil del desarrollo como importante desde el punto de vista patológico, y se opuso a un rechazo prematuro del psicoanálisis, aunque ponía objeciones al énfasis de Freud sobre los aspectos patológicos e hipotéticos del funcionamiento mental más que sobre los sanos y comprobables.

Meyer introdujo en 1909 el término de "interpretación psicobiológica". En el amplio contexto de la interpretación psicobiológica, decía Meyer, las reacciones patológicas de la personalidad pueden explicarse como una regresión a reacciones filogenéticas antiguas, que antiguamente habían sido protectoras y que eran incompatibles con la adaptación.

La psicología recalcaba la importancia del estudio biográfico para una comprensión integral de la persona. En Meyer, la exploración clínica psiquiátrica comprendía los siguientes componentes: 1) identificar los motivos o indicaciones para la exploración, procurando de manera especial presentar los detalles pertinentes en la historia de la vida del paciente, obtenidos a través del estudio biográfico; 2) enumerar los puntos, factores y reacciones de la personalidad claramente relacionados; 3) un estudio cuidadoso de la situación física, neurológica, genética y social y de la correlación entre estas variables y factores de la personalidad; 4) diagnóstico diferencial, y 5) formulación de un plan terapéutico para cada caso. Los síntomas eran considerados fenómenos compensatorios, es decir, como reacciones.

Al entrevistar al paciente, Meyer consideraba que era mejor centrar la atención en su dolencia principal, la cual señalaba la posición que requería una intervención terapéutica inmediata. Más adelante, el psiquiatra determinaba la naturaleza y extensión del trastorno en el contexto del funcionamiento total del paciente, su historia médica previa y el papel desempeñado por factores como la constitución, desarrollo y ambiente. El material inconsciente obtenido del enfermo y la información aportada por su familia suplementaban los esfuerzos del psiquiatra" (página 115).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat. 2ª edición.

MICROAMBIENTE

Generalidades.- Entre el ambiente y la psique infantil se establece como eslabón intermedio un *microambiente* (el medio familiar) que el niño al principio percibirá y catectizará como metonimia del todo, pero que luego paulatinamente irá diferenciando del resto del entorno. Este microambiente o

espacio psíquico familiar se configura en base a dos organizadores: el discurso y el deseo de la pareja paterna.

Aulagnier P, La violencia de la interpretación (capítulo 4).

MIEDO

Definición.- 1. (Psicoanálisis) Según Freud una reacción ante un peligro externo real. Puesto a *angustia*, que es una reacción ante un peligro sin objeto real, y por ende, de carácter neurótico. 2. *Mira y López* demuestra que el miedo no es una emoción al servicio del instinto de conservación, como sostenía la psicología hace tiempo, sino "representa siempre una emoción perjudicial, que evidencia el fracaso de la reacción personal. Acompañada por el proceso de inhibición paradójica producido por la acción de influjos, que desintegran o interceptan las formas habituales de respuestas". (*Miedo*, 1939). El miedo tiene también sus signos fisiológicos: a) la pérdida de fluidez motriz; b) la exaltación de los reflejos neurovegetativos, y c) la inhibición progresiva de las reacciones vitales adaptativas. 3. (*Psicoanálisis personalístico*) OBJETIVACIÓN FALSA.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- El miedo es ante todo un afecto, es decir, algo que experimentamos y que tiene algún registro dentro de la gama que va de lo placentero a lo displacentero. Inclusive el miedo mismo como afecto abarca esta gama, ya que hay miedos muy displacenteros o desagradables y, en el otro extremo, un miedo asociado a sensaciones placenteras, como cuando se corre una carrera de autos o se escala una montaña.

El miedo suele definírselo como "sensaciones normalmente desagradables que tienen lugar ante una amenaza externa identificable en el ambiente. La reacción emocional y fisiológica puede ser indistinguible de la que acontece en la angustia, pero en el miedo, el temor se refiere a un objeto concreto" (Farré Martí y otros, 1999:235).

Por lo tanto, una cosa es el miedo justificable a peligros externos e identificados, como por ejemplo tener miedo en un terremoto, y otra muy distinta el miedo a peligros internos y desconocidos, que según el psicoanálisis resultan ser de origen pulsional.

En "Inhibición, síntoma y angustia" (en Complemento al tema de la angustia), Freud explica justamente que la angustia se caracteriza por su imprecisión y su carencia de objeto definido. Esto la diferencia del miedo, donde hay un objeto identificable. La angustia real es ante un peligro conocido, y la angustia neurótica se da ante un peligro desconocido, emanado de un instinto.

En Kaplan y Sadock (1994) también se distinguen miedos primarios (producidos por un peligro real, un estímulo doloroso) y miedos secundarios (de origen desconocido, que son adquiridos).

En el mismo artículo, finalmente, Freud distingue el miedo de la tristeza, que es también un afecto displacentero. El miedo implica una amenaza de pérdida, mientras que la tristeza surge una vez producida la pérdida, y surge bajo la influencia del examen de la realidad que impone la separación del objeto, puesto que este ya no existe. Por ejemplo, una mamá que ve a su hijo al borde del precipicio siente miedo (amenaza de pérdida de un hijo), pero, cuando constata que su hijo falleció, hay tristeza.

Farré Martí J. y otros (1999) Diccionario de Psicología. Barcelona: Ediciones Océano.

Kaplan y Sadock (1994) Compendio de Psiquiatría. Capítulo 8.

El miedo en la niñez y la adolescencia.- Considerando en primer lugar el miedo a peligros externos y identificables, como por ejemplo el miedo a un animal salvaje o a un desastre natural, podemos pensar en una diferencia entre el niño y el adolescente.

Como hipótesis, podemos plantear que en el niño no advertimos con tanta frecuencia este tipo de miedos, por cuanto tiene muy poca experiencia de cuáles son situaciones peligrosas y cuáles no, y por eso, sobre todo a los niños muy pequeños, hay que estar constantemente vigilándolos que no metan los dedos en el enchufe, que no acaricien al león del circo, etc. Esa conciencia de peligro, casi nula al principio, luego va formándose como consecuencia de experiencias negativas (el león lo mordió) o a partir de lo que observan en los adultos (por ejemplo un niño puede entender que una situación es peligrosa cuando ve a un adulto asustarse frente a ella, como cuando advertimos que la situación es peligrosa cuando vemos la cara preocupada de la azafata en un vuelo de avión).

El adolescente se supone que adquirió, en cambio, cierta experiencia de vida que ya le ayuda a discriminar las situaciones peligrosas, por lo que el miedo podrá aparecer, frente a ellas, más frecuentemente que en el niño.

Freud relaciona el miedo, especialmente del niño, con la amenaza de la pérdida de amor. En "Tres Ensayos sobre una teoría sexual", Freud comienza indicando que el miedo infantil proviene de no ver a la persona amada, en presencia de desconocidos. Cuando su libido no es satisfecha, la transforma en angustia.

Freud luego retoma este tema en "Compendio de psicoanálisis", cuando indica que los padres protegen al niño del mundo exterior, pero deben pagar esa seguridad con el miedo a la 'pérdida del amor', que los dejaría a merced de los peligros exteriores.

Ciertas experiencias apoyan una idea de Winnicott: cuando el niño tiene miedo a sentirse apegado a cualquiera, es por temor a ser rechazado y a experimentar angustia. Esta actitud luego volverá a repetirse cuando es un adulto (Bowlby J, 1989).

Pero, ¿qué sucede con los miedos frente a los peligros internos en el niño y en el adolescente? Entendemos por peligros internos por peligros de origen pulsional, es decir, los peligros que acarrearían al yo si este descarga libremente sus pulsiones sexuales o agresivas.

Quizás el ejemplo más típico de Freud sobre los miedos infantiles haya sido el caso Juanito.

El temor de Juanito era el miedo a los caballos. No podemos pensar que este miedo era ante un peligro externo, ya que el caballo en sí mismo no es un animal salvaje. Debemos pensar, entonces, en lo que ese caballo representaba simbólicamente para Juanito (en este caso, a su propio padre).

Como el impulso agresivo hacia el padre estaba reprimido, Juanito volcaba su agresividad hacia un objeto externo. Esta agresividad hacia el padre tenía su origen en el peligro de castración que este representaba. Así, como indica Freud, "por la fobia el miedo a la castración recibe un objeto distinto y una expresión disfrazada (ser mordido por el caballo o ser devorado por el lobo, en vez de ser castrado por el padre)" (Freud S, 1926). Freud hace alusión aquí a otro caso de miedo infantil, relacionado con el hombre de los lobos.

En "Historia de una neurosis infantil: el caso Juanito", indica Freud que por este miedo abandona Juanito la agresión contra su padre.

En síntesis, en los niños los miedos que se organizan como fobias son miedos a peligros internos, y más concretamente a dar "rienda libre" a los impulsos agresivos (como en el caso Juanito) o también a los sexuales. Es importante destacar que estas fobias solo tienen sentido una vez que se instaló la represión secundaria en el complejo de Edipo, y que por lo tanto no se aplican a niños muy pequeños, como por ejemplo de uno o dos años, ya que allí no hay amenaza de castración ni sujeción a la prohibición del incesto, y, por lo tanto, tampoco represión.

Veamos ahora qué sucede, finalmente, con los miedos frente a los peligros internos pulsionales en la adolescencia.

Se entra en la adolescencia iniciando un proceso de duelo que remueve situaciones de pérdida muy primitivas, así como situaciones de persecución ante lo desconocido. Por lo tanto, puede resultar entendible que los miedos adolescentes tengan alguna relación con estas amenazas de pérdidas (miedo a perder la identidad infantil, la protección de los padres, etc.) y con el miedo a lo desconocido que vendrá (especialmente esas "misteriosas" sensaciones corporales que aparecen como consecuencia de la maduración de los glándulas).

Se reaviva, además, en la adolescencia, la conflictiva edípica, habiendo aquí una diferencia entre el adolescente varón y la adolescente mujer. Según Fernández Mouján (1999), en el primer caso se reactiva el miedo a la castración fálica, mientras que en la mujer, el miedo es debido al rechazo y al vacío, es decir, al temor a no ser querida.

Esto es así porque la niña, como en su fantasía ya fue castrada, no tiene porqué temer la amenaza de castración, con lo cual su miedo no deriva de allí sino de, como dije, la falta de amor de sus padres.

Sin embargo, en el adolescente, sobre todo en el varón, muchas veces encontramos comportamientos audaces y arriesgados, más que comportamientos temerosos. Como se explica esto? Acaso esa temeridad puede ser una forma de manifestación del miedo?

Fernández Mouján (1999) sugiere que sí: al renunciar el Yo a su vieja identidad infantil en poco tiempo enfrenta nuevas tensiones derivadas de impulsos internos intensos, que traen mucha ansiedad por ser desconocidos y peligrosos. También enfrenta exigencias de la vida real. Ante ello, el Yo busca una solución en la experiencia ilusoria, una zona transicional donde puede permitirse un manejo más omnipotente de pulsiones y objetos, disminuyendo la tensión y aumentando así la operatividad del Yo. Si el adolescente no tiene esas experiencias transicionales, o sea si carece de representaciones que den cuenta de sus nuevos impulsos y sensaciones, buscará en la realidad situaciones riesgosas de las que debe salvarse, apareciendo así la temeridad.

En suma, el miedo adolescente debe entenderse en términos de la conflictiva edípica. Son miedos, en última instancia, frente a una autoridad superyoica que amenaza con castigar (castrando o quitando el amor). Estos miedos darán origen a los sentimientos de culpabilidad, tal como lo señala Freud en "El malestar en la cultura":

"Llegamos así a conocer dos orígenes del sentimiento de culpabilidad: uno es el miedo a la autoridad, y otro, más reciente, el miedo al Superyó. Ambas instancias obligan a renunciar a los instintos, con la diferencia que al segundo no es posible eludirlo".

En suma: el miedo a peligros externos y el miedo a peligros internos aparecen de diferente manera en los niños y en los adolescentes. Sin embargo, no deberíamos hacer una separación tan tajante entre los miedos de origen externo y los de origen pulsional, por cuanto sus límites no están siempre tan bien definidos. Así, indica Freud en "Inhibición, síntoma y angustia" que entre peligro real exterior y peligro interno instintivo hay una íntima conexión: el peligro real, para ser tal, debe tener alguna significación para el yo, o sea debe haberse hecho interno. Y al revés: un peligro interno instintivo puede desembocar en un peligro externo (la satisfacción del instinto traería como consecuencia un peligro desde el exterior). Bowlby J (1989) Una base segura. Buenos Aires: Editorial Paidós. Conferencia 2.

Fernández Mouján O (1999) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Capítulo 2 y 8.
Freud S (1910) Compendio de psicoanálisis. En Obras Completas, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1968, Tomo II.
Freud S (1926) Inhibición, síntoma y angustia. En Obras Completas, Tomo II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1968.
Freud S (1894) Las neurasias de defensa. En Obras Completas, Tomo III, Bs. As., Amorrortu, 1994.
Freud S (1905) Tres ensayos para una teoría sexual. En Obras Completas, Tomo III, Bs. As., Amorrortu, 1994.

Miedo y personalidad.- En esta investigación se trató de ver la relación entre determinadas variables de personalidad (neuroticismo y extraversión) y la tendencia a tener conductas de temor y/o desagrado, frente a una serie de estímulos. Se tomaron 138 sujetos estudiantes universitarios. Se aplicó el Cuestionario Eysenck (EPI, forma A) para rasgos de personalidad, y el inventario de miedos de Wolpe y Lang para registrar conductas de temor. En los sujetos con mayor neuroticismo se encontraron mayor cantidad de situaciones productoras de temor, dándose lo mismo en los sujetos con baja extraversión.
Argibay J (2000) Personalidad y tendencia a conductas de temor. Programa de investigación experimental en ciencias del comportamiento. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

MIGRACIÓN

Migración y estrés.- Si en nuestra sociedad existe un área en la que los estresores psicosociales poseen una dimensión cuantitativa y cualitativa relevante y difícilmente discutible desde la perspectiva de la salud mental, esa área es el de las migraciones del siglo XXI. Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas son las candidatas a padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises (haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos). El conjunto de síntomas que conforman este Síndrome constituyen hoy un problema de salud mental emergente en los países de acogida de los inmigrantes. En este trabajo se postula que existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven estos inmigrantes y la aparición de su sintomatología. El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple se caracteriza, por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores o duelos y, por otro lado, porque aparecen un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental (ámbito que es más amplio que el de la psicopatología, tal como analizaremos en el apartado 3 . 5) Entendemos por estrés "un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales percibidas y las capacidades de respuesta del sujeto" (Lazarus 1984) *y por duelo "el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto". Podríamos establecer una correlación entre los dos conceptos señalando que "el duelo es un estrés prolongado e intenso". Tal como planteamos (Achotegui 2000) existirían 7 duelos en la migración: la familia y los seres queridos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo de pertenencia, los riesgos para la integridad física. Estos duelos se darían, en mayor o menor grado en todos los procesos migratorios, pero no es lo mismo vivirlos buenas condiciones que en situaciones extremas

Joseba Achotegui, Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises).
AVANCES EN SALUD MENTAL RELACIONAL. 2008 MAR;7(1).

Migración y psicosis.- Objetivo: Hay constancia de una alta incidencia de trastornos psicóticos en los grupos étnicos de inmigrantes en Europa occidental. Algunos estudios sugieren que la densidad étnica puede influir en la incidencia de la esquizofrenia. Los autores investigaron si este aumento de la incidencia entre los inmigrantes depende de la densidad étnica de los barrios en los que viven.

Método: Es un estudio prospectivo de incidencia de primer contacto de trastornos psicóticos en La Haya, según el origen étnico y el barrio de residencia. Durante un período de 7 años, las personas que se pusieron en contacto con un médico por la sospecha de un trastorno psicótico fueron sometidas a entrevistas de diagnóstico y recibieron diagnósticos del DSM-IV. Un amplio sistema de registro municipal proporcionó el denominador de las tasas de incidencia. Los datos fueron suficientes para registrar las tasas de incidencia en los nativos holandeses y en la primera y segunda generaciones de inmigrantes procedentes de Marruecos, Surinam y Turquía. Se calculó la densidad étnica de un vecindario para cada grupo de inmigrantes como la proporción de residentes pertenecientes a ese grupo. Los análisis de regresión múltiple predijeron una incidencia de trastornos psicóticos en función de cada grupo étnico y de la densidad étnica del barrio. Los modelos se ajustaron para todos los inmigrantes en general y para cada grupo de inmigrantes por separado.

Resultados: Un total de 226 nativos holandeses y 240 inmigrantes fueron diagnosticados de padecer un trastorno psicótico. En comparación con los nativos holandeses, la proporción de tasa de incidencia ajustada para los inmigrantes fue significativamente superior en los barrios de baja densidad étnica (2,36), pero no en los barrios de alta densidad étnica (1,25). Hubo una fuerte interacción entre la procedencia étnica de la persona y la densidad étnica del barrio como factores de pronóstico de incidencia de la enfermedad. Estos resultados fueron constantes entre todos los grupos de inmigrantes.

Conclusiones: La incidencia de trastornos psicóticos fue significativamente más elevada entre los inmigrantes que vivían en barrios donde su propio grupo étnico constituía una pequeña proporción de la población.

Wim Velting , Ezra Susser , Jim van Os , Johan P. Mackenbach , Jean-Paul Selten , Hans W. Hoek, Densidad étnica de los barrios e incidencia de trastornos psicóticos entre los inmigrantes. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 ENE;165(1).

Migración y trastorno mental.- La emigración aparece en la vida de una persona como una situación susceptible de generar trastornos psiquiátricos. Pero emigración no es sinónimo de patología mental. La emigración representa, eso sí, un estado de fragilidad psicológica, fuente de estrés susceptible de provocar desequilibrios psicológicos o conflicto social. Las segundas generaciones de emigrantes que son los hijos de los que abandonaron el país de origen encuentran de una manera específica dificultades de integración debido a la imposibilidad de identificarse completamente a los valores culturales de un país ya sea el de origen o el de acogida. Este integra aspectos parciales de las dos. La actitud que adopte el emigrante ante su nueva situación repercutirá sobre la salud mental de las segundas generaciones sobretodo si este proceso amenaza su integridad física y/o psicológica. Desde esta perspectiva distinguimos dos tipos de actitudes que el emigrante puede adoptar como trastorno adaptativo frente a la situación de stress que puede representar la emigración para él y para su familia: la sobre-integración en el país de acogida y la sobre-identificación a los valores de la cultura de origen. Las segundas generaciones de emigrantes se muestran psicológicamente vulnerables en el proceso de integración de las dos identidades a través de los medios de socialización natural que influyen en su educación y en el desarrollo de su personalidad: la familia, la escuela y la sociedad. La interacción entre las mismas va a favorecer el desarrollo de una identidad integrada o va a ser fuente de estrés que desemboque en conflicto social y/o en enfermedad mental, cualquiera que sean sus manifestaciones. Se propone un enfoque transcultural a la hora de abordar la enfermedad mental del emigrante de segunda generación tanto desde su comprensión como desde la intervención psiquiátrica y psicoterapéutica con el fin de mejorar su proceso de integración en el país de acogida sin necesidad de que esto signifique una ruptura con su cultura de origen.

Miguel Marset, La salud mental en las segundas generaciones de emigrantes. REVISTA NORTE DE SALUD MENTAL. 2008 FEB;7(30):22-31.

MILLER, JACQUES-ALAIN

Biografía.- [psicoan.] (n. en 1944): nació en Châteauroux, una ciudad de 60.000 habitantes en el centro de Francia pero vive en París desde la liberación. el padre es médico; la madre, farmacéutica; uno de sus hermanos, Gerard, psicoanalista. estudió en los liceos Charlemagne, Janson y Louis Le Grand. Ingresó en la école normale supérieure en 1962, a la sección filosofía, a cargo de Louis Althusser, quien sería uno de sus profesores. asistió a los primeros cursos que dio Roland Barthes en la Ecole de hautes études, sobre semiología. en la Sorbonne -esa constelación de universidades- frecuentó los cursos de Jacques Derrida. a través de Barthes, Miller tomó conocimiento con el pensamiento de Michel Foucault. en setiembre de 1963, impulsado por Althusser, comenzó a leer, a estudiar, la obra de Lacan. Tres meses después, en enero de 1964, Miller es presentado a Lacan, mientras éste dicta su seminario 11º, "los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis". En junio de ese año Jacques Lacan funda la École freudienne de París, autónoma; es decir, no perteneciente a la asociación psicoanalítica internacional, sino enfrentada a ella. la EFP -de la que Lacan es jefe, inspirador y guía-- contaba con un centenar de miembros, entre ellos, Miller, un joven de 20 años, que allí afrontará su formación psicoanalítica. En 1966 Miller gesta una revista (*cahiers pour l'analyse*), gana por concurso una cátedra en filosofía y se casa con Judith, una de las hijas de Lacan. es nombrado en el departamento de filosofía de la universidad de Besançon y luego en el centro experimental de Vincennes. Entre 1968 (año del "mayo francés", del "movimiento contestatario") y 1971 comparte los entusiasmos y las tareas de los grupos de izquierda. en diciembre de 1974 es designado director del departamento de psicoanálisis, donde se destaca. en enero de 1975 gesta una nueva revista, *ornicar?* después, la sección clínica. Por iniciativa suya se crea el doctorado en psicoanálisis. Miller funda también el College Freudien pour la formation permanent. Todo dice hacerlo en nombre de Lacan, y varias veces éste lo autoriza públicamente. al mismo tiempo, desde los reportajes que se publicaron con el título de *televisión* (1973), comienza con lo que dio en llamar el "establecimiento" de los seminarios de Lacan, una construcción por la cual la palabra hablada toma forma de escrito. Cuando en 1980 Lacan *disuelve* la EFP algunos de los analistas que la integraban muestran su desacuerdo con la medida y recurren incluso a los estratos judiciales. (se llegó a duda de la autenticidad de los escritos de Lacan; una acusación grave pero sin fundamento.) En la *dissolution* el maestro había dicho: "aquellos que me amen que me sigan". Miller y otros lo acompañaron en su nueva empresa: école de la cause freudienne. Con una organización menos estructurada que la Asociación Psicoanalítica Internacional, la fundación del campo freudiano se extiende hoy por todo el mundo (por ese mundo, se entiende, susceptible de psicoanálisis).

Rubén Filipo

MIPS

Generalidades.- Abreviatura de *Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Se trata de un "cuestionario compuesto por 180 ítems respecto de los cuales el sujeto debe determinar si le son aplicables (respuesta verdadero / falso); su objetivo es medir la personalidad de individuos adultos que funcionan normalmente y cuya edad está comprendida entre los 18 y los 65 o más años. Para completar la mayoría de los ítems se requiere un nivel de educación correspondiente al primer año de la escuela secundaria. La mayoría de las personas emplean 30 minutos o menos para responder al cuestionario" (Millon, 1997:13).

El MIPS evalúa tres áreas principales de la personalidad: metas motivacionales, modos cognitivos y conductas interpersonales. En estas tres áreas se evalúan 24 escalas (12 pares), según el siguiente detalle:

Metas motivacionales	Modos cognitivos	Conductas interpersonales
Apertura	Extraversión	Retraimiento
Preservación	Introversión	Comunicatividad
Modificación	Sensación	Vacilación
Acomodación	Intuición	Firmeza
Individualismo	Reflexión	Discrepancia
Protección	Afectividad	Conformismo
	Sistematización	Sometimiento
	Innovación	Control
		Insatisfacción
		Concordancia

Los tres aspectos indican una secuencia tripartita de funcionamiento de las personas. El primer segmento indica que la conducta es motivada, potenciada y dirigida por propósitos y metas específicos; el segundo alude a las maneras en que las personas buscan, ordenan, internalizan y transforman la información sobre su entorno y sobre sí mismas; y el tercero abarca los diferentes modos en que las personas se relacionan y negocian con los demás en los círculos sociales donde se mueven, en vistas a las metas que las motivan y las cogniciones que han formado (Millon, 1997:18).

Las siguientes constituyen breves definiciones de las escalas del MIPS, y especifican las características de las personas que puntúan alto en cada una (Millon, 1997:15-17):

Apertura.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala tienden a ver el lado bueno de las cosas, son optimistas en cuanto a las posibilidades que les ofrece el futuro, les resulta fácil pasarlo bien y enfrentan con ecuanimidad los altibajos de la existencia.

Preservación.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala se concentran en los problemas de la vida y los agravan. Como piensan que su pasado ha sido desafortunado, parecen estar siempre seperando que algo salga mal y consideran probable que las cosas vayan de mal en peor. Preocupaciones y decepciones de escasa importancia logran trastornarlas con facilidad.

Modificación.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala toman su vida en sus manos y hacen que las cosas sucedan en lugar de mantenerse pasivamente en espera. Se ocupan diligentemente de modificar su entorno e influyen en los acontecimientos a fin de que estos satisfagan sus necesidades y deseos.

Acomodación.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala ponen muy poco empeño en dirigir y modificar su vida. Reaccionan ante los acontecimientos acomodándose a las circunstancias creadas por otros; parecen condescendientes, son incapaces de abandonar su indolencia, no tienen iniciativa y hacen muy poco para provocar los resultados que desean.

Individualismo.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala están orientadas a satisfacer sus propias necesidades y deseos: es decir, procuran realizarse plenamente ellas mismas en primer lugar, se preocupan muy poco del efecto que pueda tener su conducta en los demás, y tienden a ser a la vez independientes y egocéntricas.

Protección.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala están motivadas para satisfacer en primer lugar las necesidades de los demás, para ocuparse del bienestar y los deseos de otras personas antes que de los propios. Se las considera protectoras, capaces de anteponer el cuidado de los demás al de sí mismas.

Extraversión.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala recurren a los demás en procura de estimulación y aliento. Sus amigos y colegas son para ellas fuentes de ideas y orientación, inspiración y energía; las ayudan a mantener alta su autoestima y las confortan con su presencia.

Introversión.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala prefieren utilizar sus propios pensamientos y sentimientos como recurso; su principal fuente de inspiración y estimulación no son los

demás sino ellas mismas. A diferencia de los extravertidos, los introvertidos experimentan una gran serenidad y comodidad manteniéndose alejados de las fuentes externas, y son propensos a seguir los impulsos originados en su interior.

Sensación.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala derivan sus conocimientos de lo tangible y lo concreto; confían en la experiencia directa y los fenómenos observables más que en el uso de la inferencia y la abstracción. Lo práctico y lo 'real', lo literal y lo fáctico son lo que las hace sentir cómodas y les inspira confianza.

Intuición.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala prefieren lo simbólico y desconocido a lo concreto y observable. No rehúyen lo intangible y disfrutan de las experiencias más misteriosas y las fuentes más especulativas del conocimiento.

Reflexión.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala prefieren procesar los conocimientos por medio de la lógica y el razonamiento analítico. Sus decisiones se basan en juicios desapasionados, impersonales y 'objetivos' y no en emociones subjetivas.

Afectividad.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala forman sus juicios tomando en consideración sus propias reacciones afectivas frente a las circunstancias, evaluando subjetivamente las consecuencias que tendrán sus actos para quienes resulten afectados por ellos, y guiándose por sus valores y metas personales.

Sistematización.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala son muy organizadas y predecibles en su manera de abordar las experiencias de la vida. Transforman los conocimientos nuevos adecuándolos a lo ya conocido y son cuidadosas, cuando no perfeccionistas, incluso al ocuparse de pequeños detalles. En consecuencia, se las considera ordenadas, minuciosas y eficientes.

Innovación.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala tienden a ser creativas y a asumir riesgos, y están prontas a modificar y reordenar cualquier cosa con que tropiecen. Parecen disconformes con la rutina y lo predecible, y transforman lo dado siguiendo sus corazonadas y tratando de producir consecuencias nuevas e imprevistas.

Retraimiento.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala se caracterizan por su falta de emotividad y su indiferencia social. Tienden a ser silenciosas, pasivas, renuentes a participar. Es probable que los demás las consideren calladas y aburridas, incapaces de hacer amigos, apáticas y desligadas de todo.

Comunicatividad.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala buscan estimulación, excitación y atención. A menudo reaccionan con vivacidad ante situaciones de las que son testigos, pero por lo general su interés se desvanece rápidamente. Frecuentadoras de la alta sociedad, brillantes y simpáticas, también pueden ser exigentes y manipuladoras.

Vacilación.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala son por lo general apocadas, tímidas y experimentan nerviosismo en situaciones sociales. Desean intensamente agradar y ser aceptadas, pero a menudo temen que los demás las rechacen. Sensibles y emotivas, son al mismo tiempo desconfiadas, solitarias y propensas a aislarse.

Firmeza.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala tienden a creer que son más competentes y talentosas que quienes las rodean. A menudo son ambiciosas, egocéntricas y seguras de sí mismas, y no tienen pelos en la lengua. Es probable que los demás las vean como arrogantes y desconsideradas.

Discrepancia.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala tienden a actuar de modo independiente y no conformista. A menudo se niegan a acatar normas tradicionales, manifestando una audacia que puede ser vista como imprudente o como animosa y esforzada.

Conformismo.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala es probable que sean honradas y tengan autodominio. Su relación con la autoridad es respetuosa y colaborativa, y tienden a actuar con formalidad y buenas maneras en las situaciones sociales. Es improbable que dejen traslucir su personalidad o que actúen espontáneamente.

Sometimiento.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala son sus peores enemigos. Están más habituadas al sufrimiento que al placer, son sumisas y tienden a rebajarse ante los demás. Su conducta, que condena al fracaso cualquier esfuerzo que se haga por ayudarlas, determina que pierdan oportunidades de ser recompensadas y les impide reiteradamente triunfar en sus empeños aunque posean la capacidad necesaria.

Control.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala son enérgicas y a menudo dominantes y socialmente agresivas. Tienden a verse a sí mismas como intrépidas y competitivas. Para ellas, la gentileza y las demostraciones de afecto son signos de debilidad, y por lo tanto las evitan, mostrándose obstinadas y ambiciosas.

Insatisfacción.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala tienden a ser pasivo-agresivas y malhumoradas, y por lo general se sienten insatisfechas. Sus estados de ánimo y su conducta son muy variables. A veces son sociables y amistosas con los demás, pero en otras ocasiones se muestran irritables y hostiles, y expresan su creencia de que son incomprendidas y poco apreciadas.

Concordancia.- Las personas que obtienen un puntaje elevado en esta escala tienden a ser muy simpáticas socialmente, mostrándose receptivas y maleables en su relación con los demás, con quienes

establecen vínculos afectivos y lealtades muy fuertes. Sin embargo, ocultan sus sentimientos negativos, en especial cuando esos sentimientos pueden parecer censurables a las personas a quienes desean agradar.

En todos los estilos de personalidad "hay aspectos 'positivos' y 'negativos'. Cada estilo representa patrones adaptativos que son muy adecuados para algunos ambientes y situaciones, y menos adecuados para otros. Ningún rasgo de personalidad es bueno o malo en todos los casos" (Millon, 1997:56).

Millon T y otros (1997) MIPS. Inventario Millon de Estilos de Personalidad. Buenos Aires: Paidós.

MIRADA

Duración de la mirada.- Durante algunos años los investigadores han interpretado el 'tiempo de duración de la mirada' como una señal de que los bebés prefieren un estímulo a otro. Cuando se colocan dos estímulos delante de los bebés, la mayoría prefieren mirar más rato el que es nuevo para ellos, quizá porque lo encuentran más interesante. Pero Charles Nelson y Paul Collins (1991) señalan que el tiempo de mirada no es sencillamente una cuestión de interés; la atención del bebé también depende de la habilidad para iniciar, controlar y terminar la mirada. Según ellos, lo que se necesita es un modo de explorar los acontecimientos neutrales y cognitivos que subyacen a este despliegue de atención y memoria.

En un experimento reciente, Nelson y Collins (1991) buscaron alguna señal involuntaria que percepción y atención producida por el sistema nervioso. Utilizaron el potencial de acontecimientos relacionados (ERPs), que son los cambios momentáneos en las ondas cerebrales de los bebés cuando miran un estímulo. Los investigadores proporcionan los ERPs grabando las respuestas de ondas cerebrales a los estímulos; luego utilizan un ordenador para sacar la media de la actividad. La actividad posiblemente refleja las neuronas implicadas en el proceso del estímulo.

Cuando Nelson y Collins vieron las respuestas de los bebés de 6 meses a las fotografías de caras, descubrieron que los cerebros de los bebés respondían de forma diferente a los rostros familiares (los que habían aparecido en el 60% de pruebas anteriores), los rostros algo conocidos (los que habían aparecido en 20% en pruebas anteriores) y las caras nuevas (las que no habían visto antes). Aproximadamente medio segundo después de que cualquier rostro apareciera en la pantalla, los trazos mostraron un bajón agudo, conocido como pico negativo. Cuando los bebés miraban a caras nuevas, el pico negativo permanecía.

Cuando las caras eran algo familiares, el pico negativo subía, pasando a ser un pico positivo. Cuando los rostros eran muy familiares, los trazos volvían rápidamente al nivel anterior, relativamente suave. El despliegue de respuestas de los bebés parecía seguir dos procesos separados de percepción. Un proceso (el pico negativo continuado) puede reflejar la 'detección de novedad', que indica que el estímulo ha acaparado la atención del niño. Puede estar relacionado con la codificación inicial de un estímulo nuevo para el bebé -ya sea porque es nuevo o porque lo ha olvidado por completo-. El segundo proceso (el pico positivo) puede reflejar 'atención retenida', que indica que el bebé está actualizando la memoria reciente tras reconocer el estímulo que ha sido parcialmente codificado. Eso quiere decir que el estímulo no es tan familiar como para aburrir al bebé, todavía hay algo que aprender del mismo. Si los investigadores hubieran confiado en el tiempo de duración de la mirada en lugar de en las ondas cerebrales de este experimento, todos podrían haber dicho que a los bebés les gustan más las caras nuevas que las muy familiares o algo conocidas. Los bebés ya no miraban más tiempo a las caras algo conocidas que a las muy familiares. No obstante, las ondas cerebrales mostraban que los bebés estaban procesando estos dos tipos de estímulos de modo distinto.

(Tomado de Hoffman L., Paris S., Hall E., "Psicología del desarrollo hoy", Madrid, McGraw-Hill, 1996).

MITO

Definición.- 1. En griego: narración. Es la expresión simbólica de las vivencias arcaicas de los pueblos antiguos. Bachofen lo define como "exégesis de los símbolos", y el "relato de una experiencia colectiva en la luz de la fe". 2. (*Psicoanálisis*) C. G. Jung y sus colaboradores han podido incorporar científicamente el mito en la psicología, en cuanto han podido elaborar el simbolismo de los mitos como "materia prima del inconsciente colectivo". El concepto de Jung sobre *arquetipos* se basa justamente en los símbolos arcaicos, encontrados en el mito. Se trata todavía de un terreno inmenso para investigaciones psicológicas del simbolismo de los mitos, pero el aporte de Jung ha demostrado que no es posible comprender la psique del hombre de hoy, sin conocer en su simbolismo los mitos de los antepasados.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Mito de Edipo.- En sentido amplio, el complejo de Edipo es un conjunto de afectos de amor y odio que afectan tanto al varón como a la niña, lo que quiere decir que hay tanto un "Edipo masculino" como un "Edipo femenino". En sentido más restringido, el término se refiere solamente al varón, designándose la misma situación en el caso de la niña como Complejo de Electra, por alusión a la figura mitológica femenina que mató a la madre para vengar la muerte del padre.

El nombre de complejo de Edipo aplicado al varón tiene su origen en el mito de Edipo, narrado entre otros por Sófocles, y en quien Freud se inspiró. Según este relato, Layo, rey de Tebas y casado con Yocasta, consultó a un oráculo y se enteró que él sería asesinado por su propio hijo, Edipo. Horrorizado, y siendo aún recién nacido lo dejó abandonado bien lejos, pero fue recogido y llevado a otra ciudad, donde se crió. Ya mayor, Edipo encontró cierto día a una persona y tras disputar con ella por cuestiones del momento la mató, sin saber que era su propio padre.

Por aquel tiempo, un animal terrible deambulaba por los alrededores de Tebas. La Esfinge, que así se llamaba, se entretenía en proponer adivinanzas a cualquiera que anduviera por ahí y, en caso de no adivinar, se lo devoraba de inmediato. Edipo quiso hacerle frente, y cuando la Esfinge le preguntó cuál era el animal que camina en cuatro patas por la mañana, en dos al mediodía y en tres por la tarde, Edipo le contestó que ese animal era el hombre, porque camina en cuatro patas al nacer, en dos en la adultez, pero en la vejez camina con un bastón. El monstruo, vencido y furioso, se precipitó al mar.

Como premio a su hazaña fue coronado rey y se casó con Yocasta, pero cuando se enteró que ella era su madre -que a su vez se ahorcó al darse cuenta- Edipo huyó de Tebas guiado por su hija Antígona tras haberse saltado los ojos. Palabras más, palabras menos, esta trágica historia vuelve a revivirse, según el psicoanálisis, en la infancia de todos los varones, cuando fantasean con la posibilidad de matar al padre para quedarse con la madre.

Cazau P (1996), Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Mito familiar.- Andolfi desarrolla esta temática en el capítulo 5, titulado La construcción del mito familiar en la terapia.

Formación y elaboración del mito familiar.- Al revés que la crónica, que necesita datos para alimentarse, el mito crece sobre los huecos, sobre la falta de información a través de la fantasía, buscando respuestas a los grandes problemas humanos: el amor, la muerte, etc. En el mito coexisten elementos reales y fantásticos, y son elaborados por cada uno desde la infancia según los mitos heredados y las propias experiencias.

Hay un punto de contacto entre mitos y reglas, pues cuando estas son rotas a menudo aparecen los mitos subyacentes a esas reglas, pues estas dejan algo sin explicar, un hueco llenado por el mito.

Tanto el mito como la regla son expresión de una estructura y como tales tienen cierta rigidez. Por ejemplo cuando el mito va construyéndose empiezan a aparecer ciertos organizadores que lo van configurando de cierta manera. Por ejemplo en los mitos familiares aparecen recurrentemente problemas no resueltos de pérdidas, separaciones, nutrición, individuación, etc, siguiendo temáticas de culpa, reparación, búsqueda de la perfección, etc. Tales temas casi siempre organizan los mitos.

Por mito familiar se entiende una serie de creencias, bastante bien integradas y compartidas por todos los miembros de la familia, que atañen a cada uno de sus miembros y a sus posiciones recíprocas dentro de la vida familiar. Son creencias que no se cuestionan, tienen una fuerte base emotiva y se suelen manifestar como contenidos de relevancia en el contexto social o religioso.

El mito, más que ofrecer una imagen del mundo ofrece una imagen de valor, prescriptiva, pues mediante él se encauzan los mecanismos de lectura, clasificación e interpretación de la realidad. Es como una matriz de conocimiento, un mandato.

Además están los mitos individuales (de cada miembro), relacionados con el familiar porque resultan funcionales para el cumplimiento y la satisfacción de este último, ya sea en el plano de las relaciones transversales (familia actual) o en el de las longitudinales (familia trigeneracional). Por ello debemos introducir en los mitos la dimensión histórica. Es más útil considerar el mito como estructura que se construye y se modifican con el tiempo, de forma tal que haya un antes y un después.

Mito, 'marca de necesidad' y terapia.- El mito no tiene una simple función homeostática de mantener el sistema familiar, sino que es capaz de cambiar conforme cambian las relaciones familiares con el tiempo. Los problemas vinculados con los mitos son activados en situaciones como muertes, nacimientos, matrimonios, etc. Estos acontecimientos activan constelaciones míticas, y cuál será puesta en juego dependerá de cada estructura familiar, de sus problemas y necesidades. Hay que 'descifrar' el mandato o encargo prescripto por el mito, introducir elementos que sirvan de estímulo para el cambio, o sea, el proceso terapéutico busca actuar también sobre los mitos.

Ejemplos e mitos son: el mito de la unión, en una familia donde en realidad están todos distanciados y temen una ruptura definitiva del núcleo familiar. También está el mito de la reparación, donde unos se preocupan por los otros tratando de repararse mutuamente.

La imposibilidad de pedir y la intervención terapéutica.- El terapeuta es una persona que puede pedir y pide que se afronten ciertos riesgos y que sean traídas a terapia las personas con quienes más útil resulta una confrontación en la medida que es más temida. En el caso de la familia Vianini, sus integrantes defienden la idea que son muy distintos entre sí y que no se necesitan mutuamente salvo para las cuestiones prácticas cotidianas. Por ello se enojan cuando el terapeuta les muestra lo 'similares' que son en realidad. Incluso pide a la señora Vianini que traiga a su madre para que vean lo iguales que son ambas. Esta unión que hace el terapeuta es un paso previo para que luego los miembros puedan separarse, individualizarse y crecer.

Mito familiar y ritos familiares.- Los ritos son los elementos constitutivos del mito familiar, a partir del cual este se construye o se crea. Los ritos son una serie de conductas estrictamente codificadas dentro de la familia, que se repiten en el tiempo y del cual participan todos los miembros o algunos de ellos. También sirven de soporte a los nuevos significados que van apareciendo, y que producirán la transformación del rito mismo.

El rito permite la transmisión o perpetuación del mito familiar. También puede contribuir a cambiarlo cuando hacen ridículo el contenido del rito. Un ritual ridículo es por ejemplo creer que un miembro de la familia está muy grave y entonces todos deben hacer silencio, caminar en puntas de pie para no molestarlo, etc, tornándose la vida familiar imposible.

Los ritos familiares tienen una función de aprendizaje: por ellos todos los miembros de la familia aprenden a conocer a los otros y comportarse en forma adecuada frente a ellos, aprenden a distinguir sus puntos débiles y hacer lo más adecuado para satisfacer la necesidad propia o ajena. El mito familiar resulta una expresión del intento de dar coherencia a los distintos ritos familiares, de asociarlos en una estructura que sirva de elemento unificador expresando los valores compartidos por todos.

Resumen de Andolfi (1993) Tiempo y mito en la psicoterapia familiar. Capítulo 5.

MODELO ACTIVADOR

Generalidades.- (Working Model). La representación mental interna del vínculo de apego que construyen los infantes es denominada por John Bowlby '*working model*' (o *modelo activador*) quien lo definió como el mecanismo mediante el cual las experiencias de apego en la infancia, en tanto representaciones internalizadas de ellas, afectan a la persona durante toda su vida.

Los modelos activadores guían las experiencias íntimas o románticas, y a su vez son influenciados por ellas. En el primer sentido, los modelos activadores se van construyendo como resultado de la interacción de memorias de experiencias de apego, creencias, actitudes y expectativas. En el segundo sentido, varios factores determinan la estabilidad de los modelos activadores: 1) los individuos tienden a seleccionar los ambientes donde las creencias sobre si mismos y de los demás son compartidas, 2) los propios sujetos mantienen los modelos que han construido, y 3) las persona procesan la información de tal modo que sea posible sostener la existencia de sus modelos internos.

Brenlla M y otros (2001) *Evaluación de los estilos de apego en adultos* (publicación interna de la Cátedra de Técnicas Psicométricas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires).

MODELO BIOPSICOSOCIAL

Revisión histórica.- "El conocimiento científico, la técnica, el sistema social y el sistema ideológico, han determinado las distintas ideas de la medicina, que se expresan en distintos modelos teóricos expuestos a través de la historia. El modelo biopsicosocial, definido por G. Engel, considera que el eje del estudio de la medicina pasa de la enfermedad al enfermo, al sujeto que padece, incluyendo a la sociedad como coparticipe en la génesis de la enfermedad. En contraposición a este modelo permanece desde inicios de siglo pasado (Meyer) el modelo biomédico, sofisticado pero impersonal. A través de una revisión bibliográfica planteamos las circunstancias históricas en las que se origina, su evolución durante estos 25 años, la situación actual por la que atraviesa y las perspectivas futuras. Se analizaran diversos parámetros tales como el pragmatismo frente a la teorización, eficiencia frente a integración, influencia que ha tenido en dicho modelo el resurgimiento actual del modelo biomédico y la idolatrada medicina basada en la evidencia. Así mismo profundizamos en las circunstancias que se deben plantear, en los próximos tiempos, para la reformulación de este modelo, que si bien está bien definido conceptualmente, no ha conseguido extrapolar su aplicación a la práctica clínica de una forma estandarizada".

Traid V y otros, Revisión histórica del modelo biopsicosocial. INTERPSIQUIS. 2005; (2005).

MODELO MÉDICO

Definición.- Modelo Médico es aquella construcción que, a partir de determinados rasgos estructurales, supone no sólo la producción teórica, técnica, ideológica, social y económico-política de los médicos, sino también la de los conjuntos institucionales implicados en su funcionamiento.

Menéndez E, Cuadernos Médico-Sociales, N°21, CESS.

MODORRA

Definición.- Condición especial del organismo producida con frecuencia entre el sueño y el despertar, que se caracteriza por una desintegración y degradación parcial de respuestas específicas; es estas circunstancias, los esfuerzos de adaptación pueden ser excepcionalmente tardíos, débiles, torpes, lentos y no relacionados con estímulos externos de importancia. Las imágenes *hipnagógicas* aparecen frecuentemente en la modorra (Francés: *assoupissement*.)

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

MODULARIDAD

Definición.- Término derivado de la programación de ordenadores y referido al hecho de que los distintos componentes de un programa deben ser lo más independientes entre sí, con lo cual cualquier falla puede atribuirse a uno de ellos en particular. Los módulos son entonces autónomos: pueden mantenerse intactos aunque los otros fallen. Marr, en 1976, propuso que el cerebro podía tener una organización modular, porque ella es muy ventajosa para cualquier sistema complejo que pretenda evolucionar: es más fácil corregir o mejorar, pues los cambios pueden hacerse en ciertos módulos sin necesidad de hacerlos paralelamente en los demás. Fodor, en 1983, desarrolló más extensamente esta idea.

Parkin, A.J. (1999) Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid: Panamericana, pág 5.

MOLDEAMIENTO

Definición.- "Aprendizaje o adquisición de una habilidad compleja, por condicionamiento, que usa aproximaciones sucesivas con una frecuencia adecuada de reforzamiento. Se inicia reforzando de entre las conductas observadas en el sujeto aquellas que se parecen más al comportamiento que se persigue. Cuando se consigue que éste se produzca con mayor frecuencia, se crea un nuevo comportamiento. A continuación se refuerza un comportamiento más cercano que el precedente al comportamiento buscado, y se deja de reforzar el anterior. De forma progresiva, paso a paso, se hace evolucionar el comportamiento del sujeto hasta alcanzar el comportamiento complejo propuesto como objetivo. El moldeamiento es una técnica que solo utiliza refuerzos positivos (recompensas) combinados con el procedimiento de extinción. La técnica fue descubierta por Skinner".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

MONOGAMIA

Definición.- "Forma de organización económica, social y cultural que implica un uso de la sexualidad, una relación entre personas de diferente o del mismo sexo de forma permanente o alternativa. No podemos identificar monogamia con heterosexualidad. Entre los nuer, en Sudán, la relación se establece entre mujeres, así como en otros pueblos africanos como los bobo. Entre hombres, por ejemplo, en los lango de África. El matrimonio supone sancionar legalmente la relación, con la posibilidad o no de ruptura futura".

Barragán Medero F, (1991), La educación sexual. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós, pág. 153.

MORAL

Teorías.- Winnicott muestra dos teorías: una dice que las nociones del bien y del mal están favorecidas por tendencias innatas, heredadas, pero estas nociones surgen de un código moral que deben aprender de los mayores.

La otra teoría dice que los únicos preceptos morales válidos son los que nacen del mismo individuo, naturalmente, por lo que es importante que adquiera él solo un sentido del bien y del mal. Estas dos teorías nunca van a ponerse de acuerdo.

La posición de Winnicott es que lo que vale es el sentido personal de niño acerca de lo que está bien y lo que está mal. Cuando un niño hace todo bien, no se orina, etc., no hay problema, pero cuando hace las cosas mal, la madre piensa que el niño tiene una moralidad innata y se pregunta cómo le exigirá sumisión a un orden moral.

Cada niño es diferente, ya desde lo heredado. A partir de ahí el niño irá desarrollando su sentido de lo que está bien y lo que está mal. Freud habló de un superyó, y M. Klein de un superyó temprano. El proceso, para Winnicott, abarca varias etapas:

- a) Todo marcha bien para el niño.
- b) Algo altera tal estado de cosas.
- c) El niño se ve abrumado por algo que no tolera y sus defensas yoicas se derrumban.
- d) Empieza a usar una nueva defensa yoica de menor calidad.
- e) Empieza a recobrar esperanzas y organiza actos antisociales, esperando así obligar a la sociedad a retornar con él a la posición donde se había deteriorado la situación (etapa b).
- f) Si esto sucede, el niño puede dar un salto regresivo hasta la etapa a) donde todo estaba bien, y redescubrir tanto al objeto bueno como al buen ambiente humano que lo controlaba a él y que le permitía liberar sus impulsos. Esta etapa es difícil de cumplir.

Cazau P (1996), Vocabulario de Psicología. Redpsicología www.galeon.com/pcau

MORFINA

Morfina y dependencia de opiáceos.- La morfina es un fármaco opiáceo ampliamente utilizado como analgésico en múltiples patologías médicas. En la actualidad se está estudiando su manejo en el tratamiento de mantenimiento en pacientes dependientes de opiáceos. Se describen los estudios más significativos en los que se ha valorado su utilidad en comparación con otros tratamientos, como la metadona o la buprenorfina. La morfina ha demostrado eficacia y tolerabilidad, su manejo es sencillo tanto en pacientes que consumen heroína como en los que han recibido otros fármacos opiáceos, por lo que es un medicamento que puede ampliar el arsenal terapéutico en pacientes que se incorporen por primera vez o que hayan recibido previamente tratamiento con otros opiáceos. Sin embargo es necesario realizar nuevos estudios para caracterizar adecuadamente su uso clínico.

C Roncero Alonso, N Sáez Francàs, X Castells Cervelló, M Casas Brugué, Tratamiento con morfina en la dependencia de opiáceos. REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA. 2007 ABR; 207(4).

MÓRTIDO

Definición.- "Término acuñado por Federn (1936) para describir una forma de energía que pertenece al instinto de muerte y análoga a la libido".

Rycroft Ch., "Diccionario de psicoanálisis", Buenos Aires, Paidós, 1976, pág. 78.

MOTIVACIÓN

Definición.- "Estados y procesos interiores que impulsan, dirigen o sostienen la actividad de un individuo".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 622.

Definición.- "La motivación se define por lo regular como un estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta... En esencia, el estudio de la motivación es un estudio de cómo y por qué las personas inician acciones dirigidas a metas específicas, con cuánta intensidad participan en la actividad y cuán persistentes son en sus intentos por alcanzar esas metas".

Woolfolk A (1996) Psicología educativa, México, Prentice-Hall Hispanoamericana SA, págs. 330 y 359.

Generalidades.- La orientación activa, persistente y selectiva que caracteriza al comportamiento es el fenómeno motivacional de base, que se expresa, bajo una multiplicidad de formas según el tipo de conducta (innata o adquirida, por ejemplo) y el nivel de desarrollo del organismo. Esta concepción implica que la motivación es al mismo tiempo fuente de actividad (aspecto dinámico) y de dirección (aspecto direccional); o más precisamente, da cuenta de la conducta como actividad dirigida.

La motivación aparece en muchos autores behavioristas como un término global y poco científico para designar la influencia de una variedad de estados fisiológicos sobre el comportamiento.

Nuttin J., La motivación, PUF París, 1968, 2da. edición. Este texto figura como capítulo V de "Motivation, emotion et Personnalité".

Motivación y metamotivación.- "Maslow (1970) distinguía entre motivación y metamotivación. La *motivación* se refiere a la reducción de la tensión por medio de satisfacer los estados de deficiencia o carencia. Implica a las necesidades D o necesidades por deficiencia, las cuales surgen de los requerimientos del organismo para su supervivencia o seguridad fisiológicas, tal como la precisión de alimentación o descanso, y motivan al individuo a participar en actividades que reducirán estos impulsos. La motivación y las necesidades D son determinantes poderosos de la conducta. La *metamotivación* se refiere a las tendencias de maduración. Implica necesidades B o necesidades de ser, las cuales surgen del impulso del organismo por autorrealizarse y satisfacer su potencial inherente. Las necesidades B no se derivan de una carencia o deficiencia; en vez de esto, empujan hacia delante para la autosatisfacción. Su objetivo es mejorar la vida enriqueciéndola. En lugar de reducir la tensión, con frecuencia la aumentan en su búsqueda de estímulos siempre crecientes que le proporcionarán una existencia vivida a plenitud". Las necesidades D o necesidades por carencia o deficiencia son cuatro: necesidades fisiológicas, seguridad, pertenencia y amor y autoestima. La necesidad B es la autorrealización.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 353-354.

Definición.- "Necesidad o deseo que dinamizan la conducta, dirigiéndola hacia una meta".

Farré Martí J (2000), Diccionario de Psicología. Madrid, Océano, pág. 66.

Definición.- 1. Variable distinta del estímulo, que ejerce un control sobre la conducta. 2. Proceso hipotético cuya especificidad proporciona energía diferencial para determinadas respuestas, constituyéndolas en dominantes sobre otras respuestas posibles ante el mismo estímulo; determinante hipotético específico-personal u organismo de la dirección o fuerza de una acción o de una línea de acción. Sinónimo: *motivo*. 3. Actividad de un segundo individuo; por ejemplo, si la motivación en los alumnos ha sido suficiente, su motivación para el estudio fue considerable.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Motivación extrínseca / intrínseca.- Se llama motivación extrínseca a la conducta que se controla mediante potenciales recompensas o castigos no dependientes del placer o displeasure eferentes de la conducta misma, y motivación intrínseca a la conducta cuyo ejercicio involucra incentivación o satisfacción.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Enfoques teóricos.- Aunque en la teoría cognitivo-conductual los conceptos motivacionales son sistemáticamente pasados por alto, hay muy pocos trabajos en la bibliografía cognitivo-conductual que expliciten las razones de tal omisión. Además, un factor importante que complica cualquier tratamiento del concepto de motivación es la confusión existente en cuanto a lo que significa.

Si bien un análisis del concepto de motivación escapa a los propósitos del presente trabajo, parece útil distinguir entre usos diferentes del término que a menudo se confunden en la práctica. El primer contexto en el que se aplica el concepto motivación surge cuando las acciones específicas de un individuo son evaluadas por que no se cumplen las expectativas convencionales (Peters, 1960).

A diferencia de lo que sucede en la teoría cognitiva tradicional, las cuestiones motivacionales ocupan un lugar central en la teoría psicoanalítica clásica. En este caso, la teoría motivacional es la metapsicología de pulsión. Otra razón por la que los teóricos conductista y cognitivo-conductuales evitan la teorización motivacional es que no aceptan aspectos de la metapsicología de la pulsión tales como el modelo psicosexual de Freud, la teoría de la sexualidad infantil y la hipótesis del papel que tienen los impulsos sexuales y agresivos inconscientes en la conducta humana. Por otra parte, las críticas a la metapsicología del impulso formuladas desde dentro de la comunidad psicoanalítica, como las tensiones entre defensores y críticos de la metapsicología de la pulsión, han constituido una dialéctica creativa fundamental dentro del desarrollo de la teoría psicoanalítica.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 4.

Generalidades.- "La motivación es el estado que provoca una tendencia hacia algún tipo de acción. Este estado puede ser de privación (por ejemplo, el hambre), un sistema de valores, o una creencia firmemente asentada (como por ejemplo, la religión). Los mecanismos biológicos desempeñan un papel fundamental como mediadores del aprendizaje y la percepción, a la hora de motivar un comportamiento. El organismo intenta mantener una Homeostasis o equilibrio interno (por ejemplo, un animal sediento está motivado para conseguir agua para beber). Los motivos sociales, tales como la necesidad de reconocimiento y éxito personal, también influyen sobre los patrones de conducta (por ejemplo, estudiar mucho para sacar buenas notas). Sin embargo, la intensidad de la motivación para conseguir cualquier cosa en cualquier circunstancia viene determinada, al menos, por dos factores: el motivo del logro (el deseo de conseguir algo) y las posibilidades de éxito.

Existen grandes diferencias individuales entre los valores que se consideran metas y objetivos. Algunos estudiantes persiguen ansiosamente el sobresaliente, mientras que otros desprecian el valor de las notas, y pones su meta en la satisfacción intelectual o en actividades extracurriculares. El factor expectativa se refiere a la probabilidad subjetiva de que, con el esfuerzo necesario, sea posible alcanzar el objetivo o la meta propuesta" (página 176).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Generalidades.- Schein describe algunas teorías y resultados de investigaciones sobre *desarrollo humano*, entendiendo por tal la noción de que las motivaciones, necesidades, actitudes y valores cambian no sólo durante la niñez sino también en la edad adulta. Se presentan cuatro teorías:

1) *Las motivaciones tienen origen biológico.-* Según Freud cada ser humano nace con instintos de vida y muerte. Desde aquí podemos entender la personalidad humana como un esfuerzo perpetuo por resolver conflictos entre ambos instintos, pero también *reconciliar dichos instintos con oportunidades o limitaciones del mundo exterior*. Ejemplo de conflicto: ganar más dinero solo o ganar menos pero pertenecer a un grupo de trabajo, estar junto a otros.

2) *Las motivaciones se aprenden en la niñez, y dependen de cada cultura.-* La persona no puede humanizarse sin el auxilio de otro. La adquisición del lenguaje es esencial para organizar nuestra experiencia, describir los sucesos externos e internos, o sea para pensar. Por él, también aprendemos los valores culturales y a dar significado a nuestra experiencia.

Para Freud, la socialización implica una capacidad del yo para controlar y canalizar impulsos internos, para minimizar el castigo y aumentar el premio externo. El niño internaliza las prohibiciones y actúa según ellas (superyo), así como los valores (ideal del yo), que nos hacen sentir culpables u orgullosos.

Desde el punto de vista sociológico, la socialización es un proceso de generalización gradual, donde cada persona desarrolla un concepto de sí mismo basado en las percepciones de otros sobre ella y en las percepciones de ella misma, o autopercepción. El concepto de sí mismo deriva de la interacción con los demás.

Las personas van expresando sus impulsos pero también montando defensas contra ellos. Por ejemplo: negar que uno está enojado diciendo que los otros lo están, justificando así la propia agresividad.

El principal motivador de la persona adulta es la necesidad de mantener y desarrollar un concepto de sí mismo y un concepto bueno de sí mismo. Hacemos cosas que tienen consistencia con nuestro autoconcepto. Toda nueva percepción o impulso lo confrontamos con este autoconcepto, y lo integramos o lo negamos. Esto sucede por ejemplo al trabajar en un nuevo empleo: se hace una reestructuración subjetiva procurando integrar las experiencias pasadas con las nuevas. El concepto de sí mismo va, así, cambiando.

3) *Motivaciones laborales.*- Otras teorías examinan los objetivos y valores más inmediatos en relación al trabajo, que pueden o no estar ligados a necesidades biológicas o sociales aprendidas, pero que varían mucho de una persona a otra con la edad y la etapa del desarrollo.

Un aspecto central del concepto de sí mismo y de su calidad es la ocupación. De aquí la importancia de dos variables: la elección ocupacional y el desarrollo de una carrera. La jubilación afecta la identidad.

La teoría de Roe relaciona elección ocupacional con crianza (y motivación como variable intermedia). Niños atendidos cariñosamente por sus padres tienden a elegir profesiones de servicios y relacionadas con la gente, y niños mal atendidos o descuidados por sus padres tienden a elegir ocupaciones más impersonales como ingeniería, etc.

Bailly y Schion hicieron una investigación para ver como influía la carrera seguida en la elección ocupacional y en los valores que actualmente estimaban las personas. Por ejemplo, los que habían seguido ingeniería elogiaban trabajos de dirección técnica, administración, etc, y los valores que más estimaban eran el liderazgo, el ganar mucho dinero, etc.

Las carreras profesionales y científicas dieron otras elecciones ocupacionales y otros valores, como la creatividad. Las carreras más especializadas como arquitectura dieron asimismo otros resultados en cuanto a la misma cuestión.

Bailly por su parte investigó como influía la satisfacción en el trabajo y la importancia de la tarea realizada sobre la participación laboral. Por ejemplo, gente con cargos gerenciales tenían mayor participación laboral que los ingenieros. Dentro de estos a su vez, aquellos cuyo trabajo estaba menos orientado hacia la gente son los que mostraron menos participación laboral y satisfacción en el trabajo.

La teoría de Holland sobre las carreras.- Esta teoría busca relacionar orientaciones personales con medios ocupacionales y tipos de ocupación. Las orientaciones personales y los medios y tipos de ocupación abarcan seis dimensiones: realista, intelectual, social, convencional, empresarial y artística. Se vio por ejemplo que una orientación personal realista encajaba mejor en un medio que ofreciese tareas concretas y explícitamente físicas, y sugería ocupaciones en áreas que requieren mano de obra calificada o no, como agricultura, ingeniería, etc. Así, en función de cada orientación personal se puede vincular a la persona a determinado medio ocupacional, lo que facilita la tarea de la elección vocacional y de la selección de personal.

La teoría del desarrollo de Super.- Super y Bohn postularon que el desarrollo profesional resulta de un proceso de síntesis del autoconcepto con las realidades del medio externo (oportunidades u obligaciones).

El desarrollo del concepto de sí mismo en función de roles ocupacionales u otros se realiza en seis etapas: *exploración* (desarrollo del autoconcepto en niñez y adolescencia), *comprobación de la realidad* (primeras experiencias laborales), *ensayo y experimentación* (desarrollo del autoconcepto seleccionando una carrera), *misión* (cambio del autoconcepto durante la ocupación profesional), *permanencia* (preservar el concepto formado y seguir implementándolo), y *decaimiento* (nuevos ajustes al concepto luego de terminar el rol ocupacional).

Determinantes de una carrera.- Los determinantes de una carrera u ocupación se definen como un conjunto de necesidades, valores y talentos a los que la persona no se atrevería a renunciar si tuviese que escoger (Schein). La idea de determinantes de carrera es un concepto de desarrollo y trata de reflejar el esfuerzo que hace cada ser humano por encontrar un concepto de sí mismo claro y aceptable, búsqueda que puede durar toda la vida. Los determinantes de carrera influirán sobre la elección ocupacional. Estos determinantes de carrera se agruparon en cinco: competencia técnica, competencia gerencial, creatividad, seguridad o estabilidad, y autonomía. Por ejemplo, una persona que no renunciaría al valor creatividad, buscará y tendrá ocupaciones creativas.

4) *Modelos universales.*- En lugar de hacer listas de necesidades o motivaciones, otras teorías presentan modelos universales, como las teorías de expectativas, según las cuales la conducta depende del valor dado a un resultado (dinero, responsabilidad, logro) y del tipo de conducta que llevaría al resultado (aumento en calidad o cantidad del trabajo).

Condensado de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulo 5.

Generalidades.- Según Fraisse, la motivación sería un principio de fuerza que impulsa a los organismos a alcanzar un objetivo, que provoca un comportamiento dado o que modifica el esquema de comportamiento presente. Este es un proceso que comienza cuando el individuo recibe un estímulo, ya sea del medio, ya de su propio mundo interior. Ese estímulo se vuelve percepción de un objetivo a alcanzar porque satisface una necesidad. Su papel termina cuando la conducta del sujeto está orientada hacia ese objetivo, transformándose así en medio para su realización.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

La motivación según Maslow.- Para Maslow, las motivaciones de la conducta humana deben ser buscadas en el ansia por satisfacer una amplia gama de necesidades jerárquicamente ordenadas, y que abarcan por ejemplo y especialmente las necesidades básicas fisiológicas, de seguridad, de amor, de estima y de autorrealización, entre otras. Una aclaración sobre los conceptos de salud y enfermedad. Dice Maslow que "un acto es psicológicamente importante si contribuye en forma directa a satisfacer las necesidades básicas. Cuanto menos directamente contribuya o cuanto más débil sea su contribución, este acto tendrá menos importancia desde el punto de vista de la psicología dinámica". A. Maslow

Abraham Maslow (1908-1970) califica a su teoría de la motivación humana como una teoría holístico-dinámica, por cuanto pretende integrar, además del funcionalismo de John Dewey, el holismo de la teoría de la Gestalt y de Goldstein, y la psicología dinámica de Freud, Horney, Reich, Jung y Adler. Sostiene, además, que ha surgido para explicar hechos por todos conocidos, como así también situaciones clínicas y experimentales, todas ellas relacionadas especialmente con la conducta humana.

A este respecto, Maslow señala que no hay ninguna razón para no empezar el estudio de la motivación a partir del hombre: muchas conclusiones que han surgido del examen de los animales, de hecho, han demostrado ser aplicables solamente a estos últimos, y no al hombre.

Conocemos la obra de Maslow como un sistema de ideas sobre la motivación, y por otro lado como un sistema conceptual sobre las necesidades, pero, ¿cuál es la relación entre motivación y necesidad?. Sintéticamente para Maslow, la conducta humana está motivada por el ansia de satisfacción de diversas necesidades, y que por razones de claridad expositiva clasificaremos, siguiendo a grandes rasgos la misma clasificación empleada por este pensador, en cuatro grandes grupos: 1) necesidades básicas o volitivas, 2) necesidades por mantener las condiciones que permiten la satisfacción de las necesidades básicas, 3) necesidades cognitivas, y 4) necesidades estéticas.

Estamos motivados por...	Satisfacer necesidades básicas	1. <i>Fisiológicas</i> (hambre, sed, sueño, sexo, actividad, descanso, etc.) 2. <i>Seguridad</i> (estabilidad, protección, dependencia, orden, límites, etc.) 3. <i>Amor</i> (dar y recibir afecto, pertenencia) 4. <i>Estima</i> (autoestima, respeto, estima y reconocimiento de los demás) 5. <i>Autorrealización</i> (desarrollo de potencialidades, creatividad)
	Satisfacer la necesidad de asegurar las precondiciones que permiten la satisfacción de las necesidades básicas	Libertad de expresión y de acción, necesidades de aprender, de buscar información, etc.
	Satisfacer necesidades cognitivas	Saber y comprender
	Satisfacer necesidades estéticas	Crear belleza, disfrutarla

Condensado de Maslow A (1996) Motivación y personalidad. Editorial Díaz de Santos. Capítulo 2: Una teoría de la motivación humana.

Ideas generales acerca de la motivación según Maslow.- Las ideas más generales que, según Maslow, deben figurar en cualquier teoría sólida sobre la motivación humana, son las 17 siguientes:

1) *Enfoque holístico.*- El individuo es un todo integrado y organizado, lo cual significa que es todo el individuo el que está motivado, y no sólo una parte de él. Es Pepe es que quiere comer, no el estómago de Pepe, y de idéntica forma, es Pepe quien quedará satisfecho y no su estómago.

Puesto que el individuo es un todo, el hambre que pueda sentir repercutirá en todos los demás aspectos de su organismo y de su psiquismo: cuando hay hambre, el individuo percibirá de otra manera, y habrá cambios en su memoria, en sus emociones y en su pensamiento, orientados todos ellos hacia el elemento que puede satisfacer el hambre, es decir, la comida.

2) *El amor como paradigma de motivación.*- Si conocemos profundamente la necesidad de amor, podemos aprender más sobre la motivación general humana (incluyendo el hambre) que si solo estudiáramos, en profundidad, el impulso del hambre, que fue siempre - y equivocadamente- el prototipo de elemento motivador de la conducta. El hambre tiene una localización somática específica, mientras que el amor es más claramente una necesidad de la persona en su conjunto. La mayoría de los impulsos que actúan en la vida cotidiana no se pueden aislar, ni localizar somáticamente, ni se pueden considerar como lo único que sucede en el organismo a la vez, y por estas razones no se puede tomar al hambre como ejemplo paradigmático de necesidad (aunque sí debe considerarse otra necesidad más). Maslow propone como modelo de motivación la necesidad de amor, aún cuando sea mucho más difícil de estudiar que el mero impulso de comer.

3) *Las necesidades últimas.*- En la vida cotidiana, los deseos son en realidad medios para alcanzar otros fines, y no son fines en sí mismos. Queremos dinero para comprar un coche, queremos el coche para satisfacer nuestra autoestima y ser respetados por los demás, etc. Esta cadena de medios y fines sigue

extendiéndose más, y Maslow propone que el estudio de la motivación debe ser, en parte, el estudio de los fines, deseos o necesidades últimas del ser humano. Los deseos más superficiales que sirven como medios para satisfacer otros más básicos tienen el valor equivalente a un síntoma, el cual no es importante en sí mismo sino en función de sus fines.

4) *La motivación inconciente.*- Siguiendo con el planteo anterior, los fines o motivaciones últimas no se observan directamente en la conciencia, y puesto que el simple examen de la vida motivacional conciente dejará de lado muchas cosas tanto o más importantes de lo que puede verse a ese nivel, una teoría de la motivación deberá considerar también la motivación inconciente, tal y como lo ha enfatizado el psicoanálisis.

5) *Universalidad de los deseos humanos.*- Los deseos fundamentales o últimos del hombre parecen ser universales. En lo que difieren según cada cultura es más bien en los medios para alcanzarlos. Todo el mundo busca la autoestima, aunque en algunas culturas se logre siendo un buen cazador, y en otras una persona poco emotiva.

6) *Multideterminación de la conducta.*- Un deseo conciente o una conducta motivada pueden servir para satisfacer diversas necesidades, es decir, servir a distintos propósitos, tal y como sucede por ejemplo con un síntoma histérico que puede satisfacer simultáneamente deseos de venganza, amor, piedad y respeto.

7) *Estados motivadores.*- En cierto sentido, cualquier estado del organismo es ya de por sí un estado motivador. Así, la motivación es un estado constante, inacabable, fluctuante y complejo. Por ejemplo, un sentimiento de rechazo tiene repercusiones en todo el organismo, tanto en los aspectos somáticos como psíquicos, y no está aislado sino que remite a muchos otros acontecimientos como pueden serlo el deseo de recuperar el afecto, esfuerzos defensivos, acumulación de hostilidad, etc.

8) *La satisfacción genera nuevas motivaciones.*- Tan pronto se satisface un deseo, aparece siempre otro en su lugar (por ejemplo el que le sigue en la escala jerárquica), con lo cual el hombre es un ser que está siempre deseando, y nunca está totalmente satisfecho.

9) *La imposibilidad de enumerar las necesidades.*- Maslow critica aquí los intentos por clasificar los impulsos o necesidades mediante un inventario minucioso. No puede llevarse a cabo esta tarea por los siguientes motivos: a) Nunca podría hacerse una enumeración minuciosa, porque tal inventario depende del grado de especificidad con que uno quiera analizar las necesidades. Por ejemplo, la necesidad fisiológica incluye una necesidad de hambre, esta a su vez la necesidad de determinada proteína dentro de esa comida, y así hasta el infinito. b) Un inventario además implicaría que todos los impulsos son iguales en potencia y probabilidad de aparición, cuando en realidad la probabilidad de que cualquier deseo aparezca en la conciencia depende del estado de satisfacción o insatisfacción de otras necesidades o impulsos. c) Un inventario supone que los impulsos están aislados y son independientes unos de otros, cuando por el punto anterior vemos que no es así. d) Un inventario supone la igualdad de los impulsos, cuando sabemos que algunos son concientes y están expresando en realidad, otros más inconcientes. e) Un inventario supone que los impulsos clasificados son todos excluyentes entre sí, cuando en realidad no es fácil separar con claridad y precisión a un impulso de otro. Por ejemplo, puede separarse claramente el impulso del objeto hacia el cual se dirige en el caso del hambre, pero no en el caso del amor, donde el fin, el objeto final y la conducta o actividad parecen todos la misma cosa.

10) *Clasificar la motivación según sus fines fundamentales.*- Lo anterior no significa que no pueda hacerse una clasificación. Solamente deberá adoptarse la precaución de clasificarlos según sus fines fundamentales, porque son solamente estos los que permanecen constantes a través de todos los cambios que el enfoque dinámico impone al teorizar psicológico.

La conducta no es una buena base de clasificación, porque la misma conducta puede expresar deseos diferentes. Tampoco lo es el objeto final, porque un mismo objeto (alimento) puede satisfacer al mismo tiempo deseos de hambre y de amor. Por descarte, elegiremos como base de clasificación los fines fundamentales, que son principalmente inconcientes y que fueron enumerados al comienzo de esta nota.

11) *Inadecuación de los datos sobre animales.*- Una teoría de la motivación humana debe partir de datos sobre conducta humana. Los datos sobre animales son insuficientes e inadecuados porque la motivación se organiza en ellos de una forma mucho más simple, tanto más cuanto más anterior está el animal en la escala filogenética.

Así, el instinto es una unidad motivacional donde el impulso, la conducta y el objeto o efecto final están todos muy determinados por la herencia. Sin embargo, conforme ascendemos en la filogenia, los instintos ceden progresivamente el lugar a la motivación, donde adquiere mayor importancia lo aprendido que lo heredado. Por ejemplo, en el hombre hay un instinto sexual de base, dado por herencia, pero además se integran con nuevos elementos provenientes de cambios internos (aprendizaje autógeno) e influencias externas (culturales). Así, si el impulso sigue siendo heredado, no ocurrirá lo mismo con la conducta y con el objeto final satisfactor, que se aprenden a lo largo de la vida.

Confiar en los datos animales contribuyó, finalmente, a excluir la idea de propósito o fin de la conducta, ya que no podemos preguntar a las ratas acerca de los fines de sus comportamientos.

12) *Influencia del entorno.*- La conducta está determinada por varios factores, de los cuales la motivación es una y las fuerzas del entorno son otros. Estos determinantes externos o situacionales permiten

complementar el estudio de los determinantes internos o motivacionales, y se refieren tanto a elementos materiales como a las personas y los sistemas culturales.

Maslow plantea una mutua interacción entre persona y medio. La necesidad no sólo organiza sus posibilidades de acción de la mejor manera posible y con gran variedad, sino que también 'crea' la realidad externa convirtiendo un ámbito físico en un ámbito psicológico, único que será significativo como fin actual de la necesidad en ese entorno particular.

13) La acción integrada.- El organismo tiene dos formas de comportarse: en forma integrada o global, que es lo más habitual, o bien en forma fragmentaria y con respuestas parciales, como en los casos de disociación, o de reflejos y condicionamientos aislados específicos.

Se ve claramente el comportamiento global o la acción integrada cuando hay un gran problema a resolver, una gran amenaza o un gran éxito. Si esta situación no puede enfrentarse, el organismo tiende a desintegrarse y dará respuestas parciales y no integradas. En otros casos, las conductas aisladas y parciales no son patológicas sino útiles al organismo por cuanto se utilizan para enfrentar lo familiar o lo de fácil solución, de forma que las principales capacidades del organismo queden libres para afrontar los problemas más grandes que puedan presentarse.

Muchas conductas parecen aisladas, pero no lo son (como el caso de los síntomas histéricos), porque un análisis más profundo suele revelar su íntima conexión con la estructura psíquica global.

14) Las conductas inmotivadas.- No todas las conductas son motivadas en el sentido corriente de gratificación de necesidades (conductas funcionales). Los fenómenos de maduración, de expresión y de crecimiento o autorrealización son ejemplos de conductas más bien expresivas que funcionales.

La distinción puede verse también en la consideración del síntoma según el psicoanálisis. El síntoma puede ser una conducta funcional si busca satisfacer una necesidad básica, aunque lo haga por un camino desviado, pero también puede ser una conducta expresiva en tanto funcione como protección o defensa. Es la misma diferencia que hay entre quien lucha por ganar, y quien renuncia a ese objetivo e intenta perder de la forma menos dolorosa posible.

15) La posibilidad de realización.- Dewey y Thorndike han destacado la importancia de la posibilidad de satisfacción de una necesidad como factor esencial para su aparición. Es poco probable que deseemos ser dueños de un edificio cuando no tenemos posibilidad de serlo, pero conforme nuestro sueldo va aumentando, las posibilidades de satisfacer nuevas necesidades de acrecienta, con lo cual ellas harán su aparición. Este factor de posibilidad permite explicar las diferentes motivaciones que aparecen en culturas distintas.

16) La realidad y el inconciente.- La realidad influye sobre los impulsos inconcientes, y, según el psicoanálisis, en la medida en que estos impulsos se controlan, modifican o reprimen su descarga por las condiciones impuestas por la realidad, se convierten en parte del yo y no del ello.

Maslow termina aquí planteándose una cuestión que deja sin responder, a saber, hasta qué punto los impulsos son patológicos o son sanos, habida cuenta que puede haber diversos grados de integración de los impulsos a la realidad, y habida cuenta de que la deformación de la realidad mediante fantasías aparece tanto en enfermos como en personas sanas.

17) La motivación de las capacidades humanas superiores.- La mayoría de lo que sabemos sobre motivación humana procede de datos sobre pacientes, pero un entendimiento cabal deberá incluir también y especialmente los procesos motivacionales en las personas sanas y en particular sus capacidades más superiores, procesos que podrán servir como modelo de referencia para una más completa teoría de la motivación humana.

Resumen de Maslow A (1996) Motivación y personalidad. Editorial Díaz de Santos. Capítulo 1: Prefacio a la teoría de la motivación.

MUERTE

Generalidades.- En ocasiones se les critica a los existencialistas su preocupación con la muerte. Es cierto que de hecho discuten en mayor profundidad el tema que la mayoría de los teóricos, pero no con un interés morboso. Es enfrentándonos a la muerte cómo podremos llegar a una comprensión de la vida. En su obra teatral *Las Moscas*, Sartre dice que "la vida empieza más allá de la desesperanza".

Heidegger nos llama ser-hacia-la-muerte. Parece ser que somos la única criatura consciente de su propio final y cuando nos damos cuenta de esto, intentamos quitárnoslo de la cabeza trabajando o haciendo cualquier otra cosa en el mundo social. Pero esto no nos ayuda. Evadir la muerte es evadir la vida.

Una vez me percaté que mientras sujetaba a mi hija en brazos pensaba en la muerte (quizás sea algo raro, pero pensar en estas cosas me ayuda en mi trabajo de vida). Cuando acerqué su cara durmiente a la mía, pensé en cuán pronto tanto ella como yo moriríamos. En ese momento estaba abrumado por mi amor hacia ella. Es precisamente porque tenemos tan poco tiempo juntos lo que hace que el amor vaya más allá de un simple arreglo familiar. Cuando eres verdaderamente consciente de que vas a morir, cada momento que pierdes, se pierde para siempre.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Ludwig Binswanger. Traducción de Gautier Rafael.

MUNDO

Generalidades.- Binswanger distingue la existencia humana y la animal a partir de diferenciar el 'mundo' en sentido analítico existencial y el 'mundo ambiente' en sentido biológico.

Un sentido biológico de mundo es el de von Uexkull, cuando habla de 'mundo ambiente' diciendo que es todo lo que un animal determinado percibe y todo hacia lo cual dirige su conducta. Como no todos los animales perciben lo mismo, hay tantos mundos ambientes como animales, conclusión válida también, según Binswanger, para el mundo del análisis existencial (hay tantos mundos como enfermos mentales), pero a diferencia del animal, el hombre tiene además de su mundo propio un mundo objetivo, común a todos, que es el mundo de la reflexión racional, del pensar.

El error de von Uexkull es considerar que su idea biológica de mundo es extensible tal cual al hombre. Y hay diferencia: mientras el animal debe cumplir inexorablemente un plan de construcción fijo y no puede salirse de él, la existencia humana contiene innumerables posibilidades de poder ser, y aquí radica su esencia: el hombre es en la medida que despliega sus posibilidades en el mundo, en la medida que trasciende. El animal 'tiene' un mundo, el hombre 'incluye' un mundo en su ser, el hombre configura su mundo, es decir que en la existencia humana no hay un ciclo de funciones, como en el animal, sino un ciclo de configuraciones. Gracias a su libertad, el hombre despliega su existencia bajo distintas posibilidades de ser-en-el-mundo: calculando, actuando, llorando, amando, etc.

Otro concepto de mundo es el de Goldstein, pero es también tomado en sentido biológico. Habla por ejemplo de la falta de libertad en personas con problemas de conducta por daños cerebrales, pero esto es en realidad una transformación del ser-en-el-mundo como transcendencia.

Binswanger L, De la dirección analítico-existencial de la investigación psiquiátrica. Incluido en Binswanger L, Artículos y conferencias escogidas.

Mundo interno según M. Klein.- "Resulta de la actividad de la fantasía inconciente, en la que se introyectan objetos y se construye dentro del yo un mundo interno complejo. En el mundo interno se siente a los objetos internos en relación dinámica los unos con los otros y con el yo".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 123.

NARCISISMO

Definición.- Como definición operacional, relación narcisista es "una estructura mental que funciona en un vínculo diádico, con dos términos en espejo, donde la persona, por identificación primaria, busca mantener una y otra vez la ilusión de poseer una omnipotencia, omnisciencia, perfección y completud propias, que también atribuye a su objeto, vivido como espejo confirmatorio" (pág. 423).

Aryan A, La adolescencia: aportaciones a la metapsicología y psicopatología. En Revista Psicoanálisis, Vol VII N°3, 1985.

Narcisismo y Edipo.- "El complejo de Edipo resulta el golpe más fuerte que el narcisismo recibe: una vez que las relaciones se triangularizan y la estructura edípica se implanta, se desmienten las fantasías omnipotentes de bisexualidad y de partenogénesis y aparece la diferencia de los sexos, la escena primaria y el enigma inefable de la procreación" (pág. 423).

Aryan A, La adolescencia: aportaciones a la metapsicología y psicopatología. En Revista Psicoanálisis, Vol VII N°3, 1985.

Según M. Klein.- "Para Melanie Klein no es necesario hablar de fase narcisista ni de narcisismo primario, sino sólo de "estados narcisistas" definidos por un retorno de la libido sobre los objetos introyectados. Este retorno de la libido sobre el yo caracteriza al narcisismo secundario".

Virel A., Vocabulario de las psicoterapias, Gedisa, Barcelona, 1985, pág. 201.

Generalidades.- El término narcisismo debe quedar reservado para las vicisitudes normales o patológicas de la catectización libidinal de sí mismo y, por lo tanto, no debe ser considerado como si fuera una pulsión instintiva aislada de las relaciones objetales internalizadas.

Los afectos placenteros y dolorosos son los principales organizadores de las series de relaciones objetales internalizadas "buenas" y "malas" y constituyen el sistema fundamental de motivaciones o pulsiones que organizan la experiencia intrapsíquica. Los estados afectivos determinan primero la integración de las relaciones objetales internalizadas y los sistemas generales de pulsiones, y más tarde señalan la activación de la pulsión y la representan en el contexto de la activación de la correspondiente relación objetual internalizada.

Por tanto, la naturaleza última del narcisismo como pulsión, o incluso como reflejo del equilibrio entre libido y agresión en la catectización del si mismo por parte de ambas, depende del desarrollo de disposiciones afectivas de las series libidinal y agresiva, que es concomitante de las relaciones objetales internalizadas y su estructuración en el yo, el superyo y el ello.

En suma, el estudio del narcisismo no puede separarse del estudio de las vicisitudes de la libido y la agresión, pero tampoco de las relaciones objetales internalizadas.

Narcisismo normal.- Siguiendo a Hartmann, definimos narcisismo normal como la catectización libidinal del sí-mismo. El sí-mismo forma parte del yo, y su catectización normal requiere como condición previa la integración de imágenes buenas y malas de sí mismo en un autoconcepto real que incorpora, sin disociar, los diversos componentes de las representaciones de sí mismo. Esta definición corresponde a lo que Erikson denominó identidad del yo.

Clínicamente, el sí-mismo integrado se caracteriza por la continuidad de la vivencia de sí mismo tanto en lo longitudinal (a través del tiempo) como en lo transversal (a través de diferentes áreas de funcionamiento en las distintas interacciones psicosociales). La falta de integración se ve en los estados yoicos contradictorios, recíprocamente disociados o escindidos, que alternan sin llegar a integrarse nunca.

En la catectización libidinal del sí mismo no interviene solamente la libido sino también la agresión (por ejemplo proveniente del Superyó y el ello), y la regulación del narcisismo normal solo puede ser concebida como el preominio relativo de la catectización libidinal sobre la agresiva.

Las estructuras intrapsíquicas y los factores externos que determinan la catectización libidinal del sí-mismo, es decir, el narcisismo normal, son cinco:

1) Sí-mismo ideal y metas del yo: El yo tiene metas inconcientes, preconcientes y concientes que determinan sus niveles de aspiración, con lo que la autoestima dependerá de la distancia entre el sí mismo real y el ideal.

2) Representaciones objetales: la autoestima depende también de las relaciones objetales internalizadas del pasado. El amor y la reconfirmación ofrecidos por las representaciones de objetos 'buenos' resarcan al sí mismo de las frustraciones de la realidad.

3) Factores superyoicos: Dos estructuras superyoicas regulan la autoestima. Una es el Superyó que ejerce la crítica, que demanda y castiga, y otra es el ideal del yo, que en lugar de prohibir marca los niveles de aspiración, lo que el sí mismo debe ser, y surge de las imágenes introyectadas de objetos ideales.

4) Factores instintivos y orgánicos: Vinculados con el ello, estos factores aumentan la autoestima cuando se han satisfecho las necesidades instintivas y cuando el sí mismo pudo conciliar sus necesidades internas con los requerimientos ambientales.

5) Factores externos: Se refieren a tres tipos de factores. Primero, las gratificaciones libidinales provenientes de objetos externos; segundo, gratificación de metas y aspiraciones yoicas a través del buen funcionamiento o éxito social; y tercero, gratificación de aspiraciones intelectuales o culturales concretadas en el entorno.

Condensado de Kernberg O (1991) Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 10.

Narcisismo patológico.- Existen tres niveles de patología del narcisismo:

1) Regresión del narcisismo adulto normal al narcisismo infantil normal: el contenido de las metas y expectativas yoicas y de las demandas superyoicas ha quedado fijado en un nivel infantil, en contraste con las aspiraciones y expectativas narcisistas maduras de los sectores yoicos más libres de conflicto. Es el más benigno de los desórdenes narcisistas.

2) Relación con un objeto que representa al sí mismo mientras el sí mismo se identifica con ese objeto: esto es característico de aquellos individuos que, tanto en sus relaciones objetales intrapsíquicas como en sus relaciones externas con otros, se identifican y aman a un objeto que los representa a ellos mismos, en el presente o en el pasado. Freud habló por ejemplo de relaciones narcisistas en homosexuales, que aman a un otro que tiene su mismo sexo.

3) Relación del sí mismo grandioso con ese sí mismo grandioso temporariamente proyectado: Es la patología más grave. La relación ya no es entre el sí mismo y un objeto, sino entre el sí mismo y el sí mismo, con lo que desaparece la relación objetal y es reemplazada por una relación narcisista en estado puro. Esto es característico de la llamada personalidad narcisista.

Aplicaciones diagnósticas de esta conceptualización de narcisismo patológico.- Esta conceptualización puede aplicarse por ejemplo a dos casos: la adolescencia y la homosexualidad.

La expresión más normal de incremento del narcisismo en la adolescencia es el aumento de la carga libidinal del sí mismo, manifestado como mayor preocupación del sí mismo y fantasías grandiosas, exhibicionismo, etc.

Una segunda manifestación, más patológica, es la identificación del adolescente con objetos infantiles y la búsqueda de objetos que representen al sí mismo infantil, aunque se conserva la capacidad de amar auténticamente a dichos objetos, con lo cual la relación narcisista y la objetal están amalgamadas.

Una tercer manifestación, más patológica, es la relación del adolescente con ciertos objetos que reflejan la proyección del sí mismo grandioso de manera que la relación es de sí mismo a sí mismo. El adolescente aparece así despreciativo, grandioso, explotador e incapaz de discriminar diferencias sutiles entre los demás.

En la homosexualidad masculina, tenemos en primer lugar los casos donde prevalecen factores edípicos genitales, donde la relación homosexual representa el sometimiento sexual al progenitor del mismo sexo

a modo de defensa contra la rivalidad edípica. Son los pacientes homosexuales más neuróticos e inhibidos, con buen pronóstico. El sí mismo infantil edípico se somete al padre edípico, habitualmente con represión de tendencias heterosexuales.

En un nivel más patológico, encontramos al paciente homosexual que tiene una identificación conflictiva con una imagen de su madre y trata a los objetos homosexuales como una representación de sí mismo infantil.

En un tercer tipo, el otro miembro de la pareja es "amado" porque el paciente lo ve como una extensión de su propio sí mismo grandioso, y es la forma más patológica y típica de la personalidad narcisista.

Condensado de Kernberg O (1991) Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 10.

Personalidad narcisista.- En la práctica, se pueden diferenciar tres niveles de funcionamiento de las personalidades narcisistas:

1) Aquellas que presentan una mejor adaptación superficial y cuyo talento o inteligencia les permiten triunfar en la vida social y obtener gratificaciones importantes por el éxito. Estos pacientes recurren al tratamiento sólo cuando tienen serios síntomas neuróticos, problemas sexuales o dificultades en sus vínculos íntimos, como en el matrimonio. A veces es difícil un tratamiento analítico de estos pacientes porque les cuesta reconocer sus problemas, por lo que a veces conviene empezar con una terapia de apoyo cuando atraviesa una crisis aguda y, a medida que va autoconociéndose, puede después iniciar un análisis.

2) Un segundo grupo representa a la mayoría de las personalidades narcisistas que piden tratamiento. Sufren serios trastornos en las mencionadas relaciones objetales y tienen una crónica vivencia de vacío e incapacidad para establecer relaciones emocionales y sexuales duraderas.

3) Un tercer grupo funciona en un nivel francamente fronterizo, con manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica. Aquí conviene una terapia de apoyo, con el fin de que el paciente se haga más adaptativo y 'atenuado'. Si estos pacientes tienen además rasgos antisociales, su pronóstico se vuelve más desfavorable.

La terapia analítica de pacientes con personalidad narcisista y marcados rasgos fronterizos debe incluir elementos expresivos y de apoyo.

Condensado de Kernberg O (1991) Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 10.

Según Freud.- Romero y Sauane sintetizan la evolución de los conceptos de narcisismo y fases libidinales de la siguiente manera:

1910.- "Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci" usa por vez primera 'narcisismo', describiendo un tipo de relación objetal: homosexual.

1911.- "Caso Schreber": el narcisismo aparece como fase del desarrollo de la libido (autoerotismo, narcisismo, elección de objeto a predominio homosexual, elección de objeto a predominio heterosexual). En esta última se aceptan las diferencias con el objeto. "A predominio" significa que no hay elecciones puras.

Estas fases son diferentes a las planteadas por Abraham, basadas en las zonas erógenas.

1913.- "Tótem y Tabú", donde el narcisismo le permite explicar la creencia del animismo.

1914.- "Introducción al narcisismo": Aparecen seis sentidos de narcisismo:

1. Como fase evolutiva: autoerotismo, narcisismo (el Yo se construye como unidad, como representación unitaria: se invierte al Yo como objeto), elección de objeto a predominio narcisista u homosexual, elección de objeto heterosexual, a predominio de las diferencias. El narcisismo como fase implica la idea de retroactividad.

2. Como fenómeno narcisista: es el proceso de retracción de la libido sobre el Yo.

Romero señala que en el caso de los grupos, no hablaremos de retracción ni introversión, sino de 'repliegue' de la libido sobre el grupo a expensas del mundo exterior. Un repliegue similar al del dormir: empieza el grupo a funcionar como yo de placer purificado: lo bueno es el grupo, lo malo es afuera.

Hay un narcisismo primario, y uno secundario. Este último puede ser normal (en el dormir, en el enfermo orgánico, en el desinterés por el mundo exterior), y uno patológico (esquizofrenia).

3. Como punto de fijación: de las neurosis narcisistas o en las parafrenias tipo Schreber. Hay un regreso al autoerotismo (no integración yoica) intentando apuntalar la unidad yoica amenazada. Este problema lo estudió Freud en las parafrenias, paranoias y melancolías, y más tarde en las perversiones.

4. Como tipo de identificación: ante la pérdida de objeto, el Yo se transforma a imagen y semejanza del mismo. Es la identificación narcisista, que retoma en "Duelo y melancolía".

5. Como estructura narcisista (dual, especular): opuesta a estructura edípica (triangular). Es una acepción implícita en Freud. Las cuatro anteriores son explícitas.

6. Como lo que el psicoanálisis americano llama personalidades narcisistas (bordeline, fácticas, etc), que Freud había considerado intratables por el método clásico (diván, etc), pero Green reflató la cuestión.

1914.- "Introducción al narcisismo": Se interesa por la vida amorosa. Autores posfreudianos señalan que el objeto, para el Yo, puede tener una función narcisista o una función anaclítica. Así, las elecciones de objeto pueden ser a predominio narcisista o por apuntalamiento (cuando el objeto está al servicio de conservar la identidad o sí mismo, o mantener la autoestima: o sea, las relaciones de objeto cumplen

también una función de apuntalar la autoestima y el sentimiento de sí o identidad yoica), y a predominio objetal.

Freud propone dos tipos de elección de objeto de amor: narcisista (lo elige a su imagen y semejanza) y anaclítica (donde la sexualidad se apoya en el objeto que sirve para la autoconservación). 'Apuntalamiento' se entendió así como apoyo en un objeto, en última instancia en la madre, aunque Laplanche critica esto último.

Durante el acto de mamar es posible discernir el apuntalamiento en una satisfacción final tipo orgasmo. Enseguida después se separa la sexualidad de la autoconservación. El prototipo de sexualidad oral no es la succión sino el chupeteo.

Por ello, en cuanto a una relación de objeto, el autoerotismo es un segundo tiempo, o sea, no es un estado primario de ausencia total de objeto, ya que al autoerotismo preexiste un objeto fusionado que satisface indiscriminadamente la función nutricia y la sexual.

Laplanche propone sintetizar la postura de Freud en este artículo en tres puntos: a) El narcisismo es la catectización libidinal de sí mismo; b) esta catectización pasa necesariamente por una catectización del yo; c) esta catectización del yo es inseparable de la constitución misma del Yo humano.

Romero propone retomar estos tres enunciados y aplicarlo a los grupos:

a) El narcisismo grupal es la catectización del grupo mismo tomado como grupo de referencia positivo. Es un amor hacia sí mismo a través del amor al grupo (narcisismo circular), pues los lazos libidinales son a predominio narcisista (no amo a los otros por lo que son, sino porque son amados por el mismo objeto líder. Además, los lazos son a predominio narcisista pues intentan renegar de las diferencias, por ser el miembro muy sensible a la diferencia Yo actual-Ideal del Yo). Como en el enamoramiento, se idealiza al objeto (grupo).

b) La catectización del "sujeto grupal" pasa necesariamente por una investidura libidinal del grupo como unidad ilusoria. "Sujeto grupal" no es solo el sujeto constituyente productor del grupo, y el sujeto constituido, producido como 'miembro' del grupo, sino también al grupo experimentado imaginariamente por los integrantes como si fuera un sujeto ("el grupo decidió tal cosa...").

c) Esta catectización del grupo como unidad ilusoria es inseparable de la constitución misma de los agrupamientos humanos: el agregado se transforma en grupo. Para que el grupo continúe, para que haya autoconservación, la representación-grupo debe haber sido narcisizada.

Freud señala que la comunidad de intereses (objetivos en común, tarea común) no garantiza la existencia o la continuidad del grupo (tampoco el logro de objetivos garantiza la disolución del grupo). El equipo de fútbol que ganó un campeonato se disgrega, vuelve el narcisismo individual, la hostilidad, se venden a otro equipo, etc. De esto se concluye que el narcisismo grupal es el complemento libidinal de la continuidad del grupo, de su conservación.

Romero indica que cuando integro un agregado trato de satisfacer a los deseos múltiples de los otros (un agregado dice Anzieu es un espejo quebrado donde yo aparezco por todos lados). Esto produce angustia de fragmentación, angustia previa a la fase del espejo. Incluso puede ocurrir que no coincidan los enunciados identificatorios de los otros hacia mí y de mí hacia los otros, lo que aumenta aún más la angustia de fragmentación: está amenazada la identidad yoica, fundada en la unidad. La defensa será huir del agregado hacia el grupo mediante una identificación a predominio narcisista, para acortar la distancia Yo actual-Ideal del Yo: somos todos iguales (renegación de las diferencias) aunque seamos diferentes (aceptación del género).

Una vez formado el grupo, este puede ver amenazado de nuevo su unidad, y frente a la angustia de fragmentación se puede instrumentar la defensa del chivo expiatorio (el 'bobo', o un enemigo en común, que unifica al grupo ante un enemigo común).

1923.- "El yo y el ello": Modifica las fases libidinales proponiendo que autoerotismo y narcisismo con una misma fase: lo propio del narcisismo con las conductas autoeróticas.

Condensado de Romero R y Sauane S (1995) Grupo, objeto y teoría, Tomo III. Buenos Aires: Lugar Editorial. Se incluyen agregados de las clases del Lic. R. Romero 5-9-95, 12-9-95 y 3-10-95 (Cátedra de Teoría y Técnica de Grupos II, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires).

Narcisismo y vínculos.- "A pesar del viejo refrán que dice que hay que amarse a sí mismo antes de poder amar a otros, una nueva investigación demostró que demasiado amor por uno mismo, o narcisismo, puede perjudicar profundamente la posibilidad de establecer relaciones duraderas. Según un estudio realizado por la Universidad de Georgia, en Atenas, para mantener el dominio de las relaciones sentimentales, los narcisistas tienden a recurrir a juegos, como tener en duda a la pareja sobre la seriedad del compromiso, la infidelidad, y además poseen una elevada opinión de sí mismos, se consideran más inteligentes, atractivos e importantes, lo que puede desencadenar en grandes peleas. El informe también agregó otro dato: al parecer los hombres encajan perfectamente en estas características".

El narcisismo tiende a perjudicar los vínculos duraderos. Diario La U, Buenos Aires, 31 de Julio de 2002.

El narcisismo en la mitología.- El Narciso de la mitología fue aquel hijo del río Cefiso que se enamoró de su propia imagen mirándose en las aguas de una fuente, en el fondo de la cual se precipitó y fue luego

convertido en la flor que lleva su nombre: el narciso. La mitología, la literatura, y aún la Biblia cuando hizo decir a Jesús "Ama a tu prójimo como a ti mismo", han recogido y dramatizado ese hecho incontrovertible que es el amor hacia uno mismo. Pasaría, sin embargo, mucho tiempo hasta que alguien, en este caso el creador del psicoanálisis, le diese a la idea un tratamiento científico sistemático. Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Perspectiva freudiana.- El concepto de narcisismo en Freud fue creciendo y enriqueciéndose conforme avanzaba en la construcción de su teoría. A mi entender, podemos trazar cuatro hitos importantes en esta cronología:

- 1) 1905 "Tres ensayos para una teoría sexual"
- 2) 1911 "Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente" (caso Schreber)
- 3) 1914 "Introducción al narcisismo"
- 4) 1916 "Duelo y melancolía"

1) En "Tres ensayos para una teoría sexual" aparece el término narcisismo para dar cuenta de un tipo particular de elección de objeto que se manifiesta en los homosexuales. Estos buscan jóvenes que se les parezcan a ellos mismos para poder amarlos como su madre los amó a ellos. Recordemos que, según Freud, la elección del objeto asume dos formas principales: la elección por apoyo o anaclítica, y la elección de objeto narcisista, siendo ésta última a la que hace referencia en esta primera etapa de su pensamiento.

Destaquemos además que todavía Freud no relaciona el narcisismo con una fase normal del desarrollo, sino que, en este caso, lo vincula con una perversión: la homosexualidad.

2) En el caso Schreber, Freud sigue vinculando el narcisismo con la homosexualidad pero lo hace de una manera más elaborada y compleja, ya que incluye el narcisismo -en sus intentos por explicar psicodinámicamente la sintomatología de la paranoia de Schreber-, como una fase del desarrollo psicosexual previa al amor de objeto, pero posterior al autoerotismo. La patología de Schreber puede así explicarse como una defensa frente a la homosexualidad, al propio tiempo que en términos de un fuerte punto de fijación en la fase infantil narcisista.

En efecto, en el caso Schreber encontramos, entre otras manifestaciones, sus delirios de grandeza. Para explicarlos, Freud nos presenta el siguiente argumento, que describo seguidamente en forma simplificada.

Frente a sus impulsos homosexuales ("yo lo amo"), Schreber instaura una defensa ("yo no amo a nadie"). Pero, como la libido debe ir a algún lado, según y conforme el principio económico de la distribución de la energía psíquica, la libido que es retirada de los objetos se transfiere regresivamente al yo, es decir, Schreber hace una regresión a una fase infantil narcisista donde precisamente la libido estaba catectizando la instancia yoica, lo que permite entonces explicar sus delirios de grandeza.

En suma, en esta segunda etapa Freud amplía la idea de narcisismo al relacionarla no solamente con una perversión, como la homosexualidad, sino además también con una psicosis, como la paranoia. Si bien su consideración del narcisismo guarda hasta aquí una relación directa con patologías, empieza a entrelazarlo como una fase normal del desarrollo psicosexual.

Como veremos enseguida, en una tercera etapa analizará más en detalle esta fase narcisista, que llamará narcisismo primario, y en una cuarta y última etapa volverá al terreno de la psicopatología relacionando el narcisismo con la melancolía, que clasificó como una neurosis narcisista.

3) En "Introducción al narcisismo" Freud intenta por primera vez una amplia sistematización del narcisismo, introduciéndolo en su teoría como una conceptualización que quedará finalmente ubicada en un lugar central.

En este medular estudio freudiano, existen por lo menos cuatro sentidos explícitos del término 'narcisismo':

- 1º) Como fase evolutiva
- 2º) Como punto de fijación
- 3º) Como movimiento libidinal
- 4º) Como tipo de identificación

1º) Como fase evolutiva, el narcisismo se inscribe entre el autoerotismo y la definitiva elección objetal heterosexual. Y no se trata de una fase cualquiera, porque es en ella donde ni más ni menos se constituye el Yo como representación unitaria, quedando investido libidinalmente como unidad.

Freud distingue al respecto un narcisismo primario y uno secundario. En el narcisismo primario el niño catectiza sobre sí mismo toda la libido, que antes encontraba satisfacción autoerótica en las zonas erógenas. En este proceso tienen una influencia decisiva los padres, quienes, al 'glorificar a su majestad el bebé' producen una resurrección del propio narcisismo de ellos en el niño, tomándose entonces éste último a sí mismo como objeto de amor. ¡Podemos imaginar cómo se eleva vertiginosamente la autoestima del bebé con mensajes del tipo 'qué lindo bebé', 'tiene unos ojos perfectos', etc.!... y que posteriormente Piera Aulagnier designó como enunciados identificatorios, toda vez que con ellos el niño se identificaba constituyendo el núcleo de su Yo.

El pasaje de este narcisismo primario a un narcisismo secundario supone dos movimientos, que Nasio describe esquemáticamente del siguiente modo:

a) El sujeto concentra sobre un objeto sus pulsiones sexuales parciales que hasta entonces actuaban en forma autoerótica, o sea, sobre partes de su propio cuerpo; la libido inviste el objeto, mientras la primacía de las zonas genitales aún no se ha instaurado.

b) Más tarde estos investimentos retornan sobre el yo. La libido, entonces, toma al yo como objeto.

Cuando el niño advierte que él no constituye la única preocupación de la madre ni es su único centro de interés, sufre su primera decepción, su primera 'herida narcisista', con lo cual se ve obligado a retirar las catexis libidinales de un objeto tan decepcionante y decide hacerse amar por el otro, complacerlo para reconquistar su amor, lo cual sólo puede cumplirse satisfaciendo un Ideal del Yo.

En otras palabras, es como si el niño pensara íntimamente: "no puedo lograr todo el amor de mi madre, no puedo ser omnipotente, debo resignar mi narcisismo y consolarme con la ilusión de que alguna vez podré hacerlo, por lo que instalaré un proyecto de lo deberé ser: el Ideal del Yo".

La herida narcisista guarda relación también, según indica Freud en "Introducción al narcisismo", con el complejo de castración: la amenaza paterna termina convenciendo al niño de que no es omnipotente y no puede tener a su madre consigo cuando y como quiera, lo que constituye otro motivo para el apartamiento de ella y la consecutiva búsqueda de nuevos objetos para catectizar.

2º) Como punto de fijación, Freud establece el narcisismo como un estado al cual regresa la organización yoica en algunas psicosis como por ejemplo la esquizofrenia, donde se produce una retracción de la libido originalmente cargada en los objetos, sobre el yo. Como vimos, el mismo argumento había desarrollado Freud en el caso Schreber, sólo que en relación con la paranoia.

3º) Como movimiento libidinal: En este sentido, Freud distingue la 'retracción' libidinal, que implica el retorno de la libido sobre el Yo, de la 'introversión' libidinal, que consiste en el retorno de la libido sobre objetos fantaseados, no sobre el Yo como instancia, siendo esto último característico de las neurosis.

En esta consideración Freud asume decididamente el punto de vista económico, uno de cuyos corolarios sostiene que la libido que es separada de un objeto, aunque puede permanecer 'flotante' o 'libre' bajo ciertas condiciones, ha de retornar finalmente a otro objeto, sea que se trate del Yo como en la esquizofrenia, o de las fantasías como en el caso de las neurosis. Invoca al respecto una propiedad de la libido, su viscosidad, es decir, su tendencia a catectizar, a 'adherirse' a los objetos.

4º) Como tipo de identificación: ante la pérdida del objeto, el Yo se transforma a imagen y semejanza del mismo. Se trata de una identificación narcisista, que luego Freud retomará con mayor detalle en "Duelo y Melancolía".

Además, ya me he referido al proceso por el cual el niño se identifica con los deseos parentales, lo que provoca una masiva libidinización sobre sí mismo dando lugar a la instauración del narcisismo, lo cual es también un proceso de identificación.

Además de estas acepciones de narcisismo, en "Introducción al narcisismo" Freud plantea también la distinción entre un narcisismo normal y un narcisismo patológico. Manifestaciones del primero aparecen por ejemplo en los pueblos primitivos y en los niños, pero también en el enfermo orgánico y en el acto de dormir, situaciones estas donde la libido se halla reconcentrada sobre el Yo, con un total desinterés por el mundo exterior. Por otro lado, hemos hecho ya referencia al narcisismo patológico en la retracción libidinal sobre el Yo en la esquizofrenia.

Más allá de estas cuatro acepciones, podemos leer entre líneas otros dos sentidos implícitos que luego retomarán y desarrollarán más extensamente otros autores psicoanalíticos.

En primer lugar, el narcisismo entendido como una estructura dual, especular, en oposición con la estructura triangular edípica, cuestión que retomará después Jacques Lacan a propósito de su desarrollo del estadio del espejo. Y en segundo lugar, el narcisismo entendido como lo que luego el psicoanálisis norteamericano llamará personalidad narcisista, y que Freud había considerado intratable con el encuadre analítico clásico.

4) En "Duelo y melancolía" retoma en particular una idea del artículo anterior, la de identificación narcisista ("Introducción al narcisismo"), ligándola con las afecciones melancólicas. El narcisismo no guarda ya relación solamente con una retracción libidinal al yo, como en los casos de la esquizofrenia o la paranoia, sino con un proceso de identificación -narcisista- con el objeto perdido. Este es uno de los motivos por los cuales Freud renuncia a ubicar la melancolía decididamente como psicosis (aunque su pensamiento fluctuó bastante al respecto), por cuanto el proceso de retracción libidinal tiene ahora lugar vía identificación narcisista.

A Freud le llama la atención la falta de pudor del melancólico para exhibir sus miserias, así como también los autorreproches que se dirige, y que no están presentes en el duelo normal. La persona se autorreprocha y muestra su insignificancia no solamente para autocastigarse por un sentimiento de culpa, sino también debido a las peculiares visicitudes de ese objeto perdido: en realidad, no se desprendió de ese objeto sino que lo incorporó a su yo mediante una identificación narcisista. Por lo tanto, no se reprocha ni se trata mal a sí mismo sino que en realidad le hace reproches a ese objeto introyectado. El precio que debe pagar por ello es que el yo ha de escindirse en dos: un Yo 'parasitado', podríamos decir, por el objeto perdido, y un Superyó, el cual trata ahora al yo como antes éste trataba al objeto.

Sabemos que la identificación narcisista es la forma de sustituir una elección de objeto narcisista: es, se puede decir, la heredera de una elección narcisista de objeto. El sujeto eligió un objeto a su imagen y semejanza y luego, tras la pérdida, se identifica nuevamente con él. El yo incorpora lo perdido del objeto, es decir, su sombra ("la sombra del objeto cayó sobre el yo", es la expresión literal de Freud).

Por consiguiente, en realidad no hubo tan intenso amor por el objeto, puesto que el sujeto lo amaba con un amor narcisista (lo amaba en tanto parte o prolongación de sí mismo, y no en tanto objeto).

Pero Freud debía aún resolver otro problema: si el yo se identifica con un objeto que había sido hecho a su imagen y semejanza, ¿por qué lo trata tan mal mediante el sentirse insignificante y hacerle reproches? Freud responde que es debido a una ambivalencia hacia dicho objeto. Es precisamente por el odio hacia él que no puede llevar a cabo la elaboración de la pérdida, un odio que retorna siempre como culpa. A mi entender, su propuesta de la ambivalencia le permitió salvar su hipótesis de la identificación narcisista y, como ello, todas sus elaboraciones previas sobre la idea de narcisismo que, a esta altura de su producción, había alcanzado un lugar privilegiado en su teoría.

He intentado así bosquejar la evolución del pensamiento freudiano acerca de la idea de narcisismo en cuatro etapas, pero quiero dejar constancia que también el tema fue tratado por el creador del psicoanálisis en otros artículos, aunque en forma más breve y episódica.

Por ejemplo, en 1910, en "Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci", utiliza por primera vez el término para describir un tipo particular de relación objetal: la elección homosexual. En 1913, en "Tótem y Tabú", la idea de narcisismo le permite explicar la creencia animista, y finalmente en 1923, en "El yo y el ello", modifica las etapas libidinales identificando el autoerotismo y el narcisismo como una misma fase, desde que lo propio del narcisismo son las conductas autoeróticas.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Aulagnier Piera (1989) La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud Sigmund, Introducción al narcisismo, Obras Completas, Tomo XIV, Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1993.

Freud S, Sobre un caso de paranoia descripto autobiográficamente (Caso Schreber), Obras Completas, Tomo XII, Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1993.

Freud S, Duelo y melancolía, Obras Completas, Tomo XIV, Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1993.

Freud S, Tres ensayos para una teoría sexual, Obras Completas, Volumen VII, Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1993.

Freud S, Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci, Obras Completas, Volumen XI, Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1993.

Freud S, Tótem y Tabú, Obras Completas, Volumen XIII, Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1993.

Freud S, El yo y el ello, Obras Completas, Volumen XIX, Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1993.

Nasio Juan (1996) Enseñanza de siete conceptos cruciales del psicoanálisis. Barcelona: Gedisa, 4ª edición.

Narcisismo y pulsiones.- Se suele oponer narcisismo a pulsión, pero no es así: el narcisismo tiene relación con la libido yoica, y esta depende la teoría de las pulsiones. Para Green hay un narcisismo positivo (que tiende a la unidad del yo, y fue descrito por Freud), y otro negativo (quizá lo que Freud llamaba narcisismo primario absoluto, con tendencia al Nirvana), con tendencia a la desintegración yoica, a la Nada, y derivado de la pulsión de muerte.

La libido objetal es atacada doblemente: por el narcisismo positivo que promueve a libido yoica, y por el negativo, que desinvierte la libido yoica sin devolverla al objeto.

Condensado de Green André (1994) De locuras privadas. Introducción.

Narcisismo según Kernberg.- El narcisismo es el investimento libidinal del self, y clínicamente se traduce como autoestima. Hay un narcisismo normal donde están integrado los aspectos valorados y los malos, y donde predomina lo libidinal sobre lo agresivo. En cambio, en el narcisismo 'maligno' predomina lo agresivo sobre lo libidinal.

Teoría del narcisismo de Kohut.- Kohut señala que su teoría del narcisismo es más descriptiva que teórica, pues toma como base observaciones obtenidas por los dos instrumentos básicos de la práctica y la investigación: la introspección y la empatía.

El self y el narcisismo.- Los valores occidentales y el psicoanálisis tienden a desvalorizar el narcisismo, privilegiando el altruismo y las relaciones objetales. Para Kohut, narcisismo y relación objetal no se oponen, sino narcisismo y amor objetal.

Así como para el psicoanálisis la libido narcisista evoluciona hacia una libido objetal, dando como resultado un aparato psíquico, así el narcisismo, para Kohut, cumple un desarrollo paralelo desembocando en la conformación de un *self bipolar*, en el cual confluyen las dos líneas de desarrollo del narcisismo: el *self grandioso* y la *imago parental idealizada*, gracias a la presencia en el ambiente de *objetos del self* empáticos, llamados 'del self' porque el niño las inviste con catexias narcisistas, los considera parte de sí mismo.

Kohut entonces describió dos tipos de objetos del self:

a) Objeto reflejante: es la persona -especialmente la madre- que admira, responde a las necesidades exhibicionistas del niño y a su búsqueda de aprobación.

b) Objeto imago parental idealizado: es la persona a quien el niño mira y admira -sobre todo el padre-, y está relacionado con sus ideales.

Ambos objetos deberán ser internalizados mediante la *internalización transmutadora*, que se cumple en dos etapas: primero los objetos satisfacen las necesidades del niño, y luego le producen frustraciones tolerables (frustración óptima). Con ello el niño incorpora la función que antes cumplía el objeto del self.

Como consecuencia de este proceso, hacia los dos años se constituye el *self nuclear* como sector central de la personalidad, capaz de realizar un programa nuclear a lo largo de la vida.

El carácter bipolar del self hace que cuando un polo se configura deficitariamente, puede compensarse con el otro polo orientándose hacia los objetos del self de este último. Entre el polo de las ambiciones (self grandioso) y el polo de los ideales (imago parental idealizada), Kohut describe un arco de tensión donde ubica las aptitudes y talentos.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Las afrentas narcisistas según Kohut.- Cuando el individuo sufre una frustración en la vida, y ve así cuestionada su omnipotencia y en su autoestima, se habla de una *afrenta narcisista*.

Su gravedad dependerá de si significación conciente e inconciente para ese sujeto, y de su estructura psíquica predominante, así como de las posibilidades de compensar la afrenta.

En cada afrenta, el 'déficit narcisista originario' se activa, y como defensa frente al derrumbe narcisista se emplea la renegación, la resignación depresiva y la elaboración con 'restauración del self', que restablecen la autoestima.

Si fallan los mecanismos compensadores, se activan mecanismos primitivos como el exhibicionismo y la omnipotencia, que son defensas precarias.

Ante una afrenta, se usan primero mecanismos de emergencia para frenar la hemorragia narcisista, iniciándose casi al mismo tiempo el proceso de restauración, más lento. Compensada la hemorragia, se refuerzan los mecanismos de largo alcance, esencial para la 'restauración del self'.

a) Las restituciones a través de la activación del polo grandioso exhibicionista.- Aquí se describen varios tipos de restitución narcisista o reacciones ante la afrenta. Apenas el narcisismo es herido aparece la *renegación*, fetichizando objetos. Un estilo paradójico es la *autocrítica burlona*.

Otra modalidad es la adhesión a un objeto *idealizado*. Si esto falla, se produce la *furia narcisista* que llega a querer destruir la fuente de la afrenta y el sufrimiento, furia que muchas veces se vuelve contra el propio self. Otras veces el narcisismo es intimado a un exceso de exigencia y perfección, apareciendo el *masoquismo* y el *exhibicionismo*. Asimismo, las actividades *compulsivas* como las adicciones y la promiscuidad sexual buscan reparar el narcisismo herido.

Otra forma de reacción es el *sacrificio*, para recuperar el narcisismo mediante el amor del superyó idealizado.

En todos estos casos puede aparecer la *sobredosis narcisista*, que preanuncia el derrumbe: la compensación se hace cada vez más necesaria y como es precaria, se recurre a ella cada vez más: esta circularidad agota al yo y lo va resquebrajando.

b) El derrumbe narcisista.- Cuando los mecanismos compensadores de la autoestima y las defensas primitivas claudican, surge el deterioro físico o intelectual, la pérdida de relaciones afectivas y el fracaso laboral.

Un self frágil y poco cohesivo harán que se vivan dramáticamente los cambios vitales.

Si la furia narcisista se vuelve ineficaz, la agresión se vuelve sobre el self, apareciendo quejas y autorreproches.

c) El restablecimiento del equilibrio narcisista.- El narcisismo debe basarse en un buen funcionamiento yoico para no depender tanto de apoyaturas externas.

La elaboración de las injurias narcisistas se facilita con el desarrollo de los polos grandioso e idealizado del self. Ciertas afrentas comunes como las crisis vitales son oportunidades para restaurar el self: las afrentas son desafíos para cambiar. Esto permite rescatar un *narcisismo transformado* con recursos de alta calidad: las formas superiores del narcisismo.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Las formas superiores del narcisismo según Kohut.- Son las siguientes:

a) La creatividad.- Las energías narcisistas se transforman en libido idealizadora, cargando al objeto creado con libido narcisista incluyéndolo en el contexto del self. Esto se conforma cuando el objeto creado es alternativamente denigrado e idealizado., pues el artista intenta recrear la perfección narcisista de la primera infancia. El riesgo es considerar el objeto creado como un fetiche.

b) La capacidad de empatía.- O capacidad para reunir información sobre otras personas imaginando sus experiencias internas sobre qué piensan o sienten. Es una función esencial del analista. En general, se origina en la empatía primaria del bebé con la madre, cuyo self estuvo incluido en el self materno. Con el progreso del self aparecen otras formas no empáticas de conocimiento: la forma empática sólo tiene

sentido en relación a los fenómenos psicológicos. Si la empatía primaria se desarrolla bien, el yo podrá elegir según los requerimientos, entre formas empáticas y no empáticas de conocer.

c) La capacidad para aceptar la propia finitud.- Implica una concepción válida del tiempo y los límites, y una aceptación emocional e intelectual de ellos. Hacia el final de la vida implica un sentido de participación de una existencia que trasciende al individuo y al tiempo.

d) El sentido del humor.- Es un logro liberador del self, es una reacción frente a las limitaciones, a la finitud sin que el self quede empobrecido. Una patología es el sarcasmo: faltan ideales y se minimiza la limitación narcisista hipercargando un self omnipotente que sólo busca placer.

e) La sabiduría.- Hay una progresión que va de la información al conocimiento y de éste a la sabiduría, relacionada con la aceptación de la propia finitud y el sentido del humor. Surge en la vejez, donde se puede renunciar a la omnipotencia narcisista basada en la idealización del saber.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

El narcisismo como una manera de relación.- Para Balint, Freud permitió que las distintas versiones de la historia evolutiva del narcisismo coexistieran incluso después de 1914. Por ende, cabe preguntarse qué ha de entenderse en última instancia como lo primario: ¿la relación objetal, el autoerotismo o el narcisismo? O bien, si el hecho de que coexistan sin clarificación encierra un significado más profundo.

La tesis de Henseler es que “esta indecisión por parte de Freud no es en modo alguno fortuita sino que está vinculada con el fenómeno del narcisismo. Aunque Freud identifica en narcisismo con el autoamor, intentaré demostrar que una estructura de relaciones objetales, aunque sea de tipo arcaico, está presente en todos los fenómenos narcisistas” (Página 226).

Freud descubrió que, sobre todo los individuos cuyo desarrollo libidinal ha sufrido alguna perturbación, como los perversos y los homosexuales, no eligen su objeto amoroso futuro partiendo del modelo de su madre sino del de su propia persona, y ‘eligen buscarse a sí mismos como objeto erótico’. Según Freud, la primera clase de relación objetal es del tipo anaclítico y la segunda, del tipo narcisista. Supone que son ‘dos caminos distintos para la elección del objeto, pudiendo (cada individuo) preferir uno de los dos’.

Freud trata de describir el narcisismo sobre todos los términos de la economía libidinal, con metáforas como emisión y retracción, catexia, depleción, concentración, estancamiento, persistencia, etcétera, de cantidades de libido. Habla del narcisismo secundario, donde la libido se retrae de las personas y cosas del mundo externo y es dirigida hacia el Yo.

Refiere el autor de este artículo que Freud no tarda en encontrarse con limitaciones en su intento de describir los fenómenos narcisistas en términos de economía libidinal. Si bien no se ocupa de ellas de manera explícita, apela cada vez más, sobre todo en la segunda y tercera sección del trabajo, a conceptos que denotan estados emocionales y fantasías que tienen su origen en el mundo experiencial de las relaciones.

Empero, Henseler considera que “Freud hace una interpretación incompleta en términos de autoamor de los fenómenos que llama narcisistas, y quisiera ilustrar esta afirmación examinando la forma en que Freud explica el narcisismo primario, el concepto fundamental de su teoría del narcisismo, a partir de una premisa de la que dependen todas las consideraciones ulteriores” (Página 228).

Freud busca demostrar la existencia de ‘una carga libidinosa primitiva del Yo’ sobre la base de observaciones en la actitud de padres afectuosos hacia sus hijos. Freud interpreta de la siguiente manera la forma en que sobrevaloran a *Su Majestad el Bebé*, a que le atribuyen todas las perfecciones posibles, disimulan y olvidan sus defectos, niegan la sexualidad infantil, quieren preservarlo de la enfermedad, la muerte, renunciar al placer, las restricciones a su propia voluntad, las leyes de la naturaleza y la sociedad, y sueñan que su hijo se convertirá en un gran hombre y en un héroe y su hija se casará con un príncipe.

Freud describe este proceso en términos muy explícitos: los padres envuelven al niño no solo en amorosos cuidados y protección sino también en sueños de grandeza en los que ellos mismos toman parte.

Si es cierto que el narcisismo primario consiste en una relación intensa entre un *self* aun poco delimitado y un objeto primario que se percibe también con límites vagos, con la tendencia a la fusión y sentimientos asociados de felicidad y armonía, y si es cierto que en momentos de felicidad podemos volver a experimentar de manera regresiva -al servicio del Yo- esta forma de relación que consideramos ideal, entonces también debe ser posible volver a descubrir la cualidad de esta forma de relación en las constelaciones psíquicas que creamos para nosotros mismos con el fin de salvaguardar nuestro equilibrio narcisista más allá de la etapa del narcisismo primario.

El autor del artículo pone a prueba esta propuesta en término de las dos constelaciones narcisistas mencionadas por Freud: nuestras formaciones ideales y las relaciones objetales narcisistas.

Según Freud (1914), nuestra intensa tendencia a recuperar el narcisismo primario -o, más bien, a asegurar la cualidad de la experiencia narcisista primaria para la vida posterior- actúa a través del ‘desplazamiento de la libido sobre un Yo ideal impuesto desde el exterior, y la satisfacción es proporcionada por el cumplimiento de este ideal’. Junto a este ideal del Yo Freud coloca ‘una instancia

psíquica especial encargada de velar por la satisfacción narcisista del Yo ideal y que, en cumplimiento de su función, vigile de continuo el Yo actual y lo compare con el ideal'.

Por motivos teóricos, cabe suponer que los conceptos de ideal del Yo o *self* ideal corresponden al ideal del Yo. La representación del *self* ideal está tan estrechamente vinculada con su ideal del Yo que a menudo se la pasa por alto. Nunberg se refiere a un Yo ideal ('el Yo que aun no está organizado, que se siente unido al Ello'). Jacobson menciona un 'concepto del deseo del *self*'. La noción del *self* ideal fue propuesta y ampliamente justificada por Sandler, Holder y Meers.

Según Henseler, "todas las relaciones que están decisivamente basadas en el objeto que se asemeja a 'lo que uno es, lo que uno fue y lo que uno quisiera ser' o 'la persona que fue una parte de uno mismo' fomentan y salvaguardan el sentimiento de exaltación narcisista" (Página 235).

Pero Henseler se pregunta: ¿es cierto que la elección objetal narcisista se hace 'conforme a la imagen de su propia persona'? ¿Acaso la fascinación de estas mujeres, así como el encanto de los niños, los gatos, los grandes felinos, etcétera, se debe realmente a que los envidiamos por su 'auto-suficiencia e inaccesibilidad'?

Freud introduce una noción muy distinta cuando escribe: 'No necesitan amar (las mujeres que hacen elección de objeto narcisista), sino ser amadas'. En otras palabras, no quieren que se las envidie sino que se las ame. Sin duda la fascinación que ejercen se interpretaría de manera más exacta diciendo que emana de la invitación inconciente a amarlas, en realidad, a admirarlas, a sentirse uno con ellas, y a identificarse con ellas en un estado en que los deseos pueden real o supuestamente cumplirse *in statu nascendi*, de modo que la necesidad y la envidia se vuelven superfluas.

Para explicar estas características del enamoramiento, Freud traza un distingo entre la libido del Yo y la libido objetal, como si fueran dos formas distintas de la libido, pero esto no es congruente con el modelo previo de la ameba.

Si identificar el narcisismo con el autoamor constituye un reducción, y si el narcisismo de hecho denota una forma arcaica de interacción, ¿se justifica aun que invoquemos a Narciso, o deberíamos más bien seguir la sugestión de Balint y hablar de 'amor primario' o algo similar? Es posible, pero no necesario.

Ahora entendemos la retracción, provocada por la ansiedad, con respecto a la relación edípica triádica, que, al fortalecer el sentido de la realidad, habría afirmado la relación con el objeto primario como algo que se puede reconciliar con la vida. Por ende, podemos conservar el concepto de narcisismo, y, de hecho, el mito de Narciso confirma nuestra interpretación.

Sin embargo, ¿cuál es la realidad del narcisismo primario, en términos de la historia del desarrollo? ¿Existió en realidad esta forma de armoniosa de relación o bien la teoría del narcisismo primario es sólo 'un mito de los orígenes, que todos hemos idealizado'? ¿Permitió Freud que las distintas versiones del narcisismo en la historia del desarrollo coexistieran porque comprendió que los fenómenos narcisistas estaban orientados tanto hacia el *self* como hacia el objeto?

No cabe duda de que la experiencia narcisista existe. Pero, si bien el término 'primaria' puede aplicarse a la forma más temprana de experiencia narcisista, no necesariamente denota la forma más temprana de relación en el tiempo, si bien eso es lo que Freud pensaba en 1914".

Consecuencias clínicas.- Indica Henseler que si estamos en lo cierto al decir que las constelaciones narcisistas representan una oportunidad universal para retraerse de la otredad del otro, de la 'tercera dimensión' del objeto con su marco de límites y su realidad sensual, hacia una unión dualista embriagadora si se experimenta la otredad como una amenaza, entonces la notable ausencia de agresión en todas las formas narcisistas de relación resulta comprensible.

La otredad del otro, que se experimenta como una amenaza, la imposibilidad de incorporarlo mediante la identificación o la idealización, da origen al odio y/o la envidia. Freud (1921) ofrece como ilustración la crueldad y la intolerancia de los grupos, por ejemplo, las comunidades religiosas, con respecto a los extraños. Nunca supo que tal crueldad e intolerancia podían alcanzar el extremo de un holocausto.

Así, una manera de hacer frente al odio y la envidia destructivos hacia un tercero en contacto con la tercera dimensión en los otros consiste en retraerse hacia una unión dualista. Esto significa una desvalorización total de ese tercero, que no experimenta a nivel conciente.

Indica el autor que "la alternativa es una confrontación sorprendida e interesada con esa tercera persona, con el resultado de que la otredad y los límites impuestos por la independencia del otro se utilizan de manera constructiva. El odio se convierte entonces en respeto y la envidia, en admiración hacia el otro (desde luego, no sin ambivalencia), lo cual a su vez permite tomar conciencia de la propia individualidad. Ahora se deben establecer relaciones sensuales libidinales y agresivas (y no destructivas) basadas en la realidad" (Página 243).

En general encontramos en estos pacientes una evitación del odio y de la envidia, que se consideran destructivos, y una preferencia por las relaciones objetales narcisistas, formaciones ideales ampulosas y una tendencia a regresar a formas narcisistas primarias de experiencia. Se puede predecir casi siempre que estos patrones también se desarrollan en la transferencia. Un tema que requiere un manejo particularmente delicado es la presteza con que estos pacientes establecen transferencias idealizadoras; también son muy susceptibles a la desilusión y pueden pasar a una transferencia negativa amenazadora. Puesto que lo sé, me mantengo siempre alerta al respecto e interpreto desde el comienzo las desilusiones

transferenciales. Incluso las anuncio y pido a los pacientes que no escapen cuando surgen sino que transformen su desilusión en material para el análisis. Desde luego, el marco analítico correcto tiene una acción profiláctica contra la tentación de caer en una unión dualista armoniosa.

Resumen de Heinz Henseler, Narcisismo como una manera de relación. Artículo incluido en Estudio sobre "Introducción al Narcisismo" de Sigmund Freud (Joseph Sandler compilador). Madrid: Tebenes.

NARCÓTICO

Definición.- "Sustancia que produce sopor en entorpecimiento y disminuye la actividad vital del organismo. Los narcóticos engloban, fundamentalmente, a los opiáceos y sus derivados".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

NECESIDAD

Definición.- 1. Carencia o desequilibrio de los tejidos que indica la conducta. 2. En un sentido amplio indica una situación de insatisfacción. Para Rignano (1920) es todo aquello que altera el perfecto equilibrio. 3. En inglés *needs*, es sinónimo de instinto y significa aquellas exigencias sin cuya satisfacción el ser no puede existir, ni conservar su especie. 4. (*Terapia gestáltica*) "Impulso irresistible en cuya virtud obran las causas precisas, e infaliblemente, en determinado sentido. Aquello a que es imposible sustraerse, faltar o resistirse. Falta o carencia de las cosas indispensables para subsistir. Riesgo o peligro que exige un pronto auxilio." Tal la definición que da el Diccionario Enciclopédico Ramón Sopena, a la cual no consideramos "necesario" agregar nada. (Zwillingner).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Necesidad de castigo.- Exigencia interna que, según la corriente psicoanalítica, se encontraría en el fundamento de la conducta de ciertos individuos que, sometidos a psicoanálisis, ponen de manifiesto que buscan situaciones penosas o humillantes y se complacen en ellas (masoquismo moral). Tal comportamiento debería relacionarse, en definitiva, con la pulsión de muerte.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Necesidad instintiva.- (*Psicoanálisis*) Según Freud, los estímulos de origen instintivo proviene del propio organismo y no del ambiente. Un término más adecuado que "estímulo", entonces, es "necesidad".

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Necesidad neurótica.- Según H. Horney, exigencia compulsiva originada por la ansiedad que un individuo experimenta de que otro individuo le haga objeto de una conducta determinada; tal conducta requerida varía en relación con la solución neurótica adoptada por el individuo.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Necesidades básicas según Adler.- Alfred Adler indica que las dicotomías existenciales propias de la especie humana (deseamos una cierta clase de mundo pero encontramos insatisfactorio el mundo en que vivimos) dan lugar a cinco *necesidades básicas* que deben satisfacerse para que la persona se desarrolle por completo (de otra manera o morimos o nos volvemos locos). Estas necesidades son: de relacionarse con otras personas, de trascendencia, de arraigo (sentido de pertenencia a algo), de sentido de identidad (percatarnos a nosotros mismos como individuos únicos) y de una estructura que oriente y vincule (necesidad de un marco de referencia estable y consistente para organizarnos).

Los seres humanos crean la sociedad para satisfacer estas necesidades básicas, pero el tipo de sociedad y cultura limita la forma en que pueden ser satisfechas. Por ello, nuestra personalidad final representa un compromiso entre las necesidades internas y las demandas de la sociedad.

Engler Barbara, *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: McGraw-Hill, pág. 142.

Necesidades básicas según Maslow.- Abraham Maslow distinguía las necesidades B o necesidades *por carencia o deficiencia*: necesidades fisiológicas, seguridad, pertenencia y amor y autoestima, y por el otro lado distinguía la necesidad B o necesidad de *ser*, que es la autorrealización.

Engler Barbara, *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: McGraw-Hill, pág. 353-354.

Las necesidades básicas según Maslow.- Existen al menos cinco tipos de metas que podemos llamar necesidades básicas: fisiológicas, de seguridad, de amor, de estima y de autorrealización. Para diferenciarlas de las necesidades cognitivas y estéticas, Maslow se refiere también a las necesidades básicas como necesidades volitivas.

1. Las necesidades fisiológicas.- Necesidades fisiológicas son el hambre, la sed, el deseo sexual, el sueño, la necesidad de actividad, la necesidad de descanso, el comportamiento maternal en los animales, y probablemente también los placeres sensoriales (gusto, olfato, cosquilleo, caricias).

Puede llamar la atención que Maslow incluya necesidades antagónicas como la actividad y el descanso: Maslow confiesa no tener una respuesta para explicar porqué el organismo tiende simultáneamente a satisfacer esas dos necesidades opuestas. Las necesidades fisiológicas pueden definirse a partir de tres características principales: origen somático, independencia relativa, y potencia.

a) Origen somático: el adjetivo 'fisiológicas' alude al hecho que estas necesidades tienen un origen corporal, y en este sentido se diferencian del resto de las necesidades como las de seguridad, de amor, etc. En algunos casos, como en los clásicos ejemplos del hambre, la sed y el deseo sexual, hay una base somática localizada específicamente en ciertas partes del cuerpo, cosa que no sucede en otros casos como la necesidad de descanso, de sueño o las conductas maternales.

El origen corporal de estas necesidades es también enfatizado por Maslow, cuando este afirma que hay dos ideas importantes que nos obligan a reconceptualizar las necesidades fisiológicas: homeostasis y apetito. La homeostasis es la tendencia del cuerpo a restablecer en forma automática un equilibrio perdido. Por ejemplo, si hay una variación de azúcar en la sangre, el organismo tiende automáticamente a restablecerla a los niveles normales. Con respecto al apetito, si el cuerpo carece de algún elemento químico, el individuo tenderá a desarrollar un apetito específico por ese elemento particular faltante. No todas las necesidades fisiológicas son homeostáticas: si son evidentes en el hambre y la sed, no está aún probado que lo sean en el deseo sexual, el sueño, la pura actividad o el comportamiento maternal.

b) Independencia relativa: las necesidades fisiológicas son relativamente independientes entre sí, así como con respecto a otras necesidades no fisiológicas y con respecto al conjunto del organismo. Con esto, es probable que Maslow haya querido decir que el hambre, la sed y el deseo sexual, por ejemplo, se satisfacen independientemente porque saciando la sed no se deja de estar hambriento ni sexualmente insatisfecho, aunque puede hacer a estas necesidades momentáneamente más soportables.

c) Potencia: Si una persona carece de alimento, seguridad, amor y estima, probablemente sentirá con mayor fuerza la ausencia del alimento antes que otra cosa, y por tanto intentará satisfacer en primer lugar la necesidad fisiológica. Las necesidades fisiológicas son, por tanto, las más potentes, en el sentido de ser las perentorias.

Así, si todas las necesidades están sin satisfacer, el organismo estará dominado por las necesidades fisiológicas, mientras que las otras podrán ser inexistentes o simplemente quedar desplazadas al fondo: la necesidad fisiológica permanece como figura, en primer plano, y la persona sólo percibirá comida, soñará con comida, y pensará en la comida, como único y excluyente objetivo. Todas las expectativas futuras de esta persona estarán cambiadas en función de esa necesidad básica insatisfecha: para ella, el futuro es simplemente un lugar donde hay mucha comida.

Esta situación de privación extrema es, desde luego, muy rara en una sociedad normal. Cuando alguien dice "Tengo hambre" tiene, en realidad, apetito, y no se trata por lo general de una situación urgente y extrema. Como instrumento de adaptación, la cultura suele hacer que las urgencias fisiológicas sean cada vez menos frecuentes, pero en caso de presentarse éstas, las demás necesidades quedarán, por regla general, relegadas al segundo plano.

2. *Necesidades de seguridad.*- Necesidades de seguridad son, por ejemplo, las necesidades de estabilidad, de dependencia, de protección, de ausencia de miedo, ansiedad o caos, necesidad de una estructura, un orden, una ley, una teoría que organice el mundo, necesidad de límites, etc. En general, estas necesidades apuntan a la evitación o la neutralización de situaciones de peligro.

Si una persona tiene satisfechas sus necesidades fisiológicas pero no tiene seguridad, ni amor ni estimación, por lo general intentará satisfacer primero la necesidad de seguridad antes que cualquiera de las restantes, y toda su vida estará organizada en torno a la satisfacción de dicha necesidad.

Normalmente la sociedad satisface en mayor o menor medida estas necesidades, protegiendo al individuo de animales salvajes, temperaturas extremas, asaltos, crímenes, tiranías, caos social, anarquía, desempleo, desatención médica, desvalimiento por vejez o incapacidad, etc.

Un aspecto más amplio del intento por buscar seguridad es adherir o construir alguna religión, o teoría filosófica o científica sobre el universo que proporcione un marco de referencia coherente y previsible, aunque la ciencia o la filosofía también están motivadas por otras necesidades que luego veremos.

Aunque no todos los neuróticos son inseguros, pues la neurosis puede originarse en una frustración amorosa o de estima en una persona habitualmente segura, es en la neurosis compulsivo-obsesiva donde la búsqueda de seguridad alcanza ribetes dramáticos. Estos enfermos intentan siempre ordenar y estabilizar el mundo mediante reglas y ceremoniales, de forma tal que no aparezcan peligros desconocidos, inesperados o inevitables. De aquí que, en general, conductas que intentan satisfacer la necesidad de seguridad sean las preferencias por lo conocido más que por lo desconocido, o de lo familiar más que lo no familiar. En el neurótico medio, el gusto sano por la novedad y lo desconocido no existen o está muy reducido.

Pero tanto neuróticos como sanos, todos tienden a postergar la satisfacción de otras necesidades cuando su seguridad está amenazada, como consecuencia por ejemplo de amenazas de caos social o gobiernos dictatoriales.

Señalemos finalmente, que si en los niños aparece más claramente la necesidad de seguridad, es porque ellos no inhiben sus reacciones, a diferencia del adulto que ha aprendido a reprimirlas. Por ello, aunque el

adulto siente su seguridad amenazada, es probable que no lo notemos en un examen superficial. Pero nuevamente, todos, incluso los niños, necesitan contar con un mundo seguro, ordenado y predecible en el que no sucedan cosas inesperadas.

3. *Necesidades de amor.*- Son necesidades de dar y recibir amor. Maslow suele incluir con estas necesidades, también el sentido de pertenencia (a una cultura, a un grupo, etc) vale decir, la necesidad de pertenecer-a.

Si una persona tiene satisfechas sus necesidades fisiológicas y de seguridad, pero insatisfechas todas las restantes, es probable que su primer impulso sea el de satisfacer primero las necesidades de amor y sentido de pertenencia antes que cualquiera de las otras. La insatisfacción de la necesidad de amor puede verse en la soledad, el rechazo amoroso, la ausencia de seres queridos o amigos, y la insatisfacción de la necesidad de pertenencia se ve por ejemplo en el destierro, el desarraigo, el quedarse sin raíces, etc, y, en general, el sentimiento de 'no pertenecer' a un grupo familiar, social, etc. Los grupos de solos y solas, de crecimiento personal o las asociaciones con un fin determinado se deben o pueden deberse en parte a esta ansia insatisfecha de contacto, intimidad y pertenencia. Los veloces avances tecnológicos tienden a deshumanizar al hombre, y dejarlo con estas necesidades insatisfechas. En nuestra sociedad, esta frustración es el foco más común de casos de inadaptación y otras patologías serias. El comportamiento sexual suele ser también inhibido socialmente: por lo demás, tengamos presente que la actividad sexual esta multideterminada, pues tiende a satisfacer no sólo necesidades fisiológicas sino también necesidades de dar y recibir amor, entre otras.

4. *Necesidades de estima.*- Son las necesidades de respeto y estima, y se agrupan en dos grandes tipos: a) respeto y estima por parte de uno mismo (autoestima), que se manifiestan en el deseo de fuerza, logro, maestría, competencia, confianza ante el mundo, independencia y libertad; y b) respeto y estima por parte de los demás, expresados en el deseo de reputación, prestigio, reconocimiento, fama y atención.

Estas necesidades fueron especialmente destacadas por Alfred Adler, y relativamente olvidadas por Freud, pero hoy en día se les asigna cada vez más importancia.

Salvo casos patológicos, todas las personas tienen estas necesidades. La satisfacción de la necesidad de autoestima lleva a sentimientos de autoconfianza, valía, fuerza, capacidad, suficiencia, y a un sentimiento de ser útil y necesario, mientras que su frustración genera sentimientos de inferioridad, debilidad y desamparo.

Maslow cita ciertas investigaciones como las de Fromm, Rogers y otros, que advierten sobre el peligro de basar la autoestima en la opinión de los demás en vez de hacerlo sobre nuestras capacidades reales, de allí que el respeto 'merecido' de los demás no se ha de basar en la fama externa y la adulación injustificada sino en el reconocimiento de la propia valía individual.

5. *Necesidades de autorrealización.*- Son necesidades de autosatisfacción que se expresan como una tendencia en la persona a hacer realidad lo que en ella está en potencia: hacer música, pintar, escribir, etc., y, en general, desarrollar aquello para lo que está capacitada, para lo que encuentra satisfacción y para lo que provee un cauce a su creatividad.

Cuando todas las necesidades anteriores están satisfechas, a menudo el hombre buscará satisfacer este quinto tipo de necesidades, que presenta una gran variabilidad de persona en persona: para unos la autorrealización pasará por ser un buen padre, para otros ser un gran deportista, un pintor o un inventor, etc.

Condensado de Maslow A (1996) Motivación y personalidad. Editorial Díaz de Santos. Capítulo 2: Una teoría de la motivación humana.

Las necesidades de conservar las condiciones que permiten la satisfacción de las necesidades básicas según Maslow.- Es evidente que si estamos hambrientos, y algo o alguien nos impide investigar el ambiente, no podremos encontrar el alimento y no podremos satisfacer esta necesidad fisiológica. Por lo tanto, también necesitamos que nada interfiera en nuestras investigaciones, es decir, necesitamos satisfacer el ansia de investigar como medio para poder luego satisfacer las necesidades básicas.

Este nuevo grupo de necesidades consisten entonces en buscar condiciones aptas para satisfacer necesidades básicas, y son desde este punto de vista más medios que fines. Tales necesidades son por ejemplo la libertad de investigar o buscar información, de aprender, de expresarnos libremente, de hacer, de defendernos, así como también el ansia de justicia, la honestidad y la disciplina grupal.

Si estas libertades están amenazadas, la persona reaccionará con respuestas de urgencia, como si las mismas necesidades básicas estuvieran en peligro. Por ejemplo, el secretismo, la censura, la falta de honestidad y el bloqueo de la comunicación amenazan todas las necesidades básicas.

Condensado de Maslow A (1996) Motivación y personalidad. Editorial Díaz de Santos. Capítulo 2: Una teoría de la motivación humana.

Las necesidades cognitivas según Maslow.- Abarca las necesidades de saber y de comprender. En particular, la necesidad de curiosear, de explorar, de conocer la realidad, de experimentar en ella y con

ella, y de investigar el mundo construyendo una imagen comprensiva del mismo. La ciencia y la filosofía son buenos ejemplos de la forma de satisfacer estas necesidades.

El deseo de saber y de comprender son necesidades del conocimiento, y parecen ser una función de la inteligencia relativamente alta. En todo caso son necesidades de la personalidad, tanto como lo son las llamadas necesidades básicas, ya examinadas.

El deseo de saber implica la necesidad de buscar información, pero ello no es aún suficiente para satisfacer las necesidades cognitivas: el hombre busca además, comprender, lo que implica no sólo saber con más detalle sino emprender lo que Maslow llama una "búsqueda o investigación del significado", que implica comprender, sistematizar, organizar, analizar y relacionar la información obtenida, construyendo incluso un sistema de valores y de ideas, una filosofía del mundo que no permita interpretarlo.

Estas necesidades han sido examinadas anteriormente en relación con las necesidades básicas de seguridad y de autorrealización, así como con las necesidades que funcionan como condiciones para satisfacerlas, como la libertad de investigar y de expresarse. No obstante todo ello, las necesidades cognitivas parecen ir más allá de todas ellas, es decir, ciertas consideraciones nos permiten entrever que la necesidad de saber y comprender es algo más que una necesidad de seguridad, de autorrealización o de condición previa para satisfacerlas. Resumamos en siete puntos esas consideraciones:

a) En los monos podemos encontrar algo similar a la curiosidad humana, cuando recogen cosas, las examinan y experimentan con ellas aún cuando sus necesidades básicas de hambre, sed, sexo y seguridad se hallen satisfechas.

b) La historia nos suministra muchos ejemplos donde las personas investigaron y experimentaron aún cuando estaba seriamente comprometida su seguridad como consecuencia de dichas investigaciones.

c) A las personas sanas les atrae lo misterioso, lo caótico, lo que requiere explicación, siendo su búsqueda una actividad interesante por sí misma que parece estar más allá de la satisfacción de necesidades básicas. En contraste, se aburren con lo ya conocido.

d) Si bien en los neuróticos compulsivo-obsesivos puede observarse clínicamente un ansioso aferramiento a lo familiar y un temor a lo desconocido y anárquico, en ciertos neuróticos y en individuos que sufren un proceso de aculturación podemos ver lo contrario: informalidad forzada, rebeldía crónica contra la autoridad así como deseos de sorprender y desconcertar.

e) Maslow cita casos reales donde personas inteligentes sometidas a tareas monótonas han 'perdido' su necesidad de curiosear, saber o comprender, pero sometidos a estímulos adecuados, como por ejemplo un trabajo creativo, han recuperado aquellas necesidades. El autor refiere también casos de países donde se ha suprimido el acceso a las noticias y a los hechos, como resultado de lo cual algunas personas reaccionaron con cinismo y desconfianza hacia todos los valores, mientras que en otros ha aparecido tristeza, sumisión y pérdida de capacidad e iniciativa.

f) Las necesidades de saber y conocer se ven más intensificadas en la niñez, pareciendo esto más un resultado de la maduración que del aprendizaje. A los niños no hace falta enseñarles a ser curiosos, aunque sí se les puede enseñar a lo serlo.

g) La gratificación de los impulsos cognitivos es subjetivamente satisfactoria: el insight es generalmente una huella emocional, feliz y brillante, en la vida de cualquier persona, quizá incluso un punto álgido en su vida.

Condensado de Maslow A (1996) Motivación y personalidad. Editorial Díaz de Santos. Capítulo 2: Una teoría de la motivación humana.

Las necesidades estéticas según Maslow.- En casi todos los niños, en el hombre primitivo y en algunas personas es posible constatar una necesidad estética verdaderamente básica: se "enferman" con la fealdad, y se "curan" con los entornos hermosos. Cuando estas necesidades dominan, adquieren para el individuo especial importancia las necesidades de simetría, de estructura, de completar una actividad, de cierre o conclusión, aún cuando estas necesidades sea también posible encontrarlas en las necesidades volitivas, las cognitivas, y aún en las neuróticas.

Aunque Maslow no lo señala explícitamente, podemos entender que las necesidades estéticas se satisfacen no sólo a través de la contemplación de lo bello, sino también, de manera activa, a través de la creación de una obra de arte.

Condensado de Maslow A (1996) Motivación y personalidad. Editorial Díaz de Santos. Capítulo 2: Una teoría de la motivación humana.

Características de las necesidades según Maslow.- En lo que sigue, procuraremos sistematizar las diferentes características que asigna Maslow a las necesidades básicas, características en general también extensibles al resto de las necesidades, como las cognitivas y las estéticas.

1) *Jerarquía.-* El sistema de necesidades propuesto por Maslow es un sistema jerárquico, donde las necesidades están ordenadas según su importancia. Así por ejemplo, las necesidades fisiológicas están en primer lugar, porque, en una hipotética situación de insatisfacción total de todas las necesidades, la persona procurará satisfacer primero las necesidades fisiológicas antes que las demás. Satisfechas las fisiológicas, luego procurará resolver las necesidades de seguridad ("después de comer quiero un techo"), luego las de amor, después las de estima y finalmente las de autorrealización. La necesidad que en ese

momento está activa monopolizará la conciencia y todos los recursos y capacidades del organismo para satisfacerla, mientras que el resto de las necesidades se minimizan, se olvidan o se niegan.

A su vez, dentro de cada tipo de necesidad, existe también una jerarquía interna. Por ejemplo, dentro de las necesidades fisiológicas, las de hambre y sed tienen prioridad sobre las sexuales, y dentro de las necesidades cognitivas primero se intentarán satisfacer las ansias de saber, y luego las de comprender.

Para Maslow, la principal consecuencia de esta organización jerárquica es que la gratificación resulta ser tan importante como la privación en la teoría de la motivación. Con ello, debemos entender que si la privación es importante porque motiva la conducta para satisfacer la necesidad, la gratificación también lo es porque permite el surgimiento de la siguiente necesidad en el orden jerárquico y es entonces, también, motivadora de la conducta.

2) *Satisfacción gradual.*- a) No es necesario que un tipo de necesidad básica esté 100% satisfecha para que recién entonces la persona se ocupe de satisfacer la siguiente en orden de importancia. Por ejemplo, una persona media podría tener satisfechas el 85% de las necesidades fisiológicas, el 70% de las de seguridad, el 50% de las de amor, el 40% de las de estima y el 10% de las de autorrealización. Señala Maslow que el miembro promedio de nuestra sociedad suele estar parcialmente satisfecho y parcialmente insatisfecho en todas sus necesidades. b) La aparición de una nueva necesidad no es repentina sino gradual: va surgiendo a medida que se satisface la anterior en la escala jerárquica. Por ejemplo, la necesidad de comer puede estar satisfecha en un 10% y aún no ser perceptible la necesidad siguiente. Pero según la necesidad de comer vaya satisfaciéndose cada vez más, de un 10% a un 25%, la siguiente necesidad de seguridad puede empezar a ser percibida por el sujeto y empezar a satisfacerse hasta un 5%, por ejemplo.

3) *Ausencia o inversión de necesidades.*- En este ítem incluimos las diferentes excepciones que pueden darse a la primera de las características que hemos enunciado. El orden jerárquico que Maslow indicó se cumple en gran cantidad de personas, pero puede y suele estar alterado en muchos otros casos, como este autor reconoce, sea porque desaparece alguna necesidad por dejar de ser significativa para el sujeto (ausencia), sea porque conserva todas las necesidades pero ha alterado su orden de importancia (inversión). Veamos siete ejemplos:

a) Hay personas para quienes la autoestima es más importante que el amor. Esta inversión de necesidades es, para Maslow, aparente: estas personas buscan en realidad el amor pero se comportan autoafirmativamente (como si se autoestimaran mucho), en la creencia que una persona será más fácilmente amada si es fuerte, poderosa, y segura de sí misma.

b) Hay personas aparentemente creadoras innatas, en quienes el impulso hacia la creatividad parece ser más importante que la satisfacción de cualquier otra necesidad.

c) Pérdida de necesidades más elevadas: por ejemplo, personas que han vivido siempre a un nivel muy bajo (desempleo crónico), pueden seguir satisfechas el resto de sus vidas con sólo tener el alimento suficiente para subsistir.

d) Pérdida de las necesidades de amor: como el caso de los psicópatas. Esto probablemente obedezca a que en los primeros meses de vida carecieron de amor y han perdido, entonces, ese deseo para siempre, del mismo modo que el animal pierde su reflejo de succionar o picotear cuando no ha sido lo suficientemente ejercitado luego de nacer.

e) Otra causa de inversión puede darse cuando una necesidad ha sido satisfecha durante largo tiempo, con lo cual el individuo puede restarle la importancia que tenía. Es el caso de quien nunca sufrió hambre y considera esta necesidad como sin mucho peso. En este caso, necesidades más elevadas pasan a tener más importancia. Sin embargo, si la necesidad más básica, por ejemplo fisiológica, empieza a quedar insatisfecha por mucho tiempo, es probable que el individuo vuelva a revalorizarla. Ejemplo: una persona renuncia a su empleo (seguridad) por no perder el propio respeto (autoestima), pero luego de pasar hambre durante un tiempo, puede volver a desear el empleo aunque ello implique perder el propio respeto.

f) Hay casos de inversiones aparentes, donde el individuo aparente con su conducta satisfacer una necesidad más elevada, cuando en realidad está satisfaciendo una necesidad más básica.

g) Tal vez el ejemplo más importante de inversión sea el hecho de poner en primer lugar una necesidad más superior: hay personas que se convierten en mártires, o lo abandonan todo en aras de un ideal o un valor. Maslow explica esta inversión mediante la hipótesis de la "mayor tolerancia a la frustración por efecto de gratificaciones previas". Así, si a una persona le interesa satisfacer necesidades más superiores en detrimento de las más básicas, es porque ha desarrollado una excepcional tolerancia a la frustración sobre estas últimas, lo cual a su vez puede deberse a que durante largo tiempo, y especialmente en sus primeros años, esas necesidades más básicas han sido siempre satisfechas.

Maslow admite también una hipótesis alternativa, aunque no excluyente de la anterior: una gran tolerancia a la frustración de necesidades básicas puede también ser el producto de largos periodos de privación, desde la infancia, en relación a dichas necesidades básicas: personas que padecieron hambre mucho tiempo, pueden luego soportar la privación de alimentos, por habituación. En suma: una gran tolerancia a la frustración puede explicarse a partir de gratificaciones previas, o bien a partir de privaciones previas.

Interesa destacar aquí el concepto de Maslow de autonomía funcional. Si una persona tuvo amplia satisfacción durante su infancia de sus necesidades básicas como seguridad, amor, pertenencia y estima, esa persona crecerá autónoma, sana y fuerte y será más capaz de soportar una frustración relativa a esas necesidades por largo tiempo gratificadas. El hecho de que las necesidades básicas superiores (la inferior es la fisiológica) puedan llegar a ser luego de largas gratificaciones, independientes tanto de sus condiciones previas como de sus propias satisfacciones, nos autoriza a afirmar que esos aspectos de la persona se han hecho funcionalmente autónomos, y que pasaron a constituir rasgos permanentes del carácter.

4) *Grado de conciencia*.- Habitualmente, las necesidades básicas son más inconcientes que concientes, aunque pueden tornarse concientes mediante el empleo de técnicas adecuadas instrumentadas por personal idóneo.

5) *Universalidad*.- Las necesidades básicas parecen ser patrimonio de toda la humanidad. Las diferencias detectables entre cada cultura se deben mas bien a los aspectos más superficiales y concientes de las necesidades. Por ejemplo, en toda cultura existe la necesidad de seguridad, pero la forma de satisfacerla variará de una a otra: algunas construirán chozas de paja, y otros edificios con calefacción. Del mismo modo, diferentes culturas tendrán opiniones distintas de lo que significa autorrealización.

6) *Multideterminación de la conducta*.- Es raro que una necesidad básica actúe ella sola motivando la conducta. La mayoría de las conductas humanas están determinadas por varias o todas las necesidades básicas a la vez. Hacer el amor puede implicar satisfacer al mismo tiempo una necesidad fisiológica (por la simple descarga), una necesidad de amor (por el hecho de dar y recibir afecto) y una necesidad de estimación y autoestimación (para sentirse poderoso o para convencerse de su potencia sexual).

A propósito de la multideterminación de la conducta, Maslow se pregunta si pueden existir conductas inmotivadas, es decir, que no tengan ninguna motivación, que no haya detrás de ellas ninguna necesidad para satisfacer. Al respecto, indica que hay dos clases de conductas: las funcionales y las expresivas. Las conductas funcionales están motivadas porque buscan cumplir una función: la satisfacción de alguna necesidad. En cambio, las conductas expresivas no intentan alcanzar ningún fin, y son simplemente "un reflejo de la personalidad" como dice Maslow: un tonto se comporta tontamente, expresa con su conducta su condición, sin intentar, con ella, alcanzar algún fin. Esta división en conductas funcionales y expresivas es, no obstante, un poco artificial: Maslow recalca que la expresividad y la tendencia hacia una meta no son categorías mutuamente excluyentes, y de hecho, la conducta promedio es normalmente el resultado de ambas, es decir, es en parte expresiva y en parte funcional.

Condensado de Maslow A (1996) Motivación y personalidad. Editorial Díaz de Santos. Capítulo 2: Una teoría de la motivación humana.

Necesidades de satisfacción y seguridad.- Como planteó Sullivan (1953), hay una continua tensión entre las que él denominó necesidades de satisfacción y necesidades de seguridad. Según Sullivan, en el desarrollo de la especie humana, las necesidades de satisfacción son filogenéticamente previas a las necesidades de seguridad. Entre ellas se encuentran las necesidades biológicas básicas como el hambre, el deseo sexual y la autoprotección. Las necesidades de seguridad consisten en la propensión incorporada a establecer relaciones interpersonales.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 4.

Teorías.- Se comparan las teorías de Maslow, Alderfer, McClelland y Herzberg sobre las necesidades básicas del hombre.

Maslow: sus categorías tienden a ser demasiado generales. Por ejemplo la autorrealización puede lograrse de muchas formas.

Alderfer: toma las categorías de Maslow y las resume en tres: necesidades de existencia, de relación con los demás, y de crecimiento personal. La intensidad de dicha necesidades varía con cada persona y con cada edad.

McClelland: sus tres necesidades (logro, poder, afiliación) varían en intensidad según cada situación. Un gerente busca logro, pero conforme sube en el escalafón, el poder se hace más intenso.

Herzberg: las 'necesidades' que plantea están más relacionadas con un empleo y con lo que la gente busca en ellos. Esto es relativo porque la gente es muy cambiante y además adjudica características a un empleo que a lo mejor este no tiene.

Esquema comparativo de la necesidades

Maslow	Alderfer	McClelland	Herzberg
Fisiológicas	Existencia		Condiciones de trabajo. Salario
Seguridad material			
Seguridad interpersonal		Poder	Supervisión
Afiliación	Relación con los demás	Afiliación	Compañeros de trabajo
Necesidad de	Crecimiento	Logro	Reconocimiento

autoestima			Progreso Responsabilidad
Autoactualización			Grado de exigencia

Condensado de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulo 5.

Necesidades y motivaciones.- La conducta humana responde a muchas motivaciones, o sea hay que hacer supuestos complejos para poder entenderla globalmente. Entre dichos supuestos complejos cabe mencionar:

- 1) Hay muchos tipos de necesidades humanas y varían mucho según la edad y la situación. Algunas veces son más importantes ciertas necesidades que otras, es decir, hay una jerarquía móvil.
- 2) Las diferentes necesidades interactúan entre sí: las sociales pueden reemplazar a veces a las de auto-actualización, las económicas a otras necesidades, etc.
- 3) Las necesidades pueden surgir de la interacción entre los intereses individuales y los de la empresa, y de aquí la importancia del contrato psicológico entre ambos.
- 4) Una persona puede expresar diferentes necesidades en diferentes organizaciones, o en diferentes grupos dentro de una misma organización.
- 5) Deben compararse las distintas motivaciones: un trabajador muy motivado pero poco calificado puede ser tan eficiente como uno poco motivado pero muy calificado. Debe compararse la motivación con las habilidades.
- 6) No hay una única estrategia gerencial que sirva para todos en toda ocasión.

Implicaciones para las teorías de contingencia y de administración.- Si las habilidades y motivaciones son tan complejas, un buen gerente debiera tener la sensibilidad suficiente y la capacidad de diagnóstico necesaria para percibir y apreciar las diferencias, y además ser flexible como para variar su conducta en relación con estas complejidades (teoría de la contingencia: comportarse según las circunstancias).

La evidencia de supuestos complejos.- Numerosas investigaciones prueban la complejidad de las motivaciones humanas. Por ejemplo en un estudio clásico se vio que la baja de productividad dependía del estado de 'alienación' del individuo, lo cual a su vez presentaba distintos estados psicológicos en principio independientes entre sí: la sensación de no poder influir en la situación laboral, la pérdida de interés en el trabajo, una sensación de aislamiento social, y la falta de compromiso con el trabajo (automarginación).

La motivación y el contrato psicológico en perspectiva.- La hipótesis central que plantea Schein es la siguiente: El hecho de que la gente trabaje eficientemente, genera compromiso, lealtad y entusiasmo por la organización y sus objetivos y se sienta satisfecha con su trabajo, depende en gran parte de dos condiciones: a) si pueden compaginarse o conciliarse las expectativas del individuo respecto de las de la empresa, y viceversa, y b) la naturaleza de lo que se está intercambiando. Por ejemplo dinero a cambio de tiempo laboral extra, satisfacción de necesidades sociales y seguridad a cambio de lealtad y trabajo, oportunidades para auto-actualizarse a cambio de productividad, etc.

Resumen de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulos 6.

Necesidades humanas.- Podemos empezar a ver la situación humana viendo la diferencia con el animal: a diferencia de éste, el hombre trasciende la naturaleza, se libera del acto automático heredado (instinto) y adquiere conciencia de sí mismo, razón e imaginación. Su conciencia de sí lo hace darse cuenta de su importancia y sus limitaciones; puede prever su propio fin: la muerte. Dado que tiene razón, esto lo hace pensar y pensarse, enfrentar conflictos que el animal no tiene, adquiere desequilibrios. Es además un ser desvalido sobre todo cuando nace: al trascender la naturaleza se aparta también del instinto y su seguridad, iniciando un camino de incertidumbre.

Ahora bien: la necesidad de encontrar soluciones siempre nuevas para las contradicciones de su existencia, de encontrar formas cada vez más elevadas de unidad con la naturaleza, con su prójimo y consigo mismo, es la fuente de todas las fuerzas psíquicas que mueven al hombre, de todas sus pasiones, afectos y ansiedades. La satisfacción de la necesidad instintiva no le basta para ser feliz, ni siquiera para mantenerle sano. Al estudiar el hombre debemos tener en cuenta esas necesidades.

El origen del hombre, onto y filogénicamente, es decir, el nacimiento, es un suceso negativo pues se lo arranca de su primitiva identidad y relación con la naturaleza expulsándolo por un nuevo camino que debe recorrer solo: cada paso es en su nueva existencia, temeroso, pues significa la renuncia a un estado seguro, relativamente conocido, y el pasar a un estado nuevo que aun no domina. La razón humana enfrenta dos tendencias antagónicas: una al salir del útero, de la forma animal de existencia, para entrar en una forma de existir más humana, a pesar de la esclavitud de la libertad. Se encuentra entonces entre dos alternativas: regresar a la existencia animal, o alcanzar su plena existencia humana, su nuevo estado. Todo intento de retroceder es doloroso y lleva a una enfermedad mental, a la muerte, etc. Cada paso adelante es también doloroso y temible, pues enfrenta lo desconocido.

Además de las necesidades fisiológicas primarias, todas las necesidades esenciales del hombre (que no tiene el animal) están determinadas por la polaridad anterior, y ésta es la clave del psicoanálisis humanístico: la fuerza básica que motiva pasiones y deseos no es la libido en su connotación sexual,

sino algo mucho más amplio: las fuerzas más poderosas que motivan la conducta humana nacen de las condiciones de su existencia, de su peculiar 'situación humana'.

El hombre no puede vivir estáticamente porque sus contradicciones internas lo impulsan a buscar un equilibrio, una nueva armonía que sustituya a la perdida armonía animal con la naturaleza. Después de haber satisfecho sus necesidades animales, es impulsado por sus necesidades humanas: mientras su cuerpo le dice qué comer y qué evitar, su conciencia debe decirle qué necesidades cultivar y satisfacer, y cuáles no. La búsqueda de la satisfacción de estas necesidades específicamente humanas son también un intento por evitar el desequilibrio mental. La importancia de lo social es que algunas culturas dan una solución al individuo mostrándole qué soluciones se pueden dar a dichas necesidades; la diferencia entre lo normal y lo patológico será entonces cuán cerca estén estas soluciones de satisfacer las necesidades totales del hombre.

Si las necesidades animales son el hambre, la sed, etc., ¿cuáles son las necesidades humanas, aquellas que nacen de la misma existencia humana? Describiremos estas necesidades en términos de polaridades, pues surgen en el seno de la polaridad 'retroceso a lo animal-progreso hacia lo humano'.

Estas necesidades y pasiones son las siguientes:

- a. Relación versus narcisismo.
- b. Creatividad versus destructividad (trascendencia).
- c. Fraternidad versus incesto (arraigo).
- d. Individualidad versus conformidad gregaria (sentimiento de identidad).
- e. Razón versus irracionalidad (necesidad de una estructura que oriente y vincule).

Relación versus narcisismo: La necesidad de vincularse con otros seres es imperiosa, y de su satisfacción depende la salud mental. La persona perturbada es que fracasó en establecer alguna clase de unión y se siente prisionera en su soledad.

Hay varias maneras de buscar la unión con los demás: por ejemplo a través de la sumisión (a otra persona, a un grupo, a Dios, etc.). Otro ejemplo es a través de lo opuesto: acrecentar el poder para someter a otros. En ambos casos hay una relación simbiótica: ambos perdieron su integridad y libertad y viven la una de la otra y la una para la otra. La pasión de sometimiento (masoquismo) o de dominio (sadismo) nunca puede satisfacerse porque ningún grado de sumisión o dominio basta para producir la sensación de identidad y unión, buscándose entonces un dominio y una sumisión cada vez mayor.

Solo una necesidad satisface la necesidad de unión: el amor; el amor es unión con algo o alguien exterior pero, (y aquí viene la diferencia con el dominio o la sumisión), a condición de retener la independencia y la integridad de uno mismo. La sumisión da sensación de unión pero no otorga independencia.

El amor se expresa a nivel pensamiento cuando comprendemos adecuadamente el mundo por medio de la razón; a nivel de acción se ve en el trabajo productivo (artes, oficios, etc.), y a nivel sentimiento en la unión con otra persona. Este amor productivo implica solicitud, responsabilidad, respeto y conocimiento, o sea se busca solícitamente la felicidad del otro: respondo a sus necesidades, lo veo objetivamente y no deformado por mis deseos y temores, etc.

Hay amor fraterno (de igual a igual), materno (desigual) y erótico (entre dos personas de distinto sexo). Lo contrario al amor es el narcisismo, porque allí no hay búsqueda de unión con los demás y es la fuente de los desórdenes graves (salvo el narcisismo primario, infantil, que es normal y luego se supera).

Creatividad versus destructividad: el hombre siente la necesidad de trascender su estado de desvalimiento y accidentalidad, haciéndose creador. El hombre siente que pasa por el mundo sin su consentimiento (igual que los animales) y necesita trascender esa limitación. Un ejemplo es crear vida (tener hijos), pero hay otra vía para la trascendencia: si no puedo crear vida, puedo destruirla; destruir la vida es también trascenderla. Destrucción y construcción, odio y amor no son cosas independientes: son dos soluciones distintas que el hombre da a su problema de querer trascender.

Fraternidad versus incesto: es comprensible que el hombre se aferre a lo ya conocido, a lo que le da seguridad, a su relación con la madre ya que nace desamparado. Aun en la adultez se experimenta el deseo de retrotraerse a esta situación simbiótica y aun al útero. En los casos extremos de esta regresión, encontramos la esquizofrenia y neurosis graves. De aquí surge el porqué del tabú al incesto, porque es la condición necesaria de todo desenvolvimiento humano, no por su aspecto sexual, sino afectivo. Para progresar, el hombre debe vencer el anhelo de seguir unido a la madre. Este tabú no se refiere sólo a la madre sino también a sus sustitutos como el grupo, el clan, el estado, la nación, la iglesia, etc. Esta relación simbiótica hace perder al hombre su individualidad, pero tiene un aspecto positivo, que es la afirmación de la vida. Encontramos también la relación con el padre, cuyos aspectos positivos son la razón, la disciplina, la conciencia e individualidad, y sus aspectos negativos, la opresión, la desigualdad, la sumisión. Recordemos que históricamente, antes de la relación con el padre y la madre, está la relación simbiótica con la naturaleza, lo que explica porqué muchos mitos se refieren a plantas y animales.

El hombre debe liberarse progresivamente de las formas de arraigo basadas en la relación con la madre o estructura equivalente: el medio para dicha liberación es sentirse enraizado en un sentimiento de fraternidad universal.

Individualidad versus conformidad gregaria: el hombre es el único animal que puede decir 'yo', que puede tener conciencia de sí mismo como entidad independiente. Apartado de la naturaleza y dorado de razón e imaginación, necesita formarse concepto de sí mismo, lo que es otra necesidad básica: el sentimiento de identidad. Esto es un logro, pues al principio no existe identidad sino conformidad gregaria (no hay un 'yo soy yo' sino un 'yo soy nosotros'): el individuo no se capta como una unidad sino integrando un todo (por ejemplo, un clan). Aquí el sujeto no puede concebirse a sí mismo como un individuo existente aparte del grupo.

No obstante este sentimiento de identidad, se desarrolla en y mediante la vinculación con los demás paradójicamente: en la medida en que yo no soy diferente y soy como los demás y en la medida en que estos se admiten como un prójimo normal, puedo sentirme a mí mismo como un yo individual. En vez de la identidad pre-individualista del clan, surge una nueva identidad gregaria, en la que el sentimiento de identidad descansa sobre el sentimiento de una vinculación con los demás.

Razón versus racionalidad: el hecho de que el hombre tenga razón e imaginación, hace que se genere otra necesidad en él: la de orientarse intelectualmente en el mundo. Al principio es la necesidad de caminar y de hablar, y luego por ejemplo, las construcciones filosóficas o científicas que lo ayudan a orientarse, a conocer el mundo en que está. Por las razón el hombre capta el mundo por el pensamiento, y por la inteligencia puede manipularlo con ayuda de las ideas. Ambas procuran al hombre la satisfacción de la necesidad de orientación en el mundo. La religión tiene aquí también su papel, pues el hombre necesita además una estructura que dé sentido a su vida y a su situación en el mundo, dándole la religión respuestas a todo eso.

Resumen de Fromm Erich (1983) Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Capítulo 1 y 2.

NEGACIÓN

Definición.- "Es la afirmación -mediante una expresión lingüística- de que algo no existe o no responde a determinadas características, o no tiene los atributos que se supone, por la ansiedad que generaría su reconocimiento. Ejemplos: 'Usted va a creer que yo soy racista pero no es así'; la negación del sexo en la era victoriana; la actitud de negación ante la muerte".

Poliak J., "Fundamentos del enfoque centrado en la persona. Teoría de la personalidad", incluido en Sánchez Bodas A. y col., "Counseling humanístico, teoría y práctica", Vol I, Buenos Aires, Ediciones del Instituto Holos, 1999, p. 129.

Según M. Klein.- La negación y el control onnipotente "son mecanismos que responden a la impotencia del yo frente a sus impulsos destructivos y a estos impulsos proyectados en el objeto. La negación como proceso defensivo tiene por finalidad no ver aquellos aspectos del yo o del objeto que aterrizan, y responde a la fantasía de que aquello que no se ve, no existe, y por lo tanto no implica peligro. Está unida al control onnipotente, a la fantasía de poseer, tanto el yo como el objeto idealizado, capacidad de control y de manejo sobre el objeto persecutorio".

"El grado de onnipotencia del yo y del objeto idealizado es proporcional al grado de poder destructivo del yo agresivo y del objeto malo".

"Durante la etapa depresiva, la negación y el control onnipotente forman parte de las defensas maníacas frente a la persecución y al dolor. La negación se propone negar tanto la destrucción del objeto como los sentimientos de dolor, dependencia y necesidad del yo. Está unida a la fantasía de controlar el objeto, negando el temor a la separación y la dependencia, y favoreciendo las fantasías de reparación onnipotente del objeto. Esto siempre implica una privación para el yo, en la medida en que limita su capacidad de conocimiento".

"Los mecanismos de negación tienden a desconocer la realidad psíquica (el insight adquirido acerca de la agresión, la valoración del objeto y el temor a atacarlo), y las partes de la realidad externa acordes a sus conflictos (negación del abandono, de situaciones que producen frustración y tristeza, del miedo al alejamiento de la madre real, etc.)".

Piccolo E., "Defensas en los tests gráficos", Editorial Paidós.

Generalidades.- Respecto del artículo freudiano "Die Verneinung", Hippolite prefiere traducirlo como 'La denegación', por el sentido y contenido del texto de Freud. En el mismo, debe distinguirse la negación interna al juicio, de la actitud de negación.

La actitud de negar es una denegación, y denegar no es meramente negar el contenido reprimido (como cuando uno dice por ejemplo "no quiero ofenderle con lo que le diré..."), sino al mismo tiempo es negar, reprimir, conservar y levantar lo reprimido. Todos estos significados se pueden reunir en la palabra hegeliana "aufhebung", y por ello Freud dice que la denegación es una Aufhebung de la represión, pero no por ello una aceptación de lo reprimido. Cuando alguien dice "esto es lo que no soy" no es represión, si por tal entendemos inconciencia, pues hay conciencia, pero la represión subsiste en cuanto a que hay una no-aceptación.

Todo ello guarda relación con el rol de la negación en el nacimiento de la inteligencia o el pensamiento. Lo que señala Hippolite es que primero se constituye una denegación, y luego sobre esta base se constituye la negación lógica, ideal de la inteligencia; el mero acto de negar en un juicio es lo que propiamente señala el nacimiento de la inteligencia.

Hippolite describe cómo ocurriría todo este proceso: primero el sujeto dice "esto es lo que no soy". De ello se concluye "lo que soy", y aquí la represión persiste bajo la forma de denegación. Luego, el psicoanalista obliga al sujeto a aceptar en su inteligencia lo que negaba inmediatamente antes, pero esto no implica que se haya levantado la represión, o sea que subsiste lo que Hippolite llama una negación de la negación, término que no se encuentra en Freud. O sea el sujeto acepta intelectualmente que lo que está negando en rigor lo está afirmando, pero como sin embargo subsiste la represión, en lo íntimo está negando dicha negación (negación de la negación). En este contexto es donde lo intelectual se separa de lo afectivo. Genéticamente, primero se estructura lo afectivo, y luego por el proceso antes descrito, a partir de lo afectivo, se engendra lo intelectual.

Hay dos tipos de juicios: de atribución (asigna un predicado a un sujeto), y de existencia (se afirma o no la existencia de algo). Freud muestra que detrás del juicio de atribución hay un 'quiero introyectar' o un 'quiero expulsar', según sea afirmativo o negativo. Sin la operación de expulsión, la de introyección no tendría sentido, porque lo que se expulsa, lo que es 'malo', lo que es extraño al yo fue primitivamente algo suyo, introyectado, idéntico. Este esquema de funcionamiento es lo que está en el origen del juicio de atribución: la oposición entre el afuera y el adentro.

Pero lo que está en el origen del juicio de existencia es la relación entre la representación y la percepción. Existencia significa 'hay' o 'no hay'; al comienzo no existe una discriminación entre ambas cosas; el sujeto reproduce simplemente su representación de las cosas de la percepción primitiva que ha tenido de ellas. Pero cuando ahora dice 'esto existe', la cuestión es saber si podrá o no volverla a encontrar.

Si de lo que se trataba en el juicio de atribución era de expulsar o de proyectar, de lo que se trata en el juicio de existencia es de atribuir al sujeto una representación a la que ya no corresponde, pero a la que ha correspondido anteriormente, y de aquí el problema de volverla a encontrar.

Así, los juicios surgen genéticamente de las pulsiones primarias: de las pulsiones de amor surgen los afirmativos, y de las destructivas surgen los juicios negativos.

La negación tiene además importancia como símbolo: el símbolo de la negación, es decir el 'no' nos independiza respecto de la represión, porque al negar estamos afirmando. En suma, el yo hace un reconocimiento del inconsciente en una fórmula negativa.

Hippolite J, Comentario sobre 'La negación' de Freud. Artículo publicado por la Cátedra de Metodología de la Investigación Psicológica II. Buenos Aires, Universidad de Belgrano, 1985.

Generalidades.- "La negación" es uno de los ensayos freudianos de mayor envergadura filosófica por los temas abordados, el método empleado y la tesis epistemológico-gnoseológica que le sirve de base. Freud critica la negación como la contradicción de la afirmación, o sea como aquello cuyo contenido es la nada gnoseológica. En cambio, propondrá que la negación tiene una función afirmativa: la negación dice algo, informa acerca de los contenidos reprimidos (por ejemplo negamos con vehemencia algo que en el fondo afirmamos). Es el típico 'no pero sí', inadmisibles para el cogito cartesiano. La negación nos muestra (afirma) la aceptación intelectual de lo reprimido, pero no muestra (niega) el proceso represivo mismo, el nivel afectivo. Analizando intradialécticamente la negación, vemos como en Freud se sintetizan en la negación lo intelectual y lo afectivo.

Yáñez Cortés R, Categorías epistémico-gnoseológicas de 'La negación' de Freud. Artículo publicado por la Cátedra de Metodología de la Investigación Psicológica II. Buenos Aires, Universidad de Belgrano, 1985.

NEOCONDUCTISMO

Definición.- Escuela abierta cuyas doctrinas se encuentran en un proceso de configuración y que destaca la posición central de la respuesta para la definición de psicología. Toda corriente que retorna del análisis de la conciencia a la investigación sobre la conducta de los organismos y a las condiciones en que se ejecutan, puede ser llamada neoconductista. Sinónimo aproximado: *Teoría de la conducta*.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

NEOCONEXIONISMO

Definición.- "El *Neoconexionismo*, teoría de muy reciente aparición, utiliza una combinación de categorías de análisis provenientes de la *Psicología cognitiva* y la *Neurociencia*. Su objetivo es estudiar, mediante *simulación por ordenador*, el funcionamiento de los procesos cognitivos como *redes neuronales* que trabajan en paralelo".

León O y Montero I (1995) Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación. Madrid: McGraw-Hill, pág. 39.

NEOESTRUCTURALISMO

Definición.- “El neoestructuralismo en el plano de la psicología de las organizaciones concede un especial énfasis a la relación entre el modo de producción y modo de estructurarse un sistema psicológico en una organización. Por ejemplo, se sabe que hay empresas con una orientación mecanicista en cuanto a su producción y que por eso mismo tienden a precipitar modelos más mecánicos de interrelación psicológica entre los miembros”.

Schein E, “Psicología de la organización”, Prentice Hall, México, 1982, pág. 145.

NEONATO

Autores interaccionistas.- Trabajan en psicología evolutiva experimental, y se ocupan del estudio de la diada madre-bebé. La mayoría son estudios de laboratorio, para mantener las condiciones lo más neutrales posibles, pero otros son estudios realizados en ambiente natural (hogares), y otros son estudios combinados.

Brazelton (1973) desarrolló una Escala de Evaluación de la Conducta Neonatal, que estudia como interactúan bebés de tres días con su ambiente. Para dicho autor el bebé no es un autista normal, como decía Mahler, pues fuera del sueño, reacciona activamente a los estímulos ambientales.

Kennel y Klaus (1975) también estudiaron diadas madre-bebé, quienes por ejemplo comprobaron que la calidad de la interacción entre madre y bebé era mucho mejor cuando las madres recibían al bebé desde el momento mismo de nacer, y no 6 u 8 horas después del parto.

La mayoría de los autores sostienen la condición activa del bebé en la búsqueda de interacciones con el ambiente. No sostienen una fase autística normal ni una total indiscriminación yo- no yo como sostenía Mahler, habiendo un esbozo de unidad psicológica al nacer.

El enfoque americano actual considera que la interacción temprana satisfactoria madre-bebé es la clave para el desarrollo saludable del infante humano.

Brazelton y otros postulan que la interacción temprana madre-bebé se define por su *reciprocidad* y *sincronía*. Esto es solidario con la idea de mutualidad de Winnicott, para quien la primera relación madre-bebé continúa la vida intrauterina, donde se privilegia la comunicación preverbal y el lenguaje corporal.

Creemos que se pueden trazar algunos puentes entre Winnicott (psicoanálisis) y los interaccionistas, que conciben un bebé activo y una madre activa.

Condensado de Schejtman Clara (1995) Interacción madre-bebé: incidencia de la variable materna. Estudio teórico-experimental.

NEUROCIENCIA

Generalidades.- El propósito principal de la Neurociencia es entender cómo el encéfalo produce la marcada individualidad de la acción humana. El encéfalo es una red de más de 100.000 millones de células nerviosas que producen nuestra percepción del mundo externo, centran nuestra atención y controlan la acción. De aquí que la Neurociencia debe entender como las neuronas llegan a organizarse como vías de comunicación mediante la transmisión sináptica.

La Neurociencia surge durante el siglo XX a partir de otros estudios clásicos, y hoy en día aporta representaciones de actos perceptivos y motores que permiten relacionar estos mecanismos internos con la conducta observable. Por ejemplo, las neuroimagen muestra el encéfalo en acción al identificar las regiones específicas asociadas con el pensamiento y los sentimientos. La Neurociencia, hoy, puede enlazar la biología molecular con los estudios cognitivos.

Resumen de Kandel E, Schwartz J y Jessell T (1996), Neurociencia y conducta. Madrid: Prentice Hall. Introducción.

NEUROPSICODIAGNÓSTICO

Generalidades.- El optimismo del psicoterapeuta, al pensar que podrá mejorar y curar al paciente, puede hacer que no vea en el paciente una causa neurológica, ya que éstas son más graves (algunas irreversibles) que las causas puramente psicológicas (que pueden tratarse con éxito). Cuando los síntomas de base neurológica son reconocidos y tratados correctamente, los componentes posibles de tratarse psicológicamente se identifican con más claridad, pueden tratarse en forma apropiada y no requerirán medicación. Lo prioritario para el psicoterapeuta debe ser otorgar al *neuropsicodiagnóstico* un lugar fundamental, no tomando a priori una causa determinada sino analizar todas y cada una de las etiologías posibles, sea para descartarlas o para considerarlas más o menos probables. Cuando el terapeuta desea agregar el aspecto neuropsicodiagnóstico a su exploración, Small propone ampliar la exploración centrándose en la historia neurológica del paciente.

En primer lugar la entrevista neuropsicodiagnóstica debe incluir la anamnesis para explorar las posibilidades etiológicas relacionadas con algún tipo de agresión al organismo: como fue el nacimiento, existencia de fiebre alta, accidentes que involucran traumatismos craneanos, anestesia por operaciones, e intoxicaciones.

Después el terapeuta debe apreciar en el paciente cómo camina, cómo se mueve, cómo habla, cómo piensa. Luego hacerle preguntas sobre varios temas: si fue o no hiperactiva, perezosa, si tuvo mareos, zumbidos, sensaciones de hormigueo, ausencias, dificultades para aprender algo, problemas de memoria, etc. Un dato importante es la dominancia manual: cual mano es más débil (si es muy débil la mano izquierda habrá que sospechar problemas en el hemisferio cerebral derecho, por ejemplo., y viceversa). Obviamente antes debemos saber si la persona es zurda o no. También interesa la dominancia de las piernas y de los ojos.

Aunque aparentemente no tenga que ver con lo neurológico, son importantes las preguntas proyectivas (chiste favorito, que es lo mejor y lo peor que le ocurrió en la vida, sueños recurrentes, sueños recientes, el recuerdo más antiguo y lo que sintió, etc.).

Todos los datos anteriores son objetivos, por lo que deben ser complementados, los cuales provienen de los tests. Una batería adecuada para completar el neuropsicodiagnóstico es la siguiente: Wechsler (inteligencia), Bender, test de lateralidad (comparación de un lado del cuerpo con el otro, o de una función con otra), tests motores de lateralidad, y finalmente técnicas proyectivas (Rorschach, TAT, dibujo de la figura humana).

Básicamente el psicoterapeuta cuenta con 3 (tres) tipos de fuentes de información para sospechar algo neurológico: la anamnesis, los síntomas y los tests psicológicos, que podemos designar con las letras A, S y P. Cada una de ellas tiene una escala de gravedad progresiva, desde 1 a 5. Por ejemplo, A1 quiere decir que no existen antecedentes de significación neurológica en la anamnesis, y A5 que sí, que por ejemplo a los 11 años lo atropelló un coche resultando una grave fractura de cráneo.

De esta forma pueden obtenerse perfiles de probabilidad de trastorno neurológico. Que van desde A1-S1-P1 (probabilidad mínima) hasta A5-S5-P5 (probabilidad máxima). Las probabilidades aumentan cuando coinciden las tres escalas.

La sospecha de algo neurológico aumenta por ejemplo los cambios emocionales bruscos, hambre o sed exageradas, y alteraciones graduales en los sentidos o habilidades motoras.

Comprobada lesión cerebral, no termina aquí la labor del psicoterapeuta, pues no solo debe diagnosticar sino también, conducir, estimular, juzgar y guiar a su paciente.

Condensado de Small Leonard (1974) Psicoterapia y neurología (Problemas de diagnóstico diferencial). Buenos Aires. Amorrortu.

Neuropsicodiagnóstico y neuropsicología.- El neuropsicodiagnóstico es hijo de la neuropsicología, descendiente a su vez de la neurología. Es posible integrar todos ellos en un cuerpo de conocimientos aplicable a la clínica.

La neuropsicología es el estudio de interrelación entre el sistema nervioso y la conducta para que el organismo en su conjunto alcance una meta básica: la adaptación. La aptitud cerebral para recibir, asimilar y organizar las informaciones, determinará una conducta flexible y modificable, típica de los animales superiores.

Para el asociacionismo cada función tiene su localización en un punto del cerebro. Para el punto de vista holístico el cerebro entero participa en cada función. Para el punto de vista conexionista se combinan los dos criterios anteriores: una función determinada puede tener una representación precisa en un hemisferio cerebral, y también una representación difusa en el opuesto. Hay muy pocos síndromes donde hay seguridad de una localización cerebral precisa, como afasias, apraxias constructivas (no poder relacionar la parte con el todo, o un objeto con otro), apraxias (dificultades para manipular objetos), y agnosias (déficit de reconocimiento sensorial). Otros síndromes no tienen localización precisa, como alteraciones de la conciencia, déficit de memoria, problemas de orientación, déficits intelectuales y trastornos de la atención.

Pese a ser anatómicamente semejantes, los dos hemisferios cerebrales difieren significativamente en cuanto a sus funciones. El izquierdo tiene dominancia en cuanto al lenguaje, y muchos estudios ven dominancia vasomotora en el derecho, o sea, en el derecho predominan las funciones no verbales. Esto es importante para buscar lesiones cerebrales a partir de trastornos verbales o motores.

Small cita ejemplos típicos: el lenguaje y la habilidad constructivos, que si bien pueden ser localizadas hasta cierto punto en uno de los hemisferios, no tienen expresiones manifiestas contralaterales. Las evidencias aportadas por los tests psicológicos (Wechsler, DAT, etc.) tienden a confirmar la dominancia cerebral de cada función, aunque no de manera totalmente concluyente. El factor sexo (masculino o femenino) influye también en cuál hemisferio será dominante para cada función.

Muchos síntomas no son indicativos de la disfunción en un área cerebral precisa, pero señalan la interrupción de las fibras asociativas que conectan las áreas corticales correspondientes a distintas funciones dentro del mismo hemisferio.

Para Small las evidencias revelan una organización funcional diferencial en el cerebro humano, en la cual cada hemisferio desempeña un papel en determinado campo y coopera en el desarrollo de la experiencia y la conducta humana: esta idea es el gran aporte del enfoque conexionista.

Estas dificultades para trazar un mapa preciso de funciones en el cerebro, hacen que el valor neuropsicodiagnóstico sea relativo y no exacto, ya que por ejemplo el neuropsicodiagnóstico, trata de establecer, por la observación de la conducta, qué áreas cerebrales pueden estar lesionadas y cuáles no.

A esto se agrega el hecho de la imposibilidad de afirmar con certeza que las manifestaciones del comportamiento son solo el resultado de una lesión cerebral. Los estudios con animales aportan pruebas casi ideales, pues al animal se le puede hacer un ablación en una zona muy precisa del cerebro, y se puede ver que función quedó afectada, pero no se sabe la influencia que pudo ejercer esa ablación sobre la zona circundante sana. Además de este método neurológico experimental otra forma de buscar evidencias es a través de los tests psicológicos, tomado a sujetos sin daño cerebral y comparándolos con sujetos con daño cerebral, o con probable daño cerebral en zonas más o menos determinadas. Cuando los métodos neurológicos y psicológicos aportan datos congruentes, aumentará el grado de confianza en el diagnóstico, pero nunca será seguro, por lo menos hasta ahora.

Condensado de Small Leonard (1974) Psicoterapia y neurología (Problemas de diagnóstico diferencial). Buenos Aires. Amorrortu.

Enfoques principales.- Los dos enfoques principales del neurodiagnóstico son el examen neurológico y el examen psicológico, teniendo cada examen su técnica y técnicas específicas.

Las técnicas del diagnóstico neurológico son: el examen neurológico de rutina (ver funciones motoras, sensoriales, inteligencia, funciones del cerebelo, reflejos, pares craneales, equilibrio, etc.), y los estudios complementarios especializados (el electroencefalograma y el Scanning del cerebro, donde se inyectan sustancias radioactivas en el cerebro). Otra manera es diagnosticar a través de modificar la medicación, o sea la llamada prueba terapéutica. Por ejemplo, se puede confirmar un cuadro comicial no detectado por el EEG viendo que mejora por efecto de la medicación anticonvulsiva. En el futuro se podrán mejorar los exámenes neurológicos con técnicas microanatómicas, moleculares, químicas y eléctricas, y además con estudios longitudinales (comparación de las funciones cerebrales en distintos estadios del desarrollo y la maduración).

Las técnicas psicológicas ayudan a determinar la presencia o ausencia de daño cerebral, a identificar las funciones afectadas por el daño, su gravedad y localización. Entre los métodos psicológicos empleados para inferir un daño cerebral, encontramos los siguientes.

1) Nivel de rendimiento: comparar resultados en individuos con o sin daño cerebral; 2) Definiciones cualitativas de rendimiento: comparar las distintas funciones dentro de un mismo individuo a ver cuáles están disminuidas; 3) Signos patognomónicos de lesión cerebral: o signos típicos e inequívocos de determinada lesión cerebral; 4) Comparación entre las condiciones previas y posteriores al daño cerebral; 5) Comparación entre puntajes diferenciales, donde se supone que determinada lesión cerebral manifestará sus efectos psicológicos siempre de la misma manera; 6) Métodos estadísticos: donde se comparan grupos con o sin lesión cerebral y se hace un tratamiento estadístico; 7) Comparación entre pruebas de lateralidad: dentro de un mismo individuo, se compara un lado con el otro. Esto no sirve si el daño cerebral está en ambos hemisferios.

Halstead y Raitan, desarrollaron tests para evaluar y diferenciar a los lesionados cerebralmente. En general exploran funciones simples (motricidad, sentidos, etc.) y funciones más elevadas (lenguaje, capacidad de atracción, inteligencia, etc.).

El enfoque neuropsicológico de la "clave" trata de buscar dos claves principales: de localización (determina primero si hay o no daño cerebral, luego la lateralización y la extensión del daño, luego si el daño es fuerte o leve, y luego claves personales, que indagan si el daño cerebral es agudo, crónico y congénito. El informe es fundamentalmente estadístico.

El método clínico-analítico de Luria no busca ver qué problemas pudo resolver el sujeto, sino "como" los resolvió. Para Luria la investigación debe tener presente qué respuestas son sospechosas de daño cerebral y cuáles no. Una vez identificado el déficit, éste debe ser evaluado a ver si es relativo a una función elemental o a una compleja.

El grado de certeza que se puede alcanzar en el neuropsicodiagnóstico dependerá del tipo de investigación que se haga. El más confiable es el que trabaja en condiciones experimentales, explorando una variable por vez. Luego sigue la exploración que por ejemplo señala Luria: explorar en conjunto todas las funciones y luego seleccionar aquellas que son sospechosas de daños cerebrales. Por último encontramos las exploraciones del psicólogo práctico, que tiende a buscar más bien causas psicológicas en las disfunciones mentales, y por ello debe tener presente que pueda haber lesión cerebral también. Deben administrarse pruebas que tengan un alto grado de validez y confiabilidad: amnesias, observación de la conducta y examen neurológico.

Las posibilidades de recuperación de un lesionado cerebral no son hoy tan sobrias como se creía antes, en muchos casos. Hay recuperaciones evidentes, con o sin tratamiento, entre otras cosas, porque otros sectores del cerebro pueden reemplazar la función afectada. El medio ambiente influye mucho también en el tiempo de recuperación, como así también se antes de la lesión había o no una neurosis.

Small cita por último algunos tests adicionales para evaluar las relaciones entre el sistema nervioso y la conducta: los tests de reconocimiento sensorial (percepción auditiva, táctil, visual, percepción del tiempo, doble discriminación simultánea (tocar dos partes del cuerpo al mismo tiempo y ver la discriminación), discriminación sensorial de la variación del estímulo, tests de construcción (tests visomotores), tests de inteligencia, tests de formación de conceptos, tests de lenguaje, tests que evalúan esfera emocional, tests de movimientos intencionales (golpeteo, inconstancia motora), y tests de esquema corporal.

Condensado de Small Leonard (1974) Psicoterapia y neurología (Problemas de diagnóstico diferencial). Buenos Aires. Amorrortu.

NEUROPSICOLOGÍA

Definición.- “La neuropsicología tiene por objeto el estudio de las alteraciones cognoscitivas y emocionales, así como de los trastornos de la personalidad provocados por lesiones del cerebro, que es el órgano del pensamiento y, por lo tanto, el centro de la conciencia”. El sufrimiento cerebral por lesión se expresa en trastornos comportamentales, “de ahí el nombre de neurología comportamental aplicado también a la neuropsicología. Los objetivos de la neuropsicología son tres: diagnósticos, terapéuticos y cognoscitivos” (pág. 1).

Gil, Roger (1999) Manual de neuropsicología. Barcelona: Masson.

Definición.- “Es la ciencia que estudia la relación cerebro y conducta, es decir, estudia de qué manera determinadas estructuras cerebrales y procesos cerebrales mediatizan el comportamiento y lo modulan”. Manning Lilianne, Neuropsicología cognitiva del lenguaje, pág. 73.

Generalidades.- “La neuropsicología cognitiva se basa en la idea de que los procesos psicológicos pueden investigarse examinando cómo se descomponen los distintos aspectos de las capacidades mentales tras un daño cerebral” (pág. 25). “La neuropsicología cognitiva se basa en observaciones cuidadosas del comportamiento que exhiben las personas con lesiones cerebrales, pero también está guiada por un marco teórico: el proporcionado por la psicología cognitiva” (pág. 2).

Parkin, A.J. (1999) Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid: Panamericana.

Fines.- “La comprensión de los mecanismos biológicos *normales* subyacentes a cualquier tipo de procesamiento superior, constituyen el fin último de la neuropsicología”.

Manning Lilianne, Neuropsicología del lenguaje: visión clásica, pág. 20.

Neuropsicología del lenguaje.- “La neuropsicología del lenguaje se ocupa del estudio de la comunicación verbal, teniendo en cuenta los procesos de la formulación o codificación y los de la comprensión o decodificación cuando una y/o otra se ven alteradas por lesión cerebral. Denes (1978), por su parte, señala como objeto fundamental de la neuropsicología del lenguaje la comprensión de los fenómenos biológicos que subyacen al lenguaje normal, mediante el estudio de pacientes afásicos...”.

Manning Lilianne, Neuropsicología del lenguaje: visión clásica, pág. 20.

NEUROPSICOLOGÍA COGNITIVA

Generalidades.- La neuropsicología ha florecido durante las últimas décadas, no sólo para tratar pacientes con alteraciones en sus funciones psíquicas por daño cerebral, sino para impulsar las investigaciones en un área tan desconocida como lo es el cerebro. La neuropsicología cuenta con evidencias sobre la organización cerebral que pueden ser útiles al psicólogo cognitivo. Un ejemplo es la teoría cognitiva de Paivio, que puede beneficiarse con los hallazgos de la neuropsicología. Es la teoría de la doble codificación según la cual los atributos perceptuales quedan representados en un sistema pictórico, y los conceptuales y lingüísticos en un sistema verbal.

Condensado de Manning L, Neuropsicología cognitiva del lenguaje (artículo).

Generalidades.- La neuropsicología cognitiva se basa en la idea de que los procesos psicológicos pueden investigarse examinando cómo se descomponen los distintos aspectos de las capacidades mentales tras un daño cerebral. La neuropsicología cognitiva se basa en observaciones cuidadosas del comportamiento que exhiben las personas con lesiones cerebrales, pero también está guiada por un marco teórico: el proporcionado por la psicología cognitiva.

Condensado de Parkin A, Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid: Panamericana, 1999. Capítulo 1: La neuropsicología cognitiva como ciencia.

Neuropsicología cognitiva: definición y objeto.- La neuropsicología es la ciencia que estudia la relación cerebro y conducta, es decir, estudia de qué manera determinadas estructuras cerebrales y procesos cerebrales mediatizan el comportamiento y lo modulan. Representa la convergencia de la neurología y la psicología. Por ejemplo, estudia, a partir del patrón de alteración de un lesionado cerebral, la organización normal de la mente y el cerebro.

La neuropsicología cognitiva se basa en los síntomas psicológicos de pacientes lesionados cerebrales, y a partir de allí piensan como puede ser la organización normal de la mente, organización que a nivel práctico se basa en la hipótesis de la disociación, y a nivel teórico en la hipótesis de la modularidad.

La hipótesis de la modularidad: un supuesto básico.- Existen subsistemas anatómicamente diferenciados que pueden realizar microfunciones separadas. Esto puede explicar el hecho de que diferentes regiones

corticales respondan diferencialmente, y el por qué tales zonas poseen determinadas propiedades neuroanatómicas y neurofisiológicas.

Fodor define módulo como un subsistema con un conjunto particular de propiedades de dominio específico, innatamente especificado, computacionalmente autónomo (o sea un módulo no comparte procesos generales con otros módulos), informacionalmente encapsulado (un módulo tiene acceso sólo a vías restringidas de información), y con un patrón característico de desarrollo que resulta de añadir un conjunto de elementos más básicos.

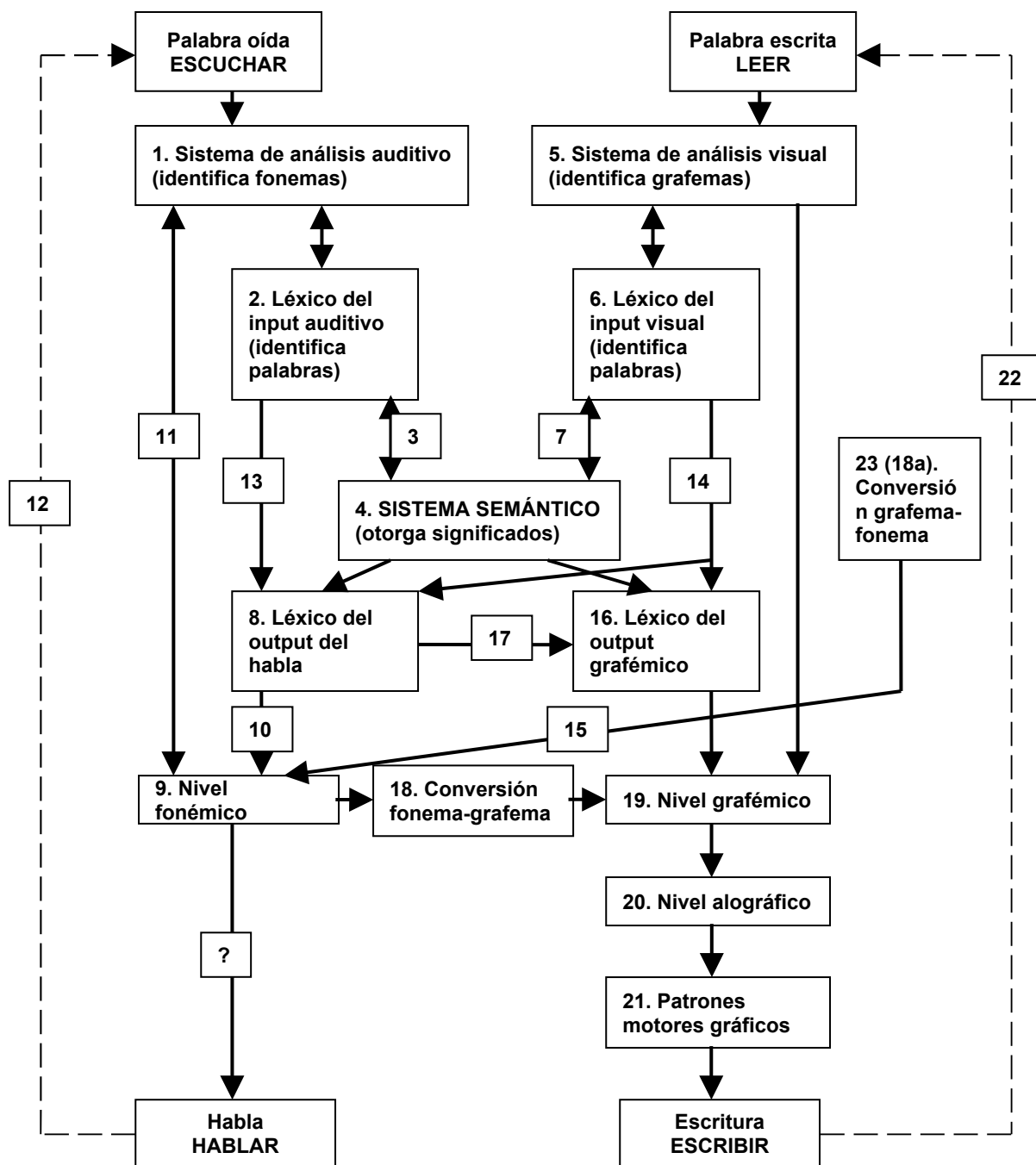
La modularidad supone también el principio del *isomorfismo relativo* (hay cierta correspondencia entre la organización de la mente y el cerebro); el concepto de *transparencia* (lo que implica que la ejecución alterada del paciente da las pautas necesarias para saber qué módulo quedó afectado); y el supuesto de la *sustractividad* (la ejecución de un paciente con lesión cerebral refleja el procesamiento cognitivo total menos el de aquellos sistemas dañados).

En neuropsicología cognitiva caben dos enfoques: uno (Marr) supone estudiar como trabaja cada módulo, y dos (Broadbent y otros) estudiar la organización global del sistema modular recurriendo a una 'arquitectura funcional', tal como por ejemplo puede verse en los diagramas de flujo de más abajo referidos a la neuropsicología cognitiva del lenguaje.

Condensado de Manning L, Neuropsicología cognitiva del lenguaje (artículo).

Neuropsicología cognitiva del lenguaje: definición y objeto.- Según Coltheart (1987) la NPCL es una esfera de investigación donde las teorías sobre el sistema de procesamiento del lenguaje se utilizan para interpretar los datos de los pacientes con alteraciones lingüísticas, y dichos datos son utilizados para probar y afinar las teorías. La neuropsicología utiliza el siguiente diagrama de flujo:

Modelo de modificación y decodificación de palabras habladas y escritas (Ellis y Young, 1988)



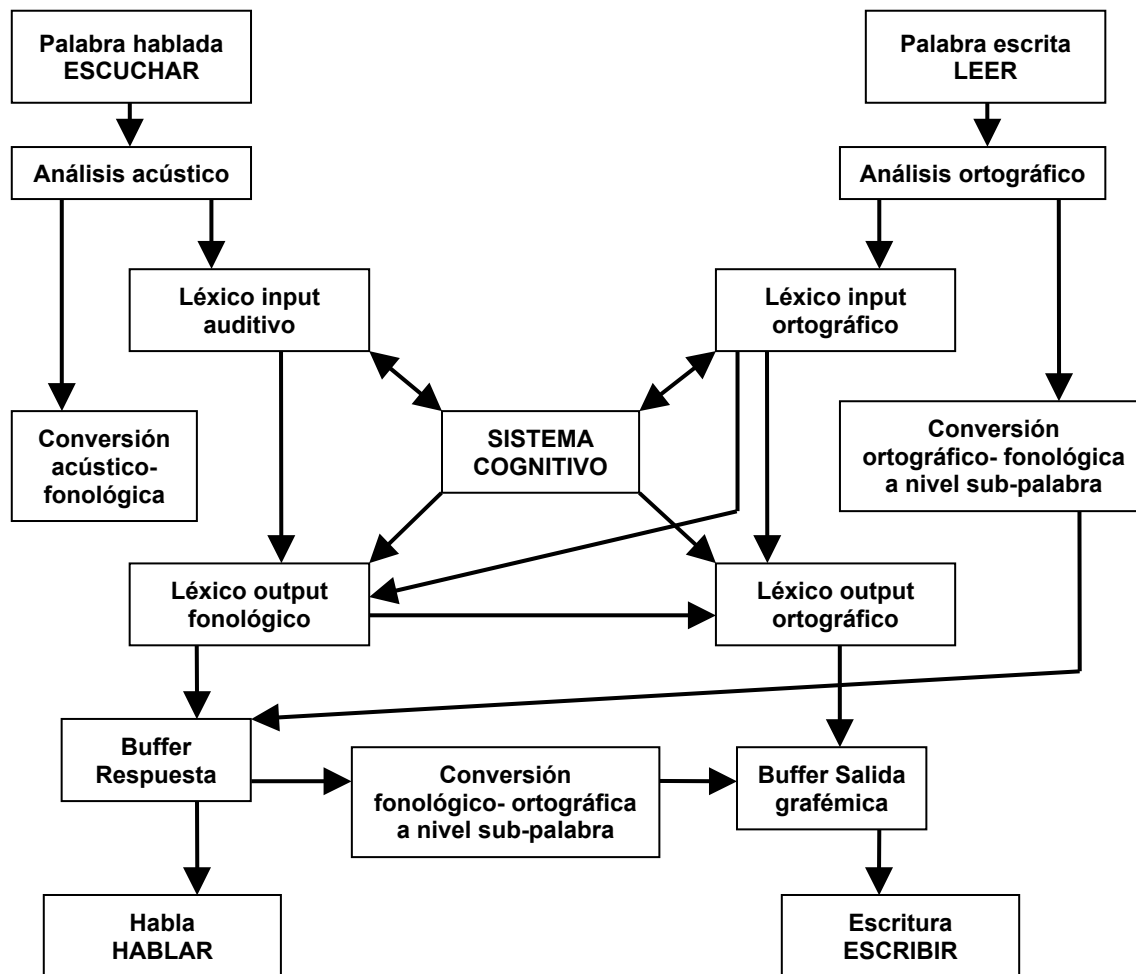
El proceso del diagrama puede describirse del siguiente modo:

- 1) El sistema de análisis auditivo identifica sonidos dentro del flujo de palabras, independientemente del acento, velocidad de emisión, timbre o ruido de fondo.
- 2) El repertorio del input auditivo indica si una palabra ya fue escuchada con anterioridad.
- 3) La conexión entre el repertorio del input auditivo y el sistema semántico 'deja pasar' las palabras reconocidas para darle significado.
- 4) El sistema semántico otorga significado a las palabras habladas y escritas.
- 5) El sistema de análisis visual identifica las letras que componen palabras y no-palabras, codifica cada letra según su posición en la palabra y finalmente agrupa las letras que forman parte de la palabra.
- 6) El repertorio del input visual identifica hileras de letras que forman palabras conocidas y puede clasificar una palabra como desconocida.
- 7) La conexión entre el repertorio del input visual y el sistema semántico permite a las palabras reconocidas acceder al sistema semántico, que les da significado.
- 8) El repertorio del output del lenguaje permite producir palabras habladas y leídas. La activación de este sistema está en función de la frecuencia de las palabras.

- 9) En el nivel de fonema están representados en forma individualizada los sonidos del lenguaje. Recibe inputs de tres sistemas (ver diagrama).
- 10) La conexión entre el repertorio del output del lenguaje y el nivel de fonema acelera la selección de entradas en el repertorio del output del lenguaje y la activación de fonemas en el nivel de fonema.
- 11) La conexión entre el sistema de análisis auditivo y el nivel de fonema permite repetir palabras inventadas, inexistentes, pues al no pasar por los repertorios no requieren ser reconocidas ni por tanto comprendidas. Esta conexión hace posible el lenguaje interno al realimentar el sistema de análisis auditivo una vez activados los fonemas en el nivel de fonema.
- 12) La posibilidad de corregir errores cometidos durante el habla hace necesaria una conexión directa desde la palabra oída hasta la palabra hablada. El hablante se escucha y recibe constantemente el feedback de sus palabras.
- 13) La conexión entre el input auditivo y el output del lenguaje hace posible dar cabida a una ruta que, sin pasar por el sistema semántico, va desde el sistema de análisis auditivo hasta la palabra escrita. Los pacientes que pueden deletrear palabras oídas que no comprenden demuestran que esta ruta existe.
- 14) La conexión que va del repertorio del input visual al repertorio del output del lenguaje, sin pasar por el sistema semántico, ha sido implementada por aquellos pacientes que pueden leer en voz alta palabras que no comprenden.
- 15) La conexión que va desde la conversión grafema-fonema hasta el output del lenguaje es independiente del reconocimiento de palabras escritas en tanto que palabras conocidas y, por tanto, hace posible la lectura de palabras totalmente desconocidas.
- 16) La función del repertorio del output grafémico hace posible almacenar la ortografía de palabras familiares y por tanto, escribirlas.
- 17) La conexión entre el repertorio del output del lenguaje y el repertorio del output grafémico queda implementada por pacientes que son capaces de escribir al dictado palabras que no comprenden.
- 18) El sistema de conversión fonema-grafema ensambla representaciones de fonema con aquellas de grafema.
- 18a) De manera similar, el sistema de conversión grafema-fonema permite la traducción de un nivel al otro en un sentido opuesto.
- 19) En el nivel de grafemas se abstraen las letras.
- 20) El nivel alográfico permite la representación espacial de las letras.
- 21) El nivel de modelos motores gráficos proporciona la representación de los movimientos necesarios para escribir.
- 22) La conexión directa entre palabra escrita y leída proporciona el feedback necesario, cuando uno lee su propia escritura, para corregir errores.
- 23) La conexión entre el sistema de análisis visual y el nivel de grafema permite copiar palabras y no-palabras que no son reconocidas ni comprendidas.

Analizando analizadores.- Tanto el diagrama anterior como el siguiente tienen en común que hay un procesamiento inicial de la información hablada o escrita, que es mediatizado por sistemas de reconocimiento de palabras, uno visual y otro auditivo.

Modelo del procesamiento de reconocimiento, comprensión y producción de palabras y no-palabras (Patterson y Shewell (1987))



El procesamiento de la palabra escrita empieza en el sistema de análisis ortográfico que identifica letras sea cual fuere su forma (mayúscula, minúscula, etc) Las letras identificadas llegan al repertorio o léxico del input ortográfico, donde se identifica la palabra o la no-apalabra. Estas se leen así: una vez identificadas las letras, el conjunto de ellas es dividido en segmentos ortográficos; los segmentos fonológicos correspondientes a estos son recuperados en el sistema de conversión ortográfico-fonológica. Luego, el conjunto de segmentos fonológicos es mantenido en un buffer de salida fonológica, de manera que dichos segmentos puedan ser combinados en una representación fonológica unitaria que es la no-apalabra.

El procesamiento de la información auditiva se lleva a cabo de modo similar.

Algunos pacientes tienen un daño en ciertas conexiones del diagrama, y otros en otras conexiones.

Reconociendo palabras.- Una teoría muy aceptada supone que hay un componente especializado en reconocer palabras conocidas independientemente del sistema semántico, y que se basa en la frecuencia de aparición de la palabra. Otras concepciones postulan un sistema que reconoce y diferencia palabras concretas de abstractas situado en el léxico del input ortográfico, lo que contradice bastante evidencia acumulada.

Comprendiendo palabras.- La comprensión de palabras está en el sistema semántico, pero frente a esta concepción unitaria últimamente han aparecido teorías que postulan más de un sistema cognitivo para diferentes informaciones: material impreso pre-verbal, y material verbal (visual o auditivo).

Conectando módulos.- Los diagramas anteriores muestran como están interconectados los módulos. En ellos puede destacarse una 'ruta directa', que no pasa por el sistema semántico. Por ejemplo la conexión entre input del léxico ortográfico y el output del léxico fonológico, cuyo apoyo empírico está en paciente con lenguaje espontáneo muy reducido, con comprensión verbal y lectura posible de palabras aisladas. Otras evidencias de pacientes revelan la existencia de otras conexiones.

Escribiendo palabras y no-palabras.- Ciertas tareas parecen derivar de un procesamiento de transcodificación entre la línea hablada y la escrita. Al respecto, algunos autores dicen que ambos sistemas están conectados (por ejemplo Luria dice que la palabra escrita depende de la hablada), y otros

dicen que son independientes. Todo parece depender del idioma del sujeto: la dependencia de un sistema de otro se da en idiomas donde hay un único modo de deletrear un fonema. A partir de aquí, se hicieron muchas investigaciones al respecto.

Condensado de Manning L, Neuropsicología cognitiva del lenguaje (artículo).

El método en la neuropsicología cognitiva.- En neuropsicología, las investigaciones pueden tener dos objetivos: la falsación de una hipótesis o el descubrimiento, pero no la corroboración, y para ambos se utiliza el estudio de los casos de disociación o doble disociación (ver más adelante), aunque hay investigaciones referidas a un solo subsistema dañado, y no a dos.

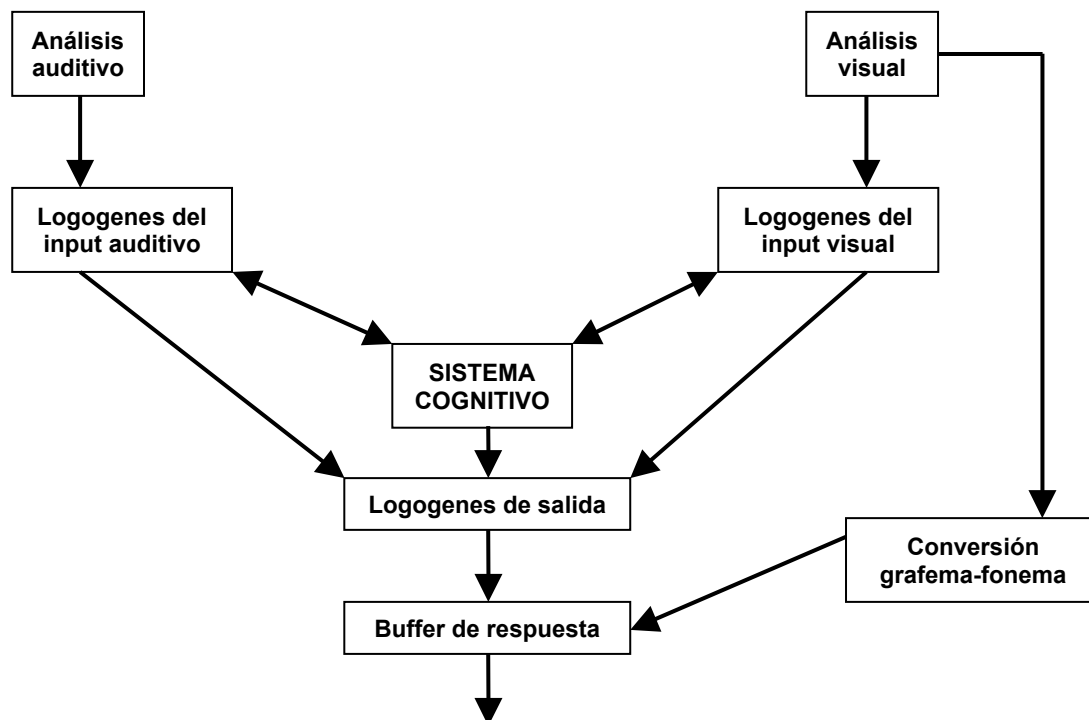
Shallice (1988) señala tres supuestos básicos del método en neuropsicología: 1) el tipo de modelo que se considerará, o sea un sistema cognitivo formado por subsistemas aislables; 2) la manera de pasar del modelo a la ejecución: los sistemas cognitivos son cualitativamente similares interindividualmente cuando debe realizarse una tarea conocida en un grupo social dado; y 3) el efecto de la lesión a estudiar sabiendo que la identidad y el número de subsistemas dañados será evaluado en base al comportamiento del paciente.

Cabe destacar el concepto de 'patrón de pérdida cuantitativa de recursos'. Siempre que un procesamiento determinado requiere la participación de un subsistema, lo que hace es 'reclutar' los recursos del mismo. Por tanto, si el subsistema disfunciona al realizar una tarea, disfuncionará igualmente al realizar cualquier otra que requiera de sus recursos. Así, el grado en que diferentes tareas requieran de un sistema forma un continuo.

A continuación se exponen algunas aproximaciones para responder a la pregunta: ¿qué se puede inferir sobre la función normal a partir de patrones de ejecución de pacientes?

La aproximación de Morton y Patterson.- Supone el empleo del estudio de caso único. Estos autores rechazan las clasificaciones nosológicas y proponen estudiar cada caso como único, analizando los comportamientos de cada paciente según el siguiente modelo:

Modelo del logogen de Morton y Patterson (1980) para la interpretación de alteraciones del lenguaje



Este modelo ilustra la realización de diversos pasos: 1) categorizar el estímulo en el input para enviarlo directamente al output; 2) categorizar la palabra en el sistema de logogen y enviar la información al sistema cognitivo donde se le otorga sentido semántico; y 3) tratamiento de estímulos en términos de secuencias de grafemas y la conversión de tal estímulo en un código fonológico.

La disociación en neuropsicología.- Por disociación se entiende que si el paciente X tiene alterado el procesamiento de la tarea 1, pero hace correctamente la tarea 2, entonces se puede decir que muestra

una disociación entre ambas tareas, lo que sugiere que el sistema cognitivo normal está organizado de tal forma que ambas tareas son independientes. Otros investigadores exigen para probar esta organización una doble disociación, donde se compara el paciente X con el paciente Y en el que la tarea 1 está alterada y la tarea 2 está preservada. Cuando hay dos tareas alteradas, puede deberse a que ambas dependan de una tercera o porque sus recorridos nerviosos están próximos y entonces una lesión afecta a ambas.

Relacionando la disociación con la modularidad, puede decirse que un amplio número de habilidades cognitivas están mediatizadas por procesos o sistemas cognitivos semi-independientes, cada cual capaz de dañarse independientemente. Si podemos hablar en términos de subsistemas, podremos decir que un caso de doble disociación permite aislar determinados módulos o subsistemas. En caso de considerarse la teoría equipotencial (opuesta a la modular), la disociación se explicaría porque ese sistema equipotencial podría ser dañado.

Las constelaciones de síntomas en neuropsicología.- Autores como Marshall y Nwcombe (1980) prefieren trabajar con constelaciones de síntomas buscando generalizaciones interpacientes. El procedimiento es ver qué síntomas aparecen frecuentemente asociados en todos los pacientes.

Por ejemplo, se preguntan qué otros síntomas acompañan la dislexia profunda (errores semánticos de lectura), y concluyen que son los siguientes: errores derivacionales (leer birth pero decir born), errores morfológicos (crowd por crown), errores sintácticos, e imposibilidad de leer no-palabras. Otros autores como Coltheart encontraron una constelación de 11 síntomas que acompañan a los errores semánticos.

La aproximación de Caramazza.- El autor propone un modelo de interpretación basado en cuatro requisitos: 1) la hipótesis referida a la ejecución de una determinada tarea por un sujeto normal; 2) la hipótesis referida a la alteración del modelo normal en caso de lesión cerebral; 3) el principio de sustractividad por el cual el comportamiento del paciente refleja directamente la hipótesis del punto 1, sometida a la hipótesis del punto 2; y 4) el principio de universalidad por el cual todos los sistemas cognitivos son básicamente idénticos.

Para Caramazza, el estudio de los pacientes lesionados permite entender como funciona este sistema cognitivo normal. Para ello tiene en cuenta que la ejecución cognitiva resulta de un conjunto de componentes de procesamiento, que las alteraciones están limitadas por la naturaleza de dichos componentes, y que investigar en neuropsicología implica básicamente determinar, para cada paciente, la existencia o no de modificaciones del sistema cognitivo.

Consideraciones en torno al estudio de caso único.- Si se consideran los estudios de caso único ($N = 1$) como método que requiere un conjunto de teorías a comparar con una amplia serie de casos de manera de poder comparar pacientes entre sí, la postura de Morton y Patterson no ofrece posibilidades de avance.

Las otras dos perspectivas (disociación y constelación de síntomas) pueden conducir a comparaciones inter-paciente de manera que cada uno no constituya en sí mismo una teoría y un modelo. En cuanto al planteo de Caramazza, su postura no se presta a ningún tipo de contrastación. Frente a ello, el estudio de caso único con posturas teóricas más flexibles puede resultar más aplicable y fructífero.

Condensado de Manning L, Neuropsicología cognitiva del lenguaje (artículo).

El método en la neuropsicología cognitiva: ¿casos únicos o grupos?- Aunque se han comparado dos personas, pero hay quienes creen que sólo deberían estudiarse casos únicos. Algunos autores señalan que no es válido extender la lógica de los estudios con grupos normales a las poblaciones con lesiones cerebrales, pues los estudios con grupos de sujetos normales se basan en el supuesto de que los procesos investigados son homogéneos (similares a todos los sujetos).

Quienes se oponen a los estudios con grupos argumentan que poco puede concluirse porque las lesiones producen daños muy disímiles o diversos. Algunos intentaron salvar este problema de la heterogeneidad agrupando pacientes en función de síndromes, pero habrá que ver como se define síndrome, pues puede ser algo muy vago.

Un argumento a favor del estudio con grupos reposa sobre la idea de que si un grupo de sujetos exhibe una heterogeneidad significativa, no será capaz de generar diferencias grupales estadísticamente significativas., pero esta regla también ha sido criticada.

Otro argumento en favor del estudio con grupo es utilizar datos neurológicos y basarse en el supuesto de la especificidad neurológica: es válido asumir que todos los que tengan daño en la misma zona cerebral, tendrán también problemas funcionales similares.

Los estudios de caso único evitan el problema de la heterogeneidad, pero también tienen sus dificultades, de las cuales la más evidente es que no se pueden hacer generalizaciones.

En suma, los estudios con grupos podrían mejorarse usando criterios de inclusión de sujetos más estrictos, y usar procedimientos estadísticos más rigurosos podría reducir la inclusión de sujetos atípicos. Por otro lado, la alternativa de caso único sería más viable si se diesen algunos pasos para resolver el

problema de la réplica. En concreto, el desarrollo de medidas que permitieran acumular pacientes con déficit semejantes.

Condensado de Parkin A, Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid: Panamericana, 1999. Capítulo 1: La neuropsicología cognitiva como ciencia.

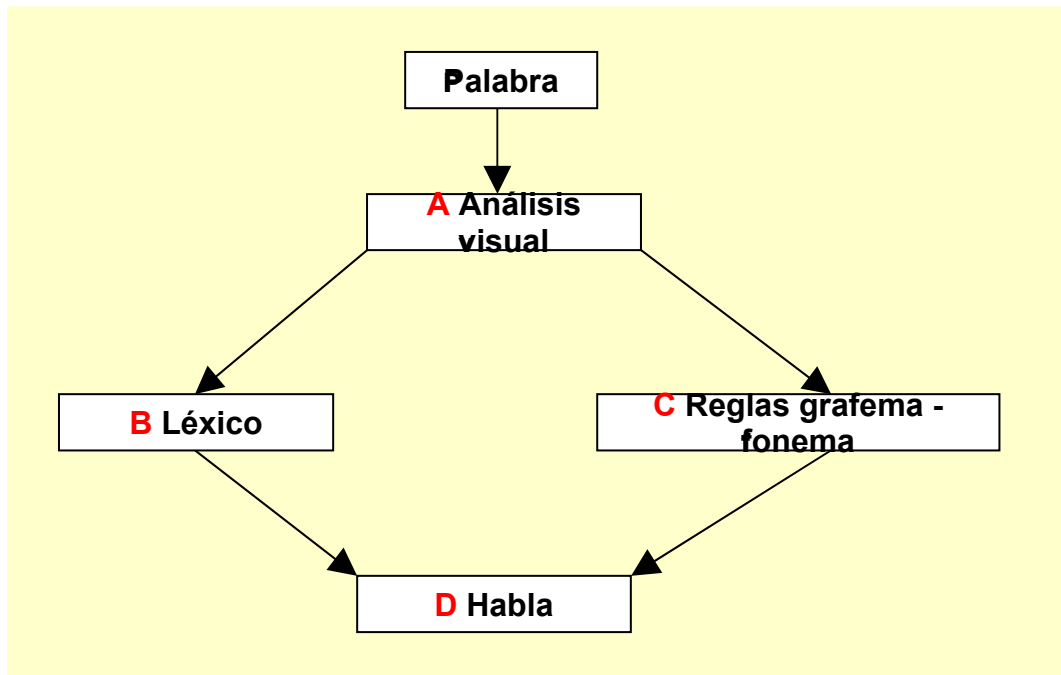
Técnicas de investigación en neuropsicología cognitiva.- Se mencionan los estudios con animales y las técnicas de neuroimagen.

Estudios con animales.- La ventaja en este caso es que las lesiones cerebrales en animales son más circunscriptas y precisas que las lesiones en humanos, pero la desventaja es que no permite estudiar funciones mentales superiores (pensamiento, etc.). También está el problema de hasta qué punto se pueden extender a los humanos las conclusiones obtenidas sobre animales.

Técnicas de neuroimagen.- En los últimos 15 años se desarrollaron mucho estas técnicas que emplean la tomografía axial computarizada (TAC), capaz de generar una imagen tridimensional del cerebro y, más recientemente, la imagen por resonancia magnética nuclear (RMN), más útil para identificar zonas dañadas del cerebro. También se emplea la RMN funcional, apta para medir cambios fisiológicos en dicho órgano. Para detectar anomalías fisiológicas, finalmente, se usa la PET o Tomografía por emisión de positrones.

Condensado de Parkin A, Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid: Panamericana, 1999. Capítulo 1: La neuropsicología cognitiva como ciencia.

Un ejemplo de investigación en neuropsicología cognitiva: Dislexia fonológica y superficial.- El siguiente esquema da una idea aproximada de cómo podrían estar organizados los módulos responsables de la lectura en voz alta.



La palabra se identifica en A, y antes que se pronuncie en voz alta en D puede pasar por B o C. El componente B nos permite pronunciar correctamente palabras irregulares o mal escritas, mientras que el componente C nos permite pronunciar las palabras o las no-palabras (fragmentos de palabras) de acuerdo a las reglas gramaticales. Ambas rutas de pronunciación no operarían en paralelo. Por ejemplo, se tarda más en pronunciar palabras irregulares.

La dislexia adquirida (no poder leer por lesión cerebral) es una evidencia para creer en estas dos rutas de pronunciación.

Se cita un ejemplo de dislexia: Norman (dislexia fonológica), quien tras un infarto cerebral puede leer mejor palabras comunes que no comunes, y más fácilmente palabras de alta imagen (que evocan fácilmente una imagen como pájaro) que palabras con baja imagen (más abstractas). Norman lee bien la mayoría de las palabras pero no puede leer nada que no sea una palabra.

Se cita también el ejemplo de Tob (dislexia superficial), quien por una demencia poco a poco perdió el lenguaje hasta llegar a pronunciar solo palabras muy simples y familiares, y además le resultaba fácil leer palabras regulares o no palabras pero difícil leer palabras irregulares.

En la dislexia fonológica de Norman hay un problema primario para leer no-palabras (no puede convertir grafemas en fonemas), pero tiene intacto el componente léxico, lo que confirmaría la explicación modular

de la figura anterior, aunque el dato de Norman no es suficiente porque necesitamos evidencia de doble disociación, que es proporcionada por el caso de Tob.

Condensado de Parkin A, Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid: Panamericana, 1999. Capítulo 1: La neuropsicología cognitiva como ciencia.

La neuropsicología cognitiva y los diagram-makers.- Los diagram-makers son los estudios de neuropsicología cognitiva del siglo pasado, basados en la medicina pero no en la psicología cognitiva, que por entonces no existía. Los diagram-makers otorgan mucha importancia a la localización anatómica de la lesión, mientras que actualmente no es así, privilegiándose los procesos cognitivos alterados, y sólo en una etapa posterior se considerarán las áreas anatómicas afectadas. Actualmente la neuropsicología puede investigar casos particulares basándose en teorías del funcionamiento normal propuestas por la psicología cognitiva.

Condensado de Manning L, Neuropsicología cognitiva del lenguaje (artículo).

Investigación en neuropsicología cognitiva.- Las investigaciones en neuropsicología cognitiva del lenguaje basadas en las teorías modulares fueron muy numerosas, y han permitido ampliar más la teoría que explica el empleo normal y patológico del lenguaje en sus diversos aspectos (habla, escritura, lectura, etc). Algunos como Seidenberg, piensan que debería haber descripciones más detalladas de las operaciones que realiza cada módulo, pero por otro lado se considera que la descripción de cada módulo no contribuye demasiado al avance de la comprensión de funcionamiento superior, global, del cerebro. Seidenberg se extiende en otras críticas sobre las investigaciones en neuropsicología, algunas de las cuales son atendibles. Por ejemplo se critica a ciertos neuropsicólogos su tendencia a armar 'síndromes' o constelaciones de síntomas. Esto estaría errado si fueron inamovibles: siempre debe estarse dispuesto a cambiar síndromes, aunque por suerte tampoco necesitamos de ellos para avanzar en la neuropsicología. Condensado de Manning L, Neuropsicología cognitiva del lenguaje (artículo).

Psicología cognitiva y modularidad: una revisión muy breve.- Antes de 1960, el enfoque dominante era conductista (Skinner, por ejemplo). "El conductismo asume el punto de vista de que el comportamiento no puede ser explicado apelando de ningún modo a estructuras internas o procesos dentro del cerebro. En lugar de ello, los conductistas querían explicar el comportamiento humano en términos de las relaciones entre entradas (estímulos) y salidas (respuestas)". Este enfoque fue criticado por Chomsky en 1959, y hoy se tiende más a las explicaciones cognitivas, que intentan proporcionar una explicación científica de cómo el cerebro lleva a cabo funciones mentales complejas como la visión, la memoria, el lenguaje y el pensamiento.

Entre los modelos cognitivos está el de Atkinson y Shiffrin (1968) que concibe el sistema de memoria formado por un almacén sensorial, uno a corto plazo y otro a largo plazo.

Modularidad.- Últimamente el enfoque cognitivo se vio influenciado por la idea de modularidad. Marr, en 1976, propuso que el cerebro podía tener una organización modular, porque ella es muy ventajosa para cualquier sistema complejo que pretenda evolucionar: es más fácil corregir o mejorar, pues los cambios pueden hacerse en ciertos módulos sin necesidad de hacerlos paralelamente en los demás. Fodor, en 1983, desarrolló más extensamente esta idea, y asignó a los módulos las siguientes propiedades:

1. Encapsulamiento informativo: los módulos operan aisladamente de los demás. Ej: no podemos evitar las ilusiones visuales aunque sabemos que son ilusiones.
2. Especificidad de dominio: Cada módulo procesa un tipo de entrada (solo tratan con una determinada fuente de información).
3. Obligatoriedad: Cada módulo opera como todo o nada. Una vez activado, ejecuta su operación completamente.
4. Innatos: No se adquieren a través del desarrollo.

A los efectos de la neuropsicología cognitiva, las propiedades 1 y 2 son las más importantes (y las menos controvertidas).

La psicología cognitiva se interesa también por qué sucede dentro de los módulos, y como pueden explicarse los procesos mentales más complejos (Fodor había hablado de una interacción entre módulos, aunque la psicología cognitiva no siguió esta idea).

El modelo de memoria de Baddeley y Hitch incorpora elementos modulares y no modulares, que incorpora al clásico modelo de Atkinson la idea de una memoria operativa con un componente ejecutivo central entre el almacén sensorial y el almacén a largo plazo.

Condensado de Parkin A, Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid: Panamericana, 1999. Capítulo 1: La neuropsicología cognitiva como ciencia.

La neuropsicología cognitiva y el procesamiento distribuido en paralelo.- El estudio de los procesos cognitivos fue revolucionado por el modelo PDP (Procesamiento distribuido en paralelo, o Conexionismo). A diferencia de los vistos hasta ahora donde cada componente se identifica explícitamente (por ejemplo el componente ejecutivo central), los modelos conexionistas aprenden por sí mismos (usan reglas para cambiar las interconexiones entre nodos) y establecen su propia

representación de cualquier conjunto de información dado: la información está distribuida en muchos nodos y no es propiedad de un único nodo. Métodos como la retroprogramación permiten a la red representar información. Por ejemplo aunque una red neuronal haya perdido el 30% de sus nodos, puede volver a funcionar.

Condensado de Parkin A, Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid: Panamericana, 1999. Capítulo 1: La neuropsicología cognitiva como ciencia.

La neuropsicología cognitiva y la especificidad neurológica y doble disociación.- La especificidad neurológica significa que cada función mental ocupa una región determinada del cerebro. Este supuesto, unido al de modularidad, subyace a gran parte del trabajo en neuropsicología cognitiva, y en el núcleo de este asunto encontramos el método de la doble disociación.

En la doble disociación clásica, si se quiere demostrar que cada módulo es independiente, debe poder demostrarse que un módulo A funciona en ausencia de otro B, y viceversa (doble disociación). En un televisor, puede haber imagen sin sonido y viceversa. Sin embargo, el peligro de esta concepción es que los neuropsicólogos se queden haciendo cientos de distinciones finísimas entre módulos sin proponer ningún principio organizador de todos ellos.

Condensado de Parkin A, Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid: Panamericana, 1999. Capítulo 1: La neuropsicología cognitiva como ciencia.

Neuropsicología y esquizofrenia.- La investigación está avanzando hacia una mayor especificación de las alteraciones a nivel cognitivo y cerebral. Las líneas de investigación dentro de la Psicología Cognitiva han permitido conocer con más detalle qué tipo de procesos están implicados en cada tarea neuropsicológica y diseñar nuevas tareas para medir procesos muy específicos (Soriano et al., 2004).

En este sentido numerosos estudios en personas con esquizofrenia avalan la existencia de un deterioro en el rendimiento de pruebas neuropsicológicas estandarizadas especialmente las que implican atención, memoria, funcionamiento ejecutivo (López, 2003) y funcionamiento cognitivo general (Seidman, Buka, Goldstein, Tsuang, 2006).

Se ha encontrado que estas alteraciones son las más importantes (Saykin, Gur, Gur, Mozley, Mozley, Resnick, Kester y Stafiniak, 1991) y están presentes no sólo en la esquizofrenia sino también en otros trastornos del espectro de la psicosis (Cuesta et al., 2000 a y b).

Esperanza Bausela H. Neuropsicología y esquizofrenia. REVISTA CHILENA DE NEUROPSICOLOGÍA. 2009; 4(1):1-5.

NINFOMANÍA

Definición.- "Exageración mórbida de la avidez sexual en la mujer".

Virel A., Vocabulario de psicoterapias, Barcelona, Gedisa, 1985, pág. 206.

Definición.- "Término tradicional por el que se definía un impulso sexual exagerado y compulsivo en la mujer. En la actualidad es obsoleto y ha sido sustituido por adicción sexual".

Farré Martí J, Diccionario de Psicología, Barcelona, Océano, 1999, pág. 248.

NIÑEZ

Salud mental en niños.- "Resumen: Contenido: Los estudios exploratorios que generan modelos probatorios sobre cómo los factores de riesgo suponen problemas de salud mental en la niñez a través del tiempo son críticos para desarrollar una prevención efectiva y estrategias para el tratamiento.

Objetivo: Construir modelos dirigiendo las siguientes 2 preguntas: (1) ¿Cuán temprano podemos identificar a los niños en riesgo por problemas de salud mental de tercer grado? (2) ¿Cómo funcionan los factores de riesgo a través del tiempo?

Diseño y Participantes: Evaluamos en ocho ocasiones a una muestra comunitaria de Wisconsin, comenzando durante el embarazo. Trescientas setenta y nueve familias completaron los cuestionarios multi-informativos (madres, maestras, y niños) sobre los síntomas de salud mental de los niños de tercer grado.

Medidas Principales de Resultado: Severidad de los síntomas y la direccionalidad (externalización vs. internalización).

Resultados: La hipótesis que se generó fue si el estado socio económico familiar (en inglés, SES) definió diferentes caminos de la severidad de los síntomas. En las familias con bajo / medio SES, los niños estaban en riesgo si sus madres habían estado angustiadas durante el período de la infancia, lo cual se asoció después con angustia maternal y más generalizada en el niño y una disfunción durante el período preescolar. En las familias con alto SES, fue más complejo, empezando con historias de depresión paternal y psicopatología familiar que llevaron a un mayor estrés familiar en el período infantil y a la angustia maternal y del niño y la disfunción durante el período preescolar. Para todos los niños la incapacidad social y académica durante la transición escolar fue un importante mediador. Surgieron

síntomas con dos tipos de direccionalidad que consistieron uno empezando con el sexo del niño y el otro con el temperamento del niño.

Conclusiones: La mayoría de los factores de riesgo pronosticaron severidad del síntoma y no direccionalidad. Los factores de riesgo para los problemas de internalización y externalización pueden ser muchos lo mismo, y las mismas intervenciones preventivas podrían ser efectivas para ambas clases de problemas. Además, los niños en riesgo de familias de alto SES podrían ser identificados en la infancia, en tanto que aquellos de familias de bajo SES podrían identificarse sólo como preescolares".

Essex M y otros, Exploración de los factores de riesgo para la aparición de problemas de salud mental en niños.

ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2006 NOV; 63(11).

NOMBRE DEL PADRE

Generalidades.- Lacan sostiene que hay un principio organizador, el "Nombre del Padre", y una operación que liga al sujeto a ese principio organizador, operación que se llama "Metáfora Paterna". Si esta no se cumple, hay psicosis.

Partamos de la siguiente expresión lacaniana: "El Nombre del Padre es el significante del Otro que, en el Otro del significante, está en el lugar de la ley".

El Otro es el gran otro, el mundo de las cosas de la cultura. Es una gran feria, como dice Saúl. En este mundo hay cosas que son significantes, que significan algo, y una de esas cosas debe ser una Ley que rija las relaciones entre las otras cosas, que rija cómo serán significadas. Esa cosa que es la ley debe estar por fuera de ese mundo, del mismo modo que una naranja pegada por fuera de un cajón indica que adentro hay naranjas. La naranja de afuera ya no se puede usar, comer: está destinada a cumplir su función de ley.

Veamos ahora como se da la operación de la metáfora paterna por la cual el niño queda incluido en la organización del mundo de la cultura bajo la ley del NP (Nombre del Padre):

Nombre del Padre	=	Deseo Materno (Otro)
Deseo Materno	Niño (x)	----- ► NP ----- (Significante fálico)

El Niño nace en el mundo de los deseos maternos, pero esta madre está a su vez en el mundo de la cultura, bajo la ley del NP, por lo tanto, la madre está inscribiendo, por carácter transitivo, al niño en el mundo de la cultura. Por lo tanto (flechita), el niño queda inscripto es la ley del NP, o sea en un mundo (Otro) donde otorgará a las cosas significación fálica, pudiendo así trazar equivalencias entre objetos (heces, dinero, etc).

Dentro del mundo de la cultura hay un lugar donde están todos los que no quedaron organizados bajo la Ley del Padre (es el manicomio).

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

NORMALIDAD

Generalidades.- Lo que se llama 'normal' tiene siempre connotaciones ideológicas. Unas veces se refiere a un criterio estadístico (lo normal es la conducta más habitual, la norma), otras a un 'estado ideal', y el psicoanálisis se opone a esta última idea. El par normalidad-anormalidad es exterior al dispositivo analítico, e incluirlo en él se corre el riesgo de transformarlo en una práctica sugestionante.

Otras veces se habla de la normalidad como adaptación a un medio, a una realidad exterior. El psicoanálisis en cambio la remite a una realidad psíquica, a la forma como queda el sujeto articulado en el eje Edipo-castración. Freud definía una conducta normal o sana como aquella que tiene algo de neurosis porque no niega la realidad, pero algo de psicosis porque se esfuerza en transformarla.

Grunfeld B, Reseña histórica de la psicopatología. Clases dictadas durante 1996 en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Generalidades.- 1. (*Psicoanálisis*) Según Freud, la normalidad se desarrollaría como resultado de la represión de ciertos instintos parciales y elementos de la disposición infantil, y de la subordinación de lo restante a la primacía de la zona genital al servicio de la función de reproducción. 2. "Con una norma de valor, cuyo contenido eventual escapa a toda discusión científica, la psicología no puede trabajar, como se deja entender. Por tanto nos atenemos a la norma del término medio. Con relación al contenido de 'normal término medio' determinamos así las personalidades anormales: personalidades anormales son variaciones, desviaciones de un campo, medio, imaginado por nosotros, pero no exactamente determinable, de las personalidades humanas. Desviaciones hacia el más o hacia el menos, hacia arriba o hacia abajo. Es indiferente, pues, que estas desviaciones de la normalidad media correspondan a valores positivos o negativos en el aspecto ético o social. Partiendo de esta normalidad media, es exactamente tan anormal el gran poeta o el santo como el criminal: los tres caen fuera del término medio de las

personalidades. Es evidente que todas las personalidades de alguna manera singular o extraña, especialmente destacadas por algún rasgo de su modo de ser, tienen que incluirse en este concepto. Personalidades psicopáticas son aquellas personalidades anormales que sufren por su anormalidad, o hacen sufrir, bajo ella, a la sociedad. Esta delimitación es arbitraria y se basa solo en razones prácticas". (Kart Schneider, *Las personalidades psicopáticas*, Editorial Morata, Madrid, 1943). Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Criterios.- Existen dos criterios básicos de los cuales derivan los conceptos de normalidad vigentes (Maritán, 1991):

1) El criterio estadístico establece como normal al 'hombre promedio', a aquel que por sus características se aproxima a la media aritmética de las características del grupo a que pertenece. Es un criterio cuantitativo y 'realista', basado en hechos de observación, ya que tiene en cuenta cómo el hombre es, y no como debe ser. Es decir que si un individuo tiene una conducta semejante a las conductas mayoritarias de su comunidad es normal, está adaptado, y aquellos que se alejan del promedio (como en los extremos de la curva de Gauss) son considerados anormales.

2) El criterio normativo tiende a considerar al hombre normal a aquel que se asemeja a un modelo de perfección humana, que reúne las características deseables (ideales) de acuerdo a un sistema de valores imperante. Establece cómo el hombre normal debe ser, es decir, es un criterio axiológico para el cual la normalidad es una condición cualitativa (Maritán, 1991).

Marietan H, Sobre los conceptos de salud, enfermedad, normalidad y anormalidad. Buenos Aires: Alcmeeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Año 2, Vol 1, nº 2, Abril 1991.

Tipos.- Wolf distingue tres tipos de normalidad: estadística, normativa y clínica.

Estadísticamente, una persona es normal si está cerca de la tendencia de un grupo típico de individuos. Esto no es adecuado porque lo típico puede ser una patología, como la gripe.

Según el criterio normativo, es normal la persona que cumple con las reglas éticas del grupo a que pertenece, la que tiene un buen ajuste adaptativo. Por ejemplo, es normal ser 'haragán' si el grupo así lo requiere. El criterio normativo asimila entonces normalidad con adaptación o conformismo. Sin embargo, inconformismo no es siempre sinónimo de enfermedad.

El criterio clínico, más aceptable, no toma sólo extremos, sino un continuum que va desde el sujeto que no puede gobernarse a sí mismo poniendo en peligro su vida y la ajena, hasta el otro (normal) donde aparece amor por la vida y su cuidado. A veces la destrucción depende de ideales, como en el caso de bonzos y kamikazes.

Según Bergeret, la normalidad es la integridad de las bases narcisistas de la constitución del yo, la extensión de las posibilidades creadoras y relacionales, la integración genital y de Eros.

Lunazzi de Jubany H, Lectura del psicodiagnóstico.

Concepciones.- Offer y Sabshin dan cuatro definiciones de normalidad: como salud, como utopía, como promedio y como sistema transaccional.

La salud mental se ha entendido de varias formas: como evolución del yo y adaptación (Hartmann), como crisis resuelta favorablemente (Erikson), y como cinco tendencias crecientes: estabilidad de la identidad yoica, independización de los más cercanos, profundización de intereses, humanización de valores, y ampliación de la capacidad de cuidar al otro (White).

Normalidad como utopía es un modelo ideal intentado por ejemplo desde el psicoanálisis, y supone en general un entorno social, aunque algunos disociaron el modelo del entorno.

La normalidad como promedio se aplica más bien a lo biológico y a la inteligencia.

La normalidad como sistemas transaccionales implica la variable tiempo y se refiere a los cambios esperables, a logros necesarios a obtener a cierta edad. Por ejemplo ser adulto normal es haber hecho ajustes respecto a tres importantes áreas: educación, vocación, matrimonio. Sistemas transaccionales apunta a la capacidad de interrelacionar ciertos eventos vitales con el contexto social.

Condensado de Arnstein R, Young adulthood (Adulthood joven). En Offer y Sabshin, Normality and the life cycle. Basic Books, 1984. Traducción de la Cátedra de Psicología Evolutiva II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Normalidad y psicosis.- Resumen: En este trabajo revisamos el tema del "espectro psicótico" consistente en la hipótesis de la existencia de un abanico sintomático continuo, que comienza en la normalidad y termina con el brote manifiesto de esquizofrenia. Para ello examinamos este abanico de transición, deteniéndonos en el tema de la esquizotipia y el de los trastornos psicóticos familiares, que no llegan al diagnóstico de esquizofrenia. Revisamos la tesis de que el "trastorno fundamental común a todas las psicosis" forma un eje continuo, que nos permite estructurar, desde un punto de vista psicopatológico, el resto de los síntomas con él relacionados, incluidos los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia. Consideramos que el eje del proceso psicótico es la "ataxia intrapsíquica" o la "hipotonía de la conciencia", que puede manifestarse como la pérdida de empatía descrita por Bleuler. La aproximación psicopatológica al tema no se desarrolla desde un punto de vista categorial, sino dimensional. Desarrollamos una revisión histórica del tema, haciendo referencia a aquellos autores que

estudiaron con detenimiento el concepto de la psicosis límite, también llamada "esquizofrenia incipiente" o "esquizofrenia latente".

Blánquez Hernández, R. / Galarraga Alonso, E, El continuum entre normalidad y psicosis. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2007; 23(1).

NOSTALGIA

Definición.- Deseo obsesivo de regresar a la patria o pueblo nativo. El *Psicoanálisis* lo interpreta como el deseo de reactivar la primitiva relación con los padres.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

OBESIDAD

Definición.- Aumento del peso corporal por acumulación de grasas por encima de un 10-20% del que corresponde al sujeto por altura y edad. Puede ser leve (aumento del 10-15%), moderada (15-20%), grave (20-40%) o patológica (más del 40%).

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Etiología.- Según su etiología, la obesidad puede ser primaria o secundaria. 1) Primaria: es constitucional o idiopática, y es la más importante. Factores hereditarios pueden actuar sobre el mecanismo controlador del apetito, en el hipotálamo. Se trata entonces de una obesidad hipotalámica y es general, no localizada. La sensación de apetito se activa cuando baja la glucemia o cuando hay constricción gástrica. 2) Secundaria: o derivada de otras patologías, es adquirida e hipertrófica. Se identifican cuatro tipos de factores desencadenantes. En primer lugar los factores exógenos, lo que implica mucha ingesta con poco gasto energético (sedentarismo). Es el 80% de los casos de obesidad. En segundo lugar factores psicógenos como la ansiedad, la que depende a su vez de factores simpáticos o parasimpáticos. En tercer lugar factores neurológicos, que son alteraciones cerebrales que afectan los centros del apetito del hipotálamo, como en una encefalitis. En cuarto lugar los factores endocrinos: el exceso o déficit de ciertas hormonas producen obesidad. Por ejemplo: a) exceso de ACTH, que aumenta los glucocorticoides, activándose más la lipogénesis (obesidad troncular); b) obesidad diencéfalo-hipofisaria, o falla en el centro hipotalámico con inmovilización de grasas; c) obesidad tirogénica: por hipotiroidismo; y d) obesidad por hipogonadismo o síndrome de Babinski-Froelich, donde hay una falla en las enzimas anabólicas.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Patogenia.- Aumento de adipocitos (células grasas) por hipertrofia (aumento de tamaño celular) y/o hiperplasia (aumento del número de células). Hasta la pubertad se producen ambas, pero en la adultez solamente por hipertrofia. El número de adipocitos está determinado constitucionalmente. El obeso tiene una personalidad vagotónica.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Cuadro clínico.- Aumento del peso por encima del 10-20%. El hombre tiene aspecto pletórico y la mujer palidez y flaccidez. A nivel respiratorio hay disnea (por elevación del diafragma), gases y meteorismo. A nivel digestivo constipación y frecuentes cólicos hepáticos. A nivel de los pliegues cutáneos, sudoración e hipersecreción sebácea.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Otras complicaciones.- Várices, desviación de la columna, artrosis de rodilla y pie plano doloroso. Tienden a la insuficiencia coronaria, la hipertensión arterial y la hipertrofia del ventrículo izquierdo.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

OBJETIVIDAD

Definición.- Categoría que pone el énfasis en el objeto, en aquello que el sujeto busca conocer (objetivismo, realismo): hay un objeto dado frente al cual se busca explicarlo. Por ejemplo el conductismo (fenomenista y causalista), el neoconductismo, etc.

Yáñez Cortés R (1985). Clases de Metodología de la Investigación psicológica. Buenos Aires. Universidad de Belgrano.

OBJETO

Generalidades.- 1. Casi en nuestros días, la filosofía del conocimiento postuló una distinción clara entre objeto y sujeto, que el existencialismo y el psicoanálisis llegarían a cuestionar. El sujeto percibe y conoce; el objeto es pasivo. Pero, por un lado, el objeto (las personas, la cultura, pero también las cosas inanimadas) participa en la constitución de la subjetividad. Por otro, solo un objeto anodino podría tener los mismos caracteres para todos los individuos. Lo más frecuente es que éstos invistan a los objetos con sus propios deseos. 2. (*Psicoanálisis*) En *Pulsiones y destinos de pulsión* Freud escribe: "El objeto de la pulsión es la cosa en la cual o por medio de la cual puede la pulsión alcanzar su satisfacción. Es lo más variable de la pulsión; no se halla enlazado a ella originalmente. Está, sí, subordinado a consecuencia de su adecuación al logro de la satisfacción. No es necesariamente algo exterior al sujeto sino que puede ser una parte cualquiera de su propio cuerpo y es susceptible de ser sustituido indefinidamente por otro en el curso de los destinos de la vida de la pulsión. Este desplazamiento de la pulsión desempeña importantísimas funciones. Puede presentarse el caso de que el mismo objeto sirva simultáneamente a la satisfacción de varias pulsiones". 3. En la literatura psicoanalítica se encontrarán las expresiones: "*elección de objeto*", "*amor objetal*", "*pérdida de objeto*", "*relación de objeto*", "*objeto del self*", etc. 4. En los escritos de M. Klein y sus discípulos se emplean con significaciones específicas los siguientes términos: "*objetos internos*", "*Objetos parciales*" (ideal, malo, bueno), "*objetos totales*". Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Objeto, constancia del.- Fenómeno que consiste en que los objetos preceptuales retienen una apariencia "normal" con pronunciada independencia de los estímulos locales y de los componentes de los estímulos que integran la pauta perceptual. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Objeto bizarro.- Concepto de Bion. "Durante el proceso de la identificación proyectiva patológica se produce la disociación de las partes yoicas dándose lugar así a una multiplicidad de fragmentos minúsculos que se proyectan violentamente en el objeto (splitting). Estos pedazos, al ser expulsados por la identificación proyectiva patológica, crean una realidad poblada de *objetos bizarros*, realidad que se torna cada vez más dolorosa y persecutoria" (pág. 125). Rousseau Mignon (1995), *Grupo, esa posible-imposibilidad...* Buenos Aires: Tekné.

Objeto bueno según M. Klein.- "El término objeto parcial bueno se aplica generalmente al pecho o pene tal como se lo experimenta en la posición depresiva en relación con experiencias buenas. Se siente al objeto bueno como fuente de vida, amor y bondad, pero no es ideal. Se reconocen sus malas cualidades y en contraste con el objeto ideal, puede ser experimentado como frustrante; se lo siente vulnerable a los ataques, y por consiguiente se lo suele sentir dañado o destruido. Se siente que el pecho bueno y el pene bueno pertenecen respectivamente a la madre buena y al padre bueno, pero se los puede experimentar antes de que se establezca plenamente la relación de objeto total". Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 123.

Objeto bueno según M. Klein.- Junto al objeto malo, son los primeros objetos pulsionales, parciales o totales, tal como aparecen en la vida de fantasía del niño. La cualidad de 'bueno' se le atribuye, no solamente por su carácter gratificador, sino sobretudo porque sobre él se proyectan las pulsiones libidinales del sujeto. Objetos buenos y malos se hallan sometidos a los procesos de introyección y proyección. Laplanche J y Pontalis J, "Diccionario de psicoanálisis", Barcelona, Labor, 1981, 3° ed, pág. 262.

Objeto extraño según M. Klein.- "Son el resultado de identificaciones proyectivas patológicas, en las que se percibe al objeto escindido en pequeños fragmentos, conteniendo cada uno una parte proyectada del Yo. A estos objetos extraños se los siente cargados de mucha hostilidad". Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 123.

Objeto ideal según M. Klein.- "Pecho o pene. Es experimentado por el bebé durante la posición esquizo-paranoide como resultado de la escisión y de la negación de persecución. El bebé atribuye todas sus experiencias buenas, reales o fantaseadas, a este objeto ideal al que anhela poseer y con el que ansía identificarse". Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 123.

Objeto interno según M. Klein.- "Objetos introyectados en el yo". Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 123.

Objeto libidinal.- Spitz retoma una definición de Freud, cuando éste dice que "el objeto de un instinto es aquello en relación a lo cual o a través de lo cual el instinto es capaz de lograr su finalidad" (Freud, Los instintos y sus destinos). Spitz recalca como característica el hecho de que el objeto libidinal es muy variable a través del desarrollo de las relaciones objetales, cambia continuamente salvo en las etapas

donde no hay una importante redistribución de la libido, ocasiones donde tiende a catectizar sólo un determinado objeto.

Spitz René, *El primer año de vida del niño*, México, Fondo de Cultura Económica, 1979, pág. 25.

Objeto malo según M. Klein.- "O persecutorio. Es experimentado como resultado de la escisión ocurrida durante la posición esquizo-paranoide. El bebé le proyecta toda su hostilidad y a su actividad atribuye toda experiencia mala".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 123.

Objeto malo según M. Klein.- Junto al objeto bueno, son los primeros objetos pulsionales, parciales o totales, tal como aparecen en la vida de fantasía del niño. La cualidad de 'malo' se le atribuye, no solamente por su carácter frustrante, sino sobre todo porque sobre ellos se proyectan las pulsiones destructivas del sujeto. Objetos malos y buenos se hallan sometidos a los procesos de introyección y proyección.

Laplanche J y Pontalis J, "Diccionario de psicoanálisis", Barcelona, Labor, 1981, 3º ed, pág. 262.

Objeto parcial según M. Klein.- "Objetos característicos de la posición esquizo-paranoide. El primer objeto parcial que experimenta el bebé es el pecho. Pronto experimenta otros objetos parciales, ante todo, el pene" (pág. 123). Objetos parciales son: el objeto ideal (pecho o pene), el objeto malo (o persecutorio), y el objeto bueno.

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987.

Objeto parcial según M. Klein.- "El objeto parcial (pecho, pene) se halla escindido en un objeto 'bueno' y un objeto 'malo', constituyendo esta escisión el primer modo de defensa contra la angustia" (pág. 262). "Con Melanie Klein, en la expresión 'objeto parcial' el término 'objeto' adquiere todo el valor que le ha otorgado el psicoanálisis: aunque parcial, el objeto (pecho u otra parte del cuerpo) posee en la fantasía caracteres similares a los de una persona (por ejemplo persecutorio, asegurador, benévolo, etc)." (264). "Para los kleinianos, la relación con los objetos parciales no califica únicamente una fase de la evolución psicosexual (posición paranoide), sino que sigue desempeñando un importante papel cuando ya se ha establecido la relación con los objetos totales" (pág. 264).

Laplanche J y Pontalis J, "Diccionario de psicoanálisis", Barcelona, Labor, 1981, 3º ed.

Objeto perseguidor según M. Klein.- "Son objetos en los que se ha proyectado parte del instinto de muerte. Originan ansiedad paranoide".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 124.

Objeto total según M. Klein.- "Se refieren a la percepción del otro como persona. La percepción de la madre como objeto total caracteriza la posición depresiva. El objeto total es lo opuesto tanto del objeto parcial como de los objetos escindidos en partes ideales y persecutorias. La ambivalencia y la culpa se experimentan en relación con objetos totales".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 124.

Objeto transicional.- Objeto transicional es algún objeto o fenómeno "que llega a adquirir una importancia vital para el bebé en el momento de disponerse a dormir, y que es una defensa contra la ansiedad, en especial contra la de tipo depresivo". Por ejemplo, según Winnicott, un objeto blando o de otro tipo, un puñado de lana, la punta de un edredón, una palabra, una melodía, etc. (págs. 20-21).

Relación entre objeto y fenómeno transicional: "Cuando se encuentra ausente la madre, o alguna otra persona de la cual depende el bebé, no se produce un cambio inmediato porque este tiene un recuerdo o imagen mental de la madre, o lo que podemos denominar una representación interna de ella que se mantiene viva durante un cierto periodo. Si la madre se ausenta durante un lapso superior a determinado límite medido en minutos, horas o días, se disipa el recuerdo de la representación interna. Cuando ello se produce, los *fenómenos transicionales* se vuelven poco a poco carentes de sentido y el bebé no puede experimentarlos. Presenciamos entonces la descarga del *objeto* (pág. 33). Por lo general el objeto transicional se descarga poco a poco, en especial a medida que se desarrollan los intereses culturales" (pág. 32). Ver también *Fenómeno transicional*.

Winnicott D (1994) Juego y realidad. Barcelona: Gedisa.

Objeto transicional.- En relación al objeto transicional, Winnicott destaca cinco puntos: 1. El objeto transicional representa el pecho materno, o el objeto de la primera relación. 2. Es anterior a la prueba de realidad. 3. En relación al objeto transicional el bebé pasa del dominio omnipotente (mágico) al dominio por manipulación (que implica el erotismo muscular y el placer de la coordinación). 4. A la larga el objeto transicional puede convertirse en un objeto fetiche y por lo tanto persistir como una característica de la vida sexual adulta. 5. A consecuencia de la organización erótica anal, el objeto transicional puede representar las heces (pero no se debe a ello que llegue a tener mal olor y a no ser lavado) (pág. 26).

Winnicott D (1994) Juego y realidad. Barcelona: Gedisa.

Objeto transicional.- (D. W. Winnicott) Se aplica al objeto material al cual el lactante y el niño, en su primera infancia, atribuyen un valor efectivo, particularmente en el momento de dormirse y que constituiría un fenómeno normal que favorece la transición entre la primera relación oral niño-madre y la "verdadera relación de objeto".

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Objeto transformacional.- El objeto transformacional propuesto por Christopher Bollas está referido al primer objeto que se ocupa del cuidado del niño desde el momento de nacer, que normalmente es la madre. Esta madre es experimentada por el bebé no tanto como un objeto recortado y separable de él, porque aún no está individualizada plenamente como 'otra', sino que es vivenciada como un objeto transformacional (Bollas C, 1986:30) es decir como un objeto identificado con transformaciones acumulativas tanto externas como internas del bebé. La madre, con sus cuidados, sus caricias, etc. está continuamente alterando o transformando el ambiente del niño, y estas transformaciones externas hacen que también se produzcan cambios internos, los cuales no solo tienen que ver con el desarrollo de su motricidad (la madre juega con él y esto estimula los movimientos infantiles), sino también con su desarrollo mental, porque el bebé va encontrando afecto y seguridad en ella.

Recién después, sobre esta base vivencial, el niño podrá representarse el objeto materno y establecer un vínculo con él como con un otro diferente. Hasta entonces, el vínculo es simbiótico, hay una indiferenciación, la madre no es aún representada sino vivida, experimentada. Es, para usar una expresión de Bollas, un algo 'sabido no pensado', un saber anterior a toda representación.

Lo importante del objeto transformacional: es el objeto que, con sus estimulaciones adecuadas, lo está transformando al bebé externa e internamente. De esto puede desprenderse que si una persona no contó con este objeto en su función transformadora, sobrevendrá la patología. El sujeto seguirá buscando ese objeto transformacional en el ambiente. "Este aspecto de existencia temprana -indica Bollas- pervive en ciertas formas de búsqueda de objeto en la vida adulta, en que este es requerido por su función de significante de transformación" (Bollas C, 1986:30).

Peter es un paciente de Bollas (Bollas C, 1986:35), el que le llegó por derivación de otro profesional con un diagnóstico de depresión.

Por la sintomatología descrita por Bollas, Peter presenta varias de las características del depresivo según el DSM-III-R, las suficientes como para justificar el diagnóstico indicado: expresión y estado de ánimo triste, aspecto desaliñado, trabaja a su pesar y no encuentra placer en ello, tiene grandes dificultades para relacionarse con los demás, etc.

De los diversos acontecimientos cotidianos que relata Peter, a Bollas le llamó la atención el hecho de que invariablemente, cada semana, iba a visitar a su madre, lo cual empezaría a revelar la posibilidad de una conducta adulta de búsqueda del objeto transformacional.

Bollas planteó así una hipótesis de trabajo: Peter no ha tenido un objeto transformacional lo suficientemente estimulador como para provocar en él los cambios que requieren el desarrollo de su personalidad. Hoy, de adulto, los busca en aquella madre, pero sin embargo no obtiene resultados, porque hace varios años que se encuentra en la misma situación. Por lo demás, su madre, ya anciana, está en menos condiciones aún de proveer ese objeto.

Por lo tanto, debemos dotar a Peter de un objeto transformador en la situación terapéutica, y es así que el mismo analista se erige en tal (del mismo modo que por ejemplo puede erigirse como objeto transicional según Winnicott, o en objeto del self según Kohut).

El objeto transformacional, dice Bollas (Bollas, 1986a), es entonces un objeto disponible para el uso del paciente. El analista presta su persona para vincularse con el paciente, lo cual no significa que el analista deba hacer exactamente lo mismo que la madre que no tuvo como acariciarlo o cuidarlo, sino generar transformaciones externas, estimulaciones, palabra mediante, para que se activen en Peter las transformaciones internas que tiene postergadas. Pero, simultáneamente con esto, la interpretación debe estar orientada a que el paciente reconozca interiormente la necesidad de reparación de su self.

Resulta así una explicación psicodinámica de la depresión. El cuadro depresivo expresa una inhibición general para las actividades experimentadas como no placenteras, porque precisamente su vínculo simbiótico original estaba empobrecido en cuanto a cuidados maternos, que son precisamente la fuente del placer. En esa temprana edad, el niño debía realizar actividades para su subsistencia, indudablemente, pero no estaban teñidas del placer derivado de la estimulación y del afecto.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Bollas C (1986) La sombra del objeto, Buenos Aires: Amorrortu.

Bollas C (1986a) La múltiple función del analista.

OLVIDO

Definición.- “Es la desaparición o disminución de la nitidez de un recuerdo. Fenómeno normal, en determinadas circunstancias adquiere carácter patológico. El olvido establece la diferencia entre la imagen real y la mnemónica por la pérdida de nitidez en la primera. Aspecto aparentemente negativo de la memoria, es positivo y útil porque estimula el esfuerzo para la evocación” (Betta, 1984:162).
Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Según el psicoanálisis.- Según Freud, el mecanismo del olvido se rige por factores afectivos. Olvidamos las impresiones y experiencias desagradables con mucha mayor facilidad en que aquellas otras que ha dominado el placer. Darwin comprobó también esta conexión y la denominó “regla áurea”. Pero lo olvidado no se pierde. La ley de la *represión* nos dice que tales impresiones y experiencias desagradables son reprimidas por lo inconciente o lo preconciente y pueden ser recordadas. En la vida privada, todo olvido y todo recuerdo están cargados de su acento afectivo. Este acento afectivo se aplica también a esos curiosos fenómenos de la vida cotidiana que consisten en olvidarnos de cosas de las cuales tenemos, sin embargo, un claro conocimiento.
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

OMNIPOTENCIA

Según el psicoanálisis.- La omnipotencia y la magia aparecen ligadas a aquella fase evolutiva de la personalidad, en la que el Yo está todavía poco diferenciado del Ello. El impulso de actuación mágica procede realmente del Ello, pero sólo se manifiesta en el Yo. Ferenczi distingue cuatro fases de omnipotencia y magia. La primera es la de la omnipotencia incondicional y en ella debe encontrarse el feto en el claustro materno. Esta fase es puramente hipotética. La hipótesis de Tausk de que el esquizofrénico retrocede al período fetal, durante su estupor catatónico, podría ciertamente aducirse en apoyo de la indicada suposición. En la segunda fase o de las alucinaciones mágicas, parece que todo impulso o deseo es realizado inmediata y mágicamente, mediante representaciones. Cuando el lactante tiene hambre, por ejemplo, se proporciona satisfacción por medio de la simple representación del acto de succionar. En el sueño el deseo se transforma inmediatamente en representación real. En virtud del mismo “hechizo” se realizan psíquicamente los deseos de muchos histéricos y esquizofrénicos, mediante alucinaciones, debidas a una excitación de su esfera visual. La tercera de las fases es la de la omnipotencia con auxilio de gestos mágicos. En una cuarta y más elevada fase, aparece la superioridad del pensamiento. Esta fase se inicia al mismo tiempo que el lenguaje. Los sonidos eran asociados a imágenes o representaciones, a las que se atribuía igualmente carácter maravilloso. A dichos sonidos y representaciones, de naturaleza impulsiva, se asociaron, en el curso del desarrollo, palabras articuladas que, mediante tal asociación, adquirieron igualmente carácter mágico. (Nunberg).
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ONIROMANCIA

Definición.- Adivinación por medio de los sueños.

ONTOGÉNESIS

Definición.- Origen y desarrollo de los individuos o de algún órgano de los mismos. Contrario a *Filogénesis* que señala el origen y desarrollo de las especies y razas. El término *ontogenia* se refiere habitualmente el problema general de la evolución individual, en oposición a la Filogenia; mientras en término Filogénesis es aplicado al mismo problema más bien en sus relaciones con algún caso o con algún órgano o función especial.
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

OPINIÓN

Definición.- Juicio verbalizado concerniente a una ocurrencia o situación específica. El significado de *opinión* es similar al de *actitud*, pero el primer término tiene la connotación de ser más específico y de basarse en más pensamiento que el último término. Además, una persona es conciente de sus opiniones, pero no necesariamente tiene conciencia de sus actitudes.
Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Opinión pública.- 1. El término “opinión pública” fue utilizado por primera vez en la Revolución Francesa. 2. Se trata hoy día de dos direcciones de *human relation*, referente a la opinión pública. En la primera dirección se investiga con métodos ya elaborados la opinión pública, como por ejemplo, efectúa el Instituto de *Gallup* en EE.UU. La otra dirección es la psicología aplicada para formar e influir la opinión pública ya con métodos técnicos, por radio, prensa, etc. Después de de Segunda Guerra Mundial la hostilidad entre los bloques continuó como “guerrra fría”. Se trata de influir (o falsificar) la opinión

pública con noticias y argumentos verdaderos (y falsos) y, al mismo tiempo, por omisión, prohibición o expresión de una opinión opositiva. Todos estos métodos intentan paralizar la opinión propia del individuo y reemplazarla con una opinión pública prefabricada según el deseo de un dictador y de aquellos dictadores de la opinión pública, los cuales, económicamente, tienen en sus manos la información de la opinión pública, poseyendo las fábricas de papel, los diarios, las imprentas, radio, "fabricación" de películas, cines, hasta los gremios de los vendedores de diarios. En este sentido, la opinión pública como tal, sin libertad de pensamiento y de su expresión, es una farsa de una opinión pública verdadera.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

OPTIMISMO

Optimismo y longevidad.- "Investigadores de la prestigiosa Universidad de Yale estudiaron a fondo las causas de la longevidad, y encontraron que aquellos que ven con mayor optimismo el inevitable paso de los años viven más y mejor. Un grupo de psicólogos estadounidenses encontró que la gente con pensamiento positivo vivió un promedio de 7,5 años más que aquellos que se sentían mal por haberse puesto viejos. Los científicos creen que los pensamientos negativos sobre el proceso de envejecimiento tienen un impacto directo en el deseo de vivir. Ser positivo, dicen, es mejor que no fumar o hacer ejercicio".

Longevidad y estado de ánimo. Diario La U, Buenos Aires, 31 de Julio de 2002.

ORÉTICO

Definición.- Relativo al deseo o al apetito. A veces se contrapone como antónimo a 'cognitivo'.

ORGANICISMO

Definición.- Organicista des un término genérico que se aplica a todas las teorías que subrayan el origen físico (orgánico) de las enfermedades, incluyendo las mentales.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág.40.

ORGANIZADOR

Definición.- Un organizador es "la convergencia de diversas corrientes diferentes del desarrollo dentro del aparato psíquico" (Spitz, 1979:97). "Es una construcción ideal, un modelo que he encontrado útil para comprender determinados fenómenos del desarrollo psíquico".

Spitz René, El primer año de vida del niño, México, Fondo de Cultura Económica, 1979, pág. 127.

ORGONE

Generalidades.- Wilhelm Reich, discípulo de Freud, creía que la base de toda neurosis era la incapacidad de lograr un orgasmo total. Había en el universo una sustancia llamada "energía orgone" la cual era utilizada por una persona cuando tenía un buen orgasmo o se sentaba en una caja especial que inventó Reich llamada "acumulador de orgone". La terapia con orgone consistía en sentarse en el acumulador y luego tener un buen orgasmo. Los pacientes que no tenían una pareja sexual eran animados a masturbarse. Reich pretendía que la terapia de orgone no sólo curaba las neurosis sino virtualmente todas las demás enfermedades, incluyendo el cáncer.

García John David, La psicoterapia definida, 1973. <http://www.see.org/s-pf-3.htm>

ORIENTACIÓN

En hombres y mujeres.- Nueva York (Reuters Health) - Es posible que los hombres y las mujeres tengan formas diferentes de llegar a su destino, todo depende de la estrategia que usen para orientarse, dijeron investigadores.

Estudios previos indicaron que las mujeres confían más en los marcadores geográficos, como un monumento o un restaurante en una esquina, o en otra información ambiental para llegar a un lugar específico.

Los hombres, sin embargo, tienden a usar estrategias euclidianas o de orientación, como indicaciones sobre el norte y el sur y distancias específicas, lo que se cree les proporciona una ventaja para evaluar correctamente su posición y cambiar de dirección después de hacer un viraje en una dirección errónea.

"El punto fundamental de esta investigación es que los hombres y las mujeres difieren en su capacidad de emplear las diferentes características del medio ambiente como claves para su orientación", dijo a Reuters Health la autora del estudio, Deborah M. Saucier, de la Universidad de Saskatchewan.

"Los hombres son menos capaces que las mujeres de usar indicaciones basadas en marcadores geográficos, y las mujeres son menos capaces de guiarse por instrucciones abstractas euclidianas", explicó la autora.

Para investigar esto, Saucier y sus colegas realizaron un estudio en el cual 42 estudiantes universitarios, hombres y mujeres, tenían que llegar a destinos desconocidos desde la universidad usando un conjunto de instrucciones basadas en la orientación o en marcadores geográficos.

En general, las mujeres que siguieron indicaciones basadas solamente en la orientación, cometieron más errores y llegaron a su destino mucho más tarde que las que se guiaron por marcadores del medio ambiente. De igual manera, llegaron después que los hombres que se orientaron por direcciones o por marcadores geográficos, escribieron los investigadores en la edición de junio de la revista Behavioral Neuroscience.

Además, en una segunda tarea con papel y lápiz, en la que participaron 40 estudiantes universitarios, los hombres que siguieron indicaciones basadas en direcciones cometieron nuevamente menos errores que las mujeres que siguieron este tipo de orientación.

Los hombres también sobrepasaron a los que siguieron las indicaciones basadas en marcadores geográficos, cometiendo menos errores y completando el ejercicio con mayor rapidez, indicó el informe.

Las mujeres que se orientaron por marcadores, sin embargo, completaron los ejercicios más rápidamente que los hombres que siguieron indicaciones similares y que las mujeres que se orientaron por direcciones.

Por consiguiente, los hallazgos sugieren que "cuando las mujeres reciben las indicaciones adecuadas, se orientan tan bien como los hombres", dijo Saucier.

La razón por la aparente superioridad en las estrategias direccionales entre los sexos podría estar vinculada a las diferencias biológicas entre los hombres y las mujeres, según Saucier.

Los hallazgos de una investigación previa sugieren que la hormona testosterona puede tener un efecto en la capacidad direccional.

"Las mujeres con concentraciones relativamente altas de testosterona endógena pueden ubicarse mejor en el medio ambiente y seguir instrucciones abstractas, como continuar durante 100 metros y luego virar hacia el norte", dijo.

"Cabe decir lo mismo de los hombres con concentraciones relativamente bajas de testosterona. Se orientan mejor usando características abstractas ambientales, en comparación con los hombres con concentraciones relativamente altas de testosterona", añadió.

"Estos resultados indican una base biológica para la capacidad de orientación, en vez de una perspectiva de aprendizaje social", concluyó la investigadora.

Hombres y mujeres parecen orientarse de forma diferente. Behavioral Neuroscience 2002; 116:403-410.

ORIENTACIÓN SEXUAL

Definición.- "La orientación del deseo es la relación establecida con personas del mismo o diferente sexo como respuesta sexual. Puede ser heterosexual, ambisexual y homosexual, aunque se utiliza como término sinónimo de 'orientaciones a la respuesta sexual'. La orientación del deseo alude principalmente a los aspectos psicológicos y afectivos de la relación, mientras el segundo término se refiere a los aspectos biofisiológicos y culturales".

Barragán Medero F, (1991), La educación sexual. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós, pág. 153.

Definición.- "Tendencia mediante la cual un individuo busca adaptar un conjunto de fenómenos sexuales o actividades vinculadas con el sexo con el propósito de alcanzar la satisfacción sexual. Las variaciones de la orientación sexual son: a) la heterosexualidad; b) la homosexualidad; y c) la bisexualidad. Cuando la orientación sexual no se pone en duda, pero provoca ansiedad y rechazo en el individuo, estamos ante la orientación sexual egodistónica".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

ORIENTACIÓN VOCACIONAL

Definición.- "Entendemos por orientación vocacional las tareas que realizan los psicólogos especializados cuyos destinatarios son las personas que enfrentan en determinado momento de su vida –por lo general el pasaje de un ciclo educativo a otro– la posibilidad y la necesidad de ejecutar decisiones. Esto hace de la 'elección' un momento crítico de cambio en la vida de los individuos. De cómo las personas enfrenten y elaboren ese cambio dependerá el desarrollo ulterior, ubicable en algún punto del continuum que va de la salud a la enfermedad, como quiera que ellas sean concebidas".

Bohoslavsky R, "Orientación vocacional", Buenos Aires, Nueva Visión, 2001, 21 edición, pág. 14.

Definición.- La orientación vocacional es "en sentido estricto, la intervención tendiente a facilitar el proceso de elección de objetos vocacionales. Y en un sentido amplio –y tal vez más importante– es una experiencia a través de la cual se intenta dilucidar algo acerca de la forma particular que cada sujeto

tiene de vincularse con los otros y con las cosas, es decir, de reconocer su posición subjetiva en tanto sujeto deseante, y desde allí poder proyectarse hacia el futuro”.

Rascovan S., “Orientación vocacional”, Buenos Aires, Ediciones Novedades Educativas, 1998, pág. 60.

Definición.- Entendemos por orientación vocacional “las tareas que realizan los psicólogos especializados cuyos destinatarios son las personas que enfrentan en determinado momento de su vida –por lo general el pasaje de un ciclo educativo a otro- la posibilidad y la necesidad de ejecutar decisiones. Esto hace de la ‘elección’ un momento crítico de cambio en la vida de los individuos. De cómo las personas enfrenten y elaboren ese cambio dependerá el desarrollo ulterior, ubicable en algún punto del continuum que va de la salud a la enfermedad, como quiera que ellas sean concebidas” (Bohoslavsky, 2001:14).

Bohoslavsky R (2001) Orientación vocacional. Buenos Aires: Nueva Visión, 21^o edición.

Definición.- La orientación vocacional es “en sentido estricto, la intervención tendiente a facilitar el proceso de elección de objetos vocacionales. Y en un sentido amplio –y tal vez más importante- es una experiencia a través de la cual se intenta dilucidar algo acerca de la forma particular que cada sujeto tiene de vincularse con los otros y con las cosas, es decir, de reconocer su posición subjetiva en tanto sujeto deseante, y desde allí poder proyectarse hacia el futuro” (Rascovan, 1998:60).

Rascovan S (1998) Orientación vocacional. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.

La entrevista vocacional.- La entrevista vocacional apunta a orientar al adolescente en su elección profesional o laboral, y sigue los lineamientos de toda entrevista psicológica. La entrevista es una situación interpersonal, un campo donde actúan fuerzas, como dice Bleger, y donde tanto entrevistador como entrevistado son activos, tienen conductas. La entrevista abierta recoge todas las manifestaciones del sujeto, y la entrevista cerrada determina opciones para tratar. Para el diagnóstico vocacional es mejor la primera. Los dos roles básicos son: el técnico y el entrevistado. El objetivo es modificar la conducta de este último mediante su esclarecimiento vocacional. La conducta depende del rol. La entrevista debe encuadrarse en tiempo y lugar, y establecer de antemano roles y objetivos. Los objetivos pueden ser dos: información y esclarecimiento. Información es saber qué profesiones hay, y esclarecimiento, ayudar a elegir entre ellas, para contribuir a la identidad vocacional del entrevistado. Las conductas que resultan del campo grupal de la entrevista se llaman “emergentes” del mismo, y cuando aparecen, a su vez modifican el campo grupal de nuevo.

Los roles en la entrevista son: el emisor, el receptor y el evaluador. Entrevistador y entrevistado con ambos personas que cumplen los tres roles, pues ambos evalúan el mensaje del otro.

El proceso de la entrevista es un proceso de investigación donde el entrevistado está continuamente sometiendo a prueba sus hipótesis acerca de la conducta del entrevistado en esa situación.

Siempre existe transferencia, y en el caso de la orientación vocacional, la transferencia no es tanto de lo infantil sino de los aspectos internos del entrevistado, o sea, sus identificaciones conflictivas o no, íntegras o no en términos de carreras, mundo adulto, profesiones, oficios, etc. o sea, que está en juego no solo el pasado, sino el futuro.

Lo vocacional es terapéutico en sentido amplio, pues apunta al desarrollo de la salud del entrevistado, al desarrollo de sus capacidades previo descubrimiento de las mismas. Pero si por psicoterapia entendemos remover patologías, esto no tiene nada que ver con la entrevista vocacional.

La entrevista es una situación nueva y como tal genera ansiedades (de ser aceptado, comprendido por el entrevistador, etc.) y monta defensas. Es decir, la situación de entrevista es ambigua, como lo es también el futuro, de ahí de cómo se comportará respecto de su futuro.

Los momentos de la entrevista vocacional son cinco: preentrevista (fantasías previas de ambos), apertura (que dramatiza cómo el adolescente fantasea su ingreso a la universidad), desarrollo, cierre y post-entrevista.

Las intervenciones del entrevistador consisten en preguntas, afirmaciones y opiniones. En general sus intervenciones buscan recoger más datos (por ejemplo, mediante preguntas), corregir distorsiones en cuanto a identidad vocacional, sintetizar toda información recogida, suministrarle información (oportunidades profesionales, etc.).

El adolescente puede responder de tres formas: aceptación, rechazo o indiferencia. Estas actitudes pueden manifestarse en forma directa o implícita. En cada caso siempre hay que ver si se logró o no el cometido de la entrevista y porqué.

El entrevistador debe ser un buen observador participante, comprometido con la situación, y debe tener una actitud básica de aceptación y disponibilidad hacia el consultante. También, actitud interesada pero no expectante.

Condensado de Bohoslavsky R (1982) Orientación vocacional. Capítulo 3.

Devolución de la entrevista vocacional.- Bohoslavsky, en el contexto de las entrevistas de orientación vocacional, llama *continuum interpretativo* a las técnicas mediante las cuales el psicólogo devuelve al entrevistado la información sobre su conducta, según su comprensión de la misma. Se trata de señalamientos e interpretaciones, y abarcan 5 técnicas: reflejo, clarificación, reflexión, confrontación

e interpretación. Con la técnica del reflejo, el psicólogo busca expresar con palabras nuevas, no tanto el contenido expresado por el paciente, sino sus actitudes esenciales, le muestra sus actitudes actuando como espejo del entrevistado. El reflejo puede ser inmediato (sin ir más allá de las verbalizaciones del paciente), sumario (integra distintas conductas) o terminal (síntesis final de la entrevista). En la clarificación el psicólogo explica todo lo implícito en el mensaje del entrevistado. En la reflexión el psicólogo agrega más datos que los aportados por el entrevistado para terminar de integrar las conductas del entrevistado. En la confrontación se hace una comparación con el pasado infantil, se ahonda en lo implícito inconciente. En la interpretación se indaga lo inconciente, pero también las defensas, las resistencias, se buscan conflictos vinculados a profesiones, empleos, roles laborales. Condensado de Bohoslavsky R (1982) Orientación vocacional. Capítulo 3.

ORIGINALIDAD

Definición.- La originalidad es la habilidad de diseñar un producto poco familiar y sin embargo valioso, sea una historia innovadora, una danza, la solución de un conflicto personal o una paradoja matemática. La originalidad parece aplicarse a ciertos ámbitos, no en todos (salvo excepciones, como Leonardo), y parece depender de ciertas condiciones que se instalan ya desde la infancia.

Gardner Howard, "Estructuras de la mente: la teoría de las múltiples inteligencias", México, Fondo de Cultura Económica, 1983, pág. 320.

OSTROV, LEÓN

Biografía.- Psicoanalista argentino (1909-1986), y destacado escritor, docente y difusor del psicoanálisis y otras disciplinas en los niveles medio y universitario. Fue miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

Hijo de inmigrantes rusos, nace en Buenos Aires el 30 de diciembre de 1909 y muere el 19 de mayo de 1986. Cursó estudios en el colegio Mariano Moreno, donde comenzó a despuntar su vocación literaria. Ingresó en la carrera de Filosofía de la Facultad de Filosofía y Letras (UBA), y fue elegido presidente del Centro de Estudiantes.

Enseñó en un principio en colegios secundarios y más tarde en la Universidad. Sus lecturas siempre fueron variadas: no quería ser un "bárbaro especializado", al decir de Ortega y Gasset. Su interés se dirigió al psicoanálisis, haciendo su formación en la APA, de donde fue miembro titular en función Didáctica.

Se dedicó al ejercicio del Psicoanálisis y la Psicoterapia en su consultorio y difundió sus conocimientos desde la cátedra universitaria. Inauguró la cátedra de Psicología Psicoanalítica de la flamante carrera del Psicología (UBA), y desde 1973 a 1985 fue también Profesor titular de la cátedra "Métodos y técnicas psicoterapéuticas" en la Universidad de Belgrano. Dictó numerosas conferencias y publicó muchos trabajos. En 1980 publica "Verdad y caricatura del psicoanálisis", que mereció la faja de Honor de la Sociedad Argentina de Escritores.

(Condensado de "Biografía: León Ostrov: algunas vivencias de quienes estuvieron muy cerca hasta el final", Revista Argentina de Clínica Psicológica, Buenos Aires, Abril 1994).

OTRO GENERALIZADO

Definición.- "Visión sintética que un individuo tiene del funcionamiento cultural de su comunidad; actitud que imputa a todo su grupo o sociedad".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 623.

PADRE

Generalidades.- 1. El papel psicológico del padre es su función como "puente hacia el mundo exterior". Dice Birnbaum que el padre es el primer extraño con el cual la criatura se encuentra en la familia, sin saber cuál es su verdadero papel dentro de la misma. Solamente más tarde recibe el padre una importancia específica educativa-psicológica, sin embargo, deferente según el sexo de la criatura. Últimamente se sostiene que el papel del padre para el niño-varón a partir de los 5-6 años de edad es más importante que el de la madre y puede ser decisivo en la adolescencia. Según un concepto más reciente, hasta los 5-6 años de edad es la madre la absoluta "responsable" de la educación de sus hijos, y sigue en este papel absoluto tratándose de una niña; pero la educación (no el cuidado) del niño-varón ya desde esta edad (6-7 años) debe ser entregada al padre como responsable. 2. (*Psicoanálisis*) Según los conceptos de Freud, el padre es el "primer enemigo", el primer competidor del niño-varón, pues éste quiere -si no en otra forma: en sus fantasías- eliminarlo.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PADRES

Padres combinados según M. Klein.- "Imagen fantaseada de los padres combinados en coito. Se origina cuando no se diferencia al padre de la madre y se siente su pene como parte del cuerpo de la madre. Cuando surgen ansiedades edípicas esta fantasía se reactiva regresivamente como medio de negar el coito parental. Por lo general se la experimenta como figura terrorífica".
Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 124.

Padres combinados según M. Klein.- "La imago de los padres acoplados designa una teoría sexual infantil que se expresa en diversas fantasías que representan a los padres como unidos en una relación sexual ininterrumpida: la madre conteniendo el pene del padre o al padre en su totalidad; el padre conteniendo el pecho de la madre o a la madre en su totalidad; los padres inseparablemente confundidos en un coito. Se trataría de fantasías muy arcaicas e intensamente ansiógenas".
Laplanche J y Pontalis J, "Diccionario de psicoanálisis", Barcelona, Labor, 1981, 3º ed, pág. 192.

Edad de los padres y patologías de los hijos.- Se ha mostrado que la edad avanzada de los padres incrementa el riesgo del número de trastornos neuropsiquiátricos en los descendientes, incluyendo la esquizofrenia y el síndrome de Down. Otros trastornos psiquiátricos han sido menos estudiados en relación al efecto de la edad de los padres sobre el riesgo de descendencia.
En este estudio examinamos si la edad avanzada de los padres incrementa el riesgo para los diagnósticos de ICD-10. Nuestra hipótesis es que la edad avanzada de los padres podría incrementar el riesgo de trastornos psicóticos y retraso mental en los descendientes, pero no otros en otros diagnósticos de ICD-10.

Examinamos datos de seguimiento para 30965 sujetos tratados en instalaciones psiquiátricas ambulatorias entre 1980 y 2007. Los sujetos fueron jóvenes menores de 18 años de edad en su primera visita como pacientes ambulatorio. Se obtuvo un grupo de comparación sobre datos de nacimientos registrados en España desde 1975.

Comparamos la edad de los padres (materna, paterna, combinado) a través de las categorías de diagnóstico utilizando ANOVA y regresión logística para estimar el riesgo de psicopatología en descendientes de padres con una edad avanzada (materna, paterna, combinado). Las edades materna y paterna fueron mayores para los sujetos diagnosticados con retraso mental. El riesgo para los trastornos psicóticos mostró un incremento lineal significativo únicamente con la edad avanzada de la madre y no con la edad paterna como es comúnmente informado.

Jorge Lopez-Castroman; David Delgado Gómez; Juan José Carballo Belloso... (et.al), Diferencias en la edad materna y paterna entre la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos. SCHIZOPHR RES. 2010 FEB; 116(2):184-190.

PALABRA

Lenguaje, palabra y discurso en psicoanálisis.- El psicoanalista no puede desinteresarse del estudio de la palabra y del lenguaje por cuanto en la clínica, el tratamiento prescribe que el analista debe pedir al paciente decir todo lo que se le ocurra pero que no haga nada. Le pide solamente que hable.

El lenguaje es una forma. Y, más precisamente, "la actividad del lenguaje es significativa en la medida en que un enunciador produce formas para que sean reconocidas por un coenunciador en tanto producidas para ser reconocidas como interpretables" (A. Culioli) Esta definición incluye las siguientes referencias:

- una pareja enunciador/coenunciador;
- unidas por convenciones es relativas a las formas (aceptabilidad);
- producidas y reconocidas;
- interpretables.

Cuando esas formas son examinadas con atención, se observa la mutua influencia de un sistema de sonidos monomórficos (es decir, exclusivamente constituido por las formas sonoras de que todo lenguaje está integrado) y de referencias conceptuales polimórficas (concernientes al pensamiento elaborado a partir de elementos heterogéneos: la imaginación, la razón, el movimiento, etc.). Estas dos esferas, que se recortan en las del sonido y el sentido, constituyen el núcleo indestructible del lenguaje, el cual nos llega a través de la lengua hablada por una colectividad que utiliza la palabra como expresión singular de un sujeto hablante.

Green recuerda en este punto que al analizar el lenguaje se deben considerar dos aspectos: por un lado los elementos del mismo o sonidos (sintaxis), que se articulan entre sí formando palabras, y por el otro el sentido o significado que surge cuando se agrupan los sonidos (semántica). En el contexto del psicoanálisis, estos significados que brotan de las palabras tienen una referencia a la sexualidad.

Dado que, como mínimo, el lenguaje pone en relación a una pareja enunciador-coenunciador, resulta imposible minimizar aquello mismo que caracteriza a la más intensa de las relaciones: la erótica sexual.

Quien, sin inquietarse por el padrinazgo de Freud, se inclina sobre los tropos y examine las condiciones lógicas de los cambios de sentido (sinécdoque, absorción recíproca de lo determinante y de lo determinado; extensión del sentido: metonimia y metáfora, catacresis) no dejará de compararlas con las descripciones freudianas sobre las transformaciones que operan en el inconsciente. Pero no se trata, en

todo caso, sino de comparaciones que sugieren relaciones existentes entre las transformaciones de la lengua y aquellas que tienen lugar en el inconciente. La cuestión es entonces saber si, cuando el analista escucha la palabra del analizante, su atención y su modo de pensar específico son requeridos y movilizados por las operaciones del lenguaje, o si es su trabajo, centrado en las transformaciones (hipotéticamente) operadas en el nivel inconciente, el que retiene su escucha, demandando un modo de pensar que no es el del lingüista. La respuesta no deja lugar a dudas.

En suma, "la verdadera pregunta -porque no hay otra- es esta: la obra de Lacan, ¿responde mejor que la de sus contemporáneos a las preguntas que despierta la experiencia psicoanalítica de la segunda mitad del siglo XX?" (Green, 2005, página 281). Para Green, sin ambages, la respuesta es no. Porque tal como ya lo había presentado su fundador al final de su vida, el psicoanálisis se iría enfrentando con modos de pensamiento cada vez más alejados del sentido común.

En otros términos: las últimas teorizaciones freudianas dejaban entrever que, sin renegar en absoluto de la técnica analítica fundada en la regla fundamental, o sea, en la palabra integral animada por la asociación libre, la distancia entre esa palabra y los procesos psíquicos inferidos más allá de la conciencia aumentaría más en las estructuras no neuróticas que en aquellas hoy calificadas de neurótico-normales. ¿La conclusión de esto sería que la teoría lacaniana sigue siendo cierta para el análisis de las neurosis? Green considera que, incluso en este último caso, allí donde se piensa que podría que pudiera encontrar confirmación, la teoría lacaniana manifieste ser inexacta.

El psicoanálisis descansa en el ejercicio de la palabra. Lacan había destacado esta cuestión, aunque en su obra nunca se tomó en consideración esa especificidad del intercambio verbal psicoanalítico. Green propone que "el discurso psicoanalítico constituye el resultado de la transformación del aparato psíquico en aparato del lenguaje" (Green, 2005, página 282).

Entre los empleos del término "discurso", el más interesante para los psicoanalistas es el que está relacionado con una "calificación del lazo asociativo en la lengua". Ese es el lazo que sufre transformaciones significativas en la asociación libre.

No se ha reparado lo bastante en el hecho de que Jakobson prolongó la obra de Iván Fonagy, pionero de las relaciones entre el psicoanálisis y el lenguaje, cuyo trabajo versó sobre las bases pulsionales de la fonación y sobre los valores afectivos en fonología. A partir de ahí se entiende que sea a nivel de las más pequeñas unidades del lenguaje, en sus vínculos con la voz, donde el lazo entre el concepto y el afecto es más fuerte, sin que deje de intervenir en niveles superiores de complejidad.

El psicoanálisis, que aborda este problema a partir de la palabra del paciente en sesión, no puede soslayar esta dimensión, ya que la voz es un instrumento diagnóstico de innegable importancia en la cura. Lacan hizo caso omiso a esto exagerando el concepto y separando el concepto a la representación de su quantum afectivo, y donde el afecto es escindido de su correlato, como también separó al significante del significado. Error fatal, porque, en el nivel del significante, el afecto ocupa un lugar del que no puede ser desalojado. Eso es lo que Saussure llamaba el pensamiento-sonido. El pensamiento-sonido supone el vínculo afecto-concepto.

Green André (2005) Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del Inconsciente. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Resumen del capítulo 6: Lenguaje, palabra y discurso en psicoanálisis.

PAMPSIQUISMO

Definición.- 1. Posición metafísica que afirma que el fondo de lo real es psíquico, resultando de ahí que los objetos no sino manifestaciones de tal psiquismo fundamental. Entendido algo diversamente el pampsiquismo, los sustentan: los primitivos jonios, Leibniz, Goethe, Lotze, Haeckel, etc., que efectúan una reducción de lo natural a lo espiritual, asignando al espíritu todo lo psíquico, y aun lo vital. 2. Concepto, según el cual todas las cosas tienen alma -vida y conciencia-, pues no existe nada que esté muerto. El fondo de la realidad es siempre psíquico y por lo tanto las cosas no son sino manifestaciones de este psiquismo fundamental. El pampsiquismo es un nombre común para las teorías monistas. El mundo mismo está animado. (Alemán: *Weltseele*) Sinónimo: *hylozoismus*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PARADIGMA SISTÉMICO

Generalidades.- Los rasgos más importantes del paradigma sistémico, según interesa a los terapeutas, son los siguientes: 1) Parte y todo.- No la parte individual ni el contenido aislado merecen atención inicial, sino el sistema más vasto (que en sí mismo es mas grande, y es diferente de la mera suma de sus partes) y el proceso transaccional que ocurre en su interior. Este sistema es el contexto ambiental en que las partes funcionan y los contenidos particulares ocurren. 2) Información, error y realimentación.- Los sistemas vivos tienen lazos de realimentación comunicacionales que producen información sobre las actividades del sistema. Esta información consiste en señales de "error" que dicen a una subunidad si su conducta es o no es conciliable con el diseño global de vida del sistema total. 3) Realimentación y homeostasis.- En caso de que la información señale una diferencia respecto de una línea de base del

diseño global, pueden ocurrir conductas reductoras de desviación. Estas inducen constancia homeostática en el sistema, un estado constante de existencia que es indispensable para la vida. 4) Realimentación y crecimiento.- Si la información señala una diferencia respecto de una línea de base del diseño global, pueden ocurrir conductas amplificadoras de desviación. Estas inducen cambio y diversidad en el sistema, un estado fluctuante de existencia que es indispensable para la vida. 5) Vida y tensión.- La alternancia continua entre periodos de crecimiento y periodos de estabilidad (de morfogénesis con morfoestasis) constituye la tensión dinámica de la vida. 6) Circularidad.- Causa y efecto se consideran ahora circulares, no lineales. 7) Cambio.- Para producir cambio en el sistema total así como en una parte individual se tiene que intervenir en el todo así como en la parte. Tanto la parte como el todo tienen que cambiar guardando entre sí conjunción, aunque no siempre es preciso que lo hagan simultáneamente. Umbarger C, "Terapia familiar estructural", Barcelona, Paidós.

PARALENGUAJE

Definición.- "Aspectos no semánticos del lenguaje, con los cuales se comunica el significado expresivo (tono y volumen de voz, énfasis, etc.)".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 623.

PARANORMAL

Definición.- "Se dice de aquellos fenómenos estudiados por la parapsicología. Se trata de fenómenos extraños que no responden a las leyes científicas conocidas que rigen el universo. Un intento científico de estudio se inició en 1882 en Londres con la creación de la Society for Psychical Research que no consiguió tener resultados fehacientes sobre el tema, al igual que otros intentos posteriores".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

PARAPSICOLOGÍA

Definición.- "Rama de la psicología no científica que se dedica a los efectos y las experiencias de índole psíquica que parecen caer fuera del alcance de las leyes de la física, por ejemplo, la telepatía y la clarividencia".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Generalidades.- Según Rhine la definición de los propósitos es la siguiente: *El terreno de la parapsicología.* La palabra "parapsicología" denota una rama de investigaciones psicológicas bastante exploratoria. Se trata de capacidades mentales extraordinarias, que en los términos conocidos hasta ahora no podemos explicar. Es justamente esta cualidad no física la que da mucha importancia a los fenómenos de la parapsicología, porque ella contradice a la doctrina académica conocida de la naturaleza humana física. El descubrimiento de un aspecto extrafísico de la vida mental abre nuevos caminos de investigación de la persona humana, que deberán ser básicos para las relaciones humanas futuras. Las deducciones abarcan las fuentes individuales e internacionales, donde se trata de saber lo que verdaderamente es el hombre en el plano total de las cosas. La parapsicología como ciencia empezó en el último cuarto del siglo XIX en Europa y en los EE.UU. Estos estudios fueron dirigidos por hombres de ciencia universitarios. En la segunda década del siglo XX los problemas de carácter psíquico dominaron los laboratorios universitarios. En la década tercera, la parapsicología fue establecida en la Duke University como terreno de investigaciones académicas, en la cuarta década ya materia aprobada para el doctorado en diversas universidades americanas e inglesas de destacada reputación. La parapsicología es más bien un terrero de investigaciones que de instrucción y de aplicación. Se dirige por eso personalmente a cada uno de los que quieren contribuir al conocimiento de la naturaleza humana y a su posición en el universo. Contradiendo las ideas corrientes psicológicas, la parapsicología al principio produjo una violenta división de opiniones en los círculos científicos, abriendo rápidamente el camino a actuaciones investigatorias. Sin embargo, este terreno siempre es nuevo, sus contornos no son bien perceptibles, porque su estado legal es admitido paso a paso. Por eso es éste un terreno apto para los que unen en su espíritu el amor a la aventura intelectual con la capacidad de investigar con paciencia y prudencia.

Historia. Los primeros experimentos de las capacidades parapsicológicas, se iniciaron en el año 1930 bajo la dirección de J. B. Rhine en los laboratorios psicológicos. Se trataba primero de progresar con los métodos de investigaciones para conocer capacidades de percepción extrasensorias (ESP), conocidas como telepatía y clarividencia. Durante más de medio siglo se hicieron diversos experimentos para conocer esta capacidad, aplicados por los socios de las sociedades de investigaciones psíquicas, pero hasta el trabajo de Rhine faltaba una investigación sistemática centralizada en laboratorios establecidos. El primer informe de los laboratorios Duke, en 1934, provocó con muchas discusiones contrarias, un montón de contestaciones de experimentadores ingleses y americanos. De éstos surgieron confirmaciones suficientes para establecer la aparición de la ESP completamente independiente. Las

investigaciones siguieron en los laboratorios de Duke, y progresaron. La ESP, por ejemplo, fue probada a distintas distancias entre el sujeto y el naípe u otros objetos, y las experiencias demostraron que la distancia no influye en el uso de estas capacidades. Esto llevó a las investigaciones sobre las relaciones de la ESP con el tiempo, y de test de precognición, surgió la creencia de que ciertas personas están capacitadas para predecir con cierto éxito el orden de los naipes, de una baraja especial mecánicamente mezclada. Ni tiempo ni distancia muestran ninguna relación con la ESP, tampoco procesos físicos. Surgió el interés, también, para las posibilidades de efectos físicos directos del espíritu sobre el objeto mismo ("mind over matter"), y eso llegó hasta experimentos psicofísicos por tests de tirar dados. Los resultados eran los ahora bien conocidos encuentros respecto al psicokinesis. Estos encuentros, como los de precognición, fueron publicados años más tarde, después de mucha experimentación en esta dirección. Discusiones y críticas llegaron al colmo en 1937-38, e investigaciones más adelantadas comprobaron la solidez matemática tanto como experimental de la ESP. En 1939 fue necesario juntar todas las pruebas y las críticas en un tono, que fue publicado en 1940, resumiendo en un libro técnico todas las investigaciones de la percepción extrasensorial hasta este tiempo. La mayoría de los resultados, las investigaciones de precognición publicadas, y pocos años después siguieron los que tratan sobre la psicokinesis. La consecuencia de esto fue la repetición de los experimentos en otros lugares, pero ninguna labor comparable con la de la Duke University fue establecida. Sin embargo, la cantidad de confirmaciones independientes es de mucha importancia y sigue creciendo su extensión y variación. El material del test de la ESP, elaborado en la Universidad de Duke, consta de 25 barajas, cada una de las cuales tiene al dorso uno de los cinco símbolos dados. Para comprobar su clarividencia, el sujeto debe fijarse primero en estos símbolos, luego marcar en un formulario el símbolo que corresponde a cada una de las barajas. Frente a los resultados de los experimentos de la ESP no puede afirmarse más la *hipótesis cerebrocentral del hombre*. 1) Los fenómenos de ESP demuestran que hay actuaciones humanas que no son físicas. 2) La ESP derriba las leyes físicas sobre el *espacio*. 3) La ESP derriba las leyes físicas del *tiempo* con la facultad de *adivinación* (prever). 4) La ESP, especialmente el PK, demuestra que el espíritu posee una energía que actúa sobre la materia, transformándose en energía física. Los fenómenos de psicokinesis no son físicos. 5) Hay una acción recíproca (Wechselwirkung) entre espíritu y materia. Se trata de un conocimiento, recibido sin una intervención personal, lo llamamos ESP; si por esta acción recíproca hay un cambio extramotónico en el ambiente, se llama *Psicokinese* (PK). 6) La facultad de la ESP y de PK no es algo *sobrenatural*, sino son facultades generales de la personalidad humana y pertenecen a su unidad *psicofísicoespiritual*. "La psicología nos da una prueba natural de la inmortalidad del alma. Que la psique está atada al cerebro fue refutado por los resultados de la telepatía. Los fenómenos de la telepatía demuestran que las barreras psíquicas del tiempo y del espacio pueden ser levantadas" (*Seelenprobleme der Gegenwart*.)

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PAREJA

Desacuerdos.- "Es inevitable que surjan desacuerdos tan pronto como la pareja comienza a hacer valer sus propios deseos e intereses antagónicos. Cada cónyuge puede considerar los deseos del otro como señales de que resurge el egocentrismo. Los cónyuges podrán entonces considerar uno al otro (pero no a sí mismos) como egoísta, terco o mezquino. Por supuesto, esta sucesión de hechos no surge en todos los matrimonios. En realidad, muchas parejas descubren que con el transcurso del tiempo se desarrolla la reciprocidad, la participación y el interés por la otra persona. Pero las parejas desavenidas que traté demostraron, en forma persistente, un cambio progresivo del altruismo al egocentrismo.

Existen muchos aspectos en los cuales una pareja, no importa lo abnegada y amante que sea, pueda tener desacuerdos que amenacen la relación. a) Calidad del tiempo en común. Aunque las parejas a menudo se quejan de que no pasan suficiente tiempo juntos, muchas veces comprobé que los problemas residen más en cómo pasan ese tiempo. b) División del trabajo. Muchos matrimonios se ven atascados en conflictos acerca de quién debe atender cuáles obligaciones en la familia. c) Crianza de los hijos. Muchas de las actitudes que orientan a las personas en la crianza de los hijos fueron adquiridas mucho tiempo antes por el modo en que ellas mismas fueron tratadas como hijos. Algunas personas siguen los ejemplos de sus padres, mientras otras repudian las prácticas de los suyos. En cualquiera de las dos maneras, están bajo la influencia positiva o negativa de su propia crianza. d) Relación sexual. Aunque algunas veces se hace alarde de la relación sexual como la cima de la sociedad conyugal, a menudo se deshace en un mar de lágrimas o se quiebra en un acceso de ira. En ningún otro aspecto de una relación íntima son más activos los significados simbólicos y contribuyen a la ansiedad, la desilusión y el enojo. e) Problemas de presupuesto. El presupuesto de la familia es un aspecto en el cual, a raíz del interés común que representa la estabilidad financiera, se esperaría la cooperación de la pareja. Uno puede imaginar que confeccionar el presupuesto podría ayudar a unir la pareja, dada la necesidad de trabajar juntos, mancomunar los recursos para las necesidades básicas de la vida y gozar de los frutos de sus trabajos. Pero aquí, también, lo que puede unir a una pareja en una tarea conjunta a menudo sirve para separarla. f) Problemas con parientes políticos. El total interés emocional de un cónyuge en su familia de origen

puede causar tirantez en la relación matrimonial, y el otro cónyuge puede ofenderse por la atención que se presta a los padres del otro miembro de la pareja" (Beck A, 1990:131-152).
Beck Aaron (1990) Con el amor no basta. Buenos Aires: Paidós.

Crisis de pareja.- Algunas señales de crisis de pareja pueden ser útiles para poder detectarlas a tiempo y estar preparados para enfrentarlas. Entre ellas, podemos mencionar las siguientes (Kiester):

- 1) Cuando en las parejas, ambos o uno de ellos empieza a desconfiar o a pensar mal del otro.
- 2) Cuando la pareja empieza a distanciarse y ya no dialogan como antes.
- 3) Empiezan a aparecer viejos o nuevos rencores y resentimientos, lo que puede manifestarse por ejemplo con discusiones y agresiones más continuadas.

Kiester Edwin, "Señales de alarma en el matrimonio".

Papel del síntoma en la pareja.- Un cónyuge puede desarrollar un síntoma como intento de modificar el ordenamiento jerárquico y equilibrar la división de poder de la pareja. Esa conducta sintomática es en rigor incongruente, pues define simultáneamente la inferioridad y la superioridad de cada uno de los miembros de la pareja.

Para el terapeuta el problema radica, en organizar a la pareja de modo tal que el poder y la debilidad no giren en torno de la conducta sintomática, en cuyo caso el síntoma puede ser resuelto.

Un síntoma es una metáfora sobre la situación en que se encuentra una persona en la red de interacción familiar. La conducta sintomática es una "solución", aunque desafortunada, para las dificultades de la pareja, por cuanto equilibra el poder de ambos y proporciona un foco de interacción que estabiliza la vida matrimonial.

Resumen de Madanes Cloé (1984) Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu. Capítulo 3.

PARTO

Depresión posparto: estrategias de afrontamiento.- Introducción: Existe una etapa de mayor vulnerabilidad para llegar a desarrollar patología psiquiátrica en la vida de una mujer, correspondiendo ésta a la etapa reproductiva. La depresión posparto, a día de hoy, está infradiagnosticada y por consiguiente subtratada. Es de vital importancia optimizar el diagnóstico así como conocer los factores que favorecen su aparición, con una finalidad preventiva. Determinadas estrategias de afrontamiento están relacionadas con la predisposición al desarrollo de la misma.

Objetivos: 1- Estudiar el tipo de estrategias de afrontamiento implicadas en la depresión posparto. 2- Proponer en base a los resultados, la modificación de ciertos estilos de afrontamiento, promoviendo una actitud preventiva frente a dicha patología.

Metodología: Estudio tipo observacional, analítico y multicéntrico. La muestra inicial consta de 1.626 mujeres. La medición de la variable se realizó a las 32 semanas posparto. Para el análisis de la información se creó una base de datos en el programa SPSS 13.0.

Resultados: Las estrategias centradas en el problema son un factor protector para la depresión posparto. Las estrategias centradas en la emoción tales como la autoinculpación y la negación suponen un factor de riesgo para la depresión posparto. Dentro de las estrategias centradas en la emoción, la autodistracción y la desconexión conductual son estrategias utilizadas por los sujetos sanos a diferencia de los sujetos con depresión posparto.

Conclusiones: 1- Las estrategias de afrontamiento basadas en la emoción se asociaron a un mayor riesgo de depresión posparto. 2- Durante el embarazo y puerperio, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento adaptativas (autodistracción y desconexión conductual) en sujetos vulnerables para la depresión posparto, favorecería la prevención de dicha patología.

B. Pascual García; A. Gutiérrez; J. Sanjuán... (et.al) Estrategias de afrontamiento como factores predisponentes/protectores de depresión posparto REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2009 OCT;(2)

PASIÓN

Definición.- "La pasión es un estado afectivo intelectualizado, de gran persistencia, que en ocasiones puede hacerse permanente. Tiene gran impregnación sentimental, condicionando la vida y en parte la conducta del individuo. Hay pasiones: egoístas, altruistas e impersonales" (Betta, 1984:201).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

PATOBIOGRAFÍA

Definición.- "Estudio psicoanalítico de un carácter histórico basado en las pruebas biográficas disponibles y no en una observación clínica directa". Por ejemplo: el estudio freudiano sobre Leonardo da Vinci. "Este género sufre la grave limitación de que uno de los criterios clínicos de la interpretación correcta, el acuerdo del paciente con ella, no está presente".

Rycroft Ch., "Diccionario de psicoanálisis", Buenos Aires, Paidós, 1976, pág. 87.

PATTERN

Definición.- La expresión 'pattern' se asocia etimológicamente con 'patrón', que se refiere a un 'modelo o guía para hacer algo'. En un segundo sentido, la expresión se asocia con 'forma', 'esquema' o 'diseño', es decir a un 'particular ordenamiento o disposición de partes o elementos'. En la epistemología de Gregory Bateson, puesto que su concepto clave es el de comunicación, la idea de pattern se refiere a la forma o configuración de la comunicación, es decir, las reglas características en los intercambios de mensajes y, en última instancia, al pensamiento en general en cuanto modelo del proceso mental.

El concepto se emparenta también fuertemente con la noción de 'gestalt' de la psicología de la percepción, tomando gestalt como una estructura capaz de 'estructurar' la realidad.

Wainstein Martín (2002), Comunicación: un paradigma de la mente. Buenos Aires: Eudeba. 2º edición, págs. 94-97.

PAVLOVSKY, EDUARDO ALEJO

Biografía.- [psicoan.] [psicodrama] (Nacido en 1933) Nació el 10 de diciembre de 1933, en el barrio norte de la ciudad de Buenos Aires, en una familia de clase media alta relacionada con la medicina y con el deporte. Fue asmático de niño, y su asma desapareció a través de un consejo del entonces pediatra Arnaldo Rascovsky* quien aconsejó la mudanza a Villa Devoto por las características del clima. Dos años más tarde fue campeón nacional de menores en su primera inclusión natatoria. Fue campeón sudamericano de estilo mariposa en 1949, jugador de water-polo y de rugby y además boxeador. Ingresó a medicina en 1950. Pero percibió a los pocos años que su vocación no era la médica. Había tenido una experiencia psicoterapéutica muy afortunada en 1948 a raíz de una severa neurosis de angustia y pensó entonces que tal vez el psicoanálisis podía ser su orientación en medicina. Se recibió de médico a los 22 años y comenzó su formación psicoanalítica en la Asociación Psicoanalítica Argentina en 1958, llegando a ser miembro titular en 1967. En 1958 comienza a trabajar con grupos de niños en terapia grupal en el Hospital de Niños y en el Hospital de Clínicas. Allí parece encontrar su verdadera vocación psicoterapéutica: el grupo y el psicodrama. En 1962 viaja a Nueva York donde conoce al Dr. Jacob Moreno y realiza su training psicodramático. Junto con el Dr. Jaime Rojas Bermúdez y el Dr. Carlos Martínez Bouquet fundan la Asociación Argentina de Psicodrama en 1963 y comienzan a formar en psicodrama a médicos y psicólogos. Simultáneamente estudia teatro y comienza a escribir teatro. Es autor del primer libro en castellano de psicoterapia de grupo en niños y adolescentes. Junto con F. Moccio, y C. Martínez Bouquet fundan el Grupo Experimental Latinoamericano de Psicodrama. En 1971 renuncia a la APA y funda con otros analistas el grupo Plataforma Internacional por disidencias ideológicas y políticas. Mientras tanto comienza su labor como hombre de teatro. Su obra El Sr. Galíndez sufrió un atentado en el Teatro Payró en 1974 y Telarañas fue prohibida por el gobierno militar en la segunda función. Por esta misma obra y por su militancia trotskista (fue candidato a diputado por el Partido Socialista de los Trabajadores y por el Movimiento al Socialismo). Un grupo paramilitar invade su hogar en 1978 pero puede escapar milagrosamente. Se exilia en España donde trabaja en formación de terapeutas de grupo y psicodrama junto al Dr. Hernán Kesselman. Vuelve en 1980 al país donde su labor en psicodrama y teatro son continuas. También es actor de cine en algunas ocasiones. Tiene cuatro hijos de sus dos primeros matrimonios. Está casado con Susana Evans, psicóloga y actriz. Funda en 1985 el Centro de Psicodrama Psicoanalítico Grupal (CPPG), del cual es director hasta la fecha. Su labor como autor de teatro le vale ser reconocido internacionalmente y estudiado en universidades europeas y norteamericanas. De él dice Encarta: "El realismo exasperado puede ser una definición acertada de su propuesta dramática. En sus piezas los argumentos están impregnados de contenido social, político y psicológico. Sus personajes se mueven en la telaraña que ellos mismos han trenzado con los tres componentes antes citados". Actúa sus obras solamente desde 1984. Sus principales obras de teatro son Potestad (1985), Telarañas (1977), Cámara lenta, El Sr. Galíndez (1973), Rojos globos rojos [las dos últimas fueron llevadas al cine]. Su labor política consiste en la permanente publicación de artículos en diarios y revistas, muchos de ellos reproducidos en Micropolítica de la Resistencia. Actualmente trabaja como psicoterapeuta en grupos de psicodrama y en la formación de psicodramatistas en el CPPG. Escribió: Psicodrama. Cuándo y por qué dramatizar; Psicodrama Psicoanalítico en Grupo; Escenas temidas y multiplicación dramática; Espacios y creatividad; Adolescencia y mito; Reflexione sobre el proceso creador; Escenas y multiplicidad; Psicodrama y literatura, etc. Alguna de sus producciones contaron con la colaboración de F. Moccio, de C. Martínez Bouquet y de H. Kesselman. Desde 1975 trabaja en investigación dramática junto con H. Kesselman en forma ininterrumpida. Su última [2000] producción teatral es La Muerte de Marguerite Duras.

Jorge Dubatti

PENA

En sentido jurídico.- Hoy en día, el sistema de castigos se basa en la privación de la libertad, y hay también penas económicas. La privación de la libertad empieza a tener sentido debido a la división del

trabajo producida por la Revolución Industrial, y la pena económica con el surgimiento de la propiedad privada.

Antes los castigos eran corporales, el exilio, la tortura hasta la muerte, etc. En la Edad Media funcionó la tortura hasta la muerte, ya que no tenía sentido la privación de la libertad porque esta no era un valor importante. Como algo valioso era la salud se utilizó la tortura en forma legal: se dosificaba el dolor, de manera que cuanto más grave era el delito, más tardaba la persona en morir mientras se la torturaba. Para delitos menores estaban las penas infamantes: se ponía a la persona desnuda en público dentro de un barril, donde todos arrojaban basura y excrementos.

Condensado de Álvarez C, Clases teóricas de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2º cuatrimestre de 1996.

En sentido jurídico.- En las sociedades menos complejas, primitivas, había entre otras dos formas de penalizar:

a) Inducción al suicidio: el incesto era un delito gravísimo, pues con él se diluye la estructura social. A quien lo cometía se le ofrecía la posibilidad de suicidarse, o, en caso contrario, se lo dejaba ir pero era perseguido y se le daba muerte.

b) Brujería o magia: En otros delitos menores, quien se sentía damnificado acudía al chamán o hechicero (que junto con el jefe eran los que detentaban el poder en la tribu), quien ejercía sobre el acusado brujería, que era incluso más eficaz que la ley (Lévi-Strauss habla de eficacia simbólica).

La brujería tiene dos elementos: el ritual y el factor afectivo: ambos elementos permiten armar un mensaje simbólico y, como tal, puede llegar al inconciente. El efecto producido era un corte de todo lazo social del sujeto con la sociedad (muerte social), y luego sobrevénia la muerte real por efecto de la brujería. No debemos confundir brujería o magia, con religión. En el primer caso es un recurso usado por el hombre mismo para lo que puede hacer o modificar. La religión, en cambio, era un recurso para lo que el hombre no puede hacer (y entonces recurre al auxilio a un ser superior que lo haga, rezándole por ejemplo).

Lo que antes fue la inducción al suicidio o la brujería, hoy es la *ley penal*. Mediante estas leyes se rige la estructura social porque a través de ellas se ejerce un poder. En las sociedades primitivas también se ventilaban cuestiones civiles, no sólo penales. Por ejemplo, cuestiones sobre quién heredaba las posesiones de alguien, quien criaba a los hijos, etc.

Condensado de Álvarez C, Clases teóricas de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2º cuatrimestre de 1996.

En sentido jurídico.- El Código Penal establece un mínimo y un máximo para cada delito, así como el tipo de pena o sanción penal (reclusión, prisión, multa, inhabilitación).

La pena se llama también sanción penal. En materia civil, la sanción es de naturaleza patrimonial, mientras que en materia penal la sanción supone la privación de algún derecho: a la libertad (prisión, reclusión), a ejercer una profesión (inhabilitación), etc. En otras épocas la sanción penal fue la muerte, el destierro, el azote, etc.

Las penas privativas de la libertad pueden ser leves (hasta 3 años), medias (tres años y un día a ocho años), y graves (8 años y un día en adelante).

Hay agravantes y atenuantes (por ejemplo el vínculo con la víctima es agravante).

Para aplicar la pena debe haber pruebas, que son de los siguientes tipos:

Prueba testimonial: de algún testigo no comprometido con la situación, ajeno al hecho y al autor (no familiar, no amigo íntimo) o a la víctima. Se puede cometer falso testimonio (el perjurio en cambio supone mentir cuando se juró decir la verdad).

Prueba documental: cheque, una carta de amenaza, una contabilidad, etc.

Prueba pericial: Ofrecida por los peritos: balístico, médico, psicológico, contable, grafológico, etc.

Prueba confesional: La confesión del autor no es plena prueba, y solo corrobora otras pruebas.

Condensado de Jiménez P (1990) Lineamientos jurídicos del delito y la pena. Publicación interna de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Pena de privación de la libertad.- Adquiere sentido con la Revolución Industrial, pues un hombre es libre para trabajar, producir, ganar dinero, etc, o sea que la libertad es un bien. Se toma como modelo para ello el *derecho canónico*, que castigaba la violación de alguna regla institucional encerrando y aislando al cura en su habitación para rezar y arrepentirse, o sea, para que hiciera la penitencia (y de allí el nombre "penitenciario"). Se buscaba así que asumiera la culpa y se arrepintiese, reconciliándose con Dios.

Historia más reciente (siglo XIX): Por ejemplo en Londres de la época isabelina, con las migraciones aumentan los desocupados y marginales. Esto genera alarma social y se instaura la *ley de los pobres*, que habla de detener a los pobres. Esto genera la creación de las *casas de trabajo* para: a) sacarlos de la calle, y b) enseñarles un oficio y cambiar los hábitos de trabajo de una sociedad agraria por otra pre-industrial.

Una nueva Ley de Pobres agrega luego que el desocupado debía aceptar la primera oferta de trabajo sin importar el salario ofrecido: trabajar gratis a cambio de capacitarse. Esto implicaba trabajar afuera y era entonces mejor que estar en la Casa de Trabajo, donde había insalubridad y hacinamiento. Estas casas son el primer antecedente de los Institutos de Minoridad.

Condensado de Álvarez C, Clases teóricas de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2º cuatrimestre de 1996.

PENSAMIENTO

Definición.- "Flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigido a un objeto, iniciado por un problema o tarea y que lleva a una conclusión orientada a la realidad" (Kaplan H Sadock B y Grebb J, 1997).

Kaplan H, Sadock B, y Grebb J, (1997) Sinopsis de psiquiatría. Tomo: Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7º edición.

Definición.- "El pensamiento es la más jerarquizada manifestación de la mente; su finalidad es la comprensión, entendimiento y facilitación de las relaciones interhumanas y la expresión, a través de la capacidad intelectual de cada individuo, de la sabiduría secular y universal. Tiene un contenido formado por la idea directriz, que es el conocimiento que ha de elaborarse. Esta es la finalidad que ha de alcanzarse a través de una serie de juicios y razonamientos entre ideas afines; así se establece el curso. El pensamiento es resultado de una elaboración conciente" (Betta, 1984:140).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición.- Actividad psíquica en virtud de la cual los datos elaborados del conocimiento (ideas), impulsados por una tendencia determinante, se seleccionan y orientan alrededor de un propósito más o menos conciente (tema), siguiendo las vías establecidas por el proceso asociativo.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Pensamiento mágico.- Forma pre-lógica de pensamiento del hombre primitivo y del niño durante su primer bienio, que solo alcanza a establecer relaciones extrínsecas o subjetivas entre los objetos. Se basa en los dos postulados siguientes: a) cada objeto o fuerza produce su similar, y b) dos objetos que están en próximo contacto se influyen mutuamente, intercambiando sus propiedades. En este estado de desarrollo de la personalidad, todavía no se ha descubierto el principio de no contradicción, sobre el cual va a instalarse el pensamiento lógico.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Lectura del pensamiento.- La interpretación de las ideas o de los deseos de un individuo, expresados por gestos voluntarios insignificantes efectuados por aquél. Si existe contacto físico directo entre ambos sujetos, el proceso es llamado, a veces, Lectura Muscular; si tanto la persona que emite las señales como la que las recibe lo hacen en forma inconciente, el fenómeno es confundido a veces con la telepatía. (Alemán: *Gedankenlesen*; Francés: *Lectura de la pensée*; Inglés: *Mind-reading*.)

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- En la vida cotidiana, pensar se usa en muchos sentidos distintos: como creer (pienso que ya debemos irnos), como anticipación (pienso que estaría mejor), como razonar (pienso que te equivocaste al pensar eso), etcétera.

Dado este aspecto multifacético del pensamiento, la investigación en psicología ha abordado estos diferentes sentidos en forma independiente, o sea, cada teoría ha dado su propia definición de pensamiento.

Algunos lo ven como una actividad orientada a solucionar problemas, pero sin embargo, como en las ensoñaciones o en las ideas obsesivas, no hay una intencionalidad por resolver problemas. Otros autores hablan de una actividad implícita (Piaget dice que es acción interiorizada), o de procesos cognitivos internos que determinan la conducta, otros como Bruner hablan de manipulación de imágenes, símbolos, etcétera.

Desde la teoría del procesamiento de la información, el pensamiento implica capacidad para manipular y transformar información de acuerdo a ciertas reglas: la psicología cognitiva se propone descubrir estas leyes o reglas.

Toma como modelo la forma de procesar la información de la computadora, un esquema estructural con tres elementos: unidad de memoria, unidad procesadora y mecanismos de entrada y salida.

Con este "esquema estructural" se puede diferenciar mejor el pensamiento y la memoria y, por tanto, sus mutuas interacciones: la unidad procesadora es la que 'piensa' con los datos aportados desde la unidad de memoria, ocupada de registrar, almacenar y recuperar información. Lindsay y Norman dan un ejemplo: al hacer 24 x 7, pensamos para dar un resultado, pero si nos lo preguntan un poco después, interviene más la memoria que el pensamiento.

En general hay que llegar a un compromiso entre procesar mucho con poca memoria disponible, o procesar poco pero tener mucha información en la memoria. Al estudiar, a veces predomina el "lo estudio de memoria" y otras el "lo estudio conceptualmente".

En síntesis, el pensamiento es:

- a. Un proceso complejo multifacético.
- b. Un proceso interno que implica representaciones simbólicas de objetos o eventos no presentes en la realidad inmediata.
- c. Su función es generar y controlar la conducta inmediata.
- d. Es un ensayo mental más o menos conciente, dirigido a metas específicas y tendiente a solucionar problemas y adaptar al sujeto al medio.
- e. El pensamiento humano puede entenderse como un proceso de manipulación y transformación de símbolos, según determinadas reglas formales.

Los puntos b, c y d restringen mucho el significado de pensamiento, por lo que son discutibles.

Cohen (1974) define pensamiento como una derivación mental de elementos mentales. La concatenación de esos elementos son los llamados procesos cognitivos, los que pueden ser controlados y ordenados, y otros descontrolados o desordenados (sueños, fantasías, asociación libre, etcétera).

Así, se pueden considerar dos encuadres para el pensamiento:

El Encuadre A toma el pensamiento dirigido a metas y orientado por planes y reglas.

El Encuadre B toma el pensamiento como discurrir de la conciencia.

Tal dicotomía tiene que ver con lo que otros autores llamaron pensamiento racional vs. intuitivo, lógico vs. prelógico, proceso secundario vs. proceso primario.

Resumen de González G (1987) Temas de Psicología Cognitiva (II. Pensamiento. Capítulo 1). Buenos Aires: Tekné.

Psicopatología.- "Se registran perturbaciones del curso y del contenido. a) Alteraciones del curso: 1º)

En los casos de aceleración del ritmo psíquico: excitación psicomotriz; especialmente manías.

Verborragia, fuga de ideas, atención inestable, hipermnesia por disminución del umbral de evocación. 2º)

Retardo del pensamiento: En los casos de retardo del ritmo psíquico. Inhibición de los procesos psíquicos:

deprimidos, tristes, melancólicos, confusos mentales, dementes y oligofrénicos. 3º) Prolijidad o

minuciosidad del pensamiento: Incapacidad de extraer los contenidos mentales esenciales para alcanzar

la finalidad: débiles mentales, epilépticos y dementes. 4º) Perseverancia del pensamiento: Repetición

periódica y automática de palabras que se intercalan en su curso: personas normales por su fatiga

psíquica o por intoxicación por el alcohol, alcaloides, hipnóticos; débiles por su pobreza ideativa;

dementes por el empobrecimiento ideativo y fallas de evocación; epilépticos por retardo del ritmo

psíquico y esquizofrénicos por disloque psíquico. 5º) Interceptación del pensamiento: Interrupción brusca

del curso que se reinicia instantes después retomando el curso anterior o a menudo un curso diferente:

esquizofrénicos. 6º) Rigidez del pensamiento: Perturbación del curso por la persistencia de una idea a la

que se dispensa preferencia, hay resistencia para abandonarla y llega a condicionar los actos del

pensamiento, pierde su elasticidad normal: esquizofrénicos por los trastornos de la personalidad. 7º)

Estereotipia del pensamiento: Repetición continuada de palabras o frases que se intercalan en el curso

del pensamiento y no participan del tema del mismo. Esto la distingue de la perseveración. 8º)

Verbigeración del pensamiento: Repetición de las mismas palabras o frases en períodos de tiempo más o

menos prolongados. No participa el pensamiento, sin sentido ni lógica: en casos de trastornos graves de

la corteza de los dementes y confusos. 9º) Disgregación del pensamiento: Éste pierde su finalidad lógica

porque la idea directriz carece de capacidad para mantener y condicionar el curso del pensamiento.

Expresa trastornos graves de la psique: esquizofrenias y demencias.

b) Alteraciones del contenido: 1º) Pensamiento incoherente: En los casos en que se produce pérdida de

lucidez de la conciencia, la cual no controla el mecanismo asociativo que escapa a las leyes lógicas

normales. El contenido del pensamiento incoherente resulta de asociaciones ilógicas que encadenan

conceptos de significaciones diferentes. 2º) Pensamiento delirante: El contenido del pensamiento está

integrado por concepciones delirantes. 3º) Pensamiento obsesivo: El contenido está integrado por las

más variadas obsesiones" (Betta, 1984:140).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Psicopatología.- Las anomalías del curso del pensamiento son las siguientes: a), trastornos

predominantes del ritmo (aceleración, fuga de ideas), b) lentitud del curso del pensamiento (inhibición,

estupor, inercia), c) otros trastornos del curso (interceptación, barraje o clausura), d) viscosidad, e)

prolijidad y minuciosidad, f) perseveración, g) estereotipia verbal, h) verbigeración, i) fusión,

desplazamiento y generalización de los conceptos, desviación del pensamiento, respuestas de lado:

digresiones, j) incoherencia, y k) disgregación.

Pereira, Manual de Psiquiatría.

Orígenes.- Todas las teorías que pretenden ofrecer un cuerpo coherente respecto de la inteligencia, se

plantean los orígenes del pensamiento. ¿Es el pensamiento algo que forma parte del patrimonio biológico

del sujeto, o es el efecto de la cultura? O sea, ¿se nace o no se nace con representaciones?

Freud fue oscilante al respecto, pero de lo que no abdica nunca es de que el inconciente, y por tanto el pensamiento, no surgen como correlato de la adaptación, sino como formaciones dentro del proceso de constitución del sujeto, como elementos de profunda desadaptación.

Castoriadis plantea que la relación con el objeto está atravesada por la subjetividad. La relación sujeto-objeto no es inmediata sino que está mediatizada por el otro humano que parasita con sus sistemas representacionales y sexuales el quiebre de la inmediatez que da surgimiento a la simbolización y a la inteligencia. La objetividad se constituye por un largo rodeo por los caminos de la fantasía y la desadaptación.

Se instituye así el inconciente, que es el efecto de una fundación en dos planos: a) en tanto inscripciones que el semejante instaura sin saberlo; es el parasitismo simbólico de la madre hacia el hijo (contrapartida del biológico respecto del hijo hacia la madre); b) estatuto posterior de ese parasitismo como 'lo inconciente', o sea, será reprimido hacia el fondo del psiquismo constituyéndose como sus últimos recursos.

Por ello, la lógica no es de entrada una lógica aristotélica preparada para entrar en contacto con el objeto, sino otra lógica para defenderse de los ataques provenientes del exterior.

Así, desde el comienzo el semejante hace circular algo irreducible a lo puramente autoconservativo, algo que tiene que ver con la sexualidad, representaciones ligadas al placer que no logran una evacuación porque no pueden satisfacerse con los objetos que el semejante ofrece. Además de leche, el sujeto recibe un plus de excitación que no encontrará derivaciones, obligando al aparato a religar, organizar, metabolizar.

El fenómeno de la 'alucinación primitiva' muestra al origen del pensamiento como una alucinación, no relacionada al objeto. El psiquismo se ve así obligado -no a satisfacer una necesidad natural- sino a tener que hacer algo con esto inscripto de lo que ni puede defenderse ni puede satisfacerse en lo real. El gran problema es justamente cómo abandona el sujeto esta alucinación primitiva para evitar morir realmente y poder conectarse con los objetos autoconservativos (alimento). En las psicosis y anorexias severas, por caso, no puede hacerse esta conexión.

Así, el pensamiento surge desligado originariamente de las necesidades biológicas: la acción específica no es el acto autoconservativo, sino algo ligado al placer. Una cosa es la relación "con el objeto en tanto objetivo" y otra con "el objeto en tanto objetual", en tanto atravesado por ciertas cantidades irreducibles a lo biológico. El inconciente está ligado a la sexualidad, pero no en términos reproductivos.

El hecho de que sigamos comiendo sin hambre o hasta morir muestra que lo imaginario representacional no se agota en la alimentación, y hasta atenta contra lo autoconservativo. Si me cuido al comer es porque luego hemos incorporado una lógica de la autopreservación, no es algo dado desde los orígenes.

¿Qué implica todo esto para los procesos del pensamiento?

El inconciente no se maneja con totalidades, sino indiciariamente. En las primeras relaciones con el objeto se inscriben signos, no el objeto total, rasgos que quedan como marcas psíquicas (el pecho es una textura, un olor, etc.). Tales forman reaparecerán toda la vida, como en el enamoramiento (que es indiciario: nos enamoramos de una mano, una mirada, etc.). En el inconciente funciona la identidad de percepción, que marca el reencuentro permanente con indicios de lo real que reinvierten o reactivan huellas.

Yo "recorto un conjunto que se convierte en significativo para mí, y a partir de ese conjunto que separo, clasifico, ordeno, me permito armar un interrogante".

La representación no es un calco del objeto exterior: la información es procesada, los estímulos se seleccionan. De los estímulos que rodean al bebé algunos son pregnantes ligados a espacios psíquicos que se van constituyendo.

Se constituirán dos espacios: el inconciente y el preconciente (y el yo). El primero no se rige por la lógica, no tiene negación ni temporalidad, mientras que el segundo sí. Este preconciente, por poder negar, puede dudar, interrogar, introduciendo una problemática cognitiva. Así, la ciencia no es un problema del inconciente, pero no podría existir sin él dado que "el hombre reducido a la inmediatez de lo real no podría estructurar interrogantes sobre lo real". Los humanos metaforizamos lo real.

En "El proyecto" Freud dice que la única posibilidad de conocer pasa por el yo, no por el inconciente: este sólo puede reencontrar aquello que tiene inscripto. Por ello la alucinación se juega cuando cayó la represión, "cuando el inconciente no ha sido obturado por el yo". El Yo o el preconciente inhiben al inconciente en tanto alucinatorio.

La *pulsión epistemofílica* es patrimonio del sujeto en tanto atravesado por enigmas que activan permanentemente el inconciente. "No es pensable el preconciente o el yo sino en relación a este inconciente al cual sofoca y que permite constantemente pequeños pasajes de representaciones que hacen que el objeto real tenga sentido para mí". El perro toma cualquier agua pero para el hombre los diversos tipos remiten a significados diferentes: les da horror el agua de pozo, etc. El psicoanálisis sostiene que para que haya pulsión epistemofílica, interés, interpelación de la realidad, el sujeto debe estar constituido (si no, encontraremos un *trastorno*). Para que esta interpelación tenga algún sentido, para que evoque algo, tiene que estar funcionando el inconciente. Deben estar funcionando a pleno las categorías de espacio y tiempo.

Los "prerrequisitos estructurales del cerebro" (el sujeto en tanto vinculado libidinalmente con el otro) no alcanzan para la supervivencia, pero por el otro lado las relaciones sociales inscriben del lado del yo la autopreservación de la vida.

Para entender esta problemática está el concepto de Pareto de *ofelinidad*. El niño no es totalmente un valor de uso ni totalmente un valor de cambio, sino que es algo deseado, se constituye desde el deseo de los padres que lo compulsan a ligar o elaborar psíquicamente estímulos de los que no pueden huir pero tampoco satisfacer.

Condensado de Bleichmar S, Aportes psicoanalíticos para la comprensión de la problemática cognitiva. Incluido en Schlemenson S (comp) (1995) Cuando el aprendizaje es un problema. Buenos Aires: Miño y Dávila.

La constitución del pensamiento según Aulagnier.- La meta de la actividad de representación, o pensamiento, es hallar una realidad que torne posible el placer. Para ello, los aspectos heterogéneos deben ser metabolizados y tornarlos homogéneos. Ello se da a través de los procesos originario, primario y secundario.

Proceso originario.- La actividad representativa consiste en engendrar alucinaciones: son representaciones pictográficas, o sea, engranas o retoños que aparecen como imágenes, sonidos, aromas, producto de la erogeneización de zonas corporales (por ello es un placer autoerótico), y en particular de la relación boca-pecho. Quedan además inscriptas como material inconciente (el "originario") que nunca podrá devenir conciente.

Proceso primario.- Pero pronto el niño advierte que lo alucinado no satisface, y empieza a percibir la ausencia de la madre (percepción de la ausencia), es decir de un otro primordial cuya presencia produce placer y su ausencia displacer. Surge un principio de reconocimiento de una dualidad (madre-hijo), ya que antes todo estaba centrado autoeróticamente.

Por tanto, se puede hablar de una función materna en el proceso primario: tal representación de orden fantaseado permite la búsqueda de un placer que la alucinación no ofrecía.

La función materna es aquella que permite la narcisización y libidinalización diferencial del producto: reconoce al hijo como diferente pero lo inscribe dentro de su narcisismo, o sea dentro de su ubicación histórica en la estructura de parentesco. El hijo resulta así ser un heredero del pasado, pues desde allí la madre interpretará las necesidades del niño. La sombra hablada o soliloquio a dos voces es esta proyección que hace la madre sobre el niño, lo que genera una sombra que cambiará según la posición histórica de la madre. En un primer momento esta violencia se basa en una certeza absoluta sobre cuales son las necesidades del niño, según los anhelos y frustraciones de la madre.

Proceso secundario: estructura y función simbólica.- Aquí la actividad representativa busca homogeneizar lo heterogéneo asimilándolo a una estructura universal de parentesco, válida para todos los sujetos, y donde el niño ocupará un lugar.

Las funciones universales simbólicas son la función materna, paterna, la del hijo y la de los antepasados.

Función materna.- La madre retira la idealización sobre el niño y éste, al percibir la diferencia, empieza la búsqueda auto-reflexiva de la razón de la separación y la repetición de situaciones placenteras. Nace así el pensamiento. Los objetos que se buscan están condicionados por los elementos del lenguaje fundamental, el cual define los límites del espacio en el cual el Yo ha de advenir. Al vehiculizar en el niño la cultura, lo hace sujeto. El pensamiento es entonces un modo de ingreso y abordaje a la cultura.

Función paterna.- Es el condicionante discursivo que ordena los enunciados de la madre desde que estos empiezan a aparecer. O sea, para Aulagnier la función paterna aparece antes de la castración simbólica. La función paterna ingresa en el niño a través del lenguaje fundamental de la madre, pues este posiciona respecto a una estructura de parentesco (además de posicionar su propio lugar de niña por la represión secundaria). Tal represión secundaria es producto de la transculturalización habida en el discurso materno.

Las adopciones muestran que las funciones materna y paterna no son biológicas sino simbólicas.

Comienzo de la función paterna: Cuando cae la certeza, cuando la interpretación de una necesidad es insuficiente surge la carencia, sufriendo que lleva a buscar un nuevo objeto, que es el que cumple la función paterna, que viene a ofrecer emblemas, atributos, produciendo una castración simbólica (aunque Aulagnier no la tome como tal, pero es la manera de entenderlo). Con esto, el niño queda posicionado en una estructura universal, aunque de manera singular y propia.

La función paterna permite mantener un micro ambiente familiar y la incorporación de emblemas y atributos extra-familiares. Prohíbe la apropiación de la madre pero estimula la búsqueda de objetos extra-familiares.

Función del campo social: contrato narcisista y proyecto identificador.- El discurso social llega al infans a través del discurso parental. Del primero podrá tomar elementos de identificación para proyectarse en el futuro. El discurso de conjunto alude a un espacio social extra-familiar, un modelo de mundo donde la pareja parental se inserta.

El contrato narcisista ordena el discurso del niño en relación a un discurso de referencia dado por el campo social donde los padres despliegan sus propios enunciados. Está, así, en el límite entre lo singular y lo universal. Dentro de esos límites el sujeto enuncia su propio discurso: su proyecto identificador. Este implica un encuentro permanentemente diferido con el placer mediante una búsqueda sucesiva de

objetos y enunciados que el campo social, que es extra-familiar, le ofrece. Sintetiza los deseos pasados y la imagen de un futuro posible. Esto implica una historización, una causalidad mediante búsqueda de razones que se dan precariamente en niños con problemas de aprendizaje.

Normalmente el niño deberá salir de una relación narcisística y buscar en lo desconocido los residuos de suministros narcisísticos perdidos al enunciarse un proyecto. Si no hay narcisización previa no hay conocimiento, así como tampoco si hay exceso de narcisización. Concluimos así que el pensamiento es un producto que surge de un largo proceso de historización y narcisización constituyente.

Resumen de Schlemenson Silvia, La constitución del pensamiento a partir de los desarrollos de Piera Aulagnier.

Publicación interna de la cátedra de Clínica Psicopedagógica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Generalidades.- Pensamiento no es simplemente recuerdo, imaginación, creencia, intuición, opinión, aún cuando pensar implique recurrir a todas esas operaciones. El pensamiento incluye muchos aspectos, como el pensamiento reflexivo (consideración activa, persistente y cuidadosa de una creencia a partir de los fundamentos que la sustentan y de las posteriores conclusiones hacia la cual tienden), el pensamiento creador (producción de algo nuevo, único, original), el pensamiento crítico (un pensamiento reflexivo que cuestiona argumentos en base a ciertos fundamentos), y aún el pensamiento científico (un pensamiento creador, riguroso y metódico).

Vera María Teresa, "El aprendizaje por resolución de problemas", incluido en Sanjurjo L. y Vera M., "Aprendizaje significativo y enseñanza en los niveles medio y superior", Rosario, Homo Sapiens Ediciones, 1995.

Según Aulagnier.- "Denomino pensamiento a esa parte de las construcciones psíquicas que debemos a la actividad del yo, consistente en ligar la imagen de cosa con la imagen de palabra. Por 'imagen de palabra' entiendo, no la emisión o recepción de una sonoridad fonemática, sino algo oído que el yo percibe como portador de significación y, en ciertas condiciones, como creador de esas mismas significaciones".

Aulagnier P., "El trabajo de la interpretación. La función del placer en el trabajo analítico", artículo escrito en 1976, incluido en un texto desconocido, pág. 323.

Pensamiento automático.- Los pensamientos automáticos son aquellos que surgen en forma espontánea, son muy breves y hasta pueden no reconocerse, a menos que se ayude al paciente a registrarlos. Por ejemplo, pensamientos negativos sobre uno mismo o sobre algún peligro. Son pensamientos que reflejan la valoración no objetiva que hace el sujeto de la situación objetiva actual.

Robins A y Hayes A., "Una valoración de la terapia cognitiva", incluido en Mahoney M (ed), "Psicoterapias cognitivistas y constructivistas", Desclée de Brower, Bilbao, 1997, pág. 64-65.

Pensamiento automático.- En el contexto del enfoque cognitivo, los pensamientos automáticos "son cogniciones que median entre los sucesos externos y la reacción emocional del individuo a estos. Un ejemplo de un pensamiento automático es la creencia de que *'todos se van a reír cuando vean qué mal juego a los bolos'*, un pensamiento que le sobreviene a alguien a quien se le ha preguntado si quiere jugar a los bolos y ha respondido negativamente. Otro ejemplo es el pensamiento de una persona sobre que, cuando alguien pasa por delante de ella sin saludarla, es que *'no le gusta'*".

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de Psiquiatría. México: Salvat, página 647.

Pensamiento infantil: consecuencias para la madre.- En un determinado momento aparecerá en el niño una 'actividad de pensar', también preanunciada y deseada por el discurso materno. Tal actividad de pensamiento tendrá para la madre dos consecuencias importantes: 1) la actividad de pensar se espera que confirme a la madre el éxito o fracaso de su función materna, y 2) la actividad de pensar, y aún las manifestaciones anteriores que la madre interpreta como tal, aseguran a la madre contra el riesgo de que el niño hubiese podido no saber pensar.

La actividad de pensar es el primer instrumento de autonomía del bebé, pues con ella puede ocultar, mentir (por ejemplo se puede fingir amar, pero no se puede fingir con el cuerpo, como comer, dormir o defecar). La madre conoce este poder del pensamiento e intentará saber qué piensa el niño y le enseñará formas del buen pensar (por ejemplo para que no la engañe).

El comienzo de la actividad de pensar suscita en la madre tres respuestas constantes: 1) para ambas psiques, el objeto pensamiento ocupa en un primer momento una posición análoga a la de otros objetos anteriores, pues la nueva actividad pensante del niño es una continuación de las funciones corporales que la madre pasó del registro funcional al libidinal; 2) a diferencia de la función corporal, el pensamiento permite a la madre saber si lo que ella espera del niño será aceptado o rechazado por éste; y 3) además de esperarla, la madre teme la aparición de la actividad de pensar, teme preguntas que no pueda contestar.

Si alguna de estas tres respuestas persiste más allá de lo necesario o peca de excesiva, la madre entra en el deseo del 'no cambio' impidiéndole al niño desarrollar un pensamiento autónomo. Normalmente la madre deberá renunciar a su función y aceptar la aparición de nuevos partenaires. Tal invariante de la estructura familiar puede ser rechazada por la madre, por el niño, o por ambos.

Pensamiento lógico: definición.- "Es el que se elabora mediante el razonamiento analítico que se basa en tres principios. 1) Principio de la no contradicción: sustentado por el razonamiento por deducción; "una cosa no puede ser más que ella misma, en un mismo momento y bajo las mismas condiciones. 2) Principio del determinismo o de la legalidad; propiciado por el razonamiento por inducción: "toda modificación que una cosa experimenta se halla sujeta a condiciones bien determinadas, o sea, que está regida por una o más leyes". 3) Principio de finalidad; sostenido por el razonamiento por analogía: "la convergencia o reunión de determinadas condiciones favorece un fin conciente o inconcientemente perseguido" (Betta, 1984:140).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Pensamiento mágico: definición.- O primitivo. "Propio del niño, del hombre de escasa evolución y de los pueblos primitivos. Se relaciona con el mundo mágico: todo lo que acontece se halla en relación y dependencia de las fuerzas de la naturaleza. Sus bases son: 1) Dos objetos parecidos o que presentan algún punto de semejanza se consideran dotados de iguales propiedades. 2) Dos objetos aunque sean totalmente diferentes, si se hallan en contacto o próximos se consideran influenciados mutuamente, adquiriendo cada uno las propiedades del otro" (Betta, 1984:140).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Pensamiento primitivo.- A diferencia del pensamiento maduro, Beck y otros (Cuadro de Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G, Cognitive Therapy of Depression, p. 31 Guilford, New York, 1979) distinguen el pensamiento primitivo de esta forma (página 879):

<i>Pensamiento primitivo</i>	<i>Pensamiento maduro</i>
No dimensional y global	Multidimensional: Soy moderadamente miedoso, bastante generoso y claramente inteligente
Absolutista y moralista: Soy un cobarde despreciable	Relativo y no categórico: Soy más miedoso que la mayoría de las personas que conozco
Invariable: Siempre he sido y siempre seré un cobarde	Variable: Mis miedos varían según el momento y la situación
Diagnóstico del carácter: Tengo un defecto en mi carácter	Diagnóstico conductual: Evito demasiadas situaciones y tengo muchos temores
Irreversibilidad: Desde que estoy básicamente débil, no hay nada que se pueda hacer	Reversibilidad: Puedo aprender maneras de enfrentarme a las situaciones y luchar contra mis miedos

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Alteraciones del pensamiento.- Sus perturbaciones están ligadas a perturbaciones del juicio y del lenguaje, ya que expresamos el pensamiento mediante juicios, y estos los expresamos mediante palabras. Según Betta, las alteraciones del juicio, entendido éste como una actividad sintética del pensamiento, pueden ser cuantitativas o cualitativas:

Cuantitativas	Juicio insuficiente: agenesias de la personalidad. (oligofrenias). Juicio debilitado: demencias. Juicio suspendido: confusión mental.
Cualitativas	Juicio desviado: ideas delirantes.

En las alteraciones cualitativas, la desviación del juicio ocurre por una carga afectiva muy intensa, que impide reconocer el error. El juicio así desviado producirá las ideas delirantes, y estas son las que constituirán los delirios crónicos de la paranoia, la parafrenia y la esquizofrenia. En suma, un delirio crónico es una forma peculiar de organización de las ideas delirantes, las que vienen a su vez de juicios desviados.

En el pensamiento podemos distinguir tres aspectos:

- El contenido (las ideas)
- La finalidad (las metas)
- El curso (la intención)

Esto significa que normalmente yo tengo la intención de decir algo (ciertas ideas o contenidos), siendo la intención el propósito de alcanzar cierta meta o finalidad. Siempre hay entonces normalmente una 'idea directriz' que me marca el rumbo del pensamiento y lo organiza coherentemente. La idea directriz es previa o va apareciendo a medida que uno puede hilar los juicios en razonamientos.

Las alteraciones del pensamiento tienen que ver con perturbaciones del contenido o con perturbaciones del curso del pensamiento:

Alteración del contenido: ideas patológicas	Ideas fijas o sobrevaloradas. Ideas obsesivas. Ideas delirantes.
Alteración del ritmo	Aceleración (manía). Retardo (melancolía, cuadros orgánicos).
Alteración del curso	Discontinuidad (falla en las ideas directrices).
Alteración del lenguaje	Neologismos, parrarespuestas, perseveración, Estereotipia, verbigeración, Musitación, mutismo, ecolalia.

(En este cuadro incluimos también las alteraciones del lenguaje, asociadas con las alteraciones del pensamiento). A continuación se explican primero las alteraciones del curso y del lenguaje.

ALTERACIONES DEL CURSO (RITMO): Hay **ACELERACIÓN** del pensamiento en los casos de excitación, es decir de taquipsiquia (aceleración de todos los procesos psíquicos, además del pensamiento). Por ejemplo en la manía: el paciente necesita imperiosamente hablar y lo hace ininterrumpidamente (verborragia, verborrea o logorrea, son sinónimos). El trastorno característico de estas alteración es la 'fuga de ideas'.

La fuga de ideas es el síntoma patognomónico de la manía, e implica muchas y muy diversas ideas que aparecen en torbellino, pero sin poder mantener la atención sobre una determinada, sea espontánea o voluntariamente. A veces el ritmo es tan alto que las ideas se asocian superficialmente, o sea por semejanza, contraste y hasta por asonancia (suenan parecido, o sea se considera más el sonido de la palabra que la idea representada). Hay entonces superficialidad y fugacidad del vínculo asociativo. No obstante, en el maníaco encontramos un discurso inteligible, la idea directriz se mantiene, aunque es 'saltón', salta rápidamente de una idea a otra, a expensas de estímulos sensoriales, pues el maníaco está atento a todo a su alrededor (hiperprosexia). En la manía entonces no falla la idea directriz (por ello se habla de una pseudo-incoherencia, es decir, a pesar de todo se entiende lo que dice), falla que sí se da en la disgregación del pensamiento esquizofrénico (ver más abajo: 'discontinuidad'). La pseudo-incoherencia se ve en los estados maníacos intensos, no así en la hipomanía, donde la aceleración es menor, las ideas no exceden la capacidad de expresión, pero hay una tendencia a plantear datos banales y a pasar de un tema a otro sin profundizar en ninguno.

En la aceleración del pensamiento encontramos entonces exaltación afectiva, taquipsiquia, hiperprosexia e hipermnesia (esto último significa que surgen muchos recuerdos a borbotones). También encontramos, en la fuga de ideas, la 'distractibilidad', o incapacidad de mantener la atención en un objeto o idea determinada. También encontramos 'acatisia', o imposibilidad de mantenerse quieto. Se da en la clase un ejemplo clínico de discurso maníaco, donde una paciente relata muy aceleradamente todo lo que hizo en el día, y le cuesta atender a las preguntas que el terapeuta le hace.

Pasamos ahora al **RETARDO** del ritmo del pensamiento. Lo encontramos en los cuadros donde hay inhibición psicomotriz, y donde prevalece la bradipsiquia (disminución del ritmo de todos los procesos psíquicos, incluido el pensamiento). El paciente lo percibe como una dificultad para pensar, y es típico de la melancolía, donde el humor es triste en vez de exaltado como en la manía. Aparecen ideas de autorreproche, ruina y suicidio. Hay grados de retardo, que van desde la simple parquedad para hablar, hasta el estupor melancólico. Cualquier depresión reactiva, o sea por causa conocida, reproduce este retardo en pequeña escala.

El retardo aparece también como 'prolijidad' o minuciosidad, con dificultad para diferenciar lo fundamental de lo accesorio, y es típico de los cuadros orgánicos. En estos cuadros y en la epilepsia o en la debilidad mental, encontramos la 'viscosidad' del pensamiento: el sujeto da vueltas y vueltas sobre la misma idea sin llegar a una síntesis, pero esto no depende del humor: en la melancolía, en cambio, el retardo depende del humor triste.

Otra forma de retardo es la 'rigidez' del pensamiento, o adhesión patológica a una idea, como en la esquizofrenia. El peligro es que esta persistencia en una idea puede desembocar en la acción (por ejemplo, quemar una casa).

ALTERACIONES DEL CURSO (DISCONTINUIDAD): Típico de la esquizofrenia, implica una falla en la idea directriz, que es la que marcaría el rumbo, la finalidad del pensamiento.

Dentro de estos trastornos encontramos las 'intercepciones del pensamiento', y Pereyra dice que esto es lo verdaderamente típico que hace al diagnóstico de esquizofrenia, pues no aparece en ningún otro cuadro. Es una interrupción brusca del curso del pensamiento y en general, cuando retoma el discurso no hay continuidad con lo dicho antes.

También hay 'intercepciones motoras', donde se interrumpe la acción y se queda quieto. Frente a ello primero hay perplejidad, luego angustia y luego la interpretación delirante: el paciente lo atribuye a una causa externa, derivando así en ideas de influencia o de robo de pensamiento. Se ve en la forma catatónica de la esquizofrenia, pues es un problema psicomotriz. No debe confundirse la intercepción con la ausencia epiléptica: en esta última no hay conciencia de ausencia y por tanto tampoco una interpretación delirante de ella. Además, luego de la interrupción continúa el hilo del pensamiento.

Otra forma de discontinuidad es la 'disgregación del pensamiento' (esquizofrenia), donde el paciente no puede mantener la progresión del pensamiento y su lógica. La disgregación tiene grados de gravedad. Una gravedad mayor es la perturbación asociativa: las palabras brotan dispersas, sin formar juicios, y constituye la última y más grave etapa de la esquizofrenia, consecuencia de la disgregación inicial. Vemos también 'jergafasia' o ensalada de palabras, donde se enuncian todas desordenadas. No todos los pacientes llegan a este estado pseudo-demencial: depende de la medicación, del nivel intelectual, etc.

ALTERACIONES DEL LENGUAJE: Muchas alteraciones del curso del pensamiento afectan el lenguaje, como por ejemplo en el caso de los 'neologismos', o palabras inventadas por el paciente dándoles siempre el mismo significado como en la parafrenia. Se ve en la esquizofrenia también, pero aquí el paciente no le da significados precisos.

Encontramos también como alteración las 'pararrespuestas', donde el paciente manifiesta haber comprendido la pregunta pero su respuesta no concuerda con ella (ejemplo: ¿cuando ingresaste al hospital? Pararrespuesta: "el 15 de marzo no es día para venir loco, locutor, locomotora..."). No son respuestas directas, sino respuestas de lado.

Otra alteración del curso del pensamiento es la 'perseveración', o repetición de una palabra o frase (ejemplo, en una misma frase aparece tres veces una misma palabra). Otra alteración que no debe confundirse con la anterior es la 'estereotipia', o intercalación de una misma frase en el discurso, que puede ir desde una muletilla hasta un ex abrupto incomprensible. También puede haber estereotipia de movimientos.

Otra alteración es la 'verbigeración', que implica injertar una frase o repetirla inútilmente, pero con una carga afectiva intensa. Por ello puede influir sobre su conducta. Por ejemplo "O se mata o se vuelve loca, no tiene opción".

Otras alteraciones son la 'musitación' o soliloquio en voz baja, el 'mutismo', donde se niega a hablar, y la 'ecolalia', o repetición automática de las palabras que escucha. Mutismo y ecolalia son típicas de la forma catatónica de la esquizofrenia, donde resulta típico el negativismo y la obediencia automática.

Condensado de López Susana y Hemmingsen Isabela, Trastornos de la percepción y el pensamiento. Clases de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Setiembre/Octubre 1995.

Pensamiento y esquizofrenia.- "Se examinaron los correlatos neurocognitivos y sociales de los dos tipos de trastorno formal del pensamiento: pensamiento bizarro o idiosincrásico y el pensamiento concreto en 47 pacientes estables con esquizofrenia. Ambos tipos de alteraciones del pensamiento estuvieron relacionados con daños en el aprendizaje verbal, intrusiones en la memoria verbal, la memoria auditiva inmediata, la atención sostenida y el conocimiento social. La distracción durante una tarea de memoria estuvo asociada con mayores verbalizaciones bizarras pero no concretas. El aprendizaje verbal dañado y las intrusiones en la memoria verbal independientemente contribuyeron a la predicción de respuestas bizarras, mientras que las intrusiones en la memoria verbal dañada y la memoria dañada independientemente contribuyeron al pensamiento concreto. Este patrón de hallazgos es consistente con la visión que afirma que en los déficits neurocognitivos y posiblemente sociales subyacen estos dos aspectos".

Kenneth L. Subotnik K y otros, Correlatos neurocognitivos y sociales del trastorno formal del pensamiento en la esquizofrenia. FUENTE: SCHIZOPHR RES. 2006 JUL; 85(1)

Las dos formas de pensamiento.- Uno de los principios de la psicología analítica es que las imágenes oníricas deben entenderse simbólicamente: no deben tomarse al pie de la letra sino suponerles un sentido oculto.

Los sueños se interpretan modernamente desde la psicología, pero antiguamente se los interpretaba míticamente; por ejemplo el sueño es lo que nos comunicaba la divinidad o el demonio, debiendo el durmiente encontrar la solución al enigma. Expresado en término modernos, el sueño es una serie de imágenes aparentemente contradictorias y absurdas, pero contiene un material de pensamientos que traducido, arroja un sentido claro.

Hay dos formas de pensamiento: el dirigido o verbal, y el no dirigido.

Este último es el pensamiento no onírico, el cual no es lógico. En el sueño no pensamos con palabras, verbalmente (como se hace en la vigilia), sino con imágenes y símbolos, el pensamiento dirigido es consciente, y en él se encadenan una palabras con otras formando una oración. En el no dirigido se encadenan imágenes por asociación, y unos sentimientos con otros. El pensamiento dirigido sirve para que nos comuniquemos mediante elementos lingüísticos, y es laborioso y agotador.

El segundo, en cambio, funciona sin esfuerzo, espontáneamente, con contenidos inventados, y es dirigido por motivos inconscientes. El primero adapta la realidad y procura obrar sobre ella; el segundo se aparta de la realidad, libera tendencias subjetivas y es improductivo, refractario a toda adaptación.

Condensado de Jung C (1982) Símbolos en transformación. Buenos Aires: Paidós.

Teoría del pensamiento de Bion.- El pensamiento tiene su origen en las frustraciones del lactante, y su evolución dependerá tanto de su capacidad de tolerancia innata como de la función continente de la madre.

Primero se desarrollan pensamientos, y luego un aparato para pensar, impuesto por la presión de los pensamientos.

De acuerdo a la naturaleza de su desarrollo, se clasifican los pensamientos en:

a) Preconcepción: expectativa innata que tiene el bebé, por ejemplo, acerca del pecho.

b) Concepción: Resulta de la conjunción entre una preconcepción y una realización positiva (o experiencia de satisfacción).

c) Pensamiento: Resulta de la conjunción de una preconcepción con una realización negativa (experiencia de frustración). Esto sucede en el niño con buena tolerancia a la frustración, que permite al niño transformar la experiencia de no pecho en elemento del pensamiento, desarrollando un aparato para pensarlo.

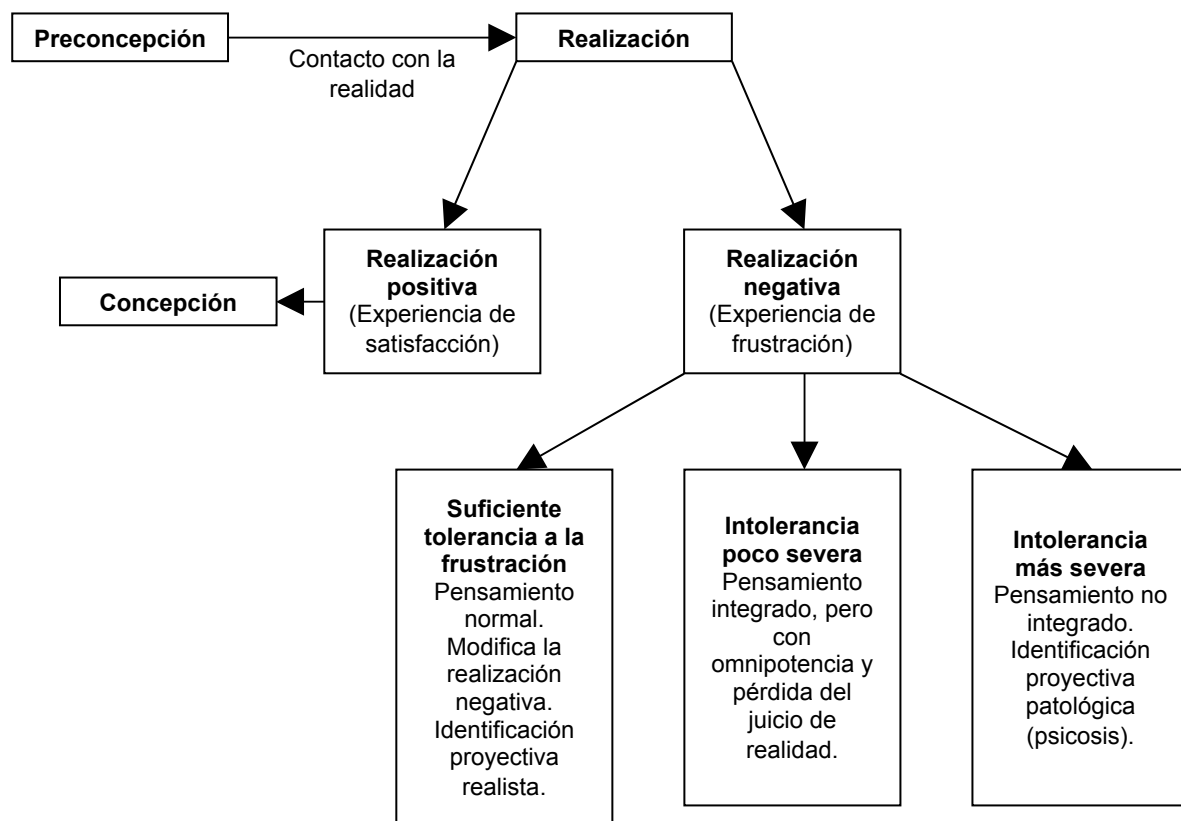
d) Concepto: Derivado de la concepción con un nivel mayor de abstracción.

Bion menciona dos derivaciones patológicas:

a) Si la capacidad para tolerar la frustración no es suficiente, el pecho malo interno es expulsado mediante identificaciones proyectivas masivas, con hipertrofia de la omnipotencia. En caso de formarse, las concepciones son tratadas como cosas y evacuadas rápidamente hacia afuera. Acá predominan la formación de pensamientos no integrados, típico de los psicóticos.

b) Ante una intolerancia a la frustración menos severa, la preconcepción intenta predominar sobre el principio de realidad en vez de buscar la evasión. La frustración es negada, y no se discrimina lo verdadero de lo falso. Hay integración de pensamientos, pero con persistencia de la omnipotencia y alteración del juicio de realidad.

Esquemáticamente:



Teoría de las funciones. Origen y naturaleza del pensar.- Bion describe dos modos de funcionamiento del aparato para pensar: la función alfa y la función beta.

a) *Función alfa*: Es la que transforma las impresiones sensoriales y emocionales en *elementos alfa*: imágenes oníricas, recuerdos, palabras, pensamientos abstractos, etc. Los elementos alfa forman una *barrera de contacto* que impide que la fantasía prevalezca sobre la realidad, o sea, separa conciente de inconsciente.

b) *Función beta*: O protopensamientos, son experiencias sensoriales y emocionales primitivas que son cosificadas porque no pudieron transformarse en elementos alfa por déficit de la función alfa. Tales protopensamientos son evacuados por *identificación proyectiva patológica*.

La *pantalla de elementos beta* se conforma con elementos beta aglomerados sin organización, lo que impide que funcionen como barrera de contacto. Prevalece esta situación en psicóticos.

En suma, tenemos hasta aquí dos derivaciones patológicas: a) buena tolerancia a la frustración lleva a la formación de elementos alfa; b) baja tolerancia a la frustración lleva a la formación de protopensamientos. Bion mencionó también una tercera posibilidad: c) *reversión de la función alfa*: La función alfa comenzó a actuar, pero el monto del dolor hizo regresar al bebé a modos regresivos de funcionamiento, produciendo elementos beta diferentes a los originales, y llamados *objetos bizarros*. Estos pueden descargarse como somatizaciones, como alucinaciones o como actos y delirios.

Algunas implicancias teórico-técnicas.- El analista debe enseñar a pensar, a cambiar la necesidad de evacuar un pecho malo por la presencia de un pecho bueno y pensante que use elementos alfa, o sea más que resolver un conflicto inconciente, se trata de hacerlo pasar del proceso primario al secundario. Pensar es una función creadora de significados.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Pensamiento automático en depresión.- Según el modelo de la Terapia Cognitiva, los pensamientos automáticos relacionados con la depresión, los cuales son relativamente superficiales y accesibles, son la consecuencia de esquemas cognitivos disfuncionales. Sin embargo, pocos estudios han evaluado las relaciones entre ambos niveles de cogniciones.

El objetivo de este estudio fue examinar si los pensamientos automáticos actúan como mediadores en la relación entre esquemas cognitivos disfuncionales y depresión en mujeres. La muestra consistió en 334 mujeres, las cuales completaron medidas de depresión (CES-D, Radloff, 1977), ansiedad (SCL-90-R, Derogatis, 2002), pensamientos automáticos asociados a la depresión (ATQ-R; Kendall y Hollon, 1989) y esquemas cognitivos (SQ-SF; Young y Brown, 1994).

Los resultados apoyan un modelo según el cual los pensamientos automáticos (pensamientos de insatisfacción, dificultad de afrontamiento y falta de pensamientos positivos) actuarían como mediadores entre los esquemas cognitivos disfuncionales (Privación Emocional, Abandono y Fracaso) y los síntomas de depresión. En el caso del esquema de Fracaso, además, la mediación a través de los pensamientos automáticos fue total.

Ana Estévez; Esther Calvete. Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. ANALES DE PSICOLOGÍA. 2009 JUN; 25(1):27-35.

PERCEPCIÓN

Definición.- "La percepción es la sensación registrada y elaborada en los 'centros perceptivos' en los que se efectúa su interpretación y comprensión" (Betta, 1984:85).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición.- La *percepción* es el proceso por el cual se reúne e interpreta la información. Sirve como enlace entre el individuo y su ambiente. Sin la percepción no tendríamos ninguna experiencia y sería imposible la sociedad humana. Percibir no es sólo recibir sino interpretar, dar una significación a los estímulos. Las mismas estrellas para unos pueden tener forma de osa y para otros de cucharón. Hay muchos mundos perceptuales. Nuestra percepción es limitada, pues no podemos ver, como lo hacen ciertos animales, los rayos ultravioletas; por ello palomas y hombres ven mundos distintos. Por tanto, no experimentamos el mundo tal cual es sino tal como somos nosotros.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós.

El proceso perceptual.- Si fuera solo por la sensación, captaríamos desorganizadamente muchos estímulos. No es así: la percepción no es simplemente una cuestión de sensaciones, sino que implica una interpretación: procesamos los datos sensibles recibidos para arribar a un significado.

Sensación: captamos estímulos por cinco vías: vista, oído, olfato, gusto y táctil-quinestésica (posición corporal) y la información va al cerebro. Pero también el estímulo puede venir de una fuente interna (por ejemplo sed, dolor de cabeza). No recibimos pasivamente los estímulos: usamos activamente los sentidos para buscar la información.

Naturaleza inferencial del proceso perceptivo: experimentos de Brunner y Potter mostraron que cuando captamos estímulos visuales borrosos, buscamos darle una significación, inferimos que se trata de tal o cual cosa. O sea, hacemos hipótesis sobre lo que percibimos.

Conceptualización: es el proceso por el cual agrupamos las percepciones en clases, en base a ciertas similitudes entre ellas. Al conceptualizar generalizamos, lo que nos permite manejar el flujo de estímulos que recibimos de continuo. Los conceptos pueden referirse a cosas concretas como una mesa o imaginarias como un fantasma. En cualquier caso el concepto nos sirve para orientarnos en el mundo, organizarlo de acuerdo con cierto sentido y otorgarle orden, regularidad y constancia. Al encasillar los estímulos en conceptos podemos relacionarlos con estímulos pasados. En suma, conferimos sentido al mundo que nos rodea categorizando nuestras experiencias mediante los conceptos.

Conceptualización y percepción: la conceptualización es el proceso por el cual llegamos a identificar los sucesos y objetos del mundo. La percepción, en un primer momento, examina la información procedente

del objeto; luego selecciona la información según sea o no importante para el sujeto, y en base a ello categoriza, forma el concepto. Para formar el concepto 'mesa' no me interesa la información de su color, por ejemplo. Los datos sensoriales nos sugieren una hipótesis acerca de la identidad del objeto, y la percepción buscará la información para poner a prueba dicha hipótesis o suposición.

Aunque muchos conceptos los adquirimos por socialización, la mente humana está preparada para formar conceptos sin ayuda exterior. Incluso puede rever y corregir los propios conceptos que ha formado.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós.

Naturaleza y papel de la percepción.- Es importante acordar la naturaleza y función de la percepción, pues todos los métodos proyectivos dependen de los mecanismos perceptuales del individuo. La psicología proyectiva se basó mucho en la gestalt y en la psicología experimental general. Para lo fines proyectivos, interesa en especial una característica de la percepción, su "selectividad", la cual depende de factores tanto internos como externos, la percepción es selectiva, selecciona la información. Últimamente se dio mucha importancia a los factores internos, específicamente al concepto de "sí mismo". Raimy ofrece las siguientes hipótesis sobre el papel de estos factores internos de la percepción:

El sí-mismo es un sistema perceptual aprendido.

Este sí-mismo regula la conducta. La percepción de un sí-mismo diferente en la consulta no directiva trae aparejados cambios en la conducta.

La percepción que una persona tiene de sí misma puede no ofrecer mayor relación con la realidad externa, lo cual no implica necesariamente un conflicto psicológico.

El concepto de sí mismo es un sistema diferenciado pero organizado, de modo que hasta los aspectos juzgados negativos pueden ser defendidos por la persona para mantener su individualidad.

El concepto de sí mismo determina cómo se perciben los estímulos, así como el olvido o recuerdo de los estímulos pasados.

El concepto de sí mismo puede reestructurarse fácilmente, o permanecer inalterable aún en situaciones de mucha tensión.

Importa también el punto de vista de Piaget, para quien el niño nunca percibe el mundo físico como no estructurado, por limitado que sea su marco referencial. Conforme crece, va modificando sus perceptos según las influencias sociales, y es así como el sujeto se socializa, y construye su sí mismo.

Sherif destacó por su lado que los factores internos son tanto más importantes cuanto menos estructurado está el campo perceptual. Por su parte la gestalt destacó los factores externos de la percepción, o sea la forma de lo percibido. Según el momento y los estímulos, a veces tienen importancia los factores subjetivos o internos, y otras veces los objetivos o externos.

Bruner demostró que los factores internos cobran más importancia si el material a percibir es más ambiguo y menos estructurado. Junto a Goodman estudió el papel de la necesidad y el valor como factores de la distorsión perceptual, y desarrolló tres hipótesis:

Se tiende a percibir mejor los objetos socialmente valorados.

A mayor necesidad individual de un objeto socialmente valorado, mayor es su influencia en la conducta.

La ambigüedad perceptual facilita la acción de los determinantes de la conducta sólo en cuanto reduce la acción de los determinantes autóctonos, sin reducir la eficacia de los determinantes de la conducta.

Todo ello demuestra que la percepción es un proceso activo e intencional que involucra a todo el organismo en relación con su campo. Además, el sujeto percibe sólo lo útil a su bienestar, desechando lo inútil y perjudicial. El autor sugiere que otra función de la percepción es la defensa yoica: al percibir somos selectivos para mantener un nivel de ansiedad tolerable. Si el estímulo es menos estructurado, la ansiedad aumenta, pues el individuo se ve obligado a buscar respuestas antiguas o inadecuadas. También, cuando la ansiedad empieza a ser intolerable, el sujeto muestra una tendencia a funcionar proyectivamente, lo cual hace bajar la ansiedad. La proyección sirve para tolerar la ansiedad, bajarla a límites tolerables, aunque también hay otros mecanismos defensivos como la represión, pero todos funcionan de acuerdo a un principio de homeostasis psicológica (mantener constante el nivel de ansiedad que el sujeto ha aprendido). Esto se ve tanto en test como el Rorschach como en los juegos infantiles: en todos ellos se proyecta para reducir la ansiedad. Es importante que los estímulos estén poco estructurados, porque ello estimula la emergencia de los factores internos, deseos, fantasías, etc. Incluso la misma administración del test proyectivo ya tiene un valor terapéutico para el sujeto, pues lo ayuda a reducir su nivel de ansiedad.

Condensado de Abt L (1988), Una teoría de la psicología proyectiva.

Percepción: alteraciones.- Algunas alteraciones de la percepción son las siguientes: 1) Aglutinación perceptiva: Percepción unitaria de sensaciones que en la realidad se producen de forma diferenciada (ver también *sinestesia*); 2) Distorsión perceptiva: percepción alterada de las características físicas objetivas de los estímulos que se producen en el exterior; 3) Engaño perceptivo (términos relacionados: error de percepción, percepción falsa): Experiencia perceptiva nueva que (a) suele convivir con el resto de las percepciones "normales"; (b) o bien no se fundamenta en estímulos realmente existentes, *fuera* del individuo (como las alucinaciones y algunas pseudopercepciones); (c) o bien se mantiene y/o activa a pesar de que el estímulo que produjo la percepción inicial ya no se halla físicamente presente (como las

imágenes eidéticas, las parásitas y las consecutivas); 4) Escisión perceptiva: percepción desintegrada de los diversos elementos de un mismo estímulo. Puede ceñirse a las formas (morfosis) o a la disociación entre color y forma (metacromías).

Belloch A. Y otros, Manual de Psicopatología Vol I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 227.

Percepción delirante.- Idea delirante primaria que consiste en la interpretación delirante de una percepción normal.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 331.

Percepción de las personas.- La percepción de las personas son todos aquellos procesos por los cuales el individuo llega a conocer a los demás con sus características, cualidades y estados interiores. En este proceso les adjudicamos cualidades estables y permanentes, con lo que podemos comprender y predecir sus conductas y por tanto poder actuar frente a ellas.

Frente a una persona nueva buscamos indicadores (señales-signos) que nos den información sobre ella. Esto nos permite saber qué podemos esperar de ella y lo que ella puede esperar de nosotros. La psicología social identificó algunos factores claves que influyen sobre como percibimos a otras personas y nos formamos una impresión de ellas.

Rasgos centrales: un estudio de Asch mostró que a partir de un solo rasgo central (por ejemplo si es afectuoso o frío) coloreamos toda nuestra impresión de una persona, quedando los otros rasgos en un segundo plano.

Modelos de la suma y el promedio: cuando la información sobre una persona es más compleja, según el modelo de la suma cada nueva información favorable aumenta el atractivo de la persona para nosotros; pero según el modelo del promedio la nueva información favorable no tendrá un efecto favorable salvo que esa nueva característica sea más valiosa que la ya conocida. Creemos que son más importantes las informaciones muy positivas o muy negativas cuando evaluamos a los demás: algunos rasgos son más centrales que otros en nuestro proceso de crearnos una impresión de las personas.

Efecto de halo: si conocemos una característica de un individuo, presuponemos que también tiene otras características (si es linda entonces debe ser alegre, etc). Por ejemplo en el enamoramiento.

Efecto de precedencia versus efectos de contigüidad temporal: efecto de precedencia significa que nos formamos determinada impresión de una persona según que primero conozca sus rasgos negativos y los positivos. Impresiones iniciales son importantes. En cambio efecto de contigüidad temporal significa que tendemos a estar más influidos por la última característica vista recientemente en la persona.

Cualidades del perceptor: no todos asignamos la misma importancia a los mismos rasgos: hay quienes prefieren como cualidad positiva el atractivo físico, otros la inteligencia, etc.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós.

Percepción delirante.- Falsa interpretación de una percepción real; siempre precedida por una alteración del juicio (Betta, 1984:88).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Percepción extrasensorial.- La percepción extrasensorial (PE) es una respuesta ante un hecho desconocido no presentado a ninguno de los sentidos conocidos. Ejemplo de él son varios fenómenos como la *clarividencia* (conocimiento de un objeto o suceso ignorados), la *telepatía* (conocimiento de los pensamientos o sentimientos de otra persona), la *precognición* (conocimiento anticipado de acontecimientos futuros). Estos y otros fenómenos psíquicos es el tema de estudio de la parapsicología (Morris, 1985:121).

Morris C (1985) Psicología. México: Prentice-Hall.

Percepción extrasensorial.- (*Parapsicología*) Término introducido en la psicología por I. B. Rhine de la Universidad de Duke (EE.UU.). Rhine elaboró diferentes tests y métodos para investigar la ESP (*Extrasensory Perception*), y ha podido demostrar que los fenómenos de *parapsicología* se provocan por una facultad extrasensorial, propiedad de todos los seres humanos.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Percepción e imaginación.- Ciertas imágenes establecen cierta continuidad entre la representación y la percepción. Ellas son: imagen onírica, alucinación hipnagógica, paraidolias, posimagen sensorial e imagen eidética.

Pereira, Manual de Psiquiatría.

Percepción del color.- Cuando vemos las luces navideñas reflejadas en una pared de la sala, los colores no necesariamente serían aquellos que existen en realidad. Un estudio demuestra que nuestro cerebro compensa automáticamente según la dirección de procedencia de las luces. Terminamos viendo un color que se parece al de la bombilla de luz más que al reflejado por la pared.

"Nuestros cerebros saben más sobre física y reflexión de luz de lo que conocemos conscientemente", dijo Dan Kersten, un psicólogo de la Universidad de Minnesota, en Minneapolis. "Nuestro cerebro aplica el efecto de la física de la luz que recae sobre el objeto para determinar el color". Kersten dijo que el cerebro asigna el color a un objeto sólo después de notar cómo se refleja la luz desde éste.

Los expertos afirman que sus resultados no constituyeron una sorpresa. "Pero es agradable ver una confirmación tan clara", destacó el psicólogo Vilayanur Ramachandran, especialista de la Universidad de San Diego. Kersten indicó que su investigación podría ayudarle a los ingenieros a crear juegos de computadoras más realistas y artefactos de realidad virtual al ganar un mejor entendimiento de cómo percibimos la luz reflejada de los objetos. El experimento se basa en una ilusión óptica. Los investigadores adjuntaron una tarjeta blanca a una tarjeta magenta, de tal manera que las tarjetas están frontales como las paredes de la esquina de un cuarto. En esa situación, el cerebro espera que el blanco parezca rosado debido al reflejo de la luz sobre el color magenta. Nueva York, EEUU (CNN/AP).

La percepción del color depende de la forma del objeto. Copyright 2000 Psicología.com

Alteraciones de la senso-percepción.- A los pacientes les cuesta bastante poner en palabras estos tipos de trastornos. Para percibir correctamente hay que estar lúcido (claridad de conciencia) y prestar atención. En la percepción vamos a encontrar alteraciones normales y alteraciones patológicas.

a) **ALTERACIONES NORMALES:** pueden ser cualitativas o cuantitativas. Pueden producirse por fatiga (durante el día varía la percepción por estar más o menos cansados). También la percepción puede ser más activa por un entrenamiento especial o bien porque al aumentar el interés en un tema, aumenta la concentración.

b) **ALTERACIONES PATOLÓGICAS:** Nos basaremos en el siguiente esquema de alteraciones patológicas de la senso-percepción:

Cuantitativas	Por aumento del ritmo psíquico (taquipsiquia): Manía Por disminución, retardo del ritmo psíquico (bradipsiquia): Melancolía Por abolición de las funciones psíquicas: epilepsia, coma.
Cualitativas	Ilusiones (percepción distorsionada de un objeto real) Alucinaciones (percepción sin objeto, producto del juicio desviado)

Alteraciones cuantitativas: La aceleración del ritmo perceptivo aparece en los cuadros donde hay taquipsiquia, como en la manía: el sujeto percibe muchísimas cosas, pero no las puede fijar (distractibilidad). El retardo del ritmo perceptivo aparece en la melancolía y en la confusión mental, y la abolición de la percepción en la epilepsia, coma y lesiones cerebrales.

Alteraciones cualitativas: La ilusión implica percibir un objeto real en forma falseada, como por ejemplo ver enanitos en una mancha en la cortina. Aparece en la exaltación emocional (estamos muy ansiosos esperando a alguien y lo vemos en todos lados), en la fatiga, en la transición entre vigilia y sueño: se trata de alteraciones normales, no patológicas; también se produce por debilitamiento de la atención por excitación psico-motriz, depresión o confusión mental. En los duelos a veces se cree ver a la persona muerta. La ilusión puede dar lugar a una interpretación delirante (Ey), o sea, cuando se malinterpreta un dato verdadero.

Condensado de López Susana y Hemmingsen Isabela, Trastornos de la percepción y el pensamiento. Clases de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Setiembre/Octubre 1995.

Generalidades.- La percepción se relaciona por un lado con la realidad, y por el otro con la representación. La percepción no aprehende pasivamente la realidad, sino que es una creación activa de ésta por medio del aparato psíquico (y no por medio de las categorías kantianas). Asimismo, la percepción es el origen de la representación pero esta, como quedó dicho, tiene una independencia ontológica de la primera.

En suma, Freud muestra las insuficiencias del empirismo y del criticismo kantiano, pero rescata algunas ideas y supera ambas posturas en una síntesis dialéctica, que es la teoría psicoanalítica.

Yáñez Cortés R, Categorías epistémico-gnoseológicas de 'La negación' de Freud. Artículo publicado por la Cátedra de Metodología de la Investigación Psicológica II. Buenos Aires, Universidad de Belgrano, 1985.

Generalidades.- 1. La percepción consiste en crear experiencias sensoriales significativas a partir de la información sensorial en bruto. Las experiencias sensoriales van más allá de las sensaciones e incluso pueden hacernos percibir objetos que es imposible que existan.

2. Los psicólogos de la Gestalt fueron los primeros en describir algunas de las formas en que se crean las percepciones. Una figura se distingue del fondo contra el cual aparece. En una figura reversible las partes del estímulo pasan de la figura al fondo. El principio del cierre indica la tendencia a pasar por alto el carácter incompleto de las sensaciones y a percibir un objeto entero cuando en realidad no existe. El concepto de continuidad establece que los objetos que continúan un patrón o dirección tienden a ser percibidos como un grupo. El principio de proximidad supone que los objetos vistos u oídos en estrecha proximidad suelen ser percibidos como un grupo. El principio de semejanza (similitud) señala que los

objetos parecidos se perciben como parte de un patrón. Conforme al principio de destino común, los objetos que se encuentran juntos en movimiento se perciben como diferentes.

3. La constancia perceptual: denota la tendencia a percibirlos objetos como relativamente estables e invariables, pese a la información sensorial cambiante. La experiencia parece compensar esos cambios, originando así la constancia de tamaño, la constancia de forma, la brillantez y la de color.

4. Los deseos y necesidades pueden influir profundamente en las percepciones. Tendemos a percibir las cosas como desearíamos que fuesen. La interpretación que se da a un objeto depende de los valores de la persona, de su estilo cognoscitivo y de su cultura.

5. Podemos percibir la distancia o profundidad por medio de las señales monoculares (de un ojo) o señales binoculares que dependen de la interacción de ambos ojos.

6. Las señales monoculares incluyen superposición, perspectiva, textura, gradiente de textura, sombreado, movimiento, paralaje de movimiento y acomodación.

7. Las señales binoculares aumentan la precisión de la percepción de distancia y profundidad. Cada ojo tiene una visión ligeramente distinta de las cosas. La diferencia entre las imágenes de ambos ojos se llama disparidad retiniana. He aquí otras señales binoculares: visión estereoscópica y convergencia.

8. En condiciones especiales el cerebro puede ignorar las señales de profundidad y distancia, creando entonces un objeto tridimensional erróneo que corresponde mejor a la experiencia. A esto se le da el nombre de inversión binocular de profundidad.

9. La localización de sonidos es la capacidad de determinar dónde se origina un sonido. Las señales monoculares, como la intensidad, transmiten información sobre la distancia; en cambio, las señales binoculares, como las discrepancias en el tiempo de llegada de las ondas sonoras y su volumen, ayudan a localizar la fuente de sonido. Sobre todo los invidentes se valen de esas pistas para determinar la información relativa a su ambiente.

10. La percepción de movimiento es un proceso complicado que incluye mensajes visuales provenientes de la retina, lo mismo que los procedentes de los músculos que rodean el ojo y que se mueven para seguir un objeto en movimiento.

11. La percepción de movimiento real (el desplazamiento físico de un objeto de una a otra posición) parece depender principalmente de los cambios de posición de los objetos en relación con el fondo percibido como estacionario.

12. El movimiento aparente consiste en percibir los objetos que en realidad están inmóviles. La ilusión autocinética denota el movimiento aparente de un objeto estacionario como un punto de luz dentro de un cuarto oscuro. El movimiento estroboscópico es el movimiento aparente debido a una serie rápida de imágenes de objetos estacionarios como sucede en las películas cinematográficas. Este movimiento es lo que provoca la ilusión perceptual denominada fenómeno phi.

Condensado de Morris C (1985) Psicología. México: Prentice-Hall. Capítulo 4.

Alteraciones de la percepción.- Algunas veces los sentidos nos llevan a percibir erróneamente objetos inexistentes. Las ilusiones visuales u ópticas suelen producirse porque las señales están ocultas en la figura. Otras ilusiones se originan porque la información de los sentidos es ambigua.

La privación sensorial se debe a la reducción radical de los estímulos sensoriales. Produce un estado alterado de la conciencia, que en ocasiones provoca alucinaciones, percepciones alteradas, sueños, ensueños y fantasías. La investigación indica que la audición, el tacto, la sensibilidad al dolor y el gusto, adquieren mayor agudeza tras la privación sensorial, mientras que otras capacidades sensoriales no son afectadas ni aminoradas.

Condensado de Morris C (1985) Psicología. México: Prentice-Hall. Capítulo 4.

Teoría del Pandemónium.- La teoría del Pandemónium demuestra que el proceso por el cual reconocemos formas, aún las más simples, es una tarea de los mil demonios.

El problema tiene varios aspectos, y uno de ellos es la (aparente) paradoja siguiente: "a menudo entendemos el significado de una señal globalmente para luego analizar sus partes en forma separada, pero sin embargo para poder entender la señal antes debemos analizar sus partes". La paradoja se disuelve si consideramos que en realidad, nuestra percepción está guiada simultáneamente por los datos y conceptualmente. Esto significa que al identificar lo percibido, nos basamos en los datos objetivos, pero también en nuestras opiniones o expectativas sobre lo que estamos percibiendo. Por ejemplo, los datos objetivos nos informan que determinada señal es una "O" y no una "M", pero aún subsiste la duda acerca de si la "O" es una letra o el número cero, y si no tenemos más indicios objetivos que nos permitan llegar a una conclusión, decidiremos en función de nuestras expectativas personales y el proceso estará guiado conceptualmente.

El reconocimiento de formas y el proceso atencional pueden ser explicados desde la teoría del Pandemónium (Selfridge, 1959), que recurre a una metáfora para tornar más accesible su comprensión: podemos imaginar los complejos procesos neurológicos que intervienen en el mecanismo perceptual a partir de una pizarra, donde muchos demonios diferentes pueden leer información y/o eventualmente modificarla o borrarla. También pueden comunicarse entre sí mediante gritos. Veamos una síntesis de esta propuesta. Aunque una letra esté dibujada de muchas maneras diferentes (figura 1), somos sin

embargo capaces de identificarla, y esto es posible gracias a la labor de ciertos 'demonios' que trabajan sobre la forma para poder reconocerla.

a	a	a	a
a	a	a	a
A	A	A	A
A	A	A	A

Figura 1: A pesar de la diversidad de formas, el sistema cognitivo humano puede reconocer en ellas siempre a la misma letra.

Los primeros que entran en acción son los llamados demonios de la imagen. Su única función es la de recibir la forma tal como viene desde afuera, y dibujarla en la pizarra interna.

Apenas aparece algo en la pizarra, van a consultarla los demonios de las características, quienes se encargan de analizar las distintas partes de la forma percibida. Cada uno de estos demonios se especializa en ciertas características: por ejemplo unos atienden a las líneas horizontales, otros a las verticales, otros a los ángulos rectos, otros a las curvas continuas, etc., y las conclusiones son enviadas a los llamados demonios cognitivos, que son los responsables del reconocimiento propiamente dicho. Estos demonios también son altamente especializados: uno reconoce solamente la letra A, otro la letra B, otro el número 4, y así sucesivamente.

A partir de aquí empieza el griterío. Frente a la misma forma, cada demonio cognitivo empezará a gritar más o a gritar menos, según que la forma percibida se acerque más, o se acerque menos a su propio modelo. Una forma ambigua podría ser una "M" o una "N", en cuyo caso el demonio cognitivo de la "M" gritará más si ve en la forma más elementos de esta letra, y el demonio de la "N" gritará menos si reconoce menos elementos. El demonio cognitivo de la "I" también intervendrá en el pandemonium por haber reconocido uno de los palitos de la M o la N, pero su gritito pasará desapercibido.

En el griterío también intervienen los llamados demonios contextuales. Ellos buscan reconocer la forma captada a partir del contexto, ya que este también ayuda al reconocimiento, por ejemplo por una cuestión de experiencias previas.

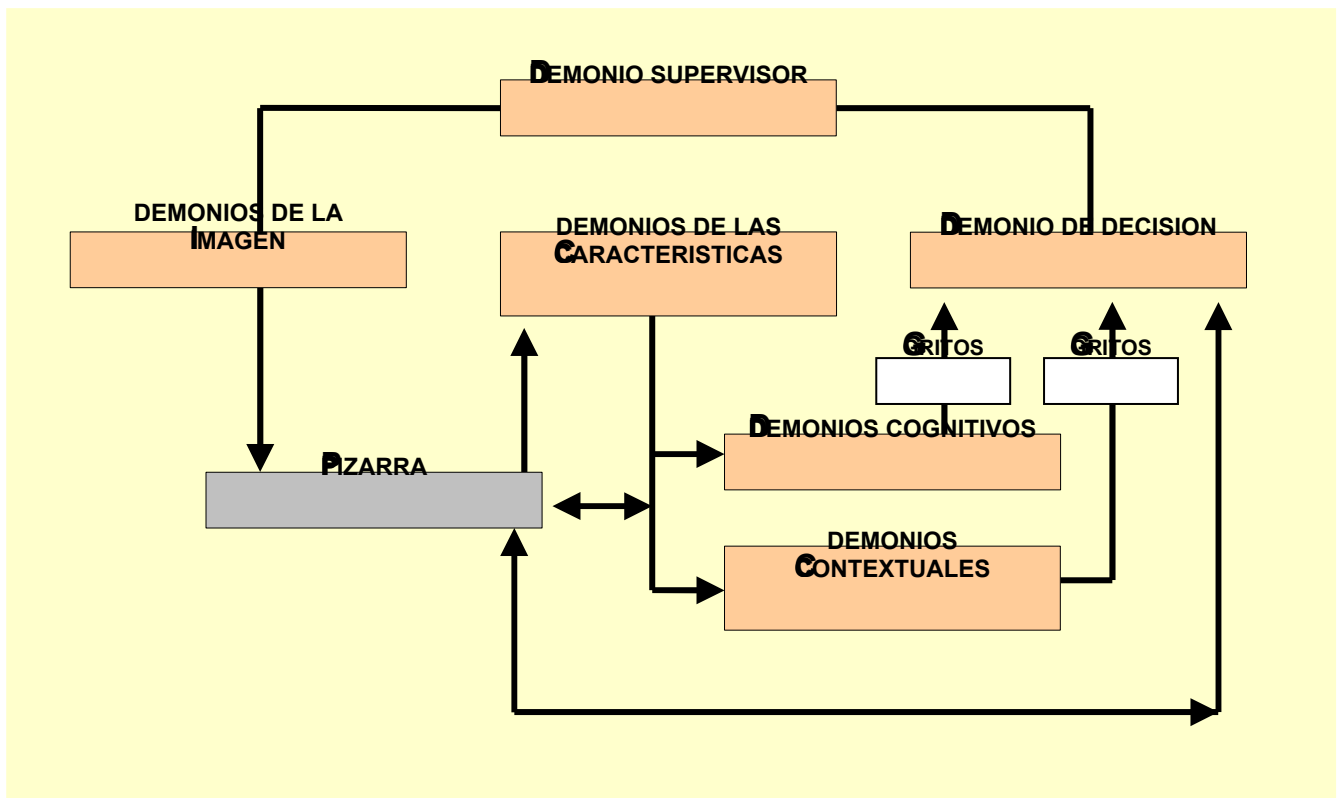
Uno de estos demonios reconocerá la letra "O" en vez del número cero, porque advierte que esa forma está incluida en "LORO". Y así como están los demonios que gritan, también están los que escuchan el griterío. Estos últimos son los demonios de decisión, quienes habrán de decidirse por el demonio que grita más, porque ello indica que la forma percibida por ese demonio es la más probable.

Todos los demonios anteriores trabajaban en forma relativamente independiente, lo que hace necesaria la existencia, por último, de un demonio supervisor, encargado de organizar el trabajo de los demás, evitando así conflictos cuando se presenta información contradictoria, y permitiendo que el procesamiento de los datos llegue a feliz término.

El demonio supervisor también se encarga de rechazar los estímulos irrelevantes, aunque no totalmente. Deja que trabajen sobre ellos los demonios de la imagen y los demonios de las características, pero la información obtenida es simplemente archivada en la memoria permanente, por sí en otra ocasión se hace necesario recurrir a ella.

Como hemos dicho, en el sistema nervioso central podemos imaginarnos que hay una pizarra, donde algunos demonios registran las formas percibidas, donde otros vuelcan sus opiniones sobre esas formas, donde todos leen la información escrita por los demás, y donde el demonio de decisión extraerá elementos de juicio para llegar a una identificación de la forma percibida.

En cualquier momento, un demonio puede ser parte de un proceso guiado por los datos (por ejemplo cuando busca indicios objetivamente registrados en la pizarra), o guiado conceptualmente (por ejemplo cuando agrega datos a la pizarra según sus propias expectativas).



Hemos hablado de reconocimiento de letras escritas, pero también los demonios trabajan con frases, con oraciones enteras y con expresiones habladas. Al respecto, reconocer formas escritas es en general más fácil que reconocer sonidos (de letras o palabras). En este último caso los sonidos no están tan separados como las letras o palabras escritas, y además cada persona tiene una modulación distinta en la voz. Al ser esta tarea más difícil, habrá muchos más demonios que reconocen fonemas que demonios que reconocen formas.

Por ejemplo, reconocemos más fácilmente la diferencia entre las palabras "oración" y "colación" si están escritas que si están habladas, porque en este último caso se parecen mucho fonéticamente y pueden ser fácilmente confundidas.

Cazau P (1989) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Norman y Lindsay (1989) Introducción a la Psicología Cognitiva (Capítulo 7: Reconocimiento de formas y atención).

Generalidades.- La percepción es una de las funciones psíquicas básicas, y puede ser definida como el proceso en virtud del cual un organismo recibe un estímulo y le otorga un significado. La mera recepción del estímulo se llama sensación, y es sólo la primera parte del proceso, que debe completarse con la significación, es decir, con un dar sentido al estímulo para que pueda hablarse efectivamente de percepción. Inclusive hay percepción cuando una persona, aunque no logre identificar la fuente del estímulo, es capaz de significarlo como 'desconocido'.

De acuerdo a la naturaleza del estímulo, las percepciones puede ser sensoriales (por ejemplo visuales o auditivas), interoceptivas (provenientes del propio cuerpo, como un dolor de estómago), y extrasensoriales (cuando el estímulo no puede provenir de alguno de los sentidos clásicos conocidos como en la clarividencia).

Existe una amplia gama de teorías psicológicas que intentan describir y explicar el proceso de percibir, así como varias maneras de clasificarlas. En el punto 2 se toma el criterio según el cual la percepción es concebida como copia o bien como construcción de la realidad. En el punto 3 se considera el criterio según el cual se destacan en la percepción factores comunes a todos los seres humanos y factores personales de cada uno. Finalmente, en el punto 4 se toma en cuenta la índole de aquello que es percibido (objeto o persona) de acuerdo a una teoría en particular: la Gestalt.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

La percepción como copia o como construcción.- El realismo ingenuo y algunas teorías de la percepción consideran a ésta como una copia de la realidad, mientras que otras la entienden como una construcción mental que se lleva a cabo sobre la base de inferencias inconcientes (teorías de orientación empirista) o de organizaciones perceptuales (teorías de orientación innatista).

Si adoptáramos actitudes extremas, cabría considerar a la percepción, o bien como una simple copia de la realidad, o bien como una invención total que poco o nada tendría que ver con aquella. Una postura intermedia nos revelaría, en cambio, la percepción como una construcción de la realidad, es decir, como un proceso que toma algunos elementos de ella (en este sentido tiene algo de copia), pero que también modifica esos elementos (en este sentido tiene algo de invención).

Diversos fenómenos y conjeturas tienden a apoyar la idea de que la percepción es una construcción mental, con lo cual pierden crédito las concepciones que responden a la filosofía del realismo ingenuo, según la cual el mundo es tal cual como lo percibimos, como si nuestro ojo fuera una impecable cámara fotográfica o nuestro oído un fidedigno grabador.

Algunos argumentos en favor de la percepción como construcción mental son los siguientes:

a) El fenómeno de la constancia perceptiva, que puede verse, por ejemplo, en el ajuste del tamaño de la imagen en función de la distancia. Si adoptáramos la postura realista ingenua, deberíamos considerar que un hombre visto a dos cuerdas mide realmente algunos centímetros de altura. El hecho de que ajustemos su altura en función de la distancia nos indica mas bien que la percepción es una construcción que hacemos, no una mera copia.

b) El realismo ingenuo tampoco se cumple, ya que por ejemplo hay ciertos estímulos del entorno que no percibimos: conjeturalmente, si tuviéramos los ojos de otro animal, veríamos otro mundo. Por ejemplo, un animal con sensores infrarrojos vería una realidad desde una perspectiva muy diferente. Tal lo que ocurre por ejemplo en el film "Terminator", donde un cazador extraterrestre no ve a las personas como nosotros sino como manchas de diferentes intensidades según el calor emitido por el objeto observado.

Estas consideraciones llevan a concluir que la percepción es una construcción mental: los colores, sabores, etc., son constructos mentales, es decir, no tienen existencia fuera de la mente sino que son un producto de ella.

Sin embargo, debemos también dar cuenta de por qué la percepción no es una pura invención. Según Rock, un argumento decisivo contra esta teoría es que la información que recibimos del entorno es verídica, pues de otra manera no podríamos adaptarnos y sobrevivir. Esto es, si lo que percibiéramos fuera una mera invención de nuestra imaginación, podríamos imaginar leones allí donde no los hay, o, peor aún, imaginar un ángel allí donde hay un león hambriento.

Es verdad, sin embargo, que existen las ilusiones ópticas. Si bien no desaparecen por el hecho de darnos cuenta del engaño, al percatarnos del mismo podemos corregir la ilusión. Así, seguimos viendo espejismos aunque no creamos en ellos. La percepción no depende en tal sentido de nuestro conocimiento del mundo, y en esa medida se diferencia, según Rock (1985) de otros procesos cognitivos como el pensamiento.

El problema es, entonces: ¿cómo llegamos a construir un mundo verídicamente? Las teorías de la percepción vienen a responder esta pregunta, aunque desde diferentes perspectivas.

En lo que sigue, exponemos sucintamente las teorías descritas por Rock (1985) que intentan explicar la percepción, y, con ello, también la pregunta anterior. Tengamos presente que se trata de teorías psicológicas, no fisiológicas. Se supone, entonces, que el acto de percibir no puede explicarse a partir del simple funcionamiento cerebral. Las dos primeras teorías consideran la percepción como una construcción mental, mientras que la última la considera mas bien como una copia de la realidad. Estas tres concepciones son:

Teorías de la percepción

	Teoría de la Inferencia	Teoría de la Gestalt	Teoría del Estímulo
<i>Orientación</i>	Empirista	Innatista	Psicofísica
<i>Representante</i>	Von Helmholtz	Gestalt	J. Gibson
<i>Proceso Perceptual</i>	Sensación ↓ Inferencia inconsciente ↓ Percepción	Sensación ↓ Organización perceptual ↓ Percepción	Sensación ↓ ↓ Percepción
<i>Características del estímulo</i>	El estímulo es inadecuado, y por tanto no explica por sí solo la percepción (PERCEPCION INDIRECTA).		El estímulo es adecuado: es lo percibido tal cual (PERCEPCION DIRECTA).

1. *Teoría de la inferencia.*- Para Berkeley, lo que vemos con la vista es inadecuado para la percepción correcta del mundo. Para obtener percepciones correctas debemos interpretar las sensaciones visuales, mediante un proceso de asociación. Por ejemplo, vemos en dos dimensiones porque la retina es plana, pero sin embargo podemos percibir la profundidad pues hemos asociado ciertas sensaciones (el esfuerzo de acomodación del cristalino) con ciertas otras experiencias de que algunos objetos están más alejados de nosotros, o de que otros están más cerca.

Von Helmholtz refinó esta idea, y sostuvo que la percepción se fundaba en un proceso inferencial, mediante el cual deducimos, a partir de las sensaciones, la naturaleza de los objetos y lo que ellos representan. Se trata de una inferencia inconsciente, pues ordinariamente no nos percatamos de estar sacando aquella conclusión. Ejemplo: la sensación captada puede ser la del color negro, pero la interpretamos como simplemente oscuro porque está en un lugar de mucha luz.

2. *Teoría de la Gestalt*.- Un planteo diferente al anterior habían hecho en su momento Descartes (la mente no es una tabula rasa: ya posee ideas innatas sobre ciertas propiedades de los objetos) y Kant (la mente organiza la información que recibe).

La Gestalt es el principal heredero de esta tradición, siendo el concepto central de esta escuela el de 'organización perceptual'. Esta idea apunta a considerar que las sensaciones se nos presentan desorganizadas, no obstante lo cual las percibimos de entrada como un todo organizado y unitario. Esto es posible a la ocurrencia de espontáneas interacciones regidas por ciertas leyes de la percepción que forman parte del bagaje hereditario del individuo (y no debido a inferencias inconscientes basadas en la experiencia).

3. *Teoría del estímulo*.- Las dos teorías anteriores suponen que el estímulo recibido es inadecuado, ambiguo o pobre, y por lo tanto no puede, por sí solo, explicar la percepción, requiriéndose la intervención de un factor -inferencia inconsciente, organización perceptual- que construya, a partir del estímulo inadecuado, un percepto adecuado.

En oposición a estos planteos, la tradición psicofísica (que busca correspondencias entre las variables físicas y sensoriales), sostiene que toda la información necesaria para explicar nuestra percepción está ya en el ambiente, aguardando a ser captada por el ojo. Un representante moderno de esta posición es James Gibson quien, hacia 1940, sostuvo que la percepción de la profundidad es debida a ciertos atributos objetivos del estímulo como la textura, por ejemplo, y por ende no había que recurrir a explicaciones como la inferencia o la organización perceptual.

La teoría de Gibson está, entonces, más emparentada con el realismo ingenuo, pero no debe ser confundido sin más con este último, por cuanto no propuso a la percepción directa como un dogma, sino que trató de verificarla empíricamente.

El programa de trabajo consistió entonces, para esta tercera teoría, en descubrir las principales características del estímulo para cada percepción. Si resultase posible encontrar características totalmente objetivas en el estímulo (en el sentido que no son 'puestas' o agregadas por el sujeto), entonces podría corroborarse la teoría de Gibson acerca de que la percepción ni agrega ni reorganiza nada, limitándose a copiar tal cual lo captado.

En síntesis, hemos explicado brevemente dos enfoques teóricos distintos sobre la percepción: aquella que considera que la percepción es 'indirecta' (lo percibido no es tal cual lo real, sino una construcción mental), y la que considera que la percepción es 'directa' (lo percibido es tal cual lo real).

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Rock I (1985) La percepción. Barcelona: Labor, Prensa Científica. Capítulo 1.

Percepción de objetos.- Cuando describe la teoría de la Gestalt, Köhler comienza destacando la importancia del todo, y que las partes se definen en función del todo y no a la inversa. Considera que una distribución dinámica debe ser considerada como un todo funcional, y da el ejemplo de un circuito eléctrico, donde ningún sector del mismo se basta a sí mismo y depende en todo momento de la totalidad del estado del circuito, de lo que pasa en los otros sectores.

En el caso del campo visual encontramos una versión mecanicista (un proceso local está situado entre sus vecinos sin confundirse con ellos), y la versión gestaltista (los distintos procesos locales se agrupan en verdaderas unidades limitadas y circunscriptas, separadas nítidamente del resto). El todo está separado del resto, y esta estructuración como todo, no está basada en ningún tipo de conocimiento o experiencia previa: es a priori. La separación de los todos circunscriptos es lo que hace posible que el mundo sensorial aparezca al adulto como estado de significación. El color verde, solo, no tiene significación, recién la adquiere cuando integra un todo: el semáforo verde. Es decir, perceptualmente se agrupan en todos, unidades en función de una determinada significación.

La significación es algo que agregamos a los objetos, pero los elementos del objeto-todo se agrupan entre sí, no en virtud de un conocimiento previo, sino en razón de ciertas características perceptivas de dichos elementos. La significación es secundaria, pues se basa en el conocimiento previo. Si la explicación de la teoría de la significación fuese correcta, los todos se separarían del campo en el preciso momento en que son aceptados como objetos conocidos. Pero esto no es así: si caminamos de noche por un lugar podemos ver algo desconocido, separado del resto conocido, como un todo, cuyo significado no puedo descubrir hasta después de una observación detallada. Por tanto lo que hace que captemos un todo aislado no es su significación, sino sus caracteres perceptivos. Un niño puede percibir un conjunto de estrellas (constelación) sólo porque se mueven juntas, independientemente de su conocimiento sobre astronomía. Veamos los siguientes dos grupos:



Contienen tres manchas cada uno. Percibimos dos grupos, y lo podemos hacer, no porque antes hayamos aprendido a captar grupos de a tres manchas, sino que lo hacemos por ciertas características propias del campo visual, por ciertos factores entre los cuales podemos mencionar los siguientes: 1) semejanzas de las manchas y diferencia con las otras manchas: tiendo a agrupar en un todo manchas diferentes; 2) distancia: tiendo a agrupar objetos que están próximos; 3) los todos simples, regulares, o áreas cerradas se forman más fácilmente como tales, que los irregulares, rotos o abiertos. Así el agrupamiento de las partes en todos depende de condiciones sensoriales. Para quien conoce la prueba del daltonismo, el ojo normal distinguirá una forma definida en la lámina de prueba, pero el daltónico no, y esto no significa que el daltónico no conozca la forma definida (que habitualmente es el dibujo de un número). Wertheimer fue el primero que observó la importancia del agrupamiento espontáneo en los campos sensoriales, y el primero en mostrar los principios de los cuales ese agrupamiento depende. Hertz demostró dicha hipótesis con experimentos con pájaros. Para que un pájaro elija la maceta que tiene comida debe separarse espacialmente dicha maceta de las demás, o bien, las macetas deben estar agrupadas de tal forma que el pájaro pueda reconocer, en virtud de esa configuración, cuál es la maceta con comida.

Wertheimer dice que además la agrupación sensorial en el espacio también hay agrupaciones temporales, en el tiempo, pues entre espacio y tiempo hay muchas semejanzas (por ejemplo, cuando decimos 'tiempo por delante' o 'tiempo por detrás'). Tendemos a captar elementos próximos en el tiempo así como tendemos a captar como un todo, elementos espacialmente próximos. En ciertas percepciones interviene tanto el espacio como el tiempo. Supongamos que un punto luminoso se mueve en la oscuridad en forma de onda.

En rigor hay muchos movimientos pequeños, pero sin embargo nosotros captamos solo movimientos grandes (las crestas de las ondas como totalidades) porque están agrupados espacio-temporalmente de determinada manera.

Los todos perceptivos no necesariamente coinciden con los todos físicos de la realidad externa. Las estrellas de una constelación están físicamente separadas pero las captamos como una unidad. También está el ejemplo de un objeto físico definido (un soldado en la selva) que sin embargo no corresponde como una unidad sensorial debido a que cuando lo vemos sus partes han sido absorbidas por áreas circundantes (camuflaje del soldado). Por tanto los todos sensoriales no existen fuera del organismo, esto no lo dice la gestalt. El todo sensorial se estructura en nuestro sistema nervioso sobre la base de algunas propiedades objetivas del mundo, y de esta manera Köhler se ubica en un campo que no es totalmente subjetivo ni totalmente objetivo: está entre los dos.

El organismo entonces no reacciona frente a un estímulo aislado, como creían los conductistas, sino ante un todo organizado. Si el contenido del campo sensorial fueran meros estímulos aislados, sería muy trabajoso orientarnos y reaccionar en el mundo, y ni siquiera el aprendizaje podría lograr esa orientación. Por lo tanto, la secuencia correcta es la siguiente: primero hay una constelación de estímulos, segundo, estos estímulos son organizados, y tercero el organismo reacciona en función de esa organización. La organización la realiza el sistema nervioso sobre la base de los principios de semejanza, distancia, etc., ya mencionados.

Algunos criticaron a la Gestalt diciendo que atiende mucho al todo y descuida la parte, el análisis. Esto no es así, como lo muestra el siguiente ejemplo:

Figura 1

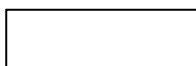
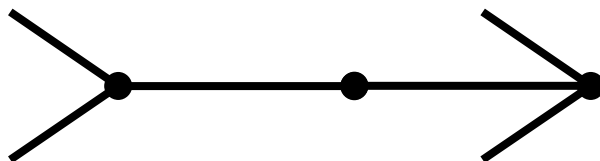
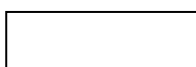


Figura 2

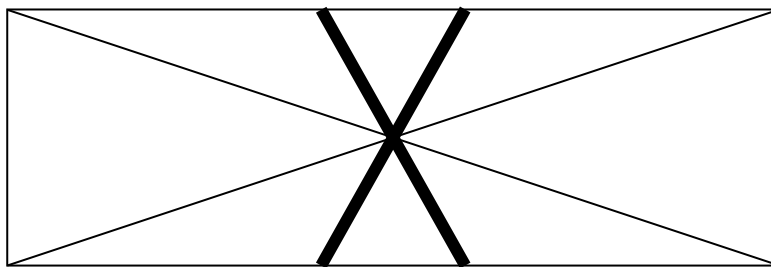


Los dos segmentos iguales de la figura 1 los vemos iguales, pero los dos segmentos de la figura 2 los vemos distintos, aunque en verdad son iguales también, debido a la distribución del todo. Y esto solo se descubre en función del análisis del todo y nunca si nos quedásemos solamente con el análisis de las partes.

Las propiedades de los todos organizados.- Fue von Ehrenfels el primero en llamar la atención sobre el hecho de que las características de los elementos, las sensaciones, se esfuman en cuanto integran un todo. Cada porción de agua del mar no es azul, pero sí adquiere esa cualidad si miramos todo el mar, el mar como totalidad. Captamos ciertas realidades que sólo existen en áreas extensas del espacio, y también del tiempo: una sola o dos notas no determinan una melodía, pero sí un conjunto de ellas. von Ehrenfels, a pesar de explicar todo esto, conserva algo de su mecanismo al sostener que ante todo existen simples sensaciones que se van sumando cuando percibimos.

'Gestalt' en alemán es forma o estructura, por ello von Ehrenfels tomó esa palabra llamando 'gestalt-cualitaten' a las formas temporales (como una melodía) y espaciales (como una figura).

En alemán 'Gestalt' también significa cualquier todo separado y aislado que está estructurado y autoarreglado. Si yo en una figura resalto especialmente dos líneas –que forman una cruz- eso será una gestalt que domina sobre el resto y está aislada:



Si hago todas las líneas con igual grosor, podré optar en destacar como figura uno de los triángulos y los demás serán en fondo. Un área que se vuelve sólida pasa a ser forma o figura, y el resto queda como fondo (terminología de Rubinstein).

Como teorema formularemos que la forma real depende de su separación de los todos correspondientes. La forma de una propiedad exclusiva de los todos cerrados. ¿Tiene influencia el aprendizaje sobre la forma elegida? Casi nunca: un todo se va a dar primero como forma, y luego el significado penetra en su interior. La forma percibida no depende de nuestro conocimiento de los objetos, o dicho en otra forma: cualquier experiencia pasada, en la organización de formas, depende del grado y estabilidad de la organización sensorial del campo real. La organización sensorial es un hecho tan natural y primitivo como cualquier otro aspecto de la dinámica sensorial. Es importante para el psicólogo discernir entonces, hasta que punto las características que nosotros le damos a los objetos y creemos que son de ellos, y en realidad son de la percepción.

Hertz demostró la influencia de la forma en conductas muy primitivas empleando animales. Tomó 3 láminas con 3 gradaciones crecientes de oscuridad: I-II-III. A un pollo condicionó a responder sí a I, y no a II (por ejemplo, si moverse, no moverse). Luego empleó II y III y reaccionó igual, porque la estructura era la misma. Esta trasposición es posible en sistemas físicos autobalanceados o autodistribuidos: autodistribución dinámica significa que si todas las fuerzas de una distribución dinámica están equilibradas unas con otras, el equilibrio no se perturba aunque la intensidad de todas esas fuerzas aumenten (o disminuyan) en la misma proporción. La forma es la propiedad más importante que puede tener un todo; ella determinará su solidez, su grado de separación del resto o fondo.

La conducta.- Cuando hablamos de experiencia "objetiva" decimos que se da como si las cosas, sus movimientos y cambios, estuvieran 'afuera' y 'adelante' de nosotros. Funcionalmente, sin embargo, su existencia es cuestión de procesos en mi cerebro y por tanto, en mí.

Las relaciones dinámicas entre los objetos de nuestro campo visual dependerán de un orden definido de los procesos que constituyen su base fisiológica. Las relaciones dinámicas experimentales existen en un agregado de células y fibras nerviosas. Por ejemplo, allí donde los objetos se tocan en la experiencia visual, no solo el contacto dinámico de los procesos correspondientes es inmediato y directo, sino que esos procesos ocurren en dos áreas contiguas del cerebro. No obstante, la distribución geométrica de los procesos en el cerebro no será una representación apropiada del orden visual en todos sus aspectos: sólo respecto a aquellas cualidades más primitivas del espacio visual, contigüidad y distancia en general: sólo en estos casos el orden dinámico subyacente de los procesos se extenderá homológicamente en el espacio cerebral.

Tenemos experiencia no solo en objetos externos sino también experiencia de nuestro propio cuerpo. Mi cuerpo es una experiencia particular entre todas las experiencias particulares sensoriales, y como tal, está representada por procesos definidos en una parte determinada del cerebro en un momento dado. Las relaciones dinámico-geométricas en el campo cerebral, significan relaciones espaciales en la experiencia visual.

Las cosas, sus propiedades, etc., pueden ser experimentadas por el tacto, en vez de la vista. Las cosas están calientes o frías, huelen, son audibles, pero todas esas experiencias están en alguna forma localizadas en el espacio experimentado: algunas en un espacio de afuera, otras en un espacio interno, adentro de nosotros (nos 'sentimos' cansados o felices, etc.) Así como las experiencias visuales pertenecen parcialmente a nosotros mismos y parcialmente a nuestro alrededor, lo mismo es verdad de todas las otras, salvo algunas experiencias particulares que están siempre localizadas en nuestro interior. Aparentemente los seres humanos estamos de acuerdo en pensar que vemos mejor las cosas exteriores. Mi experiencia subjetiva puede captarla mejor alguien desde fuera de yo mismo, y también tendemos a inferir detrás de algunas expresiones que vemos en los otros, ciertas cosas que ellos están experimentando. Veo tal expresión en Fulano y pienso: 'está enojado', pero esta inferencia no tiene valor pues no tenemos punto de referencia: no sabemos como es nuestro rostro cuando estamos enojados, y por tanto cuando vemos el rostro enojado no podemos asegurar que tal sea su emoción en el otro.

Mientras los seres humanos se comporten naturalmente, cualquier hecho repentino en su vida subjetiva aparecerá visiblemente: quien se asusta se sobresalta. La conducta de un hombre, como nosotros la vemos, a menudo presentará una organización que corresponde a la organización de su acción y plan, como experimentados subjetivamente.

Tanto en la experiencia objetiva como en la subjetiva, encontramos estados de tensión, no de dirección. Si algún objeto extraño atrae mi atención (una serpiente) dirijo mi atención hacia ella y al mismo tiempo experimento tensión. Otra persona que me vea captará la dirección, ni dirigirme hacia la serpiente, e inferirá hacia allí mi experiencia subjetiva de tensión. La tensión de mi rostro será una representación visual de mi tensión interior.

La génesis de la comunicación entre las experiencias de un hombre y de otro se torna muy simple. La organización que nosotros experimentamos corresponderá no solo a la organización de los procesos nerviosos de un sujeto determinado, sino también a la organización de sus intenciones tal como él las experimenta. La semejanza entre las experiencias interiores de un hombre y la experiencia sensorial de otro pueden explorarse cada vez que encontramos que esa correspondencia existe con respecto a la organización temporal y la dinámica.

La experiencia objetiva, como tal, contiene todo el material necesario para entender al prójimo. Cuando digo que un hombre tiene calma es porque me refiero a su apariencia visible, pero no cuenta solamente lo visible para mí, sino que contiene toda la calma que me interesa sin ninguna otra idea ulterior acerca de lo que ocurre en su conciencia... A veces experimentamos la actitud del otro como algo que sale de su interior. Pero eso que se llama 'su interior' es parte del mismo espacio sensorial en el que se ve su rostro visible.

No obstante, desde temprana edad el hombre oculta su experiencia interior, subjetiva, y no deja traslucirla hacia fuera, en su rostro, por ejemplo, por lo que lo que ocurre dentro de una persona no será siempre evidente en su apariencia sensorial. La teoría no nos da ni una información completamente nueva ni perfecta de la vida interior de otra persona.

Resumen de Köhler W (1981) Principios de la psicología de la forma. Capítulos 5-6-7.

Percepción de personas.- Cómo conocemos a las otras personas o grupos? ¿Cómo nos formamos una impresión acerca de ellas? He aquí la respuesta que da la Teoría de la Gestalt, a través de uno de sus voceros más autorizados: Solomon Asch (1978).

Empecemos por aclarar que hay dos formas básicas de conocer al otro: afectivamente o cognoscitivamente. Afectivamente significa que yo conozco al otro porque por ejemplo puedo sentir lo que está sintiendo, es decir, lo conozco por empatía. Sin embargo esta vía de conocimiento no le interesará a Asch, quien centrará su atención sobre el procedimiento cognoscitivo.

¿Qué quiere decir conocer al otro desde el punto de vista cognoscitivo? Significa, para simplificar, seguir una secuencia de dos pasos: a) observar sus acciones (por ejemplo Juan le regala un caramelo a su hijo), y b) inferir una cualidad a partir de la acción observada (por ejemplo Juan es un buen padre). Esto significa entonces que conocemos a las personas adjudicándoles ciertas cualidades, las cuales son inferidas a partir de sus acciones. Por supuesto que esta acción de Juan puede emocionarme, o también puedo sentir lo que está sintiendo Juan cuando hace su regalo, pero estos aspectos afectivos del conocimiento del otro no nos interesarán aquí, salvo en la medida en que afecten la cualidad en sí.

Ahora bien: si nos centramos en estos factores cognoscitivos, encontraremos que nuestra impresión del otro tiene dos características importantes:

1) Las cualidades que adjudicamos al otro están en la misma persona que conocemos, y no dependen del ambiente. Es decir que si al otro se le cayó un meteorito en la cabeza no le adjudicaré la cualidad 'imprudente' porque es algo que depende del ambiente, no de él. Nadie se forma una impresión de Pedro como de alguien impuntual, porque llegó tarde debido a un accidente ferroviario. En cambio si no hay

una razón plausible o creíble para justificar la llegada tarde, entonces sí le adjudicamos la cualidad de 'impuntual'. En suma, al formarnos una impresión de las personas, éstas últimas son consideradas como causas fenoménicamente primeras de sus cualidades.

2) Tendemos a formarnos siempre una impresión total, única o unificada de la otra persona, y es por esto que venimos hablando de la 'impresión' y no de las 'impresiones'. Nosotros no decimos habitualmente 'tengo varias impresiones distintas de Jacinto', sino mas bien 'mi impresión sobre Jacinto es esta...', o 'tengo una impresión formada sobre Jacinto'. Lo mismo pasa con nuestra impresión de un grupo: por el hecho que dentro del grupo haya varios miembros, no nos llevamos varias impresiones, sino sólo una, unificada: por ejemplo 'la impresión que tengo sobre esta familia es tal'.

Observemos que nos llevamos una impresión unificada del otro aún cuando este otro sea complejo y multifacético, aunque tenga muchas cualidades distintas e incluso aspectos contradictorios. En nuestro afán de considerar unitariamente al otro buscamos entonces amortiguar estas contradicciones, justificarlas, integrarlas de alguna forma. También tendemos a formarnos una impresión íntegra aún cuando la información sobre la persona es escasa, en cuyo caso tendemos a completar la información, a hacer un 'cierre'.

Dos teorías alternativas.- Básicamente, hay dos teorías que sostienen este punto de vista de la impresión unificada: la teoría aditiva y la teoría gestáltica, siendo ésta última la que desarrollará Asch.

Según la teoría aditiva, la impresión sobre una persona es la simple suma de las cualidades o características inferidas, consideradas en forma aislada o independiente. Por ejemplo, mi impresión de Pedro es 'una persona prolija + confiable + amable + modesta'. En lo que resta de estas líneas, nos ocuparemos solamente de la segunda teoría.

Según la teoría gestáltica, la impresión sobre una persona es más que la simple suma de cualidades independientes, pues depende además de cómo organizamos dichas cualidades en un todo sobre la base de sus mutuas interacciones, siendo el resultado una impresión unificada. Esto quiere decir que las distintas cualidades que observamos se influyen mutuamente y por lo tanto se modifican. Por ejemplo, algunas adquirirán más importancia que otras, las cuales quedarán de alguna forma subordinadas a las primeras.

El enfoque gestáltico.- A los efectos de someter a prueba la segunda teoría, los gestaltistas hicieron una serie de experimentos en los cuales, en vez de poner al sujeto frente a una persona de carne y hueso para que se formara una impresión de ella, se les presentó una descripción verbal de esa otra persona, consistente en un listado de sus cualidades. A continuación se les pidió a los sujetos que escribieran 'su impresión' de ellas, que hicieran una especie de semblanza. Los resultados de estos experimentos llevaron a varias conclusiones, que presentamos a continuación y que forman parte de la teoría gestáltica ya verificada.

Interacciones.- Las interacciones pueden producirse entre cualidades, o entre una cualidad y el conjunto de las restantes (impresión total), o también entre una cualidad y el ambiente donde la persona se desenvuelve.

Veamos dos ejemplos donde dos cualidades pueden interactuar entre sí, influyéndose mutuamente: a) si una persona es inteligente y alegre, y otra es inteligente y malhumorada, la cualidad de ser inteligente deja de ser la misma en ambas; del mismo modo si una persona es alegre y feliz y otra alegre e infeliz, no vemos del mismo modo la alegría de la primera que la alegría de la segunda. En el caso de la primera persona decimos que las cualidades alegre y feliz cooperan entre sí. b) si una persona es tanto cálida como fría, resolvemos que es caprichosa. Aquí la interacción produjo una nueva cualidad, a la cual se subordinarán las otras dos. De hecho, cuando se captan dos rasgos contradictorios como cálido-frío u ordenado-desordenado, tendemos a resolver esa contradicción para preservar nuestra visión coherente, total y única de la persona en cuestión. A veces buscamos una nueva cualidad, y en otros casos ambas cualidades se eliminan mutuamente.

Otro ejemplo de interacción que genera una nueva cualidad podría ser: "Este tipo es muy *cariñoso* pero es también muy *inexpresivo*. Por lo tanto en realidad es muy *misterioso*".

Asch sostiene que la interacción suele ocurrir también en términos de orígenes y consecuencias dinámicas, o, en otras palabras, tendemos a ver que una cualidad es causa de la otra: 'A es rápido porque es habilidoso', 'B es lento porque es precavido', etc., más allá de si esto es realmente así o no.

También pueden interactuar una cualidad con la impresión total, modificándose mutuamente. Así, a) una cualidad puede modificar la impresión total. Es lo que pasa cuando vemos actuar a una persona que ya conocemos y, asombrados, decimos 'Pero yo creía que Fulano era de otra manera. Ahora me convenzo que en realidad es un estafador'.

Introducir o sacar alguna cualidad puede entonces producir una modificación de la impresión íntegra que tenemos del otro. Estas cualidades que por presencia o ausencia modifican la impresión total se llaman cualidades centrales, y sobre ellas volveremos enseguida. b) La impresión total a su vez puede modificar una cualidad. Dice Asch que sólo cuando la cualidad halla su lugar en la impresión total, esa cualidad desarrolla realmente en su totalidad su contenido y función. Para decirlo en otras palabras: cada cualidad es representativa de la persona total, de manera que por ejemplo no es lo mismo el encanto de A que el encanto de B.

Por último, también una cualidad puede interactuar con el ambiente o la situación de la persona que observamos. Dos personas distintas pueden ser ambas 'rápidas', pero por el contexto la rapidez de A denota confianza, naturalidad, mientras que la rapidez de B, al ser otro el contexto ambiental, denota una rapidez forzada, servil o alborotada. No obstante, al apreciar la cualidad de ambas personas no las adjudicamos al ambiente sino a ellas mismas.

Cualidades centrales y periféricas.- Como consecuencia de las diferentes interacciones vistas, las cualidades dejan de tener todas la misma importancia, y entonces podemos hablar de cualidades centrales y cualidades periféricas. Incluso sentimos que aún no hemos comprendido a una persona, o sea aún no nos hemos formado una opinión de ella mientras no hayamos encontrado sus cualidades o características centrales, y aunque hayamos encontrado sólo algunas periféricas.

Cualidades centrales son aquellas que influyen sobre las demás, llamadas periféricas, produciendo en ellas alguna modificación. Por ejemplo la cualidad cálido-frío influye mucho sobre otras como generoso-avaro, sociable-insociable, etc. Es como si dijéramos: 'Juan es avaro pero no me importa, porque él es cálido'. En cambio la cualidad cortés-descortés es más periférica, porque no suele influir sobre las otras características.

Si una persona tiene una cualidad central buena (por ej inteligente), ello no significa que esta cualidad ejerza un efecto tipo aureola sobre el resto de las cualidades periféricas, porque estas pueden seguir siendo malas cualidades. Así, alguien considerado como cálido no necesariamente es considerado favorablemente en los demás aspectos. Una cualidad central puede transformarse en una cualidad periférica, y esto se debe a que cambiaron las demás cualidades. Por ejemplo, si sabemos que una persona A es 'inteligente, habilidoso, trabajador, cálido, decidido, práctico y cauteloso', tendemos a tomar aquí 'cálido' como rasgo central. Pero si sabemos que otra persona B es 'obediente, débil, superficial, cálido, sin ambiciones y vanidoso', entonces el rasgo cálido pasa a ser periférico, y la cualidad central pasa a ser alguna de las restantes, como por ejemplo 'débil'.

Uno de los factores que influyen en que las cualidades sean centrales o periféricas, es el llamado factor de dirección, que es la influencia que ejerce sobre nuestra impresión sobre la persona el 'orden temporal' en que fuimos conociendo sus rasgos. Así, una primera impresión desagradable suele ejercer influencia sobre las nuevas cualidades observadas después: las primeras impresiones tienden a ser centrales, y las siguientes, periféricas. Esto lo sabemos intuitivamente, y por eso cuando debemos presentarnos ante otra persona por primera vez buscamos exteriorizar nuestras mejores cualidades y tapar las otras: vamos a la primera entrevista laboral con nuestra mejor ropa y nuestra mejor sonrisa, o a la primera cita amorosa con un/una desconocida con el mejor perfume y el mejor peinado.

Incluso dos personas A y B pueden tener las mismas cualidades, pero sin embargo nos formaremos impresiones distintas de ellas si captamos sus rasgos en un diferente orden temporal. De todo lo expuesto, podemos extraer, entre otras, la siguiente conclusión: la similitud o la diferencia entre dos impresiones que tenemos de dos personas distintas no depende la cantidad de rasgos o del tipo de rasgos presentes en ambas (esto sería la teoría aditiva), sino de las relaciones estructurales entre esos rasgos. Tal lo que mostraron los experimentos realizados sobre estas cuestiones, que tienden a confirmar más la teoría gestáltica. De hecho, podemos tener casi la misma impresión de dos personas diferentes, aunque ellas tengan rasgos opuestos. Y alternativamente, podemos tener dos impresiones totalmente distintas de dos personas, aunque sus cualidades, tomadas independientemente, sean idénticas.

Las conclusiones de Asch.- Las conclusiones de Asch son, en síntesis, las siguientes: 1) Buscamos formarnos una impresión íntegra sobre una persona, no fragmentada. 2) Si dos cualidades están en la misma persona, ambas entran en interacción dinámica, es decir siempre se afectan recíprocamente, e incluso pueden generar nuevas cualidades. 3) La impresión está desde el principio estructurada; algunas cualidades aparecen como centrales y marcan la dirección principal de las demás, llamadas periféricas. 4) La modificación de un rasgo puede cambiar la impresión íntegra. 5) Cada cualidad es representativa de toda la persona. 6) La impresión total cambiará el contenido de una nueva cualidad que aparezca. 7) Hay interacción dinámica entre las cualidades: algunas chocan entre sí, otras cooperan. Cuando hay cualidades discordantes buscamos alguna explicación para ello, a los efectos de preservar la unidad de nuestra impresión.

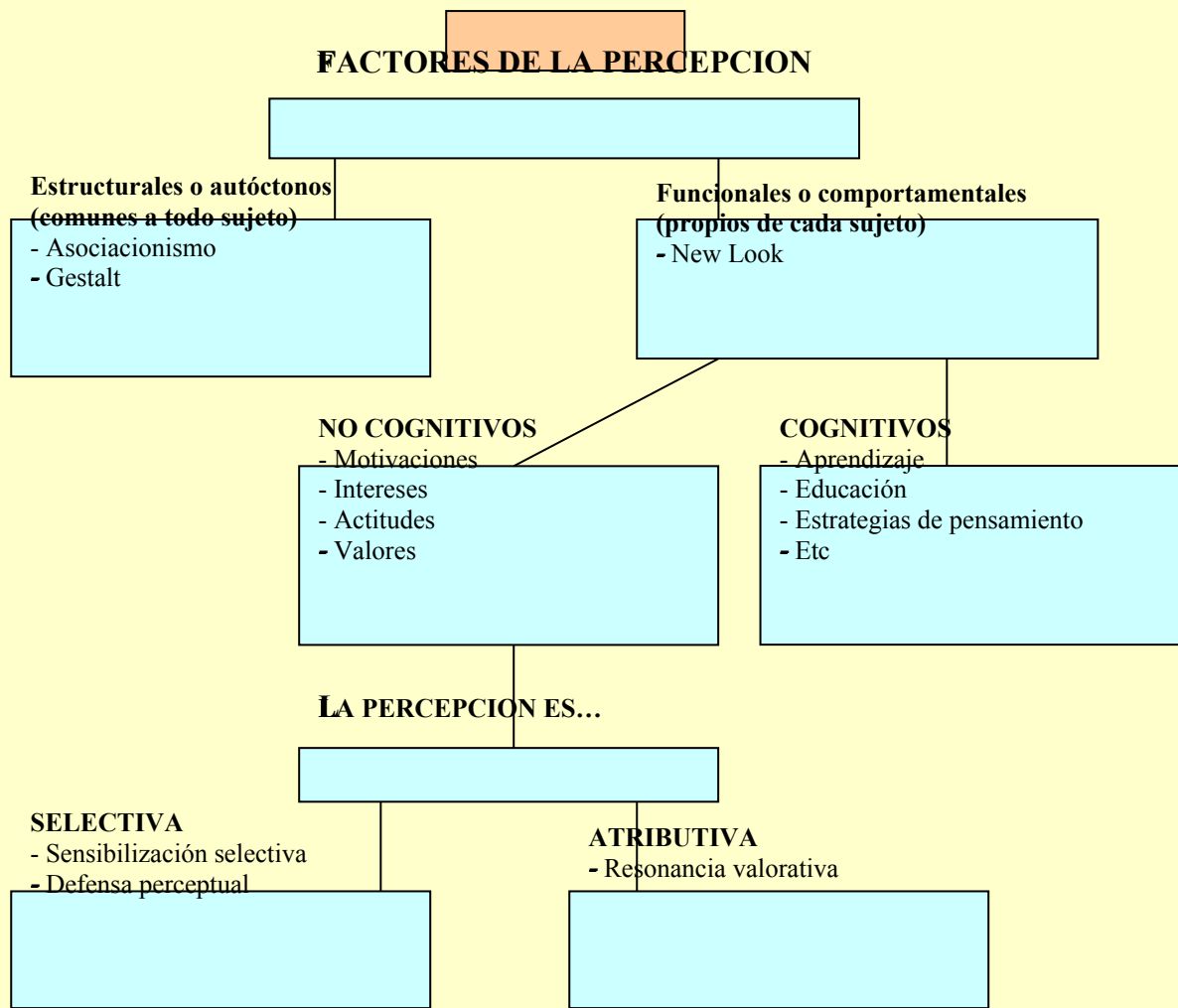
Resumen de Asch S (1981) Psicología Social. Buenos Aires: Eudeba. Capítulo 8.

Teoría del New Look sobre la percepción: factores universales y factores personales.- Los estudios sobre la percepción humana han podido establecer que lo percibido depende siempre de dos conjuntos de factores: a) factores generales o estructurales, comunes a todo sujeto más allá de sus diferencias individuales, y b) factores personales, propios de cada sujeto en particular.

Los factores generales han sido estudiados especialmente, y aunque bajo ópticas totalmente diferentes, por el asociacionismo y la teoría de la gestalt, en la medida en que buscaron principios y leyes de la percepción que fueran aplicables a todo acto perceptivo y a cualquier persona en cualquier situación.

En cambio y posteriormente, los factores personales fueron examinados sobre todo por la Escuela del New Look (EEUU), cuyos artífices son J Bruner y L Postman. Ellos denominaron a los factores generales como 'factores autóctonos', cuya existencia también aceptan, y a los factores personales les dieron el nombre de 'factores funcionales o comportamentales' (ver esquema 1).

Esquema 1

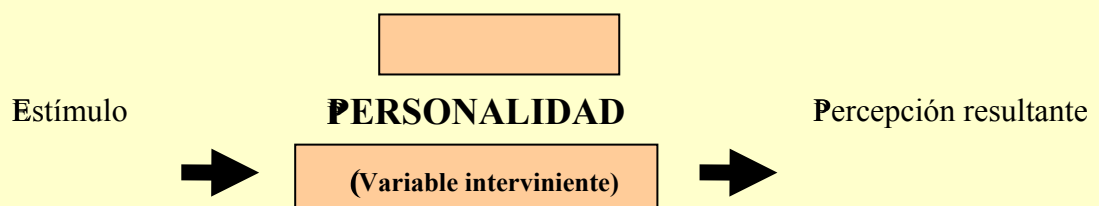


En relación a los *factores personales*, la Escuela del New Look sostiene básicamente que sobre nuestras percepciones influye nuestra propia personalidad, la cual hace que, frente al mismo estímulo, todas las personas perciban cosas diferentes.

El New Look busca así construir una teoría de la percepción que tenga en cuenta la personalidad de cada individuo, vale decir un sistema de leyes que permitan explicar y predecir las tendencias judicativas y perceptuales sistemáticas de personas o grupos con diferentes pautas de personalidad. Para Bruner, una tal teoría de la percepción debería dar cuenta de las diferencias individuales en la percepción, y no imputarlas al azar. Vale decir, adjudicarlas al factor personalidad.

El mismo autor plantea entonces que los procesos de la personalidad son variables intervinientes fundamentales para el estudio de la percepción (esquema 2). Así, por ejemplo una personalidad orientada hacia valores económicos percibirá un rectángulo verde y borroso como un dólar, o también personalidades rígidas presentarán menor tolerancia a los estímulos perceptuales ambiguos.

Esquema 2



El experimento típico.- Desde el principio, los experimentos del New Look buscaron aislar la influencia de las variables no cognitivas sobre la percepción, tales como necesidades, valores, estados de tensión, frustraciones, etc, para lo cual se acudió a la presentación breve de estímulos ambiguos o poco estructurados.

El aparato que utilizaron fue un taquitoscopio, que no es otra cosa que un simple proyector de diapositivas sobre una pantalla, con la particularidad de que las imágenes proyectadas son ambiguas y además se presentan muy rápido, como por ejemplo en décimas de segundo (taqui=rápido; scopos=ver).

La cuestión de la velocidad y el carácter ambiguo del estímulo es importante porque el sujeto casi no tiene tiempo de identificar la imagen presentada recurriendo a los factores cognitivos (pensamiento, lógica, experiencia) y pueden actuar a pleno los no cognitivos.

Factores funcionales o individuales.- La personalidad tiene múltiples facetas o dimensiones, y por lo tanto habrá varios factores funcionales. El New Look los agrupó en factores cognitivos y los no-cognitivos, estando los primeros, como dijimos, más ligados a lo intelectual, y los últimos mas bien a la afectividad (esquema 1).

El New Look se interesó en realidad por ambos. Como pronto veremos, en un comienzo su atención estuvo puesta sobre los factores no-cognitivos, pero posteriormente consideraron también los factores cognitivos. Cuando Bruner y su equipo comenzaron a estudiar las variables no cognitivas mediante el taquitoscopio, concluyeron que la percepción es un proceso que tiene dos características fundamentales: la percepción es selectiva, y la percepción es atributiva (esquema 1).

a) *Percepción selectiva*.- No percibimos la totalidad del estímulo, sino que hacemos una selección de la información modificando los umbrales de recepción de los estímulos, y para ello recurrimos a dos mecanismos básicos: la sensibilización selectiva y la defensa perceptual. Mediante el primero seleccionamos lo que queremos ver, y mediante el segundo excluimos lo que no queremos ver.

En un lenguaje más técnico, en la sensibilización selectiva los estímulos valiosos reducen el umbral perceptivo, o sea, el sujeto puede reconocerlos en menor tiempo. Hay una reducción del umbral para captar sólo aquellos estímulos congruentes con las motivaciones y demás variables no cognitivas.

En cambio en la defensa perceptual, los estímulos inaceptables o indeseables elevan el umbral perceptivo, o sea, el sujeto tarda más tiempo en reconocerlos. Los estímulos inaceptables son aquellos discordantes con las motivaciones o con el sistema de valores de la persona. Por ejemplo en el caso de personas educadas y circunspectas, las malas palabras requerían mayor tiempo de exposición para que pudieran ser reconocidas.

Ambos procesos son complementarios. Esto significa que reducir el umbral para captar lo que me interesa (sensibilización selectiva), equivale a subirlo para lo que no me interesa (defensa perceptual).

Ambos procesos pueden, además, alternarse. Si hace 3 horas que no como, predomina la sensibilización selectiva y puede captar más fácilmente alimentos de otras cosas que no lo son. Sin embargo, si transcurren 12 horas pasa a predominar la defensa perceptual, haciendo que sea más difícil captar alimentos, ya que estos empezaron a generar rechazo por el prolongado periodo de ayuno.

b) *Percepción atributiva*.- Mientras que la percepción selectiva implica captar o no captar 'lo que hay' en el estímulo, la percepción atributiva implica atribuirle al estímulo características que en parte al menos 'no tiene', pues la imagen es ambigua. De alguna forma está formulando su propia hipótesis acerca de lo que ve, la cual refleja la orientación valorativa de la personalidad. Este mecanismo implicado en la percepción atributiva se llama resonancia valorativa.

Por ejemplo, se proyectan en la pantalla imágenes ambiguas relacionadas con los seis valores de Spranger (económico, político, religioso, social, teórico y estético). Se comprobó que los sujetos que según el test de Vernon-Allport habían obtenido puntaje alto en el valor religioso, atribuían a la imagen borrosa una escena donde una persona rezaba arrodillada. Además, necesitaban menor tiempo para identificarla. Otro ejemplo: se tienden a ver más grandes las imágenes más valoradas.

El proceso perceptual.- El New Look considera que no hay que hablar simplemente de "un sujeto que percibe", sino mas bien de "un sujeto que está preparado o sintonizado para percibir". Estamos sintonizados o predispuestos para percibir ciertas cosas y otras no. Para describir este proceso perceptual, Bruner y Postman elaboraron sucesivamente dos formulaciones o modelos, y que explicamos a continuación (esquema 3).

Esquema 3 – Dos formulaciones del proceso perceptual

A	B
1. Formulación de una hipótesis 2. Input 3. Verificación de la hipótesis	1. Categorización primitiva 2. Diafragmado 3. Prueba de confirmación 4. Conclusión de la confirmación

a) *Primer modelo.*- Según una primera formulación, el proceso perceptual tendría tres etapas: a) *formulación de una hipótesis*: aquí todavía el sujeto no dirigió su atención al estímulo, pero tiene ya formulada una suposición o hipótesis acerca de lo que verá, es decir, ya desde este primer paso queda establecida una predisposición a percibir selectivamente; 2) *input* o ingreso de la información proveniente del medio: el sujeto atiende al estímulo que se le presenta; 3) *verificación de la hipótesis*: donde el sujeto confirmará o rechazará su hipótesis preliminar según los factores personales y según la información que fue obteniendo en el paso anterior. Hay siempre una tendencia a confirmar la hipótesis, pero ocurre también que ante mucha evidencia en contra, el sujeto se vea obligado a rechazarla, en cuyo caso elaborará otra hipótesis, llamada hipótesis consecutiva. Es en este tercer paso donde puede decirse que ya hay percepción propiamente dicha, ya que el simple acopio de información (segundo paso) no es aún percepción.

b) *Segundo modelo.*- Se trata de una formulación posterior del New Look, en la cual se introducen dos modificaciones importantes. En primer lugar, aquí se da mayor importancia a los factores cognitivos, ya que se habla de un proceso de categorización, eminentemente intelectual. En el primer modelo mas bien se enfatizaban los factores no cognitivos. En segundo lugar, mientras el primer modelo parece sugerir un sujeto pasivo que se limita a recibir los estímulos, aquí hay una búsqueda activa de índices, o sea una mayor participación del sujeto percipiente.

Según el segundo modelo, los pasos del proceso perceptual son cuatro: 1) *Categorización primitiva*: Categorizar significa inferir una identidad a partir de un índice. Por ejemplo, inferir que la persona que vemos a lo lejos es Pedro (identidad) por su forma de caminar (índice). Un objeto no significa nada para nosotros si no podemos ponerlo en un casillero, en una categoría, y este primer paso justamente hace una categorización, que no es otra cosa que la formulación de una hipótesis preliminar, o categorización primitiva. ¿Por qué decimos 'preliminar' o 'primitiva'? Porque el índice encontrado no es suficiente para una identificación segura y total. Es un elemento poco informativo, que especifica poco, como puede ser por ejemplo algún sonido, algún movimiento, etc., pero que sin embargo es orientativo respecto de lo que queremos percibir; 2) *Diafragmado*: Bruner y su equipo utilizan aquí una metáfora óptica. El diafragma es originalmente un dispositivo que regula la entrada de luz (información) dentro de una cámara oscura. Hay diafragmas en el ojo (el iris) y en las cámaras de foto (el diafragma propiamente dicho), que pueden agrandarse o achicarse para regular el ingreso de la información visual. Más allá de que tenga asociado una operación física como la indicada, el diafragmado es concebido más como una operación mental por la cual el sujeto en un primer momento se abre totalmente a todos los estímulos que le permitan verificar su categorización primitiva. En un segundo momento, el 'diafragma' se vuelve a cerrar para ingresar sólo aquellos índices congruentes ó compatibles con su categorización primitiva. 3) *Prueba de confirmación*: Se trata de una nueva categorización, también provisoria pero más fina, y que apunta a los índices seleccionados. El diafragma se cierra notablemente centrándose sólo en aquellos aspectos del fenómeno que permitan una confirmación suplementaria que es la prueba de confirmación. 4) *Conclusión de la confirmación*: donde se decide si se confirman o no las categorizaciones realizadas previamente. La apertura del diafragma alcanza el mínimo, y los índices no congruentes son, o bien normalizados (adecuados), o bien eliminados.

La fuerza de la hipótesis.- A partir de lo dicho hasta ahora, ya podemos darnos cuenta que la idea de "hipótesis" es fundamental en la teoría del New Look. Nadie percibe sin formular hipótesis previas, las cuales a su vez orientarán el proceso perceptual.

En el contexto de esta teoría, una hipótesis se define como una predisposición a responder en forma selectiva a los hechos del ambiente. No se trata de una expectación aislada, sino que se refiere mas bien a sistemas más integrados de creencias y expectativas acerca de lo que podemos o no encontrar en el entorno.

Las hipótesis que se formulan pueden variar en calidad o en intensidad según cada persona, variaciones que nos revelan algo acerca de la historia y la personalidad de estas. El New Look ha estudiado especialmente la intensidad o fuerza de las hipótesis, y sus planteos al respecto pueden resumirse en el esquema 4. Vemos allí que la fuerza de una hipótesis viene determinada por cinco factores y, a su vez, dicha fuerza producirá tres consecuencias importantes.

Esquema 4

ESTOS 5 FACTORES...

1. Frecuencia de confirmación pasada
2. Monopolio
3. Factores lógicos
4. Factores motivacionales
5. Factores sociales

DETERMINAN LA...

**FUEZA DE LA
HIPÓTESIS**

**DE LA QUE A SU VEZ DEPENDERAN
TRES CONSECUENCIAS O POSTULADOS
DE BRUNER...**

1. Probabilidad de formularla
2. Información para aceptarla
3. Información para rechazarla

a) *Factores determinantes.*- Hay cinco factores que van a determinar la fuerza de una hipótesis, y son los siguientes: 1) Frecuencia de confirmación pasada: cuantas más veces hayamos confirmado nuestra hipótesis, tanto más fuerte es. 2) Monopolio: una hipótesis es más fuerte si no hay otras hipótesis alternativas para elegir. Notemos que cuanto más ambiguo sea el material percibido, más hipótesis alternativas hay. Cuando el estímulo es nítido e inconfundible nos queda una única hipótesis muy fuerte que nos vemos obligados a aceptar. 3) Factores lógicos o cognitivos: una hipótesis es tanto más fuerte si tiene una congruencia lógica con otras hipótesis, es decir cuando no es contradictoria con otras hipótesis alternativas. Un ejemplo de hipótesis congruentes son las hipótesis que se derivan deductivamente de otras, y así diremos que una hipótesis es tanto más fuerte cuanto más sustentada esté por otras hipótesis. 4) Factores motivacionales: la hipótesis resulta más fuerte cuanto más útil resulta para satisfacer nuestras necesidades. Quien tiene mucho hambre, formulará hipótesis muy fuertes acerca de que lo que está viendo en forma ambigua es comida. 5) Factores sociales: la hipótesis es más fuerte si es sostenida por muchas otras personas, es decir si hay un consenso en aceptarla. Esto lo vemos por ejemplo en algunos programas de entretenimientos de la TV, donde varios deben responder la misma pregunta. Si los cuatro primeros contestaron "Napoleón", el último tiende a responder lo mismo aunque no sepa la respuesta.

b) *Consecuencias.*- La fuerza de la hipótesis determinará tres tipos de consecuencias: 1) Probabilidad de formularla: si la hipótesis es más fuerte, aumentan las probabilidades de formularla. Existe un cierto grado de accesibilidad de las hipótesis o categorizaciones, ya que los sujetos tienden a formular más ciertas hipótesis que otras. Esta accesibilidad puede medirse a partir del tiempo mínimo necesario para identificar un índice: a menor tiempo mayor es la accesibilidad de la hipótesis, o sea mayor probabilidad que sea formulada. Por supuesto, que la probabilidad de formular una hipótesis depende también de otros factores además de este tiempo, como las características objetivas del estímulo (si es claro o ambiguo), y de las motivaciones, intereses, creencias, etc. 2) Información para aceptarla: cuanto más

fuerte es la hipótesis, menos información necesitamos para confirmarla. 3) Información para eliminarla: cuanto más fuerte es la hipótesis, más información contradictoria necesitamos para rechazarla.

Naturaleza de la información confirmante o debilitante.- La información puede ser, a los efectos de la hipótesis, relevante o no relevante. Información relevante es aquella que puede ser usada por el sujeto para confirmar o debilitar su hipótesis. Por ejemplo, para confirmar si un objeto está muy alejado o no, es irrelevante la información acerca de si la música que escucho por la radio es un rock o un bolero, pero podría ser relevante la información sobre si el objeto es tapado por otros o no, o bien la información de que el objeto en cuestión es un bife de chorizo (si tengo mucha hambre podré formular la hipótesis de que está más cerca).

Puesto que las hipótesis son bastante personales (dependen precisamente del factor personalidad), suele pasar que distintas personas consideren relevantes datos diferentes. Pero, sobretodo y a los efectos de los experimentos realizados para investigar estos temas, interesa destacar que lo que una persona considera información relevante no siempre es confiable. Cuando se llevan a cabo experimentos, una cosa es la definición que hace el experimentador sobre lo que para él es información relevante y confiable, y otra cosa su empleo por parte del sujeto: no necesariamente coinciden ambos criterios. De hecho, cuando la hipótesis del sujeto es muy fuerte y depende ostensiblemente de factores personales, tiende a confirmarla mediante cierta información que el experimentador puede juzgar como poco o nada confiable.

Cuando la información es pobre, ambigua o inestable (es decir cambiante), el sujeto y la hipótesis que plantee estará más guiada por factores motivacionales y experienciales, que por las características del estímulo inmediatamente presente.

Consecuencias para una teoría de la personalidad.- La personalidad es un constructo teórico, valga la redundancia. No es algo que pueda verse a simple vista, es una suposición que hace el psicólogo. No obstante, tampoco es un concepto metafísico, en el sentido que la psicología siempre intenta detectar o medir la personalidad a partir de ciertos indicadores visibles. El New Look plantea al respecto que una forma de conocer la personalidad es ver cómo la persona percibe y sobretodo qué clase de hipótesis establece.

Respecto de estas últimas, interesa tanto su aspecto cualitativo como el cuantitativo. Desde lo cualitativo, diferentes hipótesis que diferentes sujetos emplean habitualmente, reflejarán diferencias en sus historias, en su personalidad, etc. Desde lo cuantitativo, diferencias en la fuerza de la hipótesis reflejarán nuevamente historias divergentes y las tendencias más marcadas de la personalidad.

Las hipótesis que cada uno de nosotros haga (calidad) y su fuerza (cantidad) dependerán también de condiciones ambientales o culturales, que reflejan diferentes necesidades de adaptación al medio. Ciertos pueblos de ciertos lugares tienden a formular cierta clase de hipótesis sobre los escondrijos de los animales que deben cazar, hipótesis que jamás formularía otra persona de otro ambiente o de otra cultura. Desde ya, además usan distintos tipos de información para confirmar o debilitar sus respectivas categorizaciones.

Por último, podemos comentar que hay un caso donde varían mucho las hipótesis de una persona a otra, y es cuando en vez de percibir objetos cualesquiera percibimos específicamente otras personas, o fenómenos grupales o culturales. Esta diversidad se debe, según Bruner, a que en este terreno las hipótesis son mucho más fuertes (pesan mucho los valores y las motivaciones), la información suele ser escasa (una mesa o un gorila no intenta simular serlo, pero las personas sí pueden disimular o mentir), y las consecuencias de adaptación serias.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

La percepción según la Gestalt.- La teoría de la Gestalt sostiene que se percibe una totalidad, y establece algunas leyes de la percepción como por ejemplo la ley de la buena forma, según la cual se tiende a percibir la mejor forma posible. Si a una persona le pedimos que lea la expresión "Hay árboles en en la selva", tenderá a leer y a recordar "Hay árboles en la selva" obviando la repetición de la preposición. En este caso la mejor forma posible es la mejor construcción gramatical.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires, Redpsicología.

PÉRDIDA

Pérdida y depresión.- **Introducción.** En la investigación de la depresión, el papel de la pérdida ha sido examinado en detalle, puesto que constituye un aspecto central de la mayoría de los acontecimientos vitales que llevan a la depresión.

Material y método. En el presente trabajo se realizó una revisión acerca de los estudios previos sobre la importancia de la pérdida centrándonos en diversos aspectos como sus diferentes tipos, la asociación con algunas enfermedades mentales, pérdida y pronóstico, relación entre desesperanza y pérdida, y variaciones de los acontecimientos de pérdida en función de diversos factores, considerando también la pérdida en la infancia.

Resultados. La pérdida ejerce un papel clave en la aparición de muchos trastornos depresivos. Puede actuar como agente provocador, factor de vulnerabilidad o agente modificador de la forma, gravedad y

curso de un cuadro depresivo. Diversos factores como el factor genético, el sexo o el momento de la vida en el que tiene lugar la pérdida pueden modular la influencia de los acontecimientos de pérdida.

P. Sierra; L. Livianos; L. Rojo. El papel de la pérdida en la génesis de los trastornos depresivos. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2009 JUN; 37(3):128-136.

PÉRDIDA TEMPRANA

Generalidades.- Los conceptos de benevolencia y malevolencia tienen que ver con un proceso gradual de pérdida de la idealización, de la ilusión, que en el niño tiene características especiales: éste va perdiendo la ilusión respecto de la figura de los padres, es una pérdida benevolente. Si la pérdida es abrupta, traumática, entrará en la desilusión malevolente, como puede ser una pérdida temprana, pero aquí esa ilusión puede compensarse con sustitutos, habrá un trabajo de reparación y compensación, de revisar lo que pasó. Si la desilusión no se compensa con otras experiencias, va a quedar una gran vulnerabilidad y una desilusión malevolente.

Respuesta a una pregunta: Va a haber una necesidad de protegerse del dolor que causó la pérdida, el sentimiento de abandono. Esta defensa será modulada por experiencias de acercamiento, de encontrar que una relación puede no ser angustiante, no abandonica, no frustrante. Va a haber en la pérdida temprana una resistencia a la intimidad como defensa, que será relativa en la reparación.

En el psicoanálisis contemporáneo, se trabaja con la idea de mecanismos compensatorios, el ser humano se va constituyendo con eso, Winnicott lo plantea, pero además de esto se está viendo también que los intentos por superar las situaciones adversas, surgen mecanismos compensatorios de mucha fuerza adaptativa y creativa, que no son solo adaptación al mundo externo y tienen implicaciones en relación al mundo interno: pueden desarrollar puntos para el desarrollo emocional, la creatividad, etc. Así, muchas personas en situaciones adversas, desarrollaron gran capacidad creativa, no necesariamente a expensas del mundo emocional, porque algo que diferencia este desarrollo compensatorio del desarrollo defensivo, es que éste es a expensas de lo emocional, de lo creativo, del sentimiento de bienestar y el desarrollo en general. En la compensación, no, aquí se puede reforzar el self, pero en la estructura defensiva se debilita el self.

Para poder defenderse, el yo debe sacrificar ciertas posibilidades de desarrollo: hay una carga libidinal puesta en la defensa. En la estructura compensatoria no se busca defenderse de cargas pulsionales sino, busca mantener la cohesión del self, cohesionarse, desarrollarse más. Esta es la tendencia natural del self, y las tendencias defensivas compensatorias estarán también orientadas hacia el mantenimiento de esta cohesión, lo defensivo en cambio, busca más bien evitar la disgregación yoica.

Hablamos de situaciones donde la pérdida de seguridad había jugado un papel fundamental en la pérdida temprana y dicha pérdida del sentimiento de seguridad era amenazante para el desarrollo del self. Cuando esta pérdida es abrupta e intensa, lleva a montar defensa como por ejemplo, el desapego afectivo como defensa, que es incapaz de discriminar en nuevas situaciones. No es algo ciego, sino de percepción de la situación angustiada: "toda dependencia es peligrosa" y por tanto hay que evitarla. Esta evitación llega al no desarrollo de ciertas funciones que solo pueden darse en un vínculo de dependencia. Sin ir a lo extremo, encontramos en la clínica, matices interesantes de este desapego defensivo. En el tratamiento aparece una necesidad de reducir la importancia de los vínculos de dependencia. No habrá tanto una evitación de la dependencia, como una negación de la misma, que igualmente existe. Esta negación puede manifestarse como una cierta hostilidad en cuanto se percibe la dependencia, puede surgir también una fuerte ambivalencia, o sea, la idealización continua en un plano, pero en otro sigue la desilusión malevolente. Puede aparecer una necesidad de control como desplazamiento de la necesidad de dependencia, esto se ve en la adolescencia.

Alguien pregunta si eso no se parece a la neurosis obsesiva. El profesor responde: en el trastorno obsesivo hay una disociación ideo-afectiva, ahora, en la distancia afectiva vendrá una racionalización. En la desilusión malevolente no hay exactamente eso, hay una necesidad de dependencia y un temor a la misma, de aquí la ambivalencia, que no es desarrollada en forma obsesiva, o sea, puede sentir la dependencia (aunque cuando se le hace evidente se defenderá de ella.). En tanto pueda defenderse mediante negación, desplazamiento o ambivalencia, no necesita irse de la relación.

El control es una forma de dependencia. Habrán visto ustedes, personas que controlan mucho, es éstas son formas de dependencia no asumidas, son como una proyección de una necesidad en el otro a quien se controla, por ejemplo, en los hijos controlados. Hay padres que vienen a consulta y dicen no poder tener una vida propia porque tienen que estar controlando al hijo adolescente tan dependiente, pero al romper esa dependencia la angustia surge en los padres, lo cual está en relación con la dependencia negada de los padres.

No solo hay proyección, hay también una dependencia real. También se genera la dependencia de los hijos. En estas situaciones de pérdida temprana, las personas satisfacen sus necesidades de dependencia en función de las necesidades de dependencia reales de los otros. Al asegurar las necesidades del otro, se aseguran su propia necesidad. Si el paciente puede tolerar la dependencia, y el analista sabe su situación, le va a permitir transitar su ambivalencia sin enfrentamientos. En el psicoanálisis contemporáneo, cuando hablamos de resistencia, nos preguntamos resistencia a qué: ¿al contenido de

las interpretaciones? ¿al contenido del mundo interno?, ¿al vínculo con el analista en tanto este comete las fallas empáticas? o sea, en tanto a algo que el analista hace. Si pensamos que todo en análisis se refiere al mundo interno del paciente, pensamos que la resistencia es el contenido del mundo interno, pero si lo entendemos como algo interpersonal, no necesariamente debe explicarse siempre así la resistencia. La resistencia puede aparecer porque el analista no tuvo un buen timing. El analista con fallas empáticas generaría resistencias en el paciente. Falla empática es no poder atender el sentido del mundo interno del paciente, y entonces éste no se sentirá comprendido y surgirá la resistencia. No basta con interpretar lo defensivo, hay que entender también el esfuerzo del self por cohesionarse.

En esta cuestión de pérdida temprana, una cosa es pensar en la vuelta de la libido al narcisismo por la falla en el vínculo, y otra es pensar una defensa que mantienen la necesidad de vínculo junto con el temor por él. Depende de cual planteo tomo, interpretaremos cosas distintas.

Respuesta a una pregunta: hablando de la desilusión malevolente, ¿qué es lo que podrá compensar las cosas? Experiencias donde no tenga que vivir eso y donde pueda tener la vivencia de lo temido sin caer en el temor, o sea, que la vivencia del vínculo sea estable, confiable, empático. Desde la teoría general de los sistemas hablamos aquí que una estructura incorpora o va incorporando vivencias distintas que quizá cambiaran la naturaleza de estas experiencias. No es que vayamos a cambiarlas puntualmente con interpretaciones, sino que estas son un poder extender esta nueva experiencia general. Si uno interpreta al paciente que tiene que tiene una resistencia a la proximidad y nada más, está haciendo una interpretación puntual, pero si en una situación donde surge la angustia, uno le dice que entiende que algo pasa en alguna parte de el que hace difícil esto, se habla aquí de la angustia sin tener que interpretarla en términos del narcisismo.

Respuesta a una pregunta: El duelo se va a dar, lo que pasa que si hay compensaciones satisfactorias, el duelo no será el mismo, no habrá tanto temor y está más referida a la pena. La diferencia entre pérdida que lleva al duelo y una pérdida temprana, es que la primera se basa en la tristeza y la segunda en el miedo, miedo a morirse, a ser abandonado, etc.

Respuesta a otra pregunta: Hay una base de no diferenciación en general, es decir, no solo por la pérdida temprana sino que.... Son muy transitivos los términos vinculares en la condición de dependencia antes de la adolescencia, de la consolidación de la identidad adulta aunque esta siga creciendo. Y cualquier experiencia va a tener ese carácter transitivo, donde lo que le pasa a uno le pasa a los demás, cuanto más chico, más claro esto. Así, lo que siente la madre siente el infante, el bebé, hay una no diferenciación del otro. Dentro de la situación de dependencia, la diferenciación progresiva no llegó al punto de poder ver que lo que le pasa al otro no tiene que ver con lo que me pasa a mí, a uno, sino en términos universales, no específicos. En la pérdida temprana es en términos específicos: porque se murió el padre, él también se morirá. Por eso los procesos identificatorios reemplazan a los procesos de duelo.

Lo transitivo universal es cuando hay una cierta diferenciación. Para cualquiera de nosotros saber de la muerte de alguien, nos recuerda nuestra propia finitud: es lo universal.

Cuando se niegan las necesidades, pueden aparecer sobre todo en un proceso terapéutico, o en una buena experiencia de sentimientos. Si alguien satisface sus necesidades, puede reconocer que existen. Cuando alguien encuentra a un ser querido después de mucho tiempo, hay una nostalgia, un sentir melancólico relativamente doloroso, y toma conciencia que sentía todo eso durante la ausencia, esto se ve sobre todo en quienes niegan sus propias necesidades. Esta negación funciona como defensa, por ejemplo, negar el frío, negar su amenaza. El mecanismo defensivo, hablando en términos contemporáneos (porque en términos más clásicos tiene que ver con la pulsión) está más en función de la angustia, en cambio el mecanismo compensatorio es, a la vez que controlar la angustia, poder encontrar formas de lograr ese desarrollo del self. En la defensa la angustia domina a la persona, es más conflictivo, lo que ocurre cuando la falla empática es grande. Una terapia permite a la persona sentir lo temido, no negarlo, porque la terapia se da en un contexto protector, de contención. Los pacientes con pérdida temprana, son útiles en el trabajo analítico, ayudan.

En psicoanálisis contemporáneo, el inconciente no se ve como el inconciente de la represión, sino como una fuente de creatividad, de posibilidad de vínculo, espontaneidad, etc., y otras funciones del self. Tiene también lo anticipatorio, etc.

Hubo un paciente que tuvo una pérdida temprana del padre. Cuando chico era superdotado, e iba a cursos especiales. El padre le había enseñado mucho, pero enferma y va perdiendo su capacidad intelectual, hasta que cuando el paciente tiene 12 años, fallece, o un poco antes. Esto fue muy traumático y complicaba un vínculo ya conflictivo con la madre. Al llegar a la terapia es joven y con muchos logros profesionales, pero vivía con episodios depresivos frecuentes y dificultad para establecer vínculos gratificantes. Buscaba superficialidad, distancia en los vínculos, que no podía tolerar. Se planteaba si solamente era capaz de amar en el sufrimiento, pero en rigor, entraba en angustia de separación. Durante el tratamiento se preguntaba para qué servía el psicoanálisis, buscaba cerrarlo, por ejemplo, después de las vacaciones. Contaba también que había tenido sueños pero carecía de sentido contarlos, aun recordarlos.

Hablando de las vacaciones, dijo que se acordaba de un sueño que tuvo donde estaba en una serie de entrevistas para trabajo, pero quería entrevistarse con el jefe de los entrevistadores, y veía que de las

entrevistas, pocos salían contentos, pero decidió que igual quería tener la entrevista. En un momento en entrevistador va río abajo en un kayak y él trata de alcanzarlo. En un recodo aquél se pierde (se menciona algo relativo al musgo, no se entiende bien). El sueño lo seguimos trabajando en varias sesiones más, pero aparecen otros sueños, que traen el sentimiento de que no había podido resolver... En ese sueño había una ambulancia que corría veloz en una noche lluviosa, sacan de ella gente lastimada y aparecen muchas personas buscando ayudar, y a él se acerca un hombre para darle un beso o consolarlo de algo y no entiende porqué, empieza a mirar a todos y para él es una experiencia social. El hombre se retira, era una figura de la televisión muy popular que al acercarse tenía una presencia muy atildada, pero después, cuando él no quiere que lo bese, al irse, muestra el aspecto de haberse venido abajo, siente una gran angustia. Aparecen los sentimientos que tenía durante la enfermedad y luego la muerte de su padre: lo que veía era como se venía abajo el padre. No sentía amor, interés, cuando se alejaba, y entonces se preguntaba si solo podía amar con angustia o sufrimiento. (El profesor sigue hablando, pero no se entiende, hay mucho ruido). ¿Hay resentimiento hacia la madre por no haber podido atender al padre?

Condensado de Villena Aragón Julio, Pérdidas tempranas. Clase del 26/05/93. Cátedra de Clínica de Adultos, Facultad de Psicología. Buenos Aires, Universidad de Belgrano.

Generalidades.- En un trabajo que data de 1983 (Krueger, Steele y Hirsch, 1983), un equipo de psicoanalistas estudiaron intensivamente 105 casos de pérdida temprana de padres atendidos en psicoterapia directamente por ellos o supervisando los casos. El estudio en cuestión define como "pérdida temprana" de los padres la pérdida por muerte o separación persistente (alejamiento definitivo) de los padres entre las edades de 2 a 18 años.

La pérdida real de los padres durante el desarrollo impone un trauma con implicaciones importantes para la organización intrapsíquica. La pérdida proporciona frecuentemente una sensibilización precursora que influye en la reacción ante subsiguientes experiencias del mismo tipo. Cuando estas experiencias subsiguientes de pérdidas ocurren luego en la vida adulta, esta sensibilidad predispone a un impacto mayor del trauma actual que queda sobredeterminado por la pérdida preexistente Krueger D., Pérdida de los padres durante la niñez: impacto en el desarrollo mental y la psicopatología del adulto.

El estudio referido acentúa el papel que juegan las pérdidas tempranas en el desarrollo mental de los adultos. Aunque se encuentra primordialmente una concordancia positiva entre los duelos graves sufridos en la niñez y la depresión adulta, algunos relatos clínicos han demostrado que la pérdida de los padres por sí misma no es necesariamente patológica.

De hecho, muchos adultos que han sufrido una pérdida parental en la niñez pueden hacer ajustes adaptativos e incluso creativos frente a su grave pérdida. No se puede, por lo tanto, establecer un trazado simple (o lineal) psicogenético desde un rasgo psicopatológico adulto determinado a una pérdida traumática determinada de la infancia.

Fleming y Pollock fueron pioneros en el trabajo sobre los efectos psicológicos de la pérdida temprana de los padres. Ellos han clarificado algunos aspectos básicos: la pérdida de los padres no puede ser, en sí misma, patológica pero suele constituir el núcleo alrededor del cual se organizan los conflictos y los elementos patológicos latentes. El suceso de la pérdida misma es tan importante como el proceso de pérdida, es decir, la cadena de sucesos previos fueron puestos en movimiento por la pérdida y siguieron a la pérdida misma.

El segundo año de vida, cuando ya hay suficiente diferenciación entre el sí mismo y el otro como para experimentar la pérdida del objeto externo, fue elegido como el comienzo del registro de pérdidas tempranas y sus efectos subsiguientes en la vida. Los 18 años, por otra parte, son aceptados generalmente como una edad de separación de individualización social y psicológica de los padres, con un desarrollo de la maduración emocional suficiente como para realizar un proceso de duelo completo.

Una conclusión importante del estudio fue que el nivel de desarrollo mental alcanzado por el niño en el momento de la pérdida, (incluyendo los aspectos cognitivos, integrativos, estructurales, y las capacidades defensivas) tendrá una incidencia decisiva sobre los efectos psíquicos del trauma vivido en lo inmediato y en el desarrollo posterior, generando estructuras psíquicas que marcarán las experiencias posteriores de toda la vida.

Desde nuestra perspectiva, un análisis completo de las pérdidas tempranas debe pasar revista a:

Las diferencias en la interferencia del desarrollo madurativo generadas por la pérdida del padre vs. de la madre.

La influencia que el nivel psíquico de desarrollo alcanzado (y de estructuración del yo) en el momento de la pérdida tiene sobre la respuesta inmediata y los trastornos ulteriores.

El impacto de la pérdida según el momento del desarrollo del niño y la constelación específica de impulso/defensa, junto al cambio de "tareas" que aparece en cada fase evolutiva.

Las reacciones emocionales y adaptativas, el contexto familiar y social, tal como se dieron en el momento de la pérdida. La pérdida paterna como todo trauma limitado y concretizado que ocurre en un momento y situación específicos puede afectar de distinta manera algunas estructuras o líneas de desarrollo, mientras deja a otras relativamente intactas.

La pregunta acerca de si pueden los niños realizar un proceso de duelo, ha recibido distintas respuestas de diferentes autores. Anna Freud, por caso, sostiene que una vez lograda la constancia objetal, las reacciones de duelo de los niños pueden aproximarse al proceso interno que realizan los adultos. Bowlby, Mahler, y Wolfenstein, por su parte, encuentran que el proceso de duelo normal no es posible antes que los niños logren el desarrollo cognitivo y los atributos madurativos que caracterizan la latencia. Sostienen que la capacidad de realizar duelos sólo puede ser concomitante con el desarrollo del concepto de muerte. En mi opinión, esta amplia divergencia surge a partir de las divergencias en los autores en relación con el desarrollo intelectual del niño.

Debemos considerar que el concepto abstracto de la muerte que se establece en la pubertad, es de un nivel diferente de conceptualización que los logros previos de constancia de objeto o la reacción de pérdida del objeto que alcanza antes. Creo que existe incapacidad para completar el duelo y para aceptar la realidad de una pérdida total, por lo menos hasta el fin de la latencia. Esta limitación va acompañada de la incapacidad de los niños para aceptar la realidad emocional de una pérdida parental, dando como resultado la negación de la pérdida y de la realidad.

Esta negación, como toda defensa, tiene su propia historia dentro del proceso del desarrollo mental. La negación de la pérdida, tal como la plantea el psicoanálisis, especialmente para los niños de 2 a 5 años, es propia de una incapacidad en esta etapa del desarrollo de registrar o afirmar el significado emocional completo de cualquier suceso, tanto más cuanto que el suceso implica la habilidad para comprender el concepto abstracto de muerte y el sentido de pérdida permanente de uno o dos de los padres. Más tarde, ya en el comienzo de la latencia, la negación se vuelve algo más específica y focalizada de una realidad que puede ser aprehendida y no tanto como un proceso defensivo.

Sin el desarrollo cognitivo que permite comprender el concepto abstracto de la muerte como irrevocable y final, la pérdida es conceptualizada por el niño como una partida reversible, un distanciamiento, un desplazarse a un área geográfica lejana (podría ser el cielo). Es una fantasía común del niño que ha perdido a un padre suponer que retornará de ese lugar lejano en algún momento y permanecer esperando una reunión, primero conscientemente y más tarde de modo inconsciente.

Esta fantasía y el "fantasma" (heredero de los padres perdidos), no sufre modificaciones psicosexuales ni otros desarrollos o transformaciones a las que se ve sometida la imagen de los padres vivos. El padre o la madre vivos se ven sometidos a cambios por el correr del tiempo y las vicisitudes de la existencia, pero además, su imagen se ve transformada por los cambios en la perspectiva diferente que da la maduración del niño.

A menudo esta falta de transformación, este congelamiento, genera un "mito personal" cuya existencia se construye con recuerdos de la memoria consciente, con los datos autobiográficos y con los restos de las percepciones de la realidad registrados según la maduración en el momento de la pérdida. Estos fragmentos dejan huecos y el niño va completando las omisiones y va construyendo deformaciones mas placenteras de la realidad.

El "mito personal" es parte de la realidad psíquica (realidad interna) y se prolonga desde la historia pasada de las pérdidas hasta el presente. Aspectos de la auto percepción, la génesis del modo de vida, los logros, la relación con los éxitos y los fracasos de la vida, la vida psíquica, todo puede ser considerado a la luz del pasado, teñido por las repeticiones inducidas por las fantasías del "mito personal".

El mito personal se construye también, mediante la atribución singular de significados al suceso de la pérdida originaria, tornándose así una parte esencial de la realidad psíquica. La mezcla de fantasías y percepciones de la realidad, se genera en gran medida porque el niño carece de la habilidad para comprender y conceptuar de modo adulto la realidad dolorosa que percibe. Por ejemplo, si la pérdida ocurre y se organiza de tal modo que por ese suceso él se vuelve el "hombre de la casa" esta consecuencia (interna y ambiental) teñirá la pérdida de su padre y podrá generar considerable ansiedad y culpa por reemplazarlo, que sumarán a otros afectos difíciles (pena/pérdida).

Examinaré ahora brevemente los procesos de transferencia y de duelo implicados en las pérdidas tempranas.

a) Transferencia en los chicos con pérdidas tempranas.- Pareciera que dos tipos de transferencias predominan en los chicos con pérdida temprana de padres.

El primer tipo de transferencia consiste en una resistencia para atribuir valor emocional significativo al vínculo, restando importancia a la terapeuta, docente, sustituto, como si no existiera emocionalmente. Esta actitud mantiene la imagen internalizada de los padres perdidos intactos y resisten al cambio, al tiempo que siguen lamentando la pérdida.

Un segundo tipo de transferencia es aquella en que los actos de los chicos procuran recrear la situación de pérdida y actúan como si el docente, profesional, o encargado, etc., fuera completamente un sustituto de los padres perdidos.

El resultado de la "sombra del perdido" sobre el Yo, será expresado actualmente en la transferencia como la convicción de que el personal de la escuela-hogar verdaderamente actuará rechazándolos y abandonándolos. Estos chicos tienen una llamativa sensibilidad para percibir todo aquello que puede ser significado como rechazo. Ellos intentan activar en las personas una contratransferencia negativa vía identificaciones proyectivas e intentan transformar al personal como un padre rechazante / abandonante.

b) Duelo.- El proceso de duelo tiene su flujo propio y sus fases de desarrollo. El surgimiento de la capacidad de procesar duelos, empieza en la vida temprana, pero tiene un incremento marcado en la adolescencia y se va consolidando, a lo largo de toda la vida con las distintas pérdidas que van ocurriendo. Los duelos pueden completarse o ser detenido, simplemente congelados y fijados.

Las identificaciones por pérdidas en la etapa temprana dificultan por su rigidez la integración de una identidad adulta. Con el trabajo de duelo se podrá lograr la reactivación de crecimiento de aquellas partes congeladas del Yo. Las energías implicadas en la negación son entonces liberadas para estar al servicio del desarrollo y la maduración. La terminación del duelo es una integración y consolidación de la pérdida, y un impulso nuevo hacia vínculos y desarrollos renovados.

Remitiéndonos a nuestra preocupación (problemas de aprendizaje), la terminación del duelo tiene un significado especial ya que proporciona una oportunidad para trabajar más definitivamente el aspecto inconsciente del significado de dicha terminación, consolidando libertades nuevas y rompiendo repeticiones de heridas por pérdidas. Pareciera que los chicos con pérdida de sus padres tienen una tendencia a intentar interrumpir el "saber" "conocer" en un momento anterior a que este proceso acabe (aunque sabemos que no acaba nunca), ponen un "stop" bruscamente o para intentar una interrupción de grado bajo para no admitir, finalmente lo irreversible de la pérdida.

Podríamos pensarla esa resistencia en ocasiones como un proceso que implicara el reconocimiento de la colaboración de quienes estamos a cargo, al tiempo que realizan una denigración y negación de la importancia de la ayuda que reciben?

Examinaré finalmente la forma que asume la pérdida temprana en diferentes edades.

a) PÉRDIDAS ENTRE LOS 2 y 4 AÑOS.- La pérdida entre las edades 2 y 4 años afectan más profundamente el desarrollo narcisístico y el de los objetos parentales. Lo más destacable es la aparición de una intensa coloración de idealización que puebla las permanentes fantasías de restitución paterna. En un esfuerzo compensatorio, estos niños desarrollan fantasías centradas alrededor de un retorno eventual de los maravillosos padres perdidos.

La idealización colorea fuertemente los ensueños, a menudo implicando fantasías que los padres reales son famosos, dotados, ricos, o aristocráticos. Siendo incapaz para registrar o comprender el concepto de pérdida absoluta o permanente, el niño impone fantasías restitutivas y mantiene una imagen idealizada de los padres de quienes se espera el retorno.

Veamos algunos ejemplos. Debido a la separación de los padres y la desaparición de su madre Marisa de tres años de edad, empezó a vivir con una abuela. Una de las fantasías de Marisa era que su madre era una estrella de cine, tan bella y tan ocupada con su carrera de actriz que no tenía tiempo ni siquiera, para escribirle. Estaba convencida de que tan pronto como su carrera lo permitiera, su madre volvería por ella y su vida sería maravillosa otra vez.

Un niño que a los tres años y medio perdió a su padre, desarrolló un compañero imaginario que le hablaba en sueños cada noche, y seguían reapareciendo actualmente momentos de tensión. Era pequeño, blando, bueno, genial y asexuado, y acudía a su presencia tan pronto era convocado por su deseo. Este compañero infaltable tenía, en realidad cualidades maternas.

La glorificación del progenitor ausente, a cuya sombra grandiosa el niño puede disfrutar solo en fantasía, es un intento por conservar su autoestima, al mismo tiempo que la valoración y la existencia permanente del objeto.

La maduración, el desarrollo narcisístico y el desarrollo del sentido de sí mismo (self), tiene como aspecto central una desidealización gradual de los padres. Con la pérdida de los padres se distorsionan, hay una ruptura en el desarrollo mental de este proceso, y se produce un retorno defensivo a un nivel anterior de idealización. La idealización genera una ruptura parcial del desarrollo mental, que en parte constituye una defensa rígida contra el dolor de la pérdida.

Las pérdidas parentales en estas edades se organizan emocionalmente alrededor de exageradas idealizaciones y marcados temores de abandono. Si la autoestima es especialmente afectada, los niños que perdieron a sus padres pueden presentarse con estrictos caracteres narcisísticos, vulnerables a la depresión y a la violencia. Si sus relaciones de objeto son especialmente afectadas, pueden generar incluso estructuras borderline. Esto es más frecuente asociado con la pérdida de la madre.

La patología resultante, sin embargo, no es necesariamente narcisista ni borderline. Pero una persona que es obligado de niño a renegar una realidad demasiado penosa puede ser sumamente exigente (demandantes afectivos) y controlador, por su vulnerabilidad a todo tipo de separaciones.

b) NIÑOS DE 5 y 6 AÑOS.- El niño de esta edad que pierde a un progenitor del sexo opuesto a menudo concluye que una razón para el abandono del padre o de la madre es que él (o ella) es defectuoso, vale menos, es inadecuado y no merece ser amado.

La pérdida del padre de sexo opuesto durante esta fase de la infancia genera dificultades en áreas tales como la auto evaluación, la consolidación del sentimiento de "completud" y la autoestima. La pérdida del padre del mismo sexo, en esta etapa produce a menudo sentimientos de culpa por las fantasías originadas en la explicación que el niño se da para la razón de la partida. El niño construye su mito personal y elabora con la fantasía de que él ha sido la causa de la partida/muerte de su padre.

c) NIÑOS EN PERIODO DE LATENCIA.- En la etapa de la latencia los niños experimentan las pérdidas con una tristeza más aguda, con penas y fantasías más activas, tanto acerca de su responsabilidad como de las actividades que podrían facilitar la reconciliación. El niño latente no puede usar ya la negación tan eficazmente, y tiene mayor habilidad cognitiva como para comprender y afirmar el significado emocional de un suceso traumático de esta magnitud.

Consciente e inconscientemente las expectativas de retorno del padre o la madre distanciados tienen mas fundamento en la realidad en los casos de separación que con la muerte de uno de los padres. Con una separación/divorcio, las fantasías son de reunión, por ejemplo los padres reuniéndose nuevamente o también de, dejando los padres convivientes irse a vivir con el otro ausente.

Todavía no se encontraron muchos elementos para distinguir el impacto que tiene en el desarrollo mental las pérdidas persistentes por separación vs. las permanentes, ejemplificados por la separación vs. la muerte.

Desde el punto de vista del avance intrapsíquico del niño en desarrollo hay poca diferencia a menudo, como se perdió el padre que no está disponible como un objeto de presencia y constante con quien se pueden negociar día a día y aprender acerca de las vicisitudes de las interacciones cotidianas. Pareciera que las visitas de fines de semana no aportan lo suficiente al desarrollo mental y afectivo del niño (casos de la Escuela-Hogar). El niño necesita algún grado más significativo de contacto para que el vínculo no se construya básicamente de recuerdos, fantasías y deseos. El niño que no comparte su vida con un objeto real lo sustituye con un objeto de fantasía, incrementando la internalización del objeto insuficiente.

Los intentos de adaptación en la latencia se caracterizan por un proceso de pseudomaduración, combinado con mayor acceso consciente a las fantasías de reunión.

Veamos un ejemplo. En un caso de pérdida de la madre la chica asumió el papel de madre de toda la familia. Mientras aparecía completamente avanzada en su maduración, en realidad estaba negando y reteniendo (inconscientemente) el objeto perdido. En una introyección e identificación siendo la madre pérdida en la fantasía y en la función cotidiana no ha perdido su objeto. La familia entra en complicidad en esta negación de la pérdida y la trata como si ella fuera su madre, negando y retrasando tanto el proceso de duelo de la chica como el duelo colectivo de la familia.

Una modalidad de duelo patológico podría ser el caso de un niño que pareciera tener una identificación persistente con el objeto perdido, lo que, a través de una regresión narcisística, estabiliza una actividad auto erótica con una fantasía fijada por la pérdida y sus significados.

En un ejemplo, uno de los niños de la escuela comenzó a transvertirse con prendas de su madre después de la muerte de esta a los 4 años y luego con el ingreso a la escuela lo siguió haciendo con la ropa de sus compañeras niñas (hoy 10 años) de edad. El travestido mantenía la ilusión de la presencia de su madre como una parte suya, concretizando la negación de su pérdida.

d) PÉRDIDA PARENTAL EN LA ADOLESCENCIA.- En la adolescencia se incrementarán los procesos de internalización final de restricciones, normas e ideales, se van dejando ir los lazos infantiles con los padres, en un proceso equivalente en alguna medida al duelo por el objeto de amor perdido. Tener que confrontar bruscamente dentro del proceso ya difícil de individuación y separación de esta etapa la pérdida temprana, puede ser sumamente traumática y confusional. El adolescente que pierde a uno de sus padres puede tener dificultad por efecto del trauma recibido, aceptar mas tarde restricciones y prohibiciones internas. Puede dificultarse también la consolidación de la identidad, y la incorporación estable de ideales. Los padres perdidos en la adolescencia cuando son percibidos casi universalmente como omnipotentes, invulnerables e indestructibles. Tanto así, que el adolescente siente que puede criticarlo y atormentarlo a gusto sin tener que sentirse culpable por sus agresiones.

Para algunos la muerte del progenitor, en esta etapa, genera sentimientos de culpa y autorreproches. Ocurre como si la pérdida (ser dejado) fuera el reproche devuelto finalmente por el padre que abandona. Estas pérdidas en la adolescencia pueden dejar cerrados con llave ciertas tareas del desarrollo psíquico adolescente, tales como la posibilidad de aceptar desafíos, la rebeldía, la competitividad activa, la resolución de la envidia, la rivalidad frente al autoritarismo y las luchas por la autonomía, facetas todas imprescindibles para la evolución y el desarrollo mental de esta fase. Todas ellas pueden quedar afectadas por la pérdida concreta de un progenitor en ese momento.

Cazau P (2001) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Ballesteros J, Corrientes pedagógicas contemporáneas, Buenos Aires, Universidad Católica de Santa Fe.

Blalock Hubert (1970), Introducción a la investigación social, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1982.

Blanchard Laville Claudine, Saber y relación pedagógica, Buenos Aires, Coedición Facultad de Filosofía y Letras UBA y Novedades Educativas.

Bosch J, Contrapedagogía y conocimiento. Buenos Aires: Editorial Universidad Caece.

A.P.A., Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, Masson, 1995.

Filmus Daniel (Comp.), Los condicionantes de la calidad educativa, Buenos Aires, Revista Novedades Educativas, 1996.

Filloux Jean Claude, Intersubjetividad y formación, Buenos Aires, Coedición Facultad de Filosofía y Letras UBA y Novedades Educativas.

Flavell John, La psicología evolutiva de Jean Piaget. Buenos Aires, México, Paidós, 1991.

Follari Roberto, Psicoanálisis y sociedad: crítica del dispositivo pedagógico, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1995.

Hernández Rojas Gerardo, Paradigmas en psicología de la educación, Buenos Aires, Paidós, 1998.

Huertas Juan Antonio y otros, Motivación: querer aprender. Buenos Aires: Aique.

Kelmanowicz V, Felman B. y otras, Pinocho: una metamorfosis conceptual, aprendiendo a no fracasar: una modalidad de abordaje para los problemas de aprendizaje. Buenos Aires, Revista Sistemas familiares, Diciembre 1989.

Krueger D., Pérdida de los padres durante la niñez: impacto en el desarrollo mental y la psicopatología del adulto, American Journal of psychotherapy Nro. 4, vol XXXVII, octubre 1983. De. Stanley Lesse, MD. Traducción de Buenos Aires, Fundación para las Salud Mental.

Labaké J (1995) Es posible educar. Buenos Aires: Santillana.

Labaké J (1996) La participación de los padres en la escuela. Buenos Aires: Editorial Bonum.

Lajonquiere L, De Piaget a Freud: para repensar los aprendizajes, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.

Mauco G (1973) Educación del carácter y de la afectividad del niño. Barcelona: Nova Terra.

Mendel Gerard Sociopsicoanálisis y educación, Buenos Aires, Coedición Facultad de Filosofía y Letras UBA y Novedades Educativas.

Piaget Jean, Percepción, aprendizaje y empirismo, ensayo incluido en "Estudios de Psicología genética", Buenos Aires, Emecé Editores, 1973.

Piaget Jean (1972) Psicología y epistemología, Buenos Aires: Emecé.

Richmond P, Introducción a piaget, Madrid, Editorial Fundamentos, 1972, 2º edición.

Rivière Angel (1987) El sujeto de la psicología cognitiva. Madrid: Alianza Editorial.

PERDÓN

Generalidades.- "El perdón puede definirse considerando distintas variables, relacionadas entre sí: 1) Una transformación cognitiva-afectiva una vez que la transgresión tuvo lugar en la cual, 2) la víctima hace una evaluación realista acerca del daño ocasionado y reconoce las responsabilidades del perpetrador, pero 3) elige libremente 'cancelar la deuda', renunciando a la necesidad de revancha o de castigar al otro, o de realizar cualquier otra forma de venganza. Esta 'cancelación de deuda' también aparece 4) una 'cancelación de emociones negativas' directamente relacionadas con la transgresión. En particular, al perdonar, la víctima supera sus sentimientos de resentimiento o de rabia. En breve, por el hecho de perdonar, el individuo lastimado 5) se aleja esencialmente del rol de víctima".

"El perdón en sí mismo es distinto a la empatía, la compasión, la magnanimidad del amor, la confianza, la reconciliación, la condonación, la absolución o el altruismo, aunque estos constructos pueden formar parte del proceso de perdonar".

Franchi S, Las dimensiones del perdón. Buenos Aires: Sin indicación de editor.

Generalidades.- Enright (1996) propone la 'triada del perdón', consistente en las siguientes variables: la propensión a perdonar a otros, la propensión a pedirle perdón a otros, y la propensión a perdonarse a sí mismo.

Enright R y otros (1996) Counseling with the forgiveness triad. Counseling and Values, 40. 107-126.

PERFECCIONISMO

Perfeccionismo y delgadez.- Varios teóricos han presumido que las situaciones de estrés pueden desencadenar en una mala alimentación e incluso en trastornos alimentarios en individuos con una personalidad perfeccionista. El propósito de este estudio fue determinar si una situación de estrés revelaría una asociación entre el perfeccionismo y las medidas de los trastornos alimentarios entre estudiantes femeninos de secundaria. Una muestra de 42 estudiantes femeninos de la escuela secundaria completó la Escala Multidimensional del Perfeccionismo y el Inventario para los trastornos alimentarios tres veces: en medio de un día de escuela, el día de un examen, y en el día que recibieron la evaluación del examen. El análisis de la regresión lineal se calculó para verificar si las dimensiones del perfeccionismo estaban asociadas con las medidas de los trastornos alimentarios. El descontento con el cuerpo estuvo asociado con el perfeccionismo en las tres ocasiones, mientras que el Impulso a la Delgadez estuvo asociado con el perfeccionismo solamente el día que los estudiantes recibieron los resultados del examen. Los resultados sugieren que entre los individuos femeninos no clínicos, el estrés puede hacer significativa una relación previamente ausente entre el perfeccionismo y un deseo o un plan actual para perder peso. Tales hallazgos sugieren que el estrés puede estimular los comportamientos relacionados con los trastornos alimentarios en individuos con una personalidad perfeccionista.

Giovanni Maria Ruggiero; Deborah Levi; Arcangelo Ciuna; Sandra Sassaroli. Las situaciones de estrés revelan una asociación entre el perfeccionismo y el impulso a la delgadez. INTERNATIONAL JOURNAL OF EATING DISORDERS. 2003 SEP; 34(2):220 - 226.

PERSONA

Generalidades.- 1. Etimológicamente, la palabra "persona" viene del verbo latino *personare*, que significa: resonar, sonar, a través de; esta acepción etimológica proviene de la costumbre del teatro romano de caracterizar a los actores con una máscara o careta con la que se distinguía a los diversos personajes: "la reina", "el señor", "el esclavo"; la voz del actor resonaba a través de la máscara, "personabat". Dice Szondi que el ser humano lleva su máscara rígida (personalidad) detrás de la cual se

oculta su verdadero ser. De este significado teatral pasó al derecho romano. Persona era el que tenía su representación ante la ley; en otras palabras, un sujeto de deberes y derechos, según la conocida definición jurídica de la persona. Para esta concepción, los extranjeros, bárbaros o esclavos, no eran personas. Después, por el influjo de la naciente Iglesia Católica, que propiciaba la igualdad específica de todos los hombres, el término "persona" se aplicó a todos los individuos de la raza humana, significado que se conserva actualmente en el lenguaje común. 2. (*Psicología Analítica*) Según Jung, es el complejo funcional que se forma en el individuo como resultado de un compromiso entre éste y la sociedad. Jung dice que persona es la máscara que oculta los componentes profundos de la personalidad, y que responde a las demandas del medio cotidiano, pero que oculta el medio individual. (*Psicología Universal*) Contra este concepto de considerar al ser humano como una unidad psicofísica, la Psicología Universal sostiene que esta individualidad -indivisible- es solamente *instrumental* de lo espiritual que actúa sobre él por su carácter trascendental. Otro punto de vista es que el ser humano está organizado dentro de la sociedad y no "existe" sin la relación vital entre *Yo* y *Tú*. (Buber). 3. Según Maritain: "El ser humano no es una idea (Platón) sino una *persona*. Lo humano en él está oculto en su *existencia*. Él está ubicado en el Universo y está ante Dios".

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- "Jung utilizó este término para caracterizar la expresión del impulso arquetípico hacia la conformidad con la realidad exterior. La persona es la máscara que cubre la personalidad del individuo; es la cara que presenta al mundo exterior. En los sueños, la persona se representa en la forma de imágenes de ropa y como problemas relativos al vestir.

La identificación excesiva con la persona determina una personalidad estereotipada y falsa basada en primitivos valores y estándares de rendimiento que subrayan la necesidad de conformarse con las situaciones. Inversamente, una persona insuficiente significa una adaptación insuficiente a las demandas colectivas y sociales" (página 107).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat. 2ª edición.

Concepto jurídico.- Según el artículo 30 Código Civil argentino, persona es el ente susceptible de adquirir derechos y contraer obligaciones. La persona puede ser jurídica y de existencia visible.

Persona de existencia visible es un ente que presenta signos característicos de humanidad, sin distinción de cualidades o accidentes (artículo 51 Código Civil argentino). Son capaces de adquirir derechos y contraer obligaciones, y son tales los que no están expresamente declarados incapaces (artículo 52 Código Civil argentino).

Persona jurídica o ideal es un ente susceptible de adquirir derechos y contraer obligaciones que no sea persona de existencia visible (artículo 32 Código Civil argentino). Pueden ser de carácter público (el Estado nacional, las provincias, los municipios, la Iglesia, etc), o de carácter privado (asociaciones, fundaciones, sociedades civiles, comerciales, etc).

Condensado de Travacio M (1996) Manual de psicología forense. Buenos Aires: Oficina de publicaciones del CBC, Universidad de Buenos Aires.

La persona según George Mead.- Resumidamente, el siguiente es el planteo de G Mead sobre la persona, tomando como referencia la III parte de su libro *Espíritu, persona y sociedad*.

-La persona y el organismo.- A diferencia del cuerpo, la persona se caracteriza por ser un objeto para sí (sí mismo), o sea puede ser al mismo tiempo objeto y sujeto, es reflexiva. La persona puede tener una experiencia de sí misma y tomarse como objeto.

Pero el individuo no se experimenta a sí mismo directamente, sino indirectamente, desde los puntos de vistas de los otros del mismo grupo social, o desde el punto de vista generalizado del grupo social. El individuo se convierte en objeto para sí, solo cuando adopta actitudes de los otros individuos hacia él. La comunicación proporciona una forma de conducta donde el organismo o el individuo pueden convertirse en un objeto para sí, pero la comunicación entendida como símbolos significantes: comunicación dirigida no solo hacia los otros, sino también hacia sí mismo. La persona se habla, se replica, etc. a sí misma tal como las otras personas le hablan, le replican, etc.

Es imposible concebir la persona fuera de la experiencia social: el individuo podrá ser persona si interacciona con los demás. Vamos descubriendo como comportarnos mediante un tipo especial llamado comunicación de gestos: vamos a decir algo y eso provoca una reacción indeseable en los otros (o nosotros mismos), y entonces cambiamos lo que vamos a decir. Es esta una conversación significativa. El mismo pensamiento es una conversación interna, y es en este sentido preparatorio de la acción social.

Es normal que la personalidad sea múltiple: nos divide en tantas personas como amistades distintas tenemos; incluso hay partes de la persona que solo existen para la persona en relación consigo misma. Todas las personas elementales que forman la persona completa, reflejan, como esta última, la unidad y estructura del proceso social como un todo.

-La base genética de la persona.- El origen remoto de la persona está en la conversación de gestos entre animales, que implica reaccionar a lo que hace el otro. Sobre esta conversación se constituye en el

individuo humano el símbolo significante, que implica reaccionar no solo al otro, sino ante lo que uno mismo hace.

Surge así la 'significación' como una relación triádica: entre el gesto del individuo, la reacción del otro individuo, y esta reacción como indicador de lo que deberá hacer el primer organismo. La significación de un gesto reside en la relación de otro organismo.

Pensamos mediante símbolos, y estos son universales, en el sentido que no son individuales, sino compartidos por todos.

Tenemos al otro internalizado, que controla y determina nuestra conducta. Lo esencial para la comunicación es que el símbolo despierte en la persona de uno, lo que despierta en el otro individuo.

Las actividades lúdicas y el deporte son otros factores básicos en la génesis de la persona. Los niños usan un "doble" o compañero invisible con quien juegan. Así organizan las reacciones que provocan en otras personas y también en sí mismos. El niño en el juego adopta roles: hace de policía, de mamá, etc. Al jugar el papel, tiene en sí los estímulos que provocan esa reacción o grupo de reacciones especiales. El niño dice algo en un papel y responde en otro papel, reacción ésta que hace de estímulo para su conducta en el primer papel, y así continúa la conversación.

Luego viene el deporte organizado. A diferencia del juego, el niño que interviene en un deporte debe estar preparado para adoptar la actitud de todos los involucrados en dicho deporte, y esos diferentes papeles deben tener una relación definida entre sí. Tiene que saber qué harán los otros para seguir, tiene que adoptar todos esos papeles, en forma simultánea. Tal organización se ve en las "normas" del juego, del deporte (en la actividad lúdica no hay "normas" en este sentido) pero sí hay normas y reglas en el sentido que debe reaccionar en un papel de determinada forma ante un estímulo en otro papel.

La diferencia fundamental que existe entre el deporte y el juego está en que, en el primero, el niño tiene que tener la actitud de todos los demás que están involucrados en el juego mismo. Tal organización de actitudes es lo que controla la reacción del individuo.

-La persona, el juego, el deporte y el "otro" generalizado.- La comunidad o grupo social organizados que proporciona al individuo su unidad de persona, pueden ser llamados "el otro generalizado". La actitud del otro generalizado es la actitud de toda la comunidad. En el deporte, el otro generalizado sería el equipo del cual se forma parte.

El individuo es persona en la medida en que adopta la actitud del otro generalizado hacia él, y solo así es posible el pensamiento, sea abstracto o concreto.

Hay dos etapas generales en el pleno desarrollo de la persona. En la primera, la persona individual está constituida simplemente por una organización de actitudes particulares de otros individuos hacia el individuo y de las actitudes de los unos hacia los otros, en los actos sociales específicos en que aquel participa con ellos. Pero en la segunda etapa la persona está constituida, no solo por una organización de las actitudes de esos individuos particulares, sino también por una organización de las actitudes sociales del otro generalizado, o grupo social como un todo, al cual pertenece.

Todo este proceso tiene lugar mediante el empleo del lenguaje, basado sobre todo en el gesto vocal que tenderá a despertar en el individuo la actitud que despierta en otros. El contenido del otro que penetra en la personalidad es la reacción, en el individuo, que su gesto provoca en el otro.

Por conciencia de sí entendemos un despertar, en nosotros, del grupo de actitudes que provocamos en otros. En cambio conciencia se refiere simplemente al campo de la experiencia, pero conciencia de sí ya es la capacidad para provocar en nosotros una serie de reacciones definidas que pertenecen a otros componentes del grupo. Por supuesto no somos solamente lo que es común a todos, tenemos nuestra individualidad, pero es preciso que haya una estructura común para que podamos ser miembros de la comunidad.

-La persona y lo subjetivo.- El proceso del cual surge la persona, es un proceso social que involucra la interacción de los individuos del grupo e involucra la pre-existencia del grupo.

Conciencia significa experiencias, pero no es lo mismo experiencia subjetiva que experiencia reflexiva. Esta última es una experiencia subjetiva pero con una particularidad: en ella nos tomamos a nosotros mismos como objeto. Para que haya persona debe haber una experiencia reflexiva. La conciencia de sí. Lo que constituye una persona es el proceso social de influir sobre otros y luego adoptar la actitud de los otros que ha sido provocada por el estímulo, y por fin reaccionar a su turno frente a esa reacción. La adopción y experimentación de la actitud del otro es lo que constituye la conciencia de sí. La conciencia de sí es un fenómeno esencialmente cognoscitivo, antes que emocional, es la posición central del pensamiento. La esencia de la persona es cognoscitiva.

-La persona, el "yo" y el "mí".- El yo reacciona a la persona que surge gracias a la adopción de las actitudes de los otros. Mediante la adopción de dichas actitudes, hemos introducido el "mí", y reaccionamos a él como a un "yo". En otras palabras, las actitudes de los otros constituyen el "mí" organizado, y luego uno reacciona hacia ellas como un "yo". El mí actúa. El yo observa esa acción una vez concluida, o sea, se accede a la conciencia de sí.

El "yo" provoca al "mí" y al mismo tiempo reacciona a él. La persona es esencialmente un proceso social que se lleva a cabo, con estas dos fases distinguibles.

-La persona, las actitudes sociales y el mundo físico.- La persona no es una cosa sino un proceso, un proceso por el cual el individuo internaliza el acto social y se convierte en su 'espíritu', e incluye las actitudes de los otros. Lo que se internaliza es la conversación de gestos. Mediante este proceso el individuo es influenciado por los demás, pero también él influencia a los otros, al entorno social.

El individuo reacciona al mundo físico, a las cosas inanimadas, del mismo modo como lo hace con las demás personas, pues así como las personas reaccionan a lo que nosotros hacemos, la naturaleza también lo hace, o sea, a su manera también es inteligible. Cuando el ingeniero hace el puente habla con la naturaleza: ésta le presenta a su vez tensiones y precisiones que el ingeniero debe encarar. Habla con la naturaleza y ésta le replica.

-El espíritu como internalización del proceso social en el individuo.- Persona y espíritu son procesos sociales donde se internaliza la conversación de gestos en la conducta del organismo individual, de forma que éste adopta las actitudes de los otros provocadas por la actitud de él. El "mí" es ese grupo de actitudes organizadas a las cuales el individuo reacciona como un "yo".

Las actitudes forman parte de la reacción social: los gritos no son gestos vocales, a menos que provoquen ciertas reacciones en los otros que los están escuchando. El espíritu es simplemente este juego recíproco de tales gestos en la forma de símbolos significantes. Una palabra es símbolo signifiante en la medida que suscita una reacción en quien la escucha, ya que esto implica que dicha palabra tiene un significado para el otro.

-El yo y el mí como fases de la persona.- El mí es lo que aparece en nuestra experiencia inmediata cuando adoptamos la actitud del otro. Frente a mí se constituye luego el yo, que es la reacción del individuo a la actitud del otro pero en tanto ésta se encuentra internalizada en la propia conciencia. O sea, La persona reacciona tanto a lo que hacen los otros (ahí funciona como mí) como a lo que ella misma hace frente a los otros (ahí funciona como yo). Solo en la medida que funciona como yo puede influir y producir cambios en la sociedad, aunque sean imperceptibles.

-La realización de la persona en la situación social.- La realización de la persona en la situación social donde está, es otra fase del desarrollo de la persona, además del mí y el yo. La persona tiene posibilidades de realizarse, posibilidades que están más allá de nuestra experiencia inmediata. La tarea es entonces conocer esas posibilidades las cuales solo pueden concretarse o realizarse en el intercambio social en el cual nosotros modificamos el entorno. Detrás de esto existe entonces un sentimiento de 'poder hacerlo' un sentimiento de superioridad.

-Las contribuciones del "yo" y del "mí".- El mí puede ser considerado como dolor de la forma del yo. La novedad aparece en la acción del yo, pero la estructura, la forma de la persona (el mí) es convencional. Esto se ve especialmente en el artista que innova permanentemente. Lo contrario sería la conducta impulsiva donde no hay innovación sino repetición.

-La creatividad social de la persona emergente.- El "mí" es esencialmente un miembro del grupo social: sus valores son los valores que pertenecen a la sociedad. La acción del mí está calculada, no así la acción del "yo", el cual representa una reestructuración de la sociedad y, por lo tanto, del mí que pertenece a dicha sociedad. La reacción del yo involucra adaptación: el individuo afecta a su propio medio al mismo tiempo que es afectado por éste. Muchos cambios sociales importantes resultan del genio individual de ciertas personas, pero la reacción de yo puede también degradar el estado social (por ejemplo, el populacho).

-Teorías individualista y social de la persona. Comparación.- La teoría social supone un proceso u orden social como precondition lógica y biológica para la aparición de la persona en los organismos individuales, mientras que la teoría individualista supone a las personas individuales como los presupuestos lógicos y biológicos del proceso social u orden dentro del cual interactúan. Mead sostiene el primer punto de vista o sea que para él, el proceso social presupone el espíritu y en cierto sentido es producto de él.

Resumen de Mead G (1978) Espíritu, persona y sociedad. Buenos Aires: Hormé. Parte III.

Según Jung.- Es la máscara que debe utilizar el sujeto en su vida cotidiana, con lo cual este no muestra toda su personalidad, sino una parte, porque no controla esta totalidad. En cada situación social, el individuo usará diferentes máscaras: será un niño con la madre, un alumno con el profesor, etc. La persona sirve para cubrir la vida íntima del individuo frente a los demás, y al mismo tiempo permite al individuo adaptarse al medio en los términos que más le conviene (la sociedad tiende a categorizar, y elegir una persona es ubicarse en una categoría).

Asumiendo distintas formas, la persona termina identificándose con el yo (que es una pequeña parte de la conciencia), constituyéndose así un "complejo del yo". Por yo Jung entiende "un complejo de representaciones que constituye el centro de mi zona consciente y que me parece de máxima continuidad e identidad".

La persona es representada en los sueños y otras formaciones simbólicas bajo diversas formas: un anciano, un payaso, un vagabundo, etc. La persona representa siempre la actitud consciente, por lo que está en el polo opuesto al inconsciente, y todos los fines de la persona estarán contrapesados por fines equivalentes en el inconsciente: una persona "buena" sufrirá fuertes presiones para ser mala o inmoral, etc., a una persona muy "científica" el inconsciente lo presionará para ser irracional, etc. (Proffoff Ira, "La psicología de Jung y su significación social", Buenos Aires, Paidós, 1967, pág. 109-112). Un extremo en

la persona será equilibrado por un extremo en el inconciente: cuanto más el sujeto extreme las cosas concientemente, por ejemplo cuanto más quiera mostrar algo, más querrá ocultar lo inconciente.
Ostrov León, Clases año 1978, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

PERSONALIDAD

Definición.- La suma total de todas las cualidades, rasgos y conductas que caracterizan a una persona y por la cual, junto con sus atributos físicos, la persona es percibida como un individuo.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Generalidades.- En general, hoy se admite que la personalidad es producto de la herencia y del medio ambiente. La herencia es el conjunto de rasgos que están definidos desde antes del nacimiento, particularmente en el código genético del individuo, mientras que el ambiente es el conjunto de influencias que recibe el sujeto del medio que lo rodea. Como no existen dos personas que tengan el mismo código genético ni hayan vivido las mismas experiencias en su ambiente, la personalidad es algo único e irrepetible.

La personalidad se moldea en los primeros años de vida, y puede cambiarse hasta cierto punto si el ambiente o la herencia pueden ser modificados. El cambio en la herencia no es aún -para bien o para mal- una realidad, aunque teóricamente existe la posibilidad de hacerlo en el ser humano alterando los genes mediante ingeniería genética.

Definición.- Se entiende por personalidad aquella parte del funcionamiento personal que es resistente al cambio, se encuentra consolidada y posee una generalidad y una coherencia de respuestas en distintos tiempos y distintas situaciones.

Belloch A, Sandín B y Ramos F, "Manual de Psicopatología", Volumen II, Madrid, McGraw-Hill, 1996, capítulo 16.

Definición.- Forma de ser de una persona debida a la peculiar configuración de sus rasgos psicológicos. Es una estructura dinámica modelada por condiciones fisiológicas y psico-socio-culturales.

Se manifiesta en la conducta, la que expresa la relación entre demandas internas y situacionales, constituyendo un intento por adaptarse a condiciones internas y externas. Tiene también un aspecto latente, que puede inferirse por los tests proyectivos a partir de lo manifiesto. Los motivos latentes determinan gran parte de la conducta.

Celener Graciela, Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (Ort-Tat), publicación interna de la Cátedra de Técnicas psicodiagnósticas II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Según Bleger.- a) La personalidad es el centro de estudio de la psicología, porque es la unidad a la que quedan referidas todas sus manifestaciones: conducta, motivación, etc. b) La personalidad no es un todo que resulta del agregado de cientos de conductas, sino que, inversamente, la estructura de la personalidad es la que se manifiesta en cada uno de esos cientos de conductas. d) La personalidad de caracteriza por ser una totalidad con una organización de relativa estabilidad, unidad e integración. Implica el nivel de integración más evolucionado y perfecto de todo lo existente, de manera tal que el grado de complejidad alcanza en ella su punto máximo, no sólo por la aparición de características peculiares y únicas, sino también porque se resumen o confluyen en ella todos los niveles y categorías preexistentes en la evolución. d) La personalidad es dinámica, cambiante, está sometida a fluctuaciones entre evolución y regresión y entre integración y dispersión. Esta dinámica coexiste con la persistencia de su continuidad. e) La personalidad no es homogénea sino que se polariza o diferencia en partes que guardan entre sí todas las diversas relaciones posibles, incluida la de coexistir unitariamente dentro de un solo sistema. f) La personalidad está dada por el conjunto organizado de la totalidad de conductas. g) La personalidad se puede clasificar en función del predominio de las estructuras de conducta, y estudiando la dinámica de la personalidad se encuentra que hay una cierta organización polar predominante. Por ejemplo, organizaciones polares de la personalidad son la fóbica (evitación-invasión), histérica (represión-demostración), paranoide (confiado-desconfiado), obsesivo (controlado-desparramado), etc.
Bleger José, Psicología de la conducta. Buenos Aires: Paidós, págs. 231-239.

Definición.- Estructura dinámica que relaciona al organismo-persona (impulsos, "objetos" y defensas) con un mundo circundante que determina relativamente sus conductas. Así, los rasgos de carácter y el temperamento están dentro de la personalidad.

Condensado de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión.

Personalidad y carácter.- El repertorio de conductas privilegiadas sería la personalidad, y las pautas de conducta más habituales, persistentes y más influidas por los cambios situacionales, el carácter. Lo que vemos cambiar durante la adolescencia es el carácter. La personalidad sólo orientará hacia donde se

puede dar el cambio. En la mediana adolescencia, los rasgos de carácter de la pubertad se constituyen en el carácter, que será la estructura de conducta, expresión de la función mediatizadora del Yo. Condensado de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión.

Clasificación de personalidades patológicas.- Según el predominio de los mecanismos de represión o de disociación, para Kernberg cabe distinguir:

- a) Personalidades de nivel superior: personalidad histérica.
- b) Personalidades de nivel medio: personalidad infantil.
- c) Personalidades de nivel inferior: personalidad narcisista. Los desórdenes caracterológicos de "nivel inferior" constituyen la patología más severa, típicamente representada por el carácter caótico e impulsivo, en contraposición con los clásicos tipos de formación reactiva y los más moderados 'rasgos evitativos'.

No son estructuras fronterizas las típicas personalidades histéricas, ni la mayoría de las personalidades obsesivo-compulsivas, depresivas y masoquistas mejor integradas. Pero sí presentan una organización fronteriza muchas personalidades infantiles, las narcisistas, las "como si" y las antisociales.

Kernberg Otto (1991) Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Buenos Aires: Paidós.

Kernberg Otto (1989) Trastornos graves de la personalidad. Buenos Aires: Paidós.

Esquema de la personalidad.- Término de Kretschmer (Alemán: *Persönlichkeitsschema*) que expresa el esquema que tiene cada persona sobre su personalidad, en la misma forma como tiene un esquema físico. Este esquema se cambia durante la vida según los procesos de madurez.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Teoría de la personalidad de Rogers.- Rogers planteó una teoría del desarrollo de la personalidad y la dinámica de la conducta, de la siguiente forma.

A. El niño tiene las siguientes características: 1) percibe su experiencia con su única realidad. Tiene así las posibilidades de tomar conciencia de lo que es la realidad para él: puede asumir totalmente su marco de referencia interno; 2) tiende innatamente a actualizar sus potencialidades; 3) interactúa con la realidad para posibilitar esa actualización; 4) en dicha interacción él se comporta como una gestalt o totalidad organizada; 5) por un proceso de valoración orgánica, acepta o rechaza las experiencias positivas o negativas para su organismo en desarrollo; 6) busca experiencias que percibe como positivas y rechaza las percibidas como negativas.

B. Desarrollo del yo: 1) el yo empieza a diferenciarse como experiencia del yo cuando una parte de su experiencia se simboliza en la conciencia; 2) tras la interacción organismo-medio, la conciencia de ser y actuar como individuo aumenta y se organiza para formar el concepto de yo, el que pasa a integrar el campo de la percepción.

C. Necesidad de consideración positiva: 1) surge a medida que se exterioriza la conciencia del yo, y es universal. Es recíproca, pues cuando el individuo satisface la necesidad del otro se da cuenta de la suya propia; se forma así un complejo de consideración.

D. Desarrollo de la necesidad de consideración positiva de sí mismo: 1) esta necesidad es independiente de la consideración de los demás; 2) es adquirida a partir de asociar experiencias del yo con la satisfacción o frustración de la necesidad de consideración positiva; 3) el sujeto hace la consideración positiva independientemente de los demás; se convierte en su propio criterio; 4) toda consideración positiva de los demás o de sí mismo se comunica al complejo de consideración del yo global.

E. Desarrollo de la valoración condicional: 1) el individuo selecciona su propia consideración a sí mismo porque también los demás seleccionan las experiencias de él mismo; 2) hay valoración condicional cuando una experiencia del yo es buscada o evitada al ser percibida como más (o menos) digna de consideración de sí mismo; 3) si hay consideración positiva incondicional, ésta coincide con la valoración orgánica. Esto equivale al funcionamiento óptimo del psiquismo, y es raro encontrarlo.

F. Desarrollo de la incongruencia yo-experiencia: 1) por la valoración condicional, el sujeto percibe selectivamente su experiencia; a) las experiencias acordes con su valoración condicional son percibidas y simbolizadas adecuadamente en la conciencia; b) las experiencias no acordes son distorsionadas o negadas; 2) éstas últimas no se reconocen como experiencias del yo, o sea no se simbolizan correctamente; 3) así, ante la primera percepción selectiva hay un comienzo de incongruencia entre yo y experiencia, o sea cierto grado de desadaptación psicológica.

G. Desarrollo de discrepancias en la conducta: 1) la incongruencia yo-experiencia lleva a una incongruencia en la conducta: algunas conductas son coherentes con el concepto de yo y lo enriquecen y actualizan. Son adecuadamente simbolizadas. Otras conductas no se reconocen o se perciben distorsionadamente para que sean congruentes con el yo.

H. Experiencia de amenaza y proceso defensivo: 1) las experiencias no congruentes con el yo se subciben como amenazantes; 2) si la experiencia amenazante es adecuadamente simbolizada se produce angustia; 3) la defensa impide la aparición de hechos perturbadores; defensa significa percepción

selectiva (distorsión y/o negación del acceso de la experiencia a la conciencia), lo que preserva la congruencia; 4) la defensa lleva además a la rigidez conceptual y a la discriminación insuficiente.

I. Proceso de crisis y desorganización psíquica: 1) si se acentúa la incongruencia, la defensa empieza a no servir; 2) la incongruencia se subcibe como angustia; 3) al fallar la defensa, la experiencia se simboliza adecuadamente en la conciencia, lo que genera desorganización psíquica; 4) en dicho estado aparecen conductas extrañas e inestables, sea que formen o no parte de la estructura del yo.

J. Proceso de reintegración: En G y H, y más raramente en I, ocurre la reintegración, caracterizada por: 1) para que la defensa revierta su proceso, o sea para que la experiencia amenazante sea simbolizada en la conciencia y asimilada a la estructura yoica, el sujeto debe valorar su experiencia en forma menos condicional, aumentando el nivel de consideración positiva de sí mismo; 2) una forma de lograr esto es comunicando al cliente una consideración positiva incondicional, para lo cual se precisa un contexto de comprensión empática; 3) así, el sujeto es menos sensible a las experiencias amenazantes, aumenta su congruencia como así también la consideración positiva hacia sí mismo y hacia los demás. Aumenta la adaptación psicológica y la conducta empieza a ser regulada por el proceso de valoración orgánica.

Rogers define operacionalmente algunos conceptos importantes como por ejemplo el yo (es como el sujeto se describe tal como se ve en un momento dado), y la defensa (es la diferencia de los tiempos de reacción en la discriminación entre palabras neutras y amenazantes, presentadas al sujeto mediante un taquitoscopio).

Teoría del funcionamiento óptimo de la personalidad.- La persona con funcionamiento óptimo está abierta a la experiencia, no manifiesta conductas defensivas y por lo tanto todas sus experiencias son accesibles a la conciencia. Sus percepciones son tan exactas como lo permiten sus experiencias; la estructura del yo es congruente con la experiencia, y es una gestalt fluida que cambia con nuevas experiencias. El proceso de valoración es continuo y no está sujeto a condiciones externas. Tiene un sentimiento de consideración positiva incondicional hacia sí mismo; es adaptable y creativo.

Desdoblamiento de la personalidad.- (*Psicoanálisis*) Fenómeno observado especialmente en los histéricos; hay dos estados concientes en el sujeto despierto, alternándose, sin tener relación o comunicación uno con el otro. Por división de la personalidad pueden existir diferentes estados concientes denominándose este fenómeno "*personalidad múltiple*" (Al: *Bewusstseinsspaltung*; Fr.: *dédoublement de la personnalité*, o: *condition seconde*; I.: *Spitting or dissociation of consciousness*).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Personalidad doble o múltiple.- Organización anormal de un individuo, debido a la cual se ponen de manifiesto en él, simultáneamente o en diferentes momentos, dos sistemas de personalidad diferentes. Observada generalmente en los pacientes esquizofrénicos, consiste en imaginar que son otras personas o que otras personas residen en ellos, llegando al desplazamiento completo de la personalidad real del paciente. En otros períodos el paciente cambia muchas veces de identidad (Alemán: *doppelte Persönlichkeit*; Francés: *Dédoublement de la personnalité*; Inglés: *Dual personality*).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Personalidad psicopática.- Tipo de personalidad que, sin tener un déficit de desarrollo mental ni sufrir una verdadera enfermedad psíquica (sobrevinida en un momento dado, en franco contraste con su anterior normalidad), vive en un inestable equilibrio intrapsíquico, fácilmente perturbado cuando las circunstancias ambientales se hacen desfavorables, engendrándose entonces alteraciones de la conducta. La personalidad psicopática según la definición del *Departament of Mental Hygiene of New York State* está caracterizada "por la inmadurez emocional o infantilismo psíquico con marcada defeción del juicio, y falta de capacidad para aprender algo por propia experiencia".

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Personalidad y estado de ánimo.- La valoración de la personalidad proporciona una descripción de las necesidades emocionales fundamentales de una persona y de los procesos cognitivos más altos que modulan los pensamientos, sentimientos, y comportamientos. La valoración de la personalidad puede permitir la predicción de los cambios del estado anímico en el tiempo en un estudio longitudinal, tal como se describe en estudios prospectivos anteriores por Paula Clayton y otros. Método Un grupo de 631 adultos representativos de la población en general completó el "Temperament and Character Inventory (TCI)" y el "Center for Epidemiological Studies depression scale (CES-D)", al inicio del estudio y un año más tarde.

Los índices de TCI, al inicio del estudio, consideraron diferencias del género en niveles de depresión. Los índices de personalidad TCI estuvieron fuertemente estables (rango en $r = .78$ a $.85$ para cada una de las siete dimensiones), mientras que el estado anímico estuvo solamente moderadamente estable ($r = .62$) durante el seguimiento de doce meses. Los índices de personalidad al inicio del estudio, (particularmente alta evitación al daño y baja auto-Dirección) explicaron el 44% de la variación en el cambio de la depresión. Los niveles iniciales y los cambios en la "evitación del daño y la auto-dirección" explicaron el 52% de la variación en el cambio de la depresión durante el seguimiento.

Los niveles observables de la personalidad predicen fuertemente los cambios del estado anímico. El desarrollo de la personalidad puede reducir la vulnerabilidad a la depresión futura.

Cloninger R y otros, ¿Puede la valoración de la personalidad predecir futuras depresiones? Un seguimiento de doce meses en 631 sujetos. J AFFECT DISORD. 2006 MAY; 92(1).

Personalidad y bienestar subjetivo.- "El presente trabajo estudia la relación existente entre las dimensiones de personalidad (extraversión y neuroticismo) y bienestar subjetivo. El bienestar subjetivo parece estar asociado tanto con la extraversión como con el neuroticismo, y el neuroticismo se considera la dimensión más importante. Un total de 368 estudiantes de la Universidad Rovira i Virgili cumplieron los siguientes cuestionarios: las subescalas de Extraversión y Neuroticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck-Revisado (EPQ-R; Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985), la Escala de Satisfacción en la Vida (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), y la escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Los análisis de regresión múltiple mostraron que, dentro de las variables de personalidad, el neuroticismo era la variable con mayor valor predictivo. Asimismo, el neuroticismo explicaba el 44% de la varianza de bienestar subjetivo, mientras que la extraversión solamente explicaba el 8%".

Chico Librán E, Dimensiones de personalidad y bienestar subjetivo. FUENTE: THE SPANISH JOURNAL OF PSYCHOLOGY. 2006 MAY; 9(1)

Personalidad y resistencia y vulnerabilidad al trauma.- El objetivo del presente estudio consiste en examinar el rol de diversas variables de personalidad (empatía, comprensibilidad, reto y sentido del humor) como moderadores de la relación entre las demandas laborales (tarea traumática y sobrecarga) con el estrés traumático secundario. 175 trabajadores de los servicios de emergencia de la Comunidad de Madrid completaron el Cuestionario de Estrés Traumático Secundario. Los resultados de los análisis de regresión múltiple jerárquica aportan evidencia del papel moderador de las variables de personalidad en el proceso del estrés traumático secundario. Finalmente, la discusión enfatiza la necesidad de centrar la atención en la interacción entre los factores de personalidad y las demandas laborales y contextuales para avanzar en la comprensión del proceso del trauma en trabajadores de emergencias.

Bernardo Moreno Jiménez; María Eugenia Morante Benadero; Raquel Rodríguez Carvajal; Alfredo Rodríguez Muñoz.

Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: el efecto moderador de las variables de personalidad. PSICOTHEMA.

2008;20(1):124-130.

PERSUASIÓN

Definición.- "Intento deliberado de una persona o bando para influir en las actitudes o conductas de otros, con el objeto de alcanzar algún fin preestablecido".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 623.

PESADILLA

Definición.- "Parasomnia que afecta al sueño REM y aparece, por lo tanto, en la segunda mitad de la noche. Se produce una activación vegetativa mucho menos intensa que en el terror nocturno y, si se despierta a la persona que la sufre, muestra una reacción leve de ansiedad-miedo. El recuerdo posterior suele ser vívido, pudiendo el sujeto relatar con detalle el contenido del sueño angustioso. El fenómeno es banal y frecuente, observándose en el 5 % de la población, con mayor incidencia en la infancia. Los accesos repetidos manifiestan una psicopatología ansiosa o depresiva; también se han descrito como características del trastorno por estrés postraumático. En estos casos estaría indicado su tratamiento, para el que son eficaces los antidepresivos y los ansiolíticos".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Pesadillas en hospitales.- Objetivo: Evaluar la frecuencia de pesadillas en pacientes sin antecedentes psiquiátricos internados en un hospital general comparada con pacientes que consultan ambulatoriamente en el servicio de psiquiatría del mismo hospital. Se entrevistaron 50 pacientes internados sin antecedentes psiquiátricos previos (grupo I) y 100 pacientes psiquiátricos ambulatorios (grupo II). En el grupo I se interrogó sobre la presencia de pesadillas durante la internación y en el grupo II durante los dos meses previos a la consulta.

Resultados: Pesadillas grupo I: 16%, grupo II: 31%. Pesadillas en grupo I: 25% de pacientes internados en cirugía, 25% en terapia intensiva, 20% en oncología y 6% en clínica médica. Pesadillas en grupo II: 50% de pacientes con trastornos alimentarios, 35% trastornos depresivos, 29% con diagnóstico de VIH, 29% con trastorno adaptativo, 26% evaluados para cirugía por obesidad y 20 % trastorno de ansiedad.

Conclusiones: Los pacientes con trastornos psiquiátricos padecen pesadillas con mayor frecuencia que los pacientes internados. Es importante su investigación ya que si no se trata puede ocasionar malestar significativo.

García de Amusquibar A y de Simone C, Evaluación de pesadillas en un hospital general. ANALES DE PSIQUIATRÍA.

2006; 22(7).

PESO

Depresión y ansiedad en personas de bajo peso al nacer.- Poco se sabe sobre los perfiles a largo plazo de la sintomatología depresiva y ansiosa en el curso de la vida y sobre los determinantes del desarrollo de diversas trayectorias. El objetivo de este estudio que publica la revista "Biological Psychiatry" ha sido identificar una nueva tipología de síntomas depresivos y de ansiedad en el curso de la vida y examinar sus antecedentes de neurodesarrollo en una muestra epidemiológica.

Ian Colman, de la Universidad de Alberta, y colegas de Gran Bretaña, estudiaron los antecedentes de 4.600 británicos nacidos en 1946 que participaron en un estudio de 40 años.

Se descubrió que incluso personas con síntomas leves o moderados de depresión o ansiedad durante el curso de su vida fueron bebés más pequeños que aquellos con mejor salud mental. "Esto sugiere una relación dosis-respuesta. Cuanto más disminuye el peso al nacer, progresivamente, es más probable que un individuo sufra desórdenes anímicos más adelante en la vida", agregó Colman.

Los investigadores simplemente observaron los antecedentes médicos y no examinaron una posible causa. Colman expresó que es posible que cuando las madres están estresadas, las hormonas del estrés pasen al feto a través de la placenta. Si esta teoría es correcta, se encontraría que cuando ocurren sucesos estresantes, las personas que fueron bebés más pequeños serían más propensas a deprimirse o ponerse ansiosas.

"Uno de los hallazgos sorprendentes en nuestra investigación fue que las personas con peor salud mental a lo largo de sus vidas también habían llegado a momentos clave del desarrollo, como pararse o caminar por primera vez, más tarde que aquellos que tuvieron mejor salud mental", añadió.

Más notablemente, el grupo que tuvo ausencia de síntomas registró los pesos al nacer más elevados, mientras que el grupo con síntomas severos repetidos tuvo el peso más bajo al nacer. No todos los bebés pequeños están destinados a tener una mala salud mental, explicaron los investigadores, destacando que en los registros de 1946 no se indicaba si un niño nació prematuramente.

"Nacer pequeño no es necesariamente un problema. Es un problema si uno nació pequeño por condiciones adversas en el útero y en este estudio buscamos un bajo peso al nacer porque está considerado como una señal de estrés en el útero", dijo Colman.

Las personas con bajo peso al nacer son más propensas a padecer depresión y ansiedad a lo largo de su vida.

BIOLOGICAL PSYCHIATRY. 2007 DIC;62(11):1265-1271.

PLANIFICACIÓN

Generalidades.- La planificación es un cálculo que precede y preside la acción. Planificar es el intento del hombre por crear su propio futuro y no ser arrastrado por los hechos. Es, por tanto, una herramienta para conquistar grados crecientes de libertad.

La planificación se realiza siempre en un medio resistente, no inerte o pasivo, donde existen fuerzas en conflicto que según algunos son algo indefinido, y según otros son fuerzas sociales concretas.

Hay dos extremos: la planificación formal o normativa, y la informal. Ninguna funciona bien, por lo que debemos buscar una situación intermedia en la planificación situacional.

Matus critica la planificación normativa que, como el lecho de Procusto (bandido que acomodaba sus víctimas cortándolas según el tamaño del lecho) intenta acomodar la realidad a su modelo normativo.

Matus compara dos tipos de planificación: la normativa o tradicional, y la estratégica o situacional. La primera de ellas fue hecha para una planificación económica, por lo que su aplicación a la salud es una extrapolación.

La planificación normativa ajusta la teoría a la realidad, lo que fracasa, porque encuentra resistencias y obstáculos. Es una planificación tipo "libro", donde se imponen verticalmente sobre la sociedad una serie de pautas preestablecidas e inmodificables, con lo cual algunas necesidades de la población no serán satisfechas. Por ejemplo, esta planificación puede dar por sentado que la gente sabe leer cuando repartan folletos sobre prevención de alguna enfermedad.

La planificación estratégica, llamada también situacional, es aquella que se adecua a las necesidades de la población, y por lo tanto puede ser modificada sobre la marcha. La planificación estratégica va acompañada por un pensamiento estratégico, es decir, aúna lo técnico-científico con lo político.

Esta planificación tiene en cuenta dos factores: el conflicto y el poder. El primero no era considerado por la planificación normativa porque ella suponía que no iba a encontrar resistencias en la población. En cuanto al poder, la planificación estratégica lo toma en cuenta en la medida en que se relaciona con la idea de que el desarrollo económico iría acompañado de un desarrollo social.

La planificación estratégica tiene cuatro momentos, y la planificación normativa llega solo hasta el segundo momento.

Los cuatro momentos de la planificación situacional o estratégica comprende cuatro momentos (y no etapas, pues tienen un orden cambiante según cada situación) son: explicativo, normativo, estratégico y táctico-operacional. El momento explicativo identifica problemas y busca explicar las causas que lo generan. En el momento normativo se plantea cómo debe ser la realidad. El momento estratégico estudia

la viabilidad del diseño normativo anterior. Aquí aparecerán obstáculos políticos, culturales, organizativos, etc., y en este momento se estudia cómo sortearlos. El momento táctico-operacional tiene cuatro etapas: a) Apreciación de la situación de coyuntura. b) Pre-evaluación de las decisiones posibles. c) Decisión y ejecución. d) Post-evaluación de las decisiones tomadas o apreciación de la nueva situación. Matus, Planificación, libertad y conflicto. Ficha de la Cátedra de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

PODER

Generalidades.- "El poder puro implica la habilidad para controlar a otros físicamente a través de la manipulación del premio o del castigo, o a través de la manipulación de la información. Implica que otros no tengan otra alternativa porque no son lo suficientemente fuertes para tomar una determinación o porque no cuentan con los recursos necesarios para hacerlo. Es lo que los sociólogos llaman 'autoridad no legítima'. La autoridad legítima, por otra parte, implica que los subordinados obedecen... voluntariamente porque aceptan también ... el sistema por medio del cual se llegó a ese nivel de autoridad para dar órdenes, es decir, le reconocen a la persona que tiene autoridad el derecho de mandar".

Schein E., Psicología de las organizaciones.

POLICRATISMO

Definición.- 1. Una superstición que consiste en el temor de que las cosas le vayan demasiado bien a uno, porque eso puede provocar un castigo de Dios proporcionalmente lamentable. 2. En *Psicoanálisis* esta superstición se manifestó como proveniente de una conciencia enferma por fantasías personales reprimidas. El origen del término es la historia del rey griego Polícrates.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

POLIGAMIA

Generalidades.- Forma de organización económica, social y cultural que determina un uso de la sexualidad, una relación entre un hombre y varias mujeres (poliginia), o una mujer y varios hombres (poliandria). Puede suponer una suma de monogamias, es decir, relaciones alternativas con diferentes parejas, como ocurre entre los baules en Costa de Marfil. Así sucedía también entre los pobladores prehispánicos de la isla de Lanzarote. La poligamia no siempre implica heterosexualidad. El matrimonio supone sancionar legalmente la relación, con la posibilidad o no de ruptura futura".

Barragán Medero F, (1991), *La educación sexual. Guía teórica y práctica*. Barcelona: Paidós, pág. 154.

PORTAVOZ

Según Aulagnier.- El discurso materno cumple una función en la estructuración de la psique del niño: es 'portavoz' del infans (comenta, predice, festeja lo que él hace), y al mismo tiempo es portavoz de un orden exterior, con sus leyes y exigencias.

Aulagnier Piera, La violencia de la interpretación, p. 3.

POSICIÓN

Posición según M. Klein.- "Término utilizado por la teoría kleiniana para describir ciertas configuraciones de las relaciones con los objetos y de la distribución de la libido, a través de las cuales pasa el individuo durante su desarrollo. Las dos posiciones que han sido establecidas en esta teoría son la esquizo-paranoide y la depresiva, pese a que se hacen referencias, también, a una posición maníaca. El concepto tiene afinidades con el concepto clásico de 'etapa del desarrollo libidinal', pero difiere en el sentido de que hace referencia a pautas de fantasía y de relaciones con los objetos antes que al apego a un objeto en particular y a la zona erógena. Ambas posiciones ocurren en el primer año de vida, durante la etapa oral de la teoría clásica".

Rycroft C, "Diccionario de psicoanálisis", Buenos Aires, Paidós, 1976, pág. 90.

Posición esquizoparanoide según M. Klein.- Para la teoría kleiniana es la primera fase del desarrollo, correspondiente a los cuatro primeros meses de vida. Se caracteriza por la relación con objetos parciales, el predominio de escisión en el Yo y en el objeto y la ansiedad paranoide. Se reactiva en el adulto especialmente en los estados paranoico y esquizofrénico.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Posición esquizoparanoide según M. Klein.- "La primera fase del desarrollo. Se caracteriza por la relación con objetos parciales, el predominio de escisión en el yo y en el objeto, y la ansiedad paranoide". Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 124.

Posición esquizoparanoide según M. Klein.- "Modalidad de las relaciones de objeto específica de los cuatro primeros meses de la existencia, pero que puede volver a encontrarse durante la infancia y, en el adulto, especialmente en los estados paranoico y esquizofrénico.

Se caracteriza por los siguientes rasgos: las pulsiones agresivas coexisten desde un principio con las pulsiones libidinales y son singularmente intensas; el objeto es parcial (principalmente el pecho materno) y se halla escindido en dos: el objeto 'bueno' y el objeto 'malo'; los procesos psíquicos que predominan son la introyección y la proyección; la angustia, intensa, es de naturaleza persecutoria (destrucción por el objeto 'malo')".

Laplanche J y Pontalis J, "Diccionario de psicoanálisis", Barcelona, Labor, 1981, 3º ed, pág. 278.

Posición esquizoparanoide según M. Klein.- "Configuración psíquica postulada por Melanie Klein y donde el individuo lucha con sus impulsos destructivos por medio de (a) la escisión, tanto de su yo como de las representaciones de objetos en partes buenas y malas, y (b) una proyección de sus impulsos destructivos sobre el objeto malo por el cual se siente perseguido. Según Klein, la posición esquizoparanoide constituye el primer intento del infante para dominar su instinto de muerte y precede a la posición depresiva. El fracaso ante el intento de abandonar la posición esquizoparanoide (esto es, de alcanzar la posición depresiva) es responsable" de muchos trastornos, entre ellos los obsesivos (pág. 90). Se ha indicado que la traducción del nombre de esta posición es incorrecta, y que en realidad debería designársela como "posición paranoide-esquizoide", ya que primero se constituyen objetos persecutorios (paranoide) y luego se monta la defensa contra ellos (escisión - esquizoide).

Posición esquizoide.- Según Rycroft (pág. 53), es un concepto de Fairbairn similar al concepto de posición esquizoparanoide de M. Klein, con la diferencia que no utiliza la idea de instinto de muerte.

Rycroft C, "Diccionario de psicoanálisis", Buenos Aires, Paidós, 1976.

Posición depresiva según M. Klein.- "Comienza cuando el bebé reconoce a su madre como objeto total. Es una constelación de relaciones objetales y ansiedades caracterizada por la experiencia del bebé de atacar a una madre ambivalentemente amada y de perderla como objeto externo e interno. Esta experiencia origina dolor, culpa y sentimientos de pérdida".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 124.

Posición depresiva según M. Klein.- "Tipo de relaciones de objeto consecutivo a la posición paranoide; comienza alrededor del cuarto mes y se supera progresivamente en el curso del primer año, aún cuando pueda encontrarse también en el curso de toda la infancia y reactivarse en el adulto, especialmente en el duelo y en los estados depresivos.

Se caracteriza por los siguientes rasgos: el niño es, en lo sucesivo, capaz de aprehender a la madre como objeto total; se atenúa la escisión entre objeto 'bueno' y 'malo', las pulsiones libidinales y hostiles tienden a relacionarse con el mismo objeto; la angustia llamada depresiva se refiere al peligro fantaseado de destruir y perder a la madre a consecuencia del sadismo del sujeto; esta angustia es combatida mediante diversos modos de defensa (defensas maníacas o defensas más adecuadas: repartición, inhibición de la agresividad) y se supera cuando el objeto amado es introyectado en forma estable y aseguradora".

Laplanche J y Pontalis J, "Diccionario de psicoanálisis", Barcelona, Labor, 1981, 3º ed, pág. 276-277.

Posición depresiva según M. Klein.- "Posición alcanzada en su esquema de cosas por el bebé (o por el paciente en análisis) cuando advierte que tanto su amor como su odio están dirigidos hacia el mismo objeto -la madre-, tiene conciencia de su ambivalencia y se interesa por protegerla de su odio y para llevar a cabo la reparación por el daño que ha causado su odio. Como el sistema de Klein incluye el instinto de muerte y hostilidad innata hacia la madre y la envidia de ella, se concibe que esta crisis desempeña un papel esencial en el desarrollo de cada bebé, al margen de la cualidad de los cuidados maternos, y su resultado, según se sostiene, determina todo el desarrollo posterior. Se considera que las personas saludables y neuróticas han pasado por la posición depresiva, que las personas con problemas depresivos están fijado en ella y que las personas con problemas esquizoides y paranoides no han logrado alcanzarla" (pág. 90).

"La posición depresiva desempeña el mismo papel en la teoría kleiniana que el complejo de Edipo en la teoría clásica" (pág. 73). Véase al respecto Neurosis.

Rycroft C, "Diccionario de psicoanálisis", Buenos Aires, Paidós, 1976.

Posición depresiva según M. Klein.- Para la teoría kleiniana, posición consecutiva a la esquizoparanoide que comienza alrededor de los cuatro meses de vida, cuando el bebé reconoce a su madre como objeto total. Es una constelación de relaciones objetales y ansiedades caracterizada por la experiencia del bebé de atacar a una madre ambivalentemente amada y de perderla como objeto externo e interno. Esta experiencia origina dolor, culpa y sentimiento de pérdida. Puede reactivarse en el adulto, especialmente en el duelo y los estados depresivos.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Posición depresiva según M. Klein.- "Dije que el niño experimenta sentimientos depresivos que llegan a su culminación antes, durante y después del destete. Este es un estado mental en el niño que denomino 'posición depresiva' y sugiero que es una melancolía en *statu nascendi*. El objeto del duelo es el pecho de la madre y todo lo que el pecho y la leche han llegado a ser en la mente del niño: amor, bondad y seguridad. El niño siente que ha perdido todo esto y que esta pérdida es el resultado de su incontrolable voracidad y de sus propias fantasías e impulsos destructivos contra el pecho de la madre. Otros dolores en relación con esta pérdida inminente (en este momento de ambos padres) surge de la situación edípica que se instala tan tempranamente y que está tan íntimamente relacionada con las frustraciones del pecho que en sus comienzos está dominada por impulsos y temores orales. El círculo de los objetos amados que son atacados en la fantasía y cuya pérdida por lo tanto se teme, se amplía debido a la relación ambivalente del niño con sus hermanos y hermanas. La agresión fantaseada contra hermanos y hermanas a los que se ataca en el interior del cuerpo de la madre, hacen surgir sentimientos de culpa y pérdida. El dolor y la preocupación por la pérdida temida de los 'objetos buenos', es decir, la posición depresiva, es, según mi experiencia, la fuente más profunda de los conflictos dolorosos en la situación edípica así como en las relaciones de todo niño con su medio ambiente general".

"En el desarrollo normal estos sentimientos de dolor, aflicción y temores, se vencen mediante varios métodos".

"Junto con la relación del niño, primero con su madre y pronto con el padre y otras personas, se produce el proceso de internalización que he subrayado tanto en mi obra. El niño, al incorporar a sus padres, los siente como personas vivas dentro de su cuerpo, del modo concreto en que él experimenta estas fantasías inconscientes. Ellas son, en su mente, objetos 'internos' o 'internalizados', tal como lo hemos denominado. Así se edifica un mundo interno en la mente inconsciente del niño, correspondiendo a las experiencias reales y a las experiencias del mundo exterior, aunque alterado por sus propias fantasías e impulsos. Si lo que rodea al niño es predominantemente un mundo de personas en paz unas con otras y con su Yo, resulta de esto una integración, una armonía interior y un sentimiento de seguridad" (Klein, 1921: 348).

"La diferencia fundamental, entre duelo normal, por una parte, y por la otra el duelo patológico y los estados maniaco-depresivos, es la siguiente: los enfermos maniaco-depresivos y los sujetos que fracasan en el trabajo de duelo, aunque las defensas puedan diferir ampliamente unas de otras, tienen en común el no haber sido capaces, en su temprana infancia, de establecer objetos buenos internos y de sentir seguridad en su mundo interno. Realmente, no vencieron nunca la posición depresiva infantil. En el duelo normal, sin embargo, la posición depresiva temprana, que se ha revivido con la pérdida del objeto amado, se modifica una vez más y se vence por métodos similares a los que usó el Yo en la infancia. El individuo reinstala dentro de él sus objetos de amor perdidos reales y al mismo tiempo sus primeros objetos amados, en última instancia, sus padres buenos, a quienes, cuando ocurrió la pérdida real, sintió también en peligro de perderlos".

"Cuando el sujeto en duelo reinstala dentro de sí a los padres buenos y a las personas recientemente perdidas y reconstruye su mundo interno, que estuvo desintegrado y en peligro, puede vencer su pena, gana nueva seguridad y logra armonía y paz verdaderas" (Klein, 1921: 348).

Klein Melanie (1921) El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. En Obras completas de Melanie Klein (1921-1945). Tomo I. Amor, culpa y depresión. Buenos Aires: Paidós, 1990.

Relación madre-niño en la posición depresiva.- La posición esquizoparanoide da comienzo a de una variante fundamental del desarrollo: el nacimiento. Rank destacó por ejemplo la gran trascendencia psíquica de este acontecimiento biológico y Freud concordó y expresó su preocupación en este sentido. La interrupción del flujo a través del cordón umbilical en el acto de nacer esclarece los conceptos acerca de la actuación del instinto de muerte. Entonces éste se incrementa con gran intensidad al no ser neutralizado cuando se interrumpe el aporte umbilical.

Este suministro umbilical constituye el amortiguador constante del instinto de muerte durante todo el proceso prenatal. El niño está bien alimentado y se mantiene su homeostasis, de manera que no tiene nada que temer ni experimenta situaciones críticas de muerte.

Por lo tanto es importante la intensidad del cambio que experimenta el individuo con el nacimiento, que modifica su estructura y economía y de donde resulta psicológicamente el establecimiento de la posición esquizoparanoide como un incremento del instinto de muerte.

Los autores, basándose en observaciones clínicas, señalan que el principal proceso evolutivo ulterior, es decir, el pasaje a la posición depresiva, se inicia también con un acontecimiento condicionado por modificaciones decisivas del organismo materno, que es la terminación del puerperio.

Estos cambios se manifiestan a nivel biológico por cambios definidos, más evidentes en el campo hormonal, y en el plano psicológico por francas variaciones en la demanda instintiva y en el carácter de las ansiedades.

Esto incide no sólo en la reestructuración de la organización parento-filial e inter-conyugal, sino fundamentalmente en la evolución psíquica del niño. Como los autores indicarán más adelante, la

relación diádica madre-hijo se transforma en la relación triádica madre-padre-hijo a partir de los referidos acontecimientos.

Los autores indican que este jalón en la observación psicoanalítica, donde adquiere también una significación evidente que atribuyen a la declinación del predominio de la posición esquizoparanoide y a los comienzos de la elaboración depresiva.

A estos factores constantes marcados por condiciones biológicas fijas, se agregan otros factores que imponen las diversas variantes para el logro de la elaboración depresiva; en primer lugar, un período esquizoparanoide suficientemente satisfactorio que permita un pasaje adecuado a la elaboración depresiva ulterior, es decir, que no haya exigido una utilización exagerada de defensas maníacas interfiriendo en el proceso evolutivo.

Los acontecimientos y experiencias externas que vive el niño como significativos, que ocurren estrictamente alrededor de la sexta semana de la vida posnatal con la terminación del período puerperal, están constituidos por una crisis transitoria de la lactancia que se manifiesta por una discreta hipogalaxia (déficit de suministro de leche) en la madre con las consiguientes repercusiones sobre el lactante, quien experimenta hambre, insomnio, inquietud y un evidente incremento de la ansiedad y el llanto.

Este momento crítico se instala durante un corto período que habitualmente dura dos o tres días. Las implicaciones psicológicas que los autores han podido observar en el análisis de los padres, demuestran que los acontecimientos sucesivos que ocurren en ese momento interrumpen la relación exclusiva madre-hijo, que sufre una variante que introduce al padre real en la organización afectiva del niño y lo reinstala genitualmente en la relación con su mujer.

Al mismo tiempo que ocurre este déficit de suministro lácteo, expresión –para los autores– del desvío emocional de la madre, con su cotejo de síntomas en la madre y en el lactante, resurgen fantasías genitales directas o encubiertas o bien formaciones defensivas contra las mismas, que suelen culminar con la reiniciación de las relaciones sexuales con el marido o compañero, habitualmente interrumpidas durante el período final del embarazo, el parto y el puerperio. Los acontecimientos ocurren por lo tanto estableciendo la instalación de la organización triangular (o consolidándola) y deben ser comprendidos con la participación global y de cada uno de los componentes.

Los autores presentan varias viñetas clínicas para ilustrar sus ideas. Algunas de ellas son las siguientes.

PRIMER CASO. Se trata de una señora que ya tenía un hijo de dos años, y que ahora tiene una niña que nació con una lactancia sin problemas, una buena relación empática y un vínculo libre de las ansiedades intensas que había experimentado con su primer hijo. En aquel entonces ya estaba en tratamiento analítico y al parto había seguido una profunda depresión con fantasías filicidas que le producían sentimientos de culpa y desesperación, analizados en terapia.

Con esta segunda hija tuvo un puerperio en buenas condiciones, aunque al día siguiente del parto la señora tuvo un episodio de depresión aguda cuando notó que tenía poca leche ya desde la primera mamada, comenzando a autorreprocharse por no poder alimentar adecuadamente a su hijo. Relacionó el hecho con su propia lactancia infeliz.

En la siguiente sesión la depresión había cedido y habían desaparecido sus autorreproches y sentimientos de culpa, habiendo recuperado la lactancia normal.

Conforme avanzaba el tiempo, volvió a tener recurrentemente varios episodios de hipogalaxia con depresión y culpa, hasta que finalmente pudo, con ayuda analítica, restablecer su relación normal con su hija y, tan importante como ello, animarse a cerrar la puerta de la habitación de la niña y tener una relación sexual con su marido, librándose de la ansiedad y la depresión que yla habían aquejado transitoriamente.

SEGUNDO CASO. Se trata de una señora divorciada y casada nuevamente, habiendo tenido un hijo de su primer matrimonio, después del cual tuvo un aborto espontáneo que influyó en su divorcio.

En su nuevo matrimonio tuvo una hija nacida de un parto complicado pero seguido de una buena lactancia. La relación con su nueva hija se vio sin embargo obstaculizada por el recuerdo de su aborto espontáneo y ciertas circunstancias difíciles vividas con su primer hijo. Así que entonces vivió con una reparación el hecho de mantener una excelente relación con la nueva hija.

Al comienzo del segundo mes sin embargo concurrió a sesión llorando porque sentía que no alimentaba bien a su hija por un déficit de leche. Durante los siguientes tres días críticos llegó a pensarse en la posibilidad de consultar a una pediatra para que recomendara amantamiento con mamadera.

Por esos días, la paciente tuvo dos sueños cuyas interpretaciones contribuyeron a esclarecer los procesos inconcientes que explicaban sus manifestaciones.

En el primer sueño alguien le recriminaba algo con respecto a las pocas botellas de leche, y ella protestaba diciendo que es era un asunto suyo y que había hecho dejar seis botellas que había pagado.

En el segundo sueño debía cruzar un corredor con muchísimas dificultades, dándole trabajo atravesarlo.

Al fin salía y encontraba un cangrejo blanco lleno de pelos y púas, comparándolo con el que tenía en analista en su escritorio. Dijo que no era negro con ese sino blanco y que no le gustaba. También dijo que le molestaba mucho una luz muy fuerte al salir del corredor.

Las seis botellas las asoció con que la niña había nacido seis meses después de casada. Las acusaciones superyoicas por su embarazo anterior tenían relación con que había tenido relaciones sexuales antes de terminar el puerperio, contrariando expresas indicaciones del obstetra.

La paciente, con respecto al segundo sueño, hizo una asociación con el cangrejo y los genitales de su madre y con los suyos propios. No le gustaba que fueran blancos en vez de negros como la genitalidad adulta. Era blanco por estar mezclado con la leche de su niña, o sea con la situación oral que había mantenido en forma exclusiva con la hija desde el parto.

Las acusaciones superyoicas ahora se referían a que consideraba la situación con una mezcla espúrea entre oralidad y genitalidad sin establecer entre ambas una suficiente disociación o diferenciación, o sea entre la hija y el marido.

La presión superyoica se vio acentuada por dos factores: no obedecer al pediatra que le indicaba el empleo de la mamadera, y la prohibición del obstetra de no tener relaciones sexuales antes después del día 40 a partir del parto.

De los todos casos examinados, los autores infieren que según sea la estructura instintiva de la madre y la distribución de sus impulsos, que dependen del grado de maduración que haya podido alcanzar, se moldean el desarrollo instintivo del niño y el despertar de sus impulsos innatos, especialmente la mayor o menor estimulación prematura de sus tendencias genitales, que por su fusión no diferenciada con las tendencias orales quedarán exagerada y definitivamente ligadas a la madre.

Por ello es tan importante que el resurgimiento genital pospuerperal de la madre se oriente hacia y se satisfaga en el compañero sexual para no abrumar al niño como sucederá irrevocablemente en su defecto.

Se pueden resumir las ideas expuestas por los autores en este artículo en los siguientes puntos:

a) Alrededor del 40° día de vida, con la terminación del puerperio, ocurren mutaciones importantes en la relación madre-hijo caracterizadas por un período 'normal' y transitorio de hipogalaxia acompañado por sentimientos depresivos agudos en la madre y en el niño, simultáneamente con la reactivación de fantasías genitales de la mujer en relación con el marido, que comúnmente llegan a su primera consumación después del parto.

b) Este episodio transitorio queda superado por lo general espontáneamente en el curso de dos o tres días; la madre recupera la capacidad de amamantar, y desaparecen las diversas manifestaciones de ansiedad aguda expresadas por la madre y el niño durante ese corto período.

c) Los autores presentan resúmenes de casos clínicos observados en la investigación psicoanalítica de la madre o del padre durante ese período y establecen una interpretación relacionada con el pasaje de la posición esquizoparanoide a la posición depresiva, con la incorporación del padre real y el establecimiento de la situación triangular. También plantean consideraciones para la comprensión de la genitalización prematura.

Rascovsky Arnaldo y Matilde, Acontecimientos de la sexta semana de vida y el comienzo de la posición depresiva.

Observaciones para la comprensión de la genitalización prematura (resumen).

POSPARTO

La ansiedad materna.- Se desconocen el curso temprano y los antecedentes de la ansiedad postparto. Este estudio intentó determinar el curso y los antecedentes de la ansiedad materna durante el primer mes postparto y desarrollar un modelo para predecir la ansiedad al primer mes, utilizando la información obtenible antes del alta hospitalaria perinatal.

296 madres fueron examinadas antes de darles el alta con las escalas de estado (SS) y rasgo (TS) del Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI). Se evaluaron las características demográficas a través de un cuestionario y revisión de estadísticas médicas e historial psiquiátrico, medidas de estrés perinatal y factores resistentes, a través de preguntas enfocadas e instrumentos formales.

A un mes postparto, se repitieron las evaluaciones de SS. Las puntuaciones en las SS fueron significativamente más altas al mes que inmediatamente después del parto (35.30 ± 0.68 versus 33.38 ± 0.60 , error promedio $\pm$ estándar, $P=.004$), pero únicamente el 58.6% de las madres con alta ansiedad en el periodo pre-alta tenían una alta ansiedad al mes.

La ansiedad de un mes correlacionó con las puntuaciones SS pre-alta y TS, y con un historial de problemas psiquiátricos incluyendo estado de ánimo depresivo, eventos de vida sociales médicos y negativos, una falta de planificación del embarazo y de asistencia a clases prenatales, el estrés percibido periparto y la duración de la estancia hospitalaria postparto.

Se observaron correlaciones inversas con la educación, ingresos del hogar y factores de capacidad de recuperación. En el modelo multivariante, la ansiedad rasgo, la educación, el historial de 2 años de depresión y la percepción de estrés periparto explicaron el 50% de la variación en las puntuaciones SS en el primer mes.

La ansiedad maternal aumenta durante el primer mes postparto. Las mujeres con un alto rasgo de ansiedad, nivel de educación bajo, un historial de estado anímico depresivo y una percepción de alto estrés periparto, están en alto riesgo de experimentar ansiedad en este periodo.

John R. Britton. La ansiedad materna: Curso y antecedentes durante el período postparto temprano. DEPRESSION AND ANXIETY. 2008 SEP; 25(9):793-800.

PRAXIA

Definición.- A diferencia del animal, las acciones humanas pueden surgir sin una base biológica incondicionada: pueden surgir de propósitos basados en motivaciones. Las praxias o movimientos proposicionales son un ejemplo de este tipo de acciones, exclusivamente humanas. Las praxias se definen como sistemas de movimientos coordinados en función de un resultado, y son secuenciales, complejos, no instintivos, aprendidos e intencionales. Su alteración se llama apraxia.

Condensado de Politis D, Alteraciones del movimiento proposicional (Apraxia). Artículo incluido en Ferreres A (1999), Introducción a la neuropsicología.

Definición.- Sistema de movimientos coordinados en función de un resultado o de una intención (Tallis Jaime y Soprano Ana María, "Neuropediatría. Neuropsicología y Aprendizaje", Nueva Visión, Bs. As., 1991, p. 198). A esta definición adscribe también Piaget.

Tamaroff L. y Allegri R., "Introducción a la neuropsicología clínica", Ed. Libros de la Cuadriga, Bs. As., 1995, p. 92.

Definición.- "Praxis (práctica) es el proceso neurológico que nos permite organizar planear y ejecutar, de una forma eficiente, habilidades de todos los tipos. Algunos componentes de la praxis ocurren involuntariamente, automáticamente o inconscientemente, mientras otros requieren que haya que pensar. Los diferentes componentes de la praxis requieren una información precisa proveniente del cuerpo, particularmente de los sistemas táctiles, propioceptivos y vestibulares vestibular es lo relacionado con una de las cavidades comprendidas en el laberinto del oído), además de los sistemas auditivos y visuales que completan, refinan y producen continuamente el proceso de la praxis".

Ramos F (1994), *El Síndrome X Frágil*, material educativo de la Fundación Nacional del X Frágil de Estados Unidos. Traducción al español de material publicado bajo los auspicios de The National Fragile X Foundation en USA. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Número 53 de la Colección Rehabilitación.

Definición.- "Entendemos por praxias un sistema de movimientos coordinados en función de un resultado o de una intención" (pág. 198).

Tallis J y Soprano M (1991), Neuropediatría. Neuropsicología y aprendizaje. Buenos Aires: Nueva Visión.

PRECOCIDAD

Definición.- Manifestación temprana de un rasgo en determinada área. Por ejemplo, existen niños precoces para hablar y para caminar pues lo hacen antes de la edad. También están quienes exhiben una memoria excepcional en los primeros años de vida. Ello no implica que haya relación entre precocidad e inteligencia.

Lorenzo García R, "Acerca de la problemática del talento", en Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Año 5, 2000, pág. 45.

PREJUICIO

Definición.- "Categoría de pensamientos y/o creencias que no han sido adecuadamente procesadas a partir de conocimientos científicamente comprobables. Los prejuicios se estructuran a partir de situaciones subjetivas basadas en expectativas, deseos y/o temores individuales que no siempre han sido procesados correctamente desde un punto de vista conciente. Esto hace que muchas veces adquiera un carácter irracional con bastantes puntos de contacto con los delirios, entre los que sobresale lo que Freud llamaba 'el núcleo de verdad histórico' de los mismos. Una vez que este prejuicio ha sido construido adquiere fuerza propia y actúa sobre los individuos determinando su forma de pensar y las conductas que a partir de allí se implementan".

Salvarezza Leopoldo (comp) (1998) "La vejez: una mirada gerontológica actual", Paidós, Buenos Aires, pág. 28.

Prejuicio étnico.- "El prejuicio étnico es una antipatía que se apoya en una generalización imperfecta e inflexible. Puede sentirse o expresarse. Puede estar dirigido hacia un grupo en general, o hacia un individuo por el hecho de ser miembro del grupo. El efecto final del prejuicio así definido, es colocar al objeto del prejuicio en una situación de desventaja no merecida por su propia conducta" (pág. 24).

Allport G W. (1962) La Naturaleza del Prejuicio. Buenos Aires: Eudeba.

PREOBJETO

Definición.- El signo-Gestalt no es aún el objeto libidinal. "Lo que el infante reconoce en esa gestalt signo, no son las cualidades esenciales del objeto libidinal, ni los atributos propios del objeto que atiende a las necesidades del infante, que lo protege y satisface. Lo que reconoce durante la etapa preobjetual son

atributos secundarios, externos y no esenciales: reconoce un semblante cualquiera con ciertas características, y no el rostro individual específico de tal o cual persona".
Spitz René, El primer año de vida del niño, México, Fondo de Cultura Económica, 1979, pág. 78.

PREOCUPACIÓN

Preocupación maternal primaria.- Winnicott ha descrito un estado especial de la madre, normal y característico que se extiende desde la etapa final del embarazo hasta algunas semanas o meses después del parto, y que dicho autor ha denominado preocupación maternal primaria. En ese estado, "las madres adquieren una capacidad especial para ponerse en el lugar del bebé, para casi perderse en una identificación con el bebé, de manera que saben (al menos en forma genérica) lo que el bebé necesita en un momento determinado. Al mismo tiempo siguen siendo ellas mismas, y son concientes de su necesidad de protección mientras se encuentran en un estado que las hace invulnerables. Asumen la vulnerabilidad del bebé" (Winnicott D, 1998:124).

Winnicott D (1998) Los bebés y sus madres. Barcelona: Paidós.

Preocupación por el otro, según Winnicott.- La preocupación se refiere al hecho de que el individuo cuida o le importa el otro, siente y acepta la responsabilidad de cuidarlo y preocuparse por él. Es la base de la familia, porque la pareja asume la responsabilidad de tener un hijo y cuidarlo.

La preocupación por el otro es un aspecto importante de la vida social, y tiene más que ver con la idea de responsabilidad que con la idea de culpa, o sea con el sentido positivo de preocupación, que con el sentido negativo.

El origen de la capacidad de preocuparse suele describirse en términos de la relación madre - bebé, cuando éste percibe a la madre como una persona completa. Su desarrollo depende de que la madre sea lo suficientemente buena, o sea que la madre desarrolle una preocupación por el niño, tanto en lo referente al cuidado corporal como al atender a sus procesos de crecimiento interior.

Al mismo tiempo el niño ha adquirido la capacidad de combinar sus impulsos eróticos y agresivos hacia la madre: es decir, la concibe como un objeto total, bueno y malo al mismo tiempo. Este adelanto implica un yo que empieza a independizarse de la madre como yo auxiliar. Ya puede decirse que el bebé tiene un interior y, por tanto, un exterior.

Winnicott señala aquí que el bebé inmaduro tiene dos madres: la madre objeto y la madre ambiente. En el primer caso es la madre vista como un objeto parcial que puede satisfacer las necesidades urgentes del bebé, mientras que la madre ambiente es la madre vista como persona total que lo resguarda de lo imprevisible y le suministra un cuidado activo, en cuanto a manipulación y manejo general del niño.

El niño usa de diferente manera a su madre objeto y a su madre ambiental. Esta última recibe afecto, mientras que la madre objeto es simplemente una cosa que satisface sus instintos. La relación con la madre ambiental es más tranquila, e indispensable para su crecimiento emocional. La madre objeto sirve para satisfacer sus instintos: las mociones del ello quieren apoderarse de ella y destruirla. Aparece un sentimiento de ambivalencia y de angustia porque siente que si ataca a la madre objeto perderá a la madre ambiental que lo cuida.

Llega así un momento en que el niño adquiere la capacidad de preocuparse por la madre ambiental, de cuidarla para no destruirla con su voracidad instintiva. El bebé debe adquirir así la capacidad de preocuparse, de asumir la responsabilidad por sus impulsos instintivos. Este proceso suministra uno de los elementos constructivos fundamentales del juego y el trabajo.

Si la madre objeto no sobrevive, o si la madre ambiental no suministra al niño una oportunidad de reparación confiable, el bebé perderá la capacidad de preocuparse y la reemplazará por angustias y defensas más primitivas, tales como la escisión y la desintegración.

Cazau P (1996), Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Preocupación y creencias.- En las dos últimas décadas, el fenómeno de la preocupación ha vuelto a convertirse en un tópico de investigación. Algunos modelos teóricos proponen el papel de ciertas creencias en el inicio y el mantenimiento del proceso de la preocupación. Por ejemplo, la consideración "positiva" de la preocupación (como la de que la preocupación es útil en algún sentido), podría propiciar el inicio del fenómeno, mientras que la consideración "negativa" (como la de que la preocupación es perjudicial e incontrolable) podría contribuir a su mantenimiento. Un adecuado análisis de esta propuesta requiere un instrumento de medida con mínimas garantías psicométricas. Aunque han aparecido algunos en los últimos años, son evidentes sus limitaciones. Entre ellas: 1) la redacción incorrecta de ítems, 2) la utilización de un número insuficiente de ítems y sujetos en la construcción y el análisis, y 3) la proporción asimétrica entre el número de ítems que miden "consideración positiva" y los que miden "consideración negativa". El objetivo de este estudio consiste en construir un instrumento que unifique los criterios de las escalas precedentes, que tenga una estructura lógica bidimensional, que no tenga defectos en la redacción de sus ítems, y que mejore, en lo posible, las propiedades psicométricas de sus antecesores.

Jose María Prados, Desarrollo de una nueva escala de creencias sobre las consecuencias de la preocupación. ANALES DE PSICOLOGÍA. 2007 DIC;23(2).

PREVENCIÓN

Generalidades.- "El fin de la prevención, (página 210), es disminuir el debut (incidencia), la duración (prevalencia) y las secuelas de los trastornos mentales. La prevención de las enfermedades mentales se basa en los principios de la salud pública y puede ser de carácter primario, secundario o terciario" (página 210).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Niveles de prevención.- a) Prevención primaria: está dirigida al individuo sano o aparentemente sano. Sus objetivos particulares son la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; b) Prevención secundaria: tiene como objetivos evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez. c) Prevención terciaria: corresponde a la rehabilitación, tanto en lo físico como en lo mental y en lo social mediante la terapia física, la ocupacional y la psicológica.

Ramírez Elizalde J, Cano Garrido M, Escamilla Salas D y González Ramírez E (2006) Epidemiología, salud pública y medicina preventiva.

Medicina Preventiva.- Es parte de la salud pública por lo que comparte sus propósitos de promover y conservar la salud y prevenir enfermedades.

Ramírez Elizalde J, Cano Garrido M, Escamilla Salas D y González Ramírez E (2006) Epidemiología, salud pública y medicina preventiva.

Percepción de la prevención primaria.- Objetivos. Conocer las opiniones de los profesionales de atención primaria sobre las actividades preventivas en la práctica clínica, así como los obstáculos percibidos por los profesionales para realizarlas y las posibles formas de superarlos.

Participantes. En total participaron 129 profesionales, entre los que se incluían médicos de atención primaria, profesionales de enfermería, técnicos y responsables de gestión de servicios de atención primaria, y profesionales de salud pública.

Diseño. Cuestionario Delphi enviado por correo electrónico.

Emplazamiento. Atención primaria en Cataluña.

Mediciones y resultados principales. Se realizaron dos rondas en las que se obtuvieron tasas de respuesta del 48,9 y el 67,4%, respectivamente. Tras la segunda ronda se obtuvo una convergencia superior al 40% en todas las preguntas. Los principales problemas para la prevención en la práctica fueron la falta de tiempo, la falta de formación y las propias actitudes de los profesionales hacia la prevención. Para mejorar la implementación de la prevención en la práctica, los profesionales señalaron la formación en habilidades de comunicación, metodología del consejo y la utilización de guías de práctica clínica.

Conclusiones. Los profesionales apuntan algunas necesidades específicas en la formación que pueden contribuir a mejorar la integración de las actividades preventivas. Por otro lado, se detecta la necesidad de mejorar las actitudes de los propios profesionales hacia la prevención.

Manel Nebot, Carmen Cabezas, Fernando Marqués, José L Bimbela, Teresa Robledo, Xus Megido, José A Prados, Elena Muñoz, Prioridades en promoción de la salud según los profesionales de atención primaria: un estudio Delphi.

ATENCIÓN PRIMARIA. 2007 JUN; 39(6).

Prevención primaria.- "Es un concepto comunitario; implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante un periodo dado, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasiones de producir la enfermedad".

Kaplan G., "Principios de psiquiatría preventiva, Buenos Aires, Paidós, 1985, p. 43.

PROBLEMA

Generalidades.- Muchos autores coinciden en que un problema implica dos cosas: un objetivo para alcanzar, y un desconocimiento de cómo alcanzarlo.

Como hay muchos tipos de problemas que entran en la anterior definición, se propusieron diferentes criterios para clasificar problemas:

1) Según su grado de definición: pueden ser bien definidos o mal definidos. Bien definidos son el problema de las 4 tarjetas y los problemas lógicos, pues tienen indicaciones claras para resolverlo. Los mal definidos no tienen indicaciones claras, y se los relacionó más con la creatividad. Por ejemplo como mejorar la calidad de vida, como hacer la mejor película del siglo, etcétera. La mayoría de los estudios experimentales se realizaron con problemas bien definidos.

2) Problemas con uno o más soluciones: en general, los problemas bien definidos tienen una sola solución, salvo los anagramas. Problemas con varias soluciones pueden ser en qué diferentes formas puede usarse un martillo.

3) Selección o producción de soluciones: elegir soluciones dadas de antemano, o generar soluciones propias.

4) Según su presentación: en forma verbal, abstracta o numérica, o bien en forma de materiales concretos, como el problema de la torre de Hanoi (pasar discos de un palo a otro). En este caso puede visualizarse bien el procedimiento para resolver el problema.

5) Soluciones nuevas o antiguas: La solución reproductiva implica recordar cosas ya aprendidas. Las soluciones productivas implican creatividad.

6) Según su estructura: Los hay con estructura lógica (problemas de Rimoldi, etcétera) y sin estructura lógica (problemas creativos, mal definidos, etcétera). Otra clasificación es la de Greeno, quien distingue problemas de transformación, de inducción de estructuras, y de ordenación.

En los problemas de transformación se presenta una situación inicial, una meta y operaciones posibles para alcanzarla (ejemplos: torre de Hanoi, problema del bote y el río, etcétera).

En los problemas de inducción de estructuras, el sujeto debe descubrir analogías estructurales en contenidos distintos. Hay dos tipos: los de analogías verbales ("beber es a agua como comer es a..."), y los de inducción de estructuras complejas (están en De Vega).

Los problemas de ordenación son por ejemplo los criptoaritméticos, donde se debe sustituir letras por números. El sujeto recibe información y deberá reordenarla. Son los problemas de reorganización perceptual, estudiados por la Gestalt (ejemplos en páginas 95-96 del original).

Dentro de este sexto criterio de clasificación, pueden incluirse los problemas con certidumbre y con incertidumbre, vistos en capítulos anteriores.

Condensado de González G (1987) Temas de Psicología Cognitiva (II. Pensamiento. Capítulo 5). Buenos Aires: Tekné.

PROCESO SECUNDARIO

Generalidades.- El proceso secundario implica una reorganización de catexias, reorganización que implica la entrada en escena psíquica de los enunciados identificatorios propios del enunciado lingüístico que nombra el afecto: el signo lingüístico identificará al afecto con lo que el discurso cultural define como tal: amar remite a lo que el término 'amor' designa y a una imagen del amante, de quien el discurso se convierte en el único referente posible. Lo cual conduce al sujeto a aceptar, como pruebas de la verdad del enunciado, las que instaura el discurso cultural: amar a su madre es ser bueno, obediente, fuerte, bello, o lo que sea según cada cultura.

Aulagnier P, La violencia de la interpretación, pág. 145.

PRODIGIO

Definición.- Los niños prodigio "son aquellos que realizan actividades fuera de lo común para su edad con la perfección de un adulto; por ejemplo Mozart y Capablanca".

Lorenzo García R, "Acerca de la problemática del talento", en Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Año 5, 2000, pág. 45.

PROFECÍA AUTOCUMPLIDORA

Definición.- Tendencia a que las expectativas y actitudes de una persona concerniente a acontecimientos o resultados futuros afecten su ocurrencia; la tendencia de los niños a comportarse de la manera que sus padres o maestros esperan que lo hagan.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definición.- "O profecía que genera su cumplimiento. Falsa definición de una situación, que provoca en los individuos conductas que tienden a que esa situación se materialice".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 624.

Generalidades.- Una profecía que se autocumple es una suposición o predicción que, por la sola razón de haberse hecho, convierte en realidad el suceso supuesto, esperado o profetizado, confirmando de esa manera su propia 'exactitud'. Ejemplo: si alguien supone que lo desprecian, se comportará para que lo desprecien.

Tradicionalmente teníamos la causalidad lineal (A causa B), pero estas profecías que se autocumplen nos dicen que en realidad B también causa A, o sea, un hecho todavía no producido (futuro) determinó efectos en el presente, efectos que a su vez hicieron que cobrara realidad el hecho pronosticado. Aquí el futuro -y no el pasado- determinó el presente. Ejemplo: me despreciarán (supuesto suceso futuro), por lo tanto, ahora me porto como si me despreciaran (presente).

Yo puedo predecir que me resfriaré porque ahora estoy estornudando, pero esto no es profecía autocumplidora porque tomaré las medidas para no resfriarme. A partir de esto que sostiene Watzlawick, podemos pensar que profecía autocumplidora sería en este caso desabrigarse, etc. En el primer caso, puedo comprobar después si resfriarme es verdadero o falso, pero en el segundo estoy de entrada creando las condiciones (inventando una realidad nueva) para que ello ocurra.

Esta inversión de causa y efecto se ve en los conflictos interpersonales, y más concretamente en la llamada puntuación de la secuencia de hechos: el marido se retrae porque la mujer lo regaña, y la mujer lo regaña porque este se retrae (A influye sobre B y B sobre A). O sea lo que para la mujer es causa (el retraimiento es causa que ella lo regañe), para el marido en cambio es el efecto (su retraimiento es un efecto de que ella lo regañe). Ambos crean dos realidades contradictorias y engendran dos profecías que se autocumplen: los dos modos de conducta que subjetivamente se consideran como reacción a la conducta del otro, provocan precisamente esta conducta en el otro y justifican 'por eso' la conducta propia.

Estas profecías pueden usarse a veces en forma deliberada, lo que puede ser peligroso.

La experiencia cotidiana nos enseña que sólo muy pocas profecías se autocumplen: sólo se autocumplen cuando se cree en ellas, cuando hay convicción de que el suceso ocurrirá.

Otro ejemplo: en una escuela, al fin del curso algunos alumnos demostraron mayor inteligencia que otros según los tests, precisamente aquellos alumnos que a principio de año, tomados al azar, se les dijo a los maestros que 'tenían aptitudes extraordinarias'. Nuestros pensamientos y esperanzas engendran ellos mismos esas realidades. Lo mismo pasa cuando creemos que tal persona es enferma y la hemos etiquetado de loca: aunque no lo sea terminará comportándose como tal. También se vio que la tasa de mortalidad es más elevada en aquellos pacientes con cáncer que se preparaban para morir con espíritu sereno y maduro. Profecías autocumplidoras vemos también en los ejercicios de imaginación positiva del tipo "quiero curarme" o "me siento mejor".

Hay también autocumplimientos negativos: un prisionero tuvo un sueño donde le decían que el 30 de marzo lo liberarían. En la realidad, al llegar ese día esto no se cumplió, con lo que murió de tristeza. De alguna forma se había liberado: el autocumplimiento negativo es una profecía que se cumple.... no cumpliéndose.

Watzlawick, en suma, sostiene un *constructivismo* según el cual cada uno de nosotros construye una realidad, y si tomamos conciencia que tal realidad es construida, inventada, seremos más tolerantes con nosotros y los demás que también inventan sus realidades. El constructivismo viene a mostrar que objeto y sujeto no son cosas separadas.

Watzlawick Paul, Profecías que se autocumplen.

PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA

Generalidades.- "La Programación Neurolingüística (PNL) es una ciencia nueva (a la que algunos consideran como un arte) y que comenzó hace poco más de 20 años en California, EEUU, cuando Gregory Bateson se propuso estudiar la comunicación entre las personas basándose en las relaciones que establecen. Otros dos investigadores de su equipo, Richard Bandler y John Grinder se propusieron hacerlo con base en sus aspectos internos, lo que no se había hecho hasta entonces. A partir de estos trabajos se creó la PNL, que en la actualidad tiene usos muy extendidos en educación, leyes, ayuda, psicoterapia y negocios"

"La PNL es un trabajo terapéutico que estudia como los individuos se comunican consigo mismos, de tal manera, que originan estados de óptima disponibilidad de sus recursos y por lo tanto crean el mayor número posible de opciones de comportamiento: es un marco de referencia sistemático para dirigir el propio cerebro y lograr resultados deseables".

"La PNL cuenta con diferentes estrategias de intervención como lo son el Metamodelo, las Metáforas, el Anclaje de recursos, el Cambio de historia personal, la Cura de fobias, Definición de objetivos, el Reencuadre del contexto, Como sí, el Círculo de excelencia y las Submodalidades. En estas últimas, se establece que las personas aprendemos por diferentes canales perceptuales.

Pérez Jiménez J, Programación neurolingüística y sus estilos de aprendizaje, disponible en <http://www.aldeaeducativa.com>

PROSODIA

En la esquizofrenia.- "En el estudio participaron 15 pacientes con síntomas positivos prominentes de esquizofrenia y 15 controles sanos realizaron tareas verbales prosódicas y ejercicios de discriminación musical pura, con cambios en los parámetros de tono y sincronización. El desempeño de los pacientes fue similar en comparación con los del grupo control en la discriminación de los cambios de tono terminales, pero significativamente más pobre en la discriminación de tonos internos más difíciles. El último déficit estuvo correlacionado positivamente con la severidad de sus síntomas positivos. Los resultados sugieren que los pacientes con esquizofrenia tienen un déficit en el procesamiento de aspectos fundamentales de prosodia, la cual esta asociada con la presencia de síntomas positivos".

K. Matsumoto K y otros, Discriminación prosódica en pacientes con esquizofrenia. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2006 AGO; 189.

PROSTITUCIÓN

Prostitución según Adler.- La sociedad al mismo tiempo condena y fomenta esta institución. En torno a ella encontramos tres tipos de personas: el cliente, el mantenedor y la prostituta. El cliente tiene temperamento violento y un tiránico afán de superioridad; intolerancia para insertarse en la sociedad. Ocurre también que un reforzado sentimiento de inferioridad lleva al sujeto a procurarse una satisfacción fácil y rápida. El mantenedor tiene una concepción de la mujer como medio y una tendencia a satisfacerse afán de superioridad sin esfuerzo. Respecto de la prostituta no es necesariamente la pobreza lo que la lleva por ese camino. Usan la prostitución como una estratagema para obtener de modo fácil el sentimiento de una propia elevación de la personalidad; también como una rebelión contra las exigencias sociales y como vía de escape de otras metas difíciles de alcanzar.

Resumen de Adler Alfred (1967) *Práctica y teoría de la psicología del individuo*. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición. Capítulo 24.

PRÓTESIS

Generalidades.- La función de *prótesis* de la psique materna permite que la psique infantil encuentre una realidad ya modelada por esa actividad psíquica materna y que, gracias a ello, sea representable. O sea: a) la madre ofrece un material psíquico que es estructurante sólo por haber sido ya remodelado por su propia psique, lo que implica que ofrece un material que fue por ella reprimido; b) el infans recibe este 'alimento' psíquico y lo reconstruye tal como era en su forma arcaica para aquellas que, en su momento, lo había recibido del Otro. Para cumplir esta función de prótesis, la madre debe reunir algunas características: que haya reprimido su sexualidad, que ame al niño, etc.

Aulagnier P, *La violencia de la interpretación*, pág. 116.

PROTESTA VIRIL

Hermafroditismo psíquico y protesta viril según Adler.- Antes las enfermedades "nerviosas" se trataban con hidroterapia y remedios, ante la creencia de su carácter orgánico. Un paso más adelante fue el psicoanálisis, cuando empezó a ver la raíz psíquica de tales trastornos, usando la hipnosis y otros métodos. En psicología individual la máxima básica del tratamiento es reducir todos los síntomas a una mínima base común: una situación psíquica en la temprana infancia, una situación que implica fracasar frente a una aspiración: desde aquí las neurosis se revelan como intentos por compensar este fracaso, esta inferioridad, buscando triunfos muchas veces vanos, o inventando seguridades frente a otro posible fracaso. En este sentido la neurosis protege al sujeto pero lo paraliza, impidiéndole afrontar activamente la vida.

La raíz de estos males vienen frecuentemente de inferioridad en los órganos, y el niño se siente así humillado, minusválido, desarrollando una hipersensibilidad frente al abandono, por ejemplo. Esto impedirá al neurótico perseguir un objetivo unitario, inhibiendo sus decisiones mediante dudas y angustia. Otros se salvan de esto último mediante la compulsión: siempre a la caza de éxitos representando el papel de salvadores y héroes. No puede armonizar sus aspiraciones porque no puede armonizar la duplicidad de su ser: sus aspectos masculinos y sus aspectos femeninos que no puede sintetizar en una unidad que salve la personalidad del choque con la realidad. Ya desde niño el sujeto entiende lo masculino como fuerza, grandeza, riqueza, saber, crueldad, actividad y por femenino lo contrario. Su sentimiento femenino es la debilidad, la pasividad, etc., pero por otra parte las aspiraciones a la actividad (tanto en varones como en niñas) la búsqueda de satisfacciones es la protesta viril como solución del conflicto. Mentalmente entonces, la persona es hermafrodita: la debilidad femenina la compensa con la protesta masculina. Los síntomas neuróticos son precisamente el intento por sintetizar -aunque defectuosamente- esos dos aspectos en que está escindida la psique.

Resumen de Adler Alfred (1967) *Práctica y teoría de la psicología del individuo*. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición. Capítulo 2.

Posición masculina en neuróticos femeninos según Adler.- No se puede soportar tranquilamente un sentimiento de inferioridad: siempre se busca una protesta, la protesta viril contra impulsos y situaciones femeninas o aparentemente femeninas. Incluso la mujer neurótica alguna vez manifestó su deseo que si hubiera sido hombre, hubiera salido mejor parada. Adler cita algunos casos por ejemplo la tendencia a compensar la falta de virilidad con inteligencia, astucia y coraje.

Resumen de Adler Alfred (1967) *Práctica y teoría de la psicología del individuo*. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición. Capítulo 9.

PROTOFANTASÍA

Generalidades.- Las infinitas variaciones de fantasías no tienen muchas diferencias en cuanto a los argumentos, que según Freud son reducibles a tres, llamadas protofantasías:

1) Escena primaria (padre-madre), escena donde ambos están gozando y donde el niño queda excluido. Exclusión. Por ejemplo la fantasía de que mamá y papá están lavando el auto y excluyen al niño de esa tarea, remite a la escena primaria, una protofantasía.

2) Escena de la seducción (madre-hijo) donde la madre erotiza a su hijo. Sexualidad.

3) Escena de la castración (padre-hijo), donde el niño advierte la amenaza de un castigo si no cumple una norma. Ley. Fantasear que le regalan algo a mi hermano y que a mí no porque yo tuve el mío y no me darían otro, remite a otra protofantasía, la escena de la castración.

Tales protofantasías son escenas infantiles, o "la otra escena". Son infantiles porque son sencillas y se cree ingenuamente en su verdad. Las escenas infantiles son la forma que tiene el sujeto de entender lo que se pasa en el complejo de Edipo, de dar sentido a las operaciones del Edipo.

Las protofantasías son crisoles donde se moldean las fantasías más concientes, los pensamientos y los síntomas. Los relatos remiten a recuerdos infantiles y estos a su vez, son recuerdos encubridores de escenas infantiles (fantaseadas, no reales).

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

PROYECCIÓN

Definición.- Entendido como mecanismo de defensa, "situación en la cual se tiende a atribuir a otro u otros (personas o cosas) cualidades, deseos, sentimientos o emociones que el individuo rechaza como propios de sí. Podríamos considerarlo como una forma particular de Desplazamiento, y tiene que ver con estilos de funcionamiento paranoides. Un ejemplo sería 'el severo censor' de la película Bocaccio 70 que proyectaba todas sus motivaciones sexuales insatisfechas en el afiche 'provocativo' de una publicidad.

Poliak J., "Fundamentos del enfoque centrado en la persona. Teoría de la personalidad", incluido en Sánchez Bodas A. y col., "Counseling humanístico, teoría y práctica", Vol I, Buenos Aires, Ediciones del Instituto Holos, 1999, p. 129.

Definición.- Proceso por el cual el sujeto expulsa de sí mismo a un otro, persona o cosa, sentimientos, cualidades, deseos u objetos que desconoce o rechaza en él. La proyección, que deriva del acto de escupir, es necesaria para la diferenciación yo-no-yo pues se expulsa hacia afuera todo lo displacentero, sintiéndose lo placentero como perteneciente al yo. Es posible encontrarlo especialmente en el pensamiento infantil y en el pensamiento primitivo.

Como defensa, la proyección aparece en los sistemas delirantes paranoides de las psicosis y en la formación de fobias infantiles preedípicas. Freud describe la proyección como una defensa primaria que constituye un abuso de un mecanismo normal consistente en situar afuera el origen del displacer.

La proyección continúa madurando. En las zoofobias de la neurosis infantil posteriores a la formación del superyo y en las fobias adultas reencontramos proyecciones, aunque no son tan típicas ni tan masivas como en el caso del niño muy pequeño.

Celener G. y otros, "Los mecanismos de defensa y las técnicas proyectivas", Publicación interna de la Cátedra de Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico Módulo II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 1996.

Definición.- Como mecanismo de defensa, "es atribuir a otra persona pensamientos o sentimientos similares a los propios, de modo que los pensamientos propios se convierten en aceptables. Por ejemplo, un sujeto que no aprecia a uno de sus colegas le atribuye sentimientos recíprocos de desprecio. De esta forma el sujeto puede justificar más fácilmente sus propios sentimientos de desprecio por su colega".

Gelder M, Mayou R y Geddes J (1999), Oxford Psiquiatría, Madrid: Marbán, 2da. Edición, pág. 91.

Definición.- Es un mecanismo de defensa primario por medio del cual el individuo expulsa, localizando en un objeto (persona o cosa) sentimientos y deseos que rechaza en sí mismo. Un ejemplo es el racismo, donde la persona deposita en un grupo sus propios aspectos no tolerados, convirtiendo luego a éste grupo en el odiado.

Berenbaum L y Ferrari R, Acerca de las defensas del psiquismo. Incluido en "Fundamentos de psicología", págs. 107-108.

Generalidades.- "El término proyección fue introducido en la psicología por Sigmund Freud para designar dos clases de fenómenos. El primero consiste en la atribución de deseos o impulsos indeseables a otro, cuando en realidad pertenecen a uno mismo. Se trata de un mecanismo de defensa del yo por el cual un sujeto atribuye a otra persona, personas u objetos, deseos, actitudes o sentimientos de los que se avergüenza, como defensa para no reconocerlos como propios o para disminuir su sentimiento de culpabilidad. También se ha utilizado el término, con un alcance más amplio, para indicar la proyección de percepciones anteriores que tienden a influir sobre las percepciones actuales, y de percepciones interiores que influyen sobre las percepciones sensoriales. Estas percepciones interiores de los procesos ideacionales y emocionales son proyectados al exterior como percepciones sensoriales".

Ander-Egg E., "Técnicas de investigación social", Hvmánitas, Buenos Aires, 1987, 21 edición, pág. 296-297.

Generalidades.- El criterio general de proyección tal como lo define Freud está dado por cinco condiciones:

1) Hay una ilusión o creencia equivocada, no justificada por los hechos objetivos. Esto no se cumple en el test, donde el sujeto debe 'hacer como si'. No es una proyección cognitiva sino imaginativa, pues se le pide que imagine algo, que invente a partir de la lámina. Los restantes cuatro criterios están presentes a veces:

2) El sujeto atribuye al objeto una tendencia dirigida a otro objeto (celos) o hacia él mismo (estados paranoides).

3) La tendencia proyectada es parte de la propia personalidad del proyector.

4) Lo proyectado es inaceptable, vergonzoso, y por lo tanto suprimido o reprimido. No es conciente de ello, o sólo a medias. Sin embargo, a veces es totalmente conciente.

5) La proyección busca salvar la autoestima y librar al sujeto de admitir su inferioridad o culpa. Sin embargo, a veces lo proyectado es una cualidad a admirar.

Celener G (1995) Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (ORT-TAT). Publicación interna de la cátedra de Métodos y técnicas de exploración diagnóstica II. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Según Freud.- El criterio esencial de la proyección tal como la define Freud está dado por cinco condiciones:

1) Hay una ilusión o creencia equivocada, no justificada por los hechos objetivos. Esto no se cumple en el test, donde el sujeto debe 'hacer como si'. No es una proyección cognitiva sino imaginativa, pues se le pide que imagine algo, que invente a partir de la lámina. Los restantes cuatro criterios están presentes a veces:

2) El sujeto atribuye al objeto una tendencia dirigida a otro objeto (celos) o hacia él mismo (estados paranoides).

3) La tendencia proyectada es parte de la propia personalidad del proyector.

4) Lo proyectado es inaceptable, vergonzoso, y por lo tanto suprimido o reprimido. No es conciente de ello, o sólo a medias. Sin embargo, a veces es totalmente conciente.

5) La proyección busca salvar la autoestima y librar al sujeto de admitir su inferioridad o culpa. Sin embargo, a veces lo proyectado es una cualidad a admirar.

Murray distingue *dos tipos de proyección*: la proyección de elementos constitutivos del sí mismo (o proyección suplementaria), y la proyección de elementos constituyentes figurativos (objetos imaginados con los que el sujeto interacciona en su fantasía, y se trata en general de objetos importantes como padre, madre, amigos, enemigos, con los que se ha estado íntimamente vinculado).

Por ejemplo, un sujeto puede atribuir elementos constituyentes de sí mismo a un personaje (por ej. el héroe de la historia que cuentan) y constituyentes figurativos a los restantes personajes. La figura que lo representa a él es un alter, y sobre éste el sujeto puede ejercer una 'presión' (agresiva, evasiva, de rechazo, aflictiva, etc). Murray pensó en poner, incluso, en cada imagen un personaje (objeto evocador de sí mismo) con el cual el sujeto pueda empatizar e identificarse con él. Con esto habría que tener juegos de láminas para adultos, para niños, etc.

Las técnicas proyectivas estimulan la imaginación, pero sólo ciertos aspectos de esas representaciones pueden llamarse proyecciones, y el resto no nos interesa.

En suma: a través de la proyección estimulada por situaciones-estímulo ambiguas, el sujeto mediante su fantasía revela aspectos concientes e inconcientes de su personalidad. Se ha objetado que el sujeto bien podría relatar algo de su experiencia reciente (una película que vio el día anterior), pero debe tenerse en cuenta que la memoria es selectiva, que las huellas mnémicas sufren transformaciones en función de las constelaciones emocionales del sujeto.

Celener Graciela, Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (Ort-Tat), publicación interna de la Cátedra de Técnicas psicodiagnósticas II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Reseña histórica.- Bellak hace un recorrido histórico del concepto en Freud, y reformula el concepto psicoanalítico de proyección en términos de distorsión aperceptiva y a partir de la teoría gestáltica del aprendizaje.

En 1894 Freud habla de proyección en la neurosis de angustia, donde al no poderse controlar la excitación sexual interna, se la proyecta en el exterior. En 1896 concibe proyección como atribución de impulsos propios indeseables a otras personas o al mundo. Posteriormente sigue la misma línea en el caso Schreber: el paranoico transforma el impulso homosexual por formación reactiva (de "yo lo amo" a "yo lo odio"), y luego proyecta ese odio al objeto amoroso original, convertido así en perseguidor. Esta atribución es por presión del superyo, que lo desaprueba moralmente en el sujeto mismo.

Más tarde, en Totem y Tabú, Freud habla de proyección como un mecanismo universal y normal mediante el cual configuramos el mundo. Tal el sentido de proyección en sentido amplio que se toma aquí como importante (el sentido restringido era proyección como defensa).

Celener Graciela, Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (Ort-Tat), publicación interna de la Cátedra de Técnicas psicodiagnósticas II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Definición.- "Se denomina proyección al hecho de atribuir a objetos externos características, intenciones o motivaciones, que el sujeto desconoce en sí mismo. La proyección puede realizarse tanto sobre objetos inanimados como sobre seres animados" (página 144),
Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

Generalidades.- "En 'Tótem y Tabú' Freud introduce la idea de que la proyección no es solamente un mecanismo de defensa, sino, que es un proceso que existe también cuando no hay conflicto patológico, un proceso normal, habitual, por el cual las percepciones de nuestros procesos afectivos e intelectivos son externalizadas, y las utilizamos para conformar la representación de nuestro mundo exterior" (Celener G, 1999:114).
Celener G (1999) Las técnicas proyectivas. Su estatus epistemológico actual. Buenos Aires: JVE ediciones. 2º edición.

Generalidades.- La proyección se define, en tanto proceso defensivo, como la atribución inconciente a los otros de los propios sentimientos y cualidades. Es esta una definición operatoria, apta para una verificación experimental.

El experimento para verificar la proyección tuvo lugar de este modo: el experimentador se muestra deliberadamente crítico. Esto genera agresividad en los sujetos, la cual, como va contra las normas culturales, debe ser inhibida, y entonces la proyectan sobre estímulos que interpretan como agresivos. Esto motiva una nueva inhibición, y así sucesivamente.

Esta proyección depende en parte del estímulo, que debe tener algún rasgo de agresividad, mucho o muy poco. En tanto el estímulo tiene agresividad, como en el TAT, la conducta del sujeto es adaptativa, y en tanto no lo tiene, como en el Rorschach, la conducta es simplemente expresiva: el sujeto expresa su agresividad proyectándola sobre un estímulo inofensivo.

Otro experimento donde se hipnotizó a los sujetos, demuestra que la proyección puede también ser no-defensiva. De todos modos y en tanto íntimamente relacionada con una función defensiva, Bellak propone sustituir la proyección por un concepto más general, la *apercepción*, que designa como "la interpretación (dinámicamente) significativa que un organismo otorga a una percepción".

Cuando ocurre un fenómeno así, se produce una *distorsión aperceptiva*: la percepción actual es deformada por las experiencias pasadas individuales del sujeto. Esta distorsión comporta según Bellak cuatro grados, que van desde el más patológico al más normal:

- 1) Proyección invertida: Es la deformación máxima y se ve en la paranoia. El sujeto transforma un amor homosexual en odio del siguiente modo: del "yo lo amo" pasa al "yo lo odio" (formación reactiva). Luego se inhibe este odio y es proyectado como "El me odia" (proyección simple).
- 2) Proyección simple: El empleado cree que su jefe lo mira furioso. Esto puede comprenderse como simple distorsión por transferencia de aprendizaje, o también como efecto de imágenes pasadas sobre imágenes presentes.
- 3) Sensibilización: Si el jefe manifestó efectivamente cierto descontento, la proyección tiene más fundamento.
- 4) Exteriorización: Proyección preconciente lista para volverse conciente.

Reflexiones metodológicas sobre esta teoría de la proyección.- A) Bellak estudia la proyección desde el punto de vista dinámico, pero no genético, pues no analiza el nivel de regresión de la defensa proyectiva, que es más acentuado en la psicosis y menos en la neurosis.

B) Es inexacto explicar el delirio paranoico mediante la formación reactiva, como así también oponerlo a una percepción 'objetiva': cualquiera sea la deformación producida en la paranoia, siempre habrá necesidad de un soporte perceptivo.

C) La apercepción, en tanto implica una deformación aperceptiva, es una variante de la transferencia como concepto del aprendizaje. La apercepción es la transferencia de las percepciones aprendidas a una nueva situación según la fórmula "lo nuevo es igual a lo antiguo más una corrección".

Si aceptamos con Bellak que la transferencia analítica puede reducirse a una transferencia en el aprendizaje, podríamos concluir que la proyección es una transferencia. Sin embargo, toda transferencia no es proyección, pues esta última resulta de una estructura imaginaria que la transferencia no puede explicar. Hacer de la proyección una transferencia de las percepciones implica desconocer que el un proceso imaginario.

D) Relacionemos ahora distorsión aperceptiva con teoría psicoanalítica de la proyección.

Para Bellak, la proyección puede ser también no defensiva, como cuando alguien asimila la percepción presente al pasado, tornando significativo lo percibido. Con ello Bellak pretende haber redescubierto una idea de Freud anunciada en dos pasajes de Tótem y Tabú: en el primero Freud mostraba a la proyección no sólo como defensa sino como un mecanismo primitivo universal donde la proyección hacia afuera opera sobre percepciones exógenas y endógenas. Bellak interpretó mal esto cuando lo vio como que el mecanismo proyectivo influye sobre los datos sensoriales.

En el segundo pasaje Freud afirmaba que, en las concepciones primitivas del espíritu, proyectamos en el exterior nuestro mundo inconciente, de manera que hay un elemento de percepción y otro de memoria. Bellak interpretó mal esta afirmación cuando dijo que percepción y memoria no existen sólo en la

concepción primitiva del espíritu sino en toda la experiencia perceptiva, lo que va más allá de la intención de Freud.

En suma, a partir de lo dicho por Freud no se puede sacar la conclusión de Bellak, de que "los recuerdos de las percepciones influyen los estímulos presentes".

Bellak intentó una teoría de la proyección más amplia que la psicoanalítica. Sin embargo, este problema debe plantearse en términos analíticos, y sólo puede recibir una solución desde el psicoanálisis.

Condensado de Ali Sami, El concepto de proyección y la teoría de distorsión aperceptiva de Bellak (artículo)

Concepto.- Freud introdujo la idea de "proyección" desde 1894 en adelante, diciendo que es una defensa que hace que los sentimientos indeseables nuestros se atribuyen a alguien de afuera, justamente por ser indeseables y estar prohibidos por el superyo. Al principio describió esta defensa en las neurosis y en las psicosis (caso Schreber), pero luego vio que aparecía en la religión.

En sentido más amplio, la proyección es la base de las técnicas proyectivas: el sujeto examinado se supone proyecta sus propias necesidades y tensiones, apareciendo éstas como respuesta a los estímulos ambiguos.

Sin embargo, ciertos experimentos sugirieron que la proyección no funcionaba siempre como defensa. Fue cuando se dio a sujetos una orden post-hipnótica de sentir euforia. Cuando hicieron el test proyectaron esos afectos de euforia, o sea proyectaron un afecto placentero, no displacentero (y proyección como defensa implica que lo proyectado en displacentero, prohibido e inaceptable). Freud incluso reconoció que no siempre la proyección funciona defensivamente. Por ejemplo, cuando en la percepción actual influyen -se proyectan- nuestros propios recuerdos, o sea percepciones pasadas. Debemos suponer entonces que toda percepción actual sufre la influencia de la percepción pasada, siendo esta interacción mutua el campo de la psicología de la personalidad.

Condensado de Bellak L (1988) Sobre los problemas del concepto de proyección: una teoría de la distorsión aperceptiva.

PROYECTO

Proyecto identificador.- El proyecto identificador se define como "la autoconstrucción continua del Yo por el Yo". Es un compromiso identificador donde algunas cláusulas deberán cambiar y otras no.

Al principio el Yo es un simple repitiente del discurso de la madre, sin proyecto propio. Pero luego deberá darse un segundo tiempo donde se apodera de los 'anhelos identificatorios' concernientes a su futuro, que no deberán quedar ligados únicamente al pasado. Sin embargo, este compromiso identificador se encuentra condicionado por el discurso parental y social, con sus permisos y prohibiciones.

Para que el yo pueda enfrentar los fracasos de sus anhelos identificatorios, necesita preservar la investidura de ciertas referencias simbólicas o 'puntos de certeza', indispensables para la identificación simbólica, o sea aquello que no se cuestiona y que permite al Yo reconocerse como identificado e identificable. Si estos puntos son puestos en duda sobreviene una 'duda catastrófica', que lleva la psicosis. Sin embargo, algunas identificaciones se deberán cuestionar para que el Yo pueda anticipar su propio devenir, como las que provienen del portavoz, es decir, la sombra hablada.

En la neurosis coexisten anhelos identificatorios contradictorios entre el Yo actual y lo este desea o se prohíbe llegar a ser, pero esto no pone en peligro aquellos referentes que le permiten reconocerse en lo que él deviene.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Proyecto identificador según Aulagnier.- Término acuñado por Piera Aulagnier, con el cual designa la autoconstrucción continua del Yo por el Yo, necesaria para que esta instancia pueda proyectarse en un movimiento temporal, proyección de la que depende la propia existencia del Yo (p. 167).

Entre el Yo y su proyecto debe persistir un intervalo: lo que el Yo piensa ser debe presentar alguna carencia, siempre presente, en relación con lo que anhela llegar a ser. Siempre debe haber diferencia entre el Yo futuro y el Yo actual (p. 171).

El acceso al Proyecto Identificador demuestra que el sujeto ha podido superar las prueba fundamental que lo obliga a renunciar al conjunto de objetos que, en una primera fase de su vida, han representado los soportes conjuntos de su libido objetal y narcisista, objetos que le han permitido plantearse como ser y designar a los objetos codiciados por su tener (p. 173).

En lo concerniente a la relación entre la constitución del Proyecto Identificador y la historicidad, puede decirse que el Yo está constituido por una historia, representada por el conjunto de los enunciados identificatorios que recuerda, por los enunciados que manifiesta en su presente su relación con el proyecto identificador y, finalmente, por el conjunto de los enunciados en relación con los cuales ejerce su acción represora para que se mantengan fuera del campo, de su memoria, de su saber. Una parte de su historia permanece así inconciente para el Yo (p. 174).

Aulagnier Piera, La violencia de la interpretación.

PRUEBA MENTAL

Definición.- En el contexto de la psicología evolutiva, "las pruebas mentales son medios científicos de: a) averiguar el curso normal del desarrollo mental de los niños, teniendo en cuenta detalles generales tales como aprender a andar y hablar, desarrollo del lenguaje, destreza de las manos y ojos, habilidad para dibujar, contar, numerar, razonar, etc. b) de medir el crecimiento de una determinada criatura, para ver si, por su edad, está de acuerdo con la 'norma' o si, por lo contrario, está debajo o sobre la misma, y c) de distinguir entre la habilidad innata y los efectos de la enseñanza".

Isaacs Susan (1965) Años de infancia. Buenos Aires: Hormé-Paidós, pág. 56.

PRUEBA PSICOMÉTRICA

Definición.- Una prueba psicométrica es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de comportamiento. En general, se refiere a capacidades, aptitudes, intereses o características del comportamiento humano e incluye la determinación del "cuánto", es decir, la cantidad de aquellas capacidades, aptitudes, intereses o características del comportamiento del sujeto.

Chiavenatto, "Administración de recursos humanos".

PSI

Definición.- Símbolo de psicología. Abreviatura de parapsíquico (paranormal), utilizada generalmente como prefijo, e introducida por Rhine como término no comprometido por el componente crítico de los fenómenos parapsicológicos: precognición, clarividencia, telepatía, telequinesia.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PSICOANÁLISIS

Definición.- "Med. Método de tratamiento de ciertas enfermedades nerviosas o mentales, basado en el análisis retrospectivo de las causas morales y afectivas que determinan el estado morbozo // Doctrina que sirve de base a este tratamiento, en la que se concede importancia a la permanencia en lo subconsciente de los impulsos instintivos reprimidos por la conciencia" (Aristos, 1968:492).

Aristos (1968) Diccionario ilustrado de la lengua española. Barcelona: Sopena.

Definición.- "Nombre que se da a un método específico para investigar los procesos mentales inconscientes y a un enfoque de la psicoterapia. El término se refiere también a la estructuración sistemática de la teoría psicoanalítica, basada en la relación entre los procesos mentales conscientes e inconscientes".

"Psicoanálisis" Enciclopedia Microsoft® Encarta® en línea 2001

<http://encarta.msn.es> © 1997-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Generalidades.- "El *Psicoanálisis*, teoría inicialmente elaborada por el psiquiatra austríaco Sigmund Freud, entiende que la Psicología se explica desde el estudio de la *dinámica* entre diferentes *fuerzas instintivas*. Dicha dinámica es de origen *inconciente* y, por tanto, el objetivo del psicólogo es generar procedimientos que le permitan observar el inconciente y crear las categorías relevantes para su análisis".

León O y Montero I (1995) Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación. Madrid: McGraw-Hill, pág. 39.

Generalidades.- (De psico- y análisis.) m. 1) Psicol. Nombre dado por el médico vienés Sigmund Freud a un sistema de psicopatología y a una terapéutica asignada fundamentalmente al tratamiento de la neurosis. 2) Psicol. Partiendo del concepto básico del inconciente dinámico -en cuanto que ejerce una acción permanente y al propio tiempo requiere una fuerza contraria que le impide acceder a la conciencia psicológica-, Freud estableció los principios de su método sobre la asociación libre. Otras nociones centrales de esta terapéutica son las de resistencia (lo que en sujeto analizado se opone a su acceso al inconciente), transferencia y deseo. En la teoría de Freud se acentúa particularmente el papel de dos instintos contrapuestos: el instinto destructivo de muerte (hostil o agresivo) y el instinto constructivo sexual. Freud creía que en la persona emocionalmente madura, una gran parte de la energía libidinosa podía ser derivada -mediante la sublimación- de su inconciente metasexual para verterse en objetivos no sexuales y socialmente útiles (así, por ejemplo, la actividad artística o la investigación intelectual). Esencial es la teoría de la psicosexualidad, que desarrolló a partir del concepto de la libido, con tres etapas, caracterizadas, respectivamente, por la tendencia narcisista, el complejo de Edipo y el llamado estadio genital. Los psicoanalistas consideran que el yo tiene a su disposición, además de la represión y de la sublimación, otros medios (mecanismos de defensa) de protegerse frente a las demandas de ello (contenidos inconscientes). A partir de 1906 se adscribieron a estas teorías personalidades de la

categoría de C. G. Jung y A. Adler, que más tarde se apartaron de la teoría ortodoxa para fundar sus propias escuelas psicoanalíticas. En la segunda mitad del Siglo XX, a través sobre todo del francés Jacques Lacan (1901-1981), se abrió paso un movimiento de retorno a Freud. No obstante, el surgimiento de una psicología clínica basada en los resultados de la psicología experimental hizo que en el período 1961-80 el psicoanálisis perdiera vigencia entre los psicólogos.

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Raíces históricas.- Sobre el Freud neurólogo ejercieron influencia el materialismo evolucionista y la fisiología fisicalista. Respecto del primero, consideró a Jackson, quien se inspiró en el evolucionismo de Darwin y Spencer aplicándolo a la evolución del sistema nervioso. Respecto del segundo, consideró a Brucke, quien estudio la fisiología de los organismos en acción que funcionan según el principio de conservación de la energía popularizado por von Helmholtz. En el Instituto Brucke estudió Breuer, que fue donde conoció a Freud.

Sobre el Freud psicólogo ejercieron influencia Breuer, Janet y Charcot (métodos catártico e hipnótico), y el idealismo de Brentano. Breuer escribió con Freud "Estudios sobre la histeria", donde mostraron que los síntomas eran residuos de experiencia traumáticas de índole sexual. De Janet, Freud toma el método hipnótico para reconstruir la historia del síntoma: bajo hipnosis se pedía al paciente que recordara sus causas. Asimismo, de Charcot tomó Freud su concepción sobre la histeria y sobre la hipnosis. Freud fue también discípulo de Brentano, tomando de él la idea de conciencia intencional. De esta forma Freud puso énfasis en el carácter intencional de la conducta, sólo que los móviles eran inconcientes.

Condensado de Bollini M (1986) Material para la cátedra de Escuelas Psicológicas, de la carrera de psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires.

Tarea.- "Si tuviéramos que definir la tarea del psicoanálisis, diríamos: consiste en adquirir el mayor conocimiento posible de las tres instancias supuestas como constitutivas de la personalidad psíquica, así como de sus relaciones entre sí y con el mundo externo. En lo tocante al yo, entraña: el estudio de sus contenidos, sus límites y funciones, y la historia de sus relaciones con el mundo exterior, con el ello y el superyó, bajo cuyas influencias se ha formado. En relación con el ello, implica: ello y el estudio de sus transformaciones" (Freud A, 1979:14-15).

Freud Anna (1979), El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós.

Psicoanálisis holográfico.- "La tarea clínica psicoterapeuta puede convertirse en un factor poderoso en la construcción paradigmática de los modelos más allá del determinismo social. Plantea la creatividad ("de actor a autor") como una factor curativo por antonomasia, y no la sublimación que, en última instancia, siempre apunta a un objeto ideal propuesto como progresista desde un sistema imperante. La creatividad como cura permite una sublimación a objetos nuevos más allá de los conocidos y determinantes desde el inconciente o conciente social.

Subrayamos la utilidad de este enfoque psicoterapéutico por ser holístico y con retorno a la práctica concreta por medio de la creatividad, lo que nos hace solidarios, protagonistas, libres y con identidad más auténtica. Además, desde el punto de vista técnico hace más tolerable la angustia en los procesos de crisis, reduciendo la tendencia a calmarse consumiendo "objetos de satisfacción" que nos tranquilizan y adaptan.

En resumidas cuentas, se trata de asumir una experiencia desde el self antes de que el Yo se objeque u objeque relaciones, pasando a ser "autor" de las transformaciones estructurales. Como autor, intuimos el advenimiento de un tiempo vivo; futuro que cambia toda cosmovisión y autovisión; más allá de los comunes determinismos sociales, pulsionales e inconcientes reprimidos que pertenecen al pasado. Por esta razón nos parece un "modelo" psicoterapéutico abierto hacia el tercer milenio, dando a la problemática determinista actual".

Fernández Mouján O, De actor a autor en el drama psicoterapéutico. Incluido en Sánchez Bodas y otros (1994) Psicoterapias en Argentina. Buenos Aires: Holos, página 71.

Vigencia entre los psiquiatras.- Los hechos principales que emergen de los resultados de nuestra encuesta en Suiza son la coexistencia de prácticas terapéuticas enraizadas en diferentes referencias, una clara tendencia a la práctica de terapias combinadas y una importante diversificación de actividades y de marcos de trabajo. Es, así mismo, a destacar, que los psiquiatras de orientación biológica ocupan puestos de más responsabilidad universitaria e institucional en general, mientras que los psiquiatras psicoanalistas ocupan una posición particular mantenida de "interface" entre la actividad pública y la privada. Esta situación les convierte en garantes de los principios del psicoanálisis y contribuyen así a la renovación de futuras generaciones de psiquiatras de orientación psicoanalítica. Al comparar diferentes programas de formación, Mombour (Mombour, 1984) observó que el psicoanálisis ha ejercido una influencia predominante en la formación de los psiquiatras y de los psicoterapeutas en los Estados Unidos, en Canadá, en Noruega y en Suiza. Respecto a esta última, la doble especialización en psiquiatría y psicoterapia ha contribuido sin duda alguna a la preeminencia de la psicoterapia, sobre todo de inspiración psicoanalítica, hasta nuestros días.

Perspectiva del psicoanálisis.- Recientemente han aparecido numerosos artículos influyentes que presentan críticas fundamentales hacia las concepciones tradicionales de la situación analítica y hacia la base del conocimiento y la autoridad del analista, proponiendo reemplazar dichas concepciones con ideas radicalmente diferentes. Los artículos que tomamos como paradigmáticos de lo que denominamos la "nueva perspectiva", y sobre los que focalizaremos principalmente, son uno de Stephen Mitchell (1998) y dos de Owen Renik (1996, 1998 a).

Se presenta una evaluación crítica de las posiciones adoptadas recientemente por Mitchell y Renik, a quienes se ha tomado como representativos de la "nueva perspectiva" en psicoanálisis. Se examinan un artículo de Mitchell y dos de Renik como paradigmáticos de ciertos modos de construir la naturaleza de la mente, el conocimiento y autoridad del analista, y el proceso analítico indebidamente influenciado por el giro postmoderno en psicoanálisis. Aunque los teóricos de la "nueva perspectiva" han aportado críticas válidas a la teoría y práctica psicoanalíticas tradicionales, terminan por adoptar posiciones insostenibles. Se cuestionan específicamente sus opiniones sobre la relación entre el lenguaje y la interpretación, por una parte, y los contenidos mentales del paciente por la otra. Se apunta una disyuntiva entre su discusión de material clínico y su posición conceptual, y se critican sus redefiniciones idiosincrásicas de verdad y objetividad. Finalmente, se sugiere un "modesto realismo" como la posición filosófica más apropiada a adoptar por los psicoanalistas.

Morris N. Eagle; David L. Wolitzky; Jerome C. Wakefield. Conocimiento y autoridad del analista: una crítica a la "nueva perspectiva" en psicoanálisis. Aperturas Psicoanalíticas. 2003 Mar;(13).

Variables.- En psicoanálisis tenemos cuatro variables fundamentales: realidad externa, motivaciones, estructuras y conducta.

Cada una de ellas a su vez puede ser considerada como variable independiente, como variable dependiente o como variable interviniente: todo depende de qué tipo de investigación queremos realizar. Recordar que la variante dependiente depende de la independiente, que es la que controlamos en la investigación, y que la interviniente es un nexo entre las dos anteriores.

Ejemplo: lo más habitual u obvio es utilizar "realidad externa" como variable independiente (podemos controlar las variaciones del medio), y utilizar "conducta" como dependiente (la conducta dependerá de cómo hayamos hecho variar las condiciones ambientales). A su vez las "motivaciones" inconscientes pueden usarse como variables intervinientes.

Rapaport David (1983) Estructura de la teoría psicoanalítica. Capítulo 2.

Generalidades.- Rodrigué aborda el problema del análisis lego como causa, como síntoma de la institucionalización del psicoanálisis, y comienza haciendo algo de historia remontándose al hipnotismo. Por entonces, había quienes decían que el hipnotismo era un recurso más del médico, y otros que no existía ningún rapport entre medicina e hipnotismo. Freud tendía a aceptar la primera opinión.

Asimismo, Freud podía aceptar que alguien se dedicara al psicoanálisis sin ser médico: eso fue lo que le sugirió, por ejemplo, a T. Reik. En el otro extremo, Stekel por ejemplo sostenía lo contrario y advertía acerca del análisis lego realizado por no médicos.

Para Freud, los médicos que no estudiaron psicoanálisis en nada se diferencian de los legos, siendo todavía más peligrosos porque no se sienten responsables, escudados tras el diploma. Los médicos no tienen motivos históricos para considerarse los únicos que pueden ejercer el psicoanálisis. Por otro lado, Freud sostenía que los médicos están mejor preparados que los legos para diferenciar una neurosis de otra patología, como un daño neurológico.

Tras la cuestión lega están en juego cuestiones más profundas, como el lugar del psicoanálisis en las ciencias humanas. Freud mismo dijo que el psicoanálisis tenía un espectro de aplicación muy amplio que abarcaba todas las ciencias sociales. Anna Freud, Reik, Nunberg estaban también a favor de la apertura lega.

Los analistas reunidos en Bad Homburg fijaron los criterios de admisión a los institutos psicoanalíticos, y establecieron así el análisis didáctico, la exigencia del análisis personal, además de seminarios y supervisiones. Por su lado, Freud seguía cuestionando a los norteamericanos porque ellos imponían su propia forma de encarar el psicoanálisis (por ejemplo, como una empresa comercial). Qué queda de toda esta batalla? La medicina perdió, y hoy el psicoanálisis pueden ejercerlo por ejemplo los psicólogos.

Rodrigué E (1996) Sigmund Freud: el siglo del psicoanálisis. Buenos Aires: Sudamericana. Capítulo 58.

Historia.- La teoría psicoanalítica fue creada por Freud como teoría para explicar patologías mentales y como conjunto de técnicas terapéuticas, siendo en este caso el objetivo sustituir el sufrimiento neurótico por el padecimiento humano habitual.

Aún hoy siguen vigentes muchos conceptos freudianos como el de resistencia y el de transferencia, como así también las técnicas utilizadas tales como la asociación libre, la interpretación y la neutralidad del

analista. Esta última supone dos actitudes: la atención flotante (escuchar sin juzgar) y la abstinencia (no involucrarse personalmente a nivel afectivo con el paciente: no satisfacer demandas, etc.).

Los aportes posfreudianos provinieron de dos grandes escuelas: la inglesa (Klein, Winnicott) y la francesa (Lacan). El psicoanálisis kleiniano apunta a que el paciente pueda elaborar la transferencia positiva y negativa, es decir sus sentimientos de amor y odio hacia el analista y evitar que utilice la escisión, una defensa regresiva. Se le han criticado dos cosas: que utilice la misma técnica a pacientes de cualquier nivel de gravedad, y no tener en cuenta las defensas del paciente realizando siempre interpretaciones profundas y prematuras (antes de que el paciente pueda asimilarlas mediante defensas adecuadas)

La importancia de la escuela inglesa es haber ofrecido otra perspectiva: la teoría de las relaciones objetales, en oposición a la perspectiva pulsional. Otros representantes de esta escuela fueron Spitz, Bion y Bowlby, denominados postkleinianos. Estos autores, especialmente Bion, han destacado el papel de continente de la madre real, es decir, su función de disminuir la ansiedad. Luego, al introyectarse esta madre, hará que el niño pueda autocalmarse. En la psicoterapia el terapeuta ha de cumplir esta función continente para que el paciente pueda pensar.

En cuanto a Lacan, de la escuela francesa, plantea respecto de la técnica, que la transferencia se instala cuando el analista ocupa el lugar del saber y el paciente el del no saber.

Resumen de Ostrov, Cien años de psicoanálisis, teoría y técnica. Incluido en Fernández Álvarez H (compilador) (1993) Desarrollos en psicoterapia.

Psicoanálisis y teoría de la comunicación.- El psicoanálisis nos propone una visión psicodinámica, es decir, nos propone entender la vida psíquica a partir de fuerzas dinámicas inconcientes (deseos, impulsos, etc.) que van modelando nuestra personalidad y explican además los comportamientos tanto normales como patológicos.

Así, "de acuerdo con la perspectiva psicodinámica..., muchos aspectos inquietantes de la conducta son producto de la lucha continua y en gran medida inconciente entre las fuerzas que se ocultan en lo profundo de nuestra personalidad" (Baron, 1988:11).

El método de investigación es la interpretación, la cual permite poner de manifiesto los contenidos inconcientes habitualmente reprimidos, o sea, nuestras motivaciones más profundas y normalmente desconocidas por nosotros mismos. También, permite dar una explicación de las conductas patológicas. Con respecto a esto, dice F. Bruno que "las ideas relacionadas de represión y motivación inconciente pueden aplicarse para explicar casi todos los síntomas neuróticos" (Bruno, 1978:181).

Por su parte, la teoría de la comunicación humana surge en un marco diferente. Aparece en EEUU y no en Europa, como el psicoanálisis, y a partir de varios pensadores entre los que se contó como pionero G. Bateson y la escuela de Palo Alto (California).

Esta orientación no considera necesario recurrir a mecanismos psicodinámicos, intrapsíquicos, para dar cuenta de las interacciones entre los seres humanos, y este es el punto importante que me ha parecido diferente al psicoanálisis.

Así, dice Watzlawick que el punto de vista de la teoría de la comunicación humana "ofrece la ventaja de que no es necesario recurrir a ninguna hipótesis intrapsíquica imposible de verificar en última instancia, y de que es posible limitarse a las relaciones observables entre entradas y salidas, esto es, a la comunicación. Este enfoque, según creemos, caracteriza una importante tendencia reciente en la psiquiatría que apunta a considerar los síntomas como una de las múltiples formas de entrada al sistema familiar y no como una expresión de conflictos psíquicos" (Watzlawick y otros, 1981:44-45).

Además, a diferencia del psicoanálisis, la teoría de la comunicación humana se centra más en el presente que en el pasado, o sea, "constituye la búsqueda de una configuración en el aquí y ahora, más que de significado simbólico, causas pasadas o motivaciones" (Watzlawick y otros, 1981:46).

Watzlawick utiliza la metáfora de la Caja Negra: la mente puede ser considerada como una caja negra, es decir, sin presuponer nada acerca de lo que ocurre "adentro" de ella, podemos entenderla a partir de las entradas (estímulos) y las salidas (respuestas).

Por supuesto, el psicoanálisis no seguiría este modelo porque supone mecanismos internos, intrapsíquicos, que pueden inferirse a partir de las respuestas o conductas. Sería entonces lo que se podría llamar una caja "traslúcida", porque se puede inferir cuáles son estos mecanismos internos. No la llamaría caja transparente porque entonces habría una certeza total, y el psicoanálisis lo que hace es plantear hipótesis, conjeturas. Un vidrio traslúcido no deja ver con total claridad lo que hay del otro lado, pero permite ver algo como para sugerir hipótesis de lo que acontece.

Mientras el enfoque de la caja negra busca explicar la conducta a partir de los estímulos, el esquema de la caja traslúcida trata de explicarla principalmente a partir de procesos mentales internos, como mecanismos de defensa, conflictos entre el ello y el yo, etc.

Un representante típico de la caja negra es el conductismo. Así, "Watson incluyó en la conducta todos los fenómenos visibles, objetivamente comprobables o factibles de ser sometidos a registro y verificación y que son, siempre, respuestas o reacciones del organismo a los estímulos que sobre él actúan" (Bleger).

Para Watson, nadie puede ver lo que ocurre 'adentro' de la mente, y solamente contamos con lo que la observación nos revela desde fuera de ella, es decir, los estímulos que el organismo recibe y las respuestas que da. En este sentido, el conductismo de Watson se asemeja a la teoría de la comunicación

humana por cuanto en esta teoría también se habla de entradas y salidas, como señaló Watzlawick en una cita bibliográfica indicada más arriba.

Por lo tanto, la teoría de la comunicación humana puede también ser encuadrada dentro del modelo de la caja negra.

Cualquiera de los dos puntos de vista considerados puede ser criticado, porque me parece que cada uno ofrece una visión parcial del complejo y multifacético fenómeno del comportamiento humano.

Las teorías de caja negra acentúan mucho la importancia del ambiente, del estímulo, de la situación, del presente, mientras que las teorías psicodinámicas acentúan más la importancia de lo intrapsíquico y del pasado.

Cazau P (1994) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Lewin Kart (1977) La teoría del campo en la ciencia social. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1: Formalización y progreso en psicología.

Woodworth R y Schlosberg H (1971) Psicología experimental. Buenos Aires: Eudeba, 3º edición, Tomo II.

Watzlawick P, Beavin J y Jackson D (1981) Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder, 2º edición.

Baron (1988) Capítulo 1: Psicología: su naturaleza, campo de estudio y sus métodos.

Bleger J (1988) Psicología de la conducta. Capítulo 2.

Bruno Frank (1978) Historia de la psicología. Buenos Aires: Ediciones Troquel.

Relación entre teoría y práctica.- Los autores exponen aquí algunas ideas acerca de la relación entre la teoría y la práctica del psicoanálisis.

La gran pregunta de Freud.- La gran pregunta freudiana fue en qué medida la técnica influencia la teoría, y hasta donde ambas se apoyan u obstruyen mutuamente. Ferenczi y Rank (1924) fracasaron al intentar responderla.

Decían que las teorías etiológicas destacan la parte emocional de los recuerdos reprimidos como esencial para generar la enfermedad mental, y así, el fanatismo interpretativo traslada en forma unilateral e incompleta, el conocimiento teórico a la práctica terapéutica. Con la expresión 'fanatismo interpretativo', Ferenczi y Rank criticaron la forma errada de transformar la teoría. Ambos autores destacaron este círculo vicioso pero también rescatan el círculo virtuoso entre teoría y práctica.

El estado actual de la discusión puede verse en las opiniones de Rangell, Kernberg y otros. Para Rangell hay un vínculo estrecho entre teoría y técnica, y evolucionan complementándose mutuamente, sin indicar como pueden ayudarse u obstruirse. Kohut, por su parte, sostiene la necesidad que teoría y técnica formen una unidad funcional, aunque su interacción no hace a la teoría más verdadera ni a la técnica más eficiente, una idea ingenua dejada por Freud cuando sugirió la unión inseparable entre terapia e investigación.

La práctica psicoanalítica a la luz de la unión inseparable.- Freud caracterizó la relación entre teoría-investigación y práctica-terapia con tres tesis: a) Hay una unión inseparable pues la teoría aporta el éxito y la práctica aporta a la teoría. 2) Los análisis breves son infecundos para el avance de la teoría. 3) La terapia aporta conocimiento sobre la persona.

Esta tesis de la unión inseparable solo puede satisfacerse si la práctica es eficaz porque la teoría es verdadera, exigencia no fácil de cumplir. Además, la tesis de Freud se refiere al contexto de descubrimiento: la práctica aporta nuevas ideas. Pero también hay un contexto de justificación o de fundamentación.

Los conocimientos diádico-específicos o casuísticos son los que obtiene directamente el analista en su relación diádica con el paciente. Luego se los devuelve y permiten al paciente reflexionar y hacer insight. Aunque tales conocimientos se basan en la teoría, pueden ampliarla o modificarla.

Así, la unión inseparable significa que la curación resulta de comunicar al paciente el conocimiento casuístico, comunicación que debe hacerse correctamente según las reglas de la terapia y que lleva al insight.

El tipo de conocimiento que regula la práctica de investigación y la práctica terapéutica es un saber que tiene tres características: es descriptivo y clasificatorio, es causal y es un saber terapéutico relativo al cambio.

El contexto de la fundamentación de la teoría del cambio.- La fundamentación de la verdad de un enunciado puede establecerse con los hechos o también viendo si se deducen de conocimientos ya existentes. Surge así el problema de cómo se fundamentan las afirmaciones que se hacen al paciente.

Hay un supuesto de continuidad que dice que invirtiendo afirmaciones verdaderas sobre relaciones causales, se logran conocimientos eficaces sobre cambios. Sin embargo, las afirmaciones sobre relaciones causales sólo son válidos en condiciones ideales. El saber causal da información acerca de los hechos que condicionan otros hechos, pero no sobre las acciones que producen esos hechos. Así, el supuesto de continuidad no sirve para fundamentar la hipótesis acerca de la acción eficiente a través de la verdad del conocimiento causal.

Hay dos tipos de conocimiento que se contraponen y no se deducen inmediatamente uno del otro: la teoría del psicoanálisis como ciencia básica (conocimientos descriptivo y causal), y la teoría del psicoanálisis como ciencia aplicada (teorías tecnológicas sustantiva y operativa, según palabras de

Bunge, y el saber de cambio o terapéutico). Las teorías tecnológicas sustantivas se refieren a los objetos de la acción e incluyen, por ejemplo, enunciados sobre patrones transferenciales o resistenciales típicos. Las teorías tecnológicas operativas se refieren al acto práctico mismo, y pueden ser aplicadas para desarrollar estrategias para formular recomendaciones más eficientes.

Los diferentes requisitos para las teorías en las ciencias puras y en las aplicadas.- Verdad y utilidad son los criterios para las ciencias puras y las aplicadas o tecnologías, respectivamente. Aun un alto grado de eficiencia no garantiza la verdad de la tecnología, o sea la exactitud de la explicación tecnológica, que es, junto al criterio principal de eficiencia, otro importante. La validez de la explicación tecnológica (ejemplo de explicar porqué debe interpretarse las resistencias en vez de los conflictos inconcientes) se prueba según los métodos usuales de la investigación empírica en términos de eficacia, del mismo modo que las teorías en las ciencias puras o básicas.

Consecuencias para la acción terapéutica psicoanalítica y para la justificación científica de la teoría.- La consecuencia de la distinción hecha anteriormente entre la verdad del conocimiento y la eficacia de la acción, es que hay separar estos dos factores que la tesis freudiana había unido inseparablemente. Su relación no es a priori, en el sentido de ser un requisito o consecuencia de la otra. En la situación analítica, la investigación no se vincula automáticamente con la acción terapéutica, o viceversa, y la unión debe producirse a través de acciones concretas, no en forma a priori. La unión inseparable debe ser creada, no presupuesta.

Resumen de Thomä H y Kachele H (1989) Teoría y práctica del psicoanálisis. Barcelona: Herder. Capítulo 10.

Psicoanálisis y cultura.- Se habla aquí de la relación de la hermenéutica freudiana y la cultura. Concretamente la tesis que propone aquí Ricoeur es la siguiente: es a título de hermenéutica de la cultura contemporánea; es decir, el psicoanálisis es un movimiento de la cultura, porque la interpretación que da el hombre se funda sobre la cultura en su conjunto. El psicoanálisis participa de la cultura porque es interpretando al mundo que el psicoanálisis lo cambia.

Hay varios textos donde Freud se ocupa del tema de la cultura y a través de ellas se trasluce que su punto de vista tópico, económico y genético, es igualmente aplicable, en lo esencial, a lo individual y a lo grupal. Ya desde la interpretación de los sueños, se deja ver que sueño, juego, humor, fantasía, folklore, leyendas, mitos y síntomas, responden al mismo mecanismo de funcionamiento. Asimismo, en Tótem y Tabú interpreta psicoanalíticamente lo dicho por la Etnografía en relación con los orígenes totémicos de la religión y los orígenes de nuestra ética imperativa en los tabúes arcaicos.

Desde el punto de vista económico, la cultura es la expresión del viejo conflicto entre pulsión y prohibición. La cultura prohíbe (por ejemplo, incesto), inhibe la pulsión pero al mismo tiempo le da a ésta una salida, una compensación por el sacrificio. Una ilusión de satisfacer la pulsión que se queda en ilusión, ya que el hombre aun permanece insatisfecho. Asimismo también la agresividad social muestra que la cultura es reveladora del antagonismo de pulsiones entre sí: vida y muerte.

La cultura (arte, moral, religión, etc.) es, dijimos, una ilusión, y su tarea no es solo reducir el deseo humano, sino defender al hombre de la superioridad aplastante de la naturaleza; por ejemplo, crea a los dioses para exorcizar el temor. Lo dicho aquí es una interpretación de la cultura desde el punto de vista económico, pero también da Freud un enfoque desde el punto de vista genético sobre todo en Tótem y Tabú, donde muestra el origen filogenético de la religión (la horda primitiva que asesina a su padre).

Ricoeur señala dos ejemplos importantes de cómo a través de la cultura se busca de una u otra forma satisfacer la pulsión (retorno de lo reprimido): son la ilusión religiosa y la seducción estética; desde Freud, el último ejemplo, el arte, es la forma no neurótica de la satisfacción sustituida. La forma neurótica Freud la relaciona más con lo religioso. Recordemos que Freud no es un teólogo, no se ocupa si existe o no Dios, sino que se ocupa de la significación psicológica que tiene la creencia en un Dios. Plantea Ricoeur, que podría ser que la imaginación mítico-poética (arte) sea el instrumento de una corrección innovadora, dirigida en sentido inverso a la repetición arcaizante de la religión.

Marx, Nietzsche y Freud, atacarán todos una ilusión: la ilusión de la conciencia de sí. Ya con Descartes se había criticado la ilusión de la conciencia de sí, que consiste en creer que la conciencia es tal como se aparece a sí misma, es decir, en creer que conciencia y sentido, coinciden. Marx, Nietzsche y Freud, crearán una ciencia mediata del sentido, irreducible a la conciencia inmediata del sentido. En otras palabras, ellos proponen no solo que hay otro sentido, latente, sino que puede buscarse mediante una tarea hermenéutica. O sea, hay algo que determina a la conciencia desde el ámbito más profundo (el psiquismo inconciente según Freud, la voluntad de poder según Nietzsche, el ser social según Marx). La tarea consiste entonces en devenir conciente ese sentido oculto. Estos autores no critican la conciencia, la extienden de forma tal que puedan cumplir tareas: aumentar la potencia, el poder en el hombre (Nietzsche), liberar la praxis mediante la conciencia de necesidad (Marx), vivir mejor, ser más libre y más feliz (Freud).

Debido a que los postulados de Freud, Marx y Nietzsche, aunque los hemos interpretado, aun no los hemos comprendido, falta una antropología que los unifique, y el lugar de ellos en nuestra cultura, permanece indeterminado y en suspenso. El mismo Freud lo explica diciendo que la conciencia tiene una "resistencia" a comprenderse, resistencia a la verdad. También antes se había resistido a creer que la tierra no es el centro, y que el hombre proviene del mono. Repetimos: hay una gran distancia entre la

interpretación de la cultura que aporta el psicoanálisis y la comprensión que puede adquirir la conciencia común de esta interpretación. La reacción inmediata de la conciencia común, no es comprender, sino vulgarizar el psicoanálisis, o bien denostarlo, condenarlo, a una mera ética. El psicoanálisis solo cambiará las costumbres (es decir, influenciará en la cultura) cambiando la calidad de la mirada y la comprensión del hombre sobre sí mismo.

Condensado de Ricoeur P (1975) *Hermenéutica y psicoanálisis*. Buenos Aires: Megápolis.

Una interpretación filosófica del psicoanálisis.- Hacer una interpretación filosófica de Freud, es tomar posición respecto de su obra, pensar a partir de Freud y contra él.

El discurso de Freud se refiere tanto al sentido (por ejemplo, sentido del sueño, síntoma, etc.) como a las fuerzas (conflictos, represión, etc.), o sea, es una semántica del deseo (semántica es sentido y deseo es fuerza).

También se refiere a una arqueología del sujeto (origen) y a una teleología del sujeto (fin, futuro), y a una dialéctica entre ambos. Reflexionando filosóficamente acerca de Freud, puede decirse que el sujeto solo tiene un "arché" (arqueología, pasado) si tiene un "telos" (fin, futuro), puesto que cada momento de la vida encuentra su sentido en las siguientes.

También reflexionando filosóficamente, vemos que Freud ni describe ni pretende describir un todo: solo muestra las pulsiones accesibles a la práctica analítica. También puede verse una discordancia entre la teoría y la práctica en el psicoanálisis, que Ricoeur justificará diciendo que esto se debe a la misma naturaleza de las cosas que se estudia, ya que el psicoanálisis estudia dos planes diferentes de coherencia: el de la fuerza y el del sentido. Este discurso mixto hace que por ejemplo, las relaciones de fuerza se expresen y disimulen en relaciones de sentido, y viceversa.

Condensado de Ricoeur P (1975) *Hermenéutica y psicoanálisis*. Buenos Aires: Megápolis.

El psicoanálisis como arte y ciencia.- Hay diferencias importantes entre el psicoanálisis como arte (cuando se ejerce la profesión de psicoanalista) y el psicoanálisis como ciencia (cuando se realizan investigaciones científicas en dicha teoría). Comparemos ambos roles.

Tema de estudio.- El arte de emitir un juicio clínico consiste en tener en cuenta todos los factores, dando a cada uno su importancia según el caso que se está tratando. Utiliza tanto la teoría como su experiencia personal. En cambio el científico investigador pasa por alto lo personal, y procura simplificar llegando a pautas generales de conducta. El arte del investigador consiste en seleccionar un problema limitado y manejable y los métodos que mejor servirán para solucionarlo.

Formas de adquirir información.- Los métodos para adquirir información en el profesional tienen ventajas y desventajas con respecto a los métodos del investigador.

La ventaja es que el profesional puede acceder con mayor profundidad a la intimidad del paciente, y además que el profesional puede intervenir directamente y puede ver los resultados de su intervención.

La desventaja del profesional es la ventaja del investigador: este tiene oportunidad de volver a comprobar observaciones e hipótesis surgidas de antiguos métodos, mediante nuevos métodos y a través, por ejemplo, del experimento. Así, la única forma de hacer investigación en psicoanálisis no es tratando pacientes. Antes de seguir, aclaramos algo sobre el lugar del escepticismo y la fe tanto en investigadores como en profesionales.

Escepticismo y fe.- El investigador es más escéptico: siempre debe estar dispuesto a revisar y criticar teorías, pero el profesional actúa tomando como válida la teoría y se apoya en otros que tienen más experiencia. Hay mayor fe, y ello incluso ayuda al paciente. El investigador, no obstante, tiene fe en su método, con el cual revisará las teorías.

Como facultativos, tratamos con la complejidad; como científicos, procuramos simplificar. Como facultativos, utilizamos la teoría como guía, y como científicos desafiamos esa misma teoría. Como facultativos aceptamos modos restringidos de investigar, y como científicos utilizamos todos los métodos que podemos. Un nuevo método no tiene necesariamente que ser superior al anterior: basta con que se adapte al nuevo fenómeno que investigaremos.

Por ejemplo: para los analistas es tan necesario estudiar el modo como un niño es tratado por sus padres, como estudiar la representación interna que tiene de ellos, pues el núcleo de nuestros estudios es examinar como interacciona lo externo con lo interno, interacción que determinará la evolución de la personalidad del niño.

Del mismo modo, es tan indispensable basarse en los datos de los pacientes acerca de su infancia, como la observación directa del comportamiento infantil. Por ejemplo, respecto de esto último, que a veces no se le dio tanta importancia dentro del psicoanálisis, están los estudios de Mary Salter Ainsworth sobre la observación de la interacción madre-hijo durante el primer año de vida. Tales experiencias repercuten luego durante el resto de la vida, e incluso explica el modo de comportarse del futuro adulto en las sesiones de análisis, siendo entonces una fuente valiosa de información. Por ejemplo, se encontró que en casi todos los casos observados, la madre es la principal responsable del modo en que se desarrolla la interacción.

Bowlby cita otros casos donde ilustra su opinión de que la observación directa de los niños nos da información clínica importante en los casos de futuros desórdenes de la personalidad. No obstante,

señala que es tan importante la infancia real del paciente como su visión acerca de ella, que puede y suele no coincidir con experiencias reales.

Ciertas experiencias apoyan una idea de Winnicott: cuando el niño tiene miedo a sentirse apegado a cualquiera, es por temor a ser rechazado y a experimentar angustia. Esta actitud luego volverá a repetirse cuando es un adulto.

Resumen de Bowlby J (1989) Una base segura. Buenos Aires: Paidós. Conferencia 3.

Escuelas psicoanalíticas.- Se mencionan tres escuelas: inglesa, americana y francesa.

Representantes de la escuela inglesa son Jones (1913), Klein (1920), kleinianos (Bion, Rosenfeld, Bick, Tustin, Meltzer), Anna Freud, Fairbairn, Bowlby, e independientes (1960: Balint y Winnicott).

Representantes de la escuela americana son Brill, Jones, Rank, psicología del yo (Hartmann, Kris y Lowenstein), culturalistas (1930: Fromm, Horney, Kardiner), escuela de Nueva Cork (Spitz, Erikson), culturalistas antropólogos (Malinovsky, Benedict, M. Mead, G. Bateson), y otros posteriores (Kernberg, M. Mahler y Kohut).

Representantes de la escuela francesa son: primera generación 1913-1930 (Hesnard, Claude, Clérembault, Laforque), segunda generación (Lagache, Lacan, etc), y otros posteriores (Green, Mc Dougal, Anzieu). Se menciona también a Piera Aulagnier.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos postfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Desarrollos posteriores del psicoanálisis.- Adler se separa de Freud en 1911, Jung en 1913, Rank en 1924, y Reich en 1927. Son desarrollos post-freudianos, heterodoxos, pero que hacen su propia ortodoxia (Marx decía: "yo no soy marxista" por tantas tergiversaciones que sufrió su teoría). Adler y Jung han formado escuela, mientras que Rank y Reich, no. Alvie dice que las teorías de Adler, Reich, etc. son diferentes a Freud, pero el método es básicamente el mismo: la interpretación.

Adler.- Adler no da tanta importancia a la sexualidad infantil y al inconciente, y reemplaza, como núcleo básico de la salud-enfermedad, al complejo de Edipo por la voluntad de poderío, expresión que toma de Nietzsche. Freud no acepta estos planteos y Adler se separa.

Jung.- Jung se aparta de Freud al sostener que la libido no es necesariamente energía sexual, sino energía psíquica en general, y que puede o no canalizarse hacia la sexualidad. Jung agrega el inconciente colectivo, que Freud no negó nunca y que llamó herencia arcaica.

Escuela del yo.- "El yo y los mecanismos de defensa" de A. Freud inspiró la escuela del yo (Hartmann, etc.). Importante es el yo y su función de adaptación al medio.

Reich.- Reich destaca la importancia de la sexualidad y su satisfacción en el orgasmo. La sexualidad reprimida genera trastornos y perversiones. Reich estudió además, especialmente, al yo y al carácter, siendo este último el efecto que dejaba en la personalidad la represión sexual, y llega a decir que es una manifestación neurótica. También llegó a comparar la libido con la electricidad, una realidad física que desarrollaba lo mental. Reich choca con Freud al criticarle e éste su afirmación que cierto grado de represión sexual es buena para el desarrollo cultural (la sublimación). Reich creó centros donde los jóvenes se liberaban sexualmente. Esto ocurría en Alemania antes del nazismo (1920, más o menos). Reich rechazó también la idea del instinto de muerte: los instintos expresan sabiduría biológica.

Culturalistas.- El grupo culturista (Horney, Fromm) no acepta el papel de la sexualidad infantil en el desarrollo de la personalidad. Estudia la relación sociedad-neurosis: ciertas sociedades reprimen lo sexual y generan enfermedad.

Klein.- Abraham es el primero en hacer una correlación entre fases de la libido, afecciones mentales y tipos de relaciones objetales. Esto lo continuará Melanie Klein, que centra su estudio sobre las relaciones objetales más que sobre los instintos. Klein llegó a analizarse con Abraham solo 14 meses.

Entre las ampliaciones realizadas por esta autora, está la investigación de la mente infantil, los conceptos de fantasía inconciente y de instinto de muerte y agresión, y los de mundo interno y objeto interno. Introduce modificaciones sustanciales en el Edipo, en el superyó, el narcisismo y el inconciente. Sus aportes originales son: envidia, posición, etc. Postula un yo temprano, que está desde el nacimiento.

Al hablar de la pulsión de la muerte da un sentimiento trágico de la vida al modo de Heidegger y Unamuno. Hay angustia existencial, aunque ella no hace filosofía.

Para Klein al principio hay un solo inconciente, y la represión y la conciencia vienen después. En Freud en cambio el inconciente se constituye con la represión. Para Klein, los contenidos originarios del inconciente no son represiones sino las fantasías (inconcientes) Todo el inconciente es fantasía. La fantasía es lo original, no así en Freud, donde la base de la fantasía está en la escena primaria, escena que da lugar a la fantasía. Esta es la conclusión final de Freud, aunque pasó él por una etapa donde pensaba que la escena primaria era solamente imaginaria.

Condensado de Ostrov L y Tarazi O, Diferencias entre Freud y sus continuadores. Clases dictadas en la Cátedra de Psicología Psicoanalítica durante 1974. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Lectura y psicoanálisis.- Freud decía, y Lacan nunca le contradijo en eso, que el analista hace bien cuando sigue de cerca los pasos del poeta, del creador, ya que éste le desbroza el camino de lo real.

Amos Oz, premio Nobel de literatura, tiene una teoría del lector en su libro *Una historia de amor y oscuridad* o, más precisamente, una teoría del "mal lector". Sigámosle un trecho en su descripción: "El mal lector siempre quiere saber, saber de inmediato, cuál es la historia que está detrás del relato, qué pasa, quién está en contra de quién, quién folló con quién realmente. En el fondo, ¿qué quiere el mal lector, el lector perezoso, sociológico, cotilla y mirón? Quieren "la última palabra". El "qué quería decir el poeta" quieren arrebatarme [...] El mal lector me exige que le desmenuce el libro que he escrito; pretende que con mis propias manos tire mis uvas a la basura y le dé sólo las pepitas". Aquí subyace una idea de lectura como trabajo, a falta del cual el lector se degrada en "perezoso", en "mirón". Y sobre todo hay la idea de lectura como ejercicio de alteridad, del lector acompañándose del Otro —el que lee nunca está solo, dice Lacan—. El mal lector es el que le da el esquinazo al Otro, el que cortocircuita la otredad haciendo existir la figura imposible de "la última palabra". Esa "última palabra" que, de existir, haría desaparecer toda literatura.

Aroma Anna, Lectura y psicoanálisis. REVISTA NORTE DE SALUD MENTAL. 2005 JUN; 23.

Sartre y el psicoanálisis. - Algunos puntos de vista de Sartre son erróneos. El afirma enfáticamente: "el hombre es lo que elige", o sea pone como base del ser humano la libertad. Pero este hombre sartreano se vuelve solitario: enfrenta y desafía a Dios y a la sociedad, niega que haya esencias (verdaderas como Dios, reglas morales): ante todo hay una existencia que elige, que es libre.

Sin embargo no se puede tener libertad sin alguna clase de estructura en la cual, o contra la cual, estos individuos actúen. Libertad y estructura se necesitan mutuamente. Sartre mismo parte de una estructura del pensamiento occidental, presupone las creencias judeocristianas, etc. Ser un anticristo presupone la existencia de Cristo.

Lo mismo vale para el psicoanálisis: criticar o desafiar el psicoanálisis, presupone que antes debe haber una estructura psicoanalítica, creada por Freud. Incluso cuando Sartre habla de "psicoanálisis existencial", ya está presuponiendo la teoría de Freud. En un libro que lleva ese título, Sartre hace algunas críticas al determinismo de Freud.

Dice que el psicoanálisis no explica: no explica primero, porque términos como "proyección" y otros buscan aplicar algo general a un sujeto individual, lo que no puede hacerse según Sartre, y además explicar la conducta de hoy por el pasado, es simple determinismo, inaceptable. La realidad humana se define por los fines que persigue, no por las causas del pasado. Por ello rechaza también las explicaciones evolucionistas.

Tampoco puede explicarse al hombre por la influencia del ambiente. Este actúa sólo cuando el sujeto lo comprende, lo transforma en una situación. También critica Sartre la división de la persona en yo, ello, etc. Pata Sartre, debe estudiarse al hombre en cuanto ser (ontología) como base necesaria para el psicoanálisis: éste empieza donde termina la ontología del ser, y con esto coincide Rollo May. También coincide con Sartre, en que el inconsciente no es un sótano, sino potencialidades de experiencias.

Resumen de Rollo May (1990) La psicología y el dilema del hombre. México: Gedisa. Capítulo 9: Jean Paul Sartre y el psicoanálisis.

Psicoanálisis del yo. - Surgida en EEUU, esta corriente enfatiza dos puntos: la importancia de la instancia yoica, y la enfatización del carácter (Freud no habló de carácter, salvo en el artículo "El carácter y el erotismo anal").

Reich, en "El análisis del carácter", define el carácter como una alteración crónica del yo que se caracteriza por su rigidez y que sirve para proteger al yo de peligros internos o externos. El carácter es la coraza del yo, el que se atrinchera por miedo al castigo. Frente al carácter neurótico está el carácter genital, armónico y plástico, que puede adaptarse, no es rígido. Rank, por su parte, habló de un carácter artístico e ideal.

Kardiner, Erikson, Anna Freud, Hartmann y Abraham buscaron integrar datos dinámicos y psicológicos dentro de la escuela del yo. Esta escuela buscó dar cientificidad a sus investigaciones. De éstas, hay dos bastante conocidas: la investigación Menninger y el Índice Hampstead.

La investigación Menninger empieza alrededor del 50 hasta el 72. Investigó la fortaleza yoica y sus funciones. Comparando pacientes con ex pacientes, estudiaron la fortaleza yoica, el nivel de angustia, el nivel de agresividad y la capacidad de externalización. Todo ello respecto de los pacientes. Respecto del tratamiento, indagaron la técnica (interpretación), la experiencia del terapeuta en el caso, y el grado de tolerancia. Y respecto de la situación, indagaron la posibilidad o grado de estrés, y la capacidad de irritabilidad.

Concluyeron dos cosas: primero, que la fuerza yoica depende de la combinación de la integración, la estabilidad y la flexibilidad de las estructuras psíquicas; y segundo, que la mayor fortaleza yoica permite mayor posibilidad de respuesta positiva en un paciente.

La investigación del Índice Hampstead empieza en el 50. Fue dirigida por Anna Freud y trabajó con chicos en relación con su educación. Se operó con índices porque se buscó aislar indicadores tanto del niño como de la madre y el grupo tratante que mostraran como eran las respectivas respuestas básicas para cada momento evolutivo.

Investigación en psicoanálisis.- Objetivo: Este artículo revisa de manera crítica algunos trabajos sobre investigación psicoanalítica y psicoterapéutica, en las diferentes líneas de trabajo, con el propósito de establecer y contrastar sus metodologías; además, se revisan los procedimientos para medir la eficacia de las psicoterapias como factor de cambio psíquico.

Método: Se escogieron artículos representativos de las diferentes líneas de investigación, publicadas de preferencia en revistas indexadas, avaladas o patrocinadas por la Asociación Psicoanalítica Internacional, que cubren las áreas de investigación clínica, empírica, conceptual, experimental, interdisciplinaria y aplicada, además de investigaciones sobre resultados en psicoterapia.

Resultados: Esta revisión evidencia la ampliación de las fronteras en el campo de la investigación psicoanalítica, que durante muchos años estuvo limitada a la cura psicoanalítica.

Conclusiones: El analista y el psicoterapeuta, en su formación continua y actualización, deben reconocer la importancia de la diversificación de los proyectos de investigación, así como la necesidad de ampliar el círculo de investigador-verificador, e incluir a terceros investigadores, mediante diversas metodologías, para contribuir a la verificación y refinamiento de la teoría y validación de los resultados de la práctica.

Eduardo Laverde-Rubio. Metodología de la investigación: Psicoterapia analítica y psicoanálisis. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. 2008 MAR;37(1):118-128.

Psicoanálisis y lengua.- Es posible identificar, siguiendo la lingüística C. Hagège (1985), al menos dos obstáculos sustanciales en el cambio de la traducción de una lengua a otra. En primer lugar, la lengua es una sustancia viviente condicionada histórica y socialmente, y los condicionamientos son obviamente distintos en las diferentes lenguas. Esta visión de la lengua, que se opone a una visión estática y neutra, ha sido ampliamente proyectada y teorizada por el teórico ruso M. Bajtín, y posteriormente retomada por Steiner, por Hagège y por muchos otros. Uno de los elementos significativos que intervienen vitalizando y modificando la lengua es el factor tiempo, que opera también en el interior de una lengua sola. El tiempo, que es individual, histórico y social, contextualiza la sustancia lingüística y le atribuye un sentido que es específico para aquel momento o período.

Si se trata de un paciente polilingüe precoz, es decir, de un sujeto que ha asimilado varias lenguas en el período de adquisición del lenguaje; si todas éstas están igualmente representadas a disposición del sujeto para su uso (situación que en la práctica nunca se produce integralmente), no se presupone una 'traducción' verdadera de una lengua a otra, sino más bien una 'conmutación' entre sistemas lingüísticos. En este caso, se puede plantear la hipótesis de que el sujeto, por su conocimiento de las constricciones estructurales de cada lengua, estará en condiciones de llevar adelante, inconcientemente, las operaciones de sondeo y que en profundidad y extensión deberían permitir equivalencias adecuadas. Sin embargo, el problema expuesto subsiste, porque quien haya traducido sabe que en el interior de una lengua existen múltiples elecciones permitidas, teóricamente equivalentes, pero personalmente privilegiadas, que configuran en definitiva un estilo.

Además, siendo la cadena sintagmática lineal y desarrollándose el discurso en el tiempo, la lengua utilizada, cada vez, no puede ser más que una sola, aun en la hipótesis en que analista y paciente, igualmente polilingües respecto a las mismas lenguas, coincidan en que las asociaciones puedan enunciarse en cualquiera de las lenguas poseídas. La elección de una lengua, en esta última eventualidad, no puede ser casual, como no le era por ejemplo, para la paciente de la canción de corro. El hecho de hablar en italiano y no en alemán, de traducir el texto de alemán al italiano, es funcional a la defensa.

Es posible introducir, en el interior de un polilingüismo casi perfecto, otra distinción importante. Un sujeto puede ser perfectamente polilingüe desde un punto de vista lingüístico, y no ser policultural. En verdad esta variedad es la más frecuente, y lo es por razones de realidad. Una familia puede transmitir a sus hijos varias lenguas, pero difícilmente logrará transmitir, con la misma fidelidad, varias culturas. Inevitablemente, el hecho de habitar un espacio privilegia la cultura del lugar en el cual se vive, en cuanto los estímulos culturales recibidos son más numerosos y están más a mano. Si, como decíamos antes, la lengua es una sustancia viviente, condicionada histórica, social y culturalmente, también desde el punto de vista de un sujeto polilingüe habrá una lengua más viva, la que pertenece al lugar en el cual se desarrolla su existencia.

El paciente políglota presenta, de alguna manera, una dinámica similar a la del polilingüe. Sin embargo, hay algunas diferencias que conviene tener en cuenta. En primer lugar, puesto que es políglota, por definición, ha adquirido otras lenguas, además de la lengua madre, después del acceso al lenguaje, esta primera lengua conserva un privilegio sustancial en los primeros vínculos entre representaciones mentales y palabras. Además, la lengua madre es aquella en la cual han hallado su lugar las vivencias de los primeros años de vida. Que éstas se traduzcan o no a las lenguas aprendidas posteriormente es algo que depende de cada sujeto y de las necesidades reales con las que se encuentre. Esta multiplicidad de destinos ha sido notablemente ilustrada por muchos escritores bilingües: Beckett, Canetti, Conrad, Cioran, Bianciotti, Hoffman... Esto nos induce a pensar que la lengua adquirida a una determinada

distancia de la primera infancia puede llegar a veces a expresar el mundo interior con la misma fidelidad que la lengua madre, incluso respecto a las vivencias primordiales.

Finalmente, el problema de la 'traducción' parecería completamente irrelevante en el sujeto monolingüe. Usuario de una sola lengua, él parecería estar al reparo, junto a su hipotético analista, de todo problema relativo a la traducción o a la vinculación interlingüística Fleigenheimer (1989) con gran sutileza y sensibilidad, sostiene precisamente lo contrario. Si un paciente italiano habla de una casa *colonica* (rural), en la mente de un analista nacido y crecido en otro pueblo se evocarán imágenes de 'su' campiña y de 'su' mundo campesino. Por otra parte, el mismo problema se crearía en una pareja de paciente y analista que compartan nacionalidad y lengua, en base a las diversidades no menos significativas -pero en este caso más clandestinas- que caracterizan la vivencia y la historia de cada uno. Se equivoca quien considera que la comunión de la lengua exime al analista de una escucha similar a la aconsejada cuando hay más de una. La lengua del hablante monolingüe ha sido sometida, durante la vida del sujeto, a todas las variaciones diacrónicas que caracteriza a la lengua en cuanto tal a nivel social. El factor tiempo no actúa únicamente a nivel colectivo, sino también en el interior de la vida lingüística del individuo. En este sentido se toma la definición de regresión propuesta por Lacan: el sujeto -en la demanda actual que dirige a su analista- acarrea aquellos significados obsoletos que correspondían a la demanda de su antigua historia.

Interpretación, trabajo analítico y traducción.- Hasta ahora los autores han tratado de individualizar y formular las convergencias, las intersecciones, que presenta la problemática de la traducción respecto a la de ellos. En este punto se pone la pregunta de si se debe extender la analogía entre trabajo analítico y trabajo del traductor, si por ejemplo la interpretación analítica es una traducción. La respuesta es negativa. La interpretación, la '*Deutung*' freudiana, no puede ser conceptualizada como una traducción; en efecto, ella nunca es designada como una '*Übersetzung*', término corriente para 'traducción'. La terminología freudiana asociada a la interpretación, de manera no casual, vuelve a proponer los vocablos utilizados para hablar de la estructura del aparato psíquico: '*Übertragung*', transposición; '*Verschiebung*', desplazamiento; '*Übertragung*', transferencia; '*abschreiben*', transcribir; '*Verdichtung*', condensación.

La intervención analítica ligada a la interpretación se propone luego trasponer, trasladar, transcribir, transformar, produciendo una textura polifónica, trazando conexiones.

El material analítico es una experiencia, una figura nueva de la intersubjetividad que custodia-sirviéndose de la construcción ideada por Freud como conjunto de reglas que, inspirándose en el método, guían la curación en la realidad de la transferencia y de la relación, en el quiasmo producido por el deseo del paciente y por el del analista- el decir y la escucha.

La escucha está implícita en la naturaleza del decir que la precede, puesto que la atención uniformemente fluctuante reúne la actividad del analista con la actividad de libre asociación del analizado, y la interpretación es una condensación del decir y del escuchar apta para proponer el sentido del decir que nace al darles peso a las palabras. El objetivo, cualquiera sea la teoría que se utilice para describir el aparato psíquico, es la transformación del sujeto.

Los autores han rechazado la concepción de la interpretación como una traducción, en nombre de la diferencia entre el 'material analítico' y el texto, y en nombre de la divergencia del objetivo de la operación. El momento de interpretar es *también* el momento en que se decide que el 'material' producido por el analizando es bastante comprensible; es decir, el analista está en posesión de una 'preinformación' suficiente que le permite contextualizar los elementos identificados en el nuevo discurso; además, él logra elaborar algunos criterios, a su parecer válidos, para delimitar los límites de pertenencia de las series asociativas. El momento de interpretar es *también*, pero *no solo*, el determinado por la relativa certeza sobre el sentido del material. Porque, si se tiene presente la naturaleza peculiar de la relación analítica misma, queda claro que el 'momento de concluir', o de intervenir, no podrá ser decidido con el solo parámetro de que el material está completo. Ése será *un* parámetro, valioso sin duda, pero solo uno del conjunto de los elementos que intervienen en esta peculiar forma de intersubjetividad.

Si el campo de la experiencia psicoanalítica y el campo del análisis textual manifiestan tener contornos precisos y diferentes, las intersecciones y los préstamos pueden enriquecer a ambos. Es posible, por ello, volver sobre el concepto de los límites de pertinencia que, considerado en la escucha y en la interpretación del paciente multilingüe, se revela particularmente pertinente. La pregunta acerca de '¿dónde detenerse?' se replantea con fuerza si consideramos las características peculiares del discurso del sujeto polilingüe o políglota.

Una sesión en varias lenguas.- Es bastante evidente que la transcripción elimina la entonación de la voz, los silencios, los ritmos del discurso, como si fueran elementos menores. Por convención eliminamos además los elementos no verbales o paraverbales (gestos, etc.) que acompañan o sustituyen la alocución en ciertos pasajes discursivos. No tenerlos en cuenta, *como si* fueran desdénables, no significa que lo sean. Ésta es la primera pérdida que sufrimos inevitablemente.

Asimismo, debe decirse que, si bien esta pérdida es común a la transcripción de cualquier discurso oral en discurso escrito, el psicoanálisis, construido como *experiencia* oral, y no como simple discurso oral, tiene mucho que perder en la transcripción. ¿Qué método podría mostrar eficazmente la especificidad de una experiencia? No porque sea necesario postular una calidad inefable, sino más bien porque nos

encontramos en presencia de una gran cantidad de variables. No debe fomentarse la solución, que encuentra últimamente no pocos prosélitos en algunos grupos psicoanalíticos, de recurrir a instrumentos técnicos de grabación, como si el grabador o las videocaseteras garantizaran de por sí la restitución de la experiencia. Ellos plantean, a su vez, algunos problemas adicionales no insignificantes.

La transmisión del psicoanálisis.- Posiblemente, solo ahora es posible darse cuenta de cuánto han marcado las vicisitudes de la traducción de las obras de Freud en las distintas lenguas el desarrollo del pensamiento psicoanalítico en los diversos contextos nacionales. Por ejemplo, la versión propuesta por *Standard Edition* ha condicionado a generaciones enteras de psicoanalistas; gracias a la recolección casi integral de la edición y al rico aparato de notas críticas, ha representado durante años un punto de referencia obligado, no solo para los estudiosos de lengua anglosajona, sino también para la de muchos otros países. Es sabido que este texto -incluso a causa de su profunda necesidad de integración en la nueva patria- fue adoptado por los mismos psicoanalistas de origen alemán emigrados a Inglaterra y Estados Unidos, que solo excepcionalmente, debido a algún problema específico, hacen referencia en sus escritos a la edición original de las *Desammelte Werke*.

Paradójicamente, la lengua de Freud todavía carece de una edición 'estándar'. En Alemania, de hecho, el copyright recién caducará en 2059 y hasta esa fecha no será posible tener una publicación integral coordinada y provista de aparato crítico; en consecuencia, tampoco habrá disponible un punto de referencia firme para eventuales nuevas traducciones. Esto explica, al menos en parte, la aparición de algunas publicaciones parciales de las obras de Freud en diversas lenguas, que se han traducido del inglés y del francés antes que del alemán.

En conclusión, en el arco de más de un siglo a partir de las primeras publicaciones de los escritos de Sigmund Freud, no obstante la amplia difusión a nivel mundial del psicoanálisis en los distintos niveles de la cultura y de la sociedad. El panorama de la traducción de sus obras en todo el mundo es todavía lagunoso, discontinuo e incompleto.

Todos somos conscientes de las imprecisiones y, a veces, de los auténticos errores que se cometieron en el transcurso de los años a través de las traducciones; pero también es lícito preguntarse si tantas 'revoluciones' terminológicas no terminarían por crear más confusión que claridad.

Estas breves referencias informativas, relativas a la cuestión inmanente de la traducción de los escritos de Freud y de otros autores -entre extenuantes pesquisas exegéticas y raros neologismos, entre el rigor obsesivo de la fidelidad del texto y el arbitrio que todo acto creativo de traducción inevitablemente conlleva-, nos revelan cómo, también en este nivel, se reproduce la antigua ilusión de la lengua original por reencontrar.

Es cierto que hoy la comunidad psicoanalítica debe hacerse cargo de corregir muchos errores de traducción que se han perpetuado en el transcurso del tiempo, y que han sido fuente de equivocaciones en cadena. Pero es igualmente cierto que cada revisión se expone al riesgo de infligirle al pensamiento de Freud un artificioso 'efecto retroactivo' de 'resignificación' forzada de sus escritos, en orden a las teorías modernas de las cuales cada uno es partidario. Puesto que cada nueva versión será inevitablemente una nueva interpretación, se impone una gran cautela, para evitar aumentar la 'Babel'. En definitiva, es necesario aceptar que nunca ninguna traducción -ni siquiera la más docta y cuidada- será totalmente satisfactoria y definitiva. Precisamente como dice George Steiner respecto de Shakespeare, cada generación, en teoría, podría querer 'su' versión de las obras de Freud en los diversos idiomas.

Pero quedará siempre un margen abierto para nuevas verificaciones, confirmaciones y posibilidades alternativas. Por lo cual, si bien la traducción del psicoanálisis no es una tarea imposible, siempre será una tarea sin fin.

Resumen de J. Amati Mehler, S. Argentieri, J. Canestri, Lengua madre y lenguas extranjeras en la dimensión psicoanalítica. Grupo Editorial Lumen. Buenos Aires-México.

PSICODÉLICO

Definición.- (De psico- y el griego 'deloyn', mostrar, manifestar; de 'délos', visible, patente.). Perteneciente o relativo a la manifestación de elementos psíquicos que en condiciones normales están ocultos, o a la estimulación intensa de potencias psíquicas. Causante de esta manifestación o estimulación. Dícese principalmente de la marihuana y otros alucinógenos.

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

PSICODIAGNÓSTICO

Definición.- Psicol. Conjunto de procedimientos psicológicos (tests, entrevistas, etc.) que se aplican para explorar y evaluar una personalidad, sus disposiciones y aptitudes, sus conductas previsibles, su carácter, sus rasgos patológicos, etc. Es decisivo en todas las formas de la psicología aplicada.

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Generalidades.- "Institucionalmente el proceso psicodiagnóstico configura una situación con roles bien definidos y con un contrato en el que una persona (paciente) pide que la ayuden y otra (psicólogo)

acepta el pedido y se compromete a satisfacerla en la medida de sus posibilidades. Es una situación bipersonal (psicólogo – paciente o grupo familiar), de duración limitada, cuyo objetivo es lograr una descripción y comprensión lo más profunda y completa que sea factible de la personalidad total del paciente o del grupo familiar. Asimismo enfatiza la investigación de algún aspecto en particular según la sintomatología y las características de la derivación (si la hubiere). Abarca los aspectos pretéritos, presentes (diagnóstico) y futuros (pronóstico) de esa personalidad, utilizando para lograr tales objetivos ciertas técnicas (entrevista semidirigida, técnicas proyectivas, entrevista devolutiva).

Siquier de Ocampo, García Arzeno, Grassano de Piccolo y col (1974) Las técnicas proyectivas y el proceso de psicodiagnóstico. Buenos Aires: Nueva Visión.

Generalidades.- La psiquiatría necesita un instrumento de verificación diagnóstica, por cuanto sus ventajas son: a) ofrecen un registro completo de un segmento de conducta, para reducir la selección subjetiva y aumentar la objetividad; b) se pueden comparar esos datos entre pacientes; y c) por lo anterior, se hace posible la cuantificación. No obstante, hay siempre una cuota de subjetividad, controlable por la experiencia clínica.

Los métodos clínicos obtienen una muestra de conducta amplia pero no sistemática, mientras que los tests al revés. Hay que utilizar ambos para compensar sus desventajas. Además de estas razones pragmáticas, hay también razones conceptuales para utilizar los tests: estos permiten reconstruir, a partir de lo observado, los procesos del pensamiento y, a partir de ellos, la dinámica de la personalidad. Rapaport, Teoría del procedimiento diagnóstico.

Generalidades.- El psicodiagnóstico es un proceso de investigación que utiliza entrevista y técnicas de exploración psicológica para dar respuesta a preguntas más o menos explícitas, a demandas que pueden venir del ámbito clínico (este paciente es analizable?), forense (esta persona es imputable?), laboral, educativo, etc. Para ello utiliza un aparato conceptual para analizar los datos.

Más que un conjunto de técnicas, el psicodiagnóstico es la construcción de un campo de conocimiento, un objeto de estudio, un método, una teoría, etc, donde se inventan hipótesis (descubrimiento) y se intenta verificarlas (justificación). No se trata sólo de decir "la exploración psicodiagnóstica indica tal o cual cosa"; intenta también la interpretación del material, hacer cuestionamientos teórico-técnicos más extensos, etc. El objeto de estudio son los trazados expresivos de las organizaciones de la personalidad, tal como se construyen y recolectan en el dispositivo psicodiagnóstico.

O sea, además de decir que la exploración mostró tal o cual cosa, muestra también como está organizada la personalidad del sujeto. El psicodiagnóstico está constituido simultáneamente por diferentes vectores y componentes: la demanda, sus relaciones con el método científico experimental y sus relaciones con la teoría psicoanalítica.

El psicodiagnóstico tiene una duración y un lugar donde se lleva a cabo, además de un encuadre y una serie de roles técnicos (entrevistas, consignas, etc) y, como unidad de estudio, una 'batería de técnicas mínimas básica'. La metodología es estructuralista, pero también hermenéutica (o interpretativa). Respecto de los tests, se utilizan tanto los psicométricos como los proyectivos. Por proyectar se entiende tanto enviar hacia la figura contenidos psíquicos, como ver en la figura una proyección de aspectos de la personalidad, como en el sentido óptico de proyección o radiografía de la personalidad.

Hay por lo menos tres componentes que atraviesan simultáneamente el campo del psicodiagnóstico: 1) una demanda del saber, 2) la teoría presupuesta, y 3) la cualidad del objeto de estudio.

La demanda proviene del ámbito clínico, laboral, etc. La sociedad pone al diagnosticador en el lugar del saber y le solicita que fundamente el saber en forma objetiva y corroborable. La teoría presupuesta es el psicoanálisis, mientras que el objeto no es el sujeto del inconsciente sino el sujeto total, con todos sus aspectos y vicisitudes.

El psicodiagnóstico está afectado a la vez tanto por el dispositivo del método científico experimental como por el dispositivo analítico: este último favorece la emergencia de lo reprimido.

El psicodiagnóstico busca crear efectos subjetivos: la persona reaccionará a consignas, materiales, encuentros, despedidas, etc, donde proyectará su material psíquico.

El psicodiagnóstico permite detectar la capacidad de fluctuación dinámica del sujeto entre su realidad y recursos psíquicos, y la realidad externa. En esta fluctuación puede haber estabilidad o inestabilidad, dentro de un continuum que va de un extremo al otro.

Lunazzi de Jubany H, Lectura del psicodiagnóstico.

Generalidades.- "Rama de la psicología que consiste en averiguar desarreglos, enfermedades o disfunciones en la conducta humana. Los intentos no son sistemáticos de psicodiagnóstico, y también en alguna ocasión los sistemáticos, se remontan a períodos antiguos de la cultura china, así como al cristianismo primitivo. Se perfiló definitivamente como psicodiagnóstico científico en el mundo occidental a partir de F. Galton, quien, basándose en la psicología experimental orientada en el experimento clásico, estudió sistemáticamente las diferentes reacciones individuales condicionadas por la personalidad. Para la averiguación de tales disfunciones se emplean básicamente la entrevista y los tests. La entrevista consiste en el examen personal del paciente realizado por el psicólogo, quien a través de preguntas que

demandan determinadas explicaciones, observación de la conducta no verbal, comportamiento y reacciones, obtiene la información necesaria para realizar el psicodiagnóstico. Como a veces este método puede resultar incompleto o impreciso, son de gran utilidad los tests y cuestionarios psicológicos estandarizados. Existe una gran variedad: algunos son generales y otros muy específicos sobre trastornos o disfunciones concretas. Una vez empleados estos dos métodos, el psicodiagnóstico suele llevarse a cabo de la siguiente manera: el psicólogo tiene una primera entrevista con el paciente en la que orienta el psicodiagnóstico hacia un trastorno determinado, el que considera que el paciente padece. Para cerciorarse, o para obtener más información, lo normal es servirse del test o los tests aplicables a ese caso concreto, cuyo resultado le será de gran utilidad. Con uno o ambos instrumentos, el psicólogo puede llegar al psicodiagnóstico acertado. Los diferentes trastornos mentales están clasificados en el denominado DSM-IV, manual de diagnóstico psicológico-psiquiátrico, que sirve para dar una uniformidad a la denominación de los diferentes trastornos entre los diferentes profesionales. El diagnóstico psicológico diferencial consiste en la determinación de un trastorno tras haber realizado el estudio comparativo de sus síntomas y signos con los de distintos trastornos de sintomatología similar; es decir, que por la existencia de determinados síntomas podría diagnosticarse más de un trastorno, por lo que hay que averiguar si el paciente tiene algún síntoma que sólo se presente en uno de ellos. El psicodiagnóstico orienta la terapia aplicable a cada persona en cada caso concreto".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Proceso psicodiagnóstico.- Según Abucham, el proceso psicodiagnóstico permite no sólo identificar la enfermedad, sino también realizar un estudio total de la personalidad. Consta de: pre-entrevista, entrevista inicial, entrevistas de administración de pruebas, entrevista de devolución, y confección del informe final. En las entrevistas de administración de pruebas, conviene comenzar con pruebas gráficas, luego con tests de inteligencia, luego con tests verbales (desiderativo, Rorschach) y luego los temáticos (TRO). Los más ansiógenos deben ir al final.

El proceso psicodiagnóstico, tomado como un texto a ser leído y develado, requiere: capacidad de disponer de conocimientos pero también de fantasías y emociones; tolerar el vínculo y la frustración debida a su corta duración; ser continente del sufrimiento y las transferencias y al mismo tiempo mantener el encuadre; plasticidad para interpretar, leer, releer, cambiar; permeabilidad para aceptar y confrontar las propias motivaciones inconscientes del diagnosticador; curiosidad para el mundo interior propio y del otro (análisis didáctico).

La trama del texto psicodiagnóstico puede ser analizada en tres direcciones, que serán los pasos de la lectura psicodiagnóstica: a) siguiendo las propuestas interpretativas desarrolladas para cada técnica por sus autores o modificaciones a estos criterios originales; b) trabajando en el reconocimiento de organizaciones coherentes subyacentes a los principios que sostienen los datos, mediante el registro de recurrencias y convergencias intra e intertest; y c) ligando la lectura de estas organizaciones coherentes con ciertos criterios de diferenciación clínica que permitan explicitarlos en tanto niveles metapsicológicos de abstracción psicodinámica.

El proceso psicodiagnóstico implica plantear un problema y elaborar una hipótesis (por ejemplo es un problema orgánico o psíquico?), recoger datos dentro de cada test, y luego examinar a nivel intertest las recurrencias para ir detectando alguna convergencia significativa.

Lunazzi de Jubany H, Lectura del psicodiagnóstico.

Comercialización de instrumentos.- El crecimiento reciente del manejo del cuidado de la salud mental en los Estados Unidos ha conllevado una enorme demanda de productos de una de las sub-disciplinas mejor desarrolladas, de pruebas y valoraciones. El potencial comercial de los instrumentos de valoración de la salud mental, para un uso extenso, que cumplan lo que describe Kraus, Seligman, y Jordania como una industria global, conlleva a evaluaciones de resultado en escenarios naturalistas, lo que necesariamente trae conflicto de los dilemas de interés para aquellos que los desarrollan y comercializan. La asociación psicológica americana ha dedicado un esfuerzo intenso a este respecto, ya que concierne a otros aspectos de la ciencia y de la práctica de la psicología clínica. Recientemente no se ha puesto atención en el desarrollo y la comercialización de los instrumentos de valoración. Este artículo destaca este problema y sugiere tipos de acciones de auto regulación que podrían aplicarse, como requerir y publicar las declaraciones completas de las relaciones de los autores con las compañías que comercializan los instrumentos, en un "Paquete de Resultado del Tratamiento" en los artículos psicométricos bajo los cuales fueron evaluados.

Karla Moras, Manteniendo una credibilidad psicológica científica y profesional y responsabilidad ética para una auto-regulación: Comentario sobre "validaciones" de instrumentos de evaluación de la salud mental. JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY. 2005 MAR; 61(3).

PSICODRAMA

Definición.- Es una dramatización terapéutica que permite explorar la personalidad, los conflictos interpersonales y los problemas emocionales. Las personas que intervienen son las siguientes: 1) el

protagonista o paciente, es decir la persona que expresa sus problemas, con la ayuda de 2) los auxiliares, o personas que encarnan diferentes aspectos del paciente, 3) el director, psicodramaturgo o terapeuta, o sea la persona que guía a todos hacia el insight.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 26, punto 4.

PSICOFÁRMACO

Hábitos de consumo.- “Un estudio que profundiza en los factores culturales de la prescripción de medicamentos, coordinado por la Universidad de Granada, ha demostrado que el mayor consumo de psicofármacos entre mujeres está asociado a la construcción de una imagen de la mujer como persona «más débil, pasiva y dependiente». El estudio, realizado en Andalucía, Madrid y País Vasco, y coordinado por la antropóloga de la Universidad de Granada (UGR) Nuria Romo Avilés, ha tratado de recoger la experiencia de mujeres que habían sido prescritas con psicofármacos (antidepresivos, tranquilizantes o somníferos), y de profesionales de Atención Primaria y Psiquiatría que los recetan, según informó la UGR. En ambos casos se repiten ciertos estereotipos, que el equipo de investigación asocia a la construcción social del género. Un millón y medio de personas consume somníferos o tranquilizantes de forma habitual en nuestro país, el 75 por ciento de las cuales son mujeres. Por otro lado, un estudio del Instituto de la Mujer del año 2000 indicaba que el 70 por ciento de la población femenina española había tomado alguna vez este tipo de medicamentos, que requieren receta médica”.

Un estudio asocia consumo de psicofármacos y estereotipos sociales. EL NORTE DE CASTILLA. 2004:10-ENERO

PSICOFARMACOLOGÍA

Definición.- (De psico- y farmacología) f. Med. Disciplina científica que estudia el efecto de determinadas drogas o fármacos (sustancias psicotropas o neurotropas) sobre la vida psíquica. Se ocupa, pues, de la modificabilidad de la vivencia y de la conducta a través de los fármacos e investiga los efectos pretendidos y los no deseados o secundarios.

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Psicofarmacología geriátrica.- Los ancianos se ven afectados por una mayor incidencia de enfermedades que requieren tratamiento farmacológico. Por ejemplo, la depresión es por lo general una enfermedad con una historia natural de recuperación espontánea en seis-nueve meses, pero el riesgo de suicidio, la incomunicación social causada por la depresión y la expectativa de vida disminuida de los pacientes de edad, constituyen buenas razones para prescribir un tratamiento farmacológico.

El cuerpo del anciano metaboliza con mayor dificultad los remedios que toma, y suele experimentar frente a ellos reacciones adversas. Además, presentan a menudo un abanico de enfermedades tratadas con múltiples fármacos, lo que aumenta las probabilidades de interacción adversa entre fármacos.

En los pacientes ancianos, los mecanismos homeostáticos están disminuidos, o sea tienen poca capacidad para reaccionar rápidamente a cualquier cambio (si tienen taquicardia, les cuesta volver a las pulsaciones normales, etc), y lo mismo con la presión arterial, el tono vascular periférico, etc. Por lo tanto, tampoco pueden compensar fácilmente ligeros excesos farmacológicos: si toman un medicamento de más, el exceso les cuesta eliminarlo, porque los órganos encargados de ello, el hígado y el riñón, funcionan mucho más lentamente en ellos.

Este déficit farmacocinético (déficit para movilizar el medicamento) engendra reacciones farmacológicas indeseables. La eliminación de los fármacos por orina se hace más lento, lo cual hace que queden circulando en la sangre como toxinas. Si hay polimedicación, como es el caso de los ancianos, los niveles de toxina en sangre aumentan mucho.

En general, la atención cuidadosa del peligro que corren los ancianos, permite minimizar los efectos del fármaco en exceso. Pueden evitarse estos problemas administrando pocos fármacos, apenas los indispensables y en dos menores, y en los casos donde realmente sean imprescindibles y donde la relación beneficio-riesgo es clara. Los pacientes de edad avanzada deberían ser tratados con dosis más pequeñas, puesto que alcanzan los niveles plasmáticos de equilibrio a dosis más bajas. Dosis más altas producen desequilibrios, con lo que el fármaco comienza a acumularse en el organismo.

Bressler R, *Gerontología clínica*. Esta nota resume el capítulo 13: Utilización de fármacos en el paciente geriátrico.

Acción los psicofármacos.- La acción de los fármacos psicotrópicos pueden ser: a) estimulantes (anfetaminas y estimulantes afines), b) antidepresivos (las dos clases principales son los inhibidores de la monoaminoxidasa y los tricíclicos), c) antiesquizofrénicos (los más importantes son probablemente las fenotiacinas y las butirofenonas, conocidas generalmente con el nombre de neurolepticos), d) psicodélicos (por ejemplo LSD y mescalina), e) ansiolíticos (reducen la tensión emocional y promueven una ligera relajación muscular, como por ejemplo el fenobarbital

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

PSICOFÍSICA

Definición.- f. Psicol. Conjunto de intentos intelectuales llevados a cabo para relacionar los procesos psíquicos y explicar su conexión.

-Psicol. En un sentido muy amplio, se llama 'problema psicofísico' al de las relaciones entre el cuerpo y la mente. De forma más específica, se llama psicofísica a la tradición iniciada por los alemanes E. H. Weber y G. Th. Fechner, que en el seno de la psicología se ocupa de las relaciones cuantitativas y exactas entre las impresiones sensoriales y los estímulos físicos externos que las condicionan.

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Definición.- La psicofísica es el sector de la psicología experimental que se ocupa de medir las sensaciones. Mediante el uso de procedimientos adecuados, los psicólogos han establecido correspondencias muy estables entre el valor del estímulo externo (una luz de cierta intensidad, un sonido de cierta potencia) y las respuestas del individuo ("este sonido es más fuerte", etc.), llegándose así a enunciar leyes psicofísicas que, en cierta forma, son un ejemplo excepcional dentro de la psicología, donde no abundan las leyes objetivas. El mérito de haber iniciado estos estudios corresponde principalmente a la escuela alemana del siglo pasado: Weber, Fechner, Helmholtz y Wundt, entre otros. Battro A., "Manual práctico de psicología moderna", Buenos Aires, Emecé, 1970.

Definición.- "Ciencia que trata de las manifestaciones físicas o fisiológicas que acompañan a los fenómenos psicológicos" (Aristos, 1968:492).

Aristos (1968) Diccionario ilustrado de la lengua española. Barcelona: Sopena.

Definición.- (*Psicología Experimental*) 1. El estudio de las relaciones entre los estímulos y las sensaciones, mediante un método de mediciones matemáticas, y basado en una pretendida relación constante entre estímulo y sensación. Sus principales representantes fueron Fechner y Weber. 2. Rama de la ciencia que se ocupa de las relaciones funcionales de dependencia entre el cuerpo y la mente. (Fechner). 3. En forma específica, el estudio de las relaciones cuantitativas entre un estímulo y la sensación y otra vivencia correspondiente. 4. W. Wirth define la psicofísica como conjunto de la psicología experimental cuantitativa.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- La psicofísica, como rama de la psicología, es el estudio de las reacciones de los organismos vivos frente a las configuraciones energéticas del medio. Concretamente, trata de determinar cuantitativamente la relación entre la intensidad del estímulo y la magnitud de la respuesta, y por ello la psicofísica está a mitad camino entre los fenómenos fisiológicos y sus consecuencias psicológicas. Helmholtz, Weber y Fechner abordaron así experimentalmente los fenómenos sensoriales. Más allá de sus investigaciones, demostraron la posibilidad de estudiar ciertos aspectos del psiquismo prescindiendo de la especulación metafísica, contribuyendo así a hacer de la psicología una disciplina independiente.

Weber (1795-1878) descubre las diferencias mínimas perceptibles, y concretamente el umbral diferencia (quantum de estimulación necesario para obtener una respuesta diferencial). Encuentra que hay una relación entre el quantum del estímulo y el quantum de la respuesta, relación que se puede expresar como una fracción K para cada modalidad sensorial. Este es el primer principio exacto de la psicología.

Fechner (1801-1887) retoma las investigaciones de Weber, dándole una expresión matemática a su principio o ley. Así, la ley de Weber-Fechner queda establecida del siguiente modo: "La intensidad de la respuesta es proporcional al logaritmo de los estímulos correspondientes", lo cual equivale a decir que cuando los estímulos crecen en proporción geométrica (1-2-4-8-16-32-etc) las respuestas crecen en progresión aritmética (1-2-3-4-5-6-etc).

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

PSICOFISIOLOGÍA

Definición.- f. Disciplina científica limítrofe entre la fisiología y la psicología que investiga los fundamentos nerviosos, sensoriales y endocrinos de los procesos psíquicos en los animales, los hombres y los grupos. Recientemente ha recibido un gran impulso desde la etología y la genética molecular.

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

PSICOGÉNESIS

Definición.- (De psico- y el griego 'génnesis', generación) f. Psiq. Designación de la teoría del origen psíquico de algunas enfermedades. También: psicogenia.

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Psicogénico.- Engendrado u originado en la psique.

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

PSICOGERONTOLOGÍA

Generalidades.- Si bien el estudio de la problemática de la vejez puede rastrearse hasta los primeros pensadores de la humanidad, la investigación científica del proceso del envejecimiento, así también como el desarrollo en la medicina y psicología de las especialidades de gerontología y psicogerontología, es muy reciente.

La psicogerontología o psicología evolutiva de la vejez se desarrolla prácticamente a partir de la década del 60. Del mismo modo, en la ciencia médica la geriatría o medicina gerontológica es una disciplina que cobra impulso con posterioridad a la segunda guerra mundial, con la consolidación de las llamadas sociedades de bienestar y el consumo de los países desarrollados. La pediatría era ya una especialidad importante en el siglo XIX y a comienzos de este siglo se construyeron innumerables hospitales de niños en todo el mundo y también en nuestro país. Pero la existencia de servicios de gerontología y de una política sanitaria para personas ancianas, que son tan o más vulnerables que los niños a las afecciones físicas o psíquicas, recién se crean y definen en los últimos años. En la Argentina, por ejemplo, en 1972 se crea el PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral) especializado en la atención médica de gerentes.

Este interés tardío en la investigación y atención de las personas de edad es explicable, en parte, por el poco peso que la población anciana tenía antaño en la estructura demográfica de las naciones. Estamos hoy frente a un mundo que envejece (Griffa y Moreno, 2000:94).

Griffa C y Moreno J (2000) Claves para una psicología del desarrollo. Buenos Aires.

Psicogeriatría.- La psicogeriatría se ha convertido en una subespecialidad de la psiquiatría cada día más importante. Los cambios demográficos de la población han generado un constante incremento del segmento de mayores de 65 años con una tendencia creciente. Por otra parte, la mayor incidencia de patología psiquiátrica en el anciano en relación a la población más joven, ha desencadenado un fuerte incremento de la demanda asistencial. No hay que olvidar además que existen unas características peculiares en la clínica, diagnóstico, patología básica asociada, entorno social y neuroquímica en la enfermedad mental del anciano. Esto ha dado lugar a que en algunos países se hayan creado servicios especializados en psicogeriatría cuyos profesionales atienden únicamente a pacientes mayores de 65 años.

La enfermedad mental en el anciano tiene unos condicionantes diferentes al resto de la población. Existen cambios importantes en su situación social, ya que es una época de pérdidas de seres queridos siendo el duelo una situación frecuente. Suele haber un empeoramiento de la salud física que se manifiesta en una mayor vulnerabilidad a la enfermedad, y en una mayor frecuencia de procesos crónicos. Hay una mayor dependencia de otras personas o servicios por una pérdida de las capacidades en las actividades de la vida diaria. Suele haber una mayor tendencia al aislamiento ya que la actividad social se reduce y el paciente tiende a salir de su casa cada vez menos. Finalmente, existe una pérdida de estatus económico puesto que tras la jubilación los ingresos económicos del anciano quedan disminuidos.

<http://www.cuidadorpsiquiatrico.com/material/psicogeria1.html>

PSICOLINGÜÍSTICA

Definición.- (De psico y lingüística) f. Ling. Disciplina que estudia los mecanismos psíquicos que permiten el aprendizaje y el uso de la lengua por el hablante. Se ocupa, por tanto, del proceso de utilización del lenguaje, de la construcción y comprensión de los enunciados ('codificación y decodificación'), de las asociaciones mentales entre las palabras e ideas, etc.

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

PSICOLINGÜÍSTICA COGNITIVA

Definición.- La psicolingüística cognitiva es una disciplina experimental que estudia los procesos psicológicos implicados en el uso y adquisición del lenguaje. Sus áreas de investigación principales son la comprensión, producción y adquisición del lenguaje, así como la neuropsicología cognitiva. La comprensión del lenguaje son los procesos que intervienen entre la recepción de estímulos y la atribución de un significado a los mismos, comprensión que se realiza en varios niveles de procesamiento: unidades sub-léxicas, palabras, oraciones y discurso.

La psicolingüística cognitiva "es una disciplina experimental que estudia los procesos psicológicos implicados en el uso y adquisición del lenguaje". Veamos los tres elementos de esta definición:

1) Es una disciplina experimental.- Esto significa que, en base al marco teórico, se formulan hipótesis que serán puestas a prueba mediante un experimento concreto. Estas hipótesis podrán quedar confirmadas o refutadas, y estos resultados empíricos pueden a su vez corregir el modelo teórico de manera tal que entre teoría y resultados experimentales debe permitirse una realimentación.

Una hipótesis relaciona una variable independiente con otra dependiente. En un experimento, se manipula la variable independiente para ver como influye sobre la variable dependiente. Por ejemplo, en un experimento de psicolingüística cognitiva, debemos considerar tres cosas: a) La variable independiente: un determinado estímulo que presentamos al sujeto a investigar, como por ejemplo, presentarle una palabra. b) La tarea experimental: tarea que debe llevar a cabo el sujeto con ese estímulo. Siguiendo con el ejemplo anterior, debe decir si la palabra presentada es real o inventada. c) Variable dependiente: es el resultado medible de la tarea del sujeto. Por ejemplo, el tiempo de respuesta, o tiempo que tarda en sujeto en responder.

2) Estudia procesos psicológicos.- La psicolingüística cognitiva se interesa por los aspectos de procesamiento de la información, y por ello es una rama de la psicología cognitiva. El interés entonces no está puesto solamente en el ingreso o en la salida de información (input y output) sino sobre todo en su procesamiento, almacenamiento, recuperación, codificación, etcétera, es decir, todo lo que sucede entre la entrada y la salida.

3) Estudia procesos implicados en el uso y adquisición del lenguaje.- La psicolingüística cognitiva estudia estos procesos, y por ello se hace necesario distinguirla de la lingüística (ver esquema 1).

	Lingüística	Psicolingüística cognitiva
Finalidad	Descripción y explicación a nivel formal de los elementos constituyentes de las lenguas.	Estudio de la adquisición y uso de nuestra lengua
Objeto de estudio	El sistema de la lengua, cuyas partes se definen por relaciones de oposición con el resto.	El sistema cognitivo en lo relativo a procesamiento de lenguaje
Metodología	Búsqueda de material lingüístico confirmatorio.	Experimental

En el transcurso de estos estudios, la psicolingüística cognitiva va construyendo 'modelos' es decir, descripciones de una sucesión de etapas de procesamiento, los cuales suelen representarse gráficamente mediante diagramas de flujo (cajas, flechas, etcétera). Son descripciones que mas bien apuntan a 'cómo' funciona el sistema cognitivo de procesamiento del lenguaje, más que al 'por qué'.

La psicolingüística cognitiva intenta entonces describir el lenguaje desde un punto de vista psicológico cognitivo, o sea a nivel de representaciones mentales, y de esa manera deslinda su objeto del propio de la lingüística o del de la misma biología.

Resumen de Molinari Marotto C (1997) Introducción a los modelos cognitivos de la comprensión del lenguaje. Buenos Aires: Secretaría de Cultura de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Capítulo 1, punto 1.

Áreas de investigación.- Las principales áreas de investigación de la psicolingüística cognitiva son las siguientes:

Área de investigación	Sujetos investigados
Comprensión del lenguaje (oral y escrito)	Adultos normales
Producción del lenguaje (oral y escrito)	Adultos normales
Adquisición del lenguaje	Niños
Neuropsicología cognitiva del lenguaje	Personas con patología neurológica

1) Comprensión del lenguaje.- Esta área fue una de las más ampliamente investigadas, y la explicamos brevemente al final de esta nota al hablar de los niveles de procesamiento.

2) Producción del lenguaje.- Se ha investigado más en la comprensión del lenguaje que en su producción, y ello por una razón metodológica: porque la primera es más fácil de investigar. En efecto, en la comprensión conocemos el input, o sea, administramos un estímulo al sujeto y después medimos su nivel de comprensión. En cambio cuando se trata de estudiar la producción lingüística, un sujeto produce lenguaje en forma espontánea, sin necesidad de estímulos que nosotros como investigadores podamos producir.

Por ello, al estudiar la producción del lenguaje no utilizamos un método experimental sino sobre todo observacional: observamos la producción oral o escrita espontánea, y después la analizamos. Se estudian también aquí las equivocaciones, pero no como expresión del inconciente, como las ve el psicoanálisis, sino como un mal funcionamiento temporal de los procesos cognitivos, del mismo modo que la psicología de la percepción puede estudiar las ilusiones. También por razones metodológicas, son más los estudios de la comprensión del lenguaje escrito, mientras que la producción del lenguaje se estudió con más frecuencia en relación al lenguaje hablado (oral).

3) Adquisición del lenguaje.- Durante mucho tiempo había quedado relegado el estudio acerca de como llegan los niños a hablar y a comprender el lenguaje (enfoque diacrónico), o sea, como adquieren el lenguaje. En los últimos diez años estos estudios han empezado a recibir mayor atención.

4) Neuropsicología cognitiva del lenguaje.- Los sujetos aquí estudiados son pacientes con lesiones, tumores o enfermedades cerebrovasculares. Estos estudios permiten comparar el procesamiento normal del lenguaje en personas que una vez fueron normales, con su actual manifestación anormal. En estos

casos las condiciones experimentales las marca la naturaleza, ya que no podemos provocar deliberadamente lesiones para medir los resultados.

Resumen de Molinari Marotto C (1997) Introducción a los modelos cognitivos de la comprensión del lenguaje. Buenos Aires: Secretaría de Cultura de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Capítulo 1, punto 2.

PSICOLOGÍA

Definición.- “Parte de la filosofía que trata del alma, sus facultades y operaciones // Todo cuanto atañe al espíritu // Manera de sentir de una persona o de un pueblo” (Aristos, 1968:492).

Aristos (1968) Diccionario ilustrado de la lengua española. Barcelona: Sopena.

Definición.- “Estudio científico de la conducta y la experiencia, de cómo los seres humanos y los animales sienten, piensan, aprenden y conocen para adaptarse al medio que les rodea. La psicología moderna se ha dedicado a recoger hechos sobre la conducta y la experiencia, y a organizarlos sistemáticamente, elaborando teorías para su comprensión. Estas teorías ayudan a conocer y explicar el comportamiento de los seres humanos y en alguna ocasión incluso a predecir sus acciones futuras, pudiendo intervenir sobre ellas”.

"Psicología" Enciclopedia Microsoft® Encarta® en línea 2001

<http://encarta.msn.es> © 1997-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Generalidades.- (De psico- y el griego 'lógos', tratado) f. Ciencia que estudia la conducta y la vivencia. Por ext. Todo lo que atañe al espíritu y al psiquismo. Manera de sentir de una persona o de un pueblo. Hablando de pueblos o naciones, la síntesis de sus características espirituales y morales.

'Psicología animal'. Rama de la psicología a partir de la influencia del darwinismo, que investiga las manifestaciones y fenómenos de la vida y de la conducta animal.

'Clínica'. Rama de la psicología aplicada que investiga las perturbaciones y deficiencias adaptativas de naturaleza y/o origen conductual o psicológico con el objetivo de su diagnóstico, tratamiento y prevención.

'Del trabajo'. Rama de la psicología aplicada que estudia los problemas psicofisiológicos no tanto en el contexto de la organización, como desde el punto de vista de las repercusiones que aquél pueda tener en la fatiga, la atención, la monotonía, etc. del trabajador.

'Diferencial'. Rama de la psicología que investiga las peculiaridades psíquicas o conductuales diferenciales no sólo de los individuos aislados, sino, sobre todo, de las diferencias de los tipos, de la edad, de los grupos y de los sexos; se contrapone a la psicología general, que trata de formular las leyes psicológicas generales.

'Dinámica'. Rama de la psicología que investiga las fuerzas que, entrando en conflicto o apoyándose unas a otras, mueven de forma consciente o inconsciente las conductas y las vivencias humanas.

'Educativa'. Rama de la psicología aplicada que investiga los problemas que plantean los procesos psicológicos implicados en las situaciones educativas de todo tipo.

'Escolar'. Rama de la psicología aplicada, estrechamente relacionada con la educativa, que trata los problemas que surgen en la escuela, preferentemente los de tipo individual-clónico, mediante los instrumentos o técnicas que le pueden proporcionar las psicologías evolutiva, del aprendizaje, clínica, etc.

'Evolutiva'. Rama de la psicología, que investiga, especialmente desde el punto de vista ontogenético, el desarrollo del psiquismo humano a través de todas sus transformaciones y estadios, desde el nacimiento hasta la muerte.

'Humanista'. Rama de la psicología aparecida recientemente, que trata de comprender, más que de explicar, al sujeto humano en su individualidad personal, libre y experiencial, en general con propósitos psicoterapéuticos o clínicos.

'Industrial'. Rama de la psicología aplicada que trata de investigar los problemas psicológicos del trabajo en el seno de las organizaciones empresariales, a fin de poder intervenir en ellos mediante técnicas adecuadas.

'Matemática'. Rama de la psicología que se ocupa de los problemas relacionados tanto con la medición psicológica, o psicometría, como con los llamados 'modelos matemáticos de la conducta'.

'Social'. Rama de la psicología que investiga la conducta del individuo en su interrelación con el medio social en el seno de un grupo; estudia, pues, problemas como la percepción que el individuo tiene de los otros, sus creencias, sus actitudes, etc.

Hasta fines del Siglo XIX la psicología fue considerada como una rama de la filosofía, pero a partir de esta fecha, con el constante aumento de prestigio de las ciencias positivas, los psicólogos empezaron a utilizar los mismos métodos de éstas, basados en la experimentación y en la medición. La principal característica de la psicología clásica, y también la principal dificultad para su aplicación, provenía de sus supuestos metafísicos. Así, la psicología cristiana, formada por las síntesis de las doctrinas platónica y aristotélica del alma, era definida como estudio o ciencia del alma, entendiendo a ésta como sustancia inmaterial, forma del cuerpo por la cual la potencia (materia) se actualizaba; por consiguiente, la naturaleza total del hombre era a la vez espiritual y material. En el alma se originaban sus facultades o patencias, causa de

las diversas actividades del hombre. El cartesianismo dio origen a un nuevo problema al romper la unidad del hombre reduciendo su naturaleza a conciencia, y entonces fue preciso explicar la naturaleza de ésta y la forma de relacionarse con el cuerpo, lo que dio origen a la adaptación de diversas doctrinas, más fecundas para la filosofía que para la psicología (ocasionalismo, armonía preestablecida, monismo spinoziano). Por el contrario, el asociacionismo, que partió de una concepción teórica de la actividad del conocimiento humano, puede considerarse como germen de la reflexión crítica kantiana, a la par de una anticipación del behaviorismo*. A partir del Siglo XIX la psicología centra su interés en el estudio de los fenómenos observables, constituyéndose así una psicología distinta ('psicología empírica'), la cual se transforma en experimental cuando la observación se realiza según un plan trazado anteriormente, y para el cual se ha establecido un determinado sistema de medición. La psicología experimental nació en Alemania con los trabajos de Herbart y Fechner, siendo desarrollada posteriormente por Wundt, quien fundó el primer laboratorio de psicología en Leipzig (1879). Junto con la tendencia general de la experimentación, aparecieron diversas escuelas que intentaron ver el grado de dependencia existente entre lo psicológico y lo biológico. De éstas, las más importantes fueron el funcionalismo, que demostró la sujeción del hombre a determinadas leyes biológicas, el behaviorismo o conductismo, la escuela rusa, indicada por Pavlov y Bechterev, interesada principalmente por la neurofisiología, y el psicoanálisis. Junto con estas corrientes perviven otras escuelas más vinculadas a la filosofía: la 'fenomenología' de Husserl, que propone un método descriptivo de los fenómenos de la conciencia, y la psicología 'comprensiva' de Dilthey, desarrollada en el 'personalismo' de Spranger, que intenta una explicación del hombre como una totalidad compleja y que ha influido en el estructuralismo, importante por su teoría de la percepción, y en el antiasociacionismo, representado por la escuela de Wurzburg y que destaca la importancia de motivaciones internas independientes del estímulo, lo que dificulta la medición exacta de la reacción. Recientemente ha surgido el cognitivismo*. De especial importancia para la psicología aplicada es la psicometría y los instrumentos que utiliza: los tests y el análisis factorial (V. Método). Aparte de esta división de la psicología en filosofía y empírico-experimental, y la establecida por diversas escuelas u orientaciones teóricas, existe otra división según la esfera de lo que se pretende estudiar (general, diferencial, clínica. Educativa, evolutiva, etc.).

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Enfoques.- Los dos enfoques en psicología son el clínico y el experimental. Tanto en el enfoque clínico como en el experimental, lo que debemos estudiar es siempre la conducta *molar*, es decir, una conducta portadora de significados que van más allá de lo directamente observable. Por ejemplo, una sonrisa.

El enfoque clínico aborda el estudio de una persona en particular. En este sentido se parece al método de las ciencias ideográficas (Wildebant) opuestas a las nomotéticas (que estudian lo común a través de leyes generales), y al método comprensivo de Dilthey. La psicoterapia es solo uno de los modos de aplicación del enfoque clínico. Además de una sola persona, se puede estudiar una determinada familia, un grupo, etc. El enfoque clínico, por generalización, llega a inferir la estructura de personalidad de una persona, y por tanto puede predecir su comportamiento.

El enfoque experimental busca lo común a muchas o a todas las personas; por ejemplo, cómo reaccionan las personas frente al estrés. Fraisse y Piaget son psicólogos experimentales. En el enfoque experimental es donde se ven más claramente los pasos del método científico (que también están en el enfoque clínico). El enfoque experimental busca un conocimiento aplicable a todas las personas empleando situaciones experimentales, es decir, controladas: implica la modificación deliberada de ciertas variables y su control por parte del investigador. Por eso se le criticó el carácter artificial que tiene. El enfoque clínico sería más natural.

El enfoque experimental no es solamente la psicología de laboratorio, pues también se aplica en psicología educacional, psicología social y psicopatología. En enfoque experimental es solo un tramo de toda la investigación científica, tramos donde se obtienen rigurosamente ciertos datos de la observación, y luego se observan cómo funcionan esos datos en un experimento para buscar regularidades (leyes).

Fraisse propone 5 (cinco) etapas de la investigación cuando empleamos en enfoque experimental:

1) Observación: captación de hechos, que es siempre limitada fisiológica y psicopatológicamente. Puede ser casual (sin reglas ni propósitos prefijados) o sistemática (obedece a reglas y objetivos prefijados que reducen el campo de observación sólo a ciertos aspectos). La observación científica debe ser sistemática y debe poder expresar lo observado en proposiciones que reduzcan los problemas a su núcleo significativo. La observación puede emplearse tanto en el enfoque experimental como el clínico, y puede o no permitir formular hipótesis sobre los hechos. Muchos trabajos experimentales no son más que observaciones sistemáticas. Sin embargo no debe perderse de vista que la observación es un medio -no un fin en sí mismo- pues debe sugerir problemas para resolver.

2) Formulación de hipótesis: la hipótesis supone que hay relaciones o nexos entre las variables observadas. Debe ser clara, lógica y verificable. La hipótesis es una proposición hipotética que sirve de nexo entre las proposiciones empíricas y las teóricas. Su función principal es la de sugerir nuevas observaciones y experimentos.

3) Experimentación: es la modificación deliberada de algunas variables para probar la hipótesis. El factor modificado por el investigador es la variable independiente, y la variable que cambia en función de ella es la variable dependiente. La ley de la variable independiente dice que deben mantenerse todos los otros factores controlados al hacer variar la independiente. En experimentos más complejos, puede haber más de una variable independiente.

En la experimentación se usan varias técnicas: de muestreo, de instrucción a los sujetos, de presentación del estímulo, de control de la estimulación extrínseca, de observación y registro de respuestas y de registro de cambios conductuales durante el experimento (fisiológico y psicológico). La experimentación es tortuosa e informal, por lo que no debemos engañarnos cuando vemos en un artículo cómo fue hecha una investigación pues allí no se mencionan los errores, las búsquedas, los retrocesos, etc.

4) Elaboración y análisis de los resultados: consiste en la clasificación y evaluación de los datos obtenidos experimentalmente, y su interpretación en función de la variable independiente y del modelo teórico utilizado. Esta elaboración y análisis es tanto cualitativa como cuantitativa.

5) Generalización: es extender las conclusiones obtenidas a todos los casos posibles, para poder hacer predicciones. Este razonamiento es una inferencia probable ya que ningún experimento es perfecto (no se pueden controlar perfectamente todas las variables en juego).

Los resultados obtenidos pueden extenderse a otros casos similares no observados, pero sobre todo a otros ámbitos distintos, por ejemplo, experimentos animales al ámbito humano, experimentos sobre percepción al ámbito del aprendizaje, etc. De esta manera la ciencia va integrando y conectando cada vez más los conocimientos. El experimento con animales es más factible que con humanos y su extensión al ámbito humano debe hacerse con precaución. Además, los experimentos deben ser compartidos con otros científicos para ampliar el conocimiento. A veces nuevos experimentos hacen peligrar teorías anteriores e incluso creencias religiosas. No debemos entonces descartar el experimento, aunque haya sido hecho por un científico considerado prejuiciosamente inferior.

Moreno y Kaufman, F., Investigaciones y experimento en psicología. Publicación interna de la cátedra de Psicología General I (Buenos Aires, Universidad de Belgrano, 1985).

Historia.- "La psicología llega muy tarde a estructurarse como campo científico. Como todas las ciencias, se separa muy gradualmente de la filosofía, aunque conservando con ella muy estrechos lazos. El término psicología data del siglo XVI, pero aun en el siglo XVIII era muy raro su empleo; adoptado por Kant, se difundió posteriormente. Comte no la incluyó de manera especial en su clasificación de las ciencias, y aun en la actualidad tiene que enfrentar muchas resistencias y desconfianzas; tanto la idealización como el desprecio representan verdaderas trabas en su desarrollo. Las ciencias naturales han tenido, en su tiempo, que vencer también ciertas resistencias, similares a las que se presentan en la actualidad para el caso de las ciencias del hombre, especialmente la psicología y la sociología. Pero también esta resistencia es tanto mayor cuanto más se acerca e incluye al propio ser humano; la física y la química, como observa Fenichel, vencieron las resistencias antes que la biología, la física y la química, como se observa en la anatomía y la fisiología. Estas, a su vez, antes que la psicología" (página 11).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

Métodos.- "Toda la psicología contemporánea puede ser considerada en función de los dos métodos fundamentales de la misma: método experimental y método clínico. En el método experimental la observación se realiza en condiciones artificiales, en las cuales el investigador produce y reproduce a voluntad el fenómeno que desea observar, controlando los factores que intervienen en la misma y tratando de reducir las variables al mínimo posible. Aquí hay que hacer ahora una diferencia entre psicología experimental y psicología experimentalista; la primera es la que utiliza el método experimental, mientras que la segunda utiliza los datos del método experimental. En el método clínico se procede a un estudio detallado y profundo, basado en la observación directa y en la anamnesis, con un enfoque global y unitario. El método clínico tiene siempre objetivos prácticos y se caracteriza, además, por un contacto directo y personal del investigador con la persona estudiada y que se puede extender a los miembros principales de su medio. Psicología clínica y psicología experimental no señalan campos (laboratorio, clínica, hospital, fábrica, etc.) sino métodos, que no son excluyentes, aunque con frecuencia se los plantea como tales. El psicólogo experimental se apoya en la tradición y prestigio de su método y considera que el psicólogo clínico "no hace ciencia", que es un práctico que solo utiliza o aplica la ciencia. El psicólogo clínico, a su vez, subraya y critica la distancia del psicólogo experimental con los seres humanos y con la vida real, reduciéndolos a una situación artificial inexistente" (páginas 177-178).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

Escuelas.- José Bleger clasifica de la siguiente manera las diferentes escuelas de la psicología:

ESCUELAS	Estructuralista	Funcionalista	Gestalt	Behaviorismo	Psicoanálisis	Topología	Reflexología
Objeto de estudio	Conciencia	Conciencia y Conducta	Conciencia	Comportamiento	Inconciente	Comportamiento	Comportamiento

Tópicos principales	Sensación	Adaptación, <i>Learning</i>	Percepción y Memoria	Comportamiento animal	Neurosis	Psicología social	Condicionamiento
Método	Introspección y Experimental	Introspección y Observación	Introspección y observación	Experimental	Método clínico: Asociación libre	Experimental	Experimental
Enquadre	Atomista	Totalista	Totalista	Elementista	Elementista	Totalista	Elementista
Nivel de integración	Biológico	Biológico	Biológico y Psicológico	Biológico	Biológico y Psicológico	Físico y Fisiológico	Biológico
Áreas	Mente	Mente y Mundo exterior	Mente	Cuerpo y Mundo exterior	Mente	Cuerpo y Mundo exterior	Cuerpo y Mundo exterior
Año de comienzo (aproximado)	1879	1896	1912	1913	1892	1912	1902
Autores	Wundt Titchener	Dewey Woodworth	Wertheimer Koehler Koffka	Watson	Freud	Lewin	Pavlov

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3° edición.

Psicología cognitiva.- "La psicología cognitiva puede definirse como la rama de la psicología que intenta proporcionar una explicación científica de cómo el cerebro lleva a cabo funciones mentales complejas como la visión, la memoria, el lenguaje y el pensamiento. La psicología cognitiva surgió en una época en la cual los ordenadores comenzaban a causar un gran impacto en la ciencia y, probablemente, era natural que los psicólogos cognitivos establecieran una analogía entre los ordenadores y el cerebro humano".

Parkin, A.J. (1999) Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid: Panamericana, pág 3.

Psicología cognitiva.- "La *Psicología cognitiva* surge como alternativa a la concepción conductista de la mente como caja negra inaccesible. Es difícil atribuir su aparición a un único autor, pero sí parece claro que su inicio coincide con la aparición y desarrollo de los *ordenadores*. El funcionamiento de estas máquinas sirve como *metáfora* al investigador para explorar el funcionamiento de los *procesos cognitivos* internos".

León o y Montero I (1995) Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación. Madrid: McGraw-Hill, pág. 39.

Psicología cognitiva.- La psicología cognitiva estudia los problemas relacionados con seis estructuras y procesos: a) Atención: cómo se capta y selecciona la información. b) Percepción: cómo los datos sensoriales se transforman en experiencias perceptivas. c) Memoria: como se almacena y se recupera la información. d) Pensamiento: cómo razonó para procesar la información. e) Lenguaje: cómo se comprendió la información a partir de la organización lingüística de la misma. f) Aprendizaje: cómo se adquieren conceptos, competencias y habilidades cognitivas.

Duarte, González y otros, (1988) Marco conceptual de la psicología cognitiva. Publicación interna de la Cátedra de Psicología General II, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires.

Psicología cognitiva.- "La psicología cognitiva es el estudio de aquellos procesos mentales que posibilitan nuestro diario desenvolvimiento en el reconocimiento de objetos familiares, personas conocidas, manejo del mundo que nos rodea, incluyendo las habilidades de lectura, escritura, programación, realización de planes, pensamiento, toma de decisiones y memorización de lo aprendido".

Manning Lilianne, Neuropsicología cognitiva del lenguaje, pág. 73.

Psicología cognitiva: recursos metodológicos.- a) El encuadre hegemónico es el método experimental con validez ecológica. b) Introspección: a diferencia de la introspección tradicional, no estudia la percepción con sujetos entrenados en este método sino el pensamiento y la resolución de problemas con sujetos normales sin entrenar. c) Estudios cronométricos (tiempos de reacción), utilizados por ejemplo en procesos perceptivos y mnémicos. d) Modelos computacionales, que abarcan dos aspectos. Primero, la consideración del ordenador como metáfora de la mente, y segundo, la construcción de programas de IA y simulación, útiles para depurar formalmente teorías (simulación de teorías cognitivas).

Duarte, González y otros, (1988) *Marco conceptual de la psicología cognitiva*. Publicación interna de la Cátedra de Psicología General II, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires.

Psicología cognitiva: campos de aplicación.- a) En educación: medición de capacidad intelectual, orientación vocacional, problemas de aprendizaje, pero sobre todo el aprendizaje y la enseñanza en el aula, procesos que implican considerar variables intrapersonales (propias del alumno como estructura cognitiva, desarrollo evolutivo, motivaciones y actitudes, personalidad, etc) y variables situacionales

(didácticas, sociales, docentes, etc). b) En psicología clínica: La influencia de la psicología cognitiva tiene tres direcciones: 1) posibilidad de aplicar el paradigma del procesamiento de información a la clínica. 2) posibilidad de nuevas técnicas terapéuticas reformulando los modelos conductistas E-R. 3) Autores provenientes del psicodinamismo desarrollaron técnicas de terapia breve basadas en patrones cognitivos y sistemas de creencias. Se ampliaron las técnicas a parejas, grupos y familias, aunque sigue sin existir una psicopatología cognitiva.

Duarte, González y otros, (1988) *Marco conceptual de la psicología cognitiva*. Publicación interna de la Cátedra de Psicología General II, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires.

Psicología cognitiva: el modelo de procesamiento de la información.- Refiere Woodfolk (1996) que el modelo del procesamiento de la información de la psicología cognitiva es un modelo muy empleado que se basa en la analogía entre la mente y la computadora. Este modelo incluye tres sistemas de almacenamiento: el registro sensorial, las memorias a corto plazo y a largo plazo. El procesamiento de la información implica codificación, retención, recuperación y otros procesos. El registro sensorial absorbe un estímulo sensorial y retiene la información durante un período breve. La atención y percepción -el significado y la importancia que atribuimos a los datos que recibimos a través de nuestros sentidos- afectan el contenido del registro sensorial. La percepción se basa en el procesamiento ascendente (al reconocer elementos familiares) y el procesamiento descendente (utilizando el conocimiento previo para completar patrones inconclusos).

La memoria a corto plazo, o memoria de trabajo, mantiene de cinco a nueve bits de información a la vez 20 o 30 segundos. Se puede ampliar la información de la memoria a corto plazo mediante el repaso de mantenimiento, repaso elaborativo y la agrupación. Los olvidos en la memoria a corto plazo tienen como resultado tanto interferencia como deterioro temporal.

Al parecer, la memoria a largo plazo mantiene una cantidad ilimitada de información de modo permanente. La información puede codificarse sólo en forma verbal o tanto verbal como visualmente como parte de nuestras memorias semántica, episódica o procedural. En la memoria a largo plazo, los bits se pueden almacenar e interrelacionar en términos de redes con base en proposiciones y esquemas (como gramáticas de historias y guiones) -estructuras de datos que nos permiten representar grandes cantidades de información compleja, hacer inferencias y comprender la información nueva.

La información se recupera de la memoria a largo plazo por medio de la extensión de la activación, conforme un recuerdo activa otra información relacionada. El recuerdo es un proceso de reconstrucción que lleva a una remembranza precisa, parcialmente precisa o imprecisa. La recuperación precisa depende del grado en que la información está elaborada, organizada o integrada en un contexto. Al igual que en la memoria a corto plazo, el olvido en la memoria a largo plazo, ocurre a través de la inferencia y el deterioro.

Una perspectiva de la memoria que no depende del modelo del procesamiento de información es la teoría de los niveles de procesamiento, en la cual el recuerdo de información se determina por cuán completamente esté procesada. Los modelos conexionistas explican la memoria en términos de dispositivos de procesamiento sencillos conectados en una red masiva, como muchas computadoras que trabajan al mismo tiempo.

Woodfolk A (1996) *Psicología educativa*. México: Prentice-Hall, 6º edición.

Límites de la psicología cognitiva.- a) Hay variadas microteorías que estudian ciertos aspectos parciales, pero no hay una teoría que explique globalmente todo el sistema cognitivo. b) La psicología cognitiva estudió mucho tiempo la cognición pura, sin incluir afectos e interacciones sociales. Esta situación se está revirtiendo.

Duarte, González y otros, (1988) *Marco conceptual de la psicología cognitiva*. Publicación interna de la Cátedra de Psicología General II, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires.

Problemas de la psicología cognitiva.- a) Teóricos: Se plantean polémicas entre teorías, como por ejemplo la percepción es una copia o una construcción de la realidad?; las representaciones mentales son imágenes o tienen una estructura semántico-abstracta?; el pensar es racional o irracional?; el mundo se categoriza mediante categorías lógicas o construcciones arbitrarias? b) Metodológicos y aplicados: Sus métodos requieren validez ecológica, o sea crear condiciones experimentales lo más semejantes posibles al contexto natural de las conductas. c) Epistemológicos: como por ejemplo como se explica la conducta desde la cognición?; cuál es el valor de la analogía mente-ordenador?

Duarte, González y otros, (1988) *Marco conceptual de la psicología cognitiva*. Publicación interna de la Cátedra de Psicología General II, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires.

Psicología criminal.- La última disciplina penal fundamental contemplada desde el plano causal explicativo y que se ocupa concretamente del delincuente es la Psicología criminal, que se constituye como el instrumento más eficaz de la antropología criminal, ya que se encarga de estudiar la psique del hombre delincuente, determinando los desarrollos o procesos de índole psicológica verificados en su mente.

Cabe resaltar que en la actualidad, la Psicología criminal ha rebasado en mucho el límite de la observación individual del sujeto antisocial, extendiéndose hacia estudios de la conducta criminal y de los factores psicológicos que influyen en la criminalidad, sean estos individuales o colectivos. Esta disciplina penal adquiere una importancia extraordinaria con los estudios del psiquiatra vienés Sigmund Freud, el cual aseveraba que el delito es el resultado del "ello", es decir, del instinto, que triunfa sobre el "super yo", o sea la conciencia moral. Para Freud no sólo el delito, sino todos los fenómenos humanos, tienen una fuente de producción de tipo sexual, lo cual nos indica que la doctrina freudiana es eminentemente pansexualista.

Existieron otros autores que se especializaron en este tema, como por ejemplo Enrico Ferri, que reconocía cuatro ramas científicas para la observación psicológica de la personalidad: La psicología criminal, la psicología judicial, la psicología carcelaria y la psicología legal. Otro autor destacable es Hilda Marchiori, que opinaba que la Psicología criminal trata de averiguar, de conocer que es lo que induce a un sujeto a delinquir, que significado tiene esa conducta para él, porque la idea de castigo no lo atemoriza y le hace renunciar a sus conductas criminales.

Los temas de estudio más importantes con respecto a la Psicología criminal son: La teoría de la personalidad, El crimen como un proceso psicológico, Las emociones y pasiones criminales, Los temperamentos, La caracterología criminológica, Las motivaciones psicológicas del crimen, El desarrollo de la personalidad y los factores psicológicos de algunas conductas antisociales o parasociales: homicidio, robo, fraude, violación, prostitución, suicidio, etc.

Podemos resumir que la Psicología criminal se encarga del estudio de las aptitudes, los procesos mentales, la personalidad, la motivación (consciente o subconsciente) del criminal y de su crimen, llegando a abordar lo más pertinente de la psicología del individuo, pasando por la psicología de los grupos sociales o antisociales.

<http://www.universidadabierta.edu.mx/Biblio/L/Lechuga%20Martin-Ciencias%20penales.htm>

Psicología del deporte.- Según la Asociación de Psicólogos Americanos (APA), la Psicología del deporte y de la Actividad Física es el estudio científico de los factores psicológicos que están asociados con la participación y el rendimiento en el deporte, el ejercicio y otros tipos de actividad física. Los profesionales de la psicología del deporte se interesan por dos objetivos principales: Por un lado, ayudar a los deportistas a utilizar principios psicológicos para mejorar su rendimiento.

Por otro lado, comprender cómo la participación en el deporte, ejercicio y actividad física afectan al desarrollo psicológico del individuo, su salud y bienestar a lo largo de su ciclo vital.

Esto significa que la Psicología del deporte es el empleo de una ciencia, la psicología, en el ámbito del deporte. Por tanto, estudia el comportamiento de los deportistas, entrenadores, árbitros, padres y directivos, entre otros.

En otro sentido, la Psicología de la Actividad Física estudia también el comportamiento de las personas en relación con el ejercicio u otras formas de actividad física. Esto incluye a niños, jóvenes, adultos y ancianos.

En general, por tanto, la Psicología de la Actividad Física y del Deporte se encarga de estudiar los aspectos psicológicos durante la actividad física, sea esta orientada al rendimiento o no.

<http://www.lictor.com/info/doc0.phtml>

Psicología del deporte.- La "Psicología del deporte" podría ser definida como la aplicación de teorías y técnicas psicológicas a la práctica deportiva, con el objetivo de optimizar el rendimiento. Los factores psíquicos siempre están presentes en la práctica deportiva, tanto en el entrenamiento como en la competencia. La gran mayoría de los autores establecen cuatro módulos de trabajo principales:

Regulación de la tensión.- Se refiere al control de los niveles de ansiedad (nerviosismo) que experimenta el deportista antes, durante y después de la competición. El nivel óptimo varía dependiendo de cada deporte (Relajación vs Activación).

Regulación de la concentración.- Enfocar la atención en el aspecto más importante de la tarea, evitando distracciones.

Regulación de la confianza.- Creer en las posibilidades y capacidades propias.

Regulación de la motivación.- Propiciar las condiciones que inician, guían y mantienen la práctica deportiva.

<http://www.asdeporte.com/secciones/index.php3?artid=11>

Psicología educacional.- "Las metas de la psicología educativa son comprender y mejorar los procesos de enseñanza y aprendizaje. Los psicólogos educativos desarrollan conocimientos y métodos; también utilizan los conocimientos y métodos de la psicología y otras disciplinas relacionadas para estudiar el aprendizaje y la enseñanza en situaciones cotidianas".

Woolfolk A (1996) "Psicología educativa", México, Prentice-Hall Hispanoamericana SA, pág. 20.

Según Wittrock (1992), "la psicología educativa es diferente a otras ramas de la psicología porque su objetivo fundamental es la comprensión y el mejoramiento de la educación".

Woolfolk A (1996) "Psicología educativa", México, Prentice-Hall Hispanoamericana SA, pág. 11.

Psicología educacional.- Desde la psicología cognitiva, tres problemas se consideran en psicología educacional: 1) Aspectos del aprendizaje que afectan la adquisición de conocimiento escolar. 2) Mejoramiento de la capacidad para resolver problemas. 3) Análisis de las variables intrapersonales y situacionales que inciden en determinadas materias de estudio y afectan la motivación para aprenderlas. Duarte, González y otros, (1988) Marco conceptual de la psicología cognitiva. Publicación interna de la Cátedra de Psicología General II, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires.

Psicología educacional.- Entre las funciones a desarrollar por el psicólogo educacional se encuentran: Psicodiagnóstico, pronóstico e implementación de estrategias.

Intervención psicoeducativa en las relaciones vinculares propias de la comunidad educativa.

Planificación, implementación, articulación y evaluación interdisciplinaria en proyectos de salud apuntando a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Coordinación de grupos de reflexión con los integrantes del ámbito escolar en las diferentes problemáticas del quehacer educativo.

Desarrollo de programas de capacitación.

Promoción y realización de tareas de investigación psicoeducativa.

Psicodiagnóstico e intervención (atención, contención, derivación y orientación) de las situaciones vinculadas con el proceso de enseñanza-aprendizaje desde el abordaje propio de la psicología educacional.

Participación en instancias de elaboración de diseños curriculares como especialistas en la temática de los procesos psíquicos implicados en los hechos, sucesos, y procesos educativos.

Intervenciones en la planificación, realización y evaluación de tareas de orientación vocacional, profesional y ocupacional.

Realización de orientación educativa.

Programación, participación y evaluación en proyectos de educación a nivel comunitario.

Diagnóstico, pronóstico e intervención en actividades y proyectos que propicien la salud mental de los trabajadores de la educación.

Como parte de las tareas de perfeccionamiento, se enfatiza el rol de capacitador en la formación de recursos humanos.

Facilitador de los procesos de organización educacional.

Varios, El psicólogo y la educación. Documento presentado en las Primeras Jornadas del Psicólogo y la Educación, Mar del Plata, Argentina, 1995.

Psicología existencial.- La psicología existencial (o existencialista), así como la freudiana, es una "escuela de pensamiento", una tradición teórica, de investigación y práctica a la que se dedican muchas personas, pero les diferencia que en la primera no existe un único fundador. De hecho, la psicología existencialista tiene sus raíces en el trabajo de un diverso grupo de filósofos de la segunda mitad del siglo diecinueve, especialmente de Soren Kierkegaard y de Friedrich Nietzsche.

Ambos eran tan distintos como el día y la noche, de manera que resulta un tanto difícil imaginar una escuela derivada de la conjunción de los dos.

Kierkegaard estaba interesado en recuperar la profundidad de la fe de la seca religión de Copenhague de esos días, y Nietzsche, al contrario, es famoso por su célebre exclamación "¡Dios está muerto!"; si bien es cierto que eran más diferentes de los filósofos que le precedían que entre ellos mismos. Ambos se acercaron a la filosofía desde el punto de partida de la gente real, apasionadamente envuelta en las dificultades de la vida cotidiana. Los dos creían que la existencia humana no podía limitarse a sistemas racionales complejos, ya fuesen religiosos o filosóficos. Ambos estaban más cerca de ser poetas que lógicos.

Desde Kierkegaard y Nietzsche, muy pocos filósofos y más recientemente unos cuantos psicólogos, han intentado clarificar, extender y promover las ideas del existencialismo. Desafortunadamente, muchos no han sido muy buenos poetas, por lo que dedicar la lectura a ellos no suele ser muy agradable, mas bien doloroso. Pero debemos tener en cuenta que estas personas han estado luchando contra una corriente de siglos de filosofía altamente sistemática, racional y lógica y contra una psicología reducida a la fisiología y al comportamiento. Con frecuencia, aquello que quieren transmitir se percibe como raro, precisamente porque estamos acostumbrados a la lógica tradicional y a la ciencia.

La parte más positiva de la psicología existencial es su insistencia en la mayor adherencia posible al "mundo vivencial". En fenomenología, hemos invertido mucho esfuerzo y tiempo en un método riguroso para describir la vida y cómo se vive la misma. La teoría, las estadísticas, el reduccionismo y los experimentos se apartan, al menos en un momento. Los existencialistas dicen, ¡primero, tenemos que saber de qué estamos hablando!

Esto hace que la psicología existencial se aplique de forma natural: se mueve casi sin querer en el campo de la diagnosis y psicoterapia; muestra su presencia en el campo de la educación e incluso puede que algún día se adentre en la psicología industrial y organizativa.

Tiene bastante menos éxito en el respeto como método de investigación. Existen dos revistas psicológicas que hablan de investigación fenomenológica y unas pocas revistas dedicadas a la educación y a la enfermería se abren a ella. Pero prácticamente el grueso de la psicología la rechaza, y de forma más bien grosera. Es considerada simplemente como no científica, ya que no tiene que ver con hipótesis ni estadísticas y mucho menos con variables dependientes e independientes o con grupos de control y muestras aleatorias; todo esto la hace prácticamente descartable para los programas de post-grado, tesis doctorales y maestrías en universidades.

Sin embargo, las dificultades por las que el existencialismo ha ganado respeto no es precisamente por su falta de psicología tradicional en sus bases y práctica. Se cree muchas veces que es porque es poco bien entendida o malinterpretada por la corriente angloparlante de psicólogos.

Si bien es cierto que las nuevas ideas son difíciles de expresar y necesitan de nuevas palabras y nuevas formas de uso de las antiguas, muchos de los términos de la psicología existencial son innecesariamente oscuros. Muchos de ellos provienen de tradiciones filosóficas, probablemente familiares a los filósofos, pero no a la mayoría de psicólogos. Otros son alemanes o franceses y están muy mal traducidos. Y algunos de ellos son simplemente caprichosos o pretenciosos.

Lo que necesitamos es un verdadero escritor existencialista de habla inglesa (y desde luego castellana). Después de todo, el lenguaje de las experiencias ordinarias de la gente común debería ser un lenguaje ordinario ¿no?. Rollo May y Viktor Frankl han hecho un considerable esfuerzo en este sentido, pero hace falta hacer mucho más.

Los existencialistas también tienden a ser un poco prepotentes, incluso hasta el punto de discutir quien entre ellos tiene la "verdadera" comprensión sobre Husserl o Heidegger o cualquiera que sea. Pueden ganar un buen pulso, especialmente si establecen su acercamiento de forma que pueda ser aceptado a las corrientes principales de la psicología, prestando especial atención a personas como Alfred Adler, Erich Fromm, Carl Rogers y otros teóricos, investigadores y practicantes que no son de hecho existencialistas, pero con frecuencia se expresan bastante mejor.

El mayor peligro en el que creo que caen los existencialistas es su tendencia a mantenerse en una oposición a la corriente. Es cierto que la psicología tiene dos amplias "culturas", los experimentalistas "duros" por un lado y los clínicos más inclinados al humanismo por el otro. Al denigrar la cultura experimental, sencillamente están siendo antagonistas de la mitad de la psicología!

Si soy un poco duro con los psicólogos existencialistas, es en parte porque soy uno de ellos (aunque mi tendencia personal está más cercana a la psicología dinámica, comprendo y comparto muchas de las cuestiones básicas del existencialismo.N.T.). Es como el patriotismo: mientras más amas a tu país, más te preocupan sus fallos. No obstante, creo que la psicología existencial tiene mucho que ofrecer. En particular, ofrece una base filosófica sólida donde los adlerianos y rogerianos y neofreudianos, así como otros existencialistas marginales puedan desarrollar y refinar su comprensión de la vida humana.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Ludwig Binswanger. Traducción de Gautier Rafael.

Psicología existencialista.- El existencialismo es un movimiento en la filosofía y la psicología contemporáneas que surgió en forma natural en diferentes partes de Europa y entre distintas escuelas de pensamiento. Tiene sus raíces en los movimientos de resistencia de la 2da. Guerra mundial y en las filosofías de Kierkegaard, Heidegger y Sartre. El enfoque existencial se centra en el ser humano, en la forma en que está surgiendo y transformándose.

Los existencialistas sugieren que no hay verdad o realidad para nosotros como seres humanos excepto en la medida en que participamos en ella, somos conscientes de ella y tenemos alguna relación con esta realidad. El conocimiento no es un hecho del pensamiento sino un acto del hacer. No necesariamente descartan las 'esencias' pero dicen que la existencia precede a la esencia.

El enfoque existencialista no es anticientífico: surge del deseo de ser más empírico y no *menos*, pero exhorta a una mayor amplitud de la metodología científica. Cree que un enfoque reduccionista es erróneo, y que, según Rollo May, lo más simple puede ser explicado sólo en términos de lo más complejo.

Al estudiar la estructura de la existencia humana, la misma naturaleza del sujeto moldea a la ciencia que lo investiga. Los existencialistas han dejado claros los límites de la objetividad en el entendimiento y la necesidad de ampliar la metodología.

El existencialismo comienza con la existencia personal, preguntándose 'qué significa ser un yo?'. Cuestiona el propósito y naturaleza de la existencia. Considera a los individuos como seres con opciones libres que son responsables de sus acciones. Cada uno de nosotros se labra su propio destino, y, de manera literal, somos lo que hacemos. El existencialismo enfatiza la idea que una vida valiosa es aquella que es auténtica, honesta y genuina.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 378.

Psicología general: definición.- Es la rama de la psicología que estudia la conducta del ser humano adulto y normal, con el fin de descubrir y formular los principios que la rigen. Lo que se estudia es la conducta porque es lo observable (Fraisie descarta las aprehensiones de vivencias propias o ajenas por

ser inobservables). La conducta es el hecho psicológico por excelencia, y es la resultante de una personalidad en interacción:

$$C = f(P \leftrightarrow S)$$

La conducta es función (f) de la interacción entre personalidades y situación (P y S). Esta no es una fórmula matemática, y deriva del esquema E-R del conductismo (la situación es el E y la conducta es la R).

No nos interesa la conducta por sí misma sino en tanto podemos inferir, a partir de ella y de la situación (observable), la personalidad (lo inobservable).

Los niveles de análisis de la personalidad son: social, psicológico y físico, o sea, se la puede estudiar en estos tres niveles.

Kaufman y Kaufman, Psicología general: su objeto y método. Publicación interna de la cátedra de Psicología General I (Buenos Aires, Universidad de Belgrano, 1985).

Relación de la psicología general con otras ramas de la psicología.- La psicología general estudia la conducta preferentemente en un nivel de integración psicológico, pero también están los niveles físico-químico, biológico, sociológico, moral, etc. La psicología Animal estudia el nivel biológico y dado que el hombre no es independiente filogenéticamente de otras especies, debe la psicología estudiar los animales pues esas conclusiones pueden servir para el estudio del hombre.

Dado que la personalidad se expresa en las áreas fisiológica y social (además de la psicológica), la psicología general está en relación con la psicofisiología y con la psicología social. El estudio del animal es también útil pues allí se pueden controlar variables.

La psicología comparada estudia diferencias individuales según raza, edad, sexo, nivel social, etc. y sobre todo según la especie biológica lo cual permite, dentro de ciertos límites, hacer generalizaciones a los seres humanos.

La psicología Evolutiva estudia los cambios debidos a factores de maduración y experiencia. No se limita entonces solo a la conducta adulta, (si la psicología general considera solo a la conducta adulta, es solo porque es la más estable).

La normalidad es un concepto estadístico. Lo que se aparta de la normalidad es objeto de estudio de la Psicopatología.

Kaufman y Kaufman, Psicología general: su objeto y método. Publicación interna de la cátedra de Psicología General I (Buenos Aires, Universidad de Belgrano, 1985).

Propósitos y requisitos de la psicología general.- La psicología general tiene dos propósitos: dar los fundamentos para las otras ramas de la psicología y descubrir y formular los principios que rigen la conducta humana adulta y normal. En síntesis:

Conducta	(psicofisiología, psicología social)
Humana	(psicología comparada, psicología animal)
Adulta	(psicología evolutiva)
y	
Normal	(psicopatología)

Para lograr ambos propósitos, la psicología general debe cumplir con 5 (cinco) requisitos:

- 1) Describir: incorporar datos y exponerlos organizativamente.
- 2) Categorizar: únicas los datos en categorías conceptuales unívocas.
- 3) Analizar: separar las partes del complejo fenómeno psíquico y descubrir sus mutuas relaciones. Esto es propio de toda la psicología, y no solo del psicoanálisis o del asociacionismo.
- 4) Explicar: referir los fenómenos a leyes. Es un nivel abstracto de descripción, y solo se debe confundir con la comprensión empática.
- 5) Generalizar: buscar leyes generales e incluirlas en un contexto teórico mayor. Se han hecho siempre dos objeciones a la validez de las generalizaciones. Por un lado no se puede alcanzar una validez universal (por eso la ciencia llega a principios probabilísticas y no a leyes universales). Por otro lado se dijo que las generalizaciones no son válidas porque cada sujeto es único e irrepetible. En rigor la psicología busca lo común a todos, pero no descuida lo peculiar de cada sujeto. Que los individuos sean diferentes no significa que sean excepcionales a leyes, sino que en cada uno esa ley actúa modificada por otros principios o leyes.

Kaufman y Kaufman, Psicología general: su objeto y método. Publicación interna de la cátedra de Psicología General I (Buenos Aires, Universidad de Belgrano, 1985).

Psicología genética.- Estudia los orígenes, los mecanismos formadores de las conductas para poder explicarlas causalmente, y para ello debe remitirse al estudio de los niños, que es donde se forman. O sea, toda psicología infantil es genética, pero no toda psicología genética es infantil, pues se puede estudiar genéticamente un aspecto de la psicología general.

Galperin C (1988) Cuadernos de psicología evolutiva. Buenos Aires: Universidad de Belgrano.

Psicología humanista.- Maslow, considerado el padre espiritual de la psicología humanista, describió a esta como una 'tercera fuerza' en la psicología estadounidense, y criticó a los psicoanalistas y al conductismo radical por sus limitadas concepciones del hombre al hacer énfasis en sus limitaciones, no en sus capacidades. Propuso la psicología humanista como un complemento de esas otras corrientes para enfatizar el aspecto positivo de la naturaleza humana, especialmente destacado en su concepto de autorrealización.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 351.

Psicología jurídica.- La configuración de la Psicología Jurídica se fundamenta como una especialidad que desenvuelve un amplio y específico ámbito entre las relaciones del mundo del Derecho y la Psicología tanto en su vertiente teórica, explicativa y de investigación, como en la aplicación, evaluación y tratamiento.

Comprende el estudio, explicación, promoción, evaluación, prevención y en su caso, asesoramiento y/o tratamiento de aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en el comportamiento legal de las personas, mediante la utilización de métodos propios de la Psicología Científica y cubriendo por lo tanto distintos ámbitos y niveles de estudio e intervención: Psicología Aplicada a los Tribunales, Psicología Penitenciaria, Psicología de la Delincuencia, Psicología Judicial (testimonio, jurado), Psicología Policial y de las Fuerzas Armadas, Victimología, Mediación.

<http://www.cop.es/perfiles/contenido/juridica.htm>

Psicología social.- "La psicología social es una rama de las ciencias sociales que intenta explicar cómo la sociedad influyó en la cognición, la motivación, el desarrollo y el comportamiento de individuos y es influida por ellos".

Cartwright D, Introduction to a History of Social Psychology, en Hewstone M et al, eds., "The Blackwell Reader in Social Psychology", Great Britain, Blackwell Publishers, 1997.

Psicología social.- "Lo que caracteriza a la Psicología Social es el concepto de relación, interdependencia, interacción, influencia: modificación de la conducta y las creencias de una persona debido a la presencia de otros".

Seidmann S, Historia de la psicología social, Publicación interna de la Cátedra de Psicología Social de la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina, 2001.

Psicología social.- La psicología social es el estudio de la conducta social, de las "estimulaciones y reacciones que surgen entre los individuos y la parte social de su medio".

Allport Floyd, "Social Psychology, 1924.

Psicología social.- La psicología social "es el intento de comprender y explicar cómo los pensamientos, sentimientos y comportamientos individuales son influidos por la presencia real o imaginaria de los otros".

Allport Gordon, "The historical background of modern social psychology, 1968, en Lindzey G, ed, "Handbook of Social Psychology", Vol I, USA, Addison-Wesley.

Psicología social.- "Tentativa científica de comprender y explicar de qué manera las ideas, sentimientos y conductas de una persona son influidos por la presencia efectiva, implícita o imaginaria de otras".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 624.

Psicología social.- Rama de la psicología que estudia cómo el entorno social influye directa o indirectamente en la conducta y comportamiento de los individuos. Los psicólogos sociales se interesan por el pensamiento, emociones, deseos y juicios de los individuos, así como por su conducta externa. Los fenómenos psíquicos internos pueden deducirse a partir de ciertas peculiaridades de la conducta y comportamiento externos. La investigación ha demostrado que el individuo es influido por los estímulos sociales al estar o no en presencia de otros y que, en la práctica, todo lo que un individuo experimenta está condicionado en mayor o menor grado por sus contactos sociales.

<http://www.fortunecity.com/campus/lawns/380/psicosoc.htm>

Psicología sociohistórica.- "La teoría *socio-histórica* tuvo su origen en el trabajo de un grupo de psicólogos soviéticos encabezados por Lev S. Vygotski. Para esta teoría, la unidad de análisis de la Psicología debe ser la *actividad*, entendida como *interacción dialéctica* entre el hombre y su entorno histórico-cultural".

León o y Montero I (1995) Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación. Madrid: McGraw-Hill, pág. 39.

Psicología transpersonal.- "La psicología transpersonal sustenta que el ser humano se compone de cuerpo-mente-espíritu y reconecta con las tradiciones religiosas y del hermetismo. Intenta dar respuesta a la violencia, la destructividad, la alienación y la robotización de la sociedad actual [...]. Este modelo

sostiene que se logra la afirmación personal a través de la experiencia trascendental o transpersonal. El objetivo... es ampliar la experiencia que el paciente tiene de sí mismo a niveles cósmicos superiores, que le permitan unificarse consigo mismo, con el resto de los seres humanos y con el universo. Este objetivo se logra renunciando al yo individual a través de la meditación, que consiste en introducirse en un estado de relajación con la atención centrada en alguna idea”.

Vallejo Ruiloba J y otros, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Masson, Barcelona, 1999, 4º edición, pág 745.

Generalidades.- Podemos pensar que no hay una psicología sino varias, porque tiene objetos formales diferentes (estudiados por una psicología experimental, una psicoanalítica, fenomenológico-existencial, etc). Debe aquí recordarse que una ciencia se define por su objeto material (qué estudia) y por su objeto formal (modalidad de abordaje del objeto material): por ejemplo, la filosofía y la biología estudian el mismo objeto material (la vida) pero las diferencia el modo de abordaje (objeto formal).

Condensado de Castex Mariano, Qué significa la psicología forense (Publicación interna de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996).

Generalidades.- La psicología estudia el comportamiento de los seres vivos, especialmente el comportamiento mental. Un tema básico es el estudio del sistema nervioso central, porque allí convergen tres cosas: naturaleza imaginada (pues se compone de materia inorgánica), vida (tiene las características del tejido vivo), y espíritu (está relacionado con la conciencia).

Frente a esta cuestión se dieron dos soluciones, ambas erradas. La primera es el materialismo, que dice que no hay tres cosas diferentes como materia inanimada, vida y espíritu, sino que son las tres la misma cosa, a saber, materia, o sea átomos combinados de distintas maneras. O sea, todo es materia inanimada en la base. La segunda solución es el vitalismo o espiritualismo, que dice que las tres cosas anteriores son tres sustancias distintas, irreductibles entre sí, y cada una son sus características y leyes propias.

En lugar de separar las tres cosas, la psicología según Koffka debe integrar estos tres ámbitos: naturaleza, vida y espíritu. Las ciencias de la naturaleza aportarán el concepto de cantidad, las que estudian la vida el concepto de orden, y las que estudian el espíritu, aportarán para esta integración el concepto de sentido o significado.

La psicología científica moderna empezó estudiando la cantidad: las funciones mentales podían expresarse cuantitativamente (ejemplo, ley de Weber). El peligro de esto es querer cuantificarlo todo, aun lo que no se puede cuantificar. La psicología debe por tanto incluir un estudio cualitativo, aunque sea como comienzo.

Si en la naturaleza inorgánica se ve solamente el juego de ciegas fuerzas mecánicas, en la vida aparece el orden, una fuerza que dirige aquellas fuerzas ciegas hacia un fin u objetivo. Pero cuidado: no hay ninguna fuerza vital especial que produzca el orden, como sostiene el vitalismo. El orden resulta de nuestra observación de los seres vivos y de los sucesos naturales en general: tal es el objetivo de la teoría de la Gestalt. Esta integra las cosas inanimadas y las animadas en la idea de orden, cosa que no logró hacer el materialismo al considerar la vida como movimientos desordenados de átomos.

Respecto al sentido o significado, esto también lo incluye la teoría de la gestalt. El espíritu alemán le da más importancia a este sentido que al espíritu americano, más práctico.

El dilema de la psicología alemana es, o adoptar una postura especulativa, centrada en el espíritu (inasequible al método experimental), o adoptar una postura defendiendo el método experimental de las ciencias naturales llevándolo a la psicología.

En suma, este dilema era: la psicología poseía, gracias al método experimental, una serie de principios explicativos en sentido científico, pero dichos principios no alcanzaban a explicar los problemas propiamente psicológicos. Por otro lado, otros estudiaban estos últimos problemas pero sin principios explicativos, y preferían comprender antes que explicar. Wertheimer intenta resolver este dilema diciendo que en realidad explicar y comprender no son maneras distintas de tratar el conocimiento, sino fundamentalmente idénticas. La relación causal (que explica) tiene un sentido, un significado, no es una simple sucesión de hechos (entonces a la relación causal también se la comprende).

Si bien cantidad, orden y sentido salen de ciencias distintas, todas ellas son categorías universales, pues todas ellas se rigen por un principio general que es este: el estudio de hechos relacionados entre sí (en vez de hechos aislados) permite integrar cantidad y cualidad para la categoría cantidad, mecanismo y vitalismo para la categoría orden, y explicación para la categoría sentido.

Gracias a la categoría de forma o Gestalt podemos descubrir y entender las partes en relación al todo y no como cosas aisladas. Hay muchas formas o gestalten distintas, pero en todas ellas hay orden, sentido, cantidad y cualidad.

La ciencia tiende a abandonar su propósito de estudiar la existencia en su totalidad, estudiando por ejemplo solo lo inanimado. La psicología aquí puede hacer su contribución mostrando el punto donde ciencia y vida se unen.

Condensado de Koffka K, Principios de psicología de la forma. Capítulo 1.

Historia de la psicología.- ¿Qué contribución hizo al conocimiento del hombre la psicología hasta ahora? Bastante poco, razón por la cual es preciso ahondar las investigaciones psicológicas para que al fin ayude a comprender la naturaleza humana y la conducta del hombre.

Antes de la Nueva Psicología, los psicólogos usaban el método experimental con el fin de acumular gran cantidad de hechos (multum=muchos), y aun antes que esto la psicología había sido muy especulativa: imaginaba pero conocía poco.

A partir del Renacimiento surge una nueva etapa: de coleccionar muchos hechos (multum) pasa a relacionarlos y comprenderlos con ayuda de unos pocos principios, o sea, con estos principios teóricos se puede conocer mucho (multa=mucho), se pueden explicar muchos hechos. El progreso científico no implica un aumento simple en el número de hechos conocidos sino, sobre todo una simplificación: la búsqueda de un sistema racional, de una teoría que organice y ayude a comprender la multitud de hechos descubiertos.

Condensado de Koffka K, Principios de psicología de la forma. Capítulo 1.

Psicología del acto.- La Filosofía moderna (la sustancia pensante de Descartes y el asociacionismo de Hume) fue el modelo de la posterior Psicología de la Conciencia y del Conductismo. Sin embargo Descartes llegó a la sustancia pensante a partir de que se realiza un acto psíquico (pienso, dudo), y esto lo rescata Brentano (quien criticará en cambio la psicología de la conciencia como psicología de contenidos a la psicología asociacionista).

Para Brentano el objeto de la psicología es el acto intencional: la conciencia es intencionalidad, se refiere a un objeto y esto es inmanente a la conciencia. Hay tres modos de intencionar al objeto:

- a. Representar: cuando el objeto está presente como correlato del acto.
- b. Juzgar: cuando el objeto es negado o afirmado.
- c. Sentir: cuando el objeto es amado u odiado.

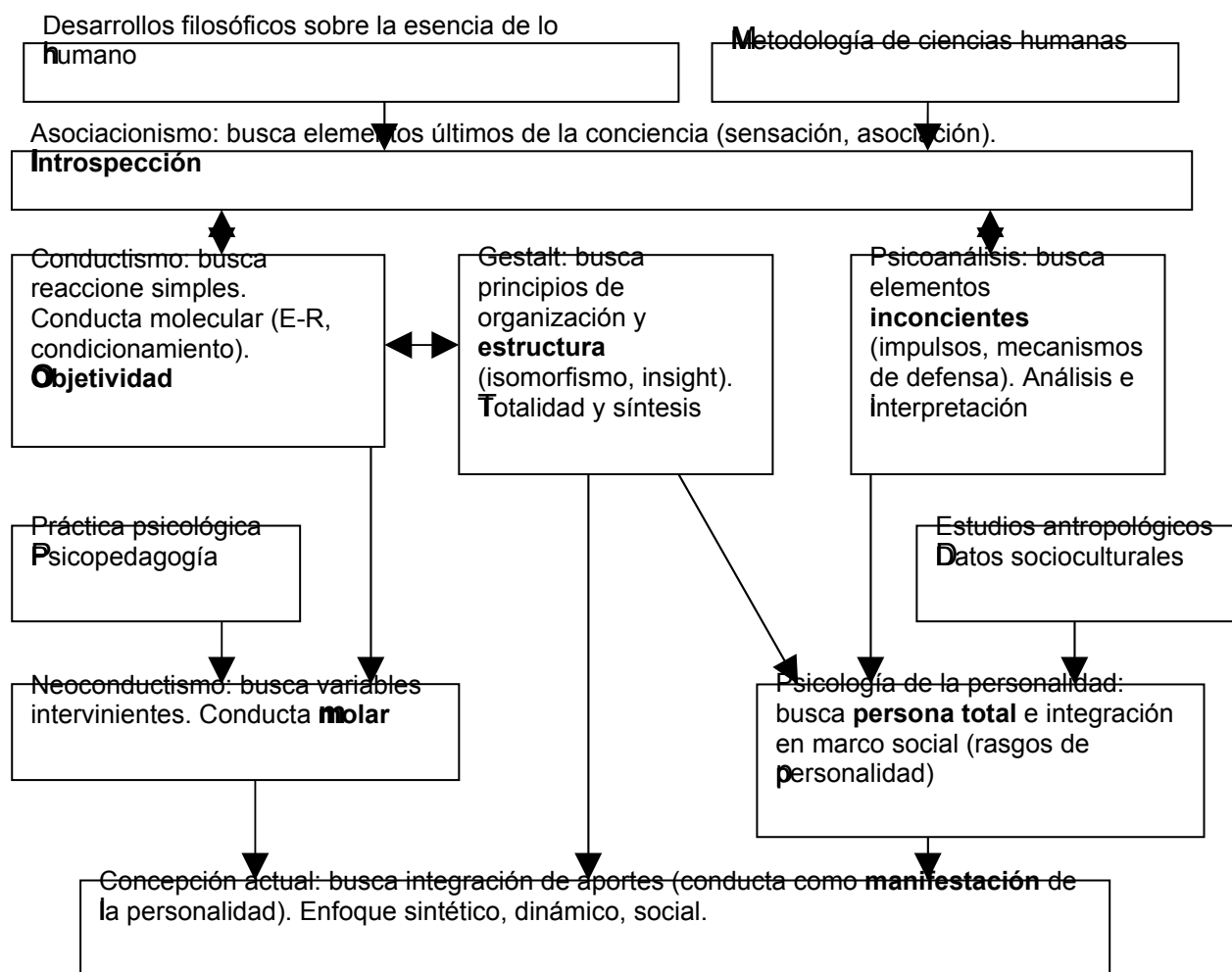
La psicología del acto de Brentano es: a) una psicología empírica, pues aprehende el acto intencional tal cual se presenta, sin descomponerlo en partes (usa el método de la percepción interna); y b) una psicología descriptiva: busca descubrir el acto, no ir más allá.

Husserl profundiza la idea de intencionalidad de Brentano. Dice que en realidad no hay dos cosas distintas como la conciencia y el objeto inmanente, sino que ambas se dan juntas: lo esencial de la conciencia es ser intencional, dirigirse a un objeto. El conjunto de posibles referencias intencionales de la conciencia (sentir, esperar, juzgar, etc.) constituye la trascendencia.

Brentano y Husserl critican el sustancialismo de Descartes, que reduce el psiquismo a una sustancia. Para Brentano, solo existe el acto intencional, el juicio existencial de la percepción interna. Para Husserl, conocer un objeto no significa considerarlo sustancial, existente per se, sino considerarlo como simplemente dado.

Bollini M T (1997) El análisis existencial y el psicoanálisis: raíces históricas del análisis existencial. Publicación interna de la cátedra de Escuelas psicológicas contemporáneas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Belgrano, Buenos Aires (artículo).

Historia de la psicología.- El siguiente esquema ofrece una breve reseña histórica de la psicología según Kauffman y Eroles (1973):



Kauffman F y Eroles A (1973) La naturaleza de la psicología. Buenos Aires: Cátedra.

Historia.- Así como Kuhn distingue tres etapas en la evolución de la ciencia (preparadigmática, normal y revolucionaria), también podemos ver tres fases del desarrollo de la psicología, parcialmente superpuestas: a) Psicología inexistente como ciencia independiente. b) Pre – pragmática. c) Muy próxima a un paradigma (después de 2ª guerra mundial).

Durante mucho tiempo (desde los griegos hasta el siglo IX) se nota un persistente desinterés por el estudio de la conducta humana. Las posibles causas son: idea de la inviolabilidad del ser humano (la persona no es un fenómeno natural), la complejidad del hombre, la dificultad para ser objetivos cuando se trata de estudiar al hombre, y finalmente la creencia que al ser hombres nosotros mismos, ya conocemos sobre él lo que hay que conocer.

En un comienzo se buscaron explicaciones externas para la conducta, las cuales tenían dos errores: recurrían a entidades inobservables (por ejemplo, dioses), y segundo no había conexión lógica entre las supuestas causas y sus consecuencias (mundo de lo sobrenatural es diferente al mundo humano). Luego comenzaron a aparecer (hasta la actualidad) las explicaciones internas, que recurrían a elementos y procesos internos al hombre (genes, conflictos, etc.). No obstante las teorías, cualquiera que fuesen, no prueban absolutamente los hechos: son más o menos probables y cualquiera corre el riesgo de la refutación.

Paralelamente con el empleo de las explicaciones internas, aumentó la confianza en la observación (los griegos confiaban más en la razón), lo que empieza a verse desde Aristóteles en adelante (Bacon, empiristas ingleses). No obstante no existe un enfoque nítidamente empirista (observación) ni racionalista (razón). Por ejemplo, Bacon debió usar procedimientos racionalistas.

Otra cuestión ventilada, fue el lugar del hombre en la naturaleza. Los griegos tendían a decir que no había diferencia entre hombre y naturaleza, rigiéndose aquél por las mismas leyes que ésta. En la Edad Media se tendió a ver en el hombre un status divino, por encima de lo natural, con una voluntad libre. Era un sacrilegio estudiar al hombre, tanto psíquica como físicamente. Descartes, luego, al comparar el cuerpo humano como una máquina, estimuló la investigación psicológica. Luego, la teoría evolucionista de Darwin restableció el vínculo del hombre con los animales.

En suma: la ciencia ha tendido a desarrollarse sobre la base de la observación, de las explicaciones internas y la simplificación reduccionista. Y cuando la psicología ubicó al hombre dentro de un contexto de naturaleza, se allanó en camino para la investigación psicológica y su consecuencia: su nacimiento como disciplina independiente.

La psicología heredó la mayor parte de sus problemas de la filosofía y de la fisiología. Entre estos problemas están: en la de relación mente – cuerpo, la fisiología de la percepción, el problema del tiempo de reacción y el problema de las diferencias individuales.

Las soluciones que se dieron filosóficamente al problema mente – cuerpo fueron de tres tipos: dualistas, monistas e intermedias (de compromiso). Respecto al dualismo, es cualquier punto de vista que vea una diferencia básica entre mente y cuerpo, y por tanto una relación que debe ser explicada. El monismo implica un enfoque que ignore la mente o el cuerpo, o que los incluya bajo un mismo rubro:

DUALISMO	Interaccionismo cartesiano (Descartes, 1641)	Postula dos procesos separados e interactuantes.
	Paralelismo psicofísico (Spinoza, 1665)	Postula dos procesos separados, independientes pero perfectamente correlacionados.
	Ocasionalismo (Malebranche, 1675)	Postula dos procesos separados e independientes, correlacionados mediante la intervención de Dios.
MONISMO	Materialismo (Demócrito, 400 AC)	Postula una única realidad fundamental, de carácter físico.
	Idealismo subjetivo (Berkeley, 1710)	Postula una única realidad fundamental de carácter mental o espiritual.
	Fenomenismo (Hume, 1740)	No hay mentes ni solo existen las ideas resultantes cuerpos; hasta donde puede conocerse, de las impresiones sensoriales.
SOLUCIONES DE COMPROMISO	Doble aspecto (Russell, 1915)	Se suponen dos procesos que son una realidad fundamental.
	Epifenomenismo (Hobbes, 1658)	Postula que la mente es un producto accesorio de causal del cuerpo.

De cualquier modo no hay método científico que permita decidir el problema mente – cuerpo. Plantearse este problema tuvo sentido en algunos pensadores, y en otros, no.

Otro problema fue el de la fisiología de la percepción. Especialmente importante es aquí von Helmholtz, que creía en el origen sensorial de todo conocimiento. Si esto es cierto, la fisiología se convierte en la base de la epistemología (estudio del conocimiento científico).

Otro problema de consecuencias epistemológicas es el del tiempo de reacción. Los psicólogos midieron el tiempo de las diferentes operaciones psicológicas (discriminar, sentir, pensar, etc.) y creyeron que podían hacerlo por un procedimiento de "resta": dada una operación compleja, y sabiendo los tiempos de sus operaciones simples, podía saberse el tiempo del resto de las operaciones: no tuvieron en cuenta que las cosas se apartan de este simple esquema de resta cuando las operaciones se complejizan demasiado.

Con respecto al otro problema mencionado, Galton fue pionero en el desarrollo tanto de la estadística como del estudio de las diferencias individuales. Utilizó la idea de correlación en sus estudios sobre la herencia. Concluyó que los hijos tienden hacia la media en cuanto en cuanto a las características de los padres. Movía sus investigaciones el mejoramiento de la raza humana (eugenesia).

Respecto del objeto de estudio inicial de la psicología: Aunque Wundt venía de una tradición fisiológica y experimental, él tomo otra orientación, sobre todo porque pensaba que mente y cuerpo, seguían cursos paralelos producidos por el medio externo, y que uno no era causa del otro. Debido a esto no podemos estudiar la mente desde el cuerpo, sino en forma directa, mediante la introspección. No fue una introspección casera, sino rigurosa, experimental. Para Wundt, fue éste el medio adecuado para estudiar la conciencia, objeto de estudio inicial de la psicología.

Marx M y Hillix W (1985) Sistemas y teorías psicológicos contemporáneos. México: Paidós, 3ª edición.

Historia.- El siglo XIX fue una etapa donde se produjeron grandes cambios en poco tiempo (tendencia que se agudizó en el siglo XX). Entre otras cosas, los avances tecnológicos permitieron la fabricación masiva de productos y las fábricas, y la organización económica consolida su perfil capitalista, en oposición al anterior sistema feudalista.

Esta concientización del cambio se vio reflejada en una concepción del tiempo: este 'transcurre', no está detenido en una eternidad inmutable. Biólogos como Charles Darwin percibieron esto y, en oposición al planteo creacionista de inspiración bíblica, según el cual Dios había creado en un instante a todas las especies vivientes, propone su planteo evolucionista donde en realidad las diferentes especies van evolucionando unas a partir de otras de acuerdo a la lucha por la supervivencia. Naturalmente la iglesia se opuso a esta nueva idea, aún cuando hubo posteriormente intentos por conciliar el dogma cristiano con el evolucionismo de Darwin (como por ejemplo Teilhard de Chardin).

Estas influencias derivadas de los cambios sociales orientó a la psicología hacia una tendencia también evolucionista, apareciendo una psicología evolutiva. El estudio de lo psíquico ya no se circunscribía a la mente del adulto normal, sino que se buscaba rastrear los orígenes de las conductas (por trazar un símil con el 'origen de las especies') a partir de la infancia, y fue así que surgieron tres importantes corrientes en psicología: la reflexología, el psicoanálisis y la psicología genética de Piaget.

La reflexología de Pavlov intentaba mostrar y demostrar en forma experimental que toda la conducta de la persona adulta devenía, en última instancia de reflejos condicionados y estos, a su vez, se formaban a partir de los reflejos incondicionados, de naturaleza innata. La conducta podía quedar así explicada a partir de su génesis, evolutivamente, y aunque Pavlov trabajó experimentalmente solo con animales, sus conclusiones las extendió también a los seres humanos.

El psicoanálisis vino a inscribirse en el mismo orden, aunque desde una perspectiva diferente. La conducta humana normal y sobre todo la patológica, como por ejemplo la neurosis, adquiría sentido cuando se la investigaba retrospectivamente, a partir de su génesis. De allí que los primeros métodos aceptados por Freud fuesen por ejemplo la hipnosis, donde se buscaba reeditar la antigua experiencia traumática, o luego la asociación libre y la transferencia analítica donde el paciente, en sesión, debía de alguna forma reeditar sus vínculos infantiles con sus padres. Freud crea así toda una psicología evolutiva, y a partir de los datos clínicos de pacientes adultos pudo reconstruir toda la infancia del hombre.

En el caso especial de Freud, cabe pensar en otra influencia socio-cultural que recibió. Concretamente, podemos considerar al psicoanálisis una reacción contra la hipócrita moral victoriana (en alusión a la Reina Victoria de Inglaterra) de fines del siglo XIX, que preconizaba una masiva represión de la sexualidad. Precisamente, Freud veía en esta masiva represión el origen de las neurosis. Incluso llegó más lejos al oponerse al dogma de la aparición de la sexualidad en la adolescencia, al postular su teoría del niño como "perverso polimorfo" capaz de experimentar con gran intensidad deseos sexuales en relación a sus padres.

Piaget hizo otro tanto, pero con dos diferencias: hizo hincapié mas bien en la evolución de las estructuras cognitivas del hombre más que en los aspectos pulsionales y afectivos de la personalidad como había hecho Freud, y segundo, sus datos los extrajo del análisis directo de la conducta infantil, incluso experimentando con sus mismos hijos. De alguna forma también se opuso al dogma del niño como un ser inmaduro que recién adquiere inteligencia en la adolescencia, al postular que ya desde la niñez construimos evolutivamente las estructuras del conocimiento, es decir, el niño es un genuino teorizante de la realidad.

Cazau P (2001) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Psicología del deporte.- Esta disciplina abarca el estudio de la conducta humana en situaciones deportivas; aplica los hechos y principios psicológicos a la performance y a toda conducta humana relacionada con el ámbito de los deportes. Así, las motivaciones del hombre y sus reacciones emocionales -como participante y espectador- forman parte de este estudio.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Psicología ambiental.- Efectivamente, lo que más se ha estudiado en psicología es el ambiente social, es decir, como influyen las demás personas y en general la sociedad en nuestra conducta. Pero el ambiente social forma parte de un entorno mucho más amplio, el ambiente natural, que indudablemente también influye sobre nuestro comportamiento. Por ejemplo, no pocas veces ir al mar o la montaña cambia nuestro estado de ánimo, o vivir en un ambiente altamente contaminado (contaminación química como el smog, contaminación visual como los avisos publicitarios, contaminación sonora como el ruido del tráfico, etc.) aumenta la probabilidad de estresarse. La psicología ambiental podría entonces definirse como una rama de la psicología que estudia la incidencia del ambiente natural sobre el comportamiento (y viceversa), y en particular el ambiente natural modificado por el hombre, tanto si es contaminado como si es restablecido a su ordenamiento ecológico. El aspecto preventivo de la psicología ambiental apuntaría entonces a crear una conciencia ecológica, es decir, a generar un ambiente que propicie la vida y la salud, no la muerte y la enfermedad. Alguien dijo una vez: "no somos pasajeros de la tierra: somos sus tripulantes".

Cazau P (2003) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Psicología de la Gestalt: semejanzas con el psicoanálisis.- a) Los estímulos recibidos son siempre significativos porque son integrados en la experiencia del sujeto. La mente interpreta los estímulos percibidos y, una vez registrados como huellas mnémicas, estas pueden cambiar con el tiempo y con las nuevas experiencias. La percepción de un círculo deformado puede más tarde recordarse como un círculo perfecto (gestalt), y la percepción de una palabra puede luego recordarse equivocadamente (actos fallidos del psicoanálisis). b) Ambas teorías han sido influenciadas por el pensamiento de Franz Brentano. Por ejemplo, este pensador influyó sobre la escuela austríaca de von Ehrenfels, importante antecedente de la gestalt: Brentano plantea una psicología del acto, donde importa más el acto que el contenido. Del mismo modo, para la gestalt el contenido es más secundario: interesa el acto de percibir, es decir, el acto mismo configurador de una forma, una gestalt. c) También Brentano ejerció influencia en Freud,

principalmente a partir de su noción de intencionalidad de la vida psíquica (todo acto psíquico es intencional). Freud siguió esta línea de pensamiento asignando a la conducta una intencionalidad, pero determinada desde lo inconciente. d) Ambas teorías utilizaron la idea de insight como comprensión súbita o darse cuenta, aunque le dieron significados diferentes: el insight es para la gestalt la configuración mental que organiza el campo perceptivo en el aquí y ahora, y para el psicoanálisis, la toma de conciencia de los contenidos (deseos, temores) inconcientes.

Cazau P (1999) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Psicología de la Gestalt: diferencias con el psicoanálisis.- a) Ambas teorías nacieron con inquietudes diferentes. La psicología de la forma nació originalmente como una teoría para explicar el fenómeno de la percepción, mientras que el psicoanálisis nació con la inquietud por explicar los síntomas de los pacientes histéricos. b) La psicología de la gestalt privilegia el aquí y ahora, mientras que el psicoanálisis da especial importancia al pasado infantil para dar cuenta de nuestros comportamientos. c) La psicología de la gestalt utilizó el método experimental, mientras que el psicoanálisis, el método clínico que incluye la interpretación. d) La psicología de la forma realizó buena parte de sus investigaciones, sobre todo las referidas al proceso de aprendizaje, utilizando animales, mostrando que algunos de ellos y los seres humanos compartían modos similares de aprender (por ejemplo por comprensión súbita o insight). En cambio el psicoanálisis, aunque mostró el aspecto 'animal' del hombre (sus pulsiones), marcó la diferencia con las otras especies no humanas (por ejemplo al diferenciar el instinto animal y la pulsión humana). e) Por último, podríamos decir que mientras la psicología de la gestalt trató de obtener leyes generales aplicables a todos los seres humanos, el psicoanálisis se interesó también por las diferencias individuales, mostrando que cada conducta debía ser interpretada en función de cada caso en particular.

Cazau P (1999) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Psicología ecológica.- La psicología ecológica supone que el ambiente físico ejerce algún tipo de influencia sobre el comportamiento humano. Por lo menos ya desde la década del 30 en la Escuela de Taylor se realizaron investigaciones para averiguar si la música, el color de las paredes o la iluminación ambiental influían en la productividad de los trabajadores en las fábricas. Hoy en día la psicología ecológica se ocupa, entre otros temas, de los daños psíquicos que provoca la contaminación ambiental, como por ejemplo la contaminación sonora (tráfico) y la contaminación visual (publicidad).

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires, Redpsicología.

Psicología educacional.- La psicología educacional se relaciona especialmente con: a) La pedagogía (o a veces también llamada didáctica), porque esta última, entendida como la teoría de la enseñanza, recibe el auxilio de la psicología educacional para conocer los factores psicológicos que facilitan u obstaculizan el proceso de enseñanza – aprendizaje. b) La antropología cultural, por cuanto cada cultura tiene sus propias modalidades de enseñar y aprender y, en general, de educar. c) La neurobiología, por cuanto el proceso de enseñar y aprender está determinado, entre otras cosas, por modalidades de funcionamiento cerebral. d) La sociología, porque la enseñanza y el aprendizaje suelen estar controlados o dirigidos por ideologías (por ejemplo a través de un currículum).

Cazau P (2003), Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

La psicología como ciencia.- ¿Cuál es el objeto de la psicología? ¿Qué estudia? En la época de Bacon se pensaba que la psicología partía de observaciones cuidadosas que, repetidas, permitían llegar a generalizaciones. Esto es erróneo por dos motivos: primero, porque nadie parte de cero, hereda toda una tradición, y segundo porque seleccionamos los hechos y observaciones en función de nuestro interés especial. La investigación tranquila, pasiva y desprovista de supuestos previos es un mito metodológico.

El germen de la actividad científica, la verificación de hipótesis, arranca con la crítica de los supuestos tradicionales, pero siempre investigamos en función de supuestos previos, de esperanzas.

Cada ciencia tiene su propio objeto. En la psicología este objeto no está claramente definido como en física o química, pues surge de una gran variedad de tradiciones religiosas, médicas y filosóficas. Por lo tanto, debemos reconstruir la historia de estas tradiciones para clarificar el objeto.

En la psicología podemos distinguir tres clases de problemas: de teoría, de acción y de tecnología, además de otros problemas filosóficos y metafísicos.

La teoría es construida para satisfacer una esperanza de conocer: describen cómo suceden los hechos en base a la observación (o a la memoria, que es más falible). La acción en cambio depende de nuestros intereses y actitudes: en lugar de describir prescriben cómo debemos actuar. La teoría apunta a lo que es y la acción a lo que debiera ser. En la acción no todas las personas tienen los mismos intereses y actitudes: no existe un procedimiento de acción que brinde el mismo tipo de acuerdo que el que da, para resolver problemas teóricos, el mero acto de ir a observar.

Los problemas de tecnología surgen de la combinación de los dos anteriores. Son problemas acerca de nuestras necesidades (no de nuestras esperanzas, como en el problema teórico, ni de nuestros intereses y actitudes, como en los problemas de acción). Son problemas de medios, no de fines. Para resolver un problema tecnológico se tiene en mira un fin (ligado a la acción) pero se apoya en ciertos principios

teóricos a los cuales no se los verifica experimentalmente. Los antiguos se ocuparon principalmente de problemas tecnológicos y de acción.

En suma, la teoría busca verificar hipótesis, la acción recomendar conductas, y la tecnología, satisfacer necesidades prácticas.

También están los problemas filosóficos y los metafísicos. Los filósofos son más bien espectadores: desarmen o analizan los instrumentos de los teóricos, tecnológicos, etc. Están en un segundo orden, pues revisan los procedimientos del primer orden. Muchas veces estos enfoques de segundo orden, como los epistemológicos y lógicos, estuvieron muy confundidos con problemas psicológicos, de aquí que no podamos separar la psicología de la historia de la filosofía.

La metafísica busca construir modelos explicativos de lo real, muchas veces tomando como referencia modelos familiares (como Hume que describía la mente como un teatro donde entraban y salían actores). En la historia de la psicología se mezclan muchas veces modelos verificables y no verificables hasta el final del siglo XIX, y cuesta en esas épocas discriminar lo metafísico de lo científico.

Resumen de Brett G, Historia de la psicología. Capítulo 1: Teoría, acción y tecnología.

Formalización y progreso en psicología.- La enorme variedad de hechos que investiga la psicología obligó a los psicólogos a buscar cuál era el fundamento de todos estos hechos. Nació así una 'época especulativa' donde se pretendió haberlos descubierto: para unos fue la 'asociación', y luego para otros el 'instinto' o la 'libido'. Fueron todos intentos por buscar un fundamento teórico para la psicología, pero pronto se comenzó a dudar de ellos pues el conjunto de hechos era mucho más amplio de lo que se había sospechado y además había mucha distancia entre la teoría y los hechos, y costaba relacionarlos.

Entonces empezó una descripción más minuciosa de esos hechos, lo cual tampoco satisfacía los requerimientos prácticos de la psicología como educación, orientación, terapia, etc, porque medir y clasificar hechos no aportaba la gran solución.

Lewin propone como solución relacionar los hechos psíquicos: 'construir carreteras en el continente de los hechos' para poder relacionarlos. Ello no llevará a construir una teoría, pero aquí surge una paradoja pues para hacer esas carreteras necesitamos una teoría previa; la forma de resolver dicha paradoja aparentemente sin salida es seguir dos pasos: primero, ir abriendo caminos intuitivamente sobre la base de suposiciones teóricas (aunque estas no sean muy confiables), y segundo, ampliando y perfeccionando los caminos hasta encontrar las grandes relaciones entre los diversos hechos psíquicos. El desarrollo actual de la ciencia parece seguir estos pasos, los que sin embargo ofrecen un peligro: el de la excesiva formalización, o sea trazar caminos lógicos que no se correspondan con la realidad psíquica (pues una teoría puede ser lógicamente correcta pero empíricamente falsa).

No obstante la formalización y la matematización en psicología es muy importante, pero cuidando de no incurrir en el error anterior. Teoría, formalización y matematización deben considerarse medios y no fines en sí mismos: medios para profundizar nuestro conocimiento de la vida psíquica.

Condensado de Lewin Kurt, La teoría del campo en la ciencia social. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

La naturaleza de la psicología.- Hay tres dificultades para definir la psicología: a) Hay que diferenciarla de la filosofía y la biología. b) Hay que distinguirla del sentido común del psicólogo aficionado. c) Hay que distinguirla de la mera práctica o técnica.

La psicología es una disciplina independiente. Dos conceptos ayudan a ubicar la psicología en relación con las otras ciencias: niveles de integración y niveles de análisis.

Históricamente, el objeto de la psicología fue definido de diversas maneras:

a) *Asociacionismo*.- Propone a la ciencia como objeto de estudio y como método, la auto-observación o introspección. b) *Conductismo*.- Watson propone como objeto de estudio la conducta, entendida como reacción observable y medible por otro ante un estímulo también identificable. c) *Psicología de la Gestalt*.- Sostiene que la conducta no puede reducirse a relaciones mecánicas E-R ni a asociación de sensaciones. Ella solo se comprende en función de una organización dinámica de los estímulos donde importan no solo sus valores intrínsecos, sino sus mutuas relaciones. d) *Psicoanálisis*.- Freud inicia la psicología profunda. Muchos aspectos de lo humano como los instintos, son accesibles a la conciencia y por tanto no sirve la introspección, sino a través del proceso psicoanalítico que descubre lo inconciente, o sea, aquello que generará fuerzas que determinarán la conducta. e) *Culturalismo*.- Al trasladarse el psicoanálisis a países de habla inglesa, se criticará allí la base biológica del mismo y se propondrá la influencia del entorno cultural sobre la conducta. Por ejemplo, Fromm y Horney. f) *Psicología de la personalidad*.- El estudio de la personalidad surgió de la psicología profunda y se vio enriquecida por estudios conductistas sobre el desarrollo infantil, y por visiones integradoras al estilo de la psicología de la forma. g) *Concepción actual*.- Kaufmann plantea como objeto de estudio, primordialmente la conducta humana como manifestación del ser humano, desde el simple ritmo cardíaco hasta complejos procesos intelectuales y sociales. Toda conducta tiene además una finalidad.

La personalidad es la configuración dinámica que a lo largo de la historia de una persona (o individuo humano concreto), va adquiriendo el conjunto de sistemas psico-físicos que determinan su adaptación a las situaciones del medio. Personalidad es un concepto abstracto y científico. Por situación se entiende la

configuración de elementos, hechos, relaciones y condiciones del medio, tal como es captado por la personalidad que está en esa situación.

En suma: la psicología estudia la conducta como una función de la personalidad en situaciones. En fórmulas: $C = (P \leftrightarrow S)$ La conducta resulta ser así, la expresión de una personalidad interactuando con una situación. La conducta y la situación podemos conocerlas directamente, y de allí inferimos la personalidad. La conducta la entendemos como intencional, dirigida y con significado. La conducta es motivada, y la motivación significa un desequilibrio en la persona, sentido como una 'necesidad' más una expectativa afectiva acerca de una meta por alcanzar. Así concebida, toda conducta es molar.

Luego de ubicar el concepto de adaptación en relación a la conducta, los autores hacen referencia a dos perspectivas para el estudio de la conducta, la finalista y la causalista. Por otro lado, en psicología encontramos dos enfoques: clínico y experimental. Ambos buscan conocer la conducta pero por distintos caminos. Los autores terminan la exposición describiendo las diferentes ramas y los campos de la psicología.

Sinopsis de Kauffman F y Eroles A (1973) La naturaleza de la psicología. Buenos Aires: Cátedra.

PSICOLOGIA ANIMAL

Historia.- Reuchlin reseña la historia de la psicología animal en los siguientes términos.

La evolución de las ideas.- La psicología animal se presta más para ser una psicología experimental, porque se puede trabajar destruyendo ciertos órganos y porque se pueden hacer variar las condiciones del medio en forma más amplia.

Sus antecedentes vienen de la zoología y de la filosofía. En zoología se estudiaron que factores ambientales determinan la conducta del animal, y a veces se les supuso finalidades parecidas a las humanas (antropomorfismo). De la filosofía, en cambio, surgió el problema de si animales y hombres formaban una serie continua, o eran radicalmente distintos. Descartes hablaba de la discontinuidad, y Darwin más bien de una continuidad (unas especies evolucionan a partir de otras).

Ciertos autores ingleses vieron que había una continuidad entre animal y hombre, porque ambos podías resolver problemas nuevos, por ejemplo, por ensayo y error. Otros dicen que hay una discontinuidad: el hombre es radicalmente diferente pues puede aprender por comprensión súbita.

Pero luego fue dejado de lado el problema de la conciencia o la inteligencia como modo de distinguir animal de hombre, y se empezaron a estudiar en animales directamente conductas, de donde se pudiesen sacar leyes generales también aplicables a los hombres. Si los psicólogos eligieron a los animales para estudiar tales leyes, no fue solo por las mejores posibilidades de experimentación, sino también porque: a) en el animal los procesos son más simples (en el hombre interfieren con otros procesos, como por ejemplo, adquisiciones previas); b) permite estudiar ciertos problemas en forma más elemental; y c) estudiar animales y llevar esas conclusiones al hombre, no significa adoptar un antropomorfismo.

La evolución de los métodos.- Los métodos científicos en psicología animal, aparecen en Inglaterra con C. Morgan, quien propuso que es innecesario recurrir para explicar la conducta animal, a facultades hipotéticas como la conciencia, si se puede explicar por procesos más simples.

Otros psicólogos intentaron reducir la psicología a una fisiología del sistema nervioso, como Bethe y von Uexkull. Se hablaba por ejemplo de foto – recepción en vez de sensación visual, etc. Se trata de planteos mecanicistas. Pavlov también siguió esta línea. Thorndicke estudió también el aprendizaje animal, ya en EEUU, y en la misma línea estarán Small y Watson.

Yerkes, no estudió solamente ratones, sino también desde cangrejos hasta monos antropoides, para ver sus diferencias, y llegó a extender esta psicología comparativa al estudio de las diferencias entre seres humanos.

Resumen de Reuchlin M (1982) Historia de la psicología. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 2.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

Historia.- Reuchlin reseña la historia de la psicología clínica en los siguientes términos.

El método clínico y la psicología clínica.- Para Ribot o Janet, estudiar a los enfermos es un buen método para conocer el psiquismo normal, pues deja a la vista los procesos inferiores, mientras disuelve los superiores. El psicoanálisis también permitió el estudio de la normalidad.

El método clínico surge como reacción a las experiencias de laboratorio, que estudiaban fragmentos artificiales de conducta y no consideraban toda la complejidad de la mente. Reacciona también en contra, la estadística de Galton, basada en hechos superficiales. El método clínico consiste en observar en profundidad y durante mucho tiempo, individuos particulares, caso por caso.

El psicólogo americano Witmer, es el primero en hablar del método "clínico" en psicología, y lo aplicó a niños difíciles o anormales. Lo definió como un método de investigación consistente en usar los resultados del examen de muchos sujetos estudiados sucesivamente, para hacer generalizaciones sugeridas por sus aptitudes y deficiencias.

En 1909 Healy (discípulo de W. James), psiquiatra, utiliza el método clínico con un enfoque de psicología dinámica, y es quien ejercerá influencia sobre el desarrollo ulterior de la clínica. Estudió niños, jóvenes, delincuentes, neurópatas, etc. Y la psicología clínica quedó reducida al estudio de los anormales (como un auxiliar del psiquiatra).

El método clínico estudia casos individuales, incluyendo la historia personal del sujeto. En esto influenciaros mucho no solo Freud, sino también Dilthey y los tests de Binet. La influencia vino entonces de la psicología dinámica (Freud, etc.) y la psicología psicométrica (Galton, Bidet). Si bien en la práctica se usa cada uno de ambos enfoques, los psicólogos tienden a adherir a uno de ellos y desinteresarse por el otro.

Resumen de Reuchlin M (1982) Historia de la psicología. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 4. Última parte.

PSICOLOGÍA COGNITIVA

Generalidades.- El concepto de psicología cognitiva ha adquirido progresivamente un significado tan pluriforme y unos límites tan imprecisos que su empleo repetido y su carácter de "emblema paradigmático" no aseguran un significado compartido. Sus límites son borrosos y sus ejemplares desigualmente representativos u no definidos por unos mismos atributos. Se organiza en torno a ciertos elementos prototípicos que son los modelos computacionales y las teorías del procesamiento de la información. Ejemplos de definiciones representativas son las siguientes: -Para Neisser la psicología cognitiva "se refiere a todos los procesos mediante los cuales el input sensorial es transformado, reducido, elaborado, almacenado, recuperado y usado". -Para Mayer "la psicología cognitiva es el análisis científico de los procesos mentales y estructurales de memoria humanos con el fin de comprender la conducta humana". -Para Norman y Simon la ciencia cognitiva es aquella que busca comprender los sistemas inteligentes y la naturaleza de la inteligencia, que puede definirse como mente construida. -También Howard Gardner habla de la ciencia cognitiva como el empeño contemporáneo de base empírica por responder a interrogantes de antigua data, en particular los vinculados a la naturaleza del conocimiento, sus elementos componentes, sus fuentes, evolución y difusión. Incluye a la psicología cognitiva entre las ciencias cognitivas que abarca la filosofía, la lingüística, la inteligencia artificial, la antropología y la neurociencia. Se pueden sumar cientos de definiciones sobre qué es la psicología cognitiva sin lograr por ello aclarar sus límites. Pero su aparición convulsionó sin duda al mundo científico desde 1956, fecha en que según G. Millar fue admitida oficialmente en ocasión del "Simposio sobre la teoría de la información" realizado en el Instituto de Tecnología de Massachussets. Ha conquistado los laboratorios de psicología, las publicaciones y disertaciones, las instituciones académicas. Ha logrado una transformación sustancial en el objeto mismo de la psicología.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- La psicoterapia cognitiva está basada en el modelo teórico de la psicología cognitiva surgido a comienzos de la década del 50.

Esta psicología nace oponiéndose al paradigma conductista al sostener que la conducta humana no puede explicarse solamente a partir del esquema E-R, sino a partir de cierta actividad interna mental, inobservable de procesamiento de la información. Para ello tomó como modelo la computadora, estableciendo una analogía entre la mente y la máquina.

El desarrollo de la psicología cognitiva abarca dos grandes periodos: 1) el primero empleó el paradigma del procesamiento de la información (analogía mente-ordenador), y 2) el segundo es más un enfoque cognitivo-social y constructivista que propone como característica central de la mente la recursividad, es decir, el hecho de que la conducta está siempre incluida en un proceso de feed-back.

Mientras en el primer periodo el estímulo era procesado y generaba una respuesta, en el segundo periodo ya respuesta opera como estímulo para procesar nueva información.

Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 3.

Etapas.- Fernández Álvarez describe dos etapas en el desarrollo de la psicología cognitiva: a) empleo del paradigma del procesamiento de la información, y b) enfoque cognitivo-social y constructivismo.

A) Empleo del paradigma del procesamiento de la información

La conducta humana en general, incluyendo también la de los pacientes, puede ser examinada desde la perspectiva del paradigma del procesamiento de la información, el cual se ajusta básicamente a los siguientes tres enunciados:

1. Vivimos en un mundo de información: todo organismo funciona permanentemente como emisor y receptor para poder adaptarse a su entorno.

2. El ingreso de información en un sistema tiene un doble efecto: por un lado genera una incertidumbre que deberá ser procesada (será o no un animal peligroso lo que veo?), y simultáneamente permite procesar incertidumbres anteriores (ahora podré llamar al fumigador, pues antes estaba en la duda).

3. El ingreso de información en un sistema pone en marcha una secuencia destinada a su resolución: una vez ingresada la información, esta es filtrada por poderosos mecanismos de clasificación, que comparan la información ingresada con la almacenada en la memoria. Así, la información clasificada puede ser apta para la resolución de la incertidumbre generada.

El uso de este paradigma del procesamiento de información ha permitido: a) elaborar un esquema formal de análisis de cualquier conducta humana, b) analizar las conductas viendo la dinámica del proceso más que el contenido, c) prescindir de hipótesis fuertes sobre la motivación del comportamiento como paso previo para entender el modo de actuar de la persona, d) investigar los mecanismos internos del sujeto que organizan la experiencia, y e) aplicar un esquema descriptivo común a todas las formas de conducta, más allá de su complejidad (individuos, grupos, sociedades).

Este paradigma puede aplicarse en psicopatología y psicoterapia en tres momentos principales:

1) Trastornos atribuibles a las vías de entrada: son fallas de focalización. Aparecen cuando el individuo selecciona equivocadamente la información útil para enfrentar una situación, cuando permite ingresar más información de la que está en condiciones de procesar, o cuando hace ingresar información más compleja de la que puede asimilar.

2) Trastornos atribuibles a los mecanismos de clasificación: como aquí es importante la memoria, estas fallas ocurren cuando recordamos equivocadamente un episodio ya ocurrido, o bien olvidamos ciertos aspectos de él (represión).

3) Trastornos en los esquemas nucleares de procesamiento: procesamos negativamente la información por ejemplo cuando operamos con un sistema de creencias inadecuado para resolver determinada situación. Dichas creencias pueden generar también ansiedad, como por ejemplo creer que un animal inofensivo es muy peligroso.

En los tres momentos se puede intervenir terapéuticamente: en el primero mediante una refocalización (o una redefinición, si lo que falla es la atención). En el segundo debe hacerse una reclasificación, y en el tercero debe hacerse una reestructuración cognitiva, o bien una reestructuración de la personalidad, si el déficit es global.

B) Segunda etapa. Enfoque cognitivo-social y constructivismo

Limitaciones del procesamiento de la información.- La comparación de la mente humana con las máquinas pronto mostró limitaciones, porque había muchas características propias del hombre que no estaban en las computadoras. Por ejemplo, la máquina no tiene un funcionamiento autorregulador como la mente. Somos una 'máquina' que se autofabrica. Además, el hombre funciona dentro de un marco cultural y una legalidad social.

Procesos retroactivos y proactivos.- Complementando las acciones retroactivas (retroalimentación, etc.), los seres humanos desarrollan también operaciones proactivas que tienen la finalidad de estructurar sistemas de significado prefigurantes de situaciones que todavía no han ocurrido más que en la mente y que se sitúan en un tiempo futuro. Esta capacidad no está tampoco en las máquinas, y se funda, según Vigotski, en operaciones mentales superiores como la autoorganización, la conciencia, el empleo de signos como mediadores y la capacidad de reflejar la naturaleza social. Autoorganización implica que no sólo procesamos información, sino que además construimos la realidad donde esta información es procesada.

En suma, procesamos la información en forma circular, más que lineal, y para ello recurrimos a mecanismos retroactivos y proactivos. Además, seleccionamos la información en forma activa, debido a que tenemos ciertas motivaciones para ello.

Desarrollos constructivistas en psicología y psicoterapia.- El constructivismo estudia los procesos de cambio que producen los seres humanos, qué operaciones gobiernan dichos procesos y bajo qué condiciones se facilitan o se ven dificultados (Mahoney).

Un antecedente de esta orientación la encontramos en el pensamiento de Kelly, para quien el hombre es un sujeto activo, cuya tarea central es implementar constructos personales destinados a diagramar las anticipaciones necesarias para conformar un proyecto personal. Su orientación es humanístico-existencial.

Otro importante autor en esta línea es Piaget, quien destacó la dialéctica fundamental entre organización y adaptación y, esta última, como una interacción entre asimilación y acomodación.

La idea de 'construcción' fue asimismo utilizada en psicoterapia, por ejemplo por Kaes, cuando estudió la organización grupal.

Hay un constructivismo radical y otro moderado. El primero afirma la imposibilidad de afirmar consistencia a eso llamado 'realidad' (esta sería una pura invención). El constructivismo relativo en cambio admite algo llamado realidad que nos influye permanentemente.

Resumen de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulos 4 y 5.

Limitaciones.- El enfoque basado en el procesamiento de información sin duda tiene aspectos muy positivos, pero como han planteado U. Neisser (1976; 1980; 1982), también tienen importantes limitaciones que deben ser tenidas en cuenta al evaluar sus contribuciones potenciales. Neisser señala que debido a que las tareas acotadas del laboratorio que comúnmente se emplean en la investigación de

procesamiento de información carecen de validez ecológica, muchas veces los resultados no pueden generalizarse a situaciones del mundo real.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 4.

Psicología cognitiva y cultura.- 1. La original Revolución Cognitiva se apartó hoy de sus primeros objetivos, pues ha deshumanizado el concepto mismo de mente. En este texto Bruner quiere recuperar aquel primer ideal proponiendo un enfoque interpretativo del conocimiento centrando el interés en la "construcción de significados".

La Revolución Cognitiva no trataba de estímulos y respuestas, sino de significados. No se trataba de agregar más mentalismo al conductismo, porque Tolman ya lo había hecho. Había que describir como el hombre crea significados en su encuentro con el mundo, y proponer hipótesis sobre sus procesos de construcción. O sea, había que darle a la psicología un sesgo interpretativo acorde con las ciencias sociales. No se trataba pues de reformar el conductismo, sino de sustituirlo.

Pero la revolución cognitiva se pervirtió y sustituyó el significado por el procesamiento de información: este último modelo no puede hacer nada frente a lo polisémico y lo metafórico, frente a los deseos y las creencias, pues sigue un rígido esquema computacional basado en la teoría de la información, que tiende a evitar conductas intencionales o surgidas de deseos. En estos sistemas no había lugar para la mente.

Bruner plantea la necesidad de construir una ciencia de lo mental en torno al concepto de significado y los procesos mediante los cuales se crean y se negocian los significados dentro de una comunidad.

2. La cultura preexiste. Los sistemas simbólicos usados para construir significados ya estaban allí, en la comunidad, arraigados en el lenguaje y la cultura. Los psicólogos estudiaban como se adquirirían estos sistemas simbólicos, pero pocos se ocuparon de ver como influía el uso del lenguaje sobre la naturaleza del hombre. La aparición de la cultura es algo más que el aumento del cerebro o el uso de las manos: ella es *constitutiva* del hombre.

Hay tres razones para sostener esta idea de que la cultura es un concepto fundamental de la psicología:

1) no existe la naturaleza humana sin la cultura, pues el hombre se realiza a través de ella. 2) Nuestra vida depende de significados compartidos con los demás, por lo que su negociación es pública. 3) Hay una psicología "popular" que se ocupa de la naturaleza, causas y consecuencias de aquellos estados intencionales -creencias, deseos, intenciones- despreciados por la psicología científica. Esta psicología popular domina las transacciones de la vida cotidiana, que son reflejo de la cultura.

3. Hay dos cosas que critica la psicología científica a esta nueva orientación basada en los significados y la cultura: 1) no se pueden utilizar estados subjetivos como explicación de la conducta. 2) no puede hacerse una teoría psicológica para cada cultura distinta.

La psicología científica tiende a considerar como más importante lo que la gente hace, más que lo que la gente dice o dice que hace. Para Bruner, es importante ver cómo lo que uno hace revela lo que piensa, siente o cree. Decir y hacer constituyen una unidad funcionalmente inseparable en una psicología orientada culturalmente.

La psicología orientada culturalmente que propone Bruner no desprecia lo que la gente dice sobre sus estados mentales (está de acuerdo con la introspección). Esta psicología cultural no se puede preocupar por la mera conducta sino por la *acción*, que es su equivalente intencional, y más concretamente se preocupa por la acción 'situada' (en un escenario cultural y en los estados intencionales mutuamente interactuantes de los participantes).

4. Lo anterior no significa que la psicología cultural deba prescindir de los experimentos de laboratorios o de la búsqueda de leyes psicológicas universales. Las verdaderas causas de la acción humana son la cultura y la búsqueda del significado dentro de la cultura. El sustrato biológico, lo universal, no es causa de la acción sino una restricción o una condición de ella. Nuestros deseos y las acciones que realizamos en su nombre están mediados por medios simbólicos, o sea por la cultura como sistema de símbolos. Bruner intenta así demostrar que la cultura y la búsqueda del significado es lo que moldea la acción, mientras que lo biológico impone restricciones o limitaciones a ello, aunque la cultura puede ablandar esta restricción.

5. Si es cierto que la cultura forma la mente, ¿no caemos así en un relativismo, pues cada cultura es distinta? En la mayor parte de las interacciones humanas, la 'realidad' es el resultado de prolongados e intrincados procesos de construcción y negociación muy implantados en la cultura. El relativismo queda justificado a partir de este constructivismo, pues es inevitable adoptar alguna perspectiva, no existe el absoluto. Si el conocimiento depende de la perspectiva, ¿los valores son entonces relativos? El irracionalismo dice que elegimos ciertos valores por una cuestión visceral o pulsional, mientras que el racionalismo dice que los valores son elegidos racionalmente. Ambas posturas coinciden en que el compromiso con una forma de vivir es inherente a los valores, y las formas de vida constituyen una cultura.

Resumen de Bruner Jerome (1984) Actos de significado. Capítulo 1: El estudio apropiado del hombre.

PSICOLOGÍA DE LA CONCIENCIA

Generalidades.- Las psicologías de la conciencia son un conjunto de corrientes unificadas a partir de un único objeto de estudio, la conciencia, pero que difieren respecto del método. La conciencia es entendida como la totalidad de la vida psíquica, tanto la conocida como la desconocida (de allí que haya también una sub-conciencia): concientes y sub-concientes son cualidades posibles de un único sistema: la conciencia.

Según qué métodos usen, las psicologías de la conciencia se pueden agrupar de la siguiente manera:

1. Psicologías descriptivas (Lipps, Brentano).

2. Psicologías explicativas (Asociacionismo, Herbart, Psicofísica, Wundt).

Las psicologías descriptivas se oponen a la aplicación de los métodos de las ciencias naturales, a la experimentación, a la explicación y a la formalización matemática: la introspección es el único método para comprender los fenómenos mentales. Por ejemplo *Lipps* (1851-1914) parte del principio de la experiencia interior como fuente de conocimiento y postula la comprensión como vía de conocimiento válida, entendiendo por comprensión a la empatía: autoproyección y captación receptiva del otro. Asimismo para *Brentano* (1838-1917), los contenidos de la conciencia pueden abordarse por introspección, que nos hace captarlos como percepciones interiores que son siempre intencionales, y que se expresan en lo que él llama modos de actuación.

Las psicologías explicativas, de raíz empirista, entienden los fenómenos mentales como resultado de la experiencia sensorial. Las psicologías explicativas pueden agruparse en cuatro corrientes: asociacionismo, psicología matemática de Herbart, psicofísica, y análisis experimental de Wundt.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

PSICOLOGÍA DE LA GESTALT

Generalidades.- "Escuela continental de psicología que considera que la mente percibe el mundo externo como una sola unidad integral. Los triángulos, por ejemplo, no se perciben como una zona rodeada por tres lados sino como triángulos; similarmente, una pintura se percibe y se aprecia en su totalidad y no como brochazos individuales y elementos de color que constituyen su composición. La expresión "gestáltica" fue introducida en la psicología en el año 1890 por C. Ehrenfels" (Speck, 1966:301).

Speck G (comp) (1966) Diccionario científico ilustrado. New York: Editors Press Service.

Generalidades.- Dentro del enfoque holístico, la teoría de la gestalt es la corriente más representativa, corriente que se basa en la idea de 'gestalt', definible como una totalidad organizada con caracteres propios diferentes de las cualidades particulares de las partes que la constituyen. Estas partes son solidarias entre sí, están articuladas de manera tal que cada una de ellas es significativa en función de las otras.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

Antecedentes.- Respecto de la idea de Gestalt, ya los griegos concebían el cosmos como una totalidad organizada, donde cada parte tenía sentido en función de las demás. Anaxágoras, por caso, se interesó más en las relaciones entre las partes que en las partes mismas. Pitágoras también rescata la noción al hablar de una organización y armonía en el ordenamiento del universo. Platón por su lado, ve al mundo sensible y al mundo inteligible como dos realidades organizadas. Siglos después el asociacionista Hartley dice que la combinación de cualidades sensibles da como resultado una totalidad sensible en la que ya no pueden discernirse las partes constituyentes. Idénticamente, John Stuart Mill postula que el todo supera las cualidades específicas de los elementos o partes. Bain enfatiza que la experiencia es siempre una totalidad organizada donde se integran varios elementos en forma creadora, pues aparecen nuevas cualidades no presentes en los elementos constituyentes primitivos. La especificidad de la teoría de la Gestalt consiste básicamente en su rechazo al elementalismo y su método, la introspección experimental. También, su idea de que la gestalt es una totalidad estructurada a priori (apriorismo).

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

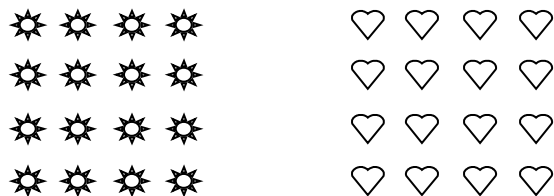
Escuelas de Graz y Berlín.- La historia de la teoría de la gestalt abarca dos periodos: la escuela de Graz (iniciada por von Ehrenfels basándose en Brentano) y la escuela de Berlín (iniciada por Wertheimer basándose en Kant).

Escuela de Graz.- Von Ehrenfels (1859-1932) plantea la idea de gestalt al afirmar que el todo es más que las entidades sensoriales separadas, y da como ejemplo el de la melodía: si a una melodía le cambiamos todos los tonos (por ejemplo pasar de clave de sol a clave de fa), cambiaron los elementos pero no la estructura, el todo, pues seguimos escuchando la misma melodía; o sea que el cambio de elementos no cambia la estructura. De esta forma aparecen en la estructura nuevas cualidades que no estaban en los elementos o sonidos constituyentes, cualidades que son dos:

a) *Transportabilidad*: los elementos pueden cambiarse sin que cambie la estructura. Los elementos pueden transportarse (por ejemplo elevarse su tono) sin que varíe la melodía.

b) *Supersumatividad*: la especificidad de la estructura es algo propio de ella misma y no el resultado de una adición, producto o alguna otra función. Supersumatividad porque va más allá de una suma.

La identidad de la estructura no es alterada por la transportabilidad puesto que ella resulta de la supersumatividad. Si bien los asociacionistas nunca dijeron que el todo es igual a la suma de las partes, la teoría de la gestalt enfatiza que el todo es más que dicha suma: el todo tiene su especificidad no porque estén los mismos elementos, sino porque se mantienen inalterables sus relaciones. Las siguientes son dos estructuras idénticas aunque tengan elementos distintos:



Influenciado por el neo-escolasticismo de Brentano, von Ehrenfels rechaza la introspección experimental como método y acepta la introspección espontánea, directa, ya que para Brentano lo que importa no son los elementos sino la experiencia psicológica misma: "necesitamos conocer el proceso mismo antes que la sensación". Las ideas de la Escuela de Graz serán retomadas por la Escuela de Berlín.

Escuela de Berlín.- Iniciada por Wertheimer (1880-1943), esta escuela tiene base kantiana pues enfatiza el apriorismo y porque postula que el organismo tiene una tendencia espontánea a estructurar u organizar el mundo externo y su propio mundo interno. Esto se impone como una necesidad absoluta y es independiente de la experiencia, es a priori. Captamos el mundo y lo organizamos, de manera entonces que los datos primarios de nuestra experiencia no son sensaciones elementales sino todos ya organizados (esto es una crítica al elementalismo).

La Escuela de Berlín se inicia en 1912 con la publicación de un trabajo de Wertheimer, "La percepción del movimiento", donde critica al elementalismo diciendo que éste lo que busca es analizar la experiencia, dividirla en elementos (esto se llama 'reducción elemental') y luego reconstruir el todo. Wertheimer propone la inversa: no es el elemento sino el todo el dato primario, y siendo anterior a las partes no puede ser reducido a ellas. Químicamente, el hidrógeno y el oxígeno por separado no son el agua (el todo), pero al combinárselos, sí.

Para captar el todo es mejor entonces un enfoque espontáneo, no experimental, y además holístico, es decir, debe apuntar a una totalidad para luego, a partir de allí, examinar sus relaciones internas, sus componentes, los cuales estudiaremos no aisladamente sino siempre como 'partes de', o sea con el lugar y función que cumplen dentro de la estructura.

Wertheimer postuló además el *principio del isomorfismo* según el cual los procesos de excitación neurofisiológica que se encuentran en la base de los fenómenos psíquicos tienen el mismo carácter estructural que éstos últimos, es decir, hay una correspondencia o isomorfismo entre lo fisiológico y lo psíquico.

Desarrolla este autor dos postulados básicos, a partir de los cuales se podrán derivar los distintos casos particulares: 1) Postulado de las características de los miembros: los atributos quedan definidos por sus relaciones con el todo como sistema unitario; 2) Postulado de la pregnancia o principio de la buena forma: a la percepción se impone de manera necesaria y a priori la organización más simple y más estable, o sea tendemos a captar la mejor forma, la más simétrica, armónica, simple, regular, etc.

Discípulos de Wertheimer fueron Kohler (1887-1967) y Koffka (1886-1941). Kohler es el teórico de la gestalt y hace una extensión de la teoría a otros campos, haciendo también una validación epistemológica. Su obra principal es "Principios de psicología de la forma".

Kohler aplica los postulados de Wertheimer al aprendizaje y al pensamiento productivo (resolución de problemas). A él debemos el concepto de *insight* como captación súbita de una situación y de sus relaciones internas. Extiende el concepto de isomorfismo a la correspondencia entre el orden de la naturaleza y el orden de lo psíquico y lo neurológico. Los tres niveles estructurales tienen entre sí una relación final y al mismo tiempo topológica (espacio-temporal), donde hay campos de tensión o de fuerzas, es decir hay una dinámica entre los niveles. Kohler expone estas situaciones con su teoría de la 'autodistribución dinámica', en el libro "Cibernética y vida".

Cuando la teoría de la forma pasó a la clínica, se empezó a ver a la persona como una totalidad en situación: la unidad de análisis dejó de ser la parte y fue el todo mismo: ya no fueron los conflictos, las motivaciones, las carencias, las ideas, las conductas tomadas todas aisladamente, sino como 'partes de' el todo llamado persona. No es posible reducir algo vital y psicológicamente dinámico a componentes estáticos, y esta es la crítica de la gestalt al psicoanálisis.

PSICOLOGÍA DEL COMPORTAMIENTO

Generalidades.- Las psicologías del comportamiento surgen en oposición a las psicologías de la conciencia y la introspección, postulando una exploración objetiva de la conducta observable. En la URSS esto se orienta hacia una fisiología experimental (reflexología) y en EEUU hacia una exploración experimental de la conducta (conductismo). Ambas corrientes se centran en el estudio del aprendizaje, o sea el comportamiento en función de las variaciones del medio, empleando sobre todo animales (perros los rusos y ratas los americanos). Se pretende que esas conclusiones puedan extenderse también a los humanos, con lo cual toda conducta puede explicarse a partir de elementos últimos, que son los reflejos. Por ello son tendencias elementalistas y además reduccionistas (mientras que las psicologías de la conciencia sólo eran elementalistas). Toda conducta es reductible a reflejos, y si la conducta humana es algo diferente es porque en el hombre hay una mayor plasticidad en los reflejos. La psicología debe estudiar, para estas corrientes, sólo lo observable, la conducta, y no la conciencia (inobservable).

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

PSICOLOGÍA DIFERENCIAL

Historia.- Reuchlin reseña la historia de la psicología diferencial en los siguientes términos.

Si la psicología experimental es general porque busca leyes válidas para toda la especie humana, la psicología diferencial, considera las diferencias entre grupos e individuos entre sí, porque no todos ellos se adaptan del mismo modo al mismo cambio del medio ambiente, pero la idea es anterior.

Fueron preocupaciones teóricas y prácticas las que provocaron investigaciones experimentales en psicología diferencial. Las teóricas vienen de Darwin y Galton, y las prácticas vienen de la necesidad de aplicarla a los problemas sociales (con Cattell) y a la inteligencia (Binet).

Orígenes del estudio de las diferencias individuales.- Para Darwin, había diferencias entre los animales en cuanto a sus posibilidades de sobrevivir, que estaban dadas hereditariamente. Quienes sobrevivían podían también transmitir esa cualidad a su descendencia, produciéndose una selección natural del más apto.

F. Galton, primo de Darwin, tomo estas ideas y las combinó con métodos estadísticos para estudiar las diferencias individuales y la herencia. Por ejemplo determinó el grado de "genialidad" de una persona a partir de la cantidad de gente que la sobrepasaba (si eran pocos, eran más genios). Sin embargo, Galton buscaba verificar experimentalmente la herencia que determinaba esas diferencias. Vio que tal o cual característica de un ser humano, está influida por muchos factores, no por uno solo, y buscó establecer correlaciones entre todos los factores. Busca "causas comunes" que afecten al mismo tiempo a varias características, estudios que luego también retomó K. Pearson, estableciendo coeficientes de correlación. Esto a su vez fue retomado después por Spearman y otros psicólogos ingleses como Buró y Thompson, fundando el análisis factorial, con lo cual comienza una psicología estadística.

El análisis factorial, busca describir la conducta humana, por medio de "factores" (no son causas) de diferente grado de importancia: hay factores generales que afectan todas las conductas, a los que se agregan factores específicos de ciertas conductas.

Esto contribuyó a establecer una psicología general, pues al investigar la forma como están asociados los éxitos (o fracasos) en distintas tareas hechas por la misma persona, se puede tener una idea de cómo están asociados los factores para el grupo tomado en su conjunto.

Las teorías relativas a las diferencias individuales.- Las diferencias individuales dependen de factores constitucionales heredados y la influencia ambiental. Algunas teorías dieron más importancia a lo primero y otras a lo segundo.

Si dos individuos tienen la misma genética, por ejemplo los gemelos, no significa que serán distintos, porque el medio influenciará generando sus diferencias individuales. De allí que se empezaron a estudiar los casos de gemelos para medir la influencia ambiental.

Sin embargo, se reconoce que la herencia del individuo solo puede manifestarse si hay una estimulación ambiental, si el ambiente posibilita la actualización de esa potencialidad en la temprana infancia.

Así, las diferencias en las aptitudes son muy estables, porque vienen por herencia, y entonces se puede predecir, en base a cómo rinde en la infancia un sujeto, cómo rendirá luego como adulto. Al ser hereditaria, la aptitud se mantiene estable toda la vida.

El desarrollo de las aplicaciones.- Estas aptitudes se miden mediante tests, y un pionero en este sentido fue el psicólogo americano James McKeen Castell. Siendo alumno de Wundt se interesó por las diferencias individuales que se veían en el laboratorio. Plantea el término "test" en 1890 para medir las diferencias individuales, influido por Wundt y Galton. Estos tests servían para el terreno educativo e industrial, pero al principio no servían mucho para ello porque esos tests medían aspectos muy restringidos como sensación, tiempo de reacción, etc. Con los cuales no se podía predecir bien el

rendimiento de un alumno o un obrero. Galton había hecho un método precisamente para correlacionar resultados del test con rendimiento escolar o laboral. Binet y Henry propusieron que los tres midiesen facultades superiores como inteligencia, y no segmentos específicos de conducta, como eran los medidos por los test elementales de Galton y Cattell. De Binet salieron los primeros test de inteligencia. Resumen de Reuchlin M (1982) Historia de la psicología. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 3.

PSICOLOGÍA EXISTENCIAL

Generalidades.- La fenomenología existencial, basada en Heidegger, Husserl y otros, dio lugar a la psicología existencial, con autores como Binswanger. Este último se formó en la clínica de Bleuler, donde también lo hizo Jung. La psicología existencial evita el uso de palabras técnicas, porque restringen, acotan la experiencia, en lugar de describirla en toda su amplitud e implicancias. Heidegger toma la descripción como método de Husserl, aplicándola a la experiencia inmediata del ser. Se busca comprender más que explicar. La psicología existencial critica el uso de la idea de causalidad, que sustituyen por el de motivación. No se buscan vínculos causa-efecto lineales sino una comprensión global del sentido. Desarrollan los conceptos de ser-en-el-mundo, libertad, responsabilidad, potencialidades del ser, espacialidad, temporalidad, la muerte como dimensión de la existencia, etc. Evitan la diferenciación cuerpo-mente, y no hablan ni de psicogenia ni somatogenia. La descripción fenomenológica apunta a describir lo percibido, lo dado a la conciencia inmediatamente, por lo que allí lo inconciente no entra. Se procura usar un lenguaje cotidiano pero que describa lo mejor posible las vivencias.

El mundo comprende tres dimensiones: biológica (umwelt), social (midwelt) y eigenwelt (sí mismo). Binswanger plantea distintos modos de ser: dual o yo-tú (enamorados); plural (yo-con-otros); singular (ser-para-sí) y anónimo (en la multitud). Se prescinde de explicaciones genéticas, la historia es para la psicología existencial un presente continuo y un llegar-a-ser.

La motivación es entendida como motivación de aspiración de trascender, que se materializa mediante el desarrollo de las potencialidades. Es el modo de ser auténtico, contrapuesto al modo de ser inauténtico: la enfermedad implicaría un no despliegue de esas potencialidades: son las limitaciones del ser. Hay entonces un aspecto pero otro pesimista, pues está la amenaza del no-ser, la amenaza de perder algo si se elige otra cosa. La inautenticidad está vinculada a la culpa, constitutiva del ser. El estar 'arrojado' al mundo genera un sentimiento de deuda con respecto a las potencialidades que se han desarrollado. Para el psicoanálisis, un sentimiento de culpa inconciente estructura al sujeto. Es una temática universal: está presente en la salud y la enfermedad.

La oralidad se ve aquí por ejemplo como un modo de existir, un lanzarse-hacia (gula). En cuanto a un rasgo anal, el avaro por ejemplo tiene tendencia a llenar, ocupar. Son planteos distintos al psicoanálisis.

Fernández R, Psicología de la personalidad, clases dictadas en la Cátedra de Psicología de la Personalidad de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995.

Psicología existencial y psicoanálisis.- Freud nunca abandonó la idea de que el psicoanálisis alguna vez pudiera convertirse en una ciencia natural, y a este enfoque se oponen los existencialistas, que ven en el psicoanálisis una doctrina materialista, energetista, determinista y mecanicista. En su lugar, pondrán como concepto central la "existencia".

Fernández R, Psicología de la personalidad, clases dictadas en la Cátedra de Psicología de la Personalidad de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995.

Generalidades.- Las guerras mundiales pusieron al hombre más que nunca frente al problema de la muerte y de la finitud, frente al hecho de la precariedad de la existencia humana. Ello dio lugar a un resurgimiento de la filosofía existencialista que concebía al hombre como ser finito, vulnerable y cuya angustia más recóndita es precisamente esa angustia frente a la muerte. De allí derivaron luego las psicologías de base existencialista, cuyo propósito, por ejemplo en el plano terapéutico, era restituir al hombre un proyecto de vida a cumplir en ese breve lapso que había de estar sobre la tierra.

Cazau P (2001) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

Historia.- Reuchlin reseña la historia de la psicología experimental en los siguientes términos.

El origen de los problemas y de los métodos.- La psicología se independiza de la filosofía en el siglo IX con la incorporación de método experimental, lo que la convertía en una ciencia. Como la mente se funda en el sistema nervioso, la psicología nueva tomó ciertos problemas, resultados y métodos de la fisiología. La psicología se distinguía de la fisiología sin embargo, en el grado de generalidad de las reacciones estudiadas: la psicología estudió más bien la reacción del organismo como un todo reaccionando frente al ambiente.

Los pioneros.- Fechner, se interesó por buscar experimentalmente la relación entre el alma y la materia, una ecuación que permitiera pasar de una a otra en base a su mutua equivalencia. Para ello usó los datos

obtenidos por su profesor, Weber, y sus aportes sirvieron para introducir la medición en la psicología a través de la relación entre los estímulos físicos (materia) y las sensaciones generadas por ellos (alma). Otro pionero fue von Helmholtz, quien ahondó las mediciones, pero esta vez en relación a la visión de los colores y la percepción de la altura de los sonidos.

Pero fue Wundt quien estableció definitivamente la autonomía de la psicología experimental, cuando crea el Leipzig (1879) el primer laboratorio de psicología experimental. Consideró la dualidad y el paralelismo del cuerpo y del espíritu, y para él, el objetivo de la psicología son las experiencias inmediatas del sujeto, accesibles solo por introspección (o sea pedir a los sujetos informes sobre lo que piensan o sienten). Su método fue analítico, o sea buscó disociar en elementos los procesos conscientes, estableciendo qué leyes rigen sus conexiones. Esto no podía hacerse con procesos mentales superiores que eran más complejos, y fueron eliminados en su laboratorio.

Muchas escuelas que vinieron luego, fueron reacciones contra Wundt, especialmente contra su método introspectivo y contra su método analítico (en realidad los hechos psíquicos son unidades sólidamente estructuradas y no yuxtaposiciones de elementos).

Las influencias posteriores.- Galton y Ebbinghaus se abocaron al estudio de los procesos mentales superiores. Por ejemplo, Galton recogió testimonios acerca de qué imágenes generabas cierto tipo de palabras, mientras Ebbinghaus, estudió la memoria, la visión de los colores y volvió a estudiar los procesos superiores proponiendo un test de inteligencia para escolares, donde los niños debían llenar lagunas.

La escuela de Wurzburg (con O. Kulpe) estudió el pensamiento usando la introspección en forma experimental. Influencia decisiva fue la de Binet, quien estudió por ejemplo en condiciones más naturales y menos de laboratorio o artificiales. De allí que sus experiencias fueron más bien en escuelas. Estudió también otras facultades superiores como la inteligencia, la imaginación, el sentido estético y moral, etc.

La psicología de la forma: Wertheimer, Kohler y Koffka, fundaron en 1910 y 1920 esta psicología y comenzaron a estudiar la percepción, no a partir de elementos aislados, sino como un hecho psicológico organizado, como unidades organizadas o gestalten (formas). Estas formas no son sumas de elementos, pues cualquier cambio modifica el todo.

Las reacciones contra la introspección: Este método fue criticado porque no era objetivo: "yo soy el único que tiene acceso a mis estados de conciencia" y por ende otros observadores independientes, no pueden realizar un control. De hecho, por ejemplo, el proceso digestivo no se descubrió por las manifestaciones subjetivas de las personas. Además, en psicología animal no hay introspección y se obtuvieron importantes resultados.

Pavlov, criticó la introspección, y usó métodos objetivos en su teoría de los reflejos condicionados.

Pieron, fue una segunda corriente que se opuso a la introspección, proponiendo que en psicología deben estudiarse las reacciones del organismo ante su ambiente. Investigó la psicología animal y humana, y fue de alguna forma la inspiración para el conductismo en EEUU, con Watson, fundado por éste en 1913. Para éste también las reacciones del organismo observadas desde afuera, permiten llegar a las leyes que permitirán prever futuras reacciones del organismo.

La evolución reciente.- El estudio experimental de procesos superiores de la inteligencia, continuó en la psicología del niño por una parte, y en la psicología diferencial, por la otra. En cambio los procesos elementales, las sensaciones, siguieron perteneciendo al dominio de la psicofisiología, muy cerca de la fisiología. Muchos temas como la percepción y el aprendizaje, se situaron en una franja intermedia entre los procesos mentales superiores y los elementales. Binet y Piaget en Francia, Pavlov en Rusia, Fischer en Inglaterra. En cuanto a las aplicaciones de la psicología experimental, hay dos grupos: el más antiguo empezó estudiando las diferencias individuales (cap. 3) y otro más reciente apuntó a aplicar lo estudiado sobre percepción y motricidad a campos como habilidad para ciertos trabajos, etc.

Resumen de Reuchlin M (1982) Historia de la psicología. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

PSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN

Concepciones.- Las principales concepciones en psicología de la educación son las siguientes:

	Paradigma conductista	Paradigma humanista	Paradigma cognitivo	Paradigma psicogenético	Paradigma sociocultural
Problemática	Estudio de la conducta observable	Estudio integral de la persona	Estudio de las representaciones mentales	Enfoque epistémico	Estudio sociocultural de la conciencia
Fundamentos epistemológicos	Entre el empirismo y el positivismo	Fenomenología y existencialismo	Racionalismo	Constructivismo psicogenético	Mediación instrumental y social
Supuestos	Papel de las	Siete mínimas	Modelos de	Teorías de los	Reflexión

teóricos	influencias ambientales en la determinación de la conducta	sobre el humanismo	procesamiento de información y de la representación del conocimiento	estadios y de la equilibración	sobre la ZDP (zona de desarrollo próximo)
Prescripciones metodológicas	Metodología experimental inductivista	Antirreduccionismo	Inferencia de los procesos y representaciones inobservables	Método clínico-crítico en la investigación psicogenética	Diversidad metodológica

Hernández Rojas G (1998) Paradigmas en psicología de la educación. México: Paidós.

PSICOLOGÍA FORENSE

Generalidades.- El autor comienza definiendo un término propio, el "todo-legal", que abarca mucho más que el derecho escrito, pues incluye todo lo dicho y actuado, así como las instituciones para instaurar un orden legal en la sociedad. Es el Derecho en sentido amplio y sus instituciones, así como también el discurso jurídico (logos). El Todo-Legal pide ayuda a la psicología, y nace así la Psicología forense.

La Psicología Forense es la ciencia que estudia la relación que existe entre el todo legal y el campo de las psicologías. La psicología Forense abarca las áreas legal (peritajes) e institucional (minoridad y cárceles). Más concretamente, abarca las áreas civil, penal y laboral.

Al hablar de la psicología forense como la aplicación de las psicologías al Todo Legal, esta definición puede ser muy amplia e incluir la psicología del juez, o la recuperación del adicto, etc. Este sentido amplio no será considerado aquí en la definición del quehacer del psicólogo forense. Muchos peritos saben muy poco de psicología, fuera de la taxonomía que impone el omnipotente 'orden médico'. El quehacer en psicología forense requiere más y mejor especialización, no tanto en doctrina como en reflexión.

Relación entre todo-legal y psicología forense.- Entre el Todo-Legal y la Psicología Forense hay una doble relación de ida y vuelta. Ambas relaciones configuran la estructura de la Psicología Forense:

(Ps. Forense Práctica)
 PSICOLOGIA-----Relación-----> TODO-
 FORENSE <-----Correlación-----LEGAL
 (Ps. Forense Crítica)

Quedan así determinadas dos áreas o niveles: la psicología forense práctica, y la psicología forense crítica.

La Psicología Forense Práctica es el cumplimiento de la demanda del todo-legal por parte del psicólogo. El Derecho pide ayuda al psicólogo, pide respuestas, manifiesta deseos. Por ejemplo: peritajes. La demanda se centra específicamente en el área de la (s) psicopatología (s). Tal práctica debe estar obligadamente acompañada por una actitud crítica: la psicología forense crítica.

La Psicología Forense Crítica le demanda al derecho qué es, qué quiere y porqué le pide opinión a la psicología. Aquí, los psicólogos forenses nos preguntamos ¿porqué tengo que responderles como perito y darles ayuda?, etc. Busca la mentira que se oculta tras la verdad, y la verdad ocultada tras la mentira. Algunas psicologías no tienen herramientas para hacer tales planteos (Wundt o Pavlov), pero otras sí (escuelas psicoanalíticas o fenomenológicas). Por ejemplo, el pensamiento de Lacan, Legendre o Foucault inspiran hoy reformas criminológicas. Otro ejemplo es el estudio teórico de De Waehlens sobre las psicosis, que abordó desde el psicoanálisis y la fenomenología existencial, y luego lo llevó a la práctica.

Todo-penal.- Es la estructura que inventa la sociedad para protegerse, cuando advierte que es agredida total o parcialmente. Para ello, crea un delito por ley, o sea, hace una tipificación del delito. Con una ley, millares de personas pueden advertir que de un día para el otro son delincuentes, como pasó con los que consumían hojas de coca en Bolivia.

agresión
 VICTIMARIO -----> VICTIMA
 <-----
 todo-penal

A medida que se tipifican más delitos, en la etapa final del todo-penal (penitenciaria) hay tantos delincuentes, que de victimarios pasan a ser víctimas. Tomando la idea hegeliana del 'pago de la culpa', con este procedimiento hemos saldado una cuenta: convertimos en víctimas a quien nos victimizó.

Desde un planteo más actual, psicoanalítico, no siempre el victimario es victimario, sino víctima del victimario. Se cita el caso del niño que mató al padre para cumplir el mandato de éste. No se trata de soltar a todos los presos, sino de preguntarse porqué están dentro.

En el todo penal se analiza también la imputabilidad o ininputabilidad del acusado, así como su grado de peligrosidad para liberarlo o no. Incluso existe la posibilidad que el acusado simule estar loco: la simulación de un daño se llama sinistrosis o neurosis de renta.

Todo-civil.- Aquí, el psicólogo interviene en cuestiones de familia, determinación de aptitud para el matrimonio (cuando por ejemplo un padre no deja casarse a una hija, o cuando el cónyuge tiene impotencia o eyaculación precoz), de aptitud para hacer testamentos (por ejemplo nulidades, si es enfermo mental), determinación de cuando alguien es incapaz o requiere tutela, etc.

También recae en esta área la responsabilidad profesional (mala praxis y violación del secreto profesional). Un ejemplo de mala praxis sería que un paciente asesina, y el analista no haya advertido que su paciente es efectivamente capaz de matar a alguien.

Un ejemplo de violación del secreto profesional es el caso Tarazoff: el analista advierte que su paciente está por matar a alguien, y entonces avisa a la policía. La persona es detenida pero luego liberada, porque aún no cometió el delito. Una vez afuera, la persona efectivamente mata. Las asociaciones de psicólogos y la Corte Suprema sostuvieron que el analista no debía haber hablado sobre su paciente a las autoridades haciéndolo detener, porque era violar sus derechos constitucionales. En todo caso debió avisar a los familiares. Una temática parecida son los drogadictos: ¿deben ser denunciados o no?

Condensado de Castex Mariano, Qué significa la psicología forense (Publicación interna de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996).

El psicólogo forense en el fuero penal.- Llamaremos "todo-penal" al conjunto de estructuras creadas por la sociedad para defenderse de la agresión humana que, real o supuestamente lesiona bienes o valores que la sociedad o parte de ella considera necesario proteger. Abarca un cuerpo teórico especulativo, un dispositivo de doctrina y legislación, y un conjunto de entidades complejas estructuradas en torno a la acción preventiva y penal de la conducta delictiva. En el todo-penal, el secreto médico tiende a proteger también a terceros no presentes en la relación perito-acusado. El problema a tratar es si un perito médico puede o no dar a publicidad información sobre la peritación realizada, en aquellos casos donde aún no existe una valoración definitiva de la prueba pericial, que surgirá de la sentencia oral o escrita. No se considera aquí la información que puede dar el médico en medios científicos de jerarquía. Este problema debe evaluarse teniendo en cuenta los siguientes seis elementos:

1) El derecho de las partes a un juicio imparcial y equitativo (art. 18 de la Constitución Nacional Argentina y Declaración Universal de los D.H). Respecto del derecho a un juicio imparcial y equitativo, Maier hace un recorrido histórico diciendo que antiguamente y hasta no hace mucho se usaba un sistema acusatorio judicial donde se enfrentaban a las partes para que discutieran, y luego el pueblo decidía.

A pesar del artículo 24 de la Constitución Nacional Argentina estos procedimientos y similares no alcanzaron en la práctica a asegurar las garantías individuales en el juicio, manteniéndose el sistema inquisidor. (Por ejemplo, en algunas provincias el juez es también fiscal, como ocurrió en el caso María Soledad en Catamarca). También hay un empleo arbitrario del encarcelamiento preventivo, publicidad de los actos judiciales, gran delegación de funciones, etc., todos actos que no garantizan los derechos fundamentales: tribunal independiente e imparcial, debida asistencia legal, no discriminación, etc.

2) El derecho de la sociedad a la publicidad del juicio (Constitución Nacional). Se trata de una forma de control popular sobre la administración de la justicia, pero esto no implica que los peritos, como auxiliares de la justicia, puedan dar a conocer información antes de una sentencia, donde la prueba ya quedó valorada (después de la sentencia, otro tipo de limitación podrá hacerse intervenir para dar a publicidad). Antes de la sentencia, sólo puede darlo a conocer al tribunal y sus partes, que configuran el llamado "horizonte de exigibilidad" del secreto profesional.

3) El derecho de toda persona a ser considerada inocente hasta no probar lo contrario (Ley 23.054 y Convención Americana de Derechos Humanos). El secreto profesional del perito antes de terminar el juicio contribuye a proteger este derecho, cuya violación perjudica no sólo al acusado sino a familiares y allegados. El secreto profesional tiene por fin proteger un bien: el derecho a la intimidad y el derecho a la imparcialidad (juicio justo).

4) La valoración de la prueba pericial y el sujeto esencial a tal acto. Según los códigos procesales, el informe del perito es no vinculante: la fuerza probatoria la determina el juez, en su calidad de perito de peritos. Por lo tanto, esto acentúa la importancia del secreto profesional.

5) El secreto profesional y su relatividad en función de una justa causa (juramento hipocrático, diversas leyes y códigos de ética). Debemos distinguir el acto médico del acto médico pericial. El primero se basa en una relación médico-paciente de reciprocidad cuyo objetivo es la salud del segundo, y la devolución se hace al paciente. En el segundo, la relación es con un ser vivo, un cadáver (como en las necropsias), o un informe teórico, y la devolución es al juez. Además, en el primer caso el secreto profesional es absoluto, y el segundo relativo, o sea, hay un horizonte de exigibilidad fundado en una justa causa.

Terminado el juicio, el perito puede dar a publicidad, salvo que lo revelado no perjudique a terceros o a las partes, pero esto es evaluado por la prudencia del perito, con lo cual entramos en el terreno de su 'sabiduría'.

6) Condiciones exigibles al perito (técnica, sabiduría y arte) para un correcto ejercicio de sus funciones. La sabiduría no es dada por una ciencia: es ante todo prudencia del que sabe. La prudencia le permite vislumbrar la justa causa para dar o no a conocer el secreto profesional, después de la sentencia.

Con lo anterior, hemos podido contestar a estos interrogantes: 1) Es lícito al perito comentar por los medios de difusión información sobre su pericia antes de haber testimoniado en el juicio oral y, por tanto, antes de haberse valorizado la prueba? 2) El perito debe guardar secreto profesional? 3) En caso afirmativo, hacer lo del primer punto es violar el secreto profesional? 4) Corresponde hacerlo invocando una justa causa? 5) Se considera justa causa el derecho a la publicidad antes de testimoniar y valorizar la prueba? 6) Puede el derecho a la publicidad del juicio connotar exitismo y sensacionalismo?

Condensado de Castex y Verme, La ética del perito médico en el juicio oral (Publicación interna de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996).

PSICOLOGÍA HUMANISTA

Generalidades.- El credo central de los psicólogos humanistas es que la realidad última es subjetiva, no objetiva. Son nuestros pensamientos y emociones los que cuentan. El énfasis es en hacer lo propio y aceptar toda conducta, sin importar cuán bizarra, como normal y natural. De hecho, mientras más peculiar y divertida una conducta, más liberada es la persona. Los únicos mandamientos éticos son "sé feliz" y "no hagas infelices a los demás".

La base "científica" de la psicología humanista se encuentra en los escritos de Abraham Maslow. Este creía que los seres humanos nacen con una jerarquía predeterminada de necesidades. Si las necesidades "inferiores" se dejan "insatisfechas" las "superiores" no se manifestarán. Las clases más importantes de necesidades son: (1) seguridad (incluye el instinto básico de supervivencia y hambre) (2) amor (incluye impulso sexual, afectos, bondad, altruismo, etc.) (3) auto estima (incluye ser bien considerado por sí mismo y otros) y (4) la propia actualización (incluye la necesidad de ser libre, creativo y auto dirigido).

En la psicología humanista la terapia consiste en ayudar a las personas a reconocer y satisfacer sus supuestas necesidades básicas. Si una persona carece de amor estará en un nivel relativamente primitivo de desarrollo. Por tanto, un psicoterapeuta humanista debe ayudar a sus pacientes a reconocer y satisfacer su necesidad de amor.

Existe otra gran variedad de psicoterapias no ortodoxas asociadas a la psicología humanista. Los siguientes ítems están sacados del "The Whole-Soul Catalogue of Humanistic Psychology" (Catálogo de toda el Alma de la Psicología Humanística) pueden dar un indicio de lo que los psicólogos humanistas consideran de valor: Meditación, Aikido, Alimentos Naturales, Astrología, Investigación al Desnudo, Bioenergéticos, Encuentro abierto, Dispositivos de Retroalimentación, Investigación Paranormal, Ayuno, Parapsicología, Liberación Gay, Psicodrama, Encuentro de Grupo Básico, Psicosisntesis, Hare Krishna, Amplificadores del Potencial Humano, Tarot, I Ching, Budismo Tibetano, Meditación, Asociación Transpersonal, Brujería, YogaMasaje, Zen

García John David, La psicoterapia definida, 1973. <http://www.see.org/s-pf-3.htm>

Definición.- La psicología humanística es una escuela que se caracteriza por un encuadre comprensivo del individuo que no puede limitarse a métodos particulares, experimentales o estadísticos; advierte sobre la riesgosa insistencia neopositivista acerca del rigor metodológico, y propone una revisión de la división del trabajo entre las ciencias y las humanidades que demostraría cómo la Psicología puede capitalizar su parentesco con disciplinas como la historia, la literatura, la religión comparada y el arte, tanto como con la neurofisiología y la ciencia electrónica.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PSICOLOGÍA INDIVIDUAL

Psicología individual de Adler.- Adler supo ver la unidad detrás de las formas más heterogéneas: el concepto de unidad de la persona como ser único e indismembrable desempeña en su teoría un papel básico y unificador. Buscó fórmulas únicas que expresen el sentido de la vida.

La psicología del individuo de Adler encuentra como dinamismos esenciales del alma humana la necesidad de individualidad y la necesidad de comunidad: incluso el sentido de la vida en el interés social, y estas ideas tienen mucho que ver con la vida personal de Adler.

El terrible drama humano de la falta de conocimiento de sí mismo y de los demás, engendrando errores que se perpetúan a través de la educación es esencial en el pensamiento de Adler. Privilegió tanto la teoría como la práctica: el conocimiento del hombre conduce a una práctica de la vida verdadera. Desde Adler, la teoría incluye ciencias como la antropología, la psicología y la psicopatología, además de la pedagogía y las teorías sobre psicoterapia y reeducación. La parte práctica incluye técnicas de exploración de la personalidad, psicoterapia y reeducación, profilaxis, etc.

Resumen de Berstein J, introducción. Incluido en Adler Alfred (1967) *Práctica y teoría de la psicología del individuo*. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición.

Psicología individual de Adler.- La psicología del individuo busca comprender la posición del individuo frente a sus tareas dentro de la sociedad: es esto lo que permite mantener el carácter del hombre, su ímpetu, su voluntad física y espiritual. Ya desde la infancia se ven los obstáculos del mundo externo actuando y al niño lo vemos en sus tentativas por superarlos incluso equivocándose, y poco a poco va consolidando sus metas y modelos a seguir, en un plano a la vez conciente e inconciente. Sobre esta línea subterránea se levanta toda la estructura psíquica.

La psicología del individuo ha mostrado que las aspiraciones humanas surgen inicialmente de una mezcla de sentimientos de comunidad y de tendencias hacia el logro de una posición de personal superioridad. Ambos factores esenciales se pueden encontrar en la vida social: uno, innato, es el que refuerza la comunidad entre los hombres; el otro, producto de la educación, es la tentación de usar a la comunidad en el beneficio del propio prestigio. Es decir hay un sentimiento de comunidad y uno de superioridad. El trabajo, el amor, la solidaridad son exigencias comunitarias: contra ellas se opone el afán personal de poder, o se busca evitarlas con la astucia.

Resumen de Adler Alfred (1967) *Práctica y teoría de la psicología del individuo*. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición. Prefacio.

Psicología individual de Adler.- La llamada psicología comparada del individuo, busca una imagen unificada del ser humano como totalidad. Dentro de ella ciertas concepciones buscan ver todo proceso psíquico en función de la totalidad personal. Adler planteará que la idea directriz o hilo conductor de todo proceso psíquico es el "objetivo": no puede comprenderse ningún fenómeno sino como preparativo para un objetivo que está en su mente. La meta final nace, conciente o inconscientemente, en cada individuo. Por ejemplo, una conducta determinada puede significar muchas cosas si las extraemos del contexto. Adler postula que solo por el contexto se puede entender y comprender esa conducta, "pues la comprensión de una parte resulta de la comprensión del todo". La comprensión de una conducta es comprender su objetivo.

Una vez comprendido el objetivo de un movimiento psíquico o de un plan de vida, debemos ahora esperar una coherencia entre los movimientos parciales (medios para llegar al fin) y el objetivo final. O sea, los movimientos parciales, al ser comprendidos, deben reflejar en su conjunto un plan de vida unitaria y su objetivo final.

Sin embargo puede haber un objetivo ficticio, débil o confuso, como un artificio teleológico de la psique en busca de orientación; es un objetivo ficticio a manera de compensación pensada, y un plan de vida destinado a llevar a cabo dicha compensación.

Cualquier movimiento psíquico tiene un objetivo: la superioridad, sentirse como un dios. Es un objetivo ficticio porque no puede alcanzarse nunca, pero sin embargo orienta todas nuestras acciones, y por eso se enfrenta con frecuencia con el sentimiento solidario o comunitario. Por ejemplo, a una persona le será difícil relacionarse con una mujer y formar pareja si tiene como objetivo ser superior a ella.

El sentimiento de superioridad es una compensación de un sentimiento de inferioridad que tiene todo hombre desde niño en virtud de su desamparo, dependencia o imperfección de algún órgano.

Resumen de Adler Alfred (1967) *Práctica y teoría de la psicología del individuo*. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición. Capítulo 1.

Psicología individual de Adler.- Conceptos centrales de la psicología individual de Alfred Adler son los siguientes:

1. El concepto de "vida", orgánica o psíquica, implica una compulsión a fijarse un objetivo, pues la vida exige que actuemos (carácter finalista de la vida psíquica).
2. El incentivo a seguir u objetivo es dado por el sentimiento de insuficiencia; el instinto no es más que el camino hacia el objetivo y también la capacidad de querer.
3. Así como un órgano insuficiente genera una búsqueda de compensación hasta quedar el organismo nuevamente adecuado a las exigencias del ambiente, así también en su inseguridad el niño apela a fuerzas de reserva para crear una superestructura que compense su inseguridad.
4. La investigación del psiquismo debe tener en cuenta todas esas tentativas y logros.
5. Cada fenómeno psíquico solo puede entenderse, pues, como una expresión parcial de un plan de vida unitario.
6. Este tender hacia un objetivo se ve en la actividad real y en la fantasía. En la actividad real, por ejemplo, como entrenamiento de la capacidad para el logro de la superioridad, medirse con el ambiente, acumular conocimiento y habilidades, etc., y en la fantasía, aparece como desarrollo del "como-si", uso de la debilidad, postergación de decisiones y sustraerse a las exigencias de la vida.
7. Hay un objetivo de omnipotencia muy alto, que debe quedar inconciente para ser eficaz. El hombre se libera cuando entiende a este objetivo como absurdo.
8. La concreción del afán de superioridad se hace comúnmente sobre la base del esquema "hombre-mujer": lo masculino es el ideal, y lo femenino el enemigo que a ese ideal se opone.

9. Todo esto se acentúa en el neurótico, que no ha revisado críticamente sus juicios infantiles erróneos.
10. Por ello no debe extrañar que el neurótico actúa como probando a cada momento su superioridad, incluso frente a las mujeres.
- Condensado de Adler Alfred (1967) *Práctica y teoría de la psicología del individuo*. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición.

PSICOLOGÍA INFANTIL

Reseña histórica.- En psicología infantil primero se utilizó, en el siglo XIX, la observación sistemática. Luego vinieron los cuestionarios y las encuestas, y luego los tests (Bolton y Gilbert, fines del siglo XIX). Ellos estudiaron funciones simples, pero más tarde otros autores (Binet-Simon) estudiaron funciones más complejas como la inteligencia. Se estudió también el rendimiento y la personalidad.

Watson utilizó la observación de conductas infantiles descartando la introspección. Luego, cuando Freud advirtió que las neurosis tenían origen infantil comenzó la preocupación por los niños. Así lo hicieron por ejemplo los psicólogos de la Gestalt.

Podemos decir que no hay métodos especiales para la psicología infantil: sólo hay adaptaciones especiales de los métodos generales para ciertas edades.

Hoy tenemos una visión del niño diferente a la de épocas anteriores, visión que puede resumirse en cuatro puntos: 1) el niño es un organismo en crecimiento que va diferenciándose lentamente hasta la adultez; 2) el niño es una unidad delimitada espacialmente y funciona como un todo organizado en cada situación que vive; 3) el niño vive en un contexto que no es ni simple ni unificado y que afecta siempre su desarrollo; y 4) el niño está dentro de un engranaje en continuo desarrollo no reversible.

Condensado de Anderson John, *Métodos de psicología infantil*. Incluido en Carmichael L (dir) *Manual de Psicología Infantil*. Buenos Aires: El Ateneo. 2ª edición.

Métodos.- El investigador trata de formular principios para comprender al niño y poder predecir su conducta, de manera de poder favorecerlo. Esos principios los expresa en forma numérica o verbal para mayor facilidad de comprensión. Esas generalizaciones pueden modificarse a medida que se hacen nuevas observaciones. Los símbolos que usamos para expresar ese conocimiento deben ser entendibles por todos los científicos, y por ello deben definirse con precisión.

Para poder comprender, controlar y pronosticar el comportamiento infantil, el psicólogo debe interesarse en:

- a. La mecánica y la dinámica de su desarrollo.
- b. Las acciones que ejerce sobre su ambiente.
- c. Los efectos del ambiente sobre el niño.

Sobre esa base se procederá a estudiar al niño con ciertos métodos que son los siguientes:

- a. Método de corte transversal normativo.
- b. Método genético longitudinal.
- c. Clasificación del individuo dentro del nivel correspondiente.
- d. Obtención de un relato genético del individuo en su marco total.

Los dos primeros describen el desarrollo en general, y los dos últimos describen el comportamiento individual de cada niño.

La mecánica y la dinámica del desarrollo apuntan a buscar principios generales a todos los niños considerados estos globalmente (y no parcialmente, como por ejemplo sólo las leyes del refuerzo). También debemos considerar la influencia mutua entre niño y ambiente, donde uno va modificando al otro.

El método de corte transversal normativo significa comparar la conducta de varios niños de distinta edad y grado para ver qué es lo normal de cada edad. Ello sirve para evaluar luego cada niño que estudiemos. Este método tiene la desventaja que no tiene en cuenta el hecho de que distintos niños alcanzan diferentes niveles de desarrollo a la misma edad. Para compensar esto, aparece el método genético longitudinal, que estudia el mismo niño en periodos sucesivos. Esto permite estudiar incrementos de crecimiento y relaciones entre maduración y experiencia. También este método tiene la desventaja de que los niños elegidos pueden ser una muestra no representativa del total. Olson trabajó con métodos longitudinales creando la 'edad organísmica', obtenida a partir de varias edades: la mental, la ósea, la de peso, etc. Sabiendo estas medidas se puede saber el grado de insuficiencia del desarrollo de un determinado niño. Dentro del enfoque longitudinal hay otros métodos, como por ejemplo la biografía infantil, el análisis de dibujos en edades sucesivas, etc.

Los otros dos métodos se aplican al estudio de un niño determinado. El primero es más bien descriptivo: cómo es el niño, cómo se comporta, qué resultados dieron los tests, etc. El segundo, el relato genético, busca los factores de fondo y la génesis del comportamiento visible. Por ejemplo los estudios psicoanalíticos. Estos métodos particulares consideran al niño como una totalidad única, con su propia historia y sus 'patterns' (patrones) de conducta particular.

Condensado de Anderson John, *Métodos de psicología infantil*. Incluido en Carmichael L (dir) *Manual de Psicología Infantil*. Buenos Aires: El Ateneo. 2ª edición.

Los problemas centrales del método.- Podemos citar cuatro problemas centrales.

1) Lewin alertó contra la confusión entre fenotipo y genotipo. Los estudios del fenotipo atienden sólo a las apariencias de la conducta, y los del genotipo a los factores causales que conducen a esas apariencias. Lewin critica los métodos fenotípicos porque recortan la realidad desnaturalizándola.

2) Las generalizaciones de la psicología se aplican a grupos, pues son estadísticas. Allport destaca que debiera haber métodos para predecir casos individuales. Para ello debemos contar con sólidos conocimientos. Cuanto más sabemos sobre la combinación de los factores y su significación relativa, mejor podremos predecir para grupos y para casos individuales.

3) El niño actúa de determinada manera (calidad), demuestra diversas capacidades (capacidad) y actúa en forma que puede comparárselo con otros individuos (nivel). Se crea aquí el problema de que no siempre puede saberse con certeza cuál de estos tres aspectos del organismo se está midiendo. No sabemos si estamos midiendo el móvil (energía que gasta el niño al comportarse), la capacidad (aquello que hace con esa energía), o la calidad (cómo la hace).

4) Algunos métodos tienden a estudiar datos sin relación entre sí, o sin tener conciencia clara del problema a investigar, que son todos problemas de la investigación exploratoria. No obstante esta tiene sus ventajas: permite ir cambiando las reglas de investigación sobre la marcha (pues es una investigación inicial), y también revela aspectos importantes de la conducta que antes podrían haber pasado inadvertidos. Además, permite pasar desde el laboratorio a la vida cotidiana, y finalmente al aportar ideas de varios investigadores, facilita la planificación de los experimentos y estudios posteriores. Condensado de Anderson John, Métodos de psicología infantil. Incluido en Carmichael L (dir) Manual de Psicología Infantil. Buenos Aires: El Ateneo. 2º edición.

Fuentes de materiales para estudiar niños.- Son las siguientes: comportamiento presente del niño, verbal y no verbal, realizaciones del niño que son documentos permanentes (por ejemplo dibujos), documentación sobre el niño archivada en instituciones, introspección, recuerdos del niño o del adulto en su vida infantil, recuerdos de la vida del niño retenidos por aquellas personas que estuvieron con él, apreciaciones de padres y otros parientes sobre el medio ambiente del niño.

Condensado de Anderson John, Métodos de psicología infantil. Incluido en Carmichael L (dir) Manual de Psicología Infantil. Buenos Aires: El Ateneo. 2º edición.

Técnicas para la obtención de datos.- Dos de las características del método científico son la observación minuciosa de los fenómenos tal como aparecen, y la exacta conservación de estas observaciones para que puedan ser tabuladas y analizadas.

Podemos clasificar las técnicas de obtención de datos en función de la forma en que lo hacemos de la siguiente manera:

1) *Observación sistemática sin control de la estimulación.* Por ejemplo los registros narrativos y estudios del hábitat (todo lo que el niño hace día por día y hora por hora, y en qué lugares), las muestras situacionales (ver lo que el niño hace en situaciones similares), la técnica para las muestras temporales (por ejemplo el primer día se observa durante dos minutos a A, luego a B y luego a C. El segundo día también pero en orden diferente), y técnicas de juego (estudiar al niño mientras juega).

2) *Observaciones sistemáticas con estimulación controlada.* Por ejemplo las mediciones específicas (dando una estimulación al niño se mide el trabajo realizado, el tiempo empleado, etc), los tests psicométricos (los estímulos son los ítems de los tests, que podrán medir capacidad, destreza, etc), y los experimentos (con control más rigurosa de la estimulación que los tests).

Antes la psicología infantil se abocaba a la observación de los niños. Hoy también se plantea si sus métodos sirven o no, es decir por ejemplo trata de perfeccionar sus instrumentos de medición.

3) *Exploración proyectiva de la personalidad.* Pruebas como el test de Rorschach o de la Apercepción Temática exploran el psiquismo como primer paso hacia la terapéutica o corrección. Son pruebas donde se presentan al niño materiales indefinidos, ambiguos, sobre los que puede proyectar sus sentimientos y actitudes. Son eficaces para medir el grado de desarrollo del niño.

Hay diferencias entre las medidas psicométricas y las proyectivas. Los tests psicométricos están muy estructurados, pero son poco estructuradas o ambiguas las estimulaciones proyectivas. En las psicométricas el niño puede saber qué se le está midiendo, y en las proyectivas no. En las pruebas psicométricas el psicólogo no interviene más que para dar la consigna o tranquilizar, siendo las respuestas del niño acertadas o erradas. En las proyectivas se interpreta en cambio cada respuesta desde la experiencia del niño. Además, algunos sostienen que las pruebas psicométricas reflejan la cultura, mientras que las proyectivas son independientes de la influencia social. También, en las técnicas psicométricas puede medirse su validez y confiabilidad y los resultados pueden tratarse estadísticamente, lo que no sucede para muchas pruebas proyectivas. Por último, Goodenough señala que las técnicas psicométricas buscan medir el desempeño máximo, mientras que en las proyectivas el interés se centra no en los límites sino en las reacciones típicas del niño.

4) *Clasificaciones.* Son técnicas para ordenar y clasificar un comportamiento que se observa dentro de un continuum. Se puede evaluar así un comportamiento desde el ángulo de si es mejor o peor que otro. Se ubica así al niño en una escala con respecto a los demás niños.

5) *Técnicas sociométricas*. Son métodos para describir gráficamente las relaciones de un grupo de niños. El gráfico sociométrico se hace sobre la base de las informaciones que nos da cada niño sobre sus compañeros. Los niños solitarios, en el sociograma, por ejemplo no están conectados con los demás por ninguna línea.

6) *Informes y cuestionarios*. Son declaraciones del niño por escrito. El cuestionario es una serie de preguntas alrededor de un tema principal. Incluimos también aquí los inventarios, listas que abarcan aspectos de la personalidad y la conducta como la adaptación, tendencias neuróticas, intro y extraversión, actitudes sociales, sumisión o independencia, lealtad, etc.

7) *Entrevistas*. Esta técnica varía desde la anotación sistemática de la información que dio el niño (entrevista planificada), hasta una situación completamente libre donde hay una conversación con el niño y el entrevistador no toma apuntes (entrevista no planificada).

8) *Producciones y documentos personales*. Dibujos, construcciones, composiciones o diarios que hace el niño.

9) *Estudio de casos individuales*. Un caso individual puede servir como base para hacer generalizaciones. Por lo común se utiliza un resumen de observaciones e interpretaciones sobre el niño, por ejemplo en psicoanálisis, estudios de delincuencia, etc. En este contexto pueden emplearse cuatro técnicas: primero la biografía (historia del niño), luego el registro acumulativo (suma de observaciones en distintas épocas), luego los estudios clínicos (historia clínica o historial de patologías), y finalmente estudios sobre la personalidad de niños excepcionales. También cabe incluir estudios psicoanalíticos sobre la personalidad del niño.

10) *Investigaciones sobre comportamiento*. Técnica que trata de registrar en forma transversal o longitudinal todo el campo del comportamiento del niño, hasta donde sea posible en cuanto a espacio y tiempo abarcado. Son un suplemento de las técnicas anteriores y actúan como estudios exploratorios que luego darán lugar a estudios planificados.

11) *Combinación de las técnicas anteriores*.

Variaciones de las técnicas según la edad.- Las técnicas varían según la edad debido a los grandes cambios que sufre el niño en corto tiempo. Para el comportamiento prenatal se utilizan estudios experimentales en fetos. En los infantes humanos usamos predominantemente la observación y las mediciones directas. Lo mismo en niños de edad pre-escolar. En niños mayores y adolescentes, utilizamos las anteriores pero también las técnicas indirectas como los tests, etc, pues los niños aquí ya saben leer, escribir y dibujar.

Condensado de Anderson John, Métodos de psicología infantil. Incluido en Carmichael L (dir) Manual de Psicología Infantil. Buenos Aires: El Ateneo. 2º edición.

Historia.- Reuchlin reseña la historia de la psicología infantil en los siguientes términos.

Desde el siglo XVII, dos posturas filosóficas opuestas chocaban con respecto al desarrollo: para el racionalismo éste consistía en la simple manifestación de las ideas innatas, mientras que para el empirismo, el desarrollo ocurría bajo la acción de la experiencia, a partir de una tabula rasa inicial. Para el evolucionista Spencer, la razón es innata en el individuo, pero producto de la experiencia de milenios para la especie. Por la misma época, Haeckel, planteó la similitud entre el desarrollo de la especie y el desarrollo embrionario.

Luego se profundizó en la psicología infantil, sobre todo con Krasnogorski (pavloviano), Watson, Koffka, y luego Bidet y Freud, todos desarrollos de los primeros 20 años del siglo XX.

Los métodos.- Un primer método es el método clínico, consistente en observar la conducta a lo largo del tiempo, en los hijos propios (Spencer, Darwin, Haeckel, Tiedemann, Taine y Preyer).

Las observaciones hechas en el tiempo sobre el mismo niño, se llaman longitudinales, y las observaciones donde se comparan varios niños del mismo nivel, se llaman transversales. En este último caso solía observarse diferencias entre los niños y entonces, para averiguar lo típico de cada edad, se empezaron a elaborar los métodos estadísticos.

Binet y Simon hicieron estudios transversales, y Gesell estudios mixtos (transversales y longitudinales) especialmente en la edad pre – escolar. Gesell hizo observaciones que permitieron saber si un niño de x edad era normal, adelantado o retrasado con respecto a ese nivel: confeccionó tests para saber el grado de desarrollo. Piaget consideró que el método del test coartaba mucho la libertad del niño: él prefirió observar la conducta espontánea del niño y emplear pequeños tests esporádicos con él: es lo que llamó "examen clínico", con el cual controla sus hipótesis durante conversaciones hábilmente guiadas que le permiten observar la reacción del niño y dejándose guiar en parte por él para poder descubrir el sentido que para el niño tiene tal o cual respuesta.

Los métodos anteriores usan la observación relativamente prolongada, lo cual restringe el número de sujetos que se pueden observar. Un segundo tipo de métodos busca hacer observaciones más rápidas pero con mayor cantidad de sujetos. Hall, por ejemplo, utilizó cuestionarios. Ribot criticó este procedimiento y propuso reemplazarlo por los tests. Mientras tanto, Bidet ya empezaba a trabajar en los tests de inteligencia. Otros autores propusieron el análisis factorial, que permite clasificar juntos los hechos que tienden a aparecer o a variar simultáneamente. Esto se aplica sobre todo en estudios transversales, pero Burt y Watson lo aplicaron a estudios longitudinales.

De la descripción de los hechos a las teorías explicativas.- Todos están de acuerdo con los hechos establecidos mediante los métodos anteriores, pero varían en cuanto a las teorías que los explican. Hay una gran gama de investigadores que van desde los que simplemente catalogan lo observado hasta quienes hacen teorías ignorando los hechos. Por ejemplo, la noción de "estadio" varía según la teoría que se adopte. Se puede apreciar esto en las formulaciones distintas de Piaget y de Wallon. Para Piaget el desarrollo es esencialmente progresivo, continuo, señalado por una profunda unidad funcional: el niño siempre busca readaptarse alcanzando un equilibrio superior, estimulado por sus desadaptaciones permanentes. Cada nuevo equilibrio implica una nueva estructura: continuidad funcional pero discontinuidad estructural. Para Wallon el desarrollo es esencialmente discontinuo: pasar de un estadio a otro no es una simple amplificación, sino toda una reconstrucción: el desarrollo progresa por crisis, conflictos. Es otro concepto de "estadio" al de Piaget.

Este problema de la adaptación infantil se escribe dentro de un contexto más amplio: el de la adaptación en general, tanto ontogenéticamente como filogenéticamente. En este último caso: Lamarck y Darwin.

Algunas teorías analógicas del desarrollo del niño.- Muchos observaron la semejanza del desarrollo del niño con el desarrollo de otras especies, de las sociedades humanas y con la evolución inversa de la enfermedad. En base a estas semejanzas, muchos interpretaron la conducta infantil comparativamente, interpretaciones que varían mucho entre sí, según el papel asignado a lo innato o a lo adquirido, a los factores biológicos y a los sociales, etc.

Lo más habitual fue relacionar el desarrollo del embrión con la filogenia. Se pensó ingenuamente que luego del nacimiento, el desarrollo podría analogarse con el desarrollo de las sociedades humanas a lo largo de la historia. Esta teoría, llamada de la recapitulación (la ontogenia recapitula la filogenia) por Haeckel, hoy en día se toma con pinzas aunque no se la abandona totalmente, como lo muestra Piaget cuando compara la psicogénesis de las operaciones intelectuales con el enriquecimiento histórico del patrimonio colectivo de la ciencia.

Aplicaciones de la psicología infantil.- Originalmente la psicología infantil, se aplicó con fines de orientación escolar (Catell, Bidet, etcétera). Los estudios sobre la memoria de Ebbinghaus influenciaron la pedagogía. También está la aplicación clínica: ayudar al niño a su desarrollo normal. Por ejemplo, Seguin, Witmer, etc. Primero se aplicó al niño con grandes dificultades, pero luego se extendió al niño normal.

Resumen de Reuchlin M (1982) Historia de la psicología. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 5.

PSICOLOGÍA PROYECTIVA

Orígenes.- La psicología proyectiva es una psicología de protesta pues no está de acuerdo con la psicología académica, especialmente el conductismo. Está más de acuerdo con el punto de vista funcional, que estudia la estructura intrínseca de la mente y no sólo lo observable (estímulo y respuesta). Además, adopta un punto de vista dinámico, no estático, y considera a la conducta como intencional. Es un enfoque más totalizante (el conductismo estudia sólo segmentos de la conducta). Los elementos dinámico, funcional y holista (totalizante) de la psicología proyectiva vienen históricamente del psicoanálisis y de la psicología de la gestalt. En ambas teorías se puede discernir las siguientes áreas significativas para la psicología proyectiva:

Ambas teorías enfocan la personalidad como estructura con elementos interdependientes entre los cuales hay intercambios dinámicos y económicos (por ej. Freud y Lewin).

Ambas teorías toman al organismo como un todo (más que la suma de las partes) con la propiedad de la autorregulación.

Ambas teorías muestran la relación íntima entre individuo y cultura o ambiente.

Ambas usan el método hipotético-deductivo, que permite hacer derivaciones deductivas incluso independientes entre sí, con lo que se amplía mucho la descripción de la personalidad y su interpretación. Ambas teorías sostienen que todos los fenómenos psíquicos tienen una causa (determinismo) y un significado.

La psicología proyectiva tomó estas áreas independientes pero coincidentes de ambas teorías. La gestalt destacó más la "forma" de los datos proyectivos, y el psicoanálisis su "contenido".

De la gestalt tomó más el enfoque nomotético (buscar leyes, regularidades) y del psicoanálisis más el enfoque idiográfico (lo singular, único de cada individuo). El método experimental lo tomó de la gestalt.

La psicología proyectiva es una disciplina todavía joven y poco sistematizada, y necesita entre otras cosas, una teoría útil de la personalidad.

Condensado de Abt L (1988), Una teoría de la psicología proyectiva.

PSICOLOGÍA SISTÉMICA

Generalidades.- Entre los rasgos más importantes del *enfoque sistémico*, están los siguientes (Umbarger, 1998:231):

Parte y todo.- No la parte individual ni el contenido aislado merecen atención inicial, sino el sistema más vasto (diferente de la mera suma de sus partes) y el proceso transaccional que ocurre en su interior. Este sistema es el contexto ambiental en que las partes funcionan y los contenidos particulares ocurren.

Información, error y realimentación.- Los sistemas vivos tienen lazos de realimentación comunicacionales que producen información sobre las actividades del sistema. Esta información consiste en señales de "error" que dicen a una subunidad si su conducta es o no es conciliable con el diseño global de vida del sistema total.

Realimentación y homeostasis.- En caso de que la información señale una diferencia respecto de una línea de base del diseño global, pueden ocurrir conductas reductoras de desviación. Estas inducen constancia homeostática en el sistema, un estado constante de existencia que es indispensable para la vida.

Realimentación y crecimiento.- Si la información señala una diferencia respecto de una línea de base del diseño global, pueden ocurrir conductas amplificadoras de desviación. Estas inducen cambio y diversidad en el sistema, un estado fluctuante de existencia que es indispensable para la vida.

Vida y tensión.- La alternancia continua entre periodos de crecimiento y periodos de estabilidad (de morfogénesis con morfoestasis) constituye la tensión dinámica de la vida.

Circularidad.- Causa y efecto se consideran ahora circulares, no lineales.

Cambio.- Para producir cambio en el sistema total así como en una parte individual se tiene que intervenir en el todo así como en la parte. Tanto la parte como el todo tienen que cambiar guardando entre sí conjunción, aunque no siempre es preciso que lo hagan simultáneamente.

Umbarger C, (1998) Terapia familiar estructural. Barcelona: Paidós.

PSICÓLOGOS

1734 - 1815	F. Mesmer
1795 - 1878	M. Weber
1801 - 1887	G. Fechner
1821 - 1894	H. von Helmholtz
1822 - 1911	F. Galton
1825 - 1893	J. Charcot
1827 - 1919	H. Bernheim
1832 - 1920	W. Wundt
1839 - 1916	T. Ribot
1842 - 1925	J. Breuer
1849 - 1936	I. Pavlov
1850 - 1909	H. Ebbinghaus
1856 - 1939	S. Freud
1857 - 1911	A. Binet
1859 - 1947	P. Janet
1860 - 1944	J. Cattell
1862 - 1915	O. Kulpe
1866 - 1946	G. Dumas
1871 - 1938	W. McDougall
1873 - 1949	E. Thorndicke
1879 - 1962	H. Wallon
1881 - 1964	H. Pieron
1887 - 1955	L. Thurstone

Fuente: Reuchlin M (1982) Historia de la psicología. Buenos Aires: Paidós.

PSICOLOGISMO

Definición.- M. Fil. Doctrina según la cual cualquier conocimiento es considerado exclusivamente un hecho de conciencia, sin tener en cuenta los aspectos epistemológicos y lógicos de éste. También se llama psicologismo la tendencia a interpretar cualquier cuestión ética, sociológica, política, etc., únicamente desde el punto de vista psicológico.

Fuente: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

PSICÓLOGOS

Las responsabilidades sociales de los psicólogos.- A la hora de autoevaluar su propia responsabilidad social, el psicólogo debiera hacerse una serie de cuestionamientos, que son los siguientes:

- 1) Tenemos una tendencia a relacionar la falta de compromisos con frases como "hay que esperar a que esté toda la evidencia", cuando los problemas de hoy no permiten dilación y exigen acción, como por ejemplo las guerras. R. May sostiene que no podemos conocer la verdad si no nos comprometemos.
- 2) Los psicólogos tienden a negar y reprimir el poder, y siguen pensando en la tendencia aristotélica de que el hombre es un ser racional porque simplifica las hipótesis, y a creer que todos los demás se

comportarán en forma tan suave y racional como nosotros. Incluso tendemos a no ver nuestras propias ansias de poder, autoengañándonos y creyéndonos racionales, pues el poder es algo irracional.

3) Tenemos una tendencia a creer que nuestra teoría psicológica está más allá de la teoría de la psicología, cuando en realidad son productos de la historia y de la época, como lo es cualquier teoría científica.

La responsabilidad social del psicólogo no pasa por instrumentar métodos para controlar y manipular a los demás, ya que esto se opone al surgimiento de valores humanos. Los demás no son solo objetos, sino también sujetos con sus propios valores. Hay una relación dialéctica entre los valores sociales y la libertad individual, y no podemos tener uno de ellos sin la otra. Manipulando a los demás reducimos su libertad, y por tanto desaparecen los valores.

Por último el surgimiento de un nuevo valor tiene lugar en mayor o menor medida como un ataque a los valores sociales existentes. Es importante preservar y respetar el derecho del individuo y su capacidad de dudar entre valores. Poder dudar y cuestionar es el comienzo de la propia experiencia de identidad: el conflicto es la esencia de la conciencia.

Resumen de Rollo May (1990) La psicología y el dilema del hombre. México: Gedisa. Capítulo 14: Las responsabilidades sociales de los psicólogos.

Lista.- Algunos de los principales psicólogos que pueden encontrarse en la historia de la psicología son los siguientes:

Apellido	Nac-Fallec	País de origen	Aportes
Abadie, J M	1842-1932	Francia	
Abraham, K	1877-1925	Alemania	
Ach, N	1871-1946	Alemania	
Ach, N N	1848-1946	Alemania	
Adler, Alfred	1870-1937	Austria	Psicoanálisis / Complejo de inferioridad
Adler, Abraham	1850-1922	Alemania	
Adler, Félix	1851-1933	EEUU	
Adler, H M	1876-1935	EEUU	
Adler, M	1873-1937	Austria	
Adrian, E D	1889-¿?	Inglaterra	
Ajuriaguerra, Julián	1911-1993	España	Psiquiatría infantil
Alexander, S	1859-1931	Inglaterra	
Allers, R	1883-¿?	Austria	
Allport F		EEUU	Psicología social experimental behaviorista / Hermano de Allport G
Allport, Gordon	1897-¿?	EEUU	Psicología social y psicología de la personalidad
Ament, W	1876-¿?	Alemania	
Ángel, J D	1867-1947	Hungría	
Angell, F	1857-1939	EEUU	
Angell, J R	1869-1949	EEUU	
Ardigó, R	1828-1920	Italia	
Argyll-Robertson, D	1837-1909	Escocia	
Arnheim, R		EEUU	Psicología de la Gestalt aplicada al arte y al cine mudo
Arps, G F	1874-1939	EEUU	
Arreat, L	1841-1922	Francia	
Asch, Solomon		EEUU	Percepción social
Augier, R P	1874-1946	EEUU	
Aulagnier, Piera	1923-1991		Psicoanálisis / Violencia de la interpretación / Psicosis
Aveling, F	1875-1941	Inglaterra	
Babcock, H	1877-1952	EEUU	
Babinski, J	1857-1932	Francia	
Backers, M	1821-1910	EEUU	
Bagley, W Ch	1874-1946	EEUU	
Bain, A	1818-1903	Inglaterra	
Bain, A	1818-1893	Escocia	
Baird, J W	1873-1919	EEUU	
Baldwin, B T	1875-1928	EEUU	
Baldwin, J M	1861-1934	EEUU	

Ballard, P	1865-¿?	Inglaterra	
Bandura, Albert	1925-¿?	Canadá	Aprendizaje social / Enfoque sociocognitivo de la personalidad
Barbado, M V	1884-1945	España	
Barnés, D	1879-¿?	España	
Barth, P	1858-1922	Alemania	
Bartlett, F C	1886-¿?	Inglaterra	Psicología experimental / Percepción visual / Aprendizaje / Pensamiento
Bateson, Gregory		EEUU	Psiquiatría y antropología
Bauch, B	1877-1942	Alemania	
Baudouin, Ch	1884-¿?	Suiza	
Bayle, S J L	1799-1858	Francia	
Beard, O M	1840-1883	EEUU	
Beaunis, H	1830-1921	Francia	
Bechar, E	1882-1929	Alemania	
Bechterevev, W	1857-1927	Rusia	
Beck, Aaron		EEUU	Psicoterapia cognitiva / Depresión
Becker, O	1889-¿?	Alemania	
Beers, N C	1876-1943	EEUU	
Beers, W C	1876-1943	EEUU	
Bell, Ch	1774-1842	Escocia	
Benedict, R	1887-1948	EEUU	
Benedikt, M	1835-1920	Austria	
Bentley, M	1870-1955	EEUU	
Benussi, V	1878-1927	Austria	Percepción visual / Percepción del tiempo / Sugestión e hipnosis
Bergson, H	1859-1941	Francia	
Bernard	1881-1951	EEUU	
Bernhardt, M	1844-1915	Alemania	
Bernheim, H	1837-1919	Francia	
Bernheim, H M	1840-1919	Francia	
Bethe, A	1872-1931	Alemania	
Bettelheim, Bruno		Austria	Psicoanálisis de cuentos de hadas
Bianchi, L	1848-1927	Italia	
Binet, A	1857-1911	Francia	Psicología experimental / Inteligencia y su medición
Bingham, W	1880-1952	EEUU	
Binswanger, L	1881-1966		Análisis existencial
Bion, Wilfred	1897-1979	Inglaterra	Dinámica grupal / Teoría del pensamiento / Psicosis
Birnbaum, A	1895-¿?	Austria	
Bleuler, P E	1857-1939	Suiza	
Blondel, C	1876-1939	Francia	
Blumenfeld, W	1882-¿?	Alemania	
Boas, F	1858-1942	EEUU	
Bogardus, E S	1882-¿?	EEUU	
Bolton, Th L	1865-1948	EEUU	
Book, W	1873-1940	EEUU	
Bopp, L	1887-¿?	Alemania	
Boring, E G	1886-¿?	EEUU	
Borks, B S	1902-1943	EEUU	
Bourdon, B B	1860-1943	Francia	
Bourlourd, A	1888-¿?	Francia	
Boutroux, E	1845-1921	Francia	
Bowlby, J		Inglaterra	Psicoanálisis infantil / Teoría del apego
Bradford, V	1864-1930	Inglaterra	
Bradley, F H	1846-1924	Inglaterra	
Breese, B B	1867-1939	EEUU	
Brentano, Franz	1838-1917	Austria	Psicología del acto / Intencionalidad
Brett, G S	1879-1944	EEUU	
Breuer, Joseph	1842-1925	Austria	Psicoterapia hipnótica de la histeria

Brigham, C C	1890-1943	EEUU	
Brill, A A	1874-1848	EEUU	
Broad, Ch D	1887-¿?	Inglaterra	
Bruner, Jerome	1915-	EEUU	Psicología social y cognitiva / Percepción y motivación / Psicología cultural
Brunschvicg, L	1969-1944	Francia	
Brunswick, M R	1897-1946	EEUU	
Buchner, E F	1868-1929	EEUU	
Bühler, Ch	1890-¿?	Austria	
Bühler, K	1879-¿?	Alemania	
Bühler, K	1888-¿?	Austria	
Bunge, C O	1975-1918	Argentina	
Burnham, W H	1855-1941	EEUU	
Burrow, T	1875-1950	EEUU	
Burt, C	1883-¿?	Inglaterra	
Buttler, N A	1862-¿?	EEUU	
Buytendijk, F J	1887-¿?	Holanda	
Bykov, K	¿?-1939	Rusia	Discípulo de Pavlov / Medicina psicosomática
Calkins, M W	1863-1930	EEUU	
Cannon, W B	1871-1945	EEUU	
Cantor, J	1888-¿?	EEUU	
Caro, E	1826-1887	Francia	
Carr, H A	1873-¿?	EEUU	
Cason, H	1893-1951	EEUU	
Cassirer, J J	1875-1948	Alemania	
Cattell, James	1860-1944		Discípulo de Wundt / Psicología experimental y funcional
Charcot, Jean	1825-1913	Francia	Psicoterapia de la histeria / Hipnosis / Sugestión
Claparède, E	1873-1940	Suiza	Psicología educacional
Clerambault, G de	1872-1934	Francia	
Codognola, E	1885-¿?	Italia	
Coghill, G E	1872-1941	EEUU	
Cohen, H	1842-1918	Alemania	
Compayre, G	1843-1913	Francia	
Conklin, E S	1884-1942	EEUU	
Cooley, Ch H	1869-1929	EEUU	
Coover, J E	1872-1938	EEUU	
Coriat, I	1975-1943	EEUU	
Cornelius, H	1863-1944	Alemania	
Coué, E	1857-1926	Francia	
Credaro, L	1860-¿?	Italia	
Crile, G W	1864-1943	EEUU	
Croce, B	1866-¿?	Italia	
Dearborn, G	1869-1938	EEUU	
Decroly, O	1872-1932	Bélgica	
Delacroix, A	1873-1937	Francia	
Delasarre, E B	1963-1945	EEUU	
Demoor, J	1867-¿?	Bélgica	
Denté, D		EEUU	Neurociencia / Inteligencia artificial
Desoille, Robert	1890-1966	Francia	Técnica del sueño despierto
Desoír, M	1867-1947	Alemania	
Dewey, J	1859-1952	EEUU	
Dilthey, W	1833-1911	Alemania	
Dimitri, V	1885-1956	Argentina	
Dockeray, F C	1880-1949	EEUU	
Dodge, R	1871-1942	EEUU	
Donaldson, H H	1857-1938	EEUU	
Dorsey, G A	1868-1931	EEUU	
Downey J E	1875-1932	EEUU	

Drever, J	1873-¿?	Inglaterra	
Drever, J	1873-1950	Escocia	
Driesch, H	1867-1941	Alemania	
Dubois, R Ch	1848-1918	Francia	
Dugald, St	1753-1828	Escocia	
Dumas, G	1866-1946	Francia	
Duncker, K	1903-1940	EEUU	
Dunlap, K	1975-1949	EEUU	
Durkheim, E	1858-1917	Francia	
Dwelschauvers, D	1866-1937	Bélgica	
Ebbinghaus, Hermann	1850-1909	Alemania	Psicofísica
Ecónomo, K von	1876-1931	Austria	
Edgell, B	1871-1948	Inglaterra	Percepción gestáltica
Ehrenfels, Christian	1859-1932	Austria	
Ellis, H H	1859-1939	Inglaterra	Sexualidad humana
Ellwood, Ch A	1873-1946	EEUU	
Erb, W H	1840-1921	Alemania	
Erikson, Erik	1902-1994	EEUU	Psicoanálisis / Las 8 crisis del hombre
Erlenmeyer, F A	1849-1926	Alemania	
Ettlinger, M	1877-1929	Alemania	
Eucken, R	1846-1926	Alemania	
Ewald, J	1855-1929	Alemania	
Exner, S	1846-1926	Alemania	
Eysenck, Hans	1913-1997	Inglaterra	Terapia conductista / Medición de la personalidad y la inteligencia
Fabre, J H	1823-1915	Francia	
Fechner, Gustav	1801-1887		Psicofísica / Ley de Weber-Fechner / Umbrales
Fenichel, Otto	1887-1946	Alemania	Psicoanálisis
Ferenczi, Sandor	1873-1933	Hungría	Psicoanálisis
Fernald, G M	1879-1950	EEUU	
Ferrand, L	1867-1939	EEUU	
Ferree, C E	1877-1942	EEUU	
Ferri, E	1856-1929	Italia	
Ferri, L	1826-1895	Italia	
Ferrier,	1843-1928	Escocia	
Ferrier, D	1843-1928	Inglaterra	
Ferriere, A	1879-¿?	Suiza	
Festinger, L		EEUU	Discípulo de Lewin / Teoría de la disonancia cognitiva y la comparación social / Autopercepción
Fischer, A	1880-¿?	Alemania	
Flehsig, P E	1847-1929	Alemania	
Fletcher, J M	1873-1944	EEUU	
Flournoy, H	1876-1955	Suiza	
Flügel, J C	1884-¿?	Inglaterra	
Forel, A	1848-1931	Suiza	
Fouillé, A	1838-1912	Francia	
Fournier, J A	1832-1914	Francia	
Francé, R	1874-¿?	Austria	
Frankl, Victor	1905-1997		Logoterapia / Existencialismo
Franz, S I	1874-1933	EEUU	
Franz, S I	1874-1933	Escocia	
Freud, Anna	1895-1982		Psicoanálisis de niños / Estudios sobre el Yo
Freud, Sigmund	1856-1939	Austria	Creador del psicoanálisis
Frey, N	1852-1932	Alemania	
Frobes, J	1866-1947	Italia	
Froelich, A	1871-¿?	Austria	
Frolov, Y P	1890-¿?	Rusia	
Fromm, Erich	1900-1980	EEUU	Psicoanálisis y sociedad / Humanismo
Gall, F J	1758-1828	Alemania	

Galton, Francis	1822-1911	Inglaterra	Psicología experimental / Diferencias individuales / Test de asociación
Gamble, E A	1868-1933	EEUU	
Ganser, S F	1835-1931	Alemania	
Gardner, Howard		EEUU	Inteligencias múltiples / Psicología educativa
Garth, T R	1872-1939	EEUU	
Gaudig, H	1860-1923	Alemania	
Geddes, P	1854-1932	Inglaterra	
Geheeb, P	1870-¿?	Alemania	
Geissler, L R	1879-1932	EEUU	
Gelb, A	1887-1936	Alemania	
Gemelli, A E	1878-1959	Italia	
Gentile,	1875-¿?	Italia	
Gergen, K		EEUU	Psicología social / Construccinismo social
Gessell, A	1880-¿?	EEUU	
Geyser, J	1869-¿?	Alemania	
Gibson, Eleanor		EEUU	Aprendizaje verbal y perceptivo
Giddings, F H	1855-1931	EEUU	
Gilbert, F B	1868-1924	EEUU	
Gille, R	1908-1059	Francia	
Gilliland, A R	1887-1952	EEUU	
Giner de los Ríos, F	1839-1915	España	
Giner de los Ríos, H	1847-1923	España	
Giraldes, J A	1808-1875	Portugal	
Glüeck, E T	1898-¿?	EEUU	
Glueck, S	1895-1943	EEUU	
Goddard, H H	1866-1943	EEUU	
Goldscheider, A	1858-1935	Alemania	
Goldstein, Kurt	1878-1965	EEUU	Psicología holística
Golgi, C	1844-1926	Italia	
Gosset, W S	1876-1937	Inglaterra	
Gross, K	1861-1946	Alemania	
Grünbaum, A A	1885-1932	Holanda	
Guerrero, L J	1900-1957	Argentina	
Guthrie, Edwin	1886-1959		Conductismo / Cambio de hábitos
Haab, O	1850-1931	Suiza	
Häberlin, P	1878-¿?	Suiza	
Habrich, J	1848-¿?	Alemania	
Haeberlin, P	1878-¿?	Alemania	
Haggerthy, M E	1875-1937	EEUU	
Halbwachs, M	1877-1945	Francia	
Hall, G	1844-1924	EEUU	Formado con Wundt y von Helmholtz / Darwinista / Psicología infantil
Hamilton, G	1877-1943	EEUU	
Hartman, N	1882-1940	Alemania	
Hartmann, E	1842-1906	Alemania	
Hartmann, H		EEUU	Psicoanálisis / Psicología del Yo
Head, M	1861-1940	Inglaterra	
Healy, W	1869-¿?	Inglaterra	
Hebb, D	1904-1985	Canadá	Neuroconexionismo / Psicología experimental de la percepción
Hecht, S	1892-1947	EEUU	
Heidegger, M	1889-¿?	Alemania	
Heider, F		EEUU	Teoría del equilibrio o la coherencia / Teoría de la atribución
Heines, T H	1871-1951	EEUU	
Hellpach, W	1877-¿?	Alemania	
Henmon, V A	1877-1950	EEUU	
Henning, H K F	1885-¿?	Holanda	
Herbart, Johann	1776-1841		Psicología como ciencia exacta / Masa

			aperceptiva / Educación
Heymans, G	1857-1930	Holanda	
Hirschfeld, M	1868-1935	Alemania	
Hitzig, E	1838-1907	Alemania	
Hobhouse, L T	1864-1929	Inglaterra	
Hodann, M	1893-1944	Alemania	
Höfdding, H	1843-1931	Dinamarca	
Hollingworth, A L	1880-1939	EEUU	
Holmes, S J	1868-¿?	EEUU	
Holt, E B	1873-1946	EEUU	
Holt, E B	1873-1946	EEUU	
Holway, A	1905-1948	EEUU	
Hoover, C	1865,1927	EEUU	
Hornbostel, E	1877-1935	Alemania	
Horney, Karen	1885-1952	EEUU	Psicoanálisis / Cultura y personalidad / Neurosis
Horwicz	1872-1978	Alemania	
Hull, Clark	1884-1952	EEUU	Neoconductismo / Aprendizaje / Motivación / Hipnosis
Hunter, K	1861-1912	Alemania	
Hunter, W S	1889-¿?	EEUU	
Huntington, G	1850-1916	EEUU	
Husserl, E	1859-1938	Alemania	
Hutchinson, J	1828-1913	Inglaterra	
Ingenieros, J	1977-1925	Argentina	
Isaacs, S	1885-1948	Inglaterra	
Jackson, J H	1834-1911	Inglaterra	
Jacoby, G	1881-¿?	Alemania	
Jacques, A	1813-1865	Francia	
Jaensch, E R	1883-1940	Alemania	
James, William	1842-1910	EEUU	Teoría de la emoción / Correlato psiquismo y sistema nervioso / Conciencia, libertad, voluntad / Pragmatismo
Janet, Pierre	1859-1947	Francia	Discípulo de Charcot / Histeria / Psicología experimental
Janet, Paul	1823-1899	Francia	
Jaspers, Karl	1883-1969	Alemania	Psicopatología / Fenomenología / Existencialismo
Jastrow, I	1856-1937	Alemania	
Jastrow, J	1863-1944	EEUU	
Jelliffe, E S	1866-1945	EEUU	
Jenkins, B S	1901-1948	EEUU	
Jennings, H S	1868-1947	EEUU	
Jessinghaus, C	1886-1939	Alemania	
Jodl F	1849-1914	Checoslovaquia	
Johnson, Virginia	1925-¿?		Sexualidad humana
Johnson-Laird, P		Inglaterra	Cognitivista / Psicología del lenguaje y el razonamiento / Teoría de los modelos mentales
Jones, Ernest	1879-1958		Psicoanálisis / Biógrafo de Freud
Juda, Ch H	1873-1946	EEUU	
Judo, C H	1873-1946	Inglaterra	
Jung, Carl	1875-1962	Suiza	Psicoanálisis / Arquetipos / Inconciente colectivo / Psicología analítica
Kafka, G	1883-1953	Alemania	
Kanizsa, G		Italia	Gestaltista / Percepción visual / Aspectos cognitivos del lenguaje
Katz, D	1884-¿?	Alemania	
Katz, O	1884-1953	Suecia	
Keller, H	1880-1948	EEUU	
Kellog, Ch E	1888-1948	EEUU	

Kernberg, Otto	1928-¿?	EEUU	Psicoanálisis / Bordeline / Narcisismo
Kerschensteiner, J	1854-1932	Alemania	
Keyserling, H G	1880-1946	Alemania	
Kidd, B	1858-1916	Inglaterra	
Kieson, F	1858-1941	Alemania	
Kinsey, Alfred	1894-1956	EEUU	Sexualidad humana
Kirkpatrick, E	1862-1937	EEUU	
Kirschmann, A	1860-1932	Alemania	
Klages, L	1872-¿?	Alemania	
Klein, Melanie			Psicoanálisis infantil / Posiciones esquizoparanoide y depresiva
Klemm,	1884-1939	Alemania	
Koffka, K	1886-1941	Alemania	Teoría de la gestalt / Aprendizaje y educación
Köhler, Wolfgang	1887-1949	Alemania	Gestalt / Discriminación visual / Aprendizaje animal
Kohut, Heinz	1913-1981		Psicoanálisis / Narcisismo
Korn, A	1860-1936	Argentina	
Kraepelin, Emil	1856-1926	Alemania	Psiquiatría psicológica / Nosografía psiquiátrica
Krafft-Ebing, Richard	1840-1903		Clasificación de patologías sexuales
Krause, W	1833-1910	Alemania	
Kretschmer, Ernest	1888-1963	Alemania	Teoría tipológica / Concepto de biotipo
Kries, J	1853-1928	Alemania	
Kris, E	1900-1957	Austria	
Kruger, F	1874-1945	Alemania	
Kuhlmann, F	1876-1941	EEUU	
Külpe, O	1862-1915	Alemania	
Lacan, Jacques	1901-1981	Francia	Psicoanálisis / Lingüística / Estructuralismo
Ladd, G T	1842-1921	EEUU	
Ladd-Franklin, C	1847-1930	EEUU	
Laehr, H	1820-1905	Alemania	
Lagache, D	1903-¿?	Francia	
Lahy, J M	1872-1943	Francia	
Laignel-Lavastine, M	1875-¿?	Francia	
Laing, Ronald	1927-1989		Relación entre trastorno mental y factores políticos y sociales / Antipsiquiatría
Laird, J	1887-¿?	Inglaterra	
Langfeld, H S	1879-1958	EEUU	
Langley, J N	1852-1925	Inglaterra	
Lashley, K S	1890-¿?	EEUU	
Lask, E	1875-1915	Alemania	
Lavelle, L	1882-¿?	Francia	
Lazarus, Richard			Estrés / Enfoque cognitivo
Le Bon, C	1841-1931	Francia	Psicología de las masas / Teoría del comportamiento irracional
Le Dantec, F A	1869-1917	Francia	
Le Senne, R	1883-¿?	Francia	
Lehmann, A	1858-1921	Dinamarca	
Leuba, J H	1868-1946	EEUU	
Lévy Bruhl, L	1857-1939	Francia	
Lewin, K	1890-1947	EEUU	Teoría del campo / Psicología social / Dinámica de Grupos
Liebert, A	1878-1947	Alemania	
Lindworsky, J	1875-1939	Checoslovaquia	
Lindworsky, J J	1875-1948	Alemania	
Link, H Ch	1889-1952	EEUU	
Linton	1893-1943	EEUU	
Lipmann, O	1880-1933	Alemania	
Lipps, G F	1865-1931	Suiza	
Lipps, T	1851-1914	Alemania	

Loeb, J	1859-1924	Alemania	
Lombroso, Cesare	1835-1909		Determinantes biológicos de conductas antisociales
Lorenz, Konrad	1903-1989		Etología moderna / Conducta animal
Lotze, H	1817-1878	Alemania	
Loualej, E H	1869-1940	EEUU	
Lowe, A	1893-¿?	Alemania	
Lubbock, J	1834-1913	Inglaterra	
Luria, Alexander	1902-1977	Rusia	Vinculado a Pavlov y a Vigotski / Neuropsicología
McDougall, William	1871-1938		Psicología 'totalista' / Antropología / Instintos
Mach, E	1838-1916	Austria	
Maier, H	1867-1933	Alemania	
Malinowski, B	1884-1943	Polonia	
Mannheim, K	1893-1947	Alemania	
Mannoni, Octave	1899-1989		Psicoanálisis lacaniano
Mantegazza,	1831-1910	Italia	
Marbe, K	1869-1953	Alemania	
Marder, A	1882-¿?	Suiza	
Marie, P	1853-1940	Francia	
Marks, Isaac			Trastornos de ansiedad
Marston, W M	1893-1947	EEUU	
Martin, L J	1851-1943	EEUU	
Maslow, Abraham	1908-1970		Psicología humanista / Motivación / Autorrealización
Masters, William	1915-¿?	EEUU	Sexualidad humana
Maudsley, H	1835-1918	Inglaterra	
Maxfield, F N	1877-1945	EEUU	
Mc Curdy, J T	1886-1947	EEUU	
Mc Geoch, J A	1897-1942	EEUU	
McDougall, R	1866-1939	EEUU	
McDougall, W	1871-1938	Inglaterra	
McKeen Catell, J	1860-1944	EEUU	
Mead, George	1863-1921	EEUU	Interaccionismo simbólico / Proceso de convertirse en persona
Mead, Margaret	1901-¿?	EEUU	
Meinong, A V	1853-1920	Austria	
Meissner, G	1829-1903	Alemania	
Mercante, V	1870-1934	Argentina	
Mercier,	1851-1926	Bélgica	
Messer, A	1867-1937	Alemania	
Meumann, E	1862-1914	Alemania	
Meyer, A	1866-1950	EEUU	
Meyer, A	1866-1947	Suiza	
Meyer, M	1873-¿?	EEUU	
Meynert, T	1833-1892	Austria	
Meinchenbaum, Donald			Psicoterapia cognitiva / Técnica de inoculación de estrés
Metelli, F		Italia	Gestáltico / Psicología experimental de la percepción visual y de la causalidad
Michotte, A	1881-¿?	Bélgica	
Miles, G H	1880-1955	Inglaterra	
Milgram, S		EEUU	Conformismo / Psicología urbana / Comportamiento antisocial / Obediencia a la autoridad
Miller, Neal			Motivación / Vinculado a Hull
Miner, J B	1873-1943	EEUU	
Minkowski, O	1858-1931	Alemania	
Mira y López, Emilio	1896-1964	España	Manual de psiquiatría / Bases biológicas del trastorno mental

Mitchell, S N	1830-1914	EEUU	
Moede, W	1888-¿?	Alemania	
Molde, W	1885-1958	Alemania	
Moll, A	1862-1940	Alemania	
Monakow, C	1953-1930	Suiza	
Moniz, E	1874-1955	Portugal	
Monroe, P	1869-1916	EEUU	
Montessori, M	1870-1952	Italia	
Moore, G E	1873-¿?	Inglaterra	
Moreno, Jakob		EEUU	Método sociométrico en dinámica grupal / Psicodrama / Sociodrama
Morgan, C L	1852-1936	Inglaterra	
Morgan, J B	1888-1945	EEUU	
Moscovici, Serge		Francia	Influencia social / Psicología social / Antropología social
Mosso, A	1869-1950	Italia	
Müller, F	1857-1917	Alemania	
Müller, G E	1850-1934	Alemania	
Müller-Freinfels, R	1882-¿?	Alemania	
Münsterberg, H	1863-1916	Alemania	
Murchison, C	1887-¿?	EEUU	
Murray, H		EEUU	Test de apercepción temática (TAT)
Musatti, C		Italia	Epistemología de la psicología / Psicología industrial / Percepción / Sugestión e hipnosis
Myers, Ch S	1873-1946	Inglaterra	
Nagel, W A	1870-1910	Alemania	
Natorp, P	1854-1924	Alemania	
Neftel, W B	1830-1906	EEUU	
Oesterreich, K	1882-¿?	Alemania	
Ogden, R	1877-¿?	EEUU	
Oppenheim, H	1858-1919	Alemania	
Oppenheimer, F	1864-1943	Alemania	
Ostwald, W	1853-1932	Alemania	
Patrick, G T	1957-1949	EEUU	
Pauli, R M	1886-1951	Alemania	
Pavlov, Ivan	1849-1936	Rusia	Psicología experimental / Condicionamiento clásico
Pear, T H	1884-¿?	Inglaterra	
Pearson, K	1875-1936	Inglaterra	
Pedmore, F	1855-1910	Inglaterra	
Pelerson, J	1878-1935	EEUU	
Penfield, Wilder	1891-1976		Epilepsia / Memoria / Trastornos del lenguaje
Perls, Frederic	1893-1970		Psicoterapia gestáltica
Petersen, J	1878-1935	EEUU	
Piaget, J	1896-1980	Suiza	Desarrollo de la inteligencia / Epistemología Genética
Pichon, E	1890-1940	Francia	
Pichon Riviere, Enrique	1907-1977	Argentina	Psicoanálisis y psicología social / Grupos
Pick, A	1851-1924	Austria	
Piéron, H	1881-¿?	Francia	
Pillsbury, W B		EEUU	
Pinel, Philippe	1745-1826	Francia	Psiquiatría moderna / Trato humanitario de alienados
Pintner, R	1884-1942	EEUU	
Pintner, R	1884-1942	Inglaterra	
Poffenberger, A T	1885-¿?	EEUU	
Ponce, A	1897-1938	Argentina	
Ponzo, N	1882-¿?	Italia	
Poppelreuter, W	1886-1939	Alemania	

Pötzl, O	1877-¿?	Austria	
Powell, F A	1875-1941	Inglaterra	
Pradines, M	1874-1958	Francia	
Pressey, S L	1888-1954	EEUU	
Prince, M	1854-1929	EEUU	
Prinzhorn, H	1886-1933	Alemania	
Pyle, G E	1872-¿?	EEUU	
Pyle, W H	1875-1946	EEUU	
Quincke, H I	1842-1922	Alemania	
Ralegh, J W S	1842-1919	Inglaterra	
Ramón y Cajal, S	1852-1934	España	
Rank, O	1884-1939	Austria	
Ranschburg, P	1870-1945	Hungría	
Rapaport, S	1890-¿?	Hungría	
Reich, Wilhelm	1897-1957		Neurosis y sexualidad / Marxismo
Rein, W	1847-1929	Alemania	
Ribot, Theodore	1839-1916	Francia	Psicología de base biológica / Memoria, voluntad, etc
Richet, C	1850-1935	Francia	
Rickert, H	1863-1936	Alemania	
Rignano, E	1870-1930	Italia	
Rivers, W H R	1864-1922	Inglaterra	
Roback, A	1890-¿?	EEUU	
Robinson, E S	1893-1937	EEUU	
Rogers, Carl	1902-1987		Psicología humanista / Enfoque centrado en la persona
Rorschach, Hermann	1884-1922	Suiza	Test de Personalidad
Rosanoff, A J	1878-1944	EEUU	
Ross, E A	1866-¿?	EEUU	
Royce, J	1855-1916	EEUU	
Rubin, E	1886-1951	Dinamarca	
Ruch, G M	1892-1943	EEUU	
Ruch, G M	1892-1943	EEUU	
Ruchmick, Ch A	1886-¿?	EEUU	
Russell, B	1872-¿?	Inglaterra	
Sachs, B	1858-1944	EEUU	
Sachs, H	1881-1947	Austria	
Sachs, H	1881-1947	EEUU	
Saisset, E	1814-1963	Francia	
Sakel, M	1900-1957	Polonia	
Sanctis, S de	1863-1935	Italia	
Sanford, E C	1859-1924	EEUU	
Sapir, E	1884-1939	EEUU	
Sartre, J P	1905-¿?	Francia	
Saudek, R	1881-1935	Inglaterra	
Saudek, R	1881-1935	Checoslovaquia	
Schäfer, E A	1850-1935	Inglaterra	
Scheler, M	1874-1928	Alemania	
Schilder, P	1866-1940	Austria	
Schiller, P H	1908-1949	EEUU	
Schneider, Kurt	1887-1967		Esquizofrenia
Schrenck-Noizing, A	1862-1929	Alemania	
Schumann, F	1863-1940	Alemania	
Scout, G F	1860-1944	EEUU	
Seashore, C E	1866-1949	EEUU	
Seashore, R H	1902-1951	EEUU	
Seifert, F	1899-¿?	Alemania	
Seligman, Martin			Psicología experimental / Indefensión aprendida y depresión
Shana, A F	1858-1936	Inglaterra	
Sharpey, S	1850-1935	Escocia	

Sheldon, William	1899-1977		Tipologías / Biotipos
Shepherd, M	1925-1995		Epidemiología psiquiátrica
Shephera, W T	1867-1945	EEUU	
Sherrington, G	1857-1952	Inglaterra	
Shirley, M M	1899-1946	EEUU	
Sidis, B	1876-1923	EEUU	
Sighele,	1868-1913	Italia	
Simmel, J	1858-1918	Alemania	
Simon, J	1814-1891	Francia	
Simon, T	1858-1918	Francia	
Skinner, B F	1904-1990	EEUU	Conductismo / Teoría del aprendizaje por refuerzo / Aprendizaje escolar
Small, A W	1854-1926	EEUU	
Small, W S	1870-1943	EEUU	
Smith, S	1883-1950	EEUU	
Snoddy, G S	1882-1947	EEUU	
Spann, O	1878-¿?	Austria	
Spearman, C	1863-1945	Inglaterra	Percepción espacial / Análisis factorial de la inteligencia
Spitz, René			Psicoanálisis / Organizadores del psiquismo infantil
Spitzka, E	1852-1914	EEUU	
Spranger, Edward	1882-1963	Alemania	Psicología científico-espiritual / Vinculado a Dilthey
Stanley Hall	1864-1924	EEUU	
Starbuck, E D	1866-1947	EEUU	
Staub, H	1886-1942	Alemania	
Stein, S A	1855-¿?	Rusia	
Stekel, W	1870-1915	Austria	
Stern, E	1889-¿?	Alemania	
Stern, W	1871-1938	Alemania	
Stetson, R H	1872-1950	EEUU	
Stiller, B	1837-1922	Austria	
Stoelting, Ch H	1864-1943	EEUU	
Strauss, A	1897-¿?	Alemania	
Strumpell, A	1853-1925	Alemania	
Stumpf, K	1848-1936	Alemania	
Sullivan, Harry	1892-1949	EEUU	Psicoanálisis, sociedad y cultura actuales
Sunner, E G	1840-1910	EEUU	
Sutherland, A H	1878-1951	EEUU	
Swift, E J	1860-1932	EEUU	
Tait, W D	1879-1945	EEUU	
Taylor, A E	1869-1945	Inglaterra	
Taylor, F W	1856-1915	EEUU	
Terman, L M	1877-1956	EEUU	
Thomson, C	1881-1955	Inglaterra	
Thorndike, E L	1874-1949	EEUU	Conductismo / Inteligencia animal / Ley del efecto / Aprendizaje escolar
Thurstone, L L	1887-1955	EEUU	
Titchener, Edward	1867-1927	Inglaterra	Psicología experimental / Introspección / Empatía
Tolman, Edward			Neoconductismo
Tönnies, E	1856-1926	Alemania	
Traque García, F	1897-1947	España	
Triplett, N	1861-1934	EEUU	
Troland, L T	1889-1932	EEUU	
Tschernak, A	1870-1937	Checoslovaquia	
Tumlirz, O	1890-¿?	Alemania	
Twitmyer, E D	1873-1943	EEUU	
Uexküll, J J	1864-1939	Alemania	
Urban, W M	1873-¿?	EEUU	

Utiz, E	1883-¿?	Alemania	
Vaihinger, J	1852-1933	Alemania	
Verworn, M	1863-1911	Alemania	
Voelker, P F	1875-¿?	EEUU	
Von Helmholtz, Hermann	1821-1894		Percepciones visuales
Vygotski, Lev	1886-1934		Pensamiento y lenguaje / Aprendizaje / Psicología socio-cultural
Wagner-Jauregg, J	1857-1940	Austria	
Wallas, G	1858-1933	Inglaterra	
Wallon, Henri	1879-1963		Psicología infantil
Ward, J	1843-1925	Inglaterra	
Ward, L	1841-1913	EEUU	
Warren, H C	1867-1934	EEUU	
Warren, H C	1876-1934	EEUU	
Washburn, M F	1871-1939	EEUU	
Wasserman, A	1866-1925	Alemania	
Watson, John	1878-1959	EEUU	Fundador del conductismo
Watt, H J	1879-1925	Inglaterra	
Weber, M	1864-1939	Alemania	
Webwe, E	1873-¿?	Alemania	
Weeler, R H	1892-1943	EEUU	
Weininger, O	1880-1903	Austria	
Weiss, A P	1879-1931	EEUU	
Wells, F L	1884-¿?	EEUU	
Wembridge, E H	1883-1944	EEUU	
Wernicke, C	1848-1905	Alemania	
Wertheimer, M	1880-1943	Alemania	
Westermarck, E	1862-1939	Inglaterra	
Wheeler, W M	1865-1937	EEUU	
Wechsler, David	1886-1981		Inteligencia / Tests Wais y Wisc
Werner, Heinz	1890-1964		Pensamiento y cultura
Wernicke, Carl	1848-1905		Psiquiatría / Afasia / Encefalopatías
Wertheimer, Max	1880-1943		Gestalt / Psicología de la percepción
Whipple, G M	1876-1841	EEUU	
White, W A	1870-1937	EEUU	
Whitehead, A N	1861-1947	Inglaterra	
Whith, W	1876-1950	EEUU	
Wigmore, J H	1863-1943	EEUU	
Willman, O	1839-1920	Alemania	
Willoughby, R	1896-1944	EEUU	
Windelband, W	1848-1915	Alemania	
Winnicott, Donald	1897-1971	Inglaterra	Psicoanálisis infantil / Importancia del juego
Witasek, F	1870-1915	Austria	
Witmer, L	1867-1956	EEUU	
Wolff, W	1904-1957	Alemania	
Wolley, H B	1874-1947	EEUU	
Wolpe, J			Miedo / Técnica de desensibilización sistemática
Woodworth, R S	1869-1948	EEUU	
Wundt, Wilhelm	1832-1920	Alemania	Psicología experimental / Psicología de la conciencia
Yerkes, R M	1876-¿?	EEUU	
Yoakum, C S	1879-1945	EEUU	
Young, R	1893-1943	EEUU	
Yule, G O	1871-1951	EEUU	
Zazzo, René	1910-¿?		Personalidad y ambiente / Estudios de gemelos
Ziehen, T	1862-1941	Alemania	
Zwaardemaker, H	1857-1930	Holanda	

Material consultado: 1) Farré Martí J, Diccionario de Psicología, Barcelona, Océano. 2) Revista Observador, Buenos Aires, Argentina. 3) Ferrater Mora J, Diccionario de Filosofía, Alianza (4 tomos); 4) Bruno Frank, Historia de la psicología, Buenos Aires, Troquel, 1978; 5) <http://www.farnt.unito.it/psicologia>; 6) Bernstein J, Cronología de psicólogos del siglo XX (según orden de nacimiento por países). Incluido en Heidebreder E (1979) Psicologías del siglo XX. Buenos Aires: Paidós.

PSICOMETRÍA

Definición.- (De psico- y el griego 'métron', medida) f. Psicol. Disciplina específica y rama de la psicología que estudia los problemas que plantea la medición de los fenómenos psicológicos y de la conducta. Establece los métodos experimentales, estandarizados y contrastados (sobre todo tests) que se utilizan para llevar a cabo esa medición.

Fuente: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Definición.- (*Psicotecnia*) 1. La medición del a) *tiempo de reacción* (anticuado); b) *procedimientos psicofísicos*, incluidos; c) la determinación de la relación matemática existente entre los estímulos de magnitud variable y la frecuencia de un determinado juicio producido con respecto a los mismos (*Función Psicométrica*); la determinación de los *Umbral de la Sensibilidad*; y los *Umbral Sensoriales Relativos* (por ejemplo, la ley de Weber). 2. En los últimos tiempos el término "psicometría" se reduce a los métodos de medición de la inteligencia, aptitudes e instrucción. Sinónimo: *Cronometría mental* (anticuado). 3. (*Parapsicología*) Palabra inventada por el antropólogo Buchanan, que indica el conocimiento para-normal adquirido por ciertos sensitivos asiendo (sosteniendo) un objeto. 4. Esta palabra se emplea en psicología en su sentido propio de *medida de la mente*. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PSICOMOTRICIDAD

Definición.- f. Término genérico que designa el conjunto de fenómenos y procesos de tipo sensoriomotor o ideomotor relacionados con el comportamiento normal o patológico.

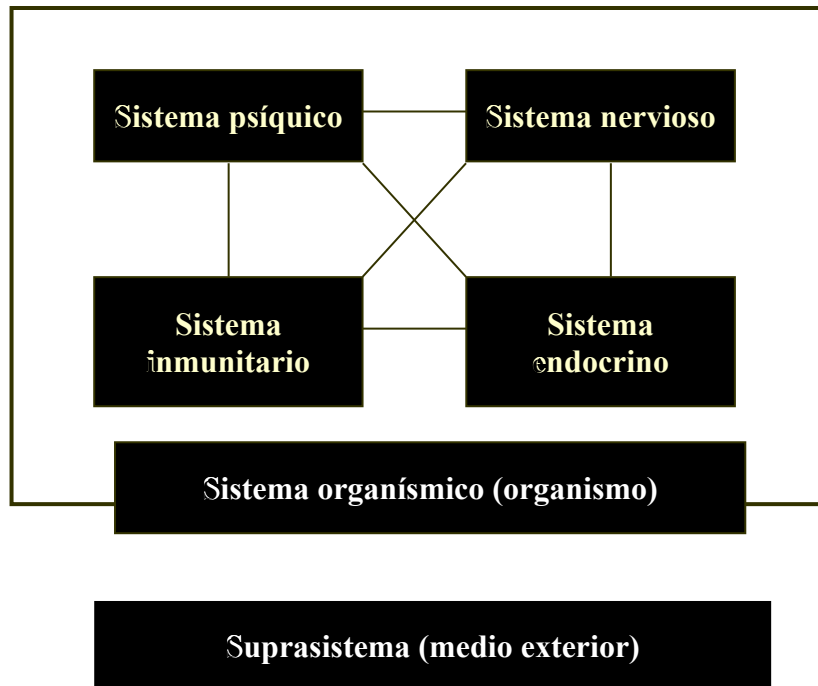
Fuente: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA

Generalidades.- "La psiconeuroinmunoendocrinología es una mirada integradora y dinámica de los procesos de Salud y Enfermedad, tomando como eje central al Ser Humano desde la unidad indisoluble Bio-Psico-Social. El enfoque de la psiconeuroinmunoendocrinología se nutre de las teorías de los Sistemas y del Caos, que constituyen una forma de pensar a la fisiología humana mediante complejas redes de comunicación bidireccional, con mecanismos de retroalimentación positivos y negativos, según el caso y la circunstancia. Se busca el orden subyacente debajo del aparente desorden, dejando de lado por inconducentes la etiología única y los fenómenos causa/efecto".

Fuente: <http://www.aapnie.org/>

Generalidades.- La Psiconeuroinmunoendocrinología considera los siguientes sistemas:



Estos sistemas interactúan entre sí intercambiando materia, energía o información. Por ejemplo:

a) Sistema psíquico sobre sistema inmunológico: El nuevo enfoque de la PNIE ha sugerido nuevas líneas para la prevención y el restablecimiento de la salud, basadas en el poder de la mente para aumentar la capacidad de acción del sistema inmunitario. Se plantearon así ejercicios de visualización, como por ejemplo aquellos donde los pacientes imaginan una batalla inmunitaria interna contra una posible enfermedad; la autohipnosis y el control mental; la importancia del contacto afectivo y la atención cariñosa al enfermo; y el empleo de la hipnosis para incrementar la eficiencia del sistema inmunitario.

b) Sistema endocrino sobre sistema psíquico: La influencia que ejercen los niveles hormonales sobre el estado de ánimo. La liberación de endorfinas produce un estado de bienestar general. Esta liberación puede inducirse a partir de los movimientos faciales que imitan la sonrisa.

Cazau P (2004) Teoría del caos: marco teórico de la psiconeuroinmunoendocrinología. Buenos Aires: Jornadas de Psiconeuroinmunoendocrinología y Adicciones. 4 de diciembre de 2004.

PSICOPEDAGOGÍA

Definición.- De psico- y 'pedagogía'. f. Psicol. Disciplina científica que investiga los procesos psicológicos que intervienen en los hechos pedagógicos y que a veces se identifica con la psicología* educativa.

Fuente: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Diagnóstico psicopedagógico.- "La especificidad del diagnóstico psicopedagógico pasa por pesquisar cómo es el aprendizaje del sujeto que presenta dificultades. Poner el acento en el proceso, en cómo aprende, es centrar la cuestión en lo que hace y no hace, y por ello aprende como aprende. Es indagar en las causas del no aprender, no sólo ver en qué fracasa y los resultados de esas fallas. Para todo esto se requiere una lectura clínica".

"La diferencia entre una lectura clínica del material del diagnóstico y una pedagógica o psicométrica, es que los resultados de los tests son inarticulables si no están centrados y no leídos e interpretados cualitativamente a partir de la historia de aprendizajes de ese sujeto particular y único" (página 4).

Galaz María Ana, Articulación diagnóstica en psicopedagogía. Utilización reflexiva de las técnicas en la búsqueda del Sujeto que aprende. Revista PerteneSer Nº 10. Buenos Aires, 2008.

Campo de la psicopedagogía.- “Un espacio profesional cuya actividad fundamental tiene que ver con la manera cómo aprenden y se desarrollan las personas, con las dificultades y problemas que encuentran cuando llevan a cabo nuevos aprendizajes, con las intervenciones dirigidas a ayudarles a superar estas dificultades y, en general, con las actividades especialmente pensadas, planificadas y ejecutadas para que aprendan más y mejor; podemos decir que el trabajo psicopedagógico está estrechamente vinculado con el análisis, la planificación, el desarrollo y la modificación de procesos educativos”.

“De acuerdo con esta caracterización, el espacio profesional de la psicopedagogía no está circunscrito a la escuela y a la educación escolar. Todos los procesos educativos, independientemente del contexto institucional en el que tienen lugar - instituciones escolares, familias, empresas, centros de educación de adultos, centros de formación y capacitación, asociaciones laborales y comunitarias, centros recreativos, medios de comunicación, etc. -, son en principio susceptibles de formar parte del campo de actuación de los profesionales de la psicopedagogía” (páginas 54 y 55).

César Coll Salvador, Psicopedagogía: Confluencia disciplinar y espacio profesional. En El Asesoramiento Psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructiva. Monereo C (Compilador) Alianza Editor, 1999 (Página 56).

Psicopedagogía forense.- “Las acciones psicopedagógicas en este campo pueden proveer elementos para la toma de decisiones en causas judiciales y/o estar presentes en procedimientos legales al margen del juicio oral (como por ejemplo, participando en programas educativos, recreativos, dentro de los institutos de menores, hogares o cárceles)”.

“La psicopedagogía forense llega cuando ya otras instancias han fallado. Han fallado las acciones de protección y promoción social, de la salud y de la educación, ni tampoco se han tomado medidas asistenciales efectivas. La psicopedagogía forense aparece para intentar disminuir el efecto residual, para rehabilitar las secuelas, a acompañar en el proceso de aprendizaje de conocimientos, habilidades, actitudes necesarios para la inclusión social sana y responsable, a colaborar con la justicia brindándole información que le permita tomar decisiones más sabias respecto del destino de la gente implecadas en causas civiles o penales”.

“El sujeto de la acción de la Psicopedagogía Forense, puede ser entonces, aunque no exclusivamente, un sujeto judicial. Esto abre una serie de interrogantes respecto a la especificidad de esta práctica:

- 1) por qué (razón de ser de la Psicopedagogía Forense, educabilidad, derecho a la educación, etc.)
- 2) para qué (ideales, fines, teorías)
- 3) a quién (sujeto individual, familia equipos técnicos, instituciones, etc.)
- 4) qué (informes, planes, programas)
- 5) cómo (diagnósticos y/o tratamientos psicopedagógicos, métodos específicos, procedimientos y recursos para los procesos de enseñanza aprendizaje, programas educativos individuales)
- 6) cuándo, desde cuándo y hasta cuándo (de las probabilidades de acción)
- 7) dónde (ambiente: consultorio, juzgado, institutos, cárceles, ONGs, etc.)
- 8) con quién (sujeto individual, docentes, familias, redes, comunidad, estado, etc.)
- 9) para quién (sujeto individual, poder judicial, terceros, etc.)
- 10) con qué (recursos económicos y materiales)”

“Dentro de esta práctica la Psicología Forense guarda especial relación con los fueros civiles, de menores y penales, pudiendo intervenir en las áreas legal (peritajes) y institucional (minoridad y cárceles)” (páginas 44 y 45).

Antelo Elsa, Introducción a la Psicopedagogía Forense. Revista PerteneSer Nº 10. Buenos Aires, 2008.

PSICOPROFILAXIS

Definición.- Para algunos es sinónimo de higiene mental, entendida como conjunto de recursos puestos al servicio de la prevención, el diagnóstico precoz y la rehabilitación de los enfermos mentales. Sin embargo, cabe definirla en sentido más amplio como “toda actividad que desde un nivel de análisis psicológico y mediante el empleo de recursos y técnicas psicológicas, tienda a promover el desarrollo de las posibilidades del ser humano, su madurez como individuo y, en definitiva, su felicidad”.

Bohoslavsky R, “Orientación vocacional”, Buenos Aires, Nueva Visión, 2001, 21 edición, pág. 24.

Definición.- Implica la posibilidad de prevenir un shock, un trauma. Por ejemplo la psicoprofilaxis quirúrgica (antes de una operación) u obstétrica (antes de un parto). Para prevenir se debe informar sobre lo que vivirá o le harán. Debe haber contención emocional. También se pueden prevenir recaídas, como en el caso de las adicciones. Las adicciones tapan en encuentro con uno mismo, con el verdadero self.

Bianco L (2002) Clases de Introducción a la consultoría psicológica. Buenos Aires: Escuela Argentina de Psicología Social.

PSICOQUINESIA

Definición.- (De psico- y el griego kinesis, movimiento) f. Supuesta acción del psiquismo, en la modificación de un sistema físico en evolución, sin causa mecánica observable. En la parapsicología, coincidencia significativa y no atribuible al azar o a acciones mecánicas, que se comprueba estadísticamente, entre un fenómeno subjetivo perteneciente a una serie psíquica u otro objetivo perteneciente a una serie física, coincidencia que puede atribuirse a una acción directa del psiquismo sobre la materia.

Fuente: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

PSICOSOMÁTICO

Definición.- Aunque hay diversas acepciones sobre este término, algunas concepciones tienen algo en común, y entre ellas, "la más destacada es la idea de que cuando un elemento traumático produce un grado de desorganización que sobrepasa la capacidad efectora del aparato psíquico para dominarla y/o resolverla, es en el nivel somático donde se produce la respuesta".

Salvareza Leopoldo (comp) (1998) "La vejez: una mirada gerontológica actual", Paidós, Buenos Aires, pág. 244.

Definición.- (De psico- y el griego 'soma', 'sómato', cuerpo). Dícese de todo síntoma o síndrome funcional relacionado de modo ostensible con un trastorno psíquico. Estas afecciones son concebidas como enfermedades de adaptación; las manifestaciones clínicas pertenecen al área de la expresión involuntaria, en contraposición con las de las neurosis y las psicosis, que afectan la vida de relación.

Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

PSICOTECNIA

Definición.- "Rama de la psicología que tiene por objeto explorar y clasificar las aptitudes de los individuos mediante pruebas adecuadas" (Aristos, 1968:492).

Aristos (1968) Diccionario ilustrado de la lengua española. Barcelona: Sopena.

Definición.- (De psico- y el griego 'téchne, arte) f. Aplicación de la psicología a las actividades humanas, principalmente en el campo del trabajo, de la enseñanza técnica profesional, etc.

Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

PSICOTROPO

Definición.- "Término que se aplica a las sustancias que provocan cambios en las funciones psíquicas. Hoy en día su significado se ha restringido hasta convertirse en un sinónimo de psicofármaco".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

PSIQUE

Definición.- (Del griego 'psyché') Mente, estructura orgánica de la vida mental. Psiquis.

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Según Jung.- Es la totalidad de la estructura psicológica del ser humano: es la unidad básica de estudio de Jung, un área o espacio donde tienen lugar los "fenómenos psíquicos" y donde circula energía psíquica o libido. La circulación de energía por la psique engendrará "procesos psíquicos". La psique es una realidad por derecho propio y capaz de operar según sus propios principios (pág. 80).

La psique tiene tres estratos: conciencia, inconciente personal e inconciente colectivo. La conciencia contiene las actitudes con que el individuo hace frente al entorno inmediato, y se encuentra allí la orientación básica de su papel en la sociedad y el punto de partida de su racionalidad. El inconciente personal abarca los contenidos psíquicos reprimidos por la conciencia, más aquellos impulsos y deseos aún no ingresados a la conciencia. Incluye fantasías personales, experiencias olvidadas o reprimidas, etc. El inconciente colectivo es el estrato más grande y profundo de la psique, siendo sus contenidos de carácter arquetípico, los que pueden aflorar y manifestarse en los estratos más superficiales de la psique (pág. 90-93).

Progoff Ira, "La psicología de Jung y su significación social", Buenos Aires, Paidós, 1967.

Según Jung.- "La psique se refiere a todos los procesos psicológicos: pensamientos, sentimientos, sensaciones, deseos, etc. Jung usó los términos psique y psíquico en vez de mente y mental para evitar las implicaciones de la conciencia en estos últimos y para enfatizar que la psique abarca tanto procesos conscientes como inconscientes".

Mientras Freud describía la estructura de la personalidad en términos de tres fuerzas que están en conflicto (ello, yo y superyo), Jung la concibió como un red compleja de sistemas interactuantes que luchan hacia la armonía final, siendo los sistemas primarios el yo, el inconciente personal con sus

complejos y el inconciente colectivo con sus arquetipos. También Jung describió dos actitudes primarias hacia la realidad y cuatro funciones básicas, las que juntas relacionadas forman la psique, o personalidad total.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 76.

Psique objetiva.- “Este término sustituyó al anteriormente utilizado por Jung de “inconciente colectivo”, que había dado lugar a graves incomprensiones y malas interpretaciones. Jung definió la psique objetiva como la totalidad de las prefiguraciones y predisposiciones psíquicas *a priori*, el sustrato total del funcionamiento psíquico autónomo. Según Jung, esta reserva de existencia psíquica da origen a la conciencia; existe antes de la mente conciente y sigue funcionando conjuntamente o a pesar de la conciencia; es autónoma y tiene leyes propias. Aunque la psique objetiva puede contener muchos elementos que anteriormente fueron concientes y se han vuelto inconcientes de nuevo, por medio de la represión, por ejemplo, el inconciente en su conjunto, no puede considerarse como un mero resto de la conciencia” (página 106).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat. 2ª edición.

Psiquismo.- M. Psicol. Conjunto de fenómenos que integran la vida cognoscitiva, afectiva, volitiva, etc. de un individuo y cuyo estudio es objeto de la psicología.

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Generalidades sobre psiquismo.- La noción de psiquismo aparece históricamente en relación con el alma, que Aristóteles veía como un impulso vital. En relación con psíquico está "psyque" o exhalación antes de morir, lo que se va del cuerpo al morir. Es una idea presocrática donde se ve el alma como causa de la animación del cuerpo. Otro sentido ve el alma como algo que emana de lo psíquico como si fuera aire o calor, y de aquí salió después la idea de un "doble" o "sombra" que habita dentro del cuerpo. En cualquier caso, es una realidad que no es tangible, y ahí lo psíquico empieza a distinguirse de lo corporal.

Fernández R, Psicología de la personalidad, clases dictadas en la Cátedra de Psicología de la Personalidad de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995.

Desarrollo del psiquismo según M. Klein.- 1. El primer objeto es el pecho materno, que es escindido en un pecho bueno (gratificador), lo cual lleva a separar amor y odio. Ese primer objeto es introyectado y proyectado, procesos ambos que intervienen en la construcción del yo, del Superyó, y preparan el advenimiento del complejo de Edipo entre 6 y 12 meses de vida.

Al comienzo el impulso destructivo va hacia el objeto materno (fantasías de ataques sádico-orales), que generan temores persecutorios, los que provienen también de los impulsos sádico-anales (invadir el cuerpo materno con excrementos o entrar en el cuerpo para controlarlo desde dentro).

Los contenidos de la ansiedad son por ejemplo miedo de ser envenenado y devorado; defensas típicas precoces son asimismo la escisión del objeto y de los impulsos, la idealización, la negación de la realidad exterior e interior, y el ahogo de las emociones.

2. En los primeros meses de vida, la ansiedad se experimenta sobre todo como miedo a la persecución, lo que genera ciertos mecanismos y defensas que caracterizan la posición esquizo-paranoide. En la temprana infancia surgen las ansiedades típicas de las psicosis, desarrollando el yo mecanismos defensivos contra ellas. Esto no significa que todos los niños sean psicóticos. Tales ansiedades y defensas infantiles influyen poderosamente sobre el desarrollo del yo, del Superyó y las relaciones de objeto.

3. Entre las defensas, se destaca la escisión de objetos internos y externos, los emociones, y el yo, mecanismos que son parte del desarrollo normal y al mismo tiempo forman la base de la futura esquizofrenia.

4. Detrás de la identificación proyectiva, hay una combinación de escindir partes del yo mismo y proyectarlas en otra persona, con algunos efectos de esta identificación sobre relaciones de objetos normales y esquizoides.

Una fijación en la posición esquizo-paranoide producirá graves psicosis esquizofrénicas y no se podrá pasar a la posición depresiva. Si la fijación ocurre en esta última, se podrán provocar perturbaciones maniaco-depresivas.

5. La irrupción de la posición depresiva es la coyuntura por la que los mecanismos esquizoides pueden ser reforzados por regresión. En la posición depresiva, a la que se llega habiendo superado la fase anterior, la síntesis entre los aspectos amados y odiados del objeto total, da origen a sentimientos de duelo y culpa que implican progresos que implican progreso para el desarrollo afectivo e intelectual del niño, pero es también un punto crucial para la elección de la neurosis o la psicosis.

6. Hay una estrecha relación entre las perturbaciones maniaco-depresivas y esquizoides, basada en la interacción entre las posiciones infantiles (evolutivas) esquizo-paranoides y depresiva.

Condensado de Klein Melanie (1946) Nota sobre algunos mecanismos esquizoides. Artículo incluido en Klein M, Obras Completas, Tomo 3. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1983.

Psíquico.- En un sentido tradicional se aplica a aquellos fenómenos o actos en que interviene el pensamiento. No debe confundirse lo psíquico con lo inconciente, pues la conciencia no lo caracteriza. Los fenómenos psíquicos pueden dividirse en: superiores, concientes y voluntarios, y fenómenos psíquicos inferiores, inconcientes y automáticos. El término mental suele aplicarse solamente a la vida psíquica superior.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PSIQUISMO FETAL

Generalidades.- Conocer de las bases ontogénicas del psiquismo requiere, como condición previa, la superación psicológica de la fuente productora de angustia más importante en la historia del individuo, que es el trauma del nacimiento.

Debiendo cumplirse dicha superación no solo por el investigador sino también por su audiencia y el ambiente que va a aglutinarse en torno suyo para estimularlo y apoyar su desarrollo.

La dificultad para superar la enorme angustia ante el trauma del nacimiento es la razón más explicativa para comprender la desestimación en que se han tenido hasta hoy los hallazgos señalados por Freud, por Abraham, por Fenichel, por Ferenczi, por Rank, por Jung, por Dabrowski, por Tausk, por Fodor, por Groddeck, por Roheim y por Lietaert Peerbolte, etc. Con respecto a los núcleos prenatales del psiquismo. En la obra de Freud, Rascovsky encuentra de continuo una marcada insistencia respecto a los factores hereditarios y a la significación de las vivencias heredadas y desarrolladas prenatalmente.

El autor llega así a comprender en el proceso incorporativo una etapa previa a la incorporación oral y a la que Fenichel ha dedicado un aislado estudio que aportó una base muy útil. Se refiere a la etapa anterior, de incorporación visual, cuyo estudio ha permitido alcanzar nuevos esclarecimientos en el campo de la escotofilia y el exhibicionismo.

Las teorías psicoanalíticas existentes colocan la relación de objeto a partir de la etapa oral. Pero los resultados a los que llegó el autor por la aceptación de un mundo de objetos históricos percibidos internamente, lo ha hecho admitir la existencia, anterior a la organización oral, de una relación de objetos extremadamente rica y en la cual se encuentra todo el acervo del conocimiento heredado, es decir, el conocimiento inmanente.

Se concibe así el Ello como el primitivo ambiente del Yo como el mundo inicial de sus objetos -objetos de naturaleza ideal- con características físicas específicas (un substractum físico bidimensional). Al comprenderlo de este modo se comprenden también las leyes que rigen la percepción e identificación por el Yo de sus objetos internos.

Las condiciones que permiten el desarrollo del proceso ontogénico son particularmente interesantes para esclarecer el desarrollo psíquico prenatal.

Encontrándose el feto en la ventajosa circunstancia de que los esfuerzos fundamentales de adaptación al mundo real externo son cumplidos por el organismo materno, puede por ello prescindir de los objetos reales y mantener toda su orientación hacia el mundo interno ideal, constituido por el conjunto de las protofantasías heredadas y almacenadas por el Ello.

Para Rascovsky, la comprensión del núcleo prenatal del Yo introduce un intenso esclarecimiento sobre algunos procesos hasta ahora enigmáticos.

En primer lugar ubica adecuadamente el proceso mágico del pensamiento, su existencia y su utilidad en el curso del desarrollo.

En segundo lugar sitúa la regresión psicótica, parcial o total, en su verdadera cronología arcaica. Explica además por qué la intensa frustración en relación con el objeto externo real, conduce a la relación exclusiva con su previo equivalente interno ideal.

En tercer lugar, brinda las bases genéticas de toda la organización psíquica y nos introduce a una interpretación de las formas de mantenimiento de las representaciones heredadas y del proceso de la metamorfosis embrionario-fetal.

En cuarto lugar explica las razones del proceso de disociación de la primitiva unidad del Yo, a partir del trauma de nacimiento, y también el significado de la negación, idealización y omnipotencia en base a la necesidad de mantener la relación exclusiva con la representación interna u objeto arcaico.

En quinto lugar muestra la graduación en el desarrollo perceptivo del Yo, a partir de la relación bidimensional con la representación interna, hasta alcanzar la percepción tetradimensional del objeto externo.

En sexto lugar señala la significación prospectiva de la agresión y del trauma del nacimiento para movilizar la relación de objeto, forzando la proyección de la representación interna sobre su equivalente real externo, y favoreciendo el juego ulterior de introyecciones y proyecciones. Otros conceptos mantenidos hasta hoy como postulados teóricos en la teoría psicoanalítica adquieren una categoría vivencial cuando se los ubica prenatalmente. Tales son los conceptos relacionados con el Yo ideal, el ideal del Yo, el principio de placer, el fenómeno del doble, etc..

Todo ello llevó al autor a afirmar la existencia de una situación regresiva constante con la aparición de los mecanismos inherentes a la situación fetal, toda vez que la abrumación de la situación paranoide

forzaba por el Yo al abandono de la relación con el objeto externo y al refugio en las condiciones anteriores que le mantenían ligado al objeto interno exclusivamente.

ESQUEMA DE LA ORGANIZACIÓN DEL PSIQUISMO FETAL. LA REPRESIÓN PRIMARIA, LO SINIESTRO Y LA RESISTENCIA AL CONOCIMIENTO DEL PSIQUISMO PRENATAL

El niño cuando nace tiene un Yo perceptor y efector suficientemente organizado y que desde tiempo antes estaba en tales condiciones. Esto lo revela el simple hecho de que un niño es viable y en condiciones de adaptarse al mundo externo real desde dos o tres meses antes del término habitual. Existen por otra parte, argumentos indiscutibles y evidentes para aceptar la existencia de una organización psíquica prenatal y un desarrollo ontogénico del psiquismo paralelo al desarrollo ontogénico de todo el organismo. No obstante, salvo escasas referencias, la literatura psicoanalítica se obstina en situar el comienzo de la organización psíquica después del nacimiento.

Incluso la mayor parte de los procesos específicos del psiquismo prenatal han sido descritos aisladamente situándolos como acontecimientos o desarrollos postnatales o sin ubicación. Tales procesos son por ejemplo: el Yo ideal, el ideal del Yo, el pensamiento mágico, el Yo placentero, el principio del placer, etc. Freud en su estudio sobre lo siniestro y al referirse al carácter siniestro que adquiere la vuelta de lo reprimido señala el significado prenatal de muchos de los contenidos unheimlich.

En la totalidad de su vasta producción existen muchas referencias y alusiones al retorno intrauterino. La mayoría de los analistas aceptan estas fantasías y sueños intrauterinos e incluso fueron objeto de un estudio estadístico en la investigación sobre asma de French y Alexander y la Escuela de Chicago.

Así como la amnesia infantil con respecto a la vida sexual primitiva surgió de la angustia provocada por el complejo de castración genital, la amnesia y resistencia al conocimiento fetal y el sentido siniestro que adquiere su estudio, tienen origen en la gran fuente angustiosa que representó el nacimiento. La represión primaria se establece con el nacimiento y la disociación que experimenta el Yo para adaptarse a la realidad exterior. En ese momento de la evolución psíquica se instala la modificación del Ideal del Yo que adquiere las características sádicas del Superyó y se interrumpe la libre conexión con el Ello, es decir, con la fantasía inconciente.

Este arcaico temor a la gran angustia de nacer le confiere su carácter siniestro y se ha opuesto al esclarecimiento de la ubicación auténtica del Yo fetal y sobre todo al conocimiento heredado que encierra todo el patrimonio del conocimiento instintivo.

EL PSIQUISMO FETAL

Existe un psiquismo prenatal, caracterizado como la fase del desarrollo en la cual se establecen las primeras relaciones de objeto entre el Yo y las protofantasías heredadas que coexisten evolutivamente en el Ello. Así, como la relación actual de objeto interna es previa a la relación con el equivalente real externo, el desarrollo de las relaciones equivalentes con los objetos reales que comienzan como lo hemos señalado en la etapa oral digestiva, es decir, después del nacimiento.

El Yo es desde sus mismos comienzos esencialmente un órgano perceptor. Ya en sus orígenes debe percibir las representaciones iniciales existentes en el Ello y a las que corresponden las características descritas por Freud para el proceso primario. En el Yo incipiente, percepción, identificación y delimitación, constituyen un fenómeno único. Desde un punto de vista perceptivo la cualidad esencial del objeto situado en el Ello es su carácter plástico. Por lo tanto el Yo debe poseer un instrumento perceptor visual o de registro plástico, para captar las representaciones internas.

La relación con el objeto interno es de carácter estrictamente bidimensional y constituye una percepción de carácter óptico monofocal. Esta percepción prenatal es limitada o reprimida desde el nacimiento y a medida que se incrementa la relación con los objetos externos reales equivalentes. Por ello la visión interior monofocal es anterior, antagónica y alternante con la visión interior bifocal de los objetos reales. Esta limitación o represión de la visión interior primitiva de los objetos internos heredados, constituye la represión primaria.

EL YO IDEAL

El Yo prenatal es totalmente permeable para los contenidos del Ello puesto que no se ha instituido aun la represión primaria que se establecerá luego del nacimiento. El libre flujo de los contenidos y cargas psíquicas desde el Ello al Yo es paralelo al incondicional suministro físico existente a través del cordón umbilical. En esa forma el Yo va reproduciendo las representaciones del Ello.

El Yo realiza su metamorfosis mediante vivencias que siguen los patrones de identificación brindados por esas representaciones del Ello. Tales patrones están constituidos por el conjunto de las protofantasías genéticamente heredadas.

El Yo ideal es una realidad arcaica mediante la cual ha sido posible el cumplimiento de la intensa metamorfosis embrionario-fetal. Por otra parte la constancia de los patrones heredados hace innecesaria en esta época la selección implicada en la censura que rige la represión primaria.

EL FENÓMENO DEL DOBLE

La automática reproducción que realiza el Yo prenatal de las imágenes del Ello condiciona el denominado fenómeno del doble. Este fenómeno de tanta trascendencia en el psiquismo primitivo ha merecido múltiples interpretaciones. Rank considera en su clásico estudio sobre el doble la existencia de:

a) Un editor idéntico;

- b) Un doble anterior, y
- c) Un doble antagónico.

El autor cree que el doble idéntico (a) de Rank, corresponde a la reproducción en el Yo de la primitiva representación del Ello, que es el doble anterior (b) corresponde a la primitiva imagen en el Ello de la duplicación en el Yo y, finalmente, que el doble antagónico (c) deriva de la transformación de esta representación que ha sido el Ideal del Yo en el Superyó. Esta transformación se opera por la acción de las cargas agresivas incrementadas que surgen del trauma del nacimiento y de las frustraciones intensas que le acompañan.

EL IDEAL DEL YO

El Yo se desarrolla a expensas de su primitivo ambiente que es el Ello. Allí se encuentran sus patrones de identificación, en otros términos, su ideal del Yo. En las condiciones propicias prenatales la identificación con el Ideal del Yo es absoluta e irrevocable, y las leyes que rigen esta comunicación parecen ser las de contacto y simpatía, es decir, las leyes mágicas.

La inexistencia de la represión primaria y por lo tanto la existencia de un Yo ideal, son condiciones indispensables para la existencia del ideal del Yo y su expresión más pura. Es decir, como un patrón que se ofrece absolutamente desde el Ello para su reproducción en el Yo.

Con el nacimiento se establece la represión primaria que interrumpe la existencia del Yo ideal o, en otros términos, se interrumpe el flujo indiscriminado desde el Ello. Ocurre entonces la escisión y disociación del Yo. Parte del Yo se orienta hacia la búsqueda de la realidad exterior porque los objetos internos son ahora insuficientes para el mantenimiento de los requisitos primarios de satisfacción. El ideal del Yo comienza a integrarse con los objetos antagónicos censores y frustrantes del Superyó. Esta mutación se realiza esencialmente a expensas del aumento de la carga agresiva que surge del trauma de nacimiento con la interrupción del flujo umbilical. Se pasa así de la posición autista a la posición esquizo-paranoide.

EL PASAJE DEL PRINCIPIO DE NIRVANA AL PRINCIPIO DEL PLACER Y AL PRINCIPIO DE REALIDAD

Las tensiones instintivas durante el período fetal mantienen un nivel de satisfacción constante a expensas del constante e ininterrumpido aflujo umbilical. Este equilibrio tensional se manifiesta psíquicamente como el principio de Nirvana. Cuando con el nacimiento se interrumpe el suministro umbilical se produce consecuentemente un abrupto incremento de las tensiones instintivas que han perdido las fuentes de satisfacción. Desde entonces se descargarán periódica e ininterrumpidamente con cada incorporación de aire, alimentos, etc. adquiriendo un ritmo cíclico de acumulación y descarga. Esta acumulación tensional, superando un determinado umbral, es experimentada como ansiedad (por el incremento de los instintos de muerte actuando sobre el Yo) y engendra el principio de displacer-placer.

El paso del principio de placer al principio de realidad es paralelo o concomitante con la externalización de la representación interna del objeto impulsada por el incremento de las tendencias agresivas. El objeto interno es así proyectado sobre su equivalente real externo; por ejemplo: el pecho alucinado o la representación interna del pecho es proyectada sobre el pecho real.

A continuación esta representación es reinternalizada con los atributos del pecho real y, de acuerdo con las características de éste, se modifica la previa representación interna original. Mediante este juego sucesivo de proyecciones e introyecciones se realiza la modificación constante del mundo interno y externo a través de la experiencia. El motor activador de este juego permanente de proyecciones e introyecciones modificadoras, es el incremento de la agresión.

LAS INTERRELACIONES ARCAICAS ENTRE EL YO Y EL ELLO

Los objetos internos tienen, como ha señalado el autor antes, una estructura bidimensional, y su percepción por el Yo se realiza por mecanismos físicos. El Yo prenatal percibe fenómenos acústicos y visuales, ambas series de fenómenos están orientados en direcciones opuestas. Los fenómenos acústicos, como en el soñante, le comunican con el mundo externo real y constituyen las bases ontogénicas del proceso secundario. Estos rudimentos fonéticos perceptivos evolucionarán hasta llegar en la vida prenatal, al lenguaje hablado que constituye su expresión más definitiva. En cambio, las percepciones ópticas iniciales le comunican con su ambiente interior, con el Ello.

DISOCIACIÓN, NEGACIÓN, IDEALIZACIÓN Y OMNIPOTENCIA

Para Rascobsky, la disociación del Yo implica la existencia de un Yo anterior aun no disociado, que es el Yo prenatal. Asimismo la negación que se ha referido clásicamente a la negación de la relación frustrante con el objeto externo (luego internalizado) conduce a la aceptación exclusiva de la primitiva relación ideal con el objeto interno arcaico. En esa forma mediante la negación es rechazada la parte del Yo que en la disociación postnatal se conecta con el objeto externo y por consiguiente solo es reconocida la parte conectada con el objeto interno ideal. Idealización y omnipotencia son primitivamente corolarios de la regresión o subsistencia del núcleo prenatal o autista del Yo. Entonces los objetos son omnipotentemente manejados de acuerdo con las leyes mágicas que rigen la relación arcaica entre el Yo y el Ello.

Los conceptos conocidos clásicamente en la literatura psicoanalítica como Yo placentero, deben considerarse referidos al núcleo prenatal del Yo en su identificación total con el ideal del Yo y su acción omnipotente sobre los objetos internos. La idealización y la omnipotencia constituyen el mecanismo normal en la relación de objeto del Yo con el Ello antes del advenimiento de los objetos reales postnatales.

Rascovsky sintetiza lo tratado en su artículo en los siguientes puntos:

Las características del psiquismo fetal surgen de algunos hechos esenciales que marcan patrones reaccionales totalmente diversos de los que rigen la situación postnatal:

a) En primer lugar la existencia relativa de los objetos del mundo externo real y la inoperancia de los mecanismos fundamentales de adaptación al mundo exterior. Este funcionamiento que se desarrollará crecientemente a partir del corte umbilical es cumplido por el organismo materno durante el período embrionario-fetal.

b) La existencia del desequilibrio interno de tensiones creadas por el trauma de nacimiento y el surgimiento del subsiguiente proceso cíclico de incremento de la tensión y de logro de la satisfacción.

c) La inexistencia de la represión primaria y por consiguiente la existencia de una permeabilidad total entre el Yo y el Ello. El Yo recibe así el suministro instintivo y su corolario mental, la fantasía inconciente, en forma constante, irrevocable e indefectible.

d) El Yo fetal es el doble de aspectos parciales del Ello.

e) El Yo fetal y un Yo ideal y el Ideal del Yo estarían en el Ello. Con el trauma de nacimiento y la institución de la represión primaria se integra el Ideal del Yo con los aspectos sádicos del Superyó.

f) La percepción interna del Yo es un fenómeno de registro plástico monofocal bidimensional que recibe la imagen del Ello. Los registros olfativos, acústicos o de otra índole sensorial, son convertidos en un equivalente simbólico plástico para su registro en el Ello, y cuando son evocados, el Yo les puede reintegrar su cualidad sensorial original.

g) La intercomunicación entre el Yo y el Ello se rige por las leyes mágicas de contacto y simpatía. La idealización y la omnipotencia son mecanismos del Yo fetal que aparecen como remanentes arcaicos en la posición esquizoparanoide ulterior.

h) El Yo fetal mantiene una unidad y coherencia que se disocia por el impacto del trauma de nacimiento y por lo tanto su integridad es superior a la existente en la posición esquizoparanoide ulterior.

i) La capacidad perceptiva del Yo fetal alcanza cualidades que se inhiben con la instalación de la represión primaria. Estas cualidades denominadas extrasensoriales o parapsicológicas, se readquieren en las regresiones muy profundas. Las regresiones muy profundas espontáneas o inducidas mediante la exacerbación de las ansiedades paranoides por procedimientos frustrantes o agresivos (ayunos, abstinencia, aislamiento, flagelaciones, silicio, circuncisión, intoxicaciones, etc.) intensifican la relación y los mecanismos arcaicos existentes entre el Yo y el Ello a expensas del abandono de la integración con los objetos reales.

Rascovsky Arnaldo, El psiquismo fetal (resumen).

Enfoque psicoanalítico.- Según los autores, la comprensión psicoanalítica de la evolución del psiquismo ha partido desde el punto considerado como inicial, esto es desde el nacimiento.

En los primeros días y semanas, la relación con el mundo exterior es esencialmente dirigida a través de la boca del niño, pasa por diversas mutaciones o vicisitudes que le conducen a integrar finalmente su mejor relación con los objetos externos mediante la organización de la etapa genital. Sobre esta base se ha establecido la comprensión psicoanalítica del desarrollo primitivo del individuo.

Sin embargo, la preocupación dominante en la investigación psicoanalítica en los últimos decenios se ha dirigido al estudio de la relación del Yo con los objetos internos. La experiencia clínica demostró que las relaciones con los objetos existían desde el comienzo inicial del desarrollo del Yo y que además entre los objetos con que se realizaba la evolución dinámica del individuo, debían incluirse tanto los objetos externos reales como los objetos internos o endopsíquicos.

La valoración creciente de los objetos internos obligó a retrotraer muchos procesos a momentos cronológicamente anteriores. Así se concluyó que tanto la organización del Superyó como el complejo de Edipo, tenían raíces muy anteriores a las que se habían señalado en las investigaciones de comienzo.

Señalan también que muchos autores tendieron a considerar tan solo los objetos o representaciones internas que resultan del registro interior de una experiencia con un objeto externo a partir del nacimiento. Los objetos externos primitivos adquirieron una significación ascendente y por tanto las experiencias iniciales con el pecho materno como representante más arcaico de los objetos externos.

El primer problema en esta investigación surgió al plantearse la relación recíproca entre objeto interno (representación interna de un objeto) y el objeto externo. En primer lugar los autores han aceptado que un gran número de nuestros objetos internos constituyen el registro interior o endopsíquico de una vivencia experimentada con un objeto externo en el curso de nuestra vida. Pero añaden que aquellas representaciones internas heredadas o registros internos que no constituyen el resultado de alguna experiencia individual post-natal con objetos reales del mundo exterior.

La resistencia para el conocimiento del psiquismo fetal se ha desplazado habitualmente hacia la desestimación o negación de las representaciones heredadas.

Hasta tanto no se interrumpa el flujo umbilical de alimento de la madre hacia el hijo, el Yo está libre de la necesidad del objeto externo. Esto mantiene al Yo fetal en una total independencia de los objetos externos que serán después indispensables en la vida post-natal. Esta prescindencia de la realidad permite comprender la exclusiva relación del Yo fetal con las representaciones internas o heredadas.

Tales objetos internos heredados fueron situados por Freud en el Ello, o sea el depósito donde se almacena la experiencia arcaica heredada, el acervo de experiencias transmitidas a través de las generaciones y que el Yo debe tomar para sus identificaciones y evolución.

Los objetos internos arcaicos heredados constituyen las representaciones internas resultantes de una experiencia post-natal, réplicas de objetos del mundo exterior que han sido registrados interiormente, pero su diferencia con los últimos consiste en que los objetos prenatales corresponden a objetos externos arcaicos registrados filogenéticamente, en tanto que las representaciones internas post-natales se refieren a objetos vivenciados e internalizados en nuestra propia experiencia individual con el mundo real.

La clínica demuestra permanentemente que la retracción ante los objetos del mundo real lleva con frecuencia al sujeto a intensificar la relación con los objetos internos que integran un mundo de fantasía mucho más rico que el que resulta de nuestra experiencia externa real. Es sobre todo la interrupción del suministro de oxígeno lo que más incrementa los instintos destructivos y por lo tanto cumple la mayor amenaza de aniquilación para el Yo fetal.

El Yo fetal es la raíz integrante y seguramente la parte más considerable de la totalidad del Yo a través de toda su evolución, y solo tiene significación patológica su actuación exclusiva o predominante a expensas de un derrumbamiento de otras integraciones desarrolladas en el curso de la evolución post-natal y que aseguran la conexión con el mundo externo real.

El objeto real externo está constituido por las tres dimensiones espaciales más la dimensión temporal que da el sentido actual o conciente a lo percibido. La adquisición fundamental en la integración de un objeto, desde la representación interna hasta su equivalente externo real, está constituida por la adquisición final de la profundidad espacial.

Una de las diferencias esenciales entre el proceso primario y el proceso secundario consiste en que en el pensamiento inconciente que corresponde al proceso primario no existe la ordenación temporal que constituye un elemento fundamental en el pensamiento lógico que se rige por el proceso secundario.

La introducción de la ordenación temporal es la condición que brinda la capacidad de acceso a la conciencia o la condición de conciente a una representación determinada.

Más concretamente, el psiquismo fetal desplegándose en el Ello fetal transcurre fuera del tiempo y fuera del espacio real. Este despliegue bidimensional inicial de la fantasía inconciente en el Ello pasa a desenvolverse dentro de una nueva dimensión a medida que se reproduce en su doble, constituido por su equivalente en el Yo fetal.

El estudio del psiquismo fetal ubica legítima y originariamente al proceso mágico del pensamiento. El pensamiento mágico es el pensamiento arcaico e inicial y se hace posible mediante la regencia de los procesos de idealización y omnipotencia, Sus leyes operantes, a saber, las leyes de contacto y simpatía, son las que explican la comunicación entre las representaciones existentes en el Ello y su reproducción en el Yo. La magia no opera con objetos reales tetradimensionales sino con los objetos bidimensionales ideales o internos propios del Yo.

Es difícil establecer una comprensión de la totalidad sin considerar la secuencia entre la organización fetal y la post-natal, esto es sin entrar al escrutinio de las modificaciones experimentadas por el organismo en tal trascendental adaptación.

De los mecanismos descritos como característicamente constitutivos de la posición esquizoparanoide, los autores han señalado que por lo menos la negación, la idealización y la omnipotencia son características fetales persistiendo en la situación post-natal.

Consideran finalmente los autores que la existencia de una posición fetal o autista anterior a la posición esquizoparanoide y que se presenta secuencialmente toda vez que fracasa la elaboración de la ansiedad paranoide provocada por el incremento de la agresión, exige la regresión a un estado anterior de adaptación. Consideran además que esta posición fetal o autista ocupa la parte más considerable de la vida del individuo, y su función predominante se ejerce en condiciones tal habituales y cotidianas como el dormir en las diferentes formas del aislamiento, retraimiento y diversión que usamos los seres humanos para defendernos del impacto de la realidad abrumadora.

En la clínica el material esencial de estudio de las manifestaciones del psiquismo fetal está constituido por los sueños y por la fantasía desconectada de la relación con el objeto externo real en cualquier nivel que se exprese. Todas las técnicas que tienden a la investigación del inconciente encuentran en la fantasía inconciente su material específico. El estrato más primitivo de la fantasía inconciente está constituido por las representaciones heredadas que constituyen su punto de partida y desde donde surge toda relación ulterior de objeto.

Rascovsky, Arnaldo y Matilde, Introducción al estudio psicoanalítico del psiquismo fetal (resumen).

PUBERTAD

Pubertad y climaterio. - "La pubertad no constituye más que una de las fases en el desenvolvimiento de la vida humana. Es la primera recapitulación del período sexual infantil. Una segunda revisión sobrevendrá en un período ulterior de la vida –el climaterio. Cada uno de estos períodos sexuales constituye una renovación y reviviscencia del precedente y cada uno aporta, a su turno, algo propio de la

vida sexual. Como en la pubertad se arriba a la madurez sexual física, en este período la genitalidad ocupa el primer plano y las tendencias genitales dominan los instintos parciales pregenitales. En el climaterio, en que las funciones sexuales físicas declinan, los impulsos genitales se despiertan por última vez y los impulsos pregenitales retornan a su formación primitiva" (Freud A, 1979:154).
Freud Anna (1979), El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós.

PUERPERIO

Trastornos de sueño y estado de ánimo en el postparto.- El embarazo y el período postparto se conocen como momentos de vulnerabilidad a los trastornos del estado de ánimo, incluyendo la depresión postparto y la psicosis. Recientemente, los cambios en la fisiología del sueño y de la pérdida del sueño se han propuesto componentes en los trastornos psiquiátricos perinatales. En este artículo revisamos qué se conoce sobre los cambios en la fisiología del sueño y la conducta durante el período perinatal, haciendo especial hincapié sobre las relaciones entre la "tristeza" postparto, depresión y psicosis y sobre intervenciones basadas en el sueño para el tratamiento y la prevención de los trastornos del estado de ánimo perinatales. La interacción entre el sueño y los trastornos del estado de ánimo perinatales es significativa, pero investigación basada en la evidencia en este campo es limitada. Los estudios que miden el sueño y el estado de ánimo durante el período perinatal, particularmente aquellos que emplean herramientas de medición objetiva tales como polisomnografía y la "actigrafía", proporcionarán importante información sobre las causas, la prevención y el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo perinatales.

Ross L y otros, El sueño y los trastornos del estado de ánimo perinatal: una revisión crítica. JOURNAL OF PSYCHIATRY AND NEUROSCIENCE. 2005 JUL; 30(4).

PULSIÓN

Generalidades.- Señala Green que tanto M. Klein como J. Lacan, "ya sea por el énfasis excluyente en las relaciones de objetos, ya sea por el 'imperialismo del significante' comparten el relegamiento del concepto de pulsión.

Todas las teorías tienen en común, a despecho de sus divergencias, su ataque al postulado fundamental de Freud, que sitúa a la pulsión en los orígenes de la vida psíquica, y concibe los cambios y conquistas de ésta, como efecto de los conflictos engendrados por dichas punciones, y como destinos de ellas.

"La teoría de la relación de objeto, se trata de la corriente más importante del psicoanálisis post-freudiano. La clínica de las estructuras no neuróticas, necesitó tomar en consideración, en cuanto a la idea que nos hacemos de la etiopatogenia de estos síndromes, la parte específica que le correspondía al objeto. La reflexión psicoanalítica ha profundizado acerca del papel, la función y el devenir del objeto.

Dentro del campo del psicoanálisis freudiano, (en sentido amplio), debe pensarse primeramente en la obra de Fairbairn y sus repercusiones en Guntrip, donde el concepto de relaciones de objeto sustituye al de pulsión.

Melanie Klein conservó la referencia al dualismo funcional de Freud, aunque interpretándolo de un modo harto diferente. Por otra parte defendió la idea de una relación de objeto, que existiría desde el principio. Se observa pues, que difiere a la vez de Freud, en este último punto y de Fairbairn, quien elimina del instrumental teórico, la referencia primordial a la pulsión. Sin embargo a medida que la corriente kleiniana fue desarrollándose, el acople mantenido por Melanie Klein entre juego de instintos y relación de objeto, iba a dejar todo el espacio a esta última, a las necesidades arcaicas y, en sus continuadores, a las defensas primitivas.

Winnicott, que no deja de reconocer la importancia de la vía pulsional, la sitúa en un momento posterior a la aparición de un Yo primitivo, capaz de comprobar los efectos del funcionamiento pulsional, el cual se manifestaría, por lo tanto, secundariamente. Sin embargo es uno de los pocos teóricos contemporáneos, que propusieron una teoría de la simbolización, en el lugar de encuentro de la separación entre interior y exterior; diferenciándose en ello de Melanie Klein, quien concibe tal separación como un proceso, que pone en juego, nada más que los objetos internos. Es sabido que, para Lacan, la separación se establece en la relación del sujeto con el significante.

La psicología del Yo, por su parte, al impugnar la concepción freudiana de un Ello originario, del que nacería el Yo, postulando, pues, un origen distinto para ambas instancias y hasta sosteniendo la existencia de una esfera libre de conflictos en el Yo, conducía necesariamente a restringir la influencia del ámbito pulsional. Del mismo modo, la sustitución de la pulsión por muerte, por el concepto de agresión, en paridad con la libido erótica, atemperaba el radicalismo de la última teoría de las pulsiones de Freud. Y ello aun cuando Hartmann, siguiera convencido de la importancia de las pulsiones, y de su vasta influencia sobre el psiquismo.

La psicología psicoanalítica de Kohut, opondrá las pulsiones al self, y a los avatares del narcisismo, separándose así de la tesis freudiana del narcisismo como producto de las transformaciones de las pulsiones del Yo.

Lacan, por último, admitiendo siempre la posición central de la pulsión en el edificio teórico freudiano, la subordina al orden de significante, al que corresponde la primacía. Pese a los esfuerzos de Lacan por dar al significante una acepción psicoanalítica diferente de la que le dio Saussure en lingüística, las diferencias entre el significante lacaniano y el significante saussuriano quedaron insuficientemente aclaradas" (Celener, 1997:99).

Celener G (1997) Las técnicas proyectivas. Su estatus epistemológico actual. Buenos Aires: JVE Ediciones.

Según Freud.- Romero y Sauane sintetizan la evolución del concepto de la siguiente manera:

1900.- La Cc es quien reprime, desalojando las representaciones intolerables de la conciencia.

1905.- "Tres ensayos para una teoría sexual" y "Psicogénesis de las perturbaciones de la visión" (1909)

Diferencia por primera vez pulsiones del yo y pulsiones sexuales, donde las primeras (cuya fuerza no es la libido sino el interés) rechazan a las segundas. Tal la primera teoría pulsional, articuladas en los casos Dora (1905), Juanito (1907) y hombre de las ratas (1909). Se pone el acento en 'lo reprimido' más que sobre el agente represor.

1914.- Corrige la primera tópica de 1900, planteando que el Prec no puede ser el responsable de la represión, pues entonces la represión podía devenir conciente.

1914.- "Introducción al narcisismo": Aunque sigue sosteniéndola, comienza a cuestionarse la primera teoría pulsional y diferencia, dentro de las pulsiones sexuales, la libido del yo (o narcisista) de libido objetual. Busca indagar qué reprime (agente represor), más que lo reprimido. El esquema resultante es que hay dos tipos de pulsión: yoica y sexual. Esta última a su vez se compone de libido del yo y libido objetual.

1920.- "Más allá del principio del placer": Planteo de la segunda teoría pulsional.

1923.- "El yo y el ello": Desarrolla más la idea de que se reprime en base a valores inconcientes (Ideal del Yo).

Condensado de Romero R y Sauane S (1995) Grupo, objeto y teoría, Tomo III. Buenos Aires: Lugar Editorial. Se incluyen agregados de las clases del Lic. R. Romero 5-9-95, 12-9-95 y 3-10-95 (Cátedra de Teoría y Técnica de Grupos II, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires).

Pulsión social.- Muchos suponen una pulsión gregaria innata y no reductible a otros tipos de pulsión, que regularía la conducta social y uniría a los hombres en comunidades. El psicoanálisis se opone a esto: aún si esta pulsión social es innata, se la puede reconducir a investiduras de objeto originalmente libidinales, y en el niño se desarrolla como formación reactiva frente a actitudes hostiles de rivalidad, y descansa en un tipo particular de identificación con los otros.

Las pulsiones sociales se aproximan a las pulsiones sublimadas. No resignaron sus metas sexuales, pero resistencias internas coartan su logro conformándose con ciertas aproximaciones a la satisfacción produciendo lazos fijos y duraderos. Ejemplos: vínculos de ternura entre padres e hijos, sentimientos de amistad y lazos afectivos conyugales, todos ellos originariamente sexuales.

Estas ideas fueron analizadas por Freud en Psicología de las masas y análisis del yo (1921) y sintetizadas un año después en "Teoría de la libido" (1922).

Consideraré como definición de pulsión la que formula Freud en "Esquema del psicoanálisis" (1938). Aquí Freud afirma: "llamamos pulsiones a las fuerzas cuya existencia postulamos en el trasfondo de las tensiones generadoras de las necesidades del ello". Al preguntarse Freud si la pulsión es una fuerza somática o una energía psíquica, responde que se trata de un concepto límite entre lo psíquico y lo somático ("Tres ensayos sobre una teoría sexual", 1905).

Desarrollando más este tema, puede decirse que es en Psicología de las masas y análisis del yo, donde Freud analiza por qué las sociedades se mantienen unidas, recurriendo a los conceptos de libido e identificación. Afirma que las personas permanecen unidas por lazos de amor inhibidos en su fin, desexualizado o sublimado, y porque han elegido el mismo líder como ideal del yo, se identificaron con él y por tanto se han identificado entre sí.

En relación con los fenómenos de masa y formación de instituciones sociales, a Freud no lo satisfacen los argumentos ni de Le Bon (los fenómenos sociales obedecen a la sugestión recíproca de individuos y al prestigio del caudillo), ni los de Mac Dougall (cuyo principio de la inducción equivale en el fondo al de la sugestión).

Estos autores, así como también Bernheim, dejan traslucir que la sugestión es un fenómeno primario irreductible, o sea la sugestión quedaría sin ser explicada. En este punto Freud se propondrá explicarlo recurriendo al concepto de libido. Este concepto está indisolublemente unido al de pulsión, como indica Freud en "Teoría de la libido" donde comienza señalando que "libido es un término de la doctrina de las pulsiones".

Libido es una cantidad de energía instintiva relacionada con el amor, o más neutramente, con los afectos. Tal energía es originalmente de tipo sexual, aunque después puede ser desviada hacia otros fines. Aquí ya Freud comienza a sugerir que la pulsión social no es irreductible a otras actividades pulsionales, sino que se deriva de ellas, planteando que no será entonces necesario invocar muchos tipos de pulsiones diferentes irreductibles entre sí.

En particular, Freud en "Psicología de las masas y análisis del yo", mencionará un autor, Trotter, que sostiene la irreductibilidad de la pulsión social (o 'instinto gregario').

Según Trotter, el individuo se siente incompleto cuando está solo, por eso tiende a agruparse en unidades más amplias. Es un instinto primario e irreducible a otros (como también lo son según Trotter el instinto de nutrición, y el instinto sexual). A veces entra en conflicto con los otros instintos pues el instinto gregario se caracteriza por la consciencia de culpabilidad y el sentimiento de deber.

Freud coincide con Trotter en que la sugestibilidad es producto del instinto gregario (y no al revés), pero lo va a criticar en el sentido de que Trotter atiende demasiado poco el papel del caudillo: ¿para qué recurrir a él si ya el instinto gregario explica por sí solo la reunión de la masa?

Indica Freud que en los niños, cuando quedan solos y se asustan en vez de buscar reunirse, se asustan todavía más en presencia de extraños, no mostrando ningún instinto gregario hasta la época que va a la escuela. Aquí el niño trata por igual a sus compañeros pues considera que nadie debe ser tratado preferencialmente (traslada a la escuela la situación familiar del hermanito nuevo). Lo mismo pasa con las admiradoras de un ídolo: en lugar de rivalizar con ellas, se identifican entre sí por el igual amor al mismo objeto. El compañerismo es entonces un intento de superación de una envidia primitiva, es la transformación de un sentimiento primitivamente hostil en un enlace positivo. La igualdad entre los miembros de la masa se da sólo entre ellos, no con el jefe, a quien consideran superior.

Corrigiendo entonces a Trotter, Freud dirá que el hombre, más que un animal gregario, es una animal de horda conducida por un jefe. Con esta afirmación plantea la inutilidad del concepto de pulsión social como instinto irreducible que podría explicar por sí solo los fenómenos de masas.

Considero que la explicación de Freud, hasta este punto, quedaría incompleta si no explica cómo la pulsión social es en realidad una derivación de otras pulsiones, en particular sexuales, explicación con la cual podrá fundamentar la idea de que la pulsión social no es irreducible. Para esta explicación, Freud considera necesario recurrir a otros conceptos, como los de identificación recíproca e ideal del yo.

Iglesia y Ejército son masas artificiales porque sobre ellas actúa una coerción exterior que las preserva de la disgregación, encontrándose por ello altamente organizadas y disciplinadas.

En ellas reina la misma ilusión: la presencia de un jefe visible (jefe del Ejército) o invisible (Cristo) que ama igualmente a todos los miembros de la masa. De tal ilusión depende todo, hasta su misma existencia, y de otro modo se disgregaría. El jefe es el padre que ama por igual a todos sus soldados, y por ello éstos son camaradas entre sí; idénticamente Cristo ama a su grey, siendo éstos todos hermanos entre sí. En la masa artificial el individuo tiene entonces dos vínculos afectivos o libidinales: con el Jefe, y con los restantes individuos. La existencia de estos lazos afectivos se demuestra por ejemplo por el pánico que se siente en el ejército cuando ya no se obedecen órdenes. Esto no depende de un peligro exterior, ya que un ejército cohesionado no siente miedo frente a graves peligros como una guerra. El individuo en una masa que entró en pánico empieza a pensar sólo en sí mismo y en el desgarramiento del lazo afectivo que antes lo mantenía sin experimentar miedo. Así, son estos fuertes lazos afectivos los que mantienen la unidad de la masa preservándola del pánico.

Lo mismo podría ocurrir si se disgrega la masa religiosa. Aquí también los lazos afectivos de amor son muy intensos, lo cual contrasta con la crueldad y la intolerancia que manifiestan hacia otras masas fuera de la iglesia. Si hoy en día no se ve tanta crueldad no es porque el hombre se dulcificó sino porque se debilitaron los lazos afectivos dentro de la misma iglesia.

Los lazos del individuo con el jefe son más decisivos (al menos para ellos mismos) que los lazos de los miembros entre sí. El jefe siempre está ahí, y puede ser una persona o una idea, en cuyo caso ésta será sustituto de aquella.

En cuanto a los vínculos afectivos entre los miembros, Freud indica que sabemos que cuando dos personas mantienen vínculo estrechos o íntimos, si bien existe hostilidad y agresión, ésta es reprimida. Cuando se trata de personas extrañas (ciudades, tribus diferentes, razas, etc.) la hostilidad se hace manifiesta, lo cual es una expresión del narcisismo ("Los otros son distintos a mí, y esto lo siento como una crítica que me hacen o una obligación para que yo cambie"). No obstante, en las masas cohesionadas se toleran las diferencias entre los miembros, lo cual sólo puede ser explicado por la presencia de lazos libidinales que restringen al narcisismo. Freud concluye entonces que las restricciones al egoísmo narcisista que surgen en las masas son una prueba de que la esencia de dicha formación colectiva reposa en los lazos afectivos que establecen sus miembros entre sí.

Tales lazos son instintos eróticos pero desviados de su fin original, que era sexual. En los lazos afectivos hay entonces una fijación de la libido a un objeto, cosa que podemos vincular con otras dos temas tratados en el psicoanálisis: el enamoramiento y la identificación.

Freud definirá la identificación en "Psicología de las masas y análisis del yo", a partir de tres características:

La identificación es la forma primitiva de enlace afectivo a un objeto.

Siguiendo una dirección regresiva, se convierte en sustituto de un enlace libidinal a un objeto: el yo introyecta el objeto.

La identificación puede surgir si hay algún rasgo en común con la otra persona que no es objeto de sus instintos sexuales. Cuanto más importante sea esta unión, más completa será la identificación parcial, y construir así el principio de un nuevo enlace.

Freud sospecha que este mismo proceso ocurre en los lazos afectivos de miembros de una masa, y de ellos respecto al caudillo: la masa primaria (la que tiene un caudillo que aún no adquirió las cualidades de un individuo) es una reunión de individuos que han reemplazado su ideal del yo por un mismo objeto, a consecuencia de lo cual se ha establecido entre ellos una general y recíproca identificación del yo.

Como indica Freud en "Tótem y Tabú" y reafirma en "Psicología de las masas y análisis del yo", La ilusión de la masa artificial de que el jefe ama por igual a todos no es más que una transformación idealista de la horda primitiva donde los individuos se sentían todos por igual perseguidos y atemorizados por el jefe. El clan totémico reposa en esta transformación, que también constituye la base de todos los deberes sociales.

Así, en la masa se esfuma lo individual, como el sujeto se masifica renunciando a su ideal del yo y reemplazándolo por el ideal de la masa, encarnado en el caudillo. Incluso los individuos que no encuentran en el caudillo una completa encarnación de su narcisismo, son igualmente arrastrados sugestivamente, vale decir por identificación. Por tanto Freud postula una fase del yo: aquella que permite explicar la masa desde la distinción entre el yo y el ideal del yo, y desde el doble vínculo identificación y sustitución del ideal del yo por un objeto exterior.

Una vez explicado el origen de la pulsión social en la esfera de la libido sexual, sólo queda un eslabón: cómo la pulsión sexual se modifica para convertirse en pulsión social. Para ello, Freud establece que la pulsión sexual puede evolucionar hacia varios destinos, entre ellos, la sublimación, y más concretamente convertirse en una pulsión coartada en su fin sexual, lo que caracteriza a una pulsión social.

Cuatro eran los destinos que Freud había asignado en "Las pulsiones y sus destinos" (1915) a las pulsiones: la transformación en lo contrario, la sublimación, la vuelta hacia la propia persona y la represión.

Se dice que una pulsión se sublima en la medida en que es derivada hacia un nuevo fin, no sexual, y apunta hacia objetos socialmente valorados como la ciencia o el arte.

Se dice que una pulsión es coartada o inhibida en su fin cuando, por efecto de obstáculos externos o internos, no alcanza su modo directo de satisfacción (o fin) y encuentra una satisfacción atenuada en actividades o relaciones más o menos lejanas del primer fin. (Fin o meta pulsional es la actividad hacia la que empuja la pulsión y que conduce a una resolución de la tensión interna).

Según refiere Laplanche (pág. 54) la sublimación está emparentada pero no es equivalente a la pulsión coartada o inhibida en su fin. Freud parece ver en la inhibición como un inicio de sublimación, pero se preocupó por distinguir ambas cosas: la pulsión inhibida no ha abandonado su fin sexual directo, pero resistencias internas le impiden alcanzarlo, con lo cual se contentan con aproximarse en cierta medida a la satisfacción, lo que explica por ejemplo los sentimientos de ternura, los lazos duraderos de amistad, o los lazos afectivos en el matrimonio, nacidos originalmente de la atracción sexual.

Indica Freud en "Psicología de las masas y análisis del yo" que tanto la observación del niño como un examen analítico ulterior prueban la coexistencia en él de instintos sexuales directos (quiere tener hijos con el padre) e instintos coartados en su fin (ternura, etc.). Luego, en la latencia, sólo subsiste en forma manifiesta la ternura, aunque los instintos sexuales están, pero reprimidos. Estos últimos podrán luego reactivarse mediante una regresión.

No obstante, los instintos coartados en su fin conservan algunos fines sexuales primitivos, pues también se buscan la proximidad corporal y la visión de la persona amada. La sublimación implicada en los instintos coartados en su fin tiene la ventaja que permite crear vínculos duraderos, como ya fue explicado antes. Asimismo, de la ternura puede surgir el lazo sexual, y viceversa. Las tendencias coartadas en su fin pueden surgir de las sexuales cuando algún obstáculo interior o exterior se opone a éstas últimas. La represión de la latencia es un ejemplo de obstáculo interior. Otro factor es la intolerancia sexual del padre de la horda primitiva hacia sus miembros, con lo que el instinto aquí pasa a ser coartado en su fin. Es así que entonces los instintos sexuales directos son desfavorables para la formación colectiva, por lo que se requiere el eslabón mencionado de la pulsión sublimada, proceso que revela una vez más la no irreductibilidad de la pulsión social.

En *conclusión*, la índole de las pulsiones sociales puede inscribirse dentro de un contexto más amplio, es decir, como pulsión de vida, ya que es aquello que permite "unir" a los seres humanos para formar en este caso, sociedades y masas. Así, en la segunda teoría de las pulsiones reconoce que:

- a) El reconocimiento que las pulsiones de autoconservación y las sexuales no son en rigor de naturaleza diferente, y pueden ser englobadas ambas como pulsiones de vida, o bien como pulsiones de muerte;
- b) La introducción de las pulsiones de muerte como las más arcaicas y fundamentales de todas las pulsiones;
- c) El nuevo dualismo pulsional está dado por el par pulsiones de vida-pulsiones de muerte.

Así, al estar la pulsión social derivada de las pulsiones sexuales y éstas englobadas dentro de las pulsiones de vida, se concluye que la pulsión social no es irreductible sino que es una derivación, en última instancia, de las pulsiones de vida.

El hombre ha creado instituciones sociales, y en su origen volvemos a encontrar una actividad pulsional que ha sido derivada hacia otros fines: en "Psicología de las masas" Freud enfatiza, en síntesis, mas bien los lazos libidinales como los factores cohesionantes del grupo. En general, las formulaciones psicoanalíticas destacan la identificación entre los miembros, la identificación de los miembros con un líder, y la relación con el enemigo común, desempeñando los tres factores un importante papel en la disminución de los efectos disociativos de la rivalidad entre los miembros.

Cazau P (1999) Vocabulario de Psicología. Buenos aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Freud S (1905) "Tres ensayos para una teoría sexual", en Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1995.

Freud S (1921) "Psicología de las masas y análisis del yo", en Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968.

Freud S (1922), "Teoría de la libido", en Obras Completas, Tomo 18, Buenos Aires, Amorrortu, 1995.

Freud S (1938) "Esquema del psicoanálisis", en Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1995.

Laplanche J y Pontalis J (1981), "Diccionario de Psicoanálisis", Barcelona, Labor.

PUNTO G

Definición.- "Zona de 1 cm. de diámetro aproximadamente, situada en la pared anterior de la vagina, a unos 3 cm. de la abertura. Es extremadamente sensible a la presión fuerte y sostenida. Se dilata cuando es estimulada y puede contribuir a potenciar las sensaciones orgásmicas. Parece ser un resto prostático que produce, al menos en algunas mujeres, una secreción especial, de consistencia y bioquímica similares al semen pero sin esperma".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

RACIOCINIO

Definición.- "El razonamiento encadena los juicios entre sí en una relación de directa dependencia; su finalidad es comprobar y demostrar una verdad" (Betta J, 1984).

Betta J, (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA. 8º edición.

RACIONALIDAD

Racionalidad en la esquizofrenia.- Probamos una hipótesis fenomenológica sobre la racionalidad teórica y práctica en personas con esquizofrenia. Esta hipótesis indica que en la esquizofrenia existe un incremento de la racionalidad teórica. Nuestro experimento de caso-control soportó esta hipótesis. Los modelos filosóficos de racionalidad que dan prioridad a la racionalidad teórica sobre la práctica, pueden así aplicarse más en estados esquizofrénicos que en estados sanos. El estudio es un ejemplo en como la psicopatología experimental puede realzar áreas de conflicto filosófico que son difíciles de ubicar mediante el uso único de los pensamientos.

Gareth S. Owen, John Cutting, Anthony S. David, ¿Son las personas con esquizofrenia más lógicas que los voluntarios sanos? BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 NOV;191(5).

RACIONALIZACIÓN

Definición.- 1. Término de E. Jones (1908) para indicar el método de autojustificación en el que se dan razones aceptables, pero no reales de la conducta pasada. 2. (*Psicoanálisis*) De acuerdo con los psicoanalistas es el trabajo del Yo inconciente mediante el cual se evita el reconocimiento de la conducta racional e inconciente que se origina en los apremios, también inconcientes. Según afirman W. Healy, A. F. Bronner y Bowers, se puede observar que el proceso de racionalización abarca el narcisismo del Yo (*The Structure and Meaning of Psychoanalysis*). 3. Organización científica del trabajo introducida por Taylor.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Como mecanismo de defensa, "es la utilización del pensamiento abstracto o de razones lógicas y admisibles a los valores culturales y sociales del momento para justificar sentimientos, pensamientos o conductas que serían inaceptables para la imagen de sí. Buen ejemplo sería la fábula de la zorra y las uvas, en la que la zorra, al intentar infructuosamente alcanzar los racimos, se consuela diciendo: 'No importa, las uvas están verdes'".

Poliak J., "Fundamentos del enfoque centrado en la persona. Teoría de la personalidad", incluído en Sánchez Bodas A. y col., "Counseling humanístico, teoría y práctica", Vol I, Buenos Aires, Ediciones del Instituto Holos, 1999, p. 129-130.

Definición.- Término introducido por Jones, que se refiere al procedimiento por el cual el sujeto da una explicación lógicamente coherente o aceptable desde el punto de vista moral sobre una actitud, idea o sentimiento cuyos motivos verdaderos desconoce.

No suele ser considerada defensa porque no va contra la satisfacción pulsional, sino que viene a disimular los elementos del conflicto. Abarca desde conductas normales (pues toda actitud puede ser explicada racionalmente), hasta delirios. Los argumentos de la racionalización pueden ser morales, religiosos, políticos, etc., y son equiparables a la elaboración secundaria.

Celener G. y otros, "Los mecanismos de defensa y las técnicas proyectivas", Publicación interna de la Cátedra de Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico Módulo II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 1996.

RACISMO

Definición.- Racismo "es la tendencia a considerar una conducta individual e interpersonal como manifestación ya formada de determinadas características hereditarias. Reconociendo que los componentes de un grupo natural son diversos desde el punto de vista genético, se les atribuye automáticamente un valor mayor o menor. De ahí nace la obligación (expectativa) de la primacía del mejor y más fuerte, la subordinación del peor y más débil. Todo dualismo entre lo fantástico y lo real tiende a desaparecer y lo existente emerge de su materialización exclusivamente como realidad hereditaria".

Selvini Palazzoli Mara, "El racismo en la familia", incluido en Selvini Mateo, "Crónica de una investigación", Barcelona, Paidós, 1990, pág. 82.

RACKER, HEINRICH

Biografía.- [psicoan.] (1910-1961) La vida de Heinrich Racker, breve y rica, no se presta a una descripción lineal. Se compone de un entramado de actos de creación y singulares acontecimientos existenciales, donde resuenan momentos de dicha con penas y sinsabores que su espíritu supo enfrentar con templanza y serenidad. Voy a tratar de exponer la biografía de Racker en la unidad de su diversidad, como él solía decir en sus escritos. *La familia originaria.* A comienzos de siglo Naphtali Meyer Racker y Ella Spiegel vivían en Neu-Sandez, una pequeña ciudad de Polonia, que después perteneció al Imperio Austro-Húngaro, y allí tuvieron sus hijos: Miriam (1908), Heinrich (3 de julio de 1910) y Efraim (1913). En 1914, al estallar la I Guerra Mundial, los Racker decidieron emigrar y se trasladaron a Viena. Naphtali y Ella lucharon duramente para establecerse en una Viena imperial, orgullosa y antisemita, y lograron dar bienestar a su familia y estudio a sus hijos. Naphtali era un hombre culto que llegó a ser un próspero comerciante y, al mismo tiempo, dirigía un periódico sionista de prestigio. Su situación económica empeoró durante la crisis de 1928, pero sus tres hijos pudieron cursar el Gymnasium sin dificultades y se graduaron en la universidad. Heinrich y Efraim tenían grandes afinidades culturales: querían ser médicos y amaban el arte: Heinrich, la música; Efraim, la pintura. En su camino a la Universidad pasaban a diario por Berggasse 19, donde estaba trabajando Sigmund Freud. Largas noches se juntaron en aquellos años para hablar de psicoanálisis. La vocación por la medicina y el psicoanálisis pudo haber sido el campo común para ambos; pero el azar de la vida los llevó por caminos diferentes. Desde niño Heinrich se reveló como muy inteligente y con singulares dotes musicales, que florecieron en su adolescencia. Ya a los diecinueve años ejercía como profesor del Konservatorium, un honor muy grande, y más a esa edad. El gran maestro de la juventud de Racker fue Oskar Adler, hombre de gran cultura y músico sobresaliente, a cuyas clases de astrología Racker concurrió desde 1929 por varios años. Como dice en el prólogo al libro de Adler (1956), lo que más le interesaba de la astrología eran sus contenidos psicológicos y caracterológicos. En esos años Racker estudió, también, profundamente a Freud y se internó en la literatura y la filosofía. Cuando los tres Racker entraron a la Universidad, la enfermedad del padre había arruinado las finanzas familiares, y el mayor de los varones tuvo que suplantarlos en diversas tareas. A pesar de sus deseos de estudiar medicina, Heinrich se inclinó por las humanidades, que también le atraían y le llevaban menos tiempo. Mientras Efraim estudiaba medicina gracias al sacrificio de su hermano, Heinrich abrazó las humanidades y, en 1935, se recibió de Doctor en musicología y filosofía en la Universidad de Viena. En los años siguientes, sin embargo, a poco que las cosas mejoraron, Racker volvió a los otros dos grandes amores de su vida. En 1936 fue admitido como candidato en el Instituto de Psicoanálisis de Viena y en 1937 entró a medicina. Aunque ensombrecidos por la larga enfermedad del padre y su muerte en 1937, estos años deben haber sido un momento de felicidad en la vida de Heinrich. Estudiaba medicina y su carrera psicoanalítica marchaba sin inconvenientes: estaba en análisis con Hans Lampl-De Groot, inició sus seminarios y hay constancias de que comenzó su práctica clínica. La fortuna, desgraciadamente, duró poco: en 1938 sobrevino el Anschluss. *La diáspora.* La invasión de Hitler hizo que muchos judíos abandonaran Austria para salvar la vida, y entre ellos los Racker. El primero en hacerlo fue Heinrich que, luego de pasar por Dinamarca y Uruguay, llegó a la Argentina en 1939 cuando tenía 29 años. Efraim Racker (1913-1991) huyó en cuanto alcanzó su título de médico. Se fue a Inglaterra y de allí partió para Estados Unidos, donde realizó una brillante carrera de investigador. Un tema de su principal interés fue la función del adenosín-trifosfato (ATP) en los procesos bioenergéticos que tienen lugar en mitocondrias y cloroplastos. Según su biógrafo y discípulo Gottfried Schatz, la comunidad científica internacional se sintió defraudada cuando el premio Nobel de Química de 1980 se concedió sólo a Peter Mitchell, aunque fue Efraim Racker el que confirmó experimentalmente la hipótesis

de Mitchell sobre la bomba de protones que interviene en la síntesis del ATP. Puede decirse, entonces, que aquellos adolescentes que caminaban por la Berggasse en los años treinta estaban destinados a dejar una marca en la ciencia del Siglo XX. La Señora de Racker y Miriam también pudieron huir de Viena a tiempo. Ella se refugió con Efraim en los Estados Unidos. Miriam, que había estudiado filosofía en Viena, siguió los ideales sionistas de su padre y se exilió en Israel. Cuando Racker enfermó su madre estaba en los Estados Unidos, de donde finalmente se fue a Israel a reunirse con su hija, y allí las dos murieron. Un poco antes de la diáspora de los Racker, también vinieron a la Argentina los Tronquoy. Fleury Tronquoy fue un arquitecto muy distinguido que vivió en la Argentina desde 1906 a 1921 e hizo en nuestro país obras importantes, como la Basílica de Luján (o Mercedes). Casado con Jeanne Jannot, volvió a la Argentina en 1934 con sus dos hijos: Francis Henri (1923) y Geneviève (Noune), que nació el 11 de julio de 1925 y después se convirtió en la esposa de Racker. Noune hizo la carrera psicoanalítica en los años cincuenta, un poco antes que yo, y llegó a didáctica hacia 1963. Analizó en esos años a Lucía Martinto de Paschero, actual presidente de APA. Yo recuerdo a Noune como una candidata sobresaliente y llena de ingenio. La viuda de Racker se casó después con Emilio Rodríguez, otro psicoanalista destacado, y escribió con él en 1966 *El contexto del proceso psicoanalítico*. Yo pude acompañarla hasta la hora de su prematura muerte a los 46 años. Los primeros años en Buenos Aires Los comienzos de Racker en Buenos Aires fueron difíciles. Con un precario español y en medio de grandes dificultades económicas, se analizó con Ángel Garma, formado en el célebre Instituto de Berlín, que se había instalado en Buenos Aires el 24 de junio de 1938. Dicho sea de paso, Garma y Celes Ernesto Cárcamo, que se graduó en la Société Psychanalytique de Paris (SPP) y volvió al país en 1939, fueron los pilares del incipiente grupo argentino. En sus palabras de homenaje a Racker, Garma (1961) dice que lo analizó antes de que él pensara en hacer la carrera psicoanalítica, de modo que este análisis debe ubicarse en los primeros tiempos de Racker en Buenos Aires. Así lo confirma la documentada biografía de Cesio (1985), cuando dice que Racker se analizó con Garma por un año, 1940. Para hacer frente a sus gastos, y aunque Garma le cobraba generosamente un honorario simbólico, Racker se ganaba la vida enseñando piano y tocando en algunas fiestas familiares. Mi amigo Eduardo Issaharoff, hoy psicoanalista y epistemólogo brillante, dio su primer concierto de violín siendo niño acompañado al piano por Racker. A poco de llegar a Buenos Aires, Heinrich tuvo la suerte de establecer lazos de amistad con algunos vieneses cultos, que lo ayudaron. Entre ellos se destaca Ljerko Spiller, eminente músico y pedagogo, que había llegado a Buenos Aires en esos años. Entre los alumnos de música de Racker figuraron León Salganikoff, Jacqueline Amati-Mehler y Jeanine Herrmann de Chouhy Aguirre. Salganikoff se formó en la Argentina con De Robertis y después se fue a Filadelfia, donde llegó a ser un investigador famoso, que sigue todavía su labor. En la época que tomaba sus lecciones, Jacqueline estudiaba medicina en la Universidad de Buenos Aires; ya recibida se fue a Roma, donde se formó como psicoanalista y desarrolló una labor muy destacada, que continúa hasta la fecha. Jeanine recuerda vívidamente a Racker, lo mismo que su marido, el Dr. Santiago Chouhy Aguirre, médico ortopedista. Jeanine recibía clases de piano cuando Racker, recién casado, vivía en las proximidades de Santa Fe y Pueyrredón y siguió tomando clases cuando, hacia 1946, los Racker se mudaron a Charcas, donde yo iba a analizarme. Allí tenía Racker, pues, su consultorio de analista y su estudio de música. Los Chouhy Aguirre fueron íntimos amigos de los Racker y acompañaron con devoción a Enrique hasta la hora de su muerte, en su nuevo departamento de la calle Azcuénaga. *Casamiento y seminarios* Racker hizo su análisis didáctico con Marie (Mimi) Langer, que había llegado a la Argentina en 1942, también exiliada, y perteneció al grupo pionero de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), fundada el 12 de diciembre de 1942. En sus palabras de homenaje a Racker, Marie Langer (1961) dice que lo conoció en 1942. Es legítimo suponer, entonces, que Racker inició su análisis didáctico en esa época, lo que por lo demás coincide con Cesio (1961), quien dice que Racker empezó los seminarios en 1943 y los terminó hacia 1946. En 1947, cuando tenía 37 años, Racker fue designado miembro adherente de la APA. Desde entonces su carrera fue en constante progreso. En 1950 fue designado miembro titular y un año después llegó a didáctico. Mientras cursaba los seminarios, Racker conoció en unas vacaciones en el Uruguay a Noune Tronquoy, con quien se casó pocos meses después, en abril de 1944. Fue un amor a primera vista, intenso y romántico. En esa época de enamorado y candidato, Racker escribió su primer trabajo psicoanalítico, "Sobre los celos de Otelo", que apareció en la *Revista de Psicoanálisis* de 1945. Es un estudio de los celos patológicos, donde Racker señala los elementos del drama que explican la personalidad de Otelo y abre una de las vías que ha de seguir su obra, con su persistente interés por comprender el arte y la cultura psicoanalíticamente. Este primer artículo se refiere, además, a los celos, tema que siempre ocupó a Racker y es conocida su aguda disección de la obra de Crommelynck (Racker, 1957). El ensayo insiste en que los celos derivan de la infidelidad homo y heterosexual proyectadas. Hay aquí una idea personal de Racker, que acentúa un tipo especial de relación de objeto, la infidelidad, y no sólo la proyección de la homosexualidad, que el genio de Freud había descubierto en las *Memorias* del juez Schreber (Freud, 1911). El artículo le da mucha importancia al complejo de Edipo y al deseo de robar la madre al padre o el padre a la madre; pero no vincula la tendencia al robo con la envidia, como había hecho Joan Rivière en 1932. Enrique y Noune tuvieron dos hijos, Daniel (Dani) y Diego (Jacqui). Daniel nació en 1945, estudió medicina en Buenos Aires y se dedica a la citología clínica. Está casado con Elena Beatriz Julvez, con la que tiene tres hijos, y vive en Escobar,

en *La Escoba*, la quinta que había sido de sus padres. Jacqui es de 1950 y se fue a Francia a mediados de los setenta. Se dedica a la música y es compositor y guitarrista. Poco antes de su partida, me regaló el escritorio de su padre y los dos ceniceros de su consultorio, donde yo fumaba durante mis sesiones. Uno de ellos todavía lo conservo, el otro se lo regalé hace poco a Bernardo Álvarez Lince, distinguido analista colombiano a quien analicé en Mendoza en los años sesenta. Cuando estaba terminando sus seminarios y seguía dando clases de música, Racker escribió un libro poco conocido, *Grandes maestros para la juventud*, editado por Ricordi Americana en 1946. Lleva como subtítulo "30 obras originales recopiladas y revisadas, con análisis de las formas y notas biográficas de los autores". El prefacio, fechado en mayo, señala que el texto se propone poner al alcance del alumno obras originales de los grandes maestros de la música y proporcionarle la oportunidad de una primera incursión en los diferentes estilos de la música pianística. Racker fue un virtuoso del piano y cultivó la música toda la vida. Fue alumno de la gran pianista vienesa Olga Novakovic, a quien recordó siempre con gratitud, lo mismo que a Oskar Adler, cuyo libro *La astrología como ciencia oculta* se publicó en Buenos Aires en 1956, con un prólogo de Enrique Racker. Cesio (1985) piensa que la afición de Racker por las ciencias ocultas se canalizó en el descubrimiento de la contratransferencia. El segundo artículo de Racker, "Sobre un caso de impotencia, asma y conducta masoquista", con el que optó a la categoría de miembro adherente de la APA en 1947, apareció en la *Revista de Psicoanálisis* el año siguiente. Aunque es una producción del Racker argentino, se refiere a un joven austríaco de 20 años, Pedro, al que analizó en Viena durante quince meses hasta su exilio. Racker considera que el eje de la psicopatología de este analizado es su conflicto oral con el pecho que, convertido en la madre-Moloch, vacía y destruye al bebé. Este conflicto se traslada al plano genital, donde la vagina es una boca insaciable, que castra, vacía y mata. Pedro se defiende de estos peligros con la impotencia, que también satisface su masoquismo. Los mismos dinamismos explican el asma, con la introyección de la madre absorbente por vía respiratoria. En este escrito Racker se apoya mucho en Fairbairn, autor muy estudiado en Buenos Aires esos años, aunque discrepa con él en cuanto a la forma en que el objeto es destruido. Racker no piensa que el objeto (pecho) se destruye al incorporarlo sino a partir de la frustración. El lactante percibe su hambre como el deseo de la madre (la *mama*) de comerlo, y es frente a este peligro que surge el deseo erótico-agresivo de absorber totalmente al objeto. Esta *autoimago*, como la llama Racker, se proyecta sobre el objeto que así se convierte en la madre-Moloch, imposible de satisfacer y de ser amada. Este trabajo salió en la *Revista de Psicoanálisis* en 1948; poco después apareció el estudio sobre Wagner, riguroso y erudito, que se alinea con el de Otelo en el interés de Racker por iluminar las obras de arte desde el psicoanálisis. *La contratransferencia*. Racker era muy joven y no tenía mucha experiencia cuando presentó su primer trabajo sobre contratransferencia, el tema que habría de consagrarlo como uno de los analistas más originales y creativos en la historia de nuestra disciplina. *La neurosis de contratransferencia* se leyó en la APA en setiembre de 1948 y provocó una gran conmoción. Hubo analistas que comprendieron de inmediato que estaban frente a un aporte de primera magnitud; otros lo consideraron totalmente equivocado y no faltó quien dijera que, cuando un analista tenía "esos problemas", lo mejor que podía hacer era reanalizarse. Racker no pareció arredrarse por aquellas críticas y siguió adelante. Es difícil decidir sobre el texto original de este ensayo, que no he podido hallar y me hubiera gustado leer en este momento; pero no hay duda que expone las ideas básicas de Racker sobre el tema, que se irán desarrollando a lo largo del tiempo. El trabajo sólo se publicó cinco años después, en 1953, en el *International Journal of Psycho-Analysis* con el título de "A contribution to the problem of counter-transference" y en forma abreviada en la *Revista de Psicoanálisis* en 1955 como "Aportación al problema de la contratransferencia". Cuando aparece, por fin, en los *Estudios sobre técnica psicoanalítica* en 1960, vuelve a su título original, "La neurosis de contratransferencia", con el número V. Si tomamos el resumen que el propio Racker hace de la versión de 1955 (*Revista de Psicoanálisis*, 12: 498) y lo comparamos con lo publicado en 1953 y 1960, podemos decir que este trabajo trata del papel de la contratransferencia en el proceso psicoanalítico y de su influencia en la función del analista sobre la transferencia y sobre el proceso de transformación del analizado, destacando al analista a la vez como intérprete y objeto. La atención principal se dirige a la neurosis de contratransferencia, postulando que, así como la personalidad total del analizado vibra en su relación con el analista, su parte sana y neurótica, el presente y el pasado, la realidad y la fantasía, así también vibra el analista en relación con el analizado, con las características peculiares de su papel. [*Estudios sobre técnica psicoanalítica*, 1960, p. 128]. Se estudia el complejo de Edipo positivo y negativo del analista con su analizado, así como también sus ansiedades básicas y sus defensas. Considera finalmente algunos problemas especiales que derivan de la contratransferencia como obstáculo y como instrumento técnico que puede dar al analista evidencias de lo que le ocurre al analizado. Es interesante la posición que asume Racker en este ensayo frente a la resistencia del analizado. Coincide con Fenichel (1941) en que la resistencia, en cuanto se opone a la labor del analista, no puede dejar de despertar su enojo; pero la estudia no sólo como una respuesta racional sino también como una reacción paranoica del analista, que debe ser comprendida y despejada en función de la dialéctica transferencia/contratransferencia. El enfoque de Racker es verdaderamente revolucionario. En septiembre de 1950 Racker dictó en la APA una conferencia, "Aportación al psicoanálisis de la neurosis de transferencia", donde incursiona en el tema de la contratransferencia y señala que ciertas reacciones

contratransferenciales permiten deducir la situación psicológica del analizado y hace, también, uno de sus primeros comentarios sobre la estratificación psicopatológica. Esta conferencia nunca se publicó, pero Racker la cita formalmente en otro trabajo suyo. (*Revista de Psicoanálisis*, 9: 342-354, 1952). Creo posible que haya inspirado "Aportaciones al psicoanálisis de la neurosis de transferencia", que se publicó póstumamente en la *Revista de Psicoanálisis* de 1961, donde Racker desarrolla sus ideas acerca de la estratificación psicopatológica sobre la base de un caso clínico, Paula. Este ensayo fue escrito seguramente antes del trabajo "Contribución al problema de la estratificación psicopatológica", que leyó en la APA en 1953 y salió después en el *International Journal of Psycho-Analysis* de 1957 y en forma abreviada en la *Revista de Psicoanálisis* ese mismo año. En esta publicación hay un cambio, ya que Racker ubica como primer estrato la *situación depresiva primaria*, que coincide más con la enfermedad depresiva básica de Pichon Rivière que con la teoría de las posiciones de Melanie Klein. En el trabajo que se publicó póstumamente en 1961, Racker hacía partir la estratificación de una situación paranoide básica (o profunda), donde el sujeto ve al objeto como atacante y perseguidor. De ese peligro se defiende dando vuelta las cosas, identificado con el agresor. Así se configura la situación maníaca primaria (o profunda) con el triunfo sobre el perseguidor. Esta configuración conduce inexorablemente a la situación depresiva primaria (o profunda), ya que el objeto no es solamente malo, sino también deseado y amado. (Volveremos sobre esto). Al año siguiente (1951) Racker pronunció otra conferencia en la APA, a modo de comunicación preliminar, titulada "Observaciones sobre la contratransferencia como instrumento técnico". Después de pronunciarla, descubrió en el *International Journal of Psycho-Analysis* el trabajo de Paula Heimann que concuerda con sus puntos de vista, y eso lo estimuló a publicarla en la *Revista* de 1952. Entre los ejemplos que da en este escrito está Pedro, y es evidente que, ya en Viena, Racker vislumbraba la importancia de la contratransferencia, porque analiza un conflicto suyo, cuando Pedro le refiere su encuentro con una mujer y expone sus dificultades, que giran alrededor del deseo de acercarse y alejarse, de entregarse libidinosamente y simultáneamente frustrarla. Frente al largo relato de Pedro, a Racker se le impone en la conciencia la palabra "sometido", a modo de un insulto contra su paciente. Cae en la cuenta, entonces, que lo irrita que su analizado no pueda liberarse de sus objetos internos - la madre-Moloch-, que proyecta sobre la muchacha, y analiza su fastidio porque siente en riesgo su buen éxito terapéutico, sometido él mismo a los objetos que le exigen ser un buen analista (*Revista de Psicoanálisis*, 1952, p.p. 349-350). Es un bello ejemplo de lo que Racker va a estudiar después como posiciones y ocurrencias contratransferenciales. Racker barrunta ya, en ese momento, la importancia que tiene en el inconciente del analista su labor como fuente de la neurosis de contratransferencia. Puede concluirse, pues, que desde sus primeros trabajos sobre contratransferencia, Racker pone el acento en la relación dialéctica entre transferencia y contratransferencia, se alza contra el mito del psicoanalista *sano* (no neurótico) y señala que las reacciones contratransferenciales pueden darle al analista la pista de lo que ocurre. Éste es el punto principal de la nueva teoría de la contratransferencia, que apareció en la mitad del siglo veinte, gracias a Racker y Paula Heimann. A partir de ese momento cambia substancialmente la concepción del tratamiento psicoanalítico, que se hace más sutil y complejo, pero también más preciso y objetivo. Recordemos que el valioso trabajo de Paula Heimann, "On countertransference", fue presentado al XVI Congreso Internacional, que tuvo lugar en Zurich en 1949, luego de la larga interrupción de la II Guerra Mundial, y se publicó en 1950. Es evidente que Racker y Paula Heimann alcanzaron las mismas conclusiones sin tener conocimiento uno del otro; pero, como dijo Cesio en el homenaje que se le rindió en la APA el 30 de mayo de 1961, Racker prosiguió con el tema, lo desarrolló consecuentemente y logró interesar a su comunidad científica, mientras que Paula Heimann tardó diez años en volver a considerarlo y sus trabajos no tuvieron en principio eco en la Sociedad Británica. En esto influyó de seguro, a mi juicio, la creciente tensión entre ella y Melanie Klein. Coincidió con Cesio (1961, 1985) en que Racker fue más persistente en sostener sus ideas y las formuló con mayor precisión. Deseo agregar que el clima intelectual de la comunidad psicoanalítica argentina de aquellos años estaba preparado para asumir esa transformación formidable. *La transferencia*. Nos hemos referido hace un momento a la inédita conferencia "Aportación al psicoanálisis de la neurosis de transferencia", que Racker pronunció en septiembre de 1950, y a su trabajo homónimo que se publicó póstumamente en 1961. El 19 de agosto de 1952 Racker vuelve al tema pronunciando una conferencia titulada "Notas sobre la teoría de la transferencia". En ella se basa "Notes on the theory of transference", que apareció en *The Psychoanalytic Quarterly* de 1954 y en la *Revista de Psicoanálisis* de 1955. Es el número III de los *Estudios* de 1960. Este ensayo se propone esclarecer el papel de la transferencia en el proceso psicoanalítico siguiendo las ideas de Freud y otros autores y, al mismo tiempo, intenta explicar la intensidad y las características del fenómeno. Racker estudia minuciosamente la relación entre transferencia y resistencia a partir de la asociación libre, base del método psicoanalítico. La consecuencia de la regla fundamental es la *abolición del rechazo* de las ocurrencias y su comunicación, tanto de las ocurrencias rechazadas (deseos o recuerdos) como de las ocurrencias rechazantes que las critican y censuran. La abolición del rechazo incrementa por un lado la resistencia y, por otro, tiende a vencerla, de modo que la relación entre transferencia y resistencia debe ser vista desde una doble perspectiva: se repite para no recordar pero también se repite para no repetir experiencias dolorosas. De aquí surge, creo yo, el interés de Racker por la estratificación psicopatológica. Cuando Freud afirma que el analizado

repite para no recordar le está otorgando importancia esencial en el trabajo psicoanalítico al recuerdo; pero cuando dice que el análisis le ofrece al analizado la oportunidad de rectificar los errores pretéritos en un ambiente más adecuado para solucionar los viejos conflictos, está reconociendo que la repetición sirve a la cura y no sólo a la resistencia, la cual se dirige más bien a evitar la repetición. En el primer caso la transferencia (negativa y sexual) se interpreta como resistencia al trabajo analítico, mientras que en el segundo la vivencia transferencial se interpreta dentro de un campo de trabajo que busca hacerla conciente y rectificarla. En un caso, la transferencia es función de la resistencia; en el otro la resistencia es función de la transferencia. Este dilema, sigue Racker, se resuelve en cuanto consideremos que el pasado reprimido es algo actual en la transferencia. Cuando el analizado no quiere recordar que deseó matar a su padre en la infancia, ¿es porque su superyó paterno se lo prohíbe o porque el padre ya está sentado en el sillón del analista? Las dos cosas son ciertas y, por esto, concluye Racker, el analista es el padre y el padre es el analista. *Los grandes estudios.* En la década del cincuenta Racker fue publicando los trabajos que habrían de conformar sus *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, al par que sus escritos sobre psicoanálisis y cultura, que se publicaron en forma de libro en 1957, así como también sus ideas sobre la estratificación psicopatológica, un tema que siempre le interesó y del que alcanzó a publicar un artículo importante en el *International Journal* y la *Revista* en 1957, que ya hemos comentado y volveremos a hacerlo. Sobre "La neurosis de contratransferencia" (Estudio V) hablamos al considerar los primeros aportes de Racker sobre el tema. En mayo de 1953 Racker presentó su trabajo más completo, "Los significados y usos de la contratransferencia", que apareció en *The Psychoanalytic Quarterly* de 1957 y en la *Revista de Psicoanálisis* de 1957, 1958 y 1959; es el estudio VI de su libro de 1960. En este escrito Racker expone diferentes tipos de contratransferencia y los ilustra con material clínico. Sin ánimo de hacer la exégesis de este logrado estudio, voy a recordar que Racker distingue una contratransferencia *directa*, cuando el conflicto del analista es con el paciente, y una contratransferencia *indirecta*, donde el conflicto del analista es con otra persona a la que el paciente está de alguna manera ligado, como ser un analista importante, la sociedad psicoanalítica, la sociedad en general, etcétera. Siguiendo a Helene Deutsch (1926), Racker establece otra clasificación de la contratransferencia, en concordante y complementaria, que ha tenido una notable repercusión en todo el mundo psicoanalítico. En la contratransferencia *concordante* el psicoanalista se identifica parte a parte con las instancias psíquicas de su analizado, mientras que en la contratransferencia *complementaria* el psicoanalista ocupa el lugar del objeto interno del paciente. Si bien aquélla es más empática y ésta supone un mayor nivel de conflicto, es también cierto que, para Racker, la contratransferencia complementaria nos abre una perspectiva más amplia del mundo interno del analizado si sabemos analizarla e interpretarla sin *hundirnos*, como gustaba decir, en la contratransferencia. A estas ideas agregó León Grinberg (1956, etcétera) su concepción de la contraidentificación proyectiva, utilizando la teoría de la identificación proyectiva de Melanie Klein, que no aparece en el ensayo de Racker. Hay otros dos tipos de contratransferencia, por fin, ocurrencias y posiciones, que le dan una gran riqueza y hondura a la relación analista/analizado. En las *ocurrencias* contratransferenciales el analista se encuentra pensando espontáneamente algo distónico, que de momento no se justifica y posteriormente aparece de alguna forma en el material del analizado. La *posición* contratransferencial es más permanente y menos notable, más insidiosa, como por ejemplo el enojo, la complacencia o la atracción del analista, que implica un mayor nivel de conflicto. El riesgo de las ocurrencias es no tenerlas en cuenta y pasarlas por alto (o interpretarlas sin que el material del paciente lo autorice); el de las posiciones es mantenerlas reprimidas, racionalizarlas y actuarlas, desaprovechando la oportunidad de comprender cabalmente lo que está pasando y de utilizarlo en el proceso de transformación interna del psicoanalizado. Un ejemplo común y patético es el analista que hace esperar con frecuencia a un determinado analizado especulando inconcientemente con su sometimiento o masoquismo. *El psicoanálisis y la cultura.* Paralelamente a los trabajos de técnica, que muy sumariamente acabo de recordar, se van desenvolviendo, a modo de un contrapunto musical, los de la cultura. Ya nos hemos referido a sus ensayos sobre los celos de Otelo (1945) y sobre Wagner (1948). En 1949 Racker dictó su primer seminario para los candidatos del Instituto de Psicoanálisis de la APA y fue sobre *Antropología psicoanalítica*. Lo inauguró con sus "Notas de introducción a la antropología psicoanalítica", que apareció primero en *Neurobiología* (1951) y después en la *Revista de Psicoanálisis* (1953) y se incorporó al libro *Psicoanálisis del espíritu* de 1957. Racker piensa que el psicoanálisis ofrece a la antropología cultural un instrumento insustituible para comprender la estructura de una sociedad y desentrañar sus orígenes. La antropología, a su vez, aporta elementos para que el psicoanálisis corrija o sostenga sus hipótesis o para que elabore otras nuevas. Fideas Cesio (1985), uno de los candidatos de aquel seminario, recuerda cuánto lo impresionó ese profesor 'extranjero', que dictaba un seminario atípico en un castellano por momentos difícil de seguir, y que, sin embargo, se ganó la admiración de la audiencia desde el primer encuentro. Racker dictó después seminarios sobre Freud, Melanie Klein y técnica, así como también grupos de estudio privados para psicoanalistas. A este ensayo siguieron otros sobre la música, la personalidad de Freud, etcétera. Quiero recordar solamente dos de estos trabajos. En su meditado escrito "Sobre la posición de Freud frente a la religión" (1956), Racker pasa primero revista a las investigaciones freudianas sobre la religión y después señala que el ateísmo de Freud tiene que ver con su relación con el padre, de rebeldía y de amor. Concluye que, tanto la

religiosidad como el ateísmo, pueden ser patológicos o sanos, según la naturaleza y el origen de las ideas que están en juego. En "Carácter y destino", escrito al año siguiente, Racker muestra la profunda identidad del conocer, el ser y el suceder, de modo que nuestro destino, a modo de las series complementarias, es la resultante de lo externo y lo interno. Desde el punto de vista psicológico, señala el autor, y aquí resuenan las enseñanzas de Oskar Adler, el *mundo* de cada uno de nosotros no es otra cosa que nosotros mismos. Estos ensayos, con otros no menos interesantes, aparecen en forma de libro, publicado por Nova con el título de *Psicoanálisis del espíritu* en 1957. El objetivo de esta obra es la comprensión psicoanalítica de las creaciones del espíritu, para contribuir al viejo anhelo del hombre de conocerse a sí mismo, porque allí donde la psique se manifiesta tiene el psicoanálisis la obligación de aplicar su método, que no es otro que descubrir el inconciente. 1960. En enero de 1960 Racker interrumpió sus tareas por dos semanas para operarse de una litiasis biliar. Le sacaron la vesícula llena de cálculos y se recuperó sin inconvenientes. Después de las vacaciones de febrero Racker reanudó sus tareas con justificado optimismo. Era director del Instituto de Psicoanálisis, estaba renovando la enseñanza y, en un empeño de ampliar el contacto del psicoanálisis con la sociedad, decidió crear una clínica psicoanalítica. Por esta razón y por otras el Centro de Investigación y Orientación de la Asociación Psicoanalítica Argentina lleva su nombre. A fines de marzo inició un seminario cronológico de las obras de Freud para los candidatos recién ingresados, entre los que se encontraba Roberto Polito, con un plan que iba a durar los tres años de la carrera. Paidós publicó su segundo libro, *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, que fue muy bien recibido y salió el 17 de mayo. El 15 de agosto Racker recibió una carta de Karl Menninger donde lo invitaba a ser Sloan Visiting Professor en la Menninger School of Psychiatry. El cargo consistía en pasar dos o tres meses en Topeka realizando las tareas docentes que él quisiera, con la sola obligación de su presencia y el compromiso de mantener contacto personal e informal con el staff y los estudiantes. Racker aceptó complacido la propuesta, que se difundió de inmediato en la APA. Estaba muy contento y le comentó a Guillermo Ferschtut, entonces su alumno y supervisado, que esa invitación era lo más lindo que había recibido en la vida después de la leche del pecho de su madre (Ferschtut, 1961, p. 290). Para completar este panorama estimulante, había sido invitado a participar en el 22º Congreso Psicoanalítico Internacional, que iba a tener lugar en Edimburgo a mediados de 1961. Racker reemplazaría a Hanna Segal, que a su vez pasaba a ocupar el cargo de relatora, vacante por la muerte de Melanie Klein en 1960. El tema del Simposio principal del Congreso, *Los factores curativos en psicoanálisis*, le hubiera dado una gran oportunidad para mostrarse en el cenit de su pensamiento psicoanalítico. A mediados de noviembre, sin saber todavía que estaba enfermo (al menos concientemente), Racker habló en la APA sobre ética y psicoanálisis. Fue un día de gloria. Con un salón colmado de amigos, colegas y discípulos, Racker mantuvo literalmente un diálogo con Freud, sosteniendo que la ética le viene al ser humano desde adentro y no sólo de la sociedad. Coincide con Freud, desde luego, en que somos más malos y más buenos de lo que creemos, porque el sentimiento de culpa y la necesidad de castigo nos llevan a reprimir nuestra bondad. Sostiene en este trabajo, como a lo largo de toda su obra, que la agresión causa culpa porque se dirige a un objeto de amor; y afirma, en conclusión, que el conocimiento, la salud mental y la virtud son facetas de un solo y único proceso. Esta conferencia, que se publicó póstumamente en el *International Journal of Psycho-Analysis* de 1966, fue la culminación de una noble vida y un mensaje de amor por la ciencia y el hombre. Esta halagüeña situación cambió trágicamente de un día para el otro. El 25 de noviembre Racker supo que padecía cáncer y sus días estaban contados. La presunción de su médico clínico se confirmó por una punción biopsia, que también se le remitió a Efraim a Nueva York, quien desgraciadamente tuvo que estar de acuerdo con los patólogos argentinos. De inmediato le escribió a Menninger una carta serena, y por eso mismo dramática, para anunciarle que tenía que darle malas noticias: en las últimas semanas había sentido dolores abdominales y justamente el día anterior había recibido el diagnóstico de cáncer al hígado, por lo que se veía obligado a cancelar su viaje. Al mismo tiempo escribió una carta (en alemán, para que sus hijos no fueran a encontrarla) en la que se despedía de ellos y su mujer, de su madre y hermanos y de todos los que le eran próximos. Recuerda en ella los muchos momentos felices de su vida y también las dificultades y sufrimientos que tuvo que sobrellevar. Dice la carta: "Fui dotado por la naturaleza con el don de sentir gran felicidad a través de la música y de gozar intensamente de las creaciones filosóficas, científicas y literarias". Después de agradecer a Oskar Adler y Olga Novakovic, sus maestros en Viena, dice Racker: "En Buenos Aires pronto pude realizar mi viejo anhelo de ser psicoanalista. Tuve así, dentro del modesto marco de mi talento, la oportunidad de dedicarme a la investigación científica y de crear algo". Hizo avisar a sus pacientes que no podía atenderlos porque estaba enfermo y decidió no recibir ya visitas para obviar a sus amigos un doloroso encuentro con la muerte. Con algunas excepciones, aceptó solamente la presencia de Marie Langer y de Santiago Chouhy Aguirre y su esposa Jeanine Herrmann, que lo acompañaron, como Nouné y sus hijos, hasta el final. Efraim vino de Nueva York a despedirse. En los últimos días oía música y conversaba con los que lo acompañaban. Lo único que le pidió a su amigo Santiago es que no lo hiciera sufrir, porque temía más al dolor físico que a la muerte, y él lo cumplió. La hepatomegalia crecía día a día y empezaba a dificultar el retorno venoso; el Dr. Santiago lo vendaba para aliviar el edema de los miembros inferiores. La ictericia y la astenia también aumentaban, pero Enrique, lógicamente muy triste, conservó su humor y su lucidez hasta el fin. Se instaló entonces el coma hepático

y llegó la muerte. Cesio era uno de los pocos que lo visitaba, y a él le encomendó que, con Grinberg y Liberman, se ocupara de organizar la Clínica según el modelo de la London Clinic of Psycho-Analysis. Pensó en el psicoanálisis literalmente hasta la hora de la muerte. Después de la publicación de los *Estudios*, Racker había dado por cumplida su investigación sobre la técnica y se aplicó a estudiar el antisemitismo. Su cáncer (la bestia, Hitler, el nazi - como él lo llamaba) no se lo permitió. Enrique Racker murió en Buenos Aires el 28 de enero de 1961, cuando tenía 50 años. La muerte lo sorprendió en el apogeo de su creación. *Colofón* Lo más destacado de la vida de Racker está, no cabe duda, en su obra escrita; fue también un gran analista y profesor, un verdadero maestro. Tuvo una lucida participación en la vida de su Asociación, ya que fue secretario de la APA (1957-1959) y director del Instituto de Psicoanálisis, donde lo acompañó Fidias R. Cesio como secretario. Cesio escribió una biografía excelente de Racker, que apareció en 1985 y yo consulté ampliamente. Como analista era firme y cauto, sereno y para nada autoritario; reservado como lo impone el oficio, no carecía de humor. José Remus Araico, que se formó como su esposa Estela en Buenos Aires y volvió a México para ser uno de los fundadores de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM), me contó esta deliciosa anécdota. Estaba asociando como siempre en una sesión, cuando de repente vio, pasmado, una perdiz en la biblioteca. Se quedó mudo. Racker comprendió de inmediato lo que pasaba. "Perdóneme - le dijo - voy a sacar la alucinación y enseguida vuelvo". Tomó dulcemente del estante la perdiz que habían traído sus hijos de la quinta de Escobar, la llevó al interior de la casa y regresó a su puesto. Podría contar muchos momentos de mi análisis que lo pintan como un analista eximio, justo y democrático. Su teoría de la contratransferencia es, al fin y al cabo, una actitud firmemente psicoanalítica y democrática. Racker era ante todo un analista comprometidamente freudiano, aunque podía discrepar con él y estaba abierto al pensamiento de otros autores, que conocía a la perfección. Sin duda recibió la influencia de analistas vieneses y británicos, como Anna Freud, Fairbairn y Melanie Klein; a ésta la visitaba en Londres en los últimos años. La madre-Moloch parece ser una idea rackeriana, si bien tiene que ver con los objetos internos de la escuela inglesa. Qué sabía y qué leía Racker en Viena cuando analizaba a Pedro es algo que todavía no me he podido contestar. Enrique Pichon Rivière con su teoría de la enfermedad única y Garma con el énfasis en el masoquismo estuvieron presentes en su pensamiento, aunque es sin duda Mimi Langer la que más influencia tuvo en su desarrollo. Cárcamo fue su amigo; Cesio, Grinberg y Liberman fueron primero sus discípulos y después sus amigos. Elena Évelson, que nos dejó hace poco, el 28 de octubre de 1996, Rebe Grinberg, Ana Kaplan, Pola Ivancich de Tomás y yo nos analizamos con él mucho tiempo. Yo pienso que mi análisis con Racker, que duró siete años, fue lo mejor que recibí en mi vida "después de la leche del pecho de mi madre", sin desconocer todo lo que le debo a Donald Meltzer cuando me reanalizó en Londres por un año en 1966. Marcelo Bianchedi también se analizó con él un año largo y me contó estos días una experiencia dramática, que muestra al ser humano que era Enrique y prueba también que trabajó hasta avanzado noviembre. Cuando comunicó a sus analizados que iba a dejar de atender, Marcelo no registró el mensaje y fue a su sesión. Lo hicieron pasar al consultorio, como siempre, y se sentó en el diván esperando. Entonces llegó un desfalleciente Racker, y, apoyado en su escritorio, le dijo que le había enviado un mensaje porque estaba enfermo y no podría atenderlo más; pero, ya que había ido, quería saludarlo y despedirse. Racker operaba con el dualismo de eros y tánatos; pero, a diferencia de Freud y Melanie Klein, creía firmemente que la satisfacción libidinal y su frustración son el punto de partida del desarrollo. No pensaba que la deflexión o la proyección del instinto de muerte fueran lo decisivo. El objeto malo es primordialmente el pecho que frustra, que "mama". El inconciente vivencia la frustración como ataque (Racker, 1961, p. 221). La diferencia con Melanie Klein es que, para Racker, las angustias más profundas se refieren a la libido ligada a un objeto que provoca dolor. Frente a ese dolor surge la agresión, que ahora sí es proyectada. Aunque Racker entiende el sadismo como respuesta a la frustración, no duda para nada que hay tendencias innatas, el sadismo incluido. Para aclarar el pensamiento teórico de Racker voy a volver a su conferencia sobre la estratificación psicopatológica, leída en 1953 y publicada en 1957. El primer estrato es la situación depresiva primaria (o profunda), a partir de la carencia, la falta. Racker parte de los impulsos (o pulsiones, como decimos hoy), y afirma que la *finalidad* del instinto (Triebziel) implica que éste puede ser satisfecho o frustrado. El primer fenómeno en la sucesión de los acontecimientos biopsicológicos no es el impulso sino la *carencia* que moviliza la pulsión. La carencia es paradójicamente, dice Racker, *antes* que el impulso, de modo que la carencia (el hambre, pongamos por caso) es previa al impulso (a comer). La necesidad, que moviliza las pulsiones, surge para cambiar el estado de carencia. La carencia trae dolor, displacer, angustia; y ese dolor, que acompaña a la vivencia del yo dañado, configura para Racker la situación depresiva primaria (*Revista de Psicoanálisis*, 14: 278). La situación paranoide primaria surge como un segundo tiempo ante la vivencia del yo dañado que se atribuye a un objeto perseguidor. La identificación con el perseguidor conduce a la situación maníaca primaria. Etcétera. Racker piensa, como Strachey, que la labor del analista consiste en romper el círculo vicioso neurótico, que encadena al analizado a la repetición. Considera, además, que la interpretación mutativa sólo es posible si el analista es de veras un objeto bueno, y esto únicamente se consigue si el analista es bueno, en el doble sentido de 'bueno' como profesional y como persona. Aquí interviene la contratransferencia: si el analista la comprende silenciosamente y puede usarla para interpretarle al analizado lo que 'objetivamente' está pasando, cumple de lleno su labor. No hay aquí un

ápice de apoyo o de técnica activa. Respetuoso de su analizado como persona que sufre y viene a buscar alivio y amor, era respetuoso también del setting, en los parámetros de la reserva analítica y la asimetría del diálogo. Racker mantiene siempre el equilibrio, sin caer nunca en la demagogia de la confesión contratransferencial ni en el autoritarismo de negar sus faltas. Grinberg (1961), que era presidente de la APA cuando Racker murió, lo definía por su ecuanimidad; y tiene razón. Al abrir el 4º Simposio Anual de la APA de 1956 sobre técnica psicoanalítica, que presidió, Racker habla del afecto que ninguna técnica puede sustituir y exhorta a luchar por la supremacía del instinto de vida contra el instinto de muerte. Este mismo afecto, sin embargo, concluye, nos obliga a no confiar solamente en la intuición y el arte personal "sino en llevar a la conciencia y convertir en conocimiento y ciencia todo lo que hace eficaz o ineficaz nuestra labor", *Revista de Psicoanálisis*, (1957, p. 2). En el prólogo de los *Estudios* dice Racker que siempre lo había sorprendido y preocupado la notable distancia existente entre la amplitud del conocimiento psicoanalítico y las limitaciones de la práctica. Dedicó lo mejor de su vida a acortar esa brecha, y por cierto que lo consiguió.

R. Horacio Etchegoyen
Aporte de Ricardo Bruno

RAPPORT

Definición.- Relación cálida y amigable entre el examinador y el sujeto.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Rapport en los tests.- Rapport significa el esfuerzo del examinador por despertar el interés del sujeto, obtener su cooperación y asegurar que sigue las instrucciones tipificadas del test. El test de aptitud al sujeto le exige concentración, en los proyectivos, honestidad en las respuestas, etc. También, el rapport debe ser uniforme para poder luego comparar los resultados, pues no es lo mismo el rendimiento de un sujeto premiado que otro no premiado.

El tipo de rapport dependerá del sujeto: si son niños pre-escolares, por ejemplo, deberá considerarse la timidez con extraños, el negativismo y la distracción. Se debe ser flexible y prudente al establecer el rapport: un test es algo amenazante para el sujeto y al principio debe dársele alguna seguridad, por ejemplo, que nadie ha resuelto bien todo el test, etc. Eliminaremos también lo posible, el factor sorpresa, pues éste produce ansiedad. En el rapport con sujetos adultos, deberemos atender a la consigna que debe hacer el test, lo mejor y más honestamente posible, pues ello es beneficioso para él.

Condensado de Anastasi A (1976) Tests psicológicos. Madrid: Aguilar. 3ra edición.

Definición.- Término francés que señala: 1) Insensibilidad aparente a toda clase de estímulos que parten de otras personas que no sean el hipnotizador, la que se pone de manifiesto en algunos sujetos en el estado hipnótico y que se debe probablemente, del todo o en parte, a una sugestión directa o indirecta. 2. Susceptibilidad aumentada que se crea, en forma específica, frente a las sugestiones que parten del hipnotizador, y la que puede ser transferida fácilmente a otra persona mediante una simple sugestión verbal de aquél.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

RASGO

Definición.- Los rasgos son "modos relativamente duraderos en que se diferencian entre sí los individuos; características descriptivas de las personas".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 624.

Definición.- El rasgo es definido por Allport como un sistema neuropsíquico, propio de cada sujeto, que confiere la capacidad de dar un comportamiento conforme a una determinada finalidad y que se puede adaptar a las distintas condiciones ambientales. El rasgo es característica propia del individuo; no puede haber dos individuos que tengan ambos los mismos rasgos. Un sujeto normal, en un determinado ambiente, tiende a adaptarse de un determinado modo, y por esto se tiene el desarrollo de determinados rasgos; esto hace posible la medición; de la comparación de los rasgos de un sujeto se puede conseguir diferenciar los de los otros sujetos. Hay, sin embargo, psicólogos que niegan la necesidad de sustituir en el estudio las aptitudes de los rasgos.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Rasgo de carácter.- Un rasgo de carácter es una característica psíquica relativamente estable de una persona y que, por ello, forma parte de su 'manera de ser', de su personalidad. Todas las personas tienen un conjunto de rasgos de carácter que las hace únicas, y que definen así su personalidad. Por ejemplo ser prudente, ser testarudo, ser temeroso, ser seductor, ser meticuloso, etc. Los rasgos de carácter son estables, es decir, reaparecen siempre y por lo general más allá de la situación ambiental: una persona con un rasgo de carácter temeroso manifestará su temor incluso ante situaciones banales,

mientras que otra persona con un rasgo de carácter audaz u osado no se amilana ni aún en situaciones muy difíciles.

Allport y Freud son algunos de los autores que se han ocupado de esta cuestión: el primero destacando el rasgo normal, y el segundo el rasgo patológico (aunque pronunciándose también sobre el rasgo normal).

Para Allport, el rasgo es una característica de la personalidad que permite orientar la conducta hacia una finalidad y que puede adaptarse a las diversas condiciones ambientales: es gracias a los rasgos como el individuo puede adaptarse exitosamente al entorno.

Para Freud, los rasgos de carácter son la expresión de modos de comportamiento infantiles que subsisten en la adultez. Por ejemplo los rasgos orales o los rasgos anales, estos últimos estudiados especialmente por el creador del psicoanálisis en "El carácter y el erotismo anal", donde refiere como rasgos anales la limpieza, la terquedad, la avaricia, etc. Se trata de tendencias pregenitales que persisten de diversas maneras, como formaciones reactivas, como sublimaciones, etc. Una de las formas de entender un rasgo de carácter patológico es cuando este rasgo expresa en forma directa aquella modalidad pregenital e invade la vida de la persona impidiéndole adaptarse al entorno. Un rasgo normal, en cambio, es aquel que resulta de un proceso de sublimación de lo pregenital.

Cazau P (2003) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Rasgo de carácter.- "En 1913 Freud realizó una importante distinción entre los síntomas neuróticos y los rasgos de carácter. Los síntomas neuróticos se generan debido a un fracaso de la represión; los rasgos de carácter deben su existencia a la represión o, más precisamente, del sistema defensivo, que alcanza su objetivo a través de una pauta persistente de formación reactiva y sublimación. En 1923, Freud observó que la sustitución del vínculo de objeto por identificación (introyección), que introducía el objeto perdido dentro del yo, también realizaba una significativa contribución a la formación del carácter. En 1932, Freud subrayó la particular importancia de la identificación para la construcción del carácter, sobre todo a la referencia a la formación del superyó.

El psicoanálisis ha llegado a considerar el carácter como un patrón de adaptación a las fuerzas pulsionales o ambientales que es típico o habitual de una determinada persona. El carácter se diferencia del yo por el hecho de que el término "carácter" se refiere en gran parte a la conducta observable de manera directa y modos de defensa, actuación, pensamiento y sentimientos.

La predisposición biológica congénita, la interacción de fuerzas del ello con las primeras defensas del yo e influencias ambientales y varias identificaciones e imitaciones primitivas de otros seres humanos dejan su huella indeleble sobre el carácter. El grado en el cual el yo ha desarrollado una capacidad de tolerar la demora en la descarga de impulsos y neutralizar la energía pulsional determina, por ejemplo, el grado en que dichos rasgos de carácter aparecerá exteriormente en forma de impulsividad.

El desarrollo exagerado de ciertos rasgos de carácter a expensas de otros puede conducir a trastornos del carácter o producir una vulnerabilidad o predisposición a la psicosis" (página 84).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat. 2ª edición.

Rasgos de carácter y síntomas.- Lo común a ambos es que se explican por las series complementarias, pudiendo surgir de conflictos similares (puntos de fijación y defensas), o sea que el conflicto actual al romper el equilibrio interno provoca regresiones para controlar la ansiedad despertada por el encuentro con identificaciones persecutorias, lo que requiere defensas más primitivas y conflictos con el ambiente (romper con las pautas aceptadas). Se buscan entonces transacciones que se expresan como síntomas o como trastornos de carácter. El esquema siguiente indica las diferencias:

Síntomas	Rasgos de carácter
Hacen sufrir.	Modos habituales de comportamiento.
Se mantienen con la enfermedad.	Se mantienen como parte integral de la personalidad.
Manifiestan el conflicto y la ruptura de las defensas.	Manifiestan identificaciones diversas, ideales del Yo, Yo Ideal, formaciones reactivas.
Surgen por algún trauma o cambio.	Aparecen tempranamente y se vuelven patológicos ante un trauma o cambio.

Defensas caracterológicas.- Son distintas para cada sexo, y sirven para mantener la adaptación general sin detener el crecimiento. Estas defensas tienen el carácter de fenómenos transicionales no sólo por su fin (elaboración de un duelo) y su transitoriedad, sino también porque encierran los aspectos del sexo opuesto del cual se diferencian y separan definitivamente (identidad sexual); estos aspectos se conservan de manera transicional en el rasgo de carácter, entre otras formas.

Condensado de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión.

RAZONAMIENTO

Definición.- "O raciocinio. El razonamiento encadena los juicios entre sí en una relación directa de dependencia; su finalidad es comprobar y demostrar una verdad. Establece comparaciones entre los juicios cuyas similitudes permiten efectuar substracciones de término: lo que es verdad en uno de los términos lo es también en los otros" (Betta, 1984:138).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Clasificación.- "1) Razonamiento por deducción: Acepta como verdadera una proposición llamada "consecuencia", cuando otras proposiciones llamadas premisas, también lo son. 2) Razonamiento de inducción: Afirma una verdad basándose en la observación de determinado número de hechos. 3) Razonamientos por analogías: Afirma una verdad cuando uno de los términos presenta caracteres semejantes a los de los otros" (Betta, 1984:138).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Generalidades.- El razonamiento es un subcapítulo dentro del tema pensamiento. El razonamiento es un proceso donde se extrae información a partir de premisas. Es una cuestión de generación de información, y por tanto de interés psicológico pero también epistemológico.

La lógica clasifica los razonamientos en deductivos e inductivos.

En la deducción, la conclusión se infiere de manera necesaria y suficiente, pero no incluye información nueva. En la inducción la conclusión es probable y agrega información que no estaba en las premisas.

La lógica da reglas sobre como debería pensar el hombre, pero estas leyes son diferentes a las leyes del pensamiento, que apuntan a cómo de hecho el hombre piensa. Identificar leyes de la lógica con leyes del pensamiento, como se hizo desde el siglo 17, generó confusiones, hasta que finalmente Boole construye una lógica puramente formal, que combina elementos independientemente de la interpretación que se les pueda dar, o sea, más allá de toda cuestión psicológica.

Lefford (1946) distinguía inferencias lógicas e inferencias psicológicas, y estas últimas pueden ser hechas por cualquier persona y en sí mismas no son correctas o incorrectas, salvo que las comparemos con la inferencia lógica. Los estudios de psicología cognitiva buscan ver cómo la gente razona con una lógica mental, no con una lógica formal, o sea como razonan realmente, no idealmente.

Resumen de González G (1987) Temas de Psicología Cognitiva (II. Pensamiento. Capítulo 2). Buenos Aires: Tekné.

Teorías sobre el razonamiento deductivo.- Hay tres corrientes teóricas para explicar como se da el razonamiento deductivo en las personas:

Teorías no lógicas: al razonar no se siguen reglas lógicas.

Teorías lógicas: al razonar se aplican las reglas lógicas.

Teorías ilógicas: al razonar se aplican reglas lógicas incorrectas.

Teorías no lógicas.- Sostienen que al razonar, la gente no sigue leyes lógicas. Dentro de estas teorías están las que dicen que al razonar se atiende a la forma del razonamiento, y las que dicen que se atiende al contenido.

Las que dicen que al razonar se atiende a la forma (Woodworth y Sells, 1935) plantean la hipótesis del efecto atmósfera (por ejemplo, en un silogismo, premisa/s particular/es crean una atmósfera de 'algunos sí' que tiende a hacer sacar una conclusión también particular), y la hipótesis de la cautela (premisas negativas hacen sacar conclusiones negativas, 'por las dudas' de concluir algo más allá de las premisas).

Los psicólogos cognitivos investigaron tres tipos de razonamientos: silogísticos, transitivos (Si A entonces B, si B entonces C, por tanto si A entonces C), y proposicionales (los que usan conectivas lógicas). Estas teorías fueron criticadas porque se dijo que al razonar, las personas atendían al contenido del razonamiento.

Entre las que dicen que al razonar se atiende al contenido están por ejemplo la de Morgan y Morton (1944): se sacan conclusiones en base a creencias y actitudes (por ejemplo si un razonamiento habla en las premisas de negros y maldad, se tiende a concluir que los negros son malos). Wilkins (1928) sostuvo que el contenido puede también ser facilitador del razonamiento, ayudando así a la persona a sacar la conclusión correcta.

Teorías lógicas.- Defienden la racionalidad aún en el error. Henle, por ejemplo, dice que los sujetos agregan premisas adicionales a los razonamientos que les dan, según sus creencias y saberes, convirtiendo así el razonamiento en válido. Para Mary Henle hay una 'lógica mental' análoga a la lógica formal. Henle criticó a Morgan diciendo que no dijo cuáles eran las creencias y actitudes de las personas.

Teorías ilógicas.- Al razonar se usan reglas incorrectas de razonamiento. Se ejemplificó esto con el problema de las cuatro tarjetas (página 35) y otros, que permitieron concluir que, al razonar, las personas: a) buscan confirmar sus hipótesis y no buscan contraejemplos, b) tienden a defender su conclusión inicial aún mostrándoles el error, y c) al razonar se apoyan en contenidos realistas o familiares, con lo cual el contenido es facilitador del razonamiento correcto (un inglés razonó mejor un problema de estampillas inglesas que un norteamericano).

Resumen de González G (1987) Temas de Psicología Cognitiva (II. Pensamiento. Capítulo 3). Buenos Aires: Tekné.

Teoría de los modelos mentales.- Johnson-Laird dice que hay dos posiciones extremas respecto del pensamiento:

1) Teorías racionalistas: Comienzan con Spinoza. Dicen que el razonamiento es un conjunto de procesos innatos, no aprendidos, que se aplican sin error a cualquier contenido cognitivo. Sus leyes son realmente las leyes de la lógica.

2) Teorías irracionalistas: la gente es inherentemente irracional.

Ambas teorías no cubren todas las posibilidades, pues además de racionalidad invariable e irracionalidad invariable, existe otra posibilidad: la racionalidad variable, que supone el razonamiento como una habilidad que se adquiere y, por tanto, puede ejecutarse con mayor o menor pericia. Estas tres posibilidades cubren todo el espectro: son exhaustivas.

Con el fin de decidir entre esas tres alternativas, Johnson-Laird propone su teoría del *modelo mental*, basándose en seis supuestos:

Supuesto 1) Al razonar, los sujetos interpretan las premisas construyendo un modelo mental integrado: no se representan directamente las propiedades lógicas de una expresión. Así, en el silogismo:

Algunos científicos son padres (primera premisa).

Todos los padres son conductores (segunda premisa).

Por tanto algunos científicos son conductores (conclusión).

El sujeto se imagina la primera premisa como un número arbitrario de científicos, y luego imagina que algunos de ellos son padres. Considera también que puede haber científicos que no sean padres, ni padres que sean científicos.

A este primer modelo puede integrar uno similar correspondiente a la segunda premisa, con lo que obtiene un nuevo modelo integrado donde hay científicos que son padres y conductores, pero puede haber algún conductor que no sea padre.

Supuesto 2) La conclusión extraída está basada en la novedad y la parsimonia: se relacionan aquellos ítems que no hayan sido relacionados explícitamente en las premisas. No nos representamos directamente las propiedades lógicas, sino que estas surgen naturalmente del proceso de construcción de modelos mentales. Una inferencia depende de que se forme un modelo mental integrado de las premisas.

Supuesto 3) El orden en que se expresa lingüísticamente la conclusión sigue el principio de la memoria según el cual lo primero que entra es lo primero que sale. Ejemplos: a) es más sencillo recordar las premisas en el orden el que fueron dadas; b) es más fácil formular la conclusión en el orden en que las premisas entraron en la memoria: primero se mencionan los científicos y luego los conductores.

Los supuestos 2 y 3 permiten explicar cómo el sujeto obtuvo la conclusión del razonamiento.

Estos tres supuestos explican lo que es un modelo mental, pero los siguientes tres últimos supuestos son igualmente importantes para la teoría de Johnson-Laird.

Supuesto 4) Según las características del silogismo, forma y complejidad, las premisas no se integran en un modelo de manera inmediata, debiendo el sujeto realizar operaciones suplementarias para lograr esa integración.

Supuesto 5) Cuanto mayor sea el número de modelos necesarios para llegar a una conclusión, mayor será la carga de memoria en funcionamiento, y por tanto mayor la posibilidad de equivocarse. Un razonamiento sencillo recurre a un único modelo mental. Así, la dificultad del razonamiento no reside en su complejidad lógica sino en sus demandas de memoria, y según algunos psicólogos, el niño razona cada vez mejor porque se va ampliando su memoria operativa.

Supuesto 6) Al razonar, las personas no se basan estrictamente en las leyes lógicas sino que utilizan información semántica. El proceso inferencial se realiza a través de sucesivos análisis de las distintas interpretaciones posibles de las premisas, es decir, de los diferentes modelos mentales utilizados.

En síntesis, la teoría de los modelos mentales postula:

El razonamiento semeja más una simulación mental de realidades hipotéticas y la comprobación de su verosimilitud o verdad, que una aplicación sistemática de reglas puramente sintácticas de inferencia. La propia lógica es consecuencia de nuestra capacidad de buscar refutaciones, no la causa de esa capacidad. Al razonar, las personas construyen modelos y buscan alternativas, no necesariamente de forma aleatoria pero tampoco en forma totalmente sistemática.

Así, Johnson-Laird adhiere a la tercer alternativa, que era la hipótesis de la *racionalidad variable*: según la habilidad de la persona o la característica del mismo razonamiento, algunas veces se razona en forma racional, y otras de modo irracional, de modo que el razonamiento es una habilidad que se adquiere.

La teoría de los modelos mentales sugiere algunos factores que hacen que ciertas personas obtengan conclusiones correctas y otras no. Cita tres factores: 1) la capacidad para construir modelos mentales de las premisas, y 2) la capacidad para buscar diferentes modelos de las mismas premisas y construir un modelo integrado de ellos. 3) la capacidad de traducir en palabras las características comunes del conjunto de modelos mentales.

Otro factor depende del mismo razonamiento: la cantidad de memoria en funcionamiento, o memoria operativa. Se requiere más memoria si el razonamiento es más complejo o más extenso.

Resumen de González G, Panorama sobre estudios de pensamiento y razonamiento, publicación interna de la cátedra de Psicología General II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1999. Punto 3.3: El razonamiento como una habilidad: un intento de superación de la controversia racionalidad o irracionalidad.

RDC

Definición.- Abreviatura de Research Diagnostic Criteria. Los Criterios Diagnósticos de Investigación constituyen un catálogo de 25 alteraciones clínicas, definidas en base a criterios operacionales, que fue desarrollado por autores pertenecientes al movimiento neo-kraepeliniano y que sirvió de base para el DSM-III y las versiones posteriores.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 156.

REACTANCIA

Definición.- "Estado motivacional de un individuo dirigido a la restauración o salvaguardia de su libertad".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 624.

REALIDAD

Generalidades.- Watzlawick (págs. 148-150) sostiene que no existe una realidad absoluta, sino tan sólo visiones o concepciones subjetivas, y en parte totalmente opuestas, y que ingenuamente se las supone la verdadera realidad. Este autor distingue dos tipos de realidad: la de primer orden y la de segundo orden. La primera se refiere a lo puramente objetivo, físico, medible y verificable. Por ejemplo: la ballena es un mamífero, o el oro tiene la propiedad de ser maleable y dúctil. En cambio la segunda tiene relación con lo subjetivo, con los valores, significados o interpretaciones que asignamos a ciertos acontecimientos o cosas. El oro puede significar cosas distintas para distintas personas. Esas personas pueden diferir así en cuanto al valor que le asignan, aunque todas ellas estarán de acuerdo en sus aspectos objetivos y verificables (maleabilidad, etc). En el ámbito de la realidad de segundo orden resulta por tanto absurdo discutir sobre lo qué es "realmente" real, siendo ilusorio pensar que la realidad de segundo orden pueda ser "real".

Watzlawick ilustra la tesis de la relatividad de la realidad con la novela "Planolandia" (págs. 222-226), de cuyo análisis concluye que un aspecto de la madurez humana se refiere a la capacidad de poder vivir con verdades relativas, con preguntas sin respuestas, con la sabiduría de "no saber nada" y con las paradojales incertidumbres de la existencia.

Watzlawick Paul, (1981) "Es real la realidad?". Barcelona: Herder.

Realidad psíquica según M. Klein.- "La experiencia de la realidad psíquica es la experiencia del propio mundo interno, incluyendo la experiencia de impulsos y los objetos internos".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 124.

Realidad, sentido de, según M. Klein.- "Es la capacidad de experimentar la realidad psíquica como tal y de diferenciarla de la realidad externa. Implica la experiencia simultánea y la correlación de los mundos interno y externo".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 124.

Generalidades.- Watzlawick (1982:148-150) sostiene que no existe una realidad absoluta, sino tan sólo visiones o concepciones subjetivas, y en parte totalmente opuestas, y que ingenuamente se las supone la verdadera realidad. Este autor distingue dos tipos de realidad: la de primer orden y la de segundo orden. La primera se refiere a lo puramente objetivo, físico, medible y verificable. Por ejemplo: la ballena es un mamífero, o el oro tiene la propiedad de ser maleable y dúctil. En cambio la segunda tiene relación con lo subjetivo, con los valores, significados o interpretaciones que asignamos a ciertos acontecimientos o cosas. El oro puede significar cosas distintas para distintas personas. Esas personas pueden diferir así en cuanto al valor que le asignan, aunque todas ellas estarán de acuerdo en sus aspectos objetivos y verificables (maleabilidad, etc). En el ámbito de la realidad de segundo orden resulta por tanto absurdo discutir sobre lo qué es "realmente" real, siendo ilusorio pensar que la realidad de segundo orden pueda ser "real".

Watzlawick ilustra la tesis de la relatividad de la realidad con la novela "Planolandia" (Watzlawick, 1982:222-226), de cuyo análisis concluye que un aspecto de la madurez humana se refiere a la capacidad de poder vivir con verdades relativas, con preguntas sin respuestas, con la sabiduría de "no saber nada" y con las paradojales incertidumbres de la existencia.

Señala Umberto Eco que hay una diferencia importante entre hablar mirando a la cámara y hablar sin mirar a la cámara. Lo habitual es quien mire a la cámara se represente a sí mismo, mientras que quien habla sin mirar la cámara esté representando algún personaje. El actor no mira a la cámara porque quiere crear una ilusión de realidad, por ejemplo. El espectador tiende a identificarse con estos personajes que no miran a la cámara, son modelos de identificación. Con respecto al sujeto que mira a la

cámara, por ejemplo un locutor, el espectador tiende a creer que lo que dice es la realidad porque le están hablando a él (Eco, 1995).

Esta categorización de Eco ha quedado incompleta con la aparición del nuevo fenómeno mediático llamado Reality Show: en él, el personaje no mira a la cámara, como en los programas de ficción, pero sin embargo muestran algo real, no ficticio, en cuanto el Reality Show muestran los comportamientos espontáneos de las personas en situación de interacción.

Watzlawick Paul, (1982) Es real la realidad?. Barcelona: Herder.

Eco Umberto (1995) La estrategia de la ilusión. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.

Realidad psíquica.- 1. Se aplica al mundo de la fantasía en tanto generador de reacciones en el individuo, como si fuera el mundo real. 2. Término que Freud utiliza para designar aquello que en el psiquismo del sujeto presenta una coherencia y una resistencia comparables a las de la realidad material; se trata fundamentalmente del deseo inconsciente y de los fantasmas con él relacionado.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

REALIDAD VIRTUAL

Generalidades.- El concepto de Realidad Virtual (RV) aparece en 1965. Se trata de un programa que enfrenta al usuario con imágenes tan perfectas y definidas que resultan difíciles de diferenciar del mundo real. El realismo aumenta aún más porque se trata de visiones tridimensionales y sensaciones táctiles.

De esta forma, la realidad virtual conduce a una verdadera revolución perceptual, ya que están basadas en programas interactivos donde uno no sólo contempla sino que también interviene en esa realidad pudiendo modificarla. Quien utiliza la realidad virtual "es un personaje más; incluso, si lo desea, el protagonista y así, inmerso en un escenario virtual, puede combatir en una guerra simulada y morir a causa de una bala virtual, hacer el amor con otra persona que no esté físicamente presente, estudiar en un aula virtual y transformarse en un tiranosaurio rex o explorar la planicies marciana sin subirse a un cohete" (Daiban C, 1995).

El dispositivo básico que utiliza el usuario es un casco con lentes especiales a través de los cuales ingresa en el mundo de las imágenes virtuales, y unos guantes también especiales mediante los cuales puede actuar en esa realidad desplazándose, tocando y cambiando lo que en ella encuentre.

Esta innovación representa indudablemente un avance tecnológico, ya que tiene muchas aplicaciones reales y potenciales. Por ejemplo, un arquitecto podrá crear una casa tridimensional donde podrá moverse por las habitaciones, y ya no necesitará hacer un plano bidimensional para ir corrigiendo posibles errores. Del mismo modo, los estudiantes de medicina podrán aprender a realizar intervenciones quirúrgicas en un cuerpo virtual, y con bisturís virtuales, en lugar de hacer sus primeros ensayos en pacientes reales.

Daiban Cynthia, Mundos imaginarios. Artículo incluido en La Prensa, 25-6-95.

Peligros de la realidad virtual.- Sin embargo, a pesar de estas y otras muchas aplicaciones prácticas, hay peligros que implica o podría implicar el empleo de la realidad virtual para el hombre y su psiquismo. Investigaciones realizadas en los EEUU comprobaron, por ejemplo, que la realidad virtual produce alteraciones nerviosas y distorsiona los sentidos. El neurólogo Juan E. Azcoaga, por ejemplo, indica que si a un hombre entrenado se lo coloca en un simulador de vuelo espacial y se le hace creer que está a merced de una lluvia de meteoritos, no tardará más de media hora en tener todos los síntomas típicos de un ataque de pánico (Gentil, 1996). No hace falta que la persona viva concretamente la situación, bastando con que sus sentidos (vista, oído, tacto) crean que el hecho está efectivamente, ocurriendo.

El ejemplo del simulador de vuelo es relevante porque básicamente es el mismo dispositivo que la realidad virtual: ésta es una forma de simular la realidad "real" en condiciones de máxima credibilidad.

Cuando una persona está un determinado tiempo inmersa en la realidad virtual, puede llegar a comportarse como si esa fuera la realidad 'real', manifestando entonces una sintomatología que no condice con lo que ocurre realmente. Las investigaciones realizadas en los EEUU muestran, entre otras cosas, el llamado efecto "flashback" (Gentil, 1996), una inhibición generalizada de la capacidad de trabajo del sistema nervioso que se produce cuando se sobrepasan sus niveles de tolerancia. Horas después de abandonar el casco, hombres y mujeres tienen momentos de escape, pierden el aquí y ahora, y creen aún estar en el terreno de la realidad virtual. Por ejemplo, se les alteran las nociones de tiempo y espacio de tal forma que, para convencerse que han vuelto a la realidad 'real', necesitan tocar todos los objetos para convencerse de su existencia real.

En nuestro final de siglo vivimos en un mundo poblado de imágenes, donde la pantalla de la TV y la pantalla de la realidad virtual han desplazado gran parte del lenguaje verbal, con lo cual de alguna forma hemos regresado a formas primitivas de pensamiento, donde se pensaba en imágenes en vez de pensar con palabras.

Podemos imaginarnos una escuela donde a los niños no se les enseñase a leer y escribir sino a manejarse solamente con imágenes. Pensamos que estos niños no tendrían estímulo suficiente para desarrollar su inteligencia ni su capacidad crítica y reflexiva, porque el lenguaje verbal, a diferencia del lenguaje

analógico de las imágenes, tiene una sintaxis mucho más poderosa (Watzlawick y otros, 1981): las palabras pueden articularse de muchas maneras distintas y expresar de esa forma las ideas más sutiles y creativas.

Gentil Andrea, La realidad virtual enferma. Artículo incluido en Clarín, 5-3-96.

Watzlawick P y otros (1981) Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder, 2da edición, capítulo 2.

Beneficios de la realidad virtual.- La realidad virtual puede y debe ser aprovechada, manejada racionalmente. Un ejemplo de ello lo tenemos en su empleo como método para tratar las fobias (Gentil, 1996). En los EEUU, hallaron que la terapia asistida con realidad virtual puede ser útil a la hora de tratar estas dolencias. Una persona con temor a las alturas puede ser sumergida en un ambiente virtual en la cima de un edificio, con lo cual experimentará un gran miedo que podrá ir controlando a medida que controla la altura a la que se encuentra. Se comprobó que el 90 por ciento de los pacientes pudo recuperarse luego de tres meses de este tipo de tratamiento conductista basado en una desensibilización sistemática. Advierten que, sin embargo, pueden también desarrollar un "ciberenfermedad": sesiones de más de 35 minutos provocan más malestar que la misma fobia.

Gentil Andrea, La realidad virtual enferma. Artículo incluido en Clarín, 5-3-96.

Realidad virtual y trastorno de estado de pánico.- Las patologías donde la ansiedad juega un papel importante son hoy una de las entidades clínicas con más repercusiones sociales y individuales en nuestro contexto cultural. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento del trastorno de pánico se está probando en el mundo científico. Nuevas pistas de investigación están buscando procedimientos de tratamiento más eficaces (con alta percentual de éxito) y eficientes (éxitos terapéuticos en pocas sesiones y con un costo limitado), sobre todo en el campo de la agorafobia (con o sin ataques de pánico). El Instituto Auxologico Italiano está llevando a cabo una investigación sobre el uso de la Realidad Virtual en el tratamiento del trastorno de pánico: el enfoque teórico permanece cognitivo-conductual, pero la novedad es la introducción de entornos virtuales en algunas sesiones terapéuticas. Lo que el Virtual puede añadir al tradicional iter terapeutico es la posibilidad de reproducir entornos ansiógenos poniendo los pacientes en la condición de explorar el mundo virtual en un estado de "inmersión sensorial" que va a generar un sentido funcional de "presencia" dentro de la terapia. Una de las ventajas del enfoque cognitivo-conductual con la modalidad virtual parece ser la rapidez en comparación con la procedura traditional sin entornos virtuales. Todavía se necesitan más investigaciones.

Castelnuovo G, Molinari E, Riva G. La realidad virtual como recurso terapéutico del trastorno de pánico. Interpsiquis. 2003.

Realidad virtual y delirios de persecución.- Objetivo. Se ha empezado a utilizar la realidad virtual (VR) para investigar el síntoma psicótico principal de la paranoia. Los estudios iniciales han sido con individuos no-clínicos e individuos con alto riesgo de psicosis. El siguiente paso es desarrollar la tecnología para la comprensión y el tratamiento clínico de los delirios. Por lo tanto el presente estudio investigó la aceptabilidad y seguridad de utilizar la VR en individuos con delirios de persecución actuales. Además, se precisa para determinar si los pacientes se sienten inmersos en un ambiente social de VR y, por lo tanto, experimentan pensamientos paranoicos.

Método. Veinte individuos con delirios de persecución y veinte individuos no-clínicos pasaron 4 minutos en un tren subterráneo de VR que contenía caracteres neutrales. Se midieron los niveles de enfermedad del simulador, angustia, sensación de presencia, e ideación persecutoria de los caracteres del ordenador. Se hizo un seguimiento de una semana para comprobar efectos secundarios a largo plazo.

Resultados. La experiencia de VR no elevó los niveles de ansiedad o los síntomas de enfermedad del simulador. No se reportaron efectos secundarios durante el seguimiento. Hubo un considerable grado de presencia en el escenario de VR para todos los participantes. Una gran proporción del grupo de delirios de persecución (65%) tenía pensamientos de persecución acerca de los caracteres del ordenador, aunque esta tasa no fue significativamente más alta que en el grupo de los no-clínicos.

Conclusiones. El estudio indica que las experiencias breves en VR son seguras y aceptables para las personas con psicosis. Además, los pacientes con paranoia pueden sentirse sumergidos en las escenas de VR y experimentar pensamientos de persecución. La exposición a situaciones sociales mediante VR tiene el potencial para ser incorporado en las intervenciones cognitivo-conductuales para la paranoia.

Miriam Fornells-Ambrojo; Chris Barker; David Swapp...(et.al). Realidad virtual y delirios de persecución: Seguridad y viabilidad. SCHIZOPHR RES. 2008 SEP;104(2):228-236.

RECURRENCIA

Definición.- Es la reiteración de un mismo indicador en varias zonas de un mismo gráfico o en gráficos diversos, y pueden estar referidas a pautas formales o pautas de contenido. Por ejemplo, puede haber una reiteración en la presión del trazo, el tamaño o la ubicación del dibujo, etc. "En general, es esperable que las pautas formales tengan mayor estabilidad, ya que responderían más a aspectos

centrales de la personalidad, y que las pautas de contenido se presenten como más variables, por ejemplo, ante un test-retest, logrando por tanto un nivel más bajo de confiabilidad”.

Frank de Verthelyi R, Gráficos en niños. Publicación interna de la Cátedra de Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1990.

Definición.- Reiteración de un mismo indicador en varios componentes de una misma técnica o en varias de ellas (por ejemplo en un mismo gráfico). Es un modo de recoger indicaciones significativas en un nivel intratest o intertest.

Lunazzi de Jubany H, Lectura del psicodiagnóstico.

RED SOCIAL

Generalidades.- Las relaciones sociales son de gran importancia para las personas, ya que favorecen el desarrollo psicológico y social, además de ejercer una función protectora frente a las enfermedades (Cohen & Syme, 1985, citados por Clemente, 2003:34).

Wellman (1988, citado por Clemente, 2003:34) considera el concepto de *redes* desde dos perspectivas diferentes y complementarias. Una se centra en el individuo y mira a la red como un todo y se la denomina *ego-centrada* de la red. Para su análisis se parte de un actor local denominado *ego* y se examinan los vínculos que existen con él. En tanto desde la otra perspectiva se utiliza un criterio de delimitación de la población sobre el universo, en este caso el objeto de análisis es la totalidad de los lazos que se establecen entre los miembros o subgrupos de la red.

Clemente María Alejandra, Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. Buenos Aires: Revista de Psicología y Ciencias Afines. Volumen 20, Número 1, año 2003.

Estructura de la red social.- La estructura de la red social presenta las siguientes características (Clemente, 2003:35-36):

a – *Tamaño*: Es el número de personas que conforman la red. Existen datos que informan que las redes de tamaño mediano son más efectivas que las pequeñas o las muy numerosas.

b – *Densidad*: Es el grado de conexión de los miembros, independientemente del informante. Un nivel de densidad medio favorece la máxima efectividad del grupo al permitir la confrontación de ideas o juicios. Una red con nivel de densidad muy alto favorece la conformidad en sus miembros y un nivel de densidad muy bajo reduce la efectividad del grupo *por la falta de afecto potenciador de la confrontación*.

c – *Composición o distribución*: La proporción del total de los miembros de la red está localizada en cada cuadrante y en cada círculo. Las redes muy concentradas son menos flexibles y efectivas y generan menos opciones que las redes de distribución más amplia; esto se aplica tanto a la distribución en cuadrantes como en círculos.

d – *Dispersión*: Es la distancia geográfica entre los miembros. Un alto grado de dispersión afecta la facilidad de acceso al y del informante y por lo tanto, la sensibilidad de la red a las variaciones del individuo, como la eficacia y velocidad de respuesta ante situaciones de crisis. Esta característica estructural de la red también puede ser denominada *accesibilidad*, que es la facilidad de acceso o contacto para generar comportamientos efectivos.

e – *Homogeneidad y Heterogeneidad*: Se refiere a lo demográfico como a lo socio cultural (edad, sexo, cultura y nivel socioeconómico, etc.).

f – *Atributos de vínculos específicos*: Se consideran atributos por ejemplo, a la intensidad o tropismo, es decir, compromiso y fuerza de la relación, durabilidad e historia en común.

g – *Tipo de funciones*: Son las desempeñadas por cada vínculo y por el conjunto, por ejemplo, apoyo, guía regulación, etc.

Clemente María Alejandra, Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. Buenos Aires: Revista de Psicología y Ciencias Afines. Volumen 20, Número 1, año 2003.

Funciones de la red social.- El tipo de intercambio interpersonal que prevalece entre los miembros de la red, determina las funciones de la red que se consignan a continuación (Clemente, 2003:36-37):

a) *Campaña social*: Es la ejecución de actividades conjuntas o simplemente sentirse junto a otros.

b) *Apoyo emocional*: Son los intercambios que se realizan por una actitud emocional positiva, comprensión, simpatía, empatía y estímulo. Es poder contar con el compromiso emocional y la buena voluntad del otro, en lo que se juega el amor, el cariño y la comprensión, entre otras emociones.

c) *Guía cognitiva y consejo*: Son las interacciones que tienen como fin compartir información personal o social, aclarar expectativas y proveer modelos de desempeño de rol.

d) *Regulación o control social*: Se refiere a las interacciones que recuerdan y reafirman las prescripciones sociales, correspondientes a los diferentes roles. Neutralizan las desviaciones de comportamiento que se apartan de la norma, favoreciendo la resolución de conflictos.

e) *Ayuda material y de servicios*: Alude a la colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física. Dentro de esta área se encuentran los servicios de salud.

f) *Acceso a nuevos contactos*: Se refiere a la posibilidad de conexión con otras personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red del individuo.

Clemente María Alejandra, Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. Buenos Aires: Revista de Psicología y Ciencias Afines. Volumen 20, Número 1, año 2003.

Red social y apoyo social.- El apoyo social constituye la ayuda emocional o instrumental que para el individuo, se deriva en un determinado entramado de su red social (Sluzki, 1998, citado por Clemente, 2003:38).

Clemente María Alejandra, Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. Buenos Aires: Revista de Psicología y Ciencias Afines. Volumen 20, Número 1, año 2003.

Red social y apoyo social.- Junto con Gottlieb podemos definir apoyo como la información, el consejo (verbal y no-verbal), las ayudas tangible y las acciones de personas (sistema de apoyo) que tienen un efecto emocional/conductual benéfico sobre el sujeto que los recibe. El sistema de apoyo puede ser formal o profesional (médicos, psicólogos, asistentes sociales, en el marco de un hacer institucional) o informal (apoyo que surge de modo espontáneo de las personas del entorno del sujeto afectado). El sistema de apoyo -o conjunto de personas que ofrecen apoyo social- constituye una red social. Es un grupo que presenta algún tipo de relación con el individuo y, por lo tanto, encontraremos entre ambos un intercambio tanto positivo como negativo (Laham M, 2001:132).

Se consideran redes sociales (Laham M, 2001:132):

1. La familia nuclear y los amigos íntimos.
2. Otros amigos (que eventualmente reemplazarán o completarán a los íntimos en su función de apoyo).
3. Profesionales (sistema de apoyo formal).
4. Servicios que una comunidad se da a sí misma.

Las dos primeras ofrecen un apoyo efectivo y garantizan una previsión de largo plazo. Las dos últimas son aquellas redes en las que se busca información y consejo específicos.

Laham Mirta (2001) Psicocardiología. Abordaje psicológico del paciente cardíaco. Buenos Aires: Ediciones Lumiere.

Funciones de apoyo social.- De acuerdo a los distintos tipos de apoyo Sluzki (1998, citado por Clemente, 2003:40) hace dos distinciones básicas entre *apoyo diario* y *de crisis* y entre *apoyo psicológico* e *instrumental*, y además entre sus respectivas combinaciones:

- a) *Apoyo psicológico diario*: Alude al grado y diversidad de las interacciones sociales placenteras.
- b) *Apoyo instrumental diario*: Remite a las situaciones de todos los días, en las que podrías ser conveniente la ayuda de alguien, pero si faltara no acarrearía mayores consecuencias.
- c) *Apoyo instrumental en crisis*: Apunta a situaciones prototípicas de crisis que requieren esencialmente asistencia instrumental (material).
- d) *Apoyo psicológico de crisis*: Se refiere a aquellas situaciones conflictivas por las que puede pasar la persona, y en las que poco se puede hacer para cambiar el evento en sí mismo, pero en las que se necesita una adaptación a la situación crítica.

Clemente María Alejandra, Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. Buenos Aires: Revista de Psicología y Ciencias Afines. Volumen 20, Número 1, año 2003.

Investigaciones sobre redes sociales.- Diversas investigaciones sobre redes de apoyo social permiten obtener las siguientes conclusiones (Clemente, 2003:35-53-54):

- a. - Los adultos mayores experimentan distintos tipos de pérdidas, tanto personales como sociales, produciendo un descenso de la actividad social, prefiriendo pasar más tiempo con los familiares que con los amigos.
- b. - Con respecto a la influencia de las variables sociodemográficas en las características de la red social, se halló que a mayor nivel educativo mayor tamaño de la red social y menor sentimiento de soledad.
- c. - Las mujeres poseen redes más amplias, fuentes variadas de apoyo, con lazos más íntimos que les brindan apoyo emocional, mientras que los hombres brindan y reciben un apoyo más instrumental. Las mujeres casadas en comparación con las viudas tienen redes más amplias y manifiestan mayor satisfacción con el apoyo recibido.
- d. - Finalmente, en base a los estudios acerca de la relación entre las redes de apoyo social y otras variables psicosociales se puede concluir que existiría una relación inversa entre la soledad y el tamaño de la red, la densidad, la frecuencia de contactos, el tipo de apoyo y el grado de satisfacción con el mismo. Es por ello que se podría considerar a las redes de apoyo como la cara opuesta de la soledad.
- e. - A partir de todo lo expuesto y coincidiendo por lo señalado por Bowlby (1969) se podría afirmar que los seres humanos de todas las edades y sin distinción de género, son más eficaces y felices si confían en tener a su alcance personas que les brinden apoyo, compañía, amor, ayuda, etc., en los distintos momentos de la vida.

Clemente María Alejandra, Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. Buenos Aires: Revista de Psicología y Ciencias Afines. Volumen 20, Número 1, año 2003.

Redes sociales de apoyo y salud.- Los mecanismos a través de los cuales la red social activa y efectiva influye positivamente en la salud son menos visibles que las asociaciones causales entre factores tradicionales de riesgo y enfermedades cardiovasculares.

Sin embargo, Sluzki señala cuatro procesos por los cuales la existencia, o carencia, de una red social de apoyo afecta positiva, o negativamente en la salud de un sujeto (Laham M, 2001:133):

1. La reacción de alarma se mitiga con la presencia de figuras familiares.
2. Las relaciones sociales contribuyen en la donación de sentido a la vida de sus miembros.
3. La red provee una retroalimentación cotidiana que permite corregir las desviaciones de la salud.
4. La red social favorece actividades personales asociadas positivamente con la sobrevivencia.

El apoyo social resulta útil para llevar a cabo estrategias de prevención primaria, y es particularmente relevante para la prevención secundaria y la rehabilitación. En este sentido, Cornes (citado por Laham M, 2001:132), propone algunas estrategias posibles de intervención:

- * Enfatizar el entrenamiento de habilidades sociales para reducir el aislamiento, el sentimiento de soledad y la indefensión.
- * Desarrollar el sentimiento psicológico de comunidad favoreciendo la integración social de los sujetos.
- * Identificar y reducir a mínimos posibles los acontecimientos vitales estresantes.
- * Fomentar las asociaciones de individuos a cualquier nivel como forma de estrategia de afrontamiento.

Indica Laham (2001:132) que es importante tomar en consideración la calidad de soporte que permite el sistema informal de apoyo. La relación entre red social informal y paciente es bidireccional. Por un lado, hay una amplia evidencia de que la red social informal protege a la persona de las enfermedades, aumenta la sobrevivencia y acelera los procesos de rehabilitación. Pero, también, contamos con evidencia que la presencia de enfermedad en un sujeto miembro de una red social deteriora la interacción dentro de la misma.

En el primer caso sabemos que:

1. Los sujetos menos integrados socialmente tienen mayores posibilidades de desarrollar una enfermedad y hasta mayores posibilidades de mortalidad. En este sentido, podemos señalar una mayor ocurrencia de infartos de miocardio.
2. El efecto deletéreo de una red social informal insuficiente es mayor en varones que en mujeres, ya que éstos tienden a establecer relaciones interpersonales de mejor calidad.
3. La presencia de miembros de la red social informal reduce el impacto del estrés. La recuperación de pacientes con infarto de miocardio en los hospitales que permiten la presencia de personas del entorno del enfermo, ha sido más completa y ha ocurrido en menor tiempo, que en aquellos hospitales donde los pacientes se encontraban aislados de su red informal.
4. La red social informal permite la retroalimentación cotidiana que favorece comportamientos sanos. En este sentido funciona como un contralor de la salud y estimula la corrección de hábitos nocivos y la consulta a profesionales.
5. El soporte de la red informal contribuye a dar sentido a la vida de sus miembros. Esto lleva a prácticas de mayor y mejor cuidado en sí.

En el segundo caso, cuando la presencia de enfermedad en uno de los miembros afecta negativamente la red social informal, Sluzki señala que:

1. Las enfermedades desvitalizan las relaciones interpersonales porque:
 - a) producen en los otros conductas evitativas.
 - b) reducen la reciprocidad en el sujeto enfermo.
2. El cuidado de los enfermos -en particular de aquellos pacientes de enfermedades crónicas- es percibido por el entorno como una acción poco gratificante: "A pesar de los cuidados, el enfermo no mejora".

Para Sluzki (citado por Laham, 2001:134), los miembros de una red social se agotan en su acción de soporte en una proporción inversa a la lealtad, la historia en común, y la ética de quienes ejercen las conductas de cuidado.

En virtud de esta relación bidireccional entre el sistema de apoyo informal y el paciente, en nuestros días donde, en palabras de Sluzki, se "han reducido las actividades tribales con la familia extendida" la función de las redes sociales formales -profesionales, instituciones y servicios de la comunidad- adquiere mayor relevancia (Laham M, 2001:134).

Laham Mirta (2001) Psicocardiología. Abordaje psicológico del paciente cardíaco. Buenos Aires: Ediciones Lumiere.

REFLEJO

Reflejo arcaico.- Son los reflejos presentes en el recién nacido. Son muchos, pero aquí se destacan los siguientes:

- 1) *Reflejo de la marcha:* Normal en el recién nacido, pero anormal si persiste más allá de los cuatro meses. Al sostenerlo, el bebé levanta una pierna hacia delante, inclina el cuerpo hacia delante pero se mantiene vertical, mientras la otra pierna se despegue del suelo. Los brazos permanecen pegados al cuerpo, es un andar automático y monótono, sin equilibrio propio ni capacidad de detención.

2) *Reflejo de enderezamiento estático*: Se pone al niño de pie y extensiona su cuerpo modificando la postura en flexión habitual. Es inconstante, pues algunos niños hipotónicos se caen cuando se les pone en esta posición.

3) *Reflejo de incurvación del tronco*: Estando el niño en posición de suspensión ventral, se lo estimula con un pinchazo a un costado del abdomen, debiendo incurvar el tronco.

4) *Reflejo de Moro*: es la piedra angular de la neurología de los primeros meses. El estímulo es brusco: un golpe seco, un soplo brusco en el rostro, una aplicación violenta de frío o calor en el abdomen, etc. Todos estos estímulos repentinos dan una misma respuesta: los miembros superiores se extienden en cruz simétricamente y luego van hacia el tórax, como un abrazo. Los miembros inferiores acostumbran a extenderse y el niño grita. Este reflejo debe extinguirse hacia las seis semanas, y si es unilateral sospecharemos un hemisíndrome.

5) *Reflejo 'grasping', reflejo de Darwin o reflejo tónico de los flexores*: es normalmente muy vigoroso en el recién nacido y rigurosamente simétrico. La mano se cierra al estimular la palma, reflejo que se disipa hacia el final del segundo mes. Debe desaparecer para que aparezca la prensión voluntaria. Hacia los 7-8 meses poniendo un objeto sólido en la palma de la mano, mantiene esta cerrada, o sea se mantienen en tensión los flexores.

6) *Reflejo de succión*: introduciendo un objeto en la boca, los labios y la lengua se mueven sinérgicamente (para la función vital de succionar). La ausencia de este reflejo indica lesión en el sistema nervioso central. Dentro de este reflejo hay también un reflejo de los puntos cardinales: cuando el dedo estimula la comisura labial, se baja el labio inferior, la lengua se dirige al dedo y empieza la succión.

Koupernik C, Desarrollo psicomotor de la primera infancia. Barcelona: Planeta.

Reflejo condicionado.- "Los reflejos simples o no condicionados consisten en un estímulo y una reacción sin intervención de la conciencia. Cuando a un perro se le muestra un alimento, segrega saliva. El estímulo es la vista del alimento y la reacción la segregación de la saliva. Pero se puede enseñar al animal a que reaccione a un estímulo extranatural como, por ejemplo, tocando una campanilla, persistentemente, antes de presentarle el alimento. En breve tiempo el perro llega a relacionar la campanilla y segrega saliva tan solo al oírla sonar. Esto es lo que se llama reflejo condicionado; el reflejo condicionado es el repique de la campanilla. A menos, sin embargo, que se ofrezca también el estímulo simple, el estímulo condicionado desaparecerá con el tiempo. Precursor de este campo de investigaciones psicológicas fue el científico Pavlov" (Speck, 1966:288).

Speck G (comp) (1966) Diccionario científico ilustrado. New York: Editors Press Service.

Reflejo de Babinsky.- Extensión, en vez de encogimiento, de los dedos de los pies cuando se excita la planta con un instrumento puntiagudo. Denominado por José Babinsky (1857-1932), médico inglés.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Reflejo condicionado.- "Respuesta refleja a un estímulo que previamente no la desencadenaba, adquirida por la coincidencia repetida del estímulo con otro estímulo (incondicionado) que normalmente produce la respuesta" (pág. 225).

Ganong William (1980) Manual de fisiología médica. México: El Manual Moderno. 7ª edición.

Reflejo retardado.- Un ejemplo de reflejo retardado es el siguiente: Si se toca la trompeta durante dos minutos y después se muestra la comida al animal y queda establecido un reflejo condicionado de esta forma, en un próximo experimento el animal no secretará saliva hasta que la trompeta haya sonado los dos minutos, y no antes. 'Retardado' significa entonces, retardado en el tiempo.

Garrett H (1966), Las grandes realizaciones de la psicología experimental. México: FCE, 3ª edición.

REFLEXIÓN

Definición.- "La reflexión es la atención voluntaria introvertida hacia las ideas, pensamientos y sentimientos; hacia la vida psíquica superior hasta llegar a la meditación" (Betta, 1984:65).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición.- 1. En latín: *reflexio* = doblamiento; significa psicológicamente un "volver-atrás" (un repliegue) de la atención que de los objetos exteriores se dirige a la actividad anímica propia y al modo de existencia. El concepto "reflexión" es, al final, de conciencia. (De Vries). 2. El término reflexión designa una meditación comparativa y examinante contrapuesta a la percepción sencilla o a los juicios primeros y espontáneos sobre un objeto. Hay que distinguir la *reflexión psicológica*, es decir, dirigida a los actos propios y al Yo, de la *reflexión lógica* enderezada al modo abstracto de pensar y a las relaciones lógicas. (De Vries).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

REFLEXOLOGÍA

Generalidades.- Fundada por Pavlov (1849-1936), quien recibe la influencia de otro ruso, Sechenov, que es el primero en señalar que toda actividad psíquica se basa en reflejos. En 1906 Pavlov descubre el reflejo condicionado, con el cual busca explicar la totalidad de la vida psíquica: los procesos cognitivos superiores del hombre se consideran el resultado de la producción de sistemas de señales de segundo y tercer orden, que se construyen en base al primer sistema de señales cuya realidad es básicamente fisiológica. De aquí que no puede hablarse de 'lo psíquico' como lo opuesto de 'lo fisiológico', pues lo psíquico es un resultado de la complejización de reflejos elementales (nivel fisiológico). Rusia apoyó estas investigaciones por su marcado materialismo, pues mostraban a lo psíquico como un epifenómeno de lo fisiológico (es decir, el espíritu como epifenómeno de la materia). Vemos entonces en Pavlov un matiz materialista y reduccionista. Rubinstein, por su parte, buscará vincular la reflexología con la vieja idea de conciencia, dentro de un marco marxista.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

REFORZADOR

Definición y clasificación.- Un reforzador se define por sus efectos. Cualquier estímulo constituye un reforzador si aumenta la probabilidad de una respuesta. Los estímulos que actúan como reforzadores son de dos clases:

1. Reforzador positivo es todo estímulo que, sumado a una situación, fortalece la probabilidad de una respuesta operante. La comida, el agua, el contacto sexual, entran en esta clasificación.
2. Reforzador negativo es todo estímulo que, cuando se elimina de una situación, fortalece la probabilidad de una respuesta operante. Un ruido fuerte, una luz muy brillante, el calor o el frío excesivos, un choque eléctrico, se clasifican como tales reforzadores.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Definición.- "Todo estímulo que aumenta la frecuencia o probabilidad de una respuesta".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 624.

Refuerzo.- "Todo suceso que aumenta la probabilidad de una respuesta particular. En el condicionamiento clásico, el refuerzo se utiliza para provocar una cierta respuesta; en el condicionamiento operante, él es posterior a una determinada conducta"

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 624.

REGENERACIÓN

Definición.- Término utilizado por la corriente psicoanalítica en el sentido de defensa consiste en que el sujeto rehúsa reconocer la realidad por una percepción traumatizante (principalmente, la ausencia de pene en la mujer), mecanismo particularmente señalado por Freud para explicar el fetichismo y las psicosis.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

REGRESIÓN

Definición.- 1. Tendencia por parte de un organismo individual de una especie o de una sociedad, de anular el efecto del progreso mediante la vuelta a formas más primitivas. Contrario de *Progreso*, que es una tendencia a modificarse en el sentido de una mayor adaptabilidad. 2. En su acepción más amplia, el retorno a modos de sentir, de pensar y de conducta primitivos o infantiles, particularmente frente a dificultades. En vez de razonar debidamente, el individuo regresivo retorna a actitudes que en su niñez le han valido éxito, como llorar, sollozar, gritar, adoptar un aire de fastidio, simular enfermedad o acusar a otros. 3. (*Psicoanálisis*) La inclinación de la libido a retornar a fases pregenitales en caso de insatisfacción genital o de dificultades reales. (Freud). En general, el motivo de la regresión-huida opera sin entrar en la esfera de la conciencia. Según el *Psicoanálisis*, el motivo inconsciente defiende al regresionista contra situaciones insoportables, haciéndole creer que no elude las dificultades actuales. 4. (*Psicología del individuo*) El infantilismo emocional es un rasgo sobresaliente de muchos neuróticos y criminales, que recurren a la regresión como a un mecanismo de defensa contra sus insuficiencias. 5. (*Psicotecnia*) Una denominación general que se refiere a la relación entre partes variables, cuando tal relación está expresada por la ecuación de una línea recta o curva.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Es un retorno a formas anteriores del comportamiento, del desarrollo, de las relaciones objetales. Es la única defensa donde el yo adopta un papel más pasivo pues es algo que le

ocurre al yo, y parece ser puesta en marcha por los instintos que, al no hallar una satisfacción directa, buscan una vía sustitutiva.

Para que haya regresión debe haber entonces un yo débil el cual, frente a la frustración, se deja llevar a puntos de fijación anteriores (regresión). Hay una relación complementaria entre fijación y regresión: cuanto más fuerte es la fijación, más fácil es la regresión a ese punto.

Freud distingue tres tipos de regresión: a) Tópica: los pensamientos que no tienen acceso a la motilidad regresan al sistema de la percepción, como se ve en el sueño y la alucinación; b) Temporal: regreso a fases libidinales anteriores o más infantiles de la sexualidad por una frustración sexual adulta. Es el prerrequisito de la neurosis. También hay una regresión al narcisismo primario, que es la más profunda y supone la defensa más arcaica, pues bloquea al yo; c) Formal: regreso a formas de comportamiento más indiferenciados e inestructurados, del proceso secundario al proceso primario.

Celener G. y otros, "Los mecanismos de defensa y las técnicas proyectivas", Publicación interna de la Cátedra de Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico Módulo II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 1996.

Generalidades.- En la regresión como defensa, "el sujeto reasume un tipo de conducta que fue apropiado en algún periodo anterior de su vida. A menudo retrocede a un estilo de comportamiento adecuado para un adolescente e incluso para un niño. Si sólo retrocede hasta una etapa caracterizada por un razonable grado de madurez, detectar la regresión es relativamente difícil. La persona, en esencia, desanda el camino recorrido hasta alcanzar un modo de vida anterior en que la adaptación era más fácil de lograr".

Isaacson Robert (1996) El niño retardado mental. Buenos Aires: Paidós, pág. 44.

Según M. Klein.- La regresión "es la reactualización de vínculos objetales correspondientes a momentos evolutivos ya superados en el desarrollo individual. El yo claudica frente a situaciones actuales que no puede resolver y apela a modalidades de relación evolutivamente más primitivas, que en su momento fueron eficaces para mantener el equilibrio".

Piccolo E, Defensas en los tests gráficos. Buenos Aires: Paidós.

Generalidades.- "Se llama regresión a la reactivación y actualización de conductas, o de un nivel total de comportamiento, que corresponden a un período anterior ya superado por el sujeto. La regresión tiene lugar siempre que aparece un conflicto actual que el sujeto no puede resolver, y entonces reactiva y actualiza conductas que han sido exitosas en otro momento de su vida, pero que corresponden a un nivel anterior, infantil. La regresión nunca es un revivir total de conductas anteriores, sino que siempre son conductas nuevas y distintas, pero que se hacen dentro de un molde o estilo que pertenece al pasado" (página 147).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

Generalidades.- Regresión es un proceso donde emergen procesos primarios, modos de actuar o sentir más primitivos o anteriores. Si las fijaciones son muy importantes, bastarán frustraciones leves para poner en marcha la regresión y viceversa.

La frustración es la que produce la regresión, pero esta regresión ocurre en un marco de introspección y auto conocimiento (empleo terapéutico de la regresión). El clima de las sesiones (silencio, acostado, etc.) favorece las regresiones. Asimismo, el análisis puede echarse a perder por una regresión demasiado rápida o demasiado lenta.

La regresión entonces surge de la frustración, por ejemplo, frustración de ver que a pesar de la colaboración que el paciente brindó al tratamiento, recibe en cambio poco y nada del analista. Tal frustración es una consecuencia de la regla básica del análisis: la abstinencia del análisis respecto a las exhortaciones y maniobras del paciente. Obviamente la frustración aumentará mucho, y el análisis tendrá que regularla accediendo a las demandas del paciente, en ciertos casos.

No siempre en paciente se siente frustrado, pues hay etapas de agradecimiento.

Se citan cuatro tipos de regresión: 1) Con respecto al objeto, o sea a lo que el paciente espera: ayuda, alivio, curación. Luego quiere más: amor, simpatía, etc., y luego también castigo, rechazo etc., a medida que la regresión aumenta. 2) Regresión en el verbo: cuando la frustración aumenta mucho, genera suficiente ira como para que aparezcan malos modales. La fórmula "quiero complacer al analista para asegurarme su amor" pasa a ser "quiero disgustarlo y lastimarlo". 3) Regresión con respecto al objeto indirecto (desplazamiento y sustitución objetiva del análisis a la antigua relación con los padres: es como si se le permitiese decir "mamá, quiero que me alces en brazos" en vez de decir "doctor, quiero que alivie mis temores". 4) Regresión con respecto al sujeto: aquí el yo de la realidad presente es desplazada por el yo de hace muchos años atrás. Esto hace que el paciente a veces confunda su identidad. El psicoanalista ayudará a no crear confusión por comentarios, interpretaciones, etc.

Condensado de Menninger y Holzman (1994) Teoría de la técnica psicoanalítica.

RELACIÓN DE OBJETO

Definición.- En la corriente psicoanalítica contemporánea se aplica con frecuencia para designar el modo de relación del sujeto como su mundo resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantasmática de los objetos, y de aquellos tipos de defensa de marcado predominio, pero también de tipos de relaciones de objeto, refiriéndose ya a los momentos evolutivos (por ejemplo: relación de objeto oral), ya a psicopatología (por ejemplo: relación de objeto melancólica).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- “Fue necesario esperar hasta 1930 para que la noción de relación de objeto fuera introducida al lenguaje psicoanalítico, para que el OBJETO fuera reconocido como proveedor de energía y ya no como un simple lugar de descarga de la libido. El objeto deviene, junto con el Yo, uno de los dos polos de investidura y de descarga de la libido. La libido se inviste en el Yo y en el objeto, y le compete al Yo realizar la tarea de llevar a estas dos investiduras a un justo equilibrio. (Cosnier J, 1970).

Es así que el objeto toma un real status de sujeto en la teoría psicoanalítica: llega a ser un objeto-sujeto, fuente de energía utilizable. Los trabajos de M. Balint y D. Winnicott, los de I. Hermann, J. Bowlby, etólogos y, más recientemente, los descubrimientos de los neonatólogos (en particular T.B. Brazelton) contribuyeron grandemente al florecimiento de lo que algunos llaman objetología psicoanalítica (B. Cramer).

Por cierto, la relación madre-recién nacido ha sido considerada siempre central. La MADRE-OBJETO ha sido tomada en cuenta – desde los primeros escritos de Freud – como “matriz” de todas las relaciones ulteriores. Y esta madre-objeto, objeto de investidura, es SUJETO cuya investidura es primordial”.

André Ruffiot, *La pareja y el amor. De lo originario a lo grupal*. Traducción del francés realizada por Marcella Chiarappa C.- Del Texto “La therapie psychanalytique du couple” – Inconscient et culture, Bordas, París, 1984.

Teoría de Kernberg.- Kernberg adscribe a la *teoría de las relaciones objetales*, según la cual dentro del aparato psíquico se constituyen representaciones de sí-mismo y de los objetos.

Las unidades básicas que se internalizan están formadas por tres elementos: sí-mismo, objeto y afecto, o sea, cada representación está compuesta por una autoimagen (sí mismo), una imagen del objeto, ambas vinculadas por un particular contexto afectivo derivado de disposiciones pulsionales. Para poder hablar de objeto debo tener una representación del mismo.

El proceso de internalización de las relaciones objetales se da en tres etapas evolutivas:

1) *Introyección*: Se incorporan las unidades básicas, compuestas por tres elementos: la imagen de un objeto, la imagen de sí-mismo en interacción con ese objeto y el componente afectivo de la interacción, conformándose así los núcleos yoicos. Se forman así objetos internos, que pueden ser buenos o malos (según terminología de Klein): son las introyecciones de valencia positiva y negativa. Hay, por lo tanto, una escisión (división entre lo bueno y lo malo).

2) *Identificación*: Hacia los 2 años la imagen de sí mismo se discrimina de los objetos y pueden integrarse las experiencias de valencia positiva y negativa (gratificantes y frustrantes). El niño copia la conducta materna, lo que será la base de sus futuras identificaciones.

3) *Identidad del yo*: Se consolidan las estructuras yoicas y superyoicas, lográndose una continuidad de sí-mismo y una coherencia de las imágenes objetales. Se desarrollan dos procesos paralelos: la individuación, basada en identificaciones parciales y discriminadas, y la despersonificación, por la cual estos objetos internos se hacen más complejos y elaborados, tales como el carácter o el ideal del yo.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) *Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores*. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Relación de objeto según Winnicott.- La relación de objeto implica que el objeto fue catectizado, que es un objeto significativo. Pero para que haya un uso del objeto debemos agregar a esto la existencia real, material, del objeto en el mundo externo, para que pueda ser usado.

Entre la relación de objeto y el uso del objeto hay una etapa intermedia que permitirá la transición entre la subjetividad y la realidad. El papel de la agresividad es importante en este pasaje.

Mientras clásicamente se consideraba que era la realidad frustrante la que creaba la agresividad, Winnicott dirá, al revés, que es la agresividad lo que crea la realidad y la exterioridad.

El niño es agresivo 'sin cólera': usa la agresividad para explorar el ambiente, mamar el pecho, para lo cual usa su musculatura. Luego, el bebé deberá 'destruir' al objeto con sus fantasías sádicas. Si este 'sobrevive' queda fuera del control del bebé siendo reconocido entonces como exterior a él. Una vez ubicado el objeto en el mundo externo, se podrá 'usarlo'. Ahora sí las frustraciones le producirán agresividad, teñida de cólera e ira.

En el análisis, hay un efecto terapéutico cuando el paciente puede hacer uso del analista y sus interpretaciones, para lo cual se requiere que ambos sean percibidos como exteriores.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) *Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores*. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Relación objetual según Winnicott.- "Se puede describir la relación de objeto en términos de la experiencia del sujeto. La descripción del uso del objeto implica la consideración de la naturaleza de este. Ofrezco para su discusión las razones por las cuales, en mi opinión, la capacidad para usar un objeto es más complicada que la aptitud para relacionarse con objetos; y la relación puede ser como un objeto subjetivo, en tanto que el uso implica que el objeto forma parte de la realidad exterior.

Es posible observar la siguiente frecuencia: 1) El sujeto se *relaciona* con el objeto. 2) El objeto está a punto de ser hallado por el sujeto, en lugar de ser ubicado por este en el mundo. 3) El sujeto *destruye* el objeto. 4) El objeto sobrevive a la destrucción. 5) El sujeto puede *usar* el objeto.

El objeto siempre es destruido. Esta destrucción se convierte en el telón de fondo inconciente para el amor a un objeto real, es decir, un objeto que se encuentra fuera de la zona de control.

El estudio de este problema implica una afirmación del valor positivo de la destructividad. Esta, mas la supervivencia del objeto a la destrucción, ubica al objeto fuera de la zona creada por los mecanismos mentales proyectivos del sujeto. De ese modo se crea un mundo de realidad compartida, que este puede usar y que puede devolverle una sustancia que-no-es-yo" (Winnicott, 1994:126).

Winnicott D (1994) Realidad y juego. Barcelona: Gedisa.

RELACIÓN INTERPERSONAL

Teoría de Rogers.- La teoría de Rogers de las relaciones interpersonales se deriva de su teoría de la terapia. Rogers da aquí algunos ejemplos de cómo puede deteriorarse y de cómo puede enriquecerse una relación interpersonal. Sus conclusiones pueden resumirse en la siguiente ley general:

Cuando existe entre las partes un deseo mutuo de entrar en contacto y comunicación, podemos decir que cuanto más grande sea la congruencia realizada por la percepción, la experiencia y la conducta de una de las partes, la relación se caracterizará en mayor grado por una comunicación recíproca con las mismas propiedades, un funcionamiento psicológico mejor por ambas partes, un mayor grado de satisfacción procurada por la relación y una mejor comprensión mutua del objeto de la comunicación.

En cambio, cuanto mayor sea la incongruencia entre experiencia, percepción y conducta, la comunicación entre ellos tendrá esas mismas propiedades de incongruencia, habrá menor comprensión, más descenderá el nivel de funcionamiento en ambas partes y menor será la satisfacción que reporte la relación a ambos.

Condensado de Rogers K (1985) Terapia, personalidad y relaciones interpersonales. Buenos Aires: Nueva Visión.

Teorías.- Cierta teoría interpersonal postula que "la conducta inadaptada persiste a través de períodos prolongados porque se basa en percepciones, expectativas o construcciones de las características de otras personas que tienden a ser confirmadas por las consecuencias interpersonales de la conducta expresada" (Carson, 1982). Esto es lo que Sullivan (1953) 'llamó "Teorema de la emociones recíprocas" y Timothy Leary (1957) "principio de las relaciones interpersonales recíprocas". La premisa básica es que las expectativas funcionan como profecías que se cumplen a sí mismas y que influyen en el entorno.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 4.

RELIGIÓN

Religión y psicoanálisis.- Al describir la experiencia religiosa se ha referido con frecuencia a lo que es "numinoso", una experiencia no-racional, un sentimiento cuyo objeto primario e inmediato está fuera del self, un misterio a la vez fascinante y aterrador, que causa temblor y fascinación al intentar explicar lo inexpresable. Suprime nuestra mente racional por un estado no-racional y produce una admiración que nos lleva a tener experiencias de "gracia".

El psicoanalista deberá en el futuro procurar aferrarse a los conocimientos científicos y no dejarse tentar por derivas irracionales que arrastran hoy como ayer a muchas mentes incluso preclaras. El psicoanálisis deberá diferenciarse de otras profesiones relacionadas con la salud, con la asistencia social, con la educación o con la atención religiosa; de otras prácticas que no buscan mejorar la salud sino proporcionar experiencias personales espirituales o existenciales o adentrarse en conocimientos paracientíficos, como la adivinación, la nigromancia o la astrología.

Aunque se desarrollarán algunas actividades religiosas, que pueden mejorar la salud (Pargament & Saunders, 2007)(Haber, 2007), favoreciendo el estilo de vida sano, el apoyo social y el optimismo, la meditación y plegaria, que mejoran los estilos de enfrentamiento al estrés (Kenneth Pargament) (Pargament & Saunders, 2007) y algunos síntomas ("American Psychologist", 2003), esos territorios deben ser bien diferenciados del psicoanálisis.

José Guimón. Religión y Psicoanálisis: De la sociogénesis al condicionamiento biológico. REVISTA NORTE DE SALUD MENTAL. 2009 JUN; 8(34):65-74.

En trastorno bipolar.- Objetivo: La religión y la espiritualidad son importantes estrategias de afrontamiento en la depresión, pero raramente han sido estudiados dentro del contexto del trastorno

bipolar. El presente estudio evaluó la asociación entre diferentes formas de participación religiosa y el estado clínico de los individuos tratados por trastorno bipolar.

Métodos: Se condujo un estudio de observación transversal de datos de seguimiento de un estudio de cohorte grande de pacientes bajo cuidado médico por trastorno bipolar ($n=334$) en una clínica de salud mental urbana de Asuntos de Veteranos. Se realizaron análisis bivariados y multivariados para evaluar la asociación entre la participación religiosa pública (frecuencia de asistencia a iglesias), privada (frecuencia de oración/meditación), así como también de formas subjetivas (influencia de creencias sobre la vida) y estados mixtos, maníacos, depresivos y eutímicos; controlando indicadores demográficos, de ansiedad, consumo de alcohol y de salud.

Resultados: Los análisis multivariados encontraron asociaciones significativas entre las tasas más altas de oración/meditación y participantes en un estado mixto [índice de probabilidad (OR)= 1.29; intervalo de confianza 95% (CI)= 1.10-1.52, χ^2 cuadrado= 9.42, $df=14$, $p<0.05$], así como también menores tasas de oración/meditación y participantes eutímicos (OR= 0.84; CI 95%= 0.72-0.99, χ^2 cuadrada= 4.60, $df=14$, $p<0.05$). La depresión y la manía no estuvieron asociadas con la participación religiosa.

Conclusiones: En comparación con los pacientes con trastorno bipolar en estados depresivos, maníacos o eutímicos, los pacientes en estados mixtos tienen vidas religiosas privadas más activas. Los proveedores de salud deben evaluar las actividades religiosas de individuos con trastorno bipolar en estados mixtos y en cómo estos pueden complementar/disuadir el tratamiento en curso. Se requieren de estudios longitudinales futuros que ligen los estados bipolares, actividades religiosas y los comportamientos en búsqueda de tratamiento.

Mario Cruz; Harold Alan Pincus; Deborah E Welsh...(et.al) Relación entre la participación religiosa y el estado clínico de los pacientes con trastorno bipolar. BIPOLAR DISORDERS. 2010 FEB;12(1):68-76.

REMINISCENCIA

Características.- La reminiscencia no hace referencia al simple hecho de traer a la conciencia hechos pretéritos sino detenerse, retrotraer a la conciencia experiencias o vivencias pretéritas significativas. De alguna manera es actualizar una vivencia, repasar una experiencia, reencontrarse con algo significativo (García Pintos, 1993:212).

García Pintos Claudio (1993) El círculo de la vejez. Sobre la psicología normal de la persona que envejece. Buenos Aires: Almagesto.

Empleo terapéutico.- El uso terapéutico de la reminiscencia puede ayudar a una persona en los últimos años de su vida a (García Pintos, 1993:217):

1. vivir concentrado en los grandes valores y las reales riquezas de la vida;
2. señalar puntos o lugares, áreas en las cuales el crecimiento es aun posible y motivarlo para actualizar tal crecimiento;
3. valorar aspectos personales y experiencias pretéritas que no fueron justipreciadas en el pasado;
4. encontrar una nueva dimensión de sí mismo; reconciliarse con el autoconcepto;
5. en definitiva, acceder a la satisfacción consigo mismo, orgulloso por lo realizado, conciente de lo pendiente de realización y optimista respecto de las posibilidades reales y concretas a realizar lo irrealizable.

García Pintos Claudio (1993) El círculo de la vejez. Sobre la psicología normal de la persona que envejece. Buenos Aires: Almagesto.

REMORDIMIENTO

Generalidades.- Otra palabra que encaja bien aquí es *remordimiento*. La culpa es ciertamente una cuestión de arrepentimiento sobre aquellas cosas que hemos hecho (o dejado de hacer) dañina para otros. Pero también sentimos remordimiento sobre decisiones pasadas que no han hecho daño a los demás pero sí a nosotros mismos. Cuando hemos escogido el camino más fácil, o no nos hemos comprometido con nosotros o con otros, o hemos decidido hacer menos en vez de más; cuando hemos perdido nuestro nervio (impulso), sentimos remordimiento.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Ludwig Binswanger. Traducción de Gautier Rafael.

RENDIMIENTO

Definición.- Grado de éxito o logro en un área o empeño dado; una puntuación en una prueba de rendimiento.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

REPARACIÓN

Generalidades.- "Cuando el bebé entra en posición depresiva y siente que ha destruido onnipotentemente a su madre, su culpa y desesperación por haberla perdido le despiertan el deseo de restaurarla y recrearla para recuperarla interna y externamente. Surgen los mismos deseos reparatorios

en relación con otros objetos amados, tanto internos como externos. Los impulsos reparatorios hacen progresar la integración. El conflicto entre amor y odio se agudiza, y el amor se ocupa activamente tanto de controlar la destructividad como de reparar y restaurar el daño realizado. En el deseo y la capacidad de restaurar al objeto bueno, interno y externo, se basa la capacidad del yo para conservar el amor y las relaciones a través de conflictos y dificultades. También las actividades creadoras se basan en el deseo del bebé de restaurar y recrear su felicidad perdida, sus objetos internos perdidos y la ausencia de su mundo interno.

Las fantasías y actividades reparatorias resuelven las ansiedades de la posición depresiva. La reaparición de la madre tras sus ausencias, que para el bebé equivalen a la muerte, y el amor y cuidado constantes de su ambiente, le hacen advertir mejor la resistencia de sus objetos externos y temer menos los efectos omnipotentes de los ataques que les hace en sus fantasías. Al crecer él mismo y restaurar a sus objetos se acrecienta su confianza en su propio amor, en su propia capacidad de restaurar su objeto interno y de conservarlo como objeto bueno incluso mientras los objetos externos le exponen a experiencias de privación" (Segal H, 1987:95).

Segal H (1987) Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós.

Según M. Klein.- "Actividad del yo dirigida a restaurar un objeto amado y dañado. Surge durante la posición depresiva como reacción a ansiedades depresivas y a la culpa. La reparación se puede usar como parte del sistema de defensas maníacas, en cuyo caso adquiere las características maníacas de negación, control y desprecio".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 124.

Según M. Klein.- "Mecanismo en virtud del cual el sujeto intenta reparar los efectos de sus fantasmas destructores sobre su objeto de amor. Este mecanismo va ligado a la angustia y a la culpabilidad depresivas: la reparación fantasmática del objeto materno, externo e interno, permitiría superar la posición depresiva asegurando al yo una identificación estable con el objeto benéfico".

Laplanche J y Pontalis J, "Diccionario de psicoanálisis", Barcelona, Labor, 1981, 3º ed, pág. 365.

REPRESENTABILIDAD

Generalidades.- El niño no tiene solamente necesidades biológicas sino también psíquicas, y ambas son satisfechas por la madre. La necesidad psíquica del niño pasa por la posibilidad de poder metabolizar los pictogramas y fantasías de los procesos originario y primario, es decir, debe poder ejercer su poder de *representabilidad* y figurabilidad, para lo cual debe hacerlo conforme al proceso secundario. Como éste último no está aún desarrollado en el niño, será la madre quien se lo proveerá, como su fueran 'alimentos' psíquicos. Por tanto, los objetos a metabolizar por los procesos originario y primario deben antes haber sido marcados por la madre, adquiriendo ellos así un índice libidinal.

Así, la psique infantil toma en sí un objeto marcado por el principio de realidad y sometido previamente a la represión de la madre, y lo metaboliza en un objeto modelado exclusivamente por el principio de placer, pero en esta operación se manifiesta una diferencia (la que hay entre lo alucinado y la satisfacción real), un resto (que induce al psiquismo a pensar otro lugar / mismo lugar) que se inscribirá en su espacio mediante un signo.

Aulagnier P, La violencia de la interpretación, pág. 114.

REPRESENTACIÓN

Generalidades.- La representación tiene un aspecto gnoseológico (en relación con el juicio) y uno psicológico (en relación con la percepción). En el primer sentido, el juicio negativo alude a que tal o cual representación no existe en la realidad objetiva, lo que es útil porque permite recalcar la distinción entre lo objetivo (realidad) y lo subjetivo (representación de la realidad). En el segundo sentido, si bien la representación procede genéticamente de la percepción, en lo que Freud no coincide con el empirismo es que la representación no es la copia exacta de la percepción, pues va sufriendo omisiones y alteraciones (independencia ontológica de la representación respecto de la percepción).

Yáñez Cortés R, Categorías epistémico-gnoseológicas de 'La negación' de Freud. Artículo publicado por la Cátedra de Metodología de la Investigación Psicológica II. Buenos Aires, Universidad de Belgrano, 1985.

Generalidades.- 1. Es un concepto auxiliar muy utilizado en la psicología desde Wundt y expresa una imaginación sensitiva de algo que no está presente. 2. "Es toda representación de un objeto, sea sensorial o intelectual, perteneciente a los sentidos exteriores. En acepción psicológica estricta es un 'reactualizarse' de datos sensoriales en virtud no de excitantes inmediatamente operantes sino de 'vestigios' de percepciones anteriores. Según que las percepciones anteriores sean reavivadas con mayor o menor fidelidad o sus elementos combinados libremente, resultan imágenes de la memoria o de la fantasía. Todas las representaciones proceden, por lo menos en sus últimos elementos, de percepciones y, viceversa, con éstas se funden frecuentemente representaciones. Cabe en lo posible que en

determinados tipos (llamados eidéticos) la *imagen intuitiva subjetiva* o *eidética* sea tan plástica y aun tan estable y se imponga con tanta fuerza como una imagen de la percepción. En estados de estrechamiento de la conciencia por angustia y fatiga excesiva surgen fácilmente representaciones obsesivas. La 'impresión de realidad' se acrecienta a veces hasta originar percepciones engañosas muy serias en las ilusiones y alucinaciones. Estas percepciones engañosas pueden aparecer en los más diversos dominios sensoriales o cosas complejas; pueden estar fisiológicamente condicionadas (como en el delirio alcohólico) o ser de naturaleza psicógena (como en las hipnosis o autosugestiones). La aparición de contenidos representativos en la conciencia no se realiza, por lo general, de manera aislada (*representación exenta*), sino en conexión con otras 'imágenes' según las leyes de la imaginación. Por lo que respecta a los dominios objetivos, la capacidad para observar y reproducir imágenes de representación no es la misma en los diversos tipos representativos; de ahí que se distingan tipos visuales, acústicos y motores, videntes de formas y de colores, etc. Una combinación infrecuente de representaciones la tenemos en las denominadas *sinestesias*, en las que con imágenes perceptivas de un dominio sensorial (por ejemplo, acústico) se combinan regularmente imágenes representativas de otro (por ejemplo, visual)." (Willwale; *Alma o Espíritu*). Sinónimo: Imagen anémica. 3. El término *vorstellung* forma parte del vocabulario clásico de la filosofía alemana. Señala el proceso o función mental mediante el cual un objeto es presentado a la conciencia en el transcurso de una vivencia; el término se refiere únicamente a contenidos reproducidos. En la Psicología Activa el término es usado indistintamente para señalar el acto en cuestión y su contenido.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

REPRESIÓN

Definición.- Proceso universal mediante el cual se constituye el inconciente. Como defensa, implica mantener en el inconciente pensamientos, imágenes, recuerdos ligados a una pulsión cuya satisfacción provocaría displacer. La represión recae sobre el componente ideativo de la pulsión, pero la idea reprimida sigue actuando a través de otras ideas asociadas a ella (llamadas derivados), con lo cual la represión no se realiza de una vez y para siempre. Mantener la represión requiere un gasto energético permanente, pues lo reprimido busca siempre aflorar mediante sueños, lapsus, olvidos, etc.

Celener G. y otros, "Los mecanismos de defensa y las técnicas proyectivas", Publicación interna de la Cátedra de Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico Módulo II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 1996.

Definición.- Es la operación a través de la cual el yo rechaza de la conciencia (o mantiene en el inconciente) representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) ligados a una pulsión (sexual o agresiva). Ejemplo: un niño reprime la hostilidad hacia su hermano por temor al castigo de los padres. Otras defensas como la formación reactiva, la anulación, el aislamiento, la proyección o la identificación con el agresor no hacen más que repetir y reforzar el proceso de la represión.

Berenbaum L y Ferrari R, Acerca de las defensas del psiquismo. Incluido en "Fundamentos de psicología", pág. 105.

Definición.- La represión "implica un rechazo inconciente de los recuerdos. El sujeto no niega que haya ocurrido un hecho determinado, pero lo olvida y lo mantiene sumergido bajo el nivel de la conciencia". Por ejemplo, olvidar la cita con el dentista.

Isaacson Robert (1996) El niño retardado mental. Buenos Aires: Paidós, pág 42.

Según M. Klein.- La represión "fenoménicamente se manifiesta como 'lagunas' en el pensar, sentir o verbalizar. Es el olvido no intencional de hechos, fantasías, ocurridos en la realidad externa o interna. Implica la necesidad de mantener disociados (olvidados) aspectos del vínculo objetal vividos como conflictuales o peligrosos".

"Está relacionado en parte con el mecanismo de negación (responde a la fantasía 'necesito no conocer tal aspecto mío y del objeto; si no lo conozco no existe'). Supone el mecanismo de disociación, aunque es más evolucionado y adaptativo que la disociación".

"Dentro de la teoría kleiniana en la evolución normal la represión es la heredera del mecanismo de disociación, y se hace posible como resultado de la elaboración de la etapa depresiva".

Piccolo E., "Defensas en los tests gráficos", Editorial Paidós.

Clasificación.- Hay una represión primaria y otra secundaria. La represión primaria es una operación no ubicable cronológicamente (es 'mítica', dice Freud en "La represión"), pero es necesaria y fundante del sujeto. Es una conjetura, un hallazgo, pero sirve para fundamentar la llamada represión secundaria o propiamente dicha.

La represión secundaria, señala Freud en el capítulo 4 de "Lo inconciente", es una operación por la cual una representación preconciente se torna inconciente y es reemplazada por una tercera representación, llamada sustitutiva, que es intermedia, preconciente. Así, la represión implica una operación de sustitución, y es un activo ignorar.

La represión primaria es un vacío, la marca de algo que falta (la primera experiencia de satisfacción) y esto atrae, chupa los juguetes que nadan en el balde: el agujero de la represión primaria está en el fondo. Esto es algo que debe existir, porque Freud veía que el hombre es insaciable, no está conforme con nada. La represión primaria es una operación por la cual se deniega a lo pulsional su acceso a la conciencia, y que tiene su origen en un trauma.

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Fracaso de la represión.- Hay dos motivos para su fracaso (Freud, capítulo 4 de "Lo inconciente"):

a) Incremento pulsional: la pulsión tiende a brotar.

b) Aunque no haya incremento pulsional, la representación sustitutiva le 'recuerda' al sujeto, por comercio asociativo, la representación reprimida: el caballo le hace 'acordar' al papá. O sea, la representación fracasa por su estatuto simbólico.

Otro ejemplo: uno siempre encuentra algo que lo hace 'recordar' una pena de amor: fue a un boliche a olvidar, luego ve una calle que le hace acordar el boliche y la pena, luego va a otro país y siempre encuentra algo que le hace acordar aquello, como la marca de la cerveza que tomó para olvidar, etc. La representación sustitutiva es problemática: siempre está acompañada de algún displacer, como la angustia a los caballos en el caso Juanito.

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

REPRODUCCIÓN

Generalidades.- Es la expansión de la materia viviente en el espacio y el tiempo. Implica una sustitución de organismos que compensa la muerte por desgaste, accidente o enfermedad. Ejemplos sencillos son la cicatrización y la regeneración. Esta reproducción es restaurativa, pero también está la reproducción aditiva, donde un ser vivo engendra otro. Para que ello ocurra antes debe haber una reproducción de células y, aún antes, una reproducción de moléculas.

Básicamente hay dos tipos de reproducción: la vegetativa o asexual (un organismo genera otro), y la reproducción gamética o sexual (dos individuos generan otro). La primera es típica de los protozoos, y la segunda lo es de los metazoos. Cada una tiene sus ventajas y desventajas.

Weiss, La ciencia de la zoología. Ed. Omega, págs. 280-285.

REPUDIO

Definición.- 1. Privación de afecto. Esto provoca, según Levy (1937), una situación conocida como "hambre de afecto". 2. (*Psicoanálisis*) Una forma de la defensa (Alemán: *Ablehnung*; Francés: *rejet*; Inglés: *rejection*.)

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

REPUGNANCIA

Definición.- Estado afectivo de displacer acompañado de un característico conjunto de sensaciones intraceptivas, generalmente motivado por una imagen objetiva (sensorial o representativa) concreta, que determina una actitud de alejamiento por parte del sujeto. (Alemán: *Widerwille*).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

RESENTIMIENTO

Definición.- 1. La revivencia de un afecto, sentimiento anterior en una forma amplificada; afecto contrario de venganza, etc. 2. El sentimiento del odio impotente que siente una persona social o espiritualmente inferior contra los más superiores que él, odiando en ellos a sí mismo.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

RESILIENCIA

Definición.- "Término extraído de la física que se ha incorporado a las ciencias que estudian la conducta y la psicología humanas, que se define como la *capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella...* Resiliencia no significa invulnerabilidad ni impermeabilidad al estrés, se relaciona mas bien con el *poder 'de rebotar y recuperarse'*".

Tagle Soledad, "La resiliencia: es la base de la prevención en salud mental?", incluido en Grau Martínez A y otros (2000), Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. Madrid: Editorial médica Panamericana, pág. 26.

Definición.- "Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva" (ICCB, 1994, citado en Kotliarenco, 1997).

Kotliarenco M y otros (1997) Estado de arte en resiliencia. Washington DC, OPS/OMS, Fundación Kellogg, Ceanim.

Generalidades.- La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción (capacidad de proteger la propia integridad bajo presión), y la capacidad de construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles. El concepto incluye además la capacidad de una persona o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable (Vanistendael, 2000).

Vanistendael S y Leonte J (2000), *Le bonheur est toujours possible. Construire la resilience*. París: Bayard editions.

Generalidades.- En la resiliencia intervienen factores sociales e intrapsíquicos. No es innata ni se adquiere 'naturalmente' en el desarrollo. Entre los pilares de la resiliencia cabe mencionar: a) la instropección (autopreguntarse y darse una respuesta honesta), la independencia (mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento), la capacidad de relacionarse (lazos e intimidad con otras personas), la iniciativa (ponerse a prueba en tareas progresivamente exigentes), humor, creatividad, moralidad (altruismo, compromiso con valores) y autoestima consistente.

Melillo A y otros, Algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia. Artículo incluido en Melillo y Suárez Ojeda (compiladores) (2001), *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.

Generalidades.- Se entiende por resiliencia la capacidad de soportar las crisis y adversidades y recobrase. Se solía considerar que la resiliencia reside en cada individuo considerando que la familia siempre es disfuncional. Las teorías clínicas comenzaron a investigar los factores de riesgo en niños y adolescentes, que contribuyen a la formación y perduración de síntomas; posteriormente se interesaron por el estudio de los factores de protección que fortalecen los recursos de los niños y les permiten desarrollar su resiliencia. Estudios posteriores han demostrado que la resiliencia es el fruto de la interacción entre lo innato y lo adquirido, donde la familia es una fuente potencia de resiliencia.

Este término fue extraído de la física que se ha incorporado a las ciencias que estudian la conducta y la psicología humanas, y se define como "la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella... Resiliencia no significa invulnerabilidad ni impermeabilidad al estrés, se relaciona mas bien con el poder 'de rebotar y recuperarse'" (Tagle S, 2000:26).

Tagle Soledad (2000), *La resiliencia: es la base de la prevención en salud mental?*, incluido en Grau Martínez A y otros (2000), *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Generalidades.-El concepto de resiliencia aplicado al campo socio-psicológico nace en 1982, con la publicación de Werner y Smith "Vulnerables pero invencibles: un estudio longitudinal de niños y jóvenes resilientes". El concepto trata de expresar la capacidad de un individuo -o de una familia- para enfrentarse a circunstancias adversas, condiciones de vida difíciles, a situaciones potencialmente traumáticas y recuperarse saliendo fortalecido y con más recursos. Podríamos definir la Resiliencia Familiar como la capacidad de una familia para recuperarse de circunstancias adversas y salir de ellas fortalecida y con mayores recursos para afrontar otras dificultades de la vida. Más en concreto, designaría "los procesos de superación y adaptación que tienen lugar en la familia como unidad funcional" (Walsh, 1988). Los factores sociales se sustancian especialmente en la existencia de redes sociales protectoras que permitan sustituir la pérdida de personas significativas y apoyar y ayudar en la adversidad. La intervención favorecedora de la Resiliencia Familiar puede resumirse en tres pasos: - Creación de un contexto en el que los miembros de la familia se sientan "seguros" para poder expresarse con libertad. - Modificaciones del funcionamiento y la organización familiar (comunicación, roles, reglas, etc.), que permita realizar cambios adaptativos. - Creación de una narrativa común, solidaria con todos, que permita el reconocimiento del sufrimiento, dar un sentido a lo ocurrido y salir adelante con nuevos recursos para enfrentarse a la adversidad.

Pereira P, *Resiliencia individual, familiar y social*. INTERPSIQUIS. 2007.

Resiliencia e inmigración.- Las migraciones humanas constituyen uno de los fenómenos sociales de mayor relevancia en el mundo contemporáneo. Las crecientes diferencias de desarrollo entre hemisferios, el aumento de la interdependencia económica global, la revolución de las nuevas tecnologías y de los medios de comunicación, así como la creciente conflictividad mundial contribuyen a este fenómeno de movilidad humana sin precedentes. Por medio de este trabajo se presenta la relación entre inmigración, individuo, familia y entorno desde la perspectiva de los retos y dificultades que tienen que afrontar tanto las personas como familias inmigrantes asentadas en un país ajeno al suyo. A este enfoque se le añade la visión aportada por el concepto de resiliencia, proceso por el cual las personas que viven una circunstancia crítica, como en este caso la de adaptarse a un nuevo contexto, pueden salir reforzadas de la misma situación de crisis. En este trabajo se realiza un análisis detallado de los factores de resiliencia en el contexto migratorio actual a tres niveles; individual, familiar y social, manteniéndose el mismo esquema para el estudio de los factores de riesgo. Finalmente se propone un posible Ciclo Vital de la Familia Inmigrante en función de los principales retos específicos que tiene que enfrentar. A modo de conclusión, se defiende la hipótesis de que la migración familiar, en comparación con la individual, está

sometida a mayor número de estresores, de relevante intensidad, durante un periodo más largo de tiempo y de forma más recurrente que para aquellos casos de migraciones individuales. Estíbaliz Pereda Sagrero; Roberto Pereira Tercero. Resiliencia e inmigración. INTERPSIQUIS. -1; (2009).

RESISTENCIA

Generalidades.- En sí la resistencia no es patológica: es necesaria para examinar al paciente, pues la resistencia es la tendencia de fuerzas que están dentro del paciente y que se oponen al proceso de cambiar para mejor. No va contra el analista sino contra la tendencia a hacer consciente lo inconsciente. Clínicamente se ve de muchas formas: ocultamiento de actos, falta de puntualidad o asistencia, silencios, actuación: esto último es actuar una situación que por resistencia no se quiere recordar.

Freud enumeró 5 (cinco) tipos de resistencia: 1) la represión: el paciente busca controlar las tendencias peligrosas bloqueándolas. 2) de transferencia: es actuar en vez de recordar. La transferencia es una actuación. Es mejor llamarla resistencia de frustración, pues se manifiesta claramente con sentimientos negativos hacia el analista. 3) resistencia de la ventaja epinósica: es la resistencia del yo a los beneficios que el paciente vino obteniendo en general como consecuencia de una enfermedad (beneficio secundario): 4) resistencia de compulsión a la repetición: inclusive después que el yo decidió renunciar a sus resistencias, todavía le cuesta deshacer las represiones, gratificaciones y ventajas que prometió al yo para que éste abandone las resistencias. Estos esfuerzos se llaman elaboración; 5) resistencia al Superyó: deriva de la necesidad de castigo.

Una importante forma de resistencia es la erotización de la situación analítica: inconscientemente el paciente busca convertir el análisis en una situación erótica coincidente con deseos infantiles, generalmente relacionados con los padres. Por ejemplo, el paciente siente que lo seducen cuando el analista lo invita a decir cualquier cosa. La erotización oral consiste en erotizar o supervalorar las palabras que se dicen en sesión. La erotización anal tiene que ver con el dar y recibir regalos, intentos de sobornar al analista, etc. La erotización fálica implica fantasear con que el pene del analista se parece al del padre. Las fantasías de casarse con el analista o tener hijos con él es ejemplo de otro tipo de erotización: la genital, que es madura pero tan irreal como las anteriores. Por último debemos recordar que la erotización esconde siempre algún componente agresivo que aparece disfrazado.

Condensado de Menninger y Holzman (1994) Teoría de la técnica psicoanalítica.

Resistencia según Adler.- La resistencia como actitud de oposicionismo se comprende como el afán de superioridad del débil y desalentado, como vanidad. A veces aparece como modestia, obediencia, inferioridad, pero siempre estéril y tendiente a disminuir al mundo. La resistencia se expresa siempre como una desvalorización del semejante, y desconfianza en él.

Condensado de Adler Alfred (1967) Práctica y teoría de la psicología del individuo. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición.

Según Freud.- "Con frecuencia, cuando hemos comunicado a un paciente de vida muy rica en acontecimientos y largo historial patológico la regla psicoanalítica fundamental y esperamos oír un torrente de confesiones, nos encontramos con que asegura no saber qué decir. Calla y afirma que no se le ocurre nada. Todo esto no es, naturalmente, más que la repetición de una actitud homosexual que se ofrece como resistencia a todo recuerdo. Mientras el sujeto permanece sometido al tratamiento no se libera de esta compulsión de repetir, y acabamos por comprender que este fenómeno constituye su manera especial de recordar" (Freud, 1914, pág 1685).

"El analizado repite en lugar de recordar, y que lo hace bajo las condiciones de la resistencia. Vamos a ver ahora qué es realmente lo que repite. Pues bien: repite todo lo que se ha incorporado ya a su ser partiendo de las fuentes de lo reprimido: sus inhibiciones, sus tendencias inutilizables y sus rasgos de carácter patológico" (Freud, 1914, pág 1685).

"Vemos claramente que la enfermedad del analizado no puede cesar con el comienzo del análisis y que no debemos tratarla como un hecho histórico, sino como una potencia actual. Poco a poco vamos atrayendo a nosotros cada uno de los elementos de esta enfermedad y haciéndolos entrar en el campo de acción de la cura, y mientras el enfermo los va viviendo como algo real, vamos nosotros practicando en ellos nuestra labor terapéutica, consistente, sobre todo, en la referencia del pasado" (Freud, 1914, pág 1687).

"Otro peligro es el de que en el curso de la cura lleguen también a ser reproducidos impulsos instintivos nuevos situados en estratos más profundos, que no habían emergido aún. Por último, aquellos actos que el paciente ejecuta fuera del campo de acción de la transferencia pueden acarrearle daños pasajeros e incluso ser elegidos de manera que anulen por completo el valor de la salud que el tratamiento tiende a restablecer" (Freud, 1914, pág 1687).

"Pero la mejor manera de refrenar la compulsión repetidora del enfermo y convertirla en un motivo de recordar la tenemos en el manejo de la transferencia. Reconociendo en cierto modo sus derechos y dejándola actuar libremente en un sector determinado, conseguimos hacerla inofensiva y hasta útil. Le abandonamos, pues, la transferencia como un campo en el que puede desarrollarse con libertad casi completa y en el que cumplirá la función de hacer surgir ante nuestros ojos todos los instintos patógenos

ocultos en la vida anímica del analizado. Cuando el paciente nos presta la mínima cooperación, consistente en respetar las condiciones de existencia del tratamiento, conseguimos siempre dar a todos los síntomas de la enfermedad una nueva significación basada en la transferencia y sustituir su neurosis vulgar por una neurosis de transferencia, de la cual puede ser curado por la labor terapéutica. La transferencia crea así una zona intermedia entre la enfermedad y la vida, y a través de esta zona va teniendo efecto la transición desde la primera a la segunda. El nuevo estado ha acogido todos los caracteres de la enfermedad, pero constituye una enfermedad artificial, asequible por todos lados a nuestra intervención. Al mismo tiempo, es también un trozo de vida real, pero provisorio y hecho posible por circunstancias especialmente favorables. De las reacciones de la repetición que surgen en la transferencia parten luego los caminos ya conocidos para la evocación de los recuerdos, los cuales surgen sin esfuerzo aparente una vez vencidas las resistencias" (Freud, 1914, pág 1687).

Freud S (1914) Recuerdo, repetición y elaboración. Madrid: Biblioteca Nueva (3 tomos), 1981, Cuarta edición.

Repetición en la clínica.- "El movimiento arrollador de la pulsión, cuando se desata como repetición en acto, requiere de reformulaciones de la técnica que permitan ir más allá de la incandescencia del deseo y sus representantes" (Marucco, pág. 7).

Marucco ofrece una descripción clínica de la repetición cuando señala que "en el curso de un análisis surgirán distintos tipos de repeticiones. Por ejemplo, la repetición de fragmentos y ramificaciones del Edipo. Este tipo de repetición permitiría la expresión de la neurosis histórica como potencia actual. Así, las pulsiones de meta inhibida (ternura, confianza) que se gestaran tras la resolución del complejo de Edipo, se expresarán como repetición a través de la transferencia positiva. A su vez se repetirán, en lugar de ser recordadas, las vicisitudes de la rivalidad edípica" (Marucco, pág. 7).

"Otro tipo de repetición será la derivada de la teoría del narcisismo. Su expresión clínica se dará en las 'patologías narcisistas' que se expresan como reediciones del narcisismo herido, de las injurias narcisistas. Se trataría de intentos por mantener vivo, a través de su eterna repetición, aquel anhelado niño del tiempo primordial que no se resigna a transformarse en un agónico recuerdo, niño narcisista que se instalará en la transferencia procurando interrumpir la cura aun incompleta" (Marucco, pág. 8).

"Por último, la repetición que sobreviene por efecto de lo que denominamos

'trauma psíquico/pre-psíquico', de esas huellas anémicas, 'vivencias del tiempo primordial', que escapan a toda posible significación. Huellas que he denominada 'ingobernables', por su incapacidad de ligadura con el proceso secundario; las cuales manifestándose como repeticiones no representables e irrepresentables bloquean el acceso terapéutico. El concepto de neurosis de transferencia de *Recordar, repetir y reelaborar*, donde la repetición 'podía' ser domeñada en el escenario transferencial, deja aquí paso al dolor avasallante causado por esas huellas anémicas ingobernables. Huellas que, desde 'más allá del deseo', reclaman alguna posibilidad de *ligadura* para aquello que se produjo antes del advenimiento del lenguaje" (Marucco, pág. 8).

"Podemos plantear un nuevo eje paradigmático: Un núcleo del psiquismo donde se alojarían el deseo y el trauma. Deseo y trauma: punto en el que los dos senderos se bifurcan. Trauma casi originario producto de una inscripción sin palabras; coincidiendo en la clínica con una repetición monótona, invariada, que es al mismo tiempo una re-petición (pedido de ayuda). Otra manera de decirlo: El concepto -metáfora- de *embrión de la pulsión* nos acerca a lo arcaico en psicoanálisis (tema que desarrollé en especial en el cuarto apartado, pero del cual surge ahora una pregunta:) ¿Qué es eso arcaico que se repite? ¿Algo que surge en acto desde el empuje regresivo hacia un estado casi previo al encuentro con el otro? ¿O algo que es producto de la fuerza intrusita de un objeto que imprimió la huella destructiva de la desligadura allí donde debieron abrirse los caminos hacia la posibilidad de representación? Estamos 'lejos' del inconciente reprimido y por otro lado muy cerca del caldero del Ego. Entonces, esta zona psíquica donde se expresa la repetición en acto ¿no nos habilitaría a pensar en un 'otro inconciente'? ¿El inconciente de eso que es *Construcciones en el análisis* Freud designa como lo *soterrado* (verschüttet)?" (Marucco, pág. 9).

"Por mi parte intento sumar mis aproximaciones a eso 'soterrado' que, de no encontrar significación, quedará preso de la compulsión repetitiva encubierta y expresada por el destino" (Marucco, pág. 11).

"Ahora, y volviendo al terreno de la clínica, se me hace necesario explicar aunque sea brevemente, algunos aspectos de mi concepción del aparato psíquico, y por lo tanto de mi trabajo terapéutico, en términos de lo que denominé *zonas psíquicas*. En mi formulación, cada una de estas *zonas psíquicas* remite a una particular configuración en la dinámica de la relación pulsión-objeto; y, en la clínica, a una también particular demanda a la posición del analista como objeto, como 'el otro' en el marco de la situación analítica" (Marucco, pág. 13).

"El desafío de la clínica es, en esta zona: cómo producir 'recuerdo' donde hay 'memoria amnésica'; y, finalmente, cómo deshacer lo que la repetición estructura, a la manera de un destino, para que el paciente pueda, por la fuerza de su pulsión de vida, transformar su presente y su futuro en algo distinto" (Marucco, pág. 15).

"Sabemos que durante el proceso de un análisis el analista descifrára la asociación libre a través de su atención flotante. Pero en los momentos de 'pura repetición', es justamente el particular 'instante de quiebre' de su atención flotante lo que permitirá el surgimiento, desde su propio inconciente, de algo

capaz de dar representación a ese recóndito que se oculta a la vez que se expresa en la repetición. Evocada en la mente del analista, la construcción se va armando, a mi entender, a partir de los distintos momentos de subjetivización que se producen en el curso de la historia del proceso del análisis, de cuya memoria es custodio el analista. Así, la construcción dejará expuesto ese tramo de la vida que había quedado en la pre-historia del psiquismo, por así decir, detenido en el instante del trauma, obstaculizando la posibilidad de subjetivización" (Marucco, pág. 15).

"Insisto: el mejor soporte para la implementación de estos recursos técnicos, la única fuerza que puede 'animar' ese tiempo detenido por la repetición del trauma, la encontrará el analista en su propia apuesta pulsional. Se trata, en suma, de incluir en la dimensión de la cura la presencia del analista, involucrado con todo su ser y su saber en la tarea analítica: con 'alma y vida', podríamos decir" (Marucco, pág. 16).

"Otra manera de decirlo: en la situación analítica, la presencia del analista como función y como persona (entendida ésta como singularidad real), permitiría que la transferencia sea algo más que una mera *repetición* para transformarse, en una *reedición corregida y aumentada*. Esa 'singularidad real' podría *constituir un elemento de simbolización en la transferencia cuando posibilita que una repetición invariada se transforme en una nueva edición representada*" (Marucco, pág. 17).

"Ahora bien, cuando la estructura de la repetición, producto de las primeras inscripciones en la constitución de lo psíquico, irrumpe en el campo analítico, la cuestión de lo representable toma un giro importante. Aquello no representado e irrepresentable de la pulsión, que no llega al campo de la palabra, produce un 'cortocircuito' que lo ubica en el pasaje al acto o en el cuerpo. Las manifestaciones psicopatológicas en el soma y los pasajes al acto aluden, como ya dije, a lo llamado 'lo arcaico' en psicoanálisis, a la clínica de los fenómenos residuales, o sea, de aquello donde en lugar de representación de palabra existen actos y, agrego ahora, pasiones" (Marucco, pág. 18).

Marucco Norberto, Entre el recuerdo y el destino: la repetición. Documento sin referencias bibliográficas.

Resistencia al cambio.- La resistencia al cambio surge de la "falta de aceptación del mismo y se origina en motivos confesables o inconfesables, que pueden manifestarse en forma activa o pasiva. Los motivos confesables pueden ser manifestados a través de una oposición abierta y desembozada, pero los motivos inconfesables sólo lo harán a través de motivos disfrazados o disimulados, utilizando pretextos que encubren los auténticos motivos. Los motivos inconfesables no pueden preverse ni detectarse fácilmente, y responden a delitos o inhibiciones psíquicas". La resistencia activa "suele ser mucho menos peligrosa que la resistencia pasiva, pues al ser directa el introductor del cambio tiene mucho más claro donde debe poner su atención, y allí aplicará las técnicas de comunicación, de negociación y de administración de conflictos con mucho mayor eficacia" (Martín y Vecchiarelli, 2003:170).

Martín M y Vecchiarelli M (2003), Negociación adaptativa. Buenos Aires: Master Ediciones.

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Métodos de estudio de resolución de problemas.- Muchas investigaciones sobre razonamiento estudiaban los resultados (respuestas finales, correctas o incorrectas) pero no los procesos inferenciales mismos en forma directa, procesos que permanecían ocultos o, a lo sumo, eran inferidos indirectamente. Esta restricción metodológica implicó una renuencia a usar el método de la introspección, que podría haber dado cuenta del proceso inferencial mismo. La introspección estaba cuestionada porque se consideraba que los datos de la conciencia o eran muy subjetivos (conductismo) o muy engañosos (psicoanálisis).

En sus estudios sobre resolución de problemas, el cognitivismo introdujo la introspección a través de los informes verbales de los sujetos (informes que dan mientras piensan o bien cuando ya han resuelto el problema).

Wilson y Nisbett han criticado estos métodos, por cuanto: a) los sujetos humanos poseemos una escasa capacidad para detectar los procesos cognitivos que están implicados en nuestros juicios, y b) a menudo dichos juicios están determinados por la forma en que se presenta o procesa la información, a la cual el sujeto tiene un acceso muy limitado.

Otros autores, como Ericsson y Simon, son partidarios del informe verbal. El último señala que aún cuando pensar en voz alta alterase el proceso cognitivo, esto no tendría importancia porque pensar en voz alta es también una forma de resolver problemas. Aún así, no hay mayores diferencias en el proceso cognitivo con respecto a quienes piensan en voz baja. Simon concluye además que casi siempre verbalizar no altera demasiado la estrategia cognitiva. El protocolo representa de forma sólo incompleta la corriente de símbolos que pasan por la memoria a corto plazo, pero hay buenas razones para creer que las verbalizaciones no son un epifenómeno, sino que siguen el curso real del pensamiento.

Lindsay y Norman también aceptan los informes verbales, y usan una técnica visual llamada "gráfico del comportamiento durante el problema".

En suma, aunque hay otras técnicas para esta clase de estudios, la introspección permite entender como cada sujeto construye su propio modelo interno del problema, como analiza, ordena, organiza, simplifica, qué estrategias y reglas usa, como evalúa sus utilidades y como enjuicia su progreso. Las mismas respuestas (o diferentes, pues puede haber varias correctas) pueden alcanzarse mediante diferentes

estrategias y procesos cognitivos. Además, cada sujeto tiene su propio estilo cognitivo para resolver problemas.

Se citan a continuación dos *ejemplos* de análisis de solución de problemas (páginas 64 y 71).

El primero es un ejemplo de problema con certidumbre, es decir, un problema donde la información brindada es necesaria y suficiente para resolver el problema, con lo cual el sujeto no necesita hacer preguntas. Por ejemplo, cómo pasar con la menor cantidad de viajes posible con un bote 3 hobbits y 3 orcos de un lado al otro del río, no pudiendo haber nunca más orcos que hobbits (pues los primeros se comerían a los segundos), y considerando que en el bote entran un máximo de dos animales. A los sujetos se les pide que escriban cómo fueron razonando para llegar a la solución.

El segundo es un ejemplo de problema con incertidumbre, es decir, no está presentada de entrada toda la información necesaria para resolverlo, por lo que el sujeto debe preguntar. Ejemplo: adivinar qué número entre 1 y 1000 pensé. El sujeto debe hacer preguntas cuya respuesta sea solamente sí o no. Algunos necesitarán hacer más preguntas que otras, con lo que usaron diferentes estrategias para resolverlo. En los problemas con incertidumbre puede detectarse más fácilmente el estilo cognitivo de cada sujeto para resolver problemas.

Rimoldi llama 'táctica' a esta secuencia de pasos para resolver el problema, y se supone que corresponde al proceso mental del sujeto. Rimoldi no usó el tipo de problemas de adivinar un número, o sea, el sujeto no elegía el mismo las preguntas a hacer sino que debía elegir entre varias dadas, con lo cual su táctica para resolver el problema radica en cuantas y cuáles elige y en qué orden lo hace (ejemplos de este tipo de problema, en páginas 75 y 79).

Resumen de González G (1987) Temas de Psicología Cognitiva (II. Pensamiento. Capítulo 4). Buenos Aires: Tekné.

Teorías sobre resolución de problemas.- El autor menciona las teorías conductistas, la teoría de la gestalt y, más sucintamente, la teoría del procesamiento de la información.

- 1) Teoría conductista.- Thorndicke tiene trabajos pioneros de la primera década del siglo XX. Sus gatos tenían un problema (escapar de la jaula), pero no tenían conductas para lograr ese fin. Dijo entonces que los gatos procedían por ensayo y error hasta que por 'casualidad' alcanzaban la solución del problema (tirando de una cuerda se abría la jaula). La próxima vez que el gato sea encerrado, aumentará la probabilidad de realizar esa respuesta exitosa lo antes posible, o sea, ya no procede por ensayo-error sino por recompensa, la cual genera nuevos hábitos.

Thorndicke estableció dos leyes:

a) Ley del ejercicio: la respuesta se torna más fuerte cuando con el ejercicio se repiten un estímulo y su respuesta. También está la ley del desuso, que es la inversa.

b) Ley del efecto: La simple unión E-R no basta para que haya aprendizaje: debe haber una gratificación o recompensa, sin la cual no se ve reforzada.

Skinner trabajó en la misma línea con ratas y palomas, y todos ellos concluyeron que el animal no 'comprende' el problema. Ellos hicieron una teoría mecanicista del aprendizaje, debido a que no tenían en cuenta ni el objetivo ni al sujeto (antipsicologismo). Estas teorías jamás explicaron por qué hace lo que hace el gato, jamás plantearon que el gato 'quería' liberarse, no había un objetivo previo a la conducta. El enfoque mecanicista está también en las leyes de Thorndicke, que prescriben que lo que pasó seguirá pasando.

Otra crítica recibida por el conductismo fue haber querido extrapolar los resultados en animales al hombre.

- 2) Teoría de la gestalt.- Kohler investigó con chimpancés en la 2da y 3ra décadas del siglo XX. Le criticó a Thorndicke lo que hoy llamaríamos validez ecológica: apretar palancas no es algo que hagan habitualmente los gatos, son situaciones artificiales; además, palancas y botones están ocultos, lo que deja al gato sin posibilidad de percibir todos los componentes del problema.

Para Kohler el chimpancé tiene conducta inteligente basada en percibir los elementos del problema y reorganizarlos perceptualmente (comprensión súbita o insight), con lo cual el animal no procede por ensayo y error y con conductas casuales, como decían los conductistas.

Tanto a conductistas como a gestaltistas les interesa el proceso que lleva a conductas nuevas, sólo que los primeros se centraron en los factores externos (recompensas, castigos), y los segundos lo hicieron en los factores internos (elaboración mental de la información). Además, los gestaltistas sostienen que el sujeto elabora soluciones posibles.

Mencionemos dos aportes importantes de la gestalt: a) Wertheimer y Duncker usaron modelos procesuales, basados en la idea que el sujeto procede desde planes generales hacia la búsqueda de soluciones específicas. Esto es algo menos vago e impreciso que el insight. b) Importancia del contexto para comprender un problema.

- 3) El enfoque de la teoría del procesamiento de la información para estudiar resolución de problemas.- Este enfoque estudia sólo seres humanos, y, a diferencia de los gatos o las ratas del conductismo, estudiaron situaciones de problemas relativamente complejos que implican razonamientos y no meras asociaciones o rutinas.

Resumen de González G (1987) Temas de Psicología Cognitiva (II. Pensamiento. Capítulo 5). Buenos Aires: Tekné.

Generalidades.- La eficacia para resolver un problema dependerá de la complejidad del problema y de la capacidad del sujeto para resolverlo.

El autor habló del primer factor en secciones anteriores, y ahora se referirá al segundo, mencionando cuatro características del sistema cognitivo humano relacionadas con la capacidad de resolver problemas:

1) Representaciones incompletas o inconsistentes del mundo: si no hay 'lagunas' no hay situación problemática. Cuanto mejor el sujeto se represente sus inconsistencias, mayor posibilidad de usar la estrategia de resolución adecuada. En los problemas pobremente definidos de la vida cotidiana se debe buscar no sólo la solución sino también detectar y formular bien el problema.

2) Pensamiento directivo: se encamina hacia una meta en forma conciente (aunque puede haber una incubación inconciente). Hay un yo ejecutivo que busca resolver el problema.

3) Limitaciones estructurales y operacionales: son básicamente tres: estrechez del foco atencional, limitaciones de la memoria operativa y organización de la memoria a largo plazo.

4) Operación serial: el sistema cognitivo opera en forma secuencial o serial, no en paralelo: hace una operación por vez, aunque esto es discutible. Lo secuencial se ve bien en problemas bien definidos.

- Algunos postulados de la teoría del procesamiento de la información en relación a resolución de problemas.- Diversas teorías (Simon, Norman, etcétera) que estudiaron problemas bien definidos, señalan que lo que determinará las estrategias de resolución de un problema es un marco constituido por tres elementos: el sistema cognitivo humano de procesamiento, el ambiente de la tarea (el problema tal cual es presentado por el experimentador), y el espacio de problema (representación mental que el sujeto tienen del ambiente de la tarea, o modelo interno del problema). Este espacio de problema es determinado por dos los primeros factores (sistema de procesamiento y ambiente de la tarea).

Las estrategias de resolución pueden ser algorítmicas y heurísticas.

Estrategia algorítmica: Selecciona la mejor alternativa entre varias posibles, por lo que genera soluciones seguras. Ejemplo: ajedrez, aritmética, etcétera. Esta estrategia tiene dificultades para resolver problemas por las limitaciones de la memoria de corto plazo, que impiden combinar e integrar varias posibilidades al mismo tiempo.

Estrategia heurística: procedimiento de tanteo o búsqueda de soluciones efectivas en base a conocimientos previos. Acortan el camino hacia la solución porque no tienen por qué considerar todas las combinaciones posibles. No garantizan el llegar a una solución correcta. En suma:

- El sistema de procesamiento y el ambiente de la tarea determinan... el espacio del problema.

- El espacio del problema determina... la estrategia de resolución, que podrá ser algorítmica o heurística.

Evaluación de las estrategias: además de una evaluación cuantitativa (en cuánto se acerca a la solución ideal), hay también una evaluación cualitativa, que es reconocer el estilo cognitivo de cada sujeto, para lo cual tendremos en cuenta dos aspectos: a) Si logra o no eliminar la incertidumbre del problema. Algunos pueden ser más sistemáticos que otros en la selección de posibles combinaciones. Algunos se apoyan más en la información y otros en la intuición. Algunos son más deductivos y otros se basan más en sus experiencias, etcétera. b) Si logra o no la solución correcta.

Se pueden reconocer *cuatro estilos* cognoscitivos: lógico, inconsistente, intuitivo (o adivinatorio), e ineficaz.

	Eliminan la incertidumbre	No eliminan la incertidumbre
Respuesta correcta	Lógico	Intuitivo o Adivinatorio
Respuesta incorrecta	Inconsistente	Ineficaz
	Estilos que atienden a la información	Estilos indiferente a la información

El estilo lógico es el que más se aproxima a la táctica ideal. El ineficaz no intenta buscar información ni resolver el problema. Los estilos que no buscan información tienden a eludir la búsqueda y la reflexión racional.

Resumen de González G (1987) Temas de Psicología Cognitiva (II. Pensamiento. Capítulo 6). Buenos Aires: Tekné.

Resolución de problemas y enfermedad mental.- "La enfermedad mental severa está asociada con daños en las funciones ejecutivas, tales como el razonamiento conceptual, la elaboración de planes y el pensamiento estratégico, todos los cuales intervienen en la resolución de problemas. El presente estudio examinó la utilidad de una herramienta de evaluación novedosa para resolver problemas, el "Rapid Assessment of Problem Solving Test" (RAPS) en personas con enfermedad mental severa. Los sujetos fueron 47 pacientes externos con enfermedad mental severa y un igual número de controles sanos combinados por edad y género. Los resultados confirmaron todas las hipótesis con respecto a cómo los sujetos con enfermedad mental severa podrían rendir en el RAPS. Específicamente, los sujetos clasificados con enfermedad mental severa (1) solucionaron menos problemas en el RAPS, (2) cuando solucionaron problemas en la prueba, lo hicieron menos eficientemente que sus homólogos sanos, y (3) los dos grupos marcadamente difirieron en los tipos de preguntas hechas en el RAPS. Los sujetos control sanos tendieron a un acercamiento sistemático, organizado, pero no siempre óptimo para resolver

problemas en el RAPS. Los sujetos con enfermedad mental severa utilizaron algunas de las estrategias para resolver problemas como las de los controles sanos, pero su rendimiento fue menos consistente y tendió a deteriorarse cuando la complejidad de la tarea de resolución del problema se incrementó. Esto fue reflejado por un alto grado de adivinación, particularmente si una pregunta de categoría limitada era insuficiente para continuar el esfuerzo de solucionar el problema”.

Marshall R y otros, El rendimiento de los sujetos con y sin enfermedad mental severa en una prueba clínica de resolución de problemas. FUENTE: SCHIZOPHR RES. 2006 JUN; 84(2)

RESPONSABILIDAD

Acepciones.- Consideremos los sentidos que pueden tener estos términos dentro de la psicología.

El concepto de responsabilidad en psicología se asemeja algo al sentido jurídico: es responsable quien puede "responder" por sus actos. Esto incluye dos cosas: a) la capacidad de comprender que el acto es propio (no ajeno), y b) la capacidad para comprender las consecuencias que ese acto puede ocasionar para uno mismo o los demás. Por ejemplo, si un padre no se ocupa de su hijo sabiendo que con ello está dañándolo en algún sentido, es responsable de sus actos. Psicológicamente, cabe distinguir responsabilidad de culpabilidad: en este último caso a) se pone el acento sobre el castigo que deberá recibirse, y b) a veces una persona se siente culpable por algo que no hizo, o que va a hacer, cosa que no sucede con la responsabilidad, aplicable a actos realmente ejecutados.

Cazau P (2002), Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

RESPUESTA

Definición.- Las respuestas son “unidades en que se divide la conducta”.

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 625.

Respuesta condicionada.- “Respuesta provocada por un estímulo distinto de aquel que la produce naturalmente. El estímulo condicionado, luego de una serie de apareamientos con el no condicionado, provoca una respuesta similar a la que suscita éste”.

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 625.

Respuesta incondicionada.- “Reacción natural, no aprendida, que provoca un estímulo no condicionado”.

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 625.

Respuesta operante.- “La que a su turno ‘opera’ sobre el entorno para producir algún efecto”.

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 625.

Clasificación.- “Las dos clasificaciones sensatas de la respuesta son: “externa” o “interna” –o acaso sean mejores los términos “abierta” (explícita). Entendemos por respuestas externas o explícitas los actos ordinarios del ser humano: inclinarse para alzar una pelota de tenis, escribir una carta, entrar en un auto y comenzar a manejar, cavar un hoyo en la tierra, sentarse a preparar una conferencia, bailar, flirtear con una mujer, hacerle el amor a la esposa. Para efectuar estas observaciones no necesitamos instrumentos. Mas las respuestas pueden hallarse completamente confinadas en los sistemas musculares y glandulares del interior del cuerpo. Supongamos un niño o una persona mayor con hambre que se encuentra de pie, inmóvil delante de una vidriera repleta de confituras. La primera observación de quien lo mire, podrá ser: “¡No hace nada!” o, simplemente “mira las confituras”. Un instrumento demostraría que sus glándulas salivales segregan, que su estómago se contrae y dilata rítmicamente, y que se están produciendo notables cambios en la presión arterial –que las glándulas endocrinas están vertiendo sustancias en el torrente sanguíneo. Las respuestas internas o implícitas son arduas de observar, no porque ellas sean esencialmente distintas de las exteriores o explícitas, sino solo a causa de que están ocultas a la mirada.

Otra clasificación general es la de respuestas *aprendidas* y *no aprendidas*. Conservemos, pues, como segunda clasificación: “respuestas aprendidas” - suponiendo respuestas condicionadas; y respuestas “no aprendidas”, entendiendo por ellas cuantas ya realizamos en la primera infancia antes que el proceso de condicionamiento y la formación de hábitos predominen.

Otra manera, puramente lógica, de clasificar respuestas es la de caracterizarlas por el órgano sensorial que las origina. Así, verbigracia, tenemos una *respuesta visual no aprendida* - por ejemplo, el pequeño que al nacer dirige la vista hacia una fuente luminosa. Opuesta a ella, una *respuesta visual aprendida*: la respuesta a una pieza musical impresa o a una palabra. Podría, además, darse respuesta *kinestésica no aprendida* (entendemos por kinestésico el sentido muscular. Nuestros músculos están provistos de terminaciones nerviosas, las cuales son estimuladas al moverse aquéllos. Por consiguiente, es el *movimiento del propio músculo* el estímulo de sentido muscular o kinestésico): el infante que reacciona llorando a causa de haber tenido un brazo torcido durante un largo rato. Estaríamos frente a una

respuesta kinestésica aprendida si manipulamos un objeto delicado en la oscuridad, o caminamos por un laberinto. Asimismo, podemos tener una *respuesta visceral no aprendida*: el llanto provocado en una criatura de tres días por las contracciones del estómago debido a la falta de alimento. Comparémosla con la *respuesta visceral aprendida o condicionada*: la visión de pasteles en la vidriera de una confitería que le hace agua la boca a un estudiante hambriento.

Esta digresión acerca del estímulo y la respuesta suministra una idea del material con que hemos de trabajar en psicología conductista y por qué ésta se propone como meta en el *dado el estímulo, poder predecir la respuesta o, viendo qué reacción tiene lugar, inferir cuál es el estímulo que la ha provocado*" (Watson J, 1985:14).

Watson J (1985) El conductismo. Buenos Aires: Paidós.

RETEST

Definición.- (*Psicotecnia*) Retesting es una expresión inglesa que significa la aplicación de un segundo test equivalente al primero después de un lapso de tiempo, con el propósito de estudiar la constancia y consistencia de las medidas. También para registrar el progreso o regreso de una aptitud, nivel mental, etc. El test de Behn-Rorschach, sirve para repetir el psicodiagnóstico de Rorschach. Terman y Merrill han elaborado las formas de su escala L. y M., para retestar.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Repetición del mismo test en una segunda ocasión. Este procedimiento sirve sobretodo para medir la fiabilidad (o confiabilidad) del test en cuestión. El coeficiente de fiabilidad surge de la correlación entre las puntuaciones obtenidas por los mismos sujetos en las dos aplicaciones del test.

Cazau P (2002), Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

RETROACTIVIDAD

Definición.- "Palabra utilizada frecuentemente por Freud, relacionada con su concepción de la temporalidad y de la causalidad psíquicas. Con ella designaba el proceso mediante el cual experiencia, impresiones y huellas anémicas son modificadas ulteriormente en función de nuevas experiencias, o del acceso a una nueva etapa del desarrollo. A J. Lacan corresponde el mérito de haber llamado la atención sobre la importancia de este concepto, que supera el reduccionismo de interpretar la vida del sujeto linealmente, en términos de acción y efecto del pasado sobre los acontecimientos del presente".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

RETROSIGNIFICACIÓN

Generalidades.- Se entiende por retro-significación el hecho de que algo actual es significado desde lo pasado, y en esta significación del presente desde lo pasado, a su vez se arroja significación hacia lo pasado, para regresar nuevamente como significación del acto actual.

En la carta N° 52 a Fliess expone Freud por primera vez como podría estar armado el aparato psíquico sobre la base de las huellas mnémicas: estas se van inscribiendo por capas sucesivas, las cuales a su vez van sufriendo un reordenamiento progresivo como consecuencia del desarrollo, maduración y experiencias, de forma que las experiencias ulteriores reordenan el material anterior. En el "Proyecto...", la resignificación aparece bajo la idea de "vías de facilitación": el trazado de huellas mnémicas se ve facilitado por las inscripciones registradas anteriormente, pero a su vez influirá en nuevas asociaciones y enriquecimiento de la huella anterior, con la posibilidad de establecer caminos colaterales. Hay un reacomodamiento periódico que es independiente de los acontecimientos que vayan a darse en el azar de la vida de ese sujeto, reordenamiento que tiene que ver con la culminación de la sexualidad infantil, la entrada en la latencia y luego la pubertad, como lo dice Freud en "Tres ensayos...", donde habla de 'metamorfosis' de la pubertad. El reordenamiento en la pubertad proviene dice Freud, del nuevo quimismo hormonal del cuerpo, que introduce una exigencia de trabajo al aparato psíquico. Por ejemplo, en 1915 define pulsión como "la exigencia de trabajo impuesta a lo anímico a consecuencia de su conexión con lo somático" (en "Las pulsiones y sus destinos").

Fernández R, Psicología de la personalidad, clases dictadas en la Cátedra de Psicología de la Personalidad de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995.

REY ARDID, RAMÓN

Biografía.- (Zaragoza 1903-Zaragoza 1988) Aunque la editorial Biblioteca Nueva lo asigna una parte de la traducción de Freud al español, esta parte parece más bien obra del argentino Ludovico Rosenthal. Hay en España una fundación que lleva el nombre de Ramón Rey Ardid. En su página web se lo recuerda así: "...ilustre catedrático de psiquiatría... El Dr. Rey Ardid fue también un insigne ajedrecista, campeón de España (desde 1930 hasta 1943, año en que abandona la práctica oficial de este deporte), autor de doce

libros sobre ajedrez y columnista en importantes diarios como 'Heraldo' de Aragón y 'Amanecer' en Zaragoza y 'La Vanguardia' en Barcelona. Publicó más de cien trabajos científicos en revistas de España y otros países y fue innovador en la terapia de la esquizofrenia al introducir el método del 'bombeo espinal', sobre el que pronunció varias conferencias en universidades de Austria y Alemania". Véanse *Etcheverry, José Luis; López-Ballesteros, Luis, y Rosenthal, Ludovico*.

Ricardo Bruno

RIESGO

Definición.- "Cuando se habla de riesgo, se alude a factores vinculados a la estructuración o conformación de cierto tipo de conductas o comportamientos humanos que se manifiestan de forma voluntaria, con resultados de alguna manera indefinidos y que tienen alta probabilidad de provocar consecuencias negativas en lo referido a cuestiones de salud, tanto en su perspectiva personal-subjetiva como social-comunitaria" (Irwin, 1990, citado por Casullo, 2005:19).

Casullo M (2005) Adolescentes en riesgo. Buenos Aires: Paidós.

Riesgo en la adolescencia.- Un adolescente está en riesgo cuando tiene la posibilidad de configurar o contraer enfermedades que lo inhabiliten física, psicológica, social o jurídicamente; manifestar de manera habitual o sistemática comportamientos individuales o colectivos que pongan en juego la seguridad social, la vida de los otros (Casullo, 2005:19).

De acuerdo a ciertos autores (Jessor, 1991, citado por Casullo, 2005:20), los denominados 'comportamientos de riesgo' desempeñan un papel muy importante en el paso de la adolescencia a la adultez, en tanto pueden ser funcionales para: lograr autonomía y especialmente respecto de los padres, permitir cuestionar normas y valores vigentes, aprender a afrontar situaciones de ansiedad y frustración, poder anticipar experiencias de fracasos, lograr la estructuración del self, y afirmar y consolidar el proceso de maduración.

Las teorías de orientación cognitiva analizan principalmente las maneras en que los sujetos perciben las situaciones de riesgo. Los adolescentes, desde su egocentrismo, construyen 'fábulas personales' donde no se autoperciben como expuestos a ningún riesgo en particular. Estas historias personales fabuladas anulan en ellos el principio de realidad y los llevan a actuar como si ésta no existiera o no importara (Casullo, 2005:21).

Numerosos estudios muestran la enorme incidencia del grupo de pares o amigos sobre los denominados comportamientos de riesgo. El adolescente tenderá a comportarse de la manera requerida por los líderes de su grupo de pares (Casullo, 2005:22).

Casullo M (2005) Adolescentes en riesgo. Buenos Aires: Paidós.

RISA

Definición.- (Psicoanálisis) Se produce la risa cuando determinada suma de energía psíquica, empleada anteriormente para cubrir ciertos procesos psíquicos, se ha tornado inutilizable, ganando así salida libre. La risa se nutre de esta energía libertada. (Freud).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Efecto terapéutico.- "Reír más de 30 veces al día favorece una buena salud, según señaló la terapeuta corporal Francisca García, profesora de la Universidad Católica de Valencia «San Vicente Mártir», donde imparte desde ayer un curso de verano sobre «La dinámica de la risa». «El humor en general, y la risa en particular, es una herramienta terapéutica magnífica para el tratamiento de enfermedades y está íntimamente relacionada con el bienestar y la salud», según la especialista valenciana. La risa, «como expresión de la alegría, afecta a los sistemas cardiovascular, respiratorio, inmunológico, muscular, nervioso central y endocrino, entre otros», según García, quien aseguró que «hasta los seis años los niños ríen unas 300 veces diarias mientras que las personas adultas más risueñas alcanzan unas 100 risas al día y las menos, unas 15». De igual forma, según Francisca García «hay una clara relación entre la risa y el combate del estrés». Además, reír equivale a realizar ejercicios aeróbicos «hasta el punto de que cinco minutos de risa a carcajadas equivalen a unos 45 minutos de ejercicio físico». Francisca García, que imparte el curso junto a Werner Herzog, también experto en dinámica de la risa, subrayó que las «terapias de la risa ayudan a mejorar la salud de manera natural, sin ayuda de fármacos o factores externos»".

Las terapias basadas en la risa ayudan a mejorar la salud de manera natural. LA VOZ DE GALICIA. 2005 JUL.

Generalidades.- La exploración de las posibilidades de estrategias centradas en las emociones positivas es algo sugerente para la investigación y muy probablemente útil para incrementar la eficacia de los tratamientos. La risa y el humor se han clasificado dentro de las 24 fortalezas personales y se los considera una de las actividades más proclives al bienestar subjetivo, el saboreo y la promoción de los estados de flujo.

La terapia de la risa, clasificable entre las terapias alternativas o complementarias en medicina, es el conjunto de técnicas e intervenciones terapéuticas para conseguir experimentar risa que se traduzca en los beneficios fisiológicos y psicológicos conocidos.

El reciente advenimiento de la psicología positiva ha despertado un grandísimo interés y expectación sobre los beneficios de aplicar el trabajo con recursos positivos a la terapia de la risa (y a otras terapias mentecuerpo). Por lo tanto, nace con este moderno enfoque, la terapia positiva con risa, como complemento de la terapia de la risa "general" y de la psicología positiva, con sus aportaciones y sus limitaciones.

Los profesionales sanitarios pueden ejercer un importante papel para difundir los beneficios de las "terapias positivas" y aplicarlas en condiciones reales, tanto para los pacientes como para ellos mismos.

Ramon Mora Ripoll; Isabel Quintana Casado. Risa y terapias positivas: Moderno enfoque y aplicaciones prácticas en medicina. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2010 FEB;3(1):27-34.

RITMO CIRCADIANO

Ritmo circadiano y depresión.- Resumen: La depresión, particularmente la depresión unipolar, a menudo se ha vinculado a alteraciones en el ritmo circadiano (24 h). Se ha observado que muchos ritmos se encuentran alterados en los pacientes deprimidos. Un ritmo que a menudo está alterado en la depresión es el ciclo sueño-vigilia, una perturbación que, a su vez, podría conducir a otras alteraciones del ritmo. Por lo que hay dos caminos generales por los que la alteración de los ritmos circadianos podría conducir a la depresión: (1) desorganización dentro del sistema circadiano podría conducir a la disfunción neurobiológica y (2) una perturbación circadiana del ciclo sueño/vigilia podría facilitar o exacerbar el estado deprimido. El reciente descubrimiento del reloj molecular responsable de la generación de los ritmos circadianos proporciona nuevos conocimientos sobre la forma mecánica en la que las anomalías de los ritmos podrían conducir a estados conductuales interrumpidos, y ofrecer nuevas vías terapéuticas para el tratamiento de las anomalías que subyacen en la depresión. Estos hallazgos sostienen que el reloj circadiano molecular está presente en muchas células del sistema nervioso central y regula el engranaje de la expresión de al menos el 10% de las transcripciones en muchos tejidos en los que se hace hincapié en cómo la disfunción circadiana podría tener consecuencias drásticas para la función fisiológica normal en el cerebro.

Turek, Fred W, De los ritmos circadianos al reloj genético en la depresión. INTERNATIONAL CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY. 2007 OCT;22(2).

RITUAL

Definición.- "Acción simbólica repetitiva, tanto a nivel motor como cognitivo, frecuentemente de carácter complejo, que se deriva de patrones culturales en sujetos normales. En su manifestación patológica, se dan en el trastorno obsesivo-compulsivo, la esquizofrenia y el autismo".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

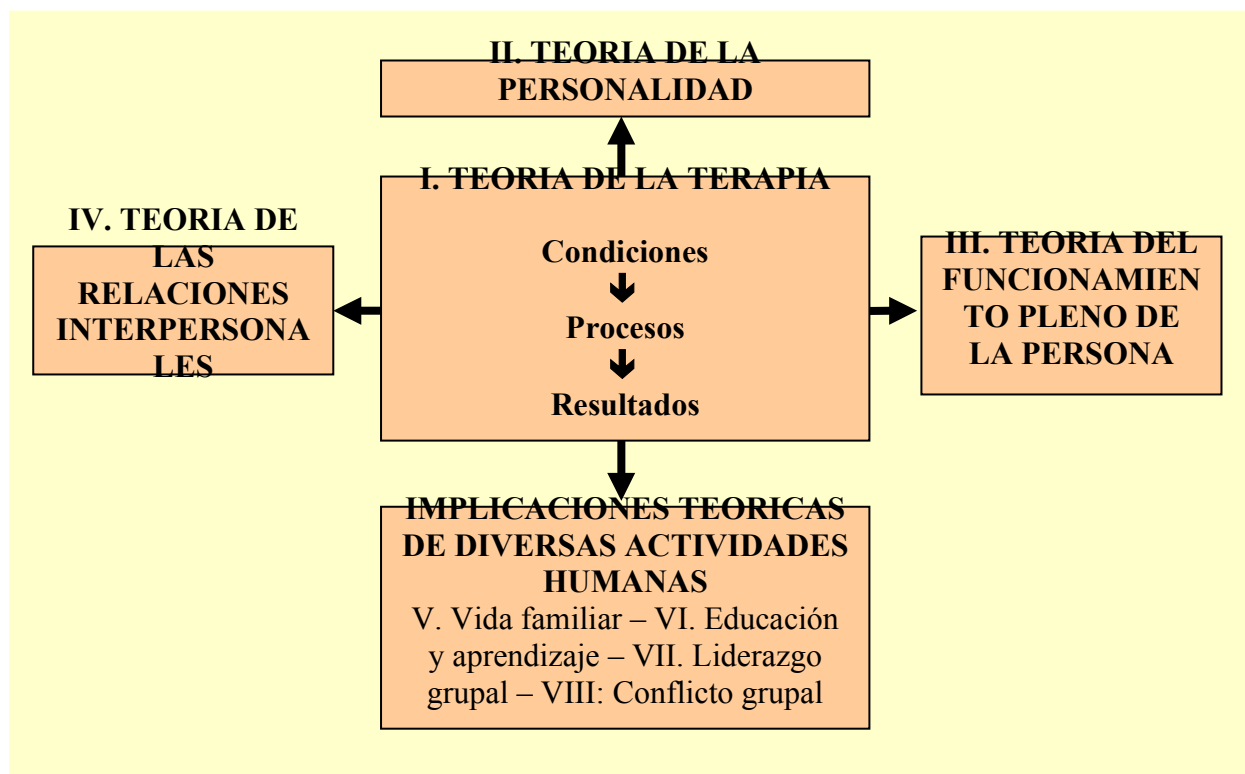
ROGERS, KARL

Obra.- Rogers hizo su aprendizaje en un ambiente psicoanalítico (Freud, Rank) y conductista (Thorndicke), así como también en la práctica clínica. De todo ello surgieron algunas convicciones básicas, entre las que se cuentan las siguientes: 1) La ciencia busca organizar en forma coherente experiencias personales significativas, y no es un medio para obtener fama o para ejercer una actividad ocultista. 2) La ciencia no es acumulación de datos sino pensamiento creador. 3) Toda ciencia tiene una etapa de crecimiento, tan útil y necesaria como los estadios avanzados de la investigación. 4) En dicha etapa de crecimiento deben evitarse la rigidez de pensamiento, como la de aquellos que entienden todo a partir del esquema de variable independiente, interviniente y dependiente. 5) El tipo de investigación psicológica de Rogers se parece más a los primeros pasos de la física, que a la física avanzada. 6) Toda teoría tiene siempre un grado de error, y siempre habrá una nueva teoría que la supere. 7) La verdad es una, aunque nunca alcancemos el ideal de compartir esa unidad.

En su libro "Terapia, personalidad y relaciones interpersonales", Rogers desarrolla tres teorías: una teoría de la personalidad, una teoría de las relaciones interpersonales, y una teoría de la terapia centrada en el cliente, posiblemente la más sólida de las tres. Todas ellas convergen en la búsqueda de una teoría fuertemente integrada y abarcativa. El autor enumera también algunas influencias culturales de su época y entorno, así como algunas experiencias personales que integran su biografía, pues supone que ellas tienen relación con el tipo de teoría que desarrolló.

La teoría más ligada a lo directamente observable es la teoría de la psicoterapia y del cambio de personalidad. Contiene hipótesis acerca de qué es la personalidad, cómo es la dinámica de la conducta y cuándo y cómo la terapia da resultados, a saber: cuando se desarrolla la creatividad de la persona. Importan también las relaciones inter-personales, ya que un caso especial de ellas es la relación paciente- terapeuta.

El cuadro siguiente muestra el esquema de lo tratado en el libro, esquema que empieza a leerse desde el centro hacia las cuatro direcciones indicadas:



Los siguientes son los constructos empleados por Rogers para su teoría. Son 40 constructos, y están agrupados en 11 tipos:

Tipo	Constructo
1. Tendencia actualizante	1. Tendencia actualizante 2. Tendencia a la actualización del yo
2. Experiencia	3. Experiencia 4. Experimentar 5. Sentimiento, "experiencing" del sentimiento
3. Representación conciente	6. Representación, simbolización, conciencia 7. Disponibilidad para la conciencia 8. Simbolización correcta 9. Percibir, percepción 10. Subcibir, subcepción
4. Yo	11. Experiencia del yo 12. Yo, sí mismo, estructura del yo 13. Yo Ideal
5. Incongruencia	14. Incongruencia entre yo y experiencia 15. Vulnerabilidad 16. Angustia 17. Amenaza 18. Inadaptación psicológica
6. Reacción ante la amenaza	19. Defensa, estado de defensa 20. Distorsión y negación del acceso a la conciencia 21. Rigidez perceptiva
7. Congruencia	22. Estado de congruencia entre yo y experiencia 23. Apertura a la experiencia 24. Adaptación psicológica. Funcionamiento óptimo. 25. Percepción discriminativa 26. Madurar, madurez
8. Consideración positiva incondicional	27. Contacto 28. Consideración positiva 29. Necesidad de consideración positiva

	30. Consideración positiva incondicional 31. Complejo de consideración 32. Consideración positiva de sí mismo 33. Necesidad de consideración positiva de sí mismo 34. Consideración positiva incondicional de sí mismo
9. Valoración condicional	35. Valoración condicional
10. Valoración	36. Centro de la valoración 37. Proceso de valoración organísmica
11. Fuente del conocimiento	38. Marco de referencia interno 39. Empatía 40. Marco de referencia externo

Aclaraciones sobre los constructos

1. Tendencia actualizante: todo organismo tiende a desarrollar sus potencialidades para conservarse o mejorar.
2. Tendencia a la actualización del yo: dicha tendencia se expresa también en la parte de la experiencia simbolizada en el yo.
3. Experiencia: es todo lo que sucede dentro del organismo en cualquier momento, y que está disponible para la conciencia. Son datos inmediatos, no experiencia pasada.
4. Experimentar: recibir estímulos sensoriales o fisiológicos que se producen en un momento determinado.
5. Sentimiento: significado personal que adquiere una experiencia emocional. "Estoy enojado conmigo mismo".
6. Representación, simbolización, conciencia: es la representación simbólica de una parte de nuestra experiencia, no necesariamente verbalizada.
7. Disponibilidad para la conciencia: cuando una experiencia puede simbolizarse libremente, sin negación ni distorsión.
8. Simbolización correcta: no es indispensable que los símbolos de la conciencia coincidan con la experiencia real; hay simbolización correcta cuando hay una coincidencia entre las dos cosas: veo un avión y 'es' realmente un avión.
9. Percibir, percepción: es una hipótesis o prognosis que surge en la conciencia frente a un estímulo. Prognosis significa que podemos predecir en base a nuestra experiencia pasada. "Esto es un triángulo".
10. Subcidir, subcepción: capacidad de discriminar o identificar estímulos sin representación conciente. Captar una amenaza sin representársela concientemente.
11. Experiencia del yo: hecho del campo fenoménico que se discrimina como yo o algo vinculado al yo.
12. Yo, concepto del yo o sí mismo, estructura del yo: gestalt organizada de las percepciones de las características del yo, y de las relaciones del yo con los otros y sus respectivas valorizaciones. Es una gestalt fluida y cambiante, un proceso.
13. Yo ideal o ideal del yo: el yo que el individuo desearía poseer. El yo es un constructo central en la teoría de Rogers, y surge del hecho que las personas hablan muchas veces en función de algo llamado yo: "me pregunto quién soy yo", etc. Las personas manifiestan opiniones cambiantes sobre su yo (el yo como proceso). Del yo, así como de los otros constructos es preferible dar una definición operacional que pueda vincular el yo con fenómenos observables. Por ejemplo, que el yo es una gestalt disponible para la conciencia.
14. Incongruencia yo-experiencia: discrepancia entre el yo tal como se lo percibe y la experiencia real del organismo. Por ejemplo, el yo del neurótico, que no hace lo que concientemente quiere hacer.
15. Vulnerabilidad: peligro de desorganización psíquica a que puede llegar la incongruencia yo-experiencia.
16. Angustia: incomodidad o tensión cuya causa es ignorada por el sujeto que la experimenta. El organismo reacciona a la subcepción de un estado de incongruencia y al peligro de la toma de conciencia.
17. Amenaza: aparece cuando el sujeto se da cuenta o prevé (subcibe) que una experiencia es incongruente con su yo. Versión externa de la angustia.
18. Inadaptación psicológica: negarse a concientizar ciertas experiencias importantes, creando así una incongruencia yo-experiencia.
19. Defensa: reacción a la amenaza. Permite mantener la estructura del yo habitual, lo que se logra distorsionando la experiencia.
20. Distorsión, negación: rechazo de todo material incongruente con el yo. "No soy muy capaz", dice quien recibió una muy buena calificación.
21. Rigidez perceptiva: tendencia a absolutizar y generalizar la experiencia o dejarse dominar por prejuicios o creencias.
22. Estado de congruencia: intento por conciliar yo y experiencia mediante una simbolización adecuada. Concepto central en terapia.

23. Apertura a la experiencia: cuando no hay amenaza. Es lo contrario de la actitud defensiva.
 24. Adaptación psicológica: cuando la estructura del yo es tal que permite la integración simbólica de la totalidad de la experiencia.
 25. Percepción discriminativa: considerar la experiencia delimitada y diferenciadamente. Es lo contrario de rigidez perceptiva.
 26. Madurar: cuando la persona percibe realista y discriminadamente, cuando no está a la defensiva, cuando acepta la responsabilidad de ser "él", cuando evalúa la experiencia en función de datos objetivos, cuando se valora a sí mismo y a los demás.
 27. Contacto: cuando dos personas afectan mutuamente su campo experiencial, perceptual o subliminalmente.
 28. Consideración positiva: cuando percibo que otra persona tiene una experiencia respecto de su yo y cuando dicha percepción modifica positivamente mi campo experiencial. Cariño, respeto, etc.
 29. Necesidad de consideración positiva: es casi seguro que se adquiere en la primera infancia.
 30. Consideración positiva incondicional: concepto clave en la teoría rogeriana. Tengo una consideración positiva incondicional hacia una persona si todas las experiencias de otra persona respecto de sí misma son percibidas por mí como igualmente dignas de consideración positiva.
 31. Complejo de consideración: configuración de experiencias relativas al yo, que para el sujeto implican una actitud de consideración positiva de una persona hacia él.
 32. Consideración positiva de sí mismo: sentimiento positivo que experimenta el yo hacia una experiencia, independientemente de lo experimentado hacia ella por otras personas.
 33. Necesidad de consideración positiva de sí mismo: necesidad secundaria o adquirida relacionada con la necesidad de consideración positiva por parte de otros.
 34. Consideración incondicional de sí mismo: cuando el sujeto se percibe a sí mismo de modo que sus experiencias hacia sí mismo le parecen dignas de consideración positiva.
 35. Valoración condicional: buscar o evitar ciertas experiencias del yo, según éste las considere más, o menos positivas. Esto impide a la persona funcionar libremente, pues perturba el proceso de valoración.
 36. Centro de valoración: es el origen de los criterios para valorar. Si está en otras personas, usa una escala de valores que no es la propia.
 37. Proceso de valoración orgánica: proceso por el cual los valores van cambiando, no son rígidos.
 38. Marco de referencia interno: todas las experiencias asequibles a la conciencia de un sujeto en un momento dado. Es el mundo subjetivo.
 39. Empatía: es percibir correctamente el marco de referencia interno de otro, "como si" uno fuera la otra persona.
 40. Marco de referencia externo: es percibir a partir de un marco de referencia interno puramente objetivo sin empatizar con la persona o el objeto observado. Por ejemplo el experimentador que da un estímulo sin saber si el mismo forma parte del campo experiencial del investigado. O sea, implica no atribuir a un objeto o sujeto experiencias propias, un marco de referencia interno. En psicoterapia conocemos este marco de referencia interno del paciente gracias a una inferencia empática. Hacer ciencia implica tomar un marco de referencia externo en el cual poder verificar nuestras hipótesis, sobre todo a partir de inferencias empáticas acerca del marco de referencia interno de nuestros colegas: si ellos realizan la misma operación que hemos realizado nosotros, y si perciben los mismos hechos y significados, consideramos confirmadas las hipótesis.
- Rogers da algunos ejemplos de aplicación de sus teorías de la personalidad, de la terapia y de las relaciones interpersonales: a) a la vida familiar (por ejemplo cuanto mayor consideración positiva incondicional haya del padre hacia el hijo, mayor será el nivel de adaptación de éste último y menor su valoración condicional); b) a la educación y el aprendizaje (el aprendizaje conduce a percepciones más diferenciadas, realistas y exactas); c) al liderazgo grupal; y d) a la tensión y conflictos grupales.
- Condensado de Rogers K (1985) Terapia, personalidad y relaciones interpersonales. Buenos Aires: Nueva Visión.

ROLE PLAYING

Definición.- O representación del rol, "técnica grupal próxima al psicodrama. La diferencia fundamental radica en que no se da preferencia en el role playing a las situaciones familiares, sino a las situaciones de la vida diaria (por ejemplo, escenas de trabajo). El objetivo es empujar a los participantes a explorar el interior de los roles y de situaciones que a priori no les son familiares o ver situaciones conocidas desde el punto de vista del otro.

Virel A., Vocabulario de psicoterapias, Barcelona, Gedisa, 1985, pág. 265.

Definición.- Término que tiene dos significados en psicoterapia, muy relacionados entre sí: actuar la réplica de una situación del pasado del paciente, y otra actuar un grupo de conductas diferentes a las conductas habituales del paciente. La técnica se puede usar para obtener más información sobre el paciente (por ej sus habilidades sociales), y enseñar conducta nueva (pág. 275).

Striegel-Moore R y Slaikeu K, (1993) Glosario de técnicas de terapia en crisis. Incluido en Slaikeu K, Intervención en crisis. México: El Manual Moderno.

RORSCHACH, HERMANN

Biografía.- Psiquiatra suizo (1884-1922), creador del famoso test de las manchas de tinta que lleva su nombre, y utilizado ampliamente en diversas áreas del psicodiagnóstico.

Hermann Rorschach nació en Zurich, y fue el hijo primogénito de un maestro de arte. Como su padre, quiso también dedicarse a la actividad artística, hasta que descubrió su vocación por la medicina. Su afición por el dibujo y las manchas de tinta le valieron un apodo especial en la secundaria. Pasó por distintas universidades hasta recibirse finalmente en su ciudad natal, en 1912. Trabajó un año en Rusia y regresó a Suiza para ejercer su profesión, etapa en la cual comenzó a interesarse en las nuevas técnicas psicoanalíticas. En 1919 es elegido vicepresidente de la Sociedad Suiza de Psicoanálisis.

Para entonces, Rorschach ya había comenzado a estudiar las fantasías de sus pacientes, utilizando tarjetas con manchas de tinta. Se las mostraba preguntándoles: "¿Qué le parece que es?", y de las respuestas deducía sus características intelectuales y afectivas. En su empeño por reducir el tiempo requerido para los diagnósticos psicológicos, Rorschach desarrolla este test donde al paciente se le muestran diez láminas, cinco en negro, dos en rojo y negro y tres policromas.

El test se basa en la tendencia del hombre a proyectar interpretaciones y sentimientos sobre estímulos ambiguos (en este caso, las manchas de tinta). Las respuestas permiten a un observador entrenado conseguir datos sobre los impulsos más profundos de la personalidad.

En 1921 Rorschach publicó el resultado de sus investigaciones, basadas en el estudio de 300 enfermos mentales y 100 sujetos normales. El libro atrajo en su momento la atención de un pequeño grupo, pero el método de diagnóstico fue luego ampliamente utilizado, aunque algunos especialistas pusieron en duda la objetividad de los datos logrados y su valor como recurso científico. A pesar de ello, una larga experiencia clínica ha probado su eficacia para poner de manifiesto conflictos de afectividad, tendencias obsesivas y otros trastornos emocionales y de la personalidad.

(Fuentes: 1. Clarín 2-4-95. 2. Revista Muy Interesante N° 51, Enero 1990).

ROSENTHAL, LUDOVICO

Biografía.- Traductor de Freud al castellano. De él escribe el traductor José Luis Etcheverry: "[...] la mencionada insuficiencia de la versión de López-Ballesteros llevó a que muchos especialistas utilizaran en nuestros países la traducción inglesa. [... Ludovico Rosenthal] tradujo obras de Freud aparecidas después de la edición española. En el prólogo primero de los volúmenes por él vertidos para la editorial Santiago Rueda (SR, 18), explica que se ha guiado por un afán de rigor, y que si bien Freud se expresa en el alemán usual, los términos que usa han ido adquiriendo un sentido estricto que impone la necesidad de verterlos al castellano mediante tecnicismos. Este criterio lo llevó a destacar aspectos conceptuales que en la versión anterior se encontraban diluidos. Justamente debe atribuírsele, en buena medida, haber sembrado aquella inquietud por el rigor [... Pero el] conocimiento de la obra de Freud se ha generalizado de tal manera en el mundo de habla hispana que se nos plantea una nueva tarea: no sólo ser rigurosos en los conceptos capitales del psicoanálisis, sino conceder una atención igualmente estricta al entronque de la obra freudiana con la problemática antropológica y filosófica del pensamiento alemán. Es una dimensión presente en las obras de Freud, como se verá, y confiamos en que exponiéndola fielmente contribuiremos a situar mejor su aporte a una concepción del ser humano --de eso se trata, en definitiva, en la recepción popular de la obra--; al mismo tiempo, ello no podrá menos que enriquecer la comprensión de los aspectos técnicos, específicamente psicoanalíticos. En *¿Pueden los legos ejercer el análisis?*, Freud explica que la ausencia de términos eruditos en psicoanálisis se debe a la necesidad en que se encuentra el analista de exponer sus doctrinas a pacientes que no siempre poseen formación científica. Esto supone una dificultad adicional para nosotros: ¿cómo determinar si uno de esos vocablos no eruditos está usado en cierto texto en su acepción más técnica o indiferentemente? No son pocos los casos en que resulta difícil decidirlo. El único modo de salvar esta dificultad es ofrecer una versión sistemática y empeñarse en verter las expresiones alemanas por otras castellanas situadas en un nivel de significación análogo. Ello ofrece la ventaja de que el lector puede asistir a la génesis de aquellas categorías técnicas. Lo que acabamos de apuntar determina otra leve diferencia entre nuestro método de trabajo y el de Rosenthal. Tomemos un ejemplo: este traductor ha conferido su debido valor al sustantivo *Verleugnung* y al verbo *verleugnen*, vertiéndolos por «renegación» y «renegar», respectivamente. Por nuestra parte, optamos por «desmentida» y «desmentir», que nos parecen más ajustados al sentido de este concepto; pero aun prescindiendo de los argumentos con que [... sustentamos] esta opinión, no podríamos usar «renegar» y «renegación» en todos los casos -muy numerosos- en que su empleo no es específicamente técnico, pues las frases resultarían incomprensibles. Creemos que nuestras opciones de vocabulario son igualmente estrictas, pero gracias a ellas es el juego mismo de los textos el que va estableciendo su sentido y su específica figura de coherencia. Esto facilita una comprensión del pensamiento de Freud desde su inquietud creadora, desde su dialéctica interna de autoplasmación. Así se refleja la alternancia entre fijeza y fluidez de los conceptos, movimiento acaso justificable en los términos del análisis mismo".

SABIDURÍA

Definición.- "La sabiduría designa el conocimiento experto que se concentra en los aspectos pragmáticos de la vida y comprende buen juicio y consejo sobre asuntos trascendentes de la vida. Con la edad mejoran a menudo la cantidad y la calidad de los conocimientos del individuo relacionados con la sabiduría". (Craig y Baucum, 2001:574).

Craig G y Baucum D (2001) Desarrollo psicológico. México: Pearson Educación, 8º edición.

Generalidades.- La sabiduría una habilidad muy amplia, también llamada poder sintetizador general, es aquello que uno llega a esperar en individuos mayores que han tenido una amplia gama de experiencias críticas en su vida más temprana y que ahora pueden aplicarlas en forma apropiada y juiciosa, en las circunstancias apropiadas. El término se aplicaría a personas que tienen considerable sentido común y originalidad en uno o más dominios, junto a una capacidad madura de metaforizar.

Gardner Howard, "Estructuras de la mente: la teoría de las múltiples inteligencias", México, Fondo de Cultura Económica, 1983, pág. 320.

SADISMO

Definición.- "Parafilia caracterizada por la necesidad de infligir daño a otra persona para excitarse sexualmente".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 459.

SALUD

Definición.- Para la OMS, salud es un "estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo ausencia de enfermedad". Esta definición rescata el aspecto positivo de salud (dice lo que es, no lo que no es), pero la plantea en términos absolutos y a-históricos. Por ello, Saforcada propone la siguiente definición: "Salud es una situación de relativo bienestar físico, psíquico y social -el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada, considerando que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre el individuo (entidad bio-psico-socio-cultural) y su ambiente (entidad físico-química-psico-socio-cultural y económico-política)".

Debe desarrollarse una definición operativa de salud, pero no tomando indicadores de enfermedad (como las tasas de morbilidad, mortalidad, etc). Para ello, necesitamos una teoría de la salud. Tal teoría debe incluir la idea que la salud no es sólo una responsabilidad individual sino de toda la sociedad, siendo los derechos humanos el fundamento ético de una concepción de este tipo.

Saforcada Enrique, Módulo I: Programa. Publicación interna de la Cátedra de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Generalidades.- La definición, explicación y resolución de problemas de salud se plantea en tres planos: singular, particular y general, de acuerdo al siguiente ejemplo (teniendo en cuenta que lo singular condiciona, y lo general determina):

	Plano singular	Plano particular	Plano general
Definición del problema	Los problemas surgen como variaciones entre individuos o atributos individuales	Los problemas se definen como variaciones de salud-enfermedad a nivel de grupos	Los problemas se definen en términos de elegir políticas y planes de salud
Explicación del problema	Según leyes y principios de variación de agentes, huésped y riesgos, además de leyes propias de cada patología.	Según leyes y principios de los procesos de reproducción social (a) de las condiciones objetivas de existencia (estilo de vida) de cada grupo.	Según relaciones entre los problemas de salud-enfermedad y modelos económicos, cambios históricos, catástrofes, etc.
Resolución del problema (acción transformadora)	Control de daños y riesgos específicos de un problema. Servicios dirigidos a patologías específicas	Planes y programas de salud por grupos de población, con descentralización. Servicios a grupos específicos.	

(a) La reproducción social comprende cuatro momentos: reproducción de procesos biológicos, de procesos ecológicos, de formas de conciencia y conducta, y de relaciones económicas.

Castellanos P, Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. Cuadernos Médico-sociales N° 42, Diciembre 1987.

Generalidades.- La OMS define salud como un estado de completo bienestar bio-psico-social, y no solo ausencia de enfermedad. Para Duchene, la salud es una resultante de fuerzas contradictorias en un aquí y ahora, y con respecto a la salud mental, hay varios criterios, como por ejemplo el de Sivadon, que habla de un equilibrio dinámico de la personalidad donde hay adaptación al medio social, aceptación de la sexualidad, y aptitud para la felicidad y el goce.

Allport propone por su lado como criterios la objetividad, la capacidad de separación, la confianza en sí mismo y el humor. Se habla también de normalidad como capacidad para resistir desequilibrios, y poder retornar a la homeostasis. Es una normalidad de función o normalidad genética, que puede alterarse por ejemplo haciendo regresiones, ya que todos tenemos una base psicótica en nuestra personalidad 'normal'.

Hay también una normalidad 'porcentual', que apunta al hombre medio, a lo que son la mayoría. También hay una normalidad normativa, que implica la búsqueda de ciertos valores personales y culturales para vivir.

Siguiendo a Bleger, el hombre debe poder alcanzar una integración en los niveles físico- químico, biológico, social, psicológico y axiológico.

Concluimos entonces que las características de la salud pueden ser las siguientes: 1) ausencia de señales de sufrimiento no es salud (hay hipomaníacos que aseguran sentirse bien); 2) por tanto salud no es solo ausencia de enfermedad; 3) la salud no es un estado que la persona adquiere, o pierde, para siempre; 4) la salud no está vinculada a un desarrollo tan rápido y tan largo del individuo o de alguna característica; 5) salud no puede ser nunca un concepto estadístico.

Salud debemos considerarla como el resultado dinámico y estructural del aparato psíquico funcionando adecuadamente. A los efectos prácticos y psicoterapéuticos, seguimos el criterio de Preston: salud significa vivir a) dentro de los límites impuestos por el físico: b) con otros seres humanos; 3) sintiéndose feliz; 4) productivamente; y 5) sin ser un estorbo.

Resumen de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 2.

Necesidades de salud.- Entre las necesidades de salud están las necesidades básicas como el alimento, la vivienda, el saneamiento (agua potable, etc) y la educación. Estas necesidades se empiezan a reconocer a partir de los años '70, pero ellas solas son insuficientes para el completo desarrollo humano, el cual requiere otras necesidades como las culturales, la recreación, etc.

Antes de seguir este tema, tengamos presente que hay cuatro formas de enfermedad o morbilidad: sentida, diagnosticada, diagnosticable y real, donde cada una es un subconjunto de la siguiente. Por ejemplo la enfermedad diagnosticada incluye a la sentida.

Como necesidades de salud, tenemos cuatro niveles:

- 1) Normativas: son aquellas necesidades de salud determinadas por los profesionales ("usted se sentirá bien pero está enfermo"). Está en relación con las formas de enfermedad diagnosticada y diagnosticable.
- 2) Comparativas: es la esperable considerando la edad, el grupo de riesgo, etc. Surge de comparar un individuo con otros de la misma edad, grupo, etc.
- 3) "Sentidas": Necesidades subjetivas de salud, tipo "me siento mal".
- 4) Expresadas: Cuando además de sentidas, las necesidades de salud se expresan bajo la forma de una demanda de servicio de salud ("Dr, me siento enfermo").

Condensado de Maldonado María, Salud pública y salud mental. Clases en la Cátedra de Salud pública y salud mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1997, Curso de verano.

Problemas de salud.- No es lo mismo necesidades de salud que problemas de salud. Por ejemplo, un recién nacido tiene necesidades de salud (atención, vacunas, etc) pero no necesariamente está enfermo, o sea, con problemas de salud.

El problema de salud se evalúa a partir de la diferencia entre la salud óptima y la salud observada. A partir de aquí, se determinarán las prioridades.

Los problemas de salud pueden ser potenciales o latentes (aparecerá la enfermedad a corto o mediano plazo), o actuales o manifiestos (enfermedad declarada). Los problemas de salud pueden ser de tres tipos:

- a) Estructurados: donde está definida una relación causa-efecto. Por ejemplo, la neumonía.
- b) Semi-estructurados: Cuando el problema está relacionado con determinantes como los sociales. Por ejemplo, la desnutrición.
- c) No estructurados: Conflictos latentes pero actuales.

Condensado de Maldonado María, Salud pública y salud mental. Clases en la Cátedra de Salud pública y salud mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1997, Curso de verano.

La salud según cada época y cultura.- 1) Antigüedad griega: Se concibe la salud como una armonía del hombre con la naturaleza (antecedente de la actual ecología), y también la relacionaban con la belleza (práctica de los deportes, etc). Hipócrates insiste en el factor higiene, y es el creador de la teoría de los humores. Galeno, por su parte, es el iniciador de la clínica y el experimentalismo. 2) Edad Media:

la salud implica un estar en gracia de Dios, mientras que la enfermedad es entendida como un castigo divino para el pecador. 3) Renacimiento: Hay un resurgimiento del racionalismo griego. 4) Ilustración: El Estado empieza a intervenir en la salud de la población. Las Revoluciones francesa e industrial expanden sus efectos hasta fines del siglo XIX. Aumenta la clase trabajadora y las desigualdades sociales. 5) Siglo XX: Hasta 1920, la Salud Pública no incluía la Salud Mental. Con la Segunda Guerra, aparece la idea de salud como bienestar (de la OMS).

La concepción de la medicina científico-europea es la de una medicina más agresiva y menos preventiva. Los orientales, en cambio, tienen una medicina menos iatrogénica (en el sentido negativo de esta palabra) y más ligada a la prevención.

La Argentina hereda el modelo científico europeo, apareciendo en nuestro país una 'lógica de los particularismos', según la cual la salud no es para todos: intervienen los sindicatos privilegiando la salud en ciertos sectores.

Sistema sanitario argentino: Originalmente, la salud y la educación estaban a cargo de órdenes religiosas. Recién a fines del siglo pasado aparece el modelo francés del hospital (como por ejemplo el Hospital Rivadavia), donde empieza el Estado a hacerse cargo de la salud y la educación. Antes, estos hospitales eran un lugar de reclusión, de albergue o un lugar para morir para las clases que no eran altas (las que morían en sus casas).

Condensado de Maldonado María, Salud pública y salud mental. Clases en la Cátedra de Salud pública y salud mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1997, Curso de verano.

Epidemiología y políticas de salud en la Argentina.- La Argentina se caracteriza por un crecimiento moderado y por una distribución anómala.

El crecimiento tiene dos formas: a) el crecimiento natural, determinado por la diferencia entre nacimientos y muertes, y b) el crecimiento social, determinado por las migraciones.

En países subdesarrollados hay muchos nacimientos pero una gran mortalidad infantil, y en países desarrollados, nacen menos niños pero con menos mortalidad infantil.

Los neonatos son un grupo en riesgo (de morir). Otros ejemplos de grupos en riesgo son las madres solteras, los chicos de la calle, los solteros, la gente que vive sola, y las personas de sexo masculino (la mujer vive en promedio 8 años más que el hombre, pero con una sobrevivencia con invalidez y mala salud. En condiciones de buena salud, la mujer supera al hombre en solo un año).

Hoy en día el concepto de "grupos en riesgo" fue reemplazado por el de "resiliencia", que viene a explicar porqué frente a las mismas condiciones, algunas personas enferman y otras no (por ejemplo, debido a factores como estilos de vida, etc).

Se puede hacer un recorrido histórico de las políticas de salud en nuestro país:

1) En un comienzo el Estado tenía a su cargo la Beneficencia pública, es decir, socorrer a los más indigentes (1823). Esto era entendido más como una obligación del estado que como un derecho de los pobres. A nivel privado, existía la caridad a cargo de la aristocracia y de las órdenes religiosas, las que también tenían a su cargo la educación.

2) El estado comienza a hacerse cargo, más tarde, de la educación, con el fin de unificar el país en base a una cultura común, dado que venían inmigrantes de distintas partes del mundo.

3) Casi simultáneamente a lo anterior, el estado comienza a hacerse cargo de la salud, la cual estaba a cargo de los ministerios de guerra, marina e interior. Los dos primeros, porque la salud se controlaba sobre todo a nivel de las entradas portuarias, donde podían venir barcos trayendo epidemias y debían hacerse controles sanitarios, y el ministerio del interior porque ocuparse de la salud era una cuestión de orden y control social (por la difusión de las epidemias de enfermedades infecciosas).

4) A comienzos del siglo, el estado delega la seguridad social a los sindicatos, y el sistema de salud comienza a adquirir características corporativistas (una corporación es un grupo de personas que penetra en el estado imponiendo sus intereses. Por ejemplo, los laboratorios, y otros oferentes de salud).

5) Hoy en día, la salud pública está en nuestro país segmentada en tres sectores: el sector público (hospitales, etc), el sector privado (prepagas), y el sector de las ex-obras sociales.

Evolución de las instituciones psiquiátricas: en orden cronológico, fueron apareciendo: a) Hospicios. b) Hospitales psiquiátricos. c) Hospitales generales con servicio de psicopatología. d) Comunidades terapéuticas. e) Centros de Salud Mental.

Condensado de Maldonado María, Salud pública y salud mental. Clases en la Cátedra de Salud pública y salud mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1997, Curso de verano.

Modelos de política social en salud.- Son tres: asistencial, econocrático y solidario. Sus características generales son estas:

	Asistencial	Econocrático	Solidario
Principios básicos	Análisis atomístico (cada uno se ocupa de su propio bienestar). Determinismo biológico (hay	El criterio costo-beneficio ocupa un lugar central. Mercado: precios, conducta del consumidor, elasticidad.	Principio de solidaridad. Satisfacción de las necesidades

	personas más aptas y menos aptas: es pobre el menos apto). Preocupación especial por la infancia.	Nivel de ingreso real razonable.	humanas. Relaciones de reciprocidad.
Necesidades humanas	Se satisfacen mediante el ingreso familiar y según el mercado.	Se satisfacen mediante el ingreso familiar y según el mercado, pero además, el Estado aporta su ayuda.	El Estado las satisface pero sobre todo la ayuda proviene de redes sociales: otros familiares, amigos, vecinos, etc.
Sector público	No cumple ninguna función. Sólo lo hacen las organizaciones de caridad (privados).	El Estado regula la ayuda, pero según los niveles de ocupación y otros.	El Estado tiene un papel importante.
Servicios sociales	(Los servicios sociales son salud, educación, vivienda, etc). Los servicios son privados y pagos. Sino, organizaciones de caridad.	Los servicios son privados y pagos para los sectores de mayores ingresos. El Estado se ocupa de los más pobres.	Gratuitos y universales.
Infancia	El Estado no la atiende. De la infancia se ocupan orfanatos, guarderías y donaciones.	El Estado tiene programas especiales para niños abandonados, servicios materno-infantiles, etc.	Su atención es prioritaria pues es la base del desarrollo social a mediano plazo.
Igualdad	Fuerte estratificación social. Los más fuertes deben ayudar a los más carenciados.	Desde el Estado hay poca igualdad pero hay posibilidad de movilidad (ascender en la escala social) sobre todo mediante la educación.	Reorientación de la distribución de la riqueza para nivelar a todos.
Solidaridad	El que tiene más está comprometido frente al que tiene menos. Todo depende de la generosidad y la caridad. Por ej en EEUU los más pudientes dedican tiempo y presencia física los más necesitados.	El Estado actúa pero sólo en casos de pobreza extrema.	Muy importante.
Organizaciones sociales (ONG's)	El modelo tiene una visión atomística, microsocial.	El Estado regula los conflictos sociales, y legitima decisiones autocráticas (corporativismo).	Son más amplias, pues incluyen al conjunto de la comunidad organizada.
Creatividad	Tendencia a la homogeneidad.	Es estimulada si produce una renta.	Gran estímulo a la creatividad individual y grupal. Por ejemplo, empleo de tecnologías locales.

Condensado de Maldonado María, Salud pública y salud mental. Clases en la Cátedra de Salud pública y salud mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1997, Curso de verano.

Salud y prácticas médicas.- Lo "médico" es un universal de la cultura: todo pueblo tiene un saber y una práctica médica autogenerada o tomada de otro pueblo. La medicina científico-europea es uno de ellos, y el más reciente. Cada medicina tiene una concepción del hombre y la sociedad, y propone su propia visión de "estilo de vida".

La medicina oriental influye sobre la griega y romana, que es el antecedente del saber médico europeo. En la Edad Media, la concepción higienista del equilibrio hombre-naturaleza de Hipócrates y Galeno fue dando espacio a la concepción religiosa de enfermedad como castigo divino, que empieza a su vez a ser cuestionada en el Renacimiento. Se empieza allí a considerar lo mórbido como algo parasitario, y por ende causado por un agente externo.

En la primera mitad del siglo XIX se produce una revolución que expande la medicina por la comprensión de una multicausalidad de la enfermedad, con preponderancia de los factores socioculturales y

económico-políticos, por sobre los biológicos (Virchow, Frank y otros). Más tarde Grotjahn y otros consolidan esta medicina social-expansiva.

Condensado de Saforcada Enrique, Modelos clínicos y sanitaristas en salud-enfermedad (clases dictadas en la cátedra de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996).

Concepciones sanitaristas sobre la salud.- Desde un punto de vista histórico, tenemos dos paradigmas o concepciones sobre la salud en medicina científico-europea: el individual-reduccionista y el social-expansivo.

1) *Paradigma individual-reduccionista o individual-restrictivo* (su modelo de atención de la salud es el *modelo clínico*): Va desde el Renacimiento hasta fines del siglo 20 (de Paracelso a Pasteur). Se trabaja sobre la enfermedad y se constituye el modelo clínico, con su visión biologista.

2) *Paradigma social-expansivo* (su modelo de atención de la salud es el *modelo sanitarista o epidemiológico*): Virchow y otros ya afirman hacia 1847 que muchas muertes prematuras no obedecen a causas naturales sino a condiciones sociales artificiales, por lo que la ciencia médica es ante todo una ciencia social. Se sustentan tres principios: a) La salud del pueblo concierne a toda la sociedad. b) Las condiciones sociales y económicas son determinantes de la salud y la enfermedad, y pueden investigarse científicamente. c) Por tanto, promover la salud y combatir la enfermedad implica tomar medidas tanto médicas como sociales. Este paradigma se despliega con el desarrollo de las ciencias sociales y de la epidemiología.

Los modelos clínico y sanitarista se comparan en el esquema adjunto. Ambas alternativas pueden ser consideradas como complementarias o excluyentes. Al tener ciertos aspectos excluyentes, el hecho que actúen en un mismo campo programático pueden anular mutuamente sus efectos. El llamado modelo de mercado ha inficionado hoy todos los espacios de interacción social (sanitario, estético, jurídico, etc).

El modelo sanitarista incluye al clínico resignificándolo al integrarlo en un contexto más amplio. El modelo sanitarista trabaja con el *mínimo operante*: muchas personas de diversas especialidades hacen algo (operan sobre el enfermo, sobre el sano, etc) y no sólo cuando la enfermedad aparece. Van a las personas, no esperan que estas consulten. Los modelos clínico y sanitarista se basan en una determinada concepción del hombre: el primero deshumaniza al hombre fomentando el individualismo y la "irresponsabilidad ambiental".

Todo efector (profesional) adscribe a uno u otro modelo, pero también toda la sociedad, y los demandantes en particular, adscriben a una u otra concepción sobre la salud implicada en esos modelos, exigiendo un desempeño en las prestaciones de acuerdo con el modelo hegemónico de ese momento. Efectores y demandantes se refuerzan mutuamente.

Paradigma	Individual-reduccionista	Social-expansivo
Modelo	Clínico	Sanitarista
Eje teórico	La clínica	La epidemiología
Calidad de vida	Calidad de vida es equiparable a nivel de vida, pero este último es un concepto sobre todo de tipo económico, no sanitario. Rostow, por ejemplo, hace depender la calidad de vida de capacidad de consumo, de competitividad, confort y status. Se privilegia el individualismo: si está enfermo, la causa es sólo del individuo y sólo de él depende curarse. El sano ni existe para el Modelo Clínico.	Relaciona calidad de vida con autorrealización. No prioriza la restauración de lo dañado sino que privilegia los factores ambientales, la participación, y la protección y potenciación de los estados positivos y la autorrealización (salud). La salud individual es una entidad social porque depende, compone, contribuye y condiciona la salud comunitaria. La autorrealización supone cooperación y solidaridad. En su sentido positivo, los espacios intersubjetivos permiten no sólo satisfacer necesidades básicas (subsistencia) sino también necesidades de autodesarrollo y desarrollo social integral (participación, creación cultural, educación, democracia, etc).
Concepción del hombre	El hombre es una entidad biopsíquica.	El hombre es una entidad biopsíquica, pero también socio-cultural.
Lugar de trabajo	Privado. El consultorio	Público. La comunidad o la oficina de planeamiento
Demanda	Pasiva. Espera a que llegue el enfermo	Activa. Sale a buscar el enfermo
Modelos específicos	Modelo de la historia natural de la enfermedad.	Modelo canadiense o ecológico. Modelo materialista-histórico. Modelo interaccionista simbólico.

Dentro del modelo clínico y dentro del sanitarista encontramos a su vez varios modelos más específicos que se refieren a las causas y determinantes de la salud y la enfermedad. Veremos los siguientes:

1) *Modelo de la historia natural de la enfermedad*: Se llama también modelo estructural-funcionalista, y entra dentro del modelo individual-restrictivo, ya que plantea cosas diferentes y hasta opuestas en relación con los modelos sanitaristas, como se ve en el siguiente cuadro:

	Modelo de historia natural	Modelos sanitaristas
Salud- Enfermedad	Son opuestos	Son un continuo
Unidad de análisis	Individuo	Colectivo
Supuestos	Salud como equilibrio estático	Salud como proceso dinámico
Foco de atención	En la enfermedad	En el proceso salud-enfermedad
Categorías de análisis	Biológicas	Bio-psico-socio-culturales
Modo de operar	Reparación	Protección, prevención y promoción

2) *Modelo canadiense o ecológico*.- En el modelo anterior se hacía caso omiso de los determinantes sociales de la salud (y la enfermedad). El modelo canadiense considerará estos determinantes, tomando la salud como variable dependiente de ellos.

La salud es una variable dependiente porque depende de cuatro determinantes: 1) Biológicos. 2) Ambientales: entorno. 3) Estilo de vida: depende de cada uno. 4) Sistema sanitario. En los EEUU, estos cuatro factores están porcentualizados de la siguiente manera:

27% Factores biológicos	8% del presupuesto
19% Entorno ambiental	1,6% del presupuesto
43% Estilo de vida	0.5% del presupuesto
11% Sistema sanitario	90% del presupuesto

Los porcentajes de la primera columna indican la incidencia en la reducción de la mortalidad. En la última columna se indica el porcentaje del presupuesto destinado a cada factor. Como vemos, se destina un 90% del presupuesto al sistema sanitario, cuando en realidad este factor tiene una incidencia de apenas un 11% en la determinación de la salud.

El modelo canadiense y el materialista-histórico pueden complementarse mutuamente, pues ambos corresponden al modelo social-expansivo.

3) *Modelo materialista-histórico*.- O modelo materialista-dialéctico. Identifica cuatro determinantes en el proceso salud-enfermedad:

- 1) Población (urbanización, etc)
- 2) Ambiente físico (agentes mórbidos, recursos naturales, etc)
- 3) Genoma.
- 4) Organización social. Dentro de este determinante se consideran cuatro dimensiones:
 - a) Cultura e ideología
 - b) Ciencia y tecnología
 - c) Instituciones políticas
 - d) Estructuras económicas

Estas cuatro dimensiones influyen a su vez sobre:

- El mercado, lo que influye sobre las condiciones materiales de vida.
- Las políticas sociales y económicas, lo que influye sobre la educación y la atención de la salud.

Además de los cuatro *determinantes* (que son variables estructurales, es decir universales, presentes en toda sociedad), el modelo materialista considera también *condicionantes*, que pueden o no estar, y que no son consideradas en el modelo canadiense.

Los condicionantes dependen de cada caso y situación, como por ejemplo estar o no en un sistema capitalista o en una determinada clase social. Son las condiciones de vida que pueden incluso neutralizar la variable estructural "organización social". Por ejemplo, si hay una red social de ayuda mutua esto es un condicionante que anula en parte los efectos de una organización social deficiente en cuanto a salud.

Una visión materialista histórica de salud enfermedad aparece en la ficha de Laurell sobre "Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social".

4) *Modelo interaccionista simbólico*.- Considera las necesidades de las personas, pero al hacerlo más en relación con el contexto, cabe ubicarlo dentro de los modelos sanitaristas o social-expansivos.

Situación actual de los modelos clínico y sanitarista.- Cada espacio de interacción social tiene su racionalidad última: el educacional es la autorrealización por adaptación activa, el jurídico-legal la justicia, la salud el bienestar, etc.

El espacio de interacción comercial, fundado en un modelo de mercado, fue inundando todos los otros espacios introduciendo su propia racionalidad: la acumulación de riquezas, cuya naturaleza es ajena a las racionalidades específicas de los otros espacios.

Algunas sociedades pudieron evitar que la educación y la salud fueran invadidos por el espacio comercial, pero no es este el caso de Argentina, donde la acumulación de riquezas predominó a expensas de la hegemonía del modelo clínico del máximo operante.

El sistema de salud termina así siendo iatrogénico en sentido negativo, al privilegiar la capacidad de pago por sobre la necesidad de salud.

Por sí sólo, el modelo clínico no genera un modelo de mercado, como ocurrió en Argentina hace 40 años donde había un sistema ejemplar de salud. ¿Qué otras variables entran entonces, en juego? Son muchas, pero entre ellas la variable ética: es a este nivel donde se produjo el deterioro. Frente a esta situación, se hace necesaria la formación de recursos humanos "necesarios", es decir, conectados con la racionalidad última propia de la salud: el bienestar.

Condensado de Saforcada Enrique, Modelos clínicos y sanitaristas en salud-enfermedad (clases dictadas en la cátedra de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996).

Reorientación del modelo de salud.- La educación como herramienta de cambio social debe ser aprovechada en los niveles primario, secundario y universitario, a efectos de modificar a largo plazo la situación de la salud en Argentina, formando recursos humanos para el área de la salud. Algunas líneas de acción pueden ser:

- 1) La formación de recursos del máximo operante debe orientarse hacia la salud, su protección y promoción, desactivando la orientación excluyente hacia la enfermedad y la prevención secundaria.
- 2) Introducir el enfoque ambientalista mediante equipos multidisciplinarios abocados a acciones transdisciplinarias.
- 3) Incorporar el enfoque ambientalista en los currícula de la primaria y la secundaria.

Tales líneas crearían un terreno fértil para el desarrollo pleno de la orientación sanitarista, con gente capacitada y motivada con los principios de dicho Modelo.

Condensado de Saforcada Enrique, Modelos clínicos y sanitaristas en salud-enfermedad (clases dictadas en la cátedra de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996).

Formación y situación actual del Psicólogo en Argentina.- La Argentina es caso único en el mundo, por cuanto:

- 1) Hay muchos psicólogos, aproximadamente 60.000 (1 por cada 500 habitantes), pero están concentrados en las áreas urbanas más grandes.

- 2) Casi todos los psicólogos están orientados hacia la 'clínica', y, dentro de ellos, casi todos hacia el psicoanálisis privado, y esto aunque estén en hospitales, pues han trasladado a éste el modelo clínico privado, lo que refleja una desatención de la comunidad demandante de prestaciones eficaces.

A tal situación se llegó por una serie de condicionantes que operaron sobre la carrera de psicología. El psicólogo fue reconocido oficialmente pero no socialmente, y si entraran en huelga no habría muchas protestas de la comunidad.

Rastreando históricamente esta situación, digamos que las primeras carreras de psicología aparecen en la década del '50, y no como demanda de la comunidad sino como iniciativa de un grupo de profesionales de otras disciplinas (médicos, abogados, ingenieros, etc), lo que otorgó, además, falta de identidad profesional al psicólogo.

Lo importante es que el psicólogo no nació como respuesta a una demanda social, con lo cual éste se ha elitizado y abstraído de la 'vida diaria', que pasó a ser poco importante. Este apartamiento de la realidad fomentó prácticas encapsuladas ajenas al contexto psicosociocultural y político-económico.

Tal situación no hubiera ocurrido de no haberse dado la espalda a las necesidades de la comunidad. Más allá de la clínica, hay un amplio campo relacionado con la educación, el laboral, la vida urbana, el organizacional, el jurídico-penal, la puericultura, etc. y muchos otros.

Condensado de Saforcada Enrique, Modelos clínicos y sanitaristas en salud-enfermedad (clases dictadas en la cátedra de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996).

Nueva orientación en la formación del Psicólogo en la Facultad de Psicología (UBA).- El rol de la Universidad debe ubicarse dentro del Proyecto Salud para Todos en el año 2000, de la OMS. La Facultad de Psicología debe reorientarse hacia un enfoque sanitarista.

La OMS impulsa al respecto cuatro principios básicos:

- Equidad de la salud: para todos.
- Interacción entre salud y desarrollo.
- Uso de tecnologías eficaces y apropiadas a cada situación local.
- Participación de la comunidad en la solución de problemas de salud, usando a pleno los recursos de la sociedad.

La formación de recursos humanos debe orientarse hacia estos principios básicos para transformarlos en valores y actitudes. Atendiendo a todo ello, la Facultad de Psicología propone el desarrollo de innovaciones que implican:

- 1) Además de las orientaciones clínicas, educacionales, laboral y forense, incluir en el plan de estudios el abordaje de problemas de salud en comunidad. La promoción, prevención y atención de la salud cubre un amplio espectro que incluye áreas deportivas, laborales, educativas, culturales, etc.
- 2) No sólo deben revisarse contenidos sino plantear hipótesis de trabajo sobre áreas problemáticas desde donde construir y transmitir conocimiento.
- 3) Desde el punto de vista institucional, para esas hipótesis de trabajo se requiere el concurso de otras instituciones como la Facultad de Medicina, Asociación de Psicólogos, etc, y la opinión de la misma comunidad.

Para todo ello se propone un plan piloto a llevarse a cabo en la ciudad de Avellaneda. También, incluir materias como Psicología Preventiva, Epidemiología, y estudios de posgrado relacionados.

Condensado de Saforcada Enrique, Modelos clínicos y sanitaristas en salud-enfermedad (clases dictadas en la cátedra de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996).

Criterios de salud y enfermedad.- La normalidad y la anormalidad no son conceptos de validez general. Aquello que en una cultura se considera normal, puede ser visto completamente anormal en otra.

La distinción entre estar mentalmente sano y enfermo puede depender de tres cosas:

- a) el propio paciente según sus síntomas.
- b) la opinión del psiquiatra.
- c) el medio circundante del paciente lo hace sano o enfermo.

Desde Bleuler y toda la psiquiatría clásica, la salud o la enfermedad dependía del primer factor, o sea de qué síntomas presentaba el paciente. Últimamente en cambio, se ha criticado esto y se planteó el segundo factor: así, los diagnósticos psiquiátricos solo existen en el cerebro del psiquiatra y no son un resumen válido de las características de la persona estudiada. O la enfermedad como rótulo, está solo en la mente del psiquiatra que observa.

Para averiguar quién tiene razón, a ó b, Rosenhan propone un experimento que se hizo internando en una clínica psiquiátrica a personas sanas con el consentimiento de éstas. Fueron ocho personas de variadas profesiones y ocupaciones y distinto sexo.

Si se descubriera siempre la salud mental en tales pseudopacientes, tendrían razón los defensores del diagnóstico tradicional, o sea a, pues estos pseudopacientes no tendrían los síntomas que los calificarían como enfermos.

Si no se pudiese distinguir estos pseudopacientes de los realmente enfermos, los defensores de a, se verían en aprietos, y al mismo tiempo tendería a probar que lo sano o enfermo depende del ambiente, ya que en un ambiente enfermo, los sanos se enfermarían.

Los pseudopacientes y su medio.- Salvo las máximas autoridades, el personal de las clínicas no sabía que los nuevos pacientes no eran tales, y que todo era un experimento. Se buscaron clínicas muy diferentes para evitar la influencia de un tipo de clínica en particular sobre el experimento. Los "síntomas" que presentaron eran que oían voces. Falsearon el síntoma y sus nombres, pero en el resto dijeron la verdad (familia, etc.).

Con excepción de un breve período de nerviosismo debido a la nueva situación, los pacientes se comportaban normalmente y eran un modelo de cooperación. Los informes del personal confirmaron esto. Dentro del experimento estaba la consigna que ellos debían portarse normalmente.

Las personas normales no se detectan como sanas.- A pesar de su conducta, a todos los pacientes los dieron de alta con un diagnóstico de esquizofrenia en remisión (salvo uno, el de la clínica privada, que le dieron un diagnóstico más favorable: psicosis maníaco-depresiva). El promedio de internación fue de 19 días.

Solo los pacientes reales sospecharon que los pseudopacientes eran en realidad personas sanas que estaban inspeccionando el hospital. Los médicos en cambio, tienen más tendencia a considerar enferma a una persona sana, que sana a una persona enferma, porque es más peligroso no darse cuenta de la salud. O sea, se manejaron con prudencia, pero esto es problemático, porque rotular de enfermo a alguien en psiquiatría, tiene implicancias personales, sociales, jurídicas, etc., que no hay en la medicina común.

Para averiguar si los médicos y enfermeras podían cambiar su modo "prudente de proceder" se hizo otro experimento, donde se les avisó que próximamente iba a haber pseudopacientes, pero no les aclararon cuáles y ellos debían identificarlos. El resultado fue bastante exitoso, lo que probaba que cuando hay en juego cuestiones importantes (en este caso, prestigio, sagacidad diagnóstica), los médicos sí pueden identificar supuestos dementes como sanos.

Las clasificaciones psicodiagnósticas se pagan.- Aparte de la tendencia de declarar enfermos a los sanos, tiene preponderancia la clasificación, la etiqueta. En cuanto a uno le ponen la etiqueta de esquizofrénico, o loco, etc., esa característica se hace central, no se la puede quitar más, y tiñe todas sus otras formas de conducta, aun las más normales. Se inventó una realidad.

En los experimentos realizados, el diagnóstico no fue influido por la conducta normal de los pseudopacientes, sino al revés: esta vida normal fue conformada según el diagnóstico. Por ejemplo, uno de los pseudopacientes de vez en cuando castigaba a sus hijos como lo hace cualquier persona, pero

dentro del informe médico de hablaba de arrebatos de ira hacia los pequeños. Esto ayudaba o apoyaba el diagnóstico de esquizofrenia.

Al diagnosticar, está también la tendencia a adjudicar la conducta anormal del mismo paciente y no a su entorno, cuando a veces lo patológico es sólo el entorno.

Al diagnosticar, también se crea la expectativa de que esa persona va a seguir siendo enfermo. Si no manifiesta síntomas, simplemente se piensa que está en remisión (no que se curó). Además, los llamados enfermos no están constantemente locos, y tienen aspectos lúcidos. Por último está también la tendencia a adjudicar a un estado de locura algo que desconocemos: si yo tengo alucinaciones porque duermo esto está explicado, pero si las tengo sin motivo conocido, entonces estoy "loco".

La vivencia de la hospitalización psiquiátrica.- No solo el común de la gente, sino también los profesionales, consideran que no es lo mismo el enfermo físico que el mental: éste puede ser peligroso, el otro no. Por eso personal y enfermos están separados en las clínicas, y en contacto entre ambos tiene poca duración. En el experimento de los pseudopacientes, se vio que el personal en general rehuía a las conversaciones iniciadas por los pseudopacientes.

Impotencia y despersonalización.- Incluso se llegó a castigar a los pacientes que hablaban bien con el personal. Esto expone a una despersonalización, ya que el despliegue de la personalidad está muy reflejado por el contacto visual y verbal con los demás.

También aparece la impotencia en los pacientes, porque debido a la etiqueta que le pusieron, pierde muchos derechos legales y además credibilidad. Pierde libertad. Los pseudopacientes, se comprobó, reaccionaban contra estos sentimientos de despersonalización e impotencia y luchaban contra ellos.

La fuente de la despersonalización.- Una causa de la despersonalización, es la actitud ambivalente de los terapeutas y asistentes hacia el enfermo (compasión y temor y desconfianza). Otra causa es la misma estructura jerárquica del hospital psiquiátrico: los que están más arriba menos atención le dan a los pacientes, y los que están más abajo siguen el ejemplo.

Es posible que haya aun otras causas, como por ejemplo, las económicas, que hace que no pueda dedicar tanto tiempo a los pacientes. En vez de eso se los medica, lo cual a su vez contribuye también a la despersonalización.

Las consecuencias de la estigmatización y la despersonalización.- Sabemos que los diagnósticos no son a menudo ni válidos ni confiables, pero a pesar de ello, los hacemos para tapar nuestra ignorancia, y poniendo una etiqueta, inventamos conocimiento. Hay de hecho, muchos ejemplos de diagnósticos equivocados, de personas sanas catalogadas como enfermas y consideradas como tales. Hay casos también de personas sanas que se comportaron como enfermos simplemente por el ambiente hospitalario: es lo que Goffman llamaba 'envilecimiento' y que tiene mucho que ver con la despersonalización.

Resumen y conclusiones.- La clínica psiquiátrica crea una realidad especial: no es posible distinguir sanos de enfermos. ¿Soluciones? Hasta ahora hay dos: que la clínica cambie su modo de tratar a los pacientes (comunidades, talleres de creatividad) y que los profesionales se informen sobre esto y hasta prueben ver qué pasa siendo ellos mismos pacientes simulados.

Resumen de Rosenhan David (1988) Acerca del estar sano en un medio enfermo (artículo).

Salud individual y social.- Creemos que estamos sanos, aún los enfermos, los neuróticos, etc. Pero ciertos hechos nos deben mostrar que tal afirmación debe ser examinada, por ejemplo las guerras donde los hombres se destruyen entre sí, la fabricación de alimentos por razones económicas cuando millones se mueren de hambre, las fantasías sádicas de los medios de comunicación, etc. Existe entonces una "patología de la normalidad", especialmente en relación a la sociedad occidental contemporánea. Fromm hablará de una patología social, no individual. No obstante hablar de la frecuencia de la patología individual, aclarará algunas cosas respecto de la patología social.

La patología individual se refiere a neurosis, psicosis, suicidios, homicidios, alcoholismo, etc. Fromm ilustra que en los países económicamente más desarrollados, es donde hay más índice de patologías individuales (sobre todo suicidios), es decir, no deben achacarse dichas patologías a la pobreza. Fromm entonces se pregunta por cual otra causa puede haber, y dice que los índices de suicidios son tan altos porque la sociedad moderna no satisface algunas necesidades profundas del ser humano, insatisfacción que lleva al alcoholismo, el suicidio, etc. O sea, el hombre empieza a buscar medios para escapar al tedio de las horas libres, y refugios para soportar el no poder satisfacer aquellas necesidades profundas.

Sociedad sana y enferma.- Para saber si una sociedad está sana o enferma debemos disponer de un criterio de salud. El relativismo sociológico plantea como criterio la adaptación: está sano el individuo que puede adaptarse a la sociedad en que vive. El problema se plantea cuando hay una sociedad enferma, y entonces el individuo que se adapta a ella resulta ser enfermo, con lo cual el criterio indicado no nos sirve.

Fromm, en su lugar, plantea el criterio del humanismo normativo, según el cual un individuo o una sociedad esta sana cuando se cumplen las leyes inherentes a la naturaleza humana y se cumplen las metas adecuadas para su desarrollo o despliegue, independientemente que cada cultura cumpla dichas leyes a su manera y según su ambiente. Este criterio no es ni biológico ni sociológico: trasciende esta

dicotomía pues ve al hombre como un ser total, como un ser que despliega sus potencialidades (aspecto biológico) en un determinado medio que es la sociedad (aspecto sociológico).

Por lo tanto el criterio del humanismo normativo dirá que se logra la salud mental si el hombre llega a la plena madurez de acuerdo con las características y las leyes de la naturaleza humana: el desequilibrio o enfermedad mental consisten en no haber tenido dicho desenvolvimiento. O sea que el criterio no es la adaptación o no, a un sistema social dado, sino un criterio universal, válido para todos los hombres: el de dar una solución suficientemente satisfactoria al problema de la existencia humana.

El hecho de que las personas actúen todas igual, no significa que todas estén sanas, o sea, el hecho de que todos actúen desequilibradamente, no quiere decir que estén todos sanos: por tanto, no debe usarse un criterio estadístico (sanos son los que conforman la mayoría) para evaluar la salud y la enfermedad.

Cabe distinguir entre perturbación mental individual y social. Si un individuo no alcanza la libertad, la espontaneidad, la autenticidad, tiene un grave defecto, pero si la mayoría de los individuos no alcanzan dichas metas, estamos ante un defecto socialmente modelado, donde el individuo siente que su mal se disimula, pues se consuela en la seguridad de que todos sus congéneres comparten lo mismo: pueden vivir con este defecto sin enfermarse. Es como si cada cultura proporcionase el remedio contra la exteriorización de síntomas neuróticos manifiestos que son resultantes del defecto que ella misma produce. Estos remedios a veces no bastan, y aparecen los enfermos mentales, que entonces son considerados distintos de los demás, y segregados. Aquí hablamos de neurosis, que no debe confundirse con efecto socialmente modelado.

Este libro se funda en la idea según la cual una sociedad sana es la que corresponde a las necesidades del hombre, pero no a las que él "cree" que son sus necesidades (pues hasta los objetivos más patológicos como el poder y la fama pueden ser sentidos como máxima necesidad), sino a lo que objetivamente son sus necesidades tal como pueden descubrirse estudiando al hombre y sus leyes. Por esto lo primero es averiguar cuál es esta situación humana y cuáles las necesidades del hombre, aquellas que deberá satisfacer para alcanzar la salud mental.

Resumen de Fromm Erich (1983) Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Capítulo 1 y 2.

Generalidades.- Freud decía que las fronteras entre neurosis y normalidad no es nítida. Muchas personas bien adaptadas a la realidad social externa alientan una 'locura privada', que afecta también a los mismos psicoanalistas.

Condensado de Green André (1994) De locuras privadas. Introducción.

Educación para la salud.- Según Word es la suma de experiencias que influyen favorablemente en los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y comunitaria. Según Grout es un procedimiento que incluye la transmisión de todo lo que se conoce sobre la salud dentro de los patrones deseables de la conducta individual y colectiva, mediante el proceso educativo.

El campo de acción de la educación para la salud abarca: a) la mejoría del nivel de vida ya que se puede influir en la modificación de las condiciones de educación vivienda y nutrición; y b) actividades médicas al motivar sobre medidas específicas de prevención

Ramírez Elizalde J, Cano Garrido M, Escamilla Salas D y González Ramírez E (2006) Epidemiología, salud pública y medicina preventiva.

Salud autopercebida.- Resumen: El objetivo ha sido evaluar la salud autopercebida en un Servicio Hospitalario de Emergencias y su asociación con variables demográficas. Se aplicó el Cuestionario de Salud General de Goldberg al personal del Servicio. Se utilizó la prueba de X², considerándose valores de significación ($p < 0,05$). La prevalencia de indicadores negativos de salud obtenida para médicos, enfermeros y técnicos fue de 21,74%, 26,09% y 4,34% respectivamente. Las variables edad, sexo, estado civil, profesión, no resultaron significativos. Las frecuencias obtenidas con el GHQ-60 positivo de los profesionales de salud del Servicio de Emergencias evaluado se ubican dentro del rango expuesto en la bibliografía consultada.

Núñez Irene Y, Almeida Sergio, Czernik Gabriela E, Almirón Lila M, Determinación de salud autopercebida en un Servicio Hospitalario de Emergencias. ALCMEON. 2007 MAR;13(4).

SALUD/ENFERMEDAD

Generalidades.- Para Freud, las diferencias entre salud y enfermedad son cuantitativas: el sano tiene más energía libre disponible, y el enfermo las tiene inmovilizadas al servicio de la represión.

Salud no es solo ausencia de patología, sino capacidad de desarrollo y cambio conducente a un crecimiento humano. La salud debe pensarse como 'libertad': para pensar, para actuar sin exageradas inhibiciones, para sublimar instintos y conflictos inconscientes y para establecer y disfrutar de los vínculos humanos. D. Winnicott refiere defensas flexibles en la salud y rígidas en la enfermedad, mientras que T. Alcock habla de salud como libertad (armonía interna entre yo, superyo y ello).

Lunazzi de Jubany H, Lectura del psicodiagnóstico.

Concepción de Maslow.- Maslow desarrolla un concepto de salud y enfermedad, enfocado bajo el punto de vista de la motivación. A grandes rasgos, la salud aparece vinculada con la gratificación de necesidades, mientras que la enfermedad con la frustración de las mismas. Para ser comprendido cabalmente, esto requiere algunas aclaraciones.

Según este enfoque, las personas sanas son aquellas que están, en principio, motivadas por su necesidad de desarrollar y realizar sus potencialidades y capacidades de la forma más completa.

En oposición, un hombre básicamente frustrado puede ser definido como un hombre 'enfermo'. Se considera cualquier frustración o posibilidad de frustración de las metas humanas básicas o peligro contra las defensas que las protegen o contra las condiciones sobre las que descansan. Con muy pocas excepciones, dice Maslow, toda la psicopatología puede encontrarse de modo parcial en dichas amenazas, que son las que hacen surgir las reacciones generales de emergencia.

Maslow aclara que lo que produce efectos psicopatológicos son las necesidades básicas importantes, no los deseos sin importancia. Por ejemplo, desear un helado podría ser en realidad la expresión superficial de un deseo de amor. En este caso desear el helado es una necesidad sin importancia, un simple indicador superficial, un síntoma de necesidades más importantes, habitualmente inconscientes. La salud y la enfermedad también pueden aplicarse a la sociedad, y se puede hablar entonces de sociedades sanas o sociedades enfermas. Al respecto, Maslow indica que: 1) puesto que una persona está enferma por estar básicamente frustrada, y 2) puesto que tal frustración básica es posible, en último término, por fuerzas externas al individuo, entonces 3) la enfermedad del individuo procederá, en última instancia de una enfermedad de la sociedad. Así, una sociedad sana podría definirse como la que permite que aparezcan los fines más altos de la gente, satisfaciendo todas sus necesidades básicas.

Condensado de Maslow A (1996) Motivación y personalidad. Editorial Díaz de Santos. Capítulo 2: Una teoría de la motivación humana.

Salud según Winnicott.- Nuestra idea de lo sano o lo normal va cambiando con el tiempo. La madurez no significa total independencia, pues el hombre está integrado en la sociedad. La salud social depende de la salud individual de los miembros de la sociedad. Nos referiremos por lo tanto a la salud individual.

La madurez en el buen momento.- La salud es la madurez propia de cada edad. Un desarrollo yoico más prematuro o más atrasado no es más ni menos sano. El desarrollo depende de un medio ambiente lo suficientemente bueno como para facilitar en ese momento las tendencias heredadas. Respecto del desarrollo emocional, herencia y medio son factores externos al individuo.

El medio suficientemente bueno empieza con un alto grado de adaptación a las necesidades individuales del lactante: es la madre sana preocupada por su bebé. La madre sana puede diferir el momento en que no se adaptará hasta que el bebé pueda reaccionar con cólera ante la frustración en vez de ser traumatizado por la falta de adaptación. El trauma es una ruptura de la continuidad del existir, y solo en la continuidad puede surgir el sentimiento de sí.

La relación entre el lactante y la madre.- Mientras el bebé vive solo en un mundo subjetivo, solo hablamos de salud individual. Más tarde se vuelve capaz de evaluar objetivamente la realidad, se hace capaz de distinguir yo y no-yo, lo compartido y lo propio personal. La madre también debe adaptarse para dar al niño una dosis necesaria de experiencia de omnipotencia.

El medio circundante facilitador.- Es el medio que se adapta a las necesidades del individuo: por ejemplo: las funciones paternas que complementan las maternas y la función familiar que ayuda a dar al niño un principio de la realidad dejando que siga siendo niño.

El desarrollo psicosexual.- Podemos hablar de normalidad cuando a la edad correspondiente el individuo pasa por la fase oral, anal y uteral, fálica, período de lactancia, pubertad: por ejemplo, es normal aprender en el período de lactancia, es normal la confusión y la duda en el adolescente. Es sano tener 15 años a los 15 años. Es normal tener un sentimiento de sí hacia el fin de la adolescencia: es lo sano. Ellos necesitan 'ser', tener una identidad personal, necesitan domar los instintos antes que éstos los desgarran. Con la genitalidad el adolescente se vuelve adulto capaz de ser padre. Las inhibiciones sexuales pueden ser aquí crueles y destructivas (mala salud). Cuando hay inmadurez en la vida instintual, hay mala salud en la personalidad.

Hoy ya resulta insuficiente la definición del psicoanálisis de salud con 'ausencia de desorden psicométrico'. Necesitamos criterios más sutiles que destaquen la posibilidad de enriquecerse (salud) frente a un empobrecerse (no-salud).

El individuo y la sociedad.- El individuo sano logra identificarse con la sociedad sin que haya una pérdida demasiado grande de pulsiones individuales, y de sentimiento de sí.

Salud no es facilidad: el sano tiene temores, conflictos y dudas. Lo importante es que el sujeto sienta estar viviendo su propia vida y asumir la responsabilidad de su hacer o no hacer, y por tanto, atribuirse un mérito o un fracaso.

Al principio la salud tiene relación con la psicología del ello, y luego con la psicología del yo, cuando éste se desarrolla. El sujeto debe pasar por un holding intrauterino, después un holding de bebé y luego la familia y la sociedad, hasta alcanzar finalmente la autonomía.

El desarrollo del sí en los primeros estadios.- El proceso de desarrollo tiene entre otros, tres aspectos: la integración, la unidad psicométrica y los otros. En cada uno de ellos vemos las relaciones que hay entre los cuidados prodigados al bebé, la enfermedad esquizoide, y la salud.

1. La integración: En el bebé la integración sigue su propio ritmo. El desorden esquizoide está dado por la, organización patológica de las defensas contra la desintegración. La locura no es regresión en general, sino una elaborada defensa para evitar la repetición de la desintegración. En la vida adulta la integración incluye también la integridad, pero la persona sana admite la desintegración y el sufrimiento a ella asociado, como en el caso del impulso creador. Defenderse contra la integración priva al sujeto del impulso creador.

2. La unidad psicométrica: El bebé debe buscar la integración psicométrica, y a ello lo ayudan los cuidados como alzarlo, bañarlo, etc. En la esquizofrenia se afloja el vínculo entre psique y cuerpo. En la salud el propio cuerpo es fuente de placer.

3. La relación con los otros: La maduración impulsa al bebé a establecer relaciones do objeto, pero éstas se hacen sólidas sólo si el ambiente es lo suficientemente bueno. A partir de su experiencia de omnipotencia, el bebé va aceptando luego la realidad. Debe aceptar (no resolver) la paradoja de que al mismo tiempo el bebé crea el objeto, pero también ya está ahí dado.

En el adulto, en la enfermedad esquizoide, la relación de objeto funciona mal: se vincula con el mundo subjetivo o aun se aísla omnipotentemente. La salud en cambio, implica relaciones con objetos externos e internos, una vida de actividad y de intimidad que va enriqueciendo la realidad psíquica.

Recapitulación.- Por salud entenderemos más bien la situación del que escapó de un germen de mala salud, y no quien recibió ya de entrada dicho don de la salud.

Dos tipos de personas.- Están los que ya vienen preparados para el gusto de vivir y están los que sufrieron experiencias traumáticas. También están quienes se quieren apoyar en un desarrollo sano pues sus defensas son muy rígidas, pero aquí no hay salud. Aun así incluimos otra categoría de personas que a pesar de las dificultades, tienden a volver a sus angustias arcaicas pero a pesar de ello pueden curarse y obtener salud. Salen del paso medianamente bien.

La fuga en la salud.- Fuga en la salud no es igual a salud, pues esta última tolera la enfermedad y hasta gana mucho con su contacto. Hay mucha gente que oculta su necesidad de hundimiento, y solo aflora cuando el medio ambiente es propicio. Otras personas en cambio, salen adelante a pesar de que genéticamente y experiencialmente han sido desafortunados: se sienten incómodas consigo mismas pero su angustia las lleva a veces a realizaciones excepcionales en la ciencia, arte, filosofía, religión o política.

Verdadero o falso.- En este tipo de personas de hundimiento potencial hay un caso especial de sujetos que organizaron un falso sí que tapa al verdadero sí traumatizado, que no debe ser tocado. Aunque sea una defensa eficaz, ese falso sí no es salud, pero al menos libera maníacamente a la persona de la depresión. La depresión, recordemos, es el precio que debe pagarse por la integración, y la persona sana también la tiene.

En la enfermedad hay fuerzas destructivas que cuando están adentro llevan al suicidio y cuando están fuera al delirio persecutorio. Esto no forma parte de la salud.

Omisiones.- En la sociedad son los miembros externos los impulsados a entrar en guerra para atacar y defenderse de los delirios de persecución, o bien para destruir ese mundo que los ha anonadado en su primera infancia. No obstante no consideramos estos casos como antisociales o agresivos.

La finalidad de la vida.- Ser y sentirse real es lo propio de la salud: si juzgamos natural el hecho de ser, podemos progresar hacia cosas positivas. La salud es incompatible con el sentimiento de no sentirse nada, de no tener orientación, de sentirse irreal, de sentirse alienado (que no son ellos mismos), etc.

Las tres áreas de la vida.- La gente sana vive tres vidas: 1) la vida en el mundo: con las cosas y las demás personas; 2) la vida en la realidad psíquica (vida interior). Ambas vidas pueden usarse como defensas; 3) entre ambas vidas hay otra más: la vida de la experiencia cultural: la filosofía, las matemáticas, la religión, etc.

No es vida interior pues no son sueños, y algo tienen que ver con la vida en el mundo. Esta vida, que empieza con el juego, es la más variable de todas: algunos la tienen más, otros la tienen menos. Winnicott plantea que el origen de esta vida comienza en el espacio potencial entre un niño y la madre cuando la experiencia le ha dado al niño una gran confianza en la madre (sabe que ella estará allí aunque no la vea), cuando se han establecido fenómenos transicionales.

Condensado de Winnicott D W (1984) El concepto de individuo sano. Artículo incluido en Winnicott D W y otros, "Donald D. Winnicott". Buenos Aires: Trieb.

SALUD MENTAL

Definición.- "Capacidad de establecer relaciones armoniosas con los demás o vinculaciones afectivas adecuadas, de tolerar la frustración y de adaptarse a situaciones sociales e interpersonales. Equivale a ausencia de enfermedad mental".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- Denomina un estado positivo que consiste en la buena adaptación de un individuo que disfruta su proceso vital y está orientado hacia su autorrealización; tal estado de perdurabilidad relatividad, excede el marco de la mera ausencia de perturbaciones mentales.
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Dice Helena Béjar que "la vocación imperialista de la sociedad psicológica equipara la salud mental a un estado ideal que combina el éxito, el amor y la ausencia de ansiedad. Todo individuo que carezca de alguno de estos componentes no estará sano y precisará de curación... el conformismo psicológico sustituye la aceptación del dolor íntimo por la norma del equilibrio mental" (Fernández Alvarez H, "Nuevas sendas en psicoterapia", pág. 163).
Fernández Alvarez H, Nuevas sendas en psicoterapia. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.

Concepciones.- La salud mental, a menudo confundida con la normalidad, implicó según varios autores varias cosas: aceptar las limitaciones y posibilidades de la realidad, trabajar de acuerdo a las propias necesidades, mantener relaciones armoniosas, razón y equilibrio, capacidad de amar, adecuación en amor, trabajo y juego, adecuación en las relaciones interpersonales, autoestima y equilibrio emocional, descarga normal (vía razón) de las emociones, control del pánico, y abandono de la visión egocéntrica del mundo.

Se habló también del yo, viéndoselo como solo una de las tres instancias del aparato psíquico (junto al Superyó y al ello), o como un conjunto de funciones (Hartmann) o como la personalidad misma, el self. Loewinger describió etapas en el desarrollo del yo: simbiótico, impulsivo, protector de sí mismo, conformista, autónomo, etc, marcando cuatro facetas en este desarrollo: control de los impulsos, carácter, estilo interpersonal y estilo cognitivo.

Kroeber hizo una fórmula de salud mental donde incluye los impulsos y las defensas del yo contra los mismos para enfrentar situaciones. De cómo funcione el yo así será la salud mental.

Condensado de Arnstein R, Young adulthood (Adulthood joven). En Offer y Sabshin, Normality and the life cycle. Basic Books, 1984. Traducción de la Cátedra de Psicología Evolutiva II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Criterios de salud-enfermedad.- Retomando ideas de Habermas, nos preguntamos si nuestra praxis diaria no está en gran parte al servicio de un interés instrumental que busca revertir el comportamiento del otro/s porque lo considera desviado, patológico o anómalo. Los criterios para distinguir salud-enfermedad dependen de una nomenclatura taxonómica y clasificatoria, que más que al "enfermo" encuentran a su "enfermedad", que no ve en su cuerpo una "biografía" sino una patología.

Distinguimos entonces el concepto de normal/anormal desde un criterio estadístico, desde un criterio axiológico y desde un punto de vista personal. En este último caso, aunque un paciente pudiera ser diagnosticado psicopatológicamente, su existencia no se reduce a esta referencia negativa con la norma abstracta. La alienación se comprende ahora no como un déficit o negatividad sino como producción de formas significativas que reinseran al sujeto en el flujo histórico del cual se había apartado o diversos motivos lo habían apartado. Esto permite tomar la experiencia psicótica como la presencia de una nueva organización normativa y no sólo como la desviación de la norma.

Precisamente, Henry Ey designa a la "alienación" como la patología de la libertad. Si a los filósofos les corresponde ocuparse de la esencia de la libertad, la cuestión de su realidad o realizabilidad intra e interindividual, -como dice Heidegger- constituye lo ineludible para la psicopatología y la psicoterapia; aunque no se esté preparado para abordarla desde su punto de vista metodológico, tampoco se puede eliminarla; es lo incondicional, a pesar de los condicionamientos psico-sociales y psicosomáticos. De allí que sea preciso desarrollar en el tratamiento de la enfermedad mental, nuevas formas de terapia creativa que no se concentren primariamente en la eliminación de "factores de disturbio", "mecanismos patógenos", etc., sino en la exposición y movilización de potenciales aún no explorados de salud que pudieron haber sido sepultados por manifestaciones psicopatológicas.

María Lucrecia Rovalletti, Alienación y libertad (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Revista Investigaciones en Psicología Año 1 N°1, 1996).

Salud mental en la adolescencia.- En base a las tareas desarrolladas durante 1994, en dos escuelas públicas de Enseñanza Media de la Ciudad de Buenos Aires, en el marco del Proyecto en Salud Mental Escolar coordinado por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, se realiza una presentación teórico-técnica de las Escalas Autoanálisis de Sucesos de Vida, elaborada por María Martina Casullo, y C.E.S.-D. Se efectúa un análisis de la distribución de las respuestas extraídas de la muestra de adolescentes examinados, compuesta por 310 sujetos, de ambos sexos, entre 13 y 18 años.

A partir de la información obtenida a través de los instrumentos, se exponen los contenidos surgidos en las entrevistas semi-dirigidas realizadas con los adolescentes detectados como "casos" y con sus padres. Se relacionan los datos aportados por las mencionadas técnicas los cuales revelan la existencia de un 24% de adolescentes con síntomas depresivos con significación clínica y un 33% con exposición a situaciones de alto grado de estrés.

Autoras: Mercedes Fernández Liporace y Carina Naisberg, Prevención y promoción de la salud mental en estudiantes adolescentes (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Revista Investigaciones en Psicología Año 1 N°1, 1996).

Según M. Klein.- "Se considera que las personas saludables y neuróticas han pasado por la posición depresiva, que las personas con problemas depresivos están fijados en ella y que las personas con problemas esquizoides y paranoides no han logrado alcanzarla" (pág. 90), habiendo quedado estas últimas fijadas a la posición esquizo-paranoide.

Rycroft C, Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 1976.

Según M. Klein.- "La evolución normal del individuo y de su capacidad de amor parecen basarse ampliamente en el grado en el cual el yo temprano logró elaborar y superar la posición depresiva. En último término, ello parece depender de la capacidad del yo de modificar suficientemente sus situaciones de angustia primitivas y sus mecanismos de defensa y de desarrollar así nuevos mecanismos de defensa, que llevan a una confianza mayor y más estable en la bondad de sus objetos internalizados y reales..."

Klein M (1935) Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos, incluido en Obras Completas Melanie Klein (Volumen I: Amor, culpa y reparación), Buenos Aires: Paidós, 1999, pág. 295.

Según M. Klein.- La base de la salud mental es una personalidad bien integrada. Los elementos de una personalidad bien integrada son las cinco siguientes: madurez emocional, fuerza de carácter, capacidad para manejar emociones conflictivas, equilibrio entre la vida interior y la adaptación a la realidad, y fusión exitosa entre las distintas partes de la personalidad.

La madurez emocional significa que los sentimientos de pérdida de la temprana infancia y sus placeres pueden hasta cierto punto ser contrarrestados por la capacidad de aceptar sustitutos y que las fantasías infantiles no afecten la vida emocional adulta. Fuentes legítimas de gratificaciones son por ejemplo el goce con nuestros hijos y nietos, y los recuerdos.

La fortaleza de carácter tiene por base el hecho que han introyectado predominantemente, con más fuerza, los aspectos buenos de la madre que los malos frustrantes, pues así el yo puede desarrollar sus potencialidades. La madre introyectada es la que guía y protege, no la que domina (paz interior). La hostilidad y la angustia quedan volcados sólo hacia lo que hace peligrar lo que se siente bueno. Fortaleza de carácter implica comprensión, compasión, simpatía y tolerancia hacia los demás, haciéndonos sentir internamente más seguros y menos solos. Implica también aptitud para enfrentar conflictos externos e internos.

La adaptación al mundo externo no debe interferir con la libertad de nuestras emociones y pensamientos, y esto implica interacción entre lo externo e interno, no división y aislamiento. Tal equilibrio no implica evitar conflictos, sino tolerar emociones conflictivas y poder manejarlas. El débil de carácter hace una renegación: vive superficialmente evitando siempre enfrentarse con sus conflictos más profundos. Esta inseguridad de la renegación implica falta de confianza en uno mismo. No puede soportar el dolor ni mucho menos, por lo tanto, compartirlo o comprenderlo en otros.

La salud mental se estructura ya desde los primeros días de vida. Al principio el bebé ve reforzado su odio y su hostilidad hacia objetos que lo frustran, manteniendo dicho odio disociado del amor hacia el objeto bueno. Debe disociar amor y odio para preservar los aspectos amados de la madre, y así divide ésta en buena y mala. Si esta disociación no es muy profunda más tarde podrá hacer una integración.

Mientras aún persiste la angustia persecutoria ante el objeto malo, va luego apareciendo (posición depresiva) los sentimientos depresivos en la segunda mitad del primer año de vida. Aparece depresión y culpa por sus impulsos agresivos hacia la madre amada. Junto con el sentimiento de culpa aparece también el deseo de reparación, un factor central que ayuda a superar en parte su depresión y culpa.

En la salud mental no hay sólo factores externos (ambiente continente, ni muy permisivo ni muy rígido), sino también factores internos, como la capacidad de amor (distinta en cada niño), más fortaleza yoica, fantasías más ricas, etc. Este interjuego entre factores externos e internos explica porqué hay salud mental en un medio desfavorable, y enfermedad en un medio favorable.

Salud mental no es abandonar la actitud infantil: en la adultez hay remanentes de omnipotencia, de renegación, y cuanto más se hayan modificado estas actitudes infantiles mayor será el equilibrio mental. A medida que se desarrolla el yo, más intrincadas son las defensas contra la angustia y más exitosas y menos rígidas. Cuando la comprensión no se esclerosa con las defensas, es posible la salud mental.

Otro aspecto importante de la salud mental es la integración de las diferentes partes del self en forma exitosa. La sensación de tener partes desconocidas de uno mismo urge a la integración. Lo que se busca integrar es el amor con el odio, pues el primero puede mitigar el segundo, pues si ambos se mantienen separados no se produce alivio. La integración siempre implica dolor, pues el odio disociado y sus consecuencias son difíciles de enfrentar, y la incapacidad de tolerar este dolor renueva la tendencia a disociar.

La integración crea además una tolerancia hacia nuestros impulsos y, por lo tanto, hacia los defectos ajenos, pero una integración de la vida mental como la expuesta en la práctica es imposible realizar con plenitud.

Klein M, Sobre la salud mental. Incluido en Obras Completas, Tomo VI. Buenos Aires: Paidós-Hormé. Esta nota resume los conceptos del capítulo 10 "Sobre la salud mental".

Según Winnicott.- Para Winnicott, "la salud mental de un individuo es determinada desde el comienzo por la madre, quien proporciona lo que he denominado un ambiente facilitador, es decir un ambiente en el cual los procesos naturales de crecimiento del bebé y sus interacciones con lo que lo rodea puedan desarrollarse según el modelo que ha heredado. Pero esto no es todo. Si suponemos la salud mental, la madre (si obra correctamente) está echando las bases de la fuerza de carácter y de la riqueza de la personalidad del individuo. Teniendo una buena base, el individuo será capaz, con el tiempo, de relacionarse creativamente con el mundo, y de disfrutar y utilizar lo que éste tiene para ofrecerle, incluyendo la herencia cultural" (Winnicott, 1998:43).

Winnicott D (1998) Los bebés y sus madres. Barcelona: Paidós.

Salud mental y hábitos familiares.- Los jóvenes de familias que comen juntos sufren menos enfermedades mentales, según un estudio.

Un tercio de las familias de adolescentes con problemas de salud mental almorzaban y cenaban de forma separada, comparados con sólo el 17% de las familias con chicos sanos.

Según los científicos, compartir la comida es un "ritual de unificación" que mejora la salud mental de los adolescentes.

Aparte del desayuno, los jóvenes que deben acudir a los servicios de salud mental compartían menos de cinco comidas semanales con sus progenitores, comparado con más de seis compartidas por los adolescentes sanos.

Los que sufren de problemas mentales tampoco compartían con sus padres los almuerzos y cenas del fin de semana.

Los adolescentes sanos también participaban más en fiestas familiares y festivales religiosos, que los que sufren problemas mentales.

Los dos grupos veían el mismo número de horas de televisión, pero las familias de los que están sanos compartían más conversaciones, excursiones, vacaciones y otras actividades. Los adolescentes que han experimentado problemas de salud mental describen en mayor proporción a sus familias como "disfuncionales".

El estudio, llevado a cabo por el Centro Médico de Alicante, en España, compara a 83 adolescentes de edades comprendidas entre los 14 y los 23 años, atendidos por el servicio de salud mental, con 177 de la misma edad, pero sin problemas mentales. La mayoría de los que visitaban el servicio de salud mental sufrían ansiedad y depresión. Todos los adolescentes estudiados viven todavía con sus padres.

Compartir la comida es bueno. BBC Mundo 18 de enero de 2002.

Salud mental y calidad de vida.- Objetivo: Analizar los instrumentos que evalúan de forma genérica la calidad de vida para identificar las afinidades/divergencias que existen en las dimensiones que integran el constructo salud mental en las diferentes escalas. Metodología: Revisión bibliográfica. La muestra está configurada por 14 escalas que miden la calidad de vida de forma genérica, entre ellas la Escala de Calidad de Vida de la Taxonomía Enfermera NOC. Resultados: El constructo salud mental aparece en los 14 instrumentos genéricos analizados, aunque en la gran mayoría, los ítems o indicadores utilizados para medirlo son distintos. Conclusiones: El indicador más frecuente es el de satisfacción general, lo cual evidencia que la perspectiva más utilizada para valorar la calidad de vida es la subjetiva, aunque son muchos los instrumentos que utilizan tanto elementos objetivos como subjetivos para su análisis, adecuándose a la propuesta realizada por la OMS.

Puig Llobet M, Lluch Canut MT, Sabater Mateu P, Análisis del uso del constructo salud mental en los instrumentos genéricos que evalúan la Calidad de Vida. PRESENCIA. 2007; 3(6).

Salud según Fromm.- Lo sano puede definirse de dos maneras: socialmente e individualmente. Una persona sana o normal socialmente es aquella capaz de cumplir con el papel social que le toca desempeñar, y además cuando es capaz de la reproducción, vale decir, formar una familia. Desde el punto de vista individual, en cambio, la persona sana es aquella que alcanza un grado óptimo de expansión y felicidad individuales.

En la mayoría de las sociedades no se dan las condiciones para que se cumplan ambas posibilidades. Frecuentemente ocurre que para que alguien logre adaptarse a la sociedad (es decir, sea sano socialmente) debe sacrificar su yo individual, su expansión y felicidad individuales. Precisamente el neurótico es aquel que no está dispuesto a someter completamente su yo en esta lucha. Desde luego que su intento por salvar su yo individual no tuvo éxito, y en lugar de expresar su personalidad creativamente, buscó la salvación en los síntomas neuróticos, retrayéndose en una vida de fantasía. Desde esta perspectiva, el neurótico sería más sano que la persona que sacrificó su individualidad en su afán de adaptarse socialmente.

Condensado de Fromm Erich (1985) El miedo a la libertad. Capítulo 5.

Centros de salud mental.- El papel de los psiquiatras dentro de los centros públicos de salud mental se ha visto obstaculizado por la concepción que los considera como profesionales que sólo prescriben medicamentos y firman formularios. Esta concepción limita las oportunidades en las que el psiquiatra puede implicarse en el tipo de atención integral que ha atraído a muchos médicos hacia esta especialidad. En este artículo se propone una revisión del modelo actual, en una dirección que maximiza la experiencia de este especialista, así como de otros médicos, en el equipo de atención de la salud. La unidad básica consistiría en un psiquiatra (con fundamentos adecuados en psicofarmacología y psicoterapia), un internista y cuatro psicoterapeutas clínicos que puedan ofrecer un tratamiento basado en evidencias tras la evaluación inicial del psiquiatra.

El funcionamiento de un centro así concebido se basaría en evaluaciones periódicas, la combinación secuenciada de tratamientos y una estrecha coordinación entre los miembros del equipo. La revalorización del papel del psiquiatra en el contexto de un equipo en el que la asignación de funciones sea clara puede dar lugar a mejores resultados y a favorecer la incorporación de psiquiatras en el sector público.

G. A. Fava; S. K. Park; S. L. Dubovsky. Centros de salud mental: Un nuevo modelo. WORLD PSYCHIATRY. 2008 OCT;7(3):177-181.

SALUD PÚBLICA

Definiciones.- La definición más conocida señala que es una rama de la medicina cuyo interés fundamental es la preocupación por los fenómenos de salud en una perspectiva colectiva.

En 1920 Winslow le definió como: "La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.

En 1990 Milton Terris propone algunas modificaciones: Es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.

Como especialidad no clínica de la medicina esta disciplina enfoca el tema de la salud en un contexto colectivo, buscando mediante la aplicación de diversos enfoques de intervención, influir positivamente para evitar la ocurrencia de enfermedad.

Definición de J. H. Halton: La salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. Busca este propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo y vida del individuo y de su sociedad.

Definición de la Asociación Médica Estadounidense: La salud pública es el arte y la ciencia de mantener, proteger y mejorar la salud de la población, mediante esfuerzos organizados de la comunidad. Incluye aquellas medidas por medio de las cuales la comunidad provee servicios médicos para grupos especiales de personas. Se relaciona con la prevención y control de las enfermedades, con quienes requieren hospitalización para la protección de la comunidad y con los médicamente indigentes. La salud pública es una disciplina que integra conocimientos de otras áreas: ciencias biológicas, ciencias sociales, economía, administración, demografía, y bioestadística.

Ramírez Elizalde J, Cano Garrido M, Escamilla Salas D y González Ramírez E (2006) Epidemiología, salud pública y medicina preventiva.

Ámbitos de trabajo.- La salud pública incluye:

1- Acciones de saneamiento ambiental: Supervisión de alimentos, del agua, de la leche y sus derivados, así como de medicamentos, productos caseros y equipos de recreación. Control de insectos, roedores y otros vectores. Control de la contaminación ambiental.

2- Prevención de las enfermedades y sus consecuencias: Control de padecimientos transmisibles, incluyendo infestaciones parasitarias. Control de deficiencias y excesos alimentarios. Trastornos de conducta. Enfermedades mentales incluyendo retraso mental. Alergias. Enfermedades respiratorias agudas y crónicas no transmisibles. Enfermedades neoplásicas. Padecimientos cardíacos y cerebrovasculares. Trastornos metabólicos. Ciertos trastornos metabólicos y genéticos. Enfermedades ocupacionales. Accidentes en el hogar, vehiculares y en el trabajo. Trastornos dentales. Ciertos peligros de la maternidad, del crecimiento y el desarrollo.

3- Actividades relacionadas a proporcionar cuidados integrados de salud.

4- Actividades relacionadas con la colección y análisis de estadísticas vitales.

5- Educación para la salud individual y colectiva

6- Planeación y evaluación de los servicios.

7- Investigación científica.

Ramírez Elizalde J, Cano Garrido M, Escamilla Salas D y González Ramírez E (2006) Epidemiología, salud pública y medicina preventiva.

Diferentes interpretaciones del concepto de salud pública.- La primera equipara el término "pública" con la acción gubernamental. La segunda además del proceso gubernamental incluye la participación de la comunidad organizada. La tercera identifica la salud pública con los llamados "servicios no personales de salud", es decir aquellos que se aplican al medio ambiente (por ejemplo el saneamiento ambiental) o a la colectividad (por ejemplo la educación masiva de salud) y que por lo tanto no son apropiables por un solo individuo en forma específica. La cuarta es una ampliación de la tercera en tanto se le añaden una serie de servicios personales de naturaleza preventiva dirigidos a grupos vulnerables (por ejemplo los programas de atención materno-infantiles). Por último a menudo se utiliza la expresión "problema de salud pública" para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad en la población.

Ramírez Elizalde J, Cano Garrido M, Escamilla Salas D y González Ramírez E (2006) Epidemiología, salud pública y medicina preventiva.

Generalidades.- Desde sus inicios como materia de estudio y durante el transcurso de este siglo, la salud se ha visto como una ciencia social a la que concurren un conjunto de disciplinas y es el aporte de estas el que determina el nivel de comprensión de integral de los procesos salud-enfermedad.

La salud pública tiene la responsabilidad de promover el desarrollo pleno y sano de los individuos y las comunidades en la que ellos se encuentran inmersos.

Debe señalar el rumbo a seguir por la sociedad en materia de atención y cuidado de la salud en un escenario de extrema complejidad.

La salud pública se apoya de la epidemiología para enfrentar la salud y sus problemas en una perspectiva colectiva, pero va más allá de solo preocuparse por estos sino también de los elementos conducentes a la modificación de situaciones indeseadas mediante la organización, administración y aplicación de efectivas medidas de prevención y control.

La esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos humanos o poblaciones lo que nos da sus dos campos de acción, como campo del conocimiento y como ámbito para la acción.

A diferencia de la medicina clínica, que se ocupa del individuo, y de la biomedicina, que se ocupa a nivel subindividual, la salud pública se ocupa de poblaciones.

Además de las funciones básicas se pueden añadir otras, pero las esenciales deben estar siempre presentes para constituir la matriz de la infraestructura operativa de la Salud Pública: Desarrollo de una cultura de la vida y la salud: incorporar conocimientos y formar valores culturales compartidos socialmente. Desarrollo de entornos saludables y control de riesgos y daños para la salud: reducción de impacto de emergencias y desastres de la salud. Desarrollo de la ciudadanía y de la capacidad de participación social: capacitación ciudadana en materia de salud, promoción de salud, desarrollo de políticas. Atención de las necesidades y demandas de salud: garantía de la calidad de la atención, promoción del acceso a los servicios de salud.

Las responsabilidades institucionales en materia de salud pública: interpretar las necesidades de la sociedad y responder a ellas, actuando para satisfacerlas; movilización, orientación, articulación y apoyo de los diversos agentes sociales y de la propia sociedad a favor de la salud de la población.

Ramírez Elizalde J, Cano Garrido M, Escamilla Salas D y González Ramírez E (2006) Epidemiología, salud pública y medicina preventiva.

Funciones esenciales de la salud pública en las Américas.- Son las siguientes:

1.- Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud: a) Evaluación de las tendencias de salud del país. b) Identificación de necesidades de la población. c) Manejo de estadísticas vitales y situación de grupos de mayor riesgo. d) Generación de información útil para evaluar los servicios de salud. e) Comunicación de la información a los responsables de salud pública.

2.- Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.

3.- Promoción de la salud.

4.- Participación de los ciudadanos en la salud.

5.- Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública.

6.- Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.

7.- Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.

8.- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

9.- Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

10.- Investigación en salud pública.

11.- Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Ramírez Elizalde J, Cano Garrido M, Escamilla Salas D y González Ramírez E (2006) Epidemiología, salud pública y medicina preventiva.

SALVAJE DE AVEYRON

Generalidades.- En 1799 fue encontrado en las selvas de Cannes, Francia, un niño de aproximadamente 12 años de edad. No hablaba ni contestaba preguntas, no parecía responder a ruidos cercanos, estaba desnudo y su cuerpo estaba lleno de cicatrices.

Philippe Pinel, el psiquiatra más reputado de entonces, concluyó que el pequeño salvaje, nombrado como Víctor, padecía una "imbecilidad constitucional", por lo que debería recluirse en una institución para su custodia. A pesar de este diagnóstico, un educador de sordos, Jean Itard, consideró que a Víctor no había que recluirlo sino educarlo intentando socializarlo, enseñarle a hablar, despertar su sensibilidad y ampliar la esfera de sus ideas. Itard estaba influenciado por la ideas de J. Locke, y entendía que las capacidades humanas son prácticamente infinitas y están determinadas por el ambiente. Aunque nunca llegó a convertir a Víctor en una persona normal, pudo demostrar que los diagnosticados como "idiotas" podían aprender ciertas habilidades sociales mediante un entrenamiento adecuado. Su discípulo Seguin demostró que se podía entrenar en ese sentido a los retrasados mentales, mediante un sistema educativo por entonces llamado "método fisiológico".

Para mayor información puede consultarse Lane, H (1984) *El niño salvaje de Aveyron*, Madrid: Alianza. El informe original data de 1802, y llevaba por título « Des premiers développements du jeune Sauvage de l'Aveyron ».

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

SANITARISMO

Generalidades.- "Conjunto de principios ideológicos y éticos, teorías científicas y tecnológicas, tecnologías y prácticas por medio de las cuales, en forma planificada, el equipo multidisciplinario de Salud junto con la comunidad encaran la preservación y promoción de la salud y la prevención de la enfermedad actual y potencial, y de sus secuelas sociales".

El sanitarismo es el conjunto de métodos y técnicas para el abordaje de la salud pública, desde las cuatro P: 1) Protección: de la salud, cuando no está amenazada. 2) Prevención: de la salud, cuando hay riesgo de perderla o cuando ya está perdida. Hay una prevención primaria, secundaria y terciaria. 3) Promoción: de la salud, mostrando que por ejemplo no es un gasto sino una inversión. 4) Previsión: prever a corto, mediano y largo plazo.

El sanitarismo tiene su marco de referencia en la epidemiología, y su marco operativo en la planificación. Es una tarea multidisciplinaria (varios profesionales que se ocupan de un problema común, en este caso la salud, sin llegar a un producto diferente, como ocurre en la tarea interdisciplinaria).

En cuanto al rol del psicólogo en el sanitarismo, este no debe limitarse solamente a lo asistencial. El sanitarismo es un amplio campo que incluye, por ejemplo: a) Problemas organizacionales en hospitales. b) Educación para la Salud. c) Planificación de la Salud (Psicología Social). d) Acciones comunitarias de Salud. e) Formación de recursos humanos. f) Psicosociólogos y psicoantropólogos como agentes de cambio de valores, creencias y actitudes.

Saforcada Enrique, Módulo I: Programa. Publicación interna de la Cátedra de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

SCREENING

Definición.- Designa la forma abreviada en que pueden tomarse algunos tests. Su finalidad puede ser, por ejemplo en el caso del Inventario de Desarrollo de Battelle, una forma de economizar tiempo sin perder fiabilidad, permitiendo detectar en qué área del desarrollo debe o no hacerse una evaluación completa.

Cazau P (2000) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

SECRETO PROFESIONAL

Generalidades.- La doctrina Tarasoff sostiene básicamente, el deber de revelar el secreto profesional cuando de su no revelación se desprenda un peligro de daño hacia una tercera persona identificable. Se basa en el caso Tatiana Tarasoff, asesinada por su novio, un paciente que fue liberado cuando los médicos forenses determinaron que no se hallaba alterada su facultad de discernimiento y bajo la promesa del paciente de no acercarse a ella (Travacio, 1996:62). En estos casos el derecho a la vida se privilegia por encima del derecho a la intimidad.

Según Nerio Rojas (citado por Travacio, 1996:68) el médico puede optar entre dos caminos: 1) si denuncia el delito, cumple con una obligación establecida del código procesal y por su imperativo moral. En este caso no comete el delito de violación del secreto profesional por mediar una causa justa; y 2) si decide callar, su obligación de denunciar queda neutralizada por una excepción que ampara el silencio y contemplada en el artículo 177 del código procesal penal argentino.

El secreto profesional del psicólogo es válido tanto en su tarea asistencial como en su tarea pericial, sólo que en este último ámbito presenta ciertas características propias ya que el perito no sólo eleva un informe sobre el sujeto sino que también podría tener que declarar sobre él en forma pública y oral. Travacio (1996:74) distingue tres momentos del secreto profesional del psicólogo en su actuación pericial: 1) En el momento de hacer la pericia, el psicólogo es el depositario de lo enunciado bajo secreto; 2) en el momento de informar sobre lo peritado, serán el juez y/o las partes los depositarios de la información, quedando el 'secreto' como propiedad del tribunal y no del perito; y 3) dictada la sentencia, el psicólogo continúa bajo el secreto profesional, y si utiliza la información con fines didácticos o de investigación, deberá preservar la identidad del sujeto.

Travacio M (1996) Manual de psicología forense. Buenos Aires: Oficina de publicaciones del CBC, Universidad de Buenos Aires.

SEGURIDAD

Generalidades.- Un merodeador en el vecindario.- El autor empieza comentando la liberación del pedófilo Sidney Cooke de la cárcel, comentario a cargo de Decca Aitkenhead, una periodista. La gente estaba enfurecida y querían encontrar al pedófilo y matarlo: era una motivación colectiva. Pero no es una nueva causa, sino una vieja que vuelve a aparecer. Cooke es visto como una amenaza tangible, alguien que puede ser encerrado, no una amenaza vaga. El está donde se cruzan las preocupaciones privadas y los temas públicos, y los políticos no están preparados para enfrentar esto, pues se mueven en el espacio público y buscan ocupar posiciones solo en ese ámbito. Pero atienden los reclamos y sostienen que la gente no debe hacer justicia por mano propia, no deben estar unidos por el crimen, como indica Girard, única forma de recuperar la solidaridad comunitaria. Pero el individuo pre-social es algo inventado por los filósofos.

El caldero de Unsicherheit.- Freud sostenía que la cultura ofrece seguridad frente a muchos males derivados de los instintos animales del hombre. Sin embargo, hoy en día es al revés: hoy lo que se sacrifica es la seguridad, en aras de una libertad individual en permanente expansión.

La seguridad incluye también la certeza y la protección, entendiendo por certeza la posibilidad de distinguir entre lo razonable y lo insensato, y por protección la posibilidad de que no haya ningún peligro si nos comportamos de manera correcta.

Si falla la seguridad, la certeza o la protección, comienza la inseguridad y la desconfianza existencial, que es lo que vemos suceder en nuestro tiempo. La seguridad se ha vuelto insegura, la certeza incierta y la protección desprotegida.

Seguridad insegura.- En nuestro tiempo encontramos inseguridad en la subsistencia, en el desempleo, etc, junto con la falta de una institución capaz de reducir este peligro. La composición del lugar de trabajo está en constante cambio: es poco lo que se puede durar en un trabajo, y la amenaza del despido ha aumentado. La inseguridad genera no solo insomnio sino también dificultades del yo para identificarse: cualquier yo es posible.

En el corazón de la vida política anida un profundo e insaciable deseo de seguridad, y actuar a partir de ese deseo produce una mayor inseguridad, más profunda aún. Incluso se ha cortado, para obtener seguridad, el apoyo incondicional de los otros, en las buenas y en las malas. Pero la inseguridad elige a las personas al azar, y ya no pueden tenerse parámetros racionales y confiables.

Certeza incierta.- Hoy sólo podemos albergar dos certezas: que hay pocas esperanzas de que los sufrimientos producidos por la incertidumbre sean aliviados, y que sólo nos aguarda más incertidumbre. Los grandes sistemas económicos han perdido la transparencia y la flexibilidad. Estas dos características auguran mayores certezas para los globalistas, pero para los localistas sólo indican y predicen que habrá aún más incertidumbre.

El discurso neoliberal avanza a medida que avanza la desregulación, quitando así poder a las instituciones políticas que en principio podrían hacer frente al libre juego del capital y las finanzas y aumentar las certezas. Las empresas multinacionales gobiernan la economía mundial, y a ellas han de someterse los gobiernos de cada país: los estados-naciones pierden margen de maniobra. Se constituye así una violencia estructural signada por la ausencia de solidaridad. El mercado florece con la incertidumbre, llámese a esta competencia, desregulación, flexibilidad, etc.

Protección desprotegida.- Ya nadie está protegido en el mundo, y no sólo porque está a merced de la muerte como cualquier ser humano, problema ante el cual cada cultura ha dado sus propias respuestas. Por ejemplo se propuso que si bien la vida era algo fugaz e insignificante, debía ser dotada de sentido. Creció así la importancia de la acción individual, y en este contexto dos totalidades encajan bien en esta estrategia: la nación y la familia.

La imagen de la nación satisfacía con mucha precisión los requerimientos de necesidad y elección, ser y hacer, inmortalidad y vida mortal, duración y transitoriedad. Del mismo modo la familia pone de manifiesto, aún más que la nación, la dialéctica típicamente moderna entre la transitoriedad y la duración, entre la mortalidad individual y la colectiva, ya que la familia es un eslabón en la larga cadena generacional: allí se nace y allí se trasciende.

Hoy las naciones ya no están seguras bajo la protección política del estado, que ante funcionaba como garantía de la vida perpetua. Otro tanto ocurre con la familia, la cual en nada se parece a un seguro y duradero puerto donde uno pueda anclar su propia existencia.

Hoy nación y familia sufren un desmoronamiento gradual y constante. En su nacimiento, la modernidad despojó a la muerte de su sentido trascendental y heterónimo, y hoy también le quitó su sentido colectivo, quitando viabilidad a la estrategia heterónimo-autónomo.

Los miedos en acción.- Las personas poco pueden hacer, individual o colectivamente, frente a las amenazas contra su seguridad o frente a la incertidumbre de sus vidas futuras. Están inundadas por el miedo y por la desesperanza, porque sienten que nada pueden hacer.

Los mecanismos productores de incertidumbre e inseguridad son en general de tipo global y por tanto están fuera del alcance del control de las naciones y poderes políticos. Los gobiernos no pueden prometer honestamente a sus ciudadanos una existencia segura ni un futuro incierto, y sólo se reducen a preocuparse por la ley y el orden, o sea la protección del cuerpo y la propiedad privada. Hay inseguridad individual y desprotección pública.

El enfriamiento del planeta humano.- La frialdad hacia los forasteros, los extranjeros que se convierten en vecinos y los vecinos que son tratados como extranjeros expresan un descenso de la temperatura en todas las relaciones humanas en todas partes. Frialdad se entiende aquí como pérdida de la calidez del contacto humano, consuelo, respaldo, aliento y posibilidad de compartir con otros nuestro destino y esperanzas. Valores como la amistad brillan por su ausencia, pero aún la amistad se vuelve inútil, porque de qué sirve la amistad si uno pierde el empleo y queda excluido de la sociedad?

Frente a ello hay dos respuestas posibles: la maldad, es decir atacar y ridiculizar a las víctimas, y la indiferencia, es decir los que pretenden que no ha pasado nada pero no hacen nada por remediarlo. Pero el mundo de hoy está colmado de miedo y frustración que busca desesperadamente una vía de escape común, ya que el individualismo aísla en vez de unir.

Condensado de Bauman Zygmunt (1999) En busca de la política. Buenos Aires: FCE. Capítulo 1.

SELF

Definición.- Sí mismo. Concepto teórico que abarca el Yo, el Ello, el Superyó y el esquema corporal.

Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 8.

Definición.- Según Winnicott, cada cual tiene un self cortés y socializado (por ejemplo el que dice 'gracias' por cortesía, aunque no esté agradecido), y también un self privado sólo accesible a la intimidad. Es lo que sucede normalmente y podemos considerarlo normal. El primero es el falso self, y el segundo, el verdadero self. En la salud esta división del self es un logro, pero en la enfermedad es un cisma de la mente que puede llegar incluso a la esquizofrenia.

Winnicott D (1964) El hogar, nuestro punto de partida. Buenos Aires: Paidós, págs. 78 y 83.

Self Según Kernberg.- El self es el producto integral de la experiencia subjetiva, la persona total de un individuo que incluye el cuerpo somático y su organización psíquica. Es la suma total de representaciones de sí-mismo. O sea, el self es el conjunto de representaciones que el sujeto considera que lo representan.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

SENSACIÓN

Definición.- "Constituye el elemento primario, básico de la sensopercepción. La sensación es el registro en la conciencia, de la estimulación producida por cualquiera de los aparatos sensoriales que, por las vías centrípetas, es conducida a la corteza" (Betta, 1984:85).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Generalidades.- Según H. Pieron, hay sensación cuando la eficacia de una estimulación es revelada por una reacción global del organismo, una modalidad particular de actividad, una forma de conducta o una modificación consecutiva de ciertos comportamientos. En otras palabras, cuando el efecto de la estimulación puede integrarse en el sistema de la vida psíquica que gobierna la adaptación del organismo al medio. La excitación y la reacción general no involucran forzosamente la sensación. Ver *Excitación*.

Kaufmann M, La sensibilidad. Publicación interna de la Cátedra de Psicología General I del Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Ficha N° 319. 1971.

Generalidades.- “Vivencia subjetiva producida por la acción de un estímulo sobre los órganos sensoriales. Puede entenderse también como sinónimo de sentimiento. Existen diferentes clases de sensaciones en función del órgano sensorial que interviene: sensación visual (cromática y acromática), sensación auditiva (de ruido y de tono), olfativa, gustativa y táctil (de dolor, presión o temperatura). Estas sensaciones responden a estímulos externos, pero también existen sensaciones que responden a estímulos internos: musculares, tendinosas, respiratorias, articulares, etc. En las sensaciones hay que distinguir su intensidad, duración y cualidad. El psicólogo alemán W. Wundt, considerado el padre de la psicología, distingue entre sensación y percepción de tal forma que, para él, la sensación es un elemento y la percepción un conjunto integrado por esos elementos. Posteriormente se abrió un debate entre diferentes psicólogos y escuelas psicológicas sobre qué se daba en primer lugar o qué englobaba a qué. Actualmente se estudia la sensación desde el punto de vista neurofisiológico, y se debate hasta qué punto las sensaciones son el reflejo de los estímulos que llegan al órgano receptor, puesto que todavía es desconocido el mecanismo por el cual las sensaciones se hacen concientes. En cuanto a la duración de éstas, se sabe que no alcanzan su plenitud hasta después de un breve lapso de tiempo que dura de 1/4 a 1/80 partes de segundo, duración que depende del sentido del que se trate, y que la extinción de la sensación es gradual”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Procesos sensitivos.- 1. El estudio de la sensación es el estudio de cómo las diversas células receptoras en los organismos de los sentidos convierten la forma de energía física en mensajes nerviosos; cómo llegan estos mensajes al sistema nervioso central; y las diferentes experiencias que originan. El proceso afín de la percepción es la interpretación de los datos sensitivos por el cerebro.

2. En todos los procesos sensitivos alguna forma de energía estimula una célula receptora en uno de los órganos de los sentidos. La célula receptora transforma entonces la energía en una señal nerviosa. En esta forma la señal nerviosa pasa por los nervios sensitivos y llega al sistema nervioso central, y se codifica ulteriormente. Al momento que llega al cerebro, su mensaje es muy preciso. El cerebro crea la “ilusión” de una experiencia sensitiva al interpretar los “disparos” en varias fibras nerviosas, como los nervios óptico y auditivo.

3. La intensidad mínima de energía que se requiere para producir alguna sensación se denomina umbral absoluto. El umbral absoluto de cualquier sentido es muy bajo. El cambio más pequeño de estimulación que una persona puede detectar se denomina diferencia de umbral o diferencia apenas perceptible. En general, cuanto más fuerte sea la estimulación global, mayor será el cambio que se necesita para que pueda sentirse.

4. La luz entra al ojo a través de la cornea y pasa por la pupila, que se extiende o contrae para dejar pasar más o menos luz. La parte coloreada del ojo alrededor de la pupila es el iris. Dentro de la pupila la luz pasa por el cristalino que la enfoca en la retina. Las imágenes se encuentran en el foco más preciso, en la fóvea, mancha deprimida en la retina justo por detrás del cristalino.

5. El estímulo físico del sentido de la vista es solo un pequeño segmento del espectro de energía electromagnética. Existen dos clases de receptores en la retina, los conos y los bastones. Los conos funcionan en el día (luz diurna) y reaccionan a los colores. Los bastones son los principales responsables de la visión nocturna cuando no hay luz suficiente para estimular los conos. La fóvea contiene miles de conos pero ningún bastón.

6. En general varios bastones se unen con una sola neurona bipolar, mientras que la mayor parte de los conos se conectan a su propia neurona bipolar. La conexión de uno a uno en la fóvea entre los conos y las neuronas bipolares permiten la máxima agudeza visual, o sea la capacidad de distinguir detalles finos. Por tanto, la visión es más precisa cuando la imagen llega directamente a la fóvea; fuera de la fóvea la agudeza disminuye en forma importante.

7. Cuando la intensidad de la luz se modifica, las células receptoras cambian su propia sensibilidad. Esto se llama adaptación a la oscuridad, tanto los bastones como los conos se vuelven más sensibles a la luz en respuesta a los bajos niveles de iluminación; en la adaptación a la oscuridad, tanto los bastones como los conos se vuelven más sensibles a la luz, al aumentar la iluminación. Además los pequeños movimientos oculares involuntarios mantienen una imagen en ligero movimiento en la retina; así que los receptores nunca se adaptan por completo.

8. Los mensajes nerviosos se originan en la retina, pero deben llegar al cerebro para que se produzca una sensación visual. Dentro de la retina bastones y conos se unen a las neuronas bipolares; por consiguiente, conectan las células ganglionares. Los axones de las células ganglionares convergen para formar el nervio óptico que lleva mensajes del ojo al cerebro. Las fibras del nervio óptico del lado derecho de cada ojo van al hemisferio derecho del cerebro; las del izquierdo llegan al hemisferio izquierdo. Las fibras cruzan al lado opuesto del quiasma óptico. Algunos estímulos llegan a las partes del cerebro que controlan los movimientos retinianos. Otros se dirigen a las áreas de proyección visual en el cerebro.

9. Tono, saturación y brillantez son tres aspectos de la experiencia del color. El tono (matiz) se refiere a lo que la mayoría de nosotros llamamos color (por ejemplo, rojo, verde, azul). La saturación designa la pureza del tono; y la brillantez indica la intensidad del tono (de claridad a oscuridad).

10. Existen dos procesos para mezclar los colores. En la mezcla de color aditiva, las luces de colores diferentes se combinan para crear un nuevo tono. Dos colores que no se encuentran en el espectro y que originan un gris neutro al mezclarse se denominan colores complementarios. La mezcla de color puede producir colores que no están en el espectro (colores no espectrales). Tres colores que, cuando se combinan en cantidades iguales producen gris y cuando se mezclan en varias intensidades desiguales pueden originar cualquier color visible, son los colores primarios. La mezcla de color por sustracción consiste en combinar pigmentos que reflejan sólo los tonos, que son reflejados por los pigmentos en la mezcla.

11. Existen dos teorías principales de la visión en color. De acuerdo con la teoría tricromática, el ojo tiene tres clases diferentes de receptores de color que reaccionan a la luz roja, a la verde y a la azul, respectivamente. Al combinar estos tres colores básicos, el ojo puede detectar cualquier color en el espectro. La teoría del proceso opuesto acepta la idea de que hay tres clases diferentes de receptores, pero señala que cada receptor reacciona a algún elemento de los tres pares básicos de color: rojo-verde, azul-amarillo y negro-blanco (oscuro y claro).

12. La teoría tricromática proporciona una explicación convincente del daltonismo (ceguera al color), incapacidad total o parcial de percibir los tonos. La gente con visión normal puede percibir cualquier tono al combinar solamente los tres colores primarios: a estas personas se las denominan tricrómatas. Las monocrómatas tienen una rara deficiencia al color, no perciben ningún color, en cambio, las dicrómatas son ciegas ya sea al rojo-verde o al azul-amarillo. La teoría del proceso opuesto puede con mayor facilidad explicar las imágenes secundarias, experiencias que ocurren cuando un estímulo se elimina.

13. La investigación moderna ha dado apoyo a ambas teorías. Ahora se sabe que existen tres tipos de receptores de color en la retina. Además las neuronas bipolares o las células ganglionares procesan señales codificadas de los receptores según un principio de proceso opuesto. Cuando estas señales llegan al cerebro, los receptores del color en la corteza visual los procesan ulteriormente, en una forma de proceso opuesto. Por tanto, Helmholtz y Hering tienen razón en parte.

14. Los estímulos físicos del sentido de la audición son las ondas sonoras. Su frecuencia determinan el tono de un sonido; su amplitud rige la sonoridad y los semitonos determinan el timbre.

15. Las ondas sonoras producen vibración del tímpano. La vibración La vibración hace que los huesos del oído medio (el martillo, el yunque y el estribo) vibren en secuencia. Estas vibraciones se intensifican al pasar por el oído medio y entrar al oído interno. Las vibraciones hacen allí que el líquido dentro de la cóclea se mueva, empujando la membrana basilar y el órgano de Corti hacia arriba y abajo. Dentro del órgano de Corti hay pequeñas células las ciliadas que son receptores para la audición. La estimulación de estos receptores produce señales auditivas que se transmiten por el nervio auditivo al cerebro.

16. La teoría del lugar de audición sostiene que el cerebro determina el tono al delimitar el sitio donde el mensaje es más fuerte en la membrana basilar. La teoría de la frecuencia establece que la frecuencia de las vibraciones de la membrana basilar, en conjunto, se traducen a una frecuencia equivalente de los impulsos nerviosos. Las neuronas, no pueden excitarse tan rápido como la frecuencia del sonido tonal más alto. Esto sugiere un principio de descarga, por el cual las células nerviosas descargan en secuencia para enviar una serie rápida de impulsos al cerebro.

17. Los sentidos vestibulares indican en qué posición está el cuerpo, si se está moviendo, y qué dirección es correcta. Los receptores para este sentido se localizan en los órganos vestibulares en el oído medio. El mareo por movimiento se origina en los órganos vestibulares y puede producirse por discrepancias entre las sensaciones vestibulares y la información visual.

18. Al sentido del olfato lo activan sustancias en moléculas transportadas por el aire a las cavidades nasales. Ahí activan los receptores del olfato que se localizan en un área de tejido denominado epitelio olfatorio. Los mensajes van directamente a los dos bulbos olfatorios en el cerebro. La teoría estereoquímica de los olores es un sistema de clasificación de olores que se basa en la estructura de las moléculas productoras de olor. El hombre está más capacitado a detectar la presencia de los olores que a identificar su fuente.

19. Las células receptoras del sentido se encuentran en los botones gustativos de la lengua. Cada botón contiene un racimo de receptores del gusto, o células ciliadas, que hacen que sus neuronas adyacentes emitan descargas al activarse por las sustancias químicas en la comida. Percibimos solo cuatro clases de sabores primarios (dulce, amargo, salado y ácido), los cuales se combinan para combinar todos los otros.

20. Los receptores en la piel caen dentro de tres categorías. Las terminaciones nerviosas libres están exactamente por debajo de la piel y son responsables del dolor, la temperatura y tal vez la presión. Las terminaciones nerviosas en cesto se enrollan en la base de un cabello y reaccionan al tacto o a la presión suave. En los órganos terminales encapsulados una fibra nerviosa termina dentro de una especie de cubierta o cápsula. Las fibras de todos los receptores llegan al cerebro por la médula espinal, cruzándose en varios puntos hasta que los mensajes del lado izquierdo del cuerpo alcanzan el hemisferio derecho y viceversa.

21. El sentido de la temperatura depende de los dos grupos de receptores: un grupo para el calor y otro para el frío. Si se estimulan ambos al mismo tiempo, el cerebro interpreta como caliente su patrón combinado de estimulación. Esto se llama calor paradójico.

22. El dolor está sujeto a mayor interpretación individual que los otros sentidos. Existen tres enfoques de la teoría del dolor. Uno establece que los receptores primarios del dolor son las terminaciones nerviosas libres que actúan en cadena para enviar los mensajes al cerebro. El segundo, la teoría del patrón, sostiene que la percepción del dolor se basa en la intensidad del estímulo y la forma en que el sistema nervioso la codifica. El tercero tiene elementos de las otras dos teorías y es la teoría de control de entrada. De acuerdo con ella, el sistema que señala el dolor tiene un mecanismo como puerta que, según el nivel de actividad de las fibras largas, puede abrirse totalmente, abrirse en parte o cerrarse. Si la entrada se cierra, no llegará en mensaje de dolor al cerebro no habrá la sensación de dolor. El mecanismo exacto propuesto por esta teoría se ha rechazado, pero los principios básicos han sido aplicados con éxito en el área de la investigación del dolor.

23. Las encefalinas y las endorfinas reducen el dolor al inhibir el estímulo de los impulsos nerviosos que van al cerebro. La teoría por acupuntura parece funcionar por estimulación química cuando se liberan estas sustancias que bloquean los impulsos dolorosos.

Síntesis de Morris C (1985) Psicología. México: Prentice-Hall. Capítulo 3.

SENSOPERCEPCIÓN

Definición.- "La sensopercepción permite adquirir todo el material del conocimiento procedente del mundo exterior y del mundo interior físico y mental. Se requiere la participación activa: 1) de los cinco sentidos externos: vista, oído, gusto, olfato y tacto; 2) de los sentidos internos: cenestésico, cinético o kinestésico y el de orientación y 3) de la percepción del mundo mental por la conciencia" (Betta, 1984:85). "Normalmente, en un acto de atención y en la unidad de tiempo (por segundo) se perciben claramente cuatro unidades de percepción" (Betta, 1984:86).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Alteraciones cuantitativas.- Pueden distinguirse, según Betta, variaciones normales y variaciones patológicas en la sensopercepción.

a) Variaciones normales: 1) Disminuye por la fatiga de la atención. Varía en los diversos momentos del día. 2) Percepción más activa y clara por entrenamiento especial. 3) Mayor interés produce mayor concentración atenta y mayor claridad.

b) Variaciones patológicas: 1) "Aceleración de la percepción": aumento de las unidades de percepción por segundo; en los casos de aceleración del ritmo psíquico (excitación psicomotriz). 2) "Retardo de la percepción": disminución del número de percepciones por segundo; en los casos de retardo del ritmo psíquico (depresión psicomotriz, confusión mental). 3) "Abolición de la percepción", normalmente en el sueño y en el caso de lesiones del sistema nervioso central: en zona sensorial determinada (oído vista, etc.). "Apercepción psíquica"; lesiones periféricas de los aparatos perceptivos, "agnosia" o falta de conocimiento (Betta, 1984:87).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Alteraciones cualitativas.- Betta (1984:87) distingue tres categorías: ilusiones, alucinaciones, y otras alteraciones perceptivas (como pseudoalucinaciones, alucinaciones psíquicas, alucinosis, alucinaciones verbomotoras, alucinaciones hipnagógicas, alucinaciones extracámpinas, percepciones delirantes y eco o sonorización del pensamiento).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

SENTIDO COMÚN

Definición.- El sentido común es la habilidad para encarar problemas en forma intuitiva, rápida y tal vez inesperadamente exacta. El término suele aplicarse a ciertas habilidades como las interpersonales o las mecánicas, pero no a otras como el sentido musical. El término se puede aplicar también a quienes parecen capaces de planear con anticipación, explotar oportunidades, guiar sus destinos y los ajenos de forma prudente, no contaminados por ideologías o teorías complejas, todo lo cual estaría relacionado con la inteligencia intrapersonal y con la esfera de la voluntad.

Gardner Howard, "Estructuras de la mente: la teoría de las múltiples inteligencias", México, Fondo de Cultura Económica, 1983, pág. 320.

Definición.- 1. Juicios y conclusiones que se fundan en la experiencia individual pasada más bien que en una valoración crítica de los datos. 2. Término usado en la doctrina de Aristóteles para designar la capacidad de unir los sentidos separados, y también la capacidad para aprehender cualidades comunes a todas las experiencias (espacio, tiempo, número, etc.), que son llamadas *common sensibles*. Fue transmitido por escritores medievales y usado en el siglo XVIII (especialmente por Thomas Reid) para indicar la fuente de actos mentales tales como las intuiciones, las verdades axiomáticas, etc. (Warren).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

SENTIDO DEL HUMOR

Generalidades.- El Dr. Richard Wiseman, de la Universidad de Hertfordshire, ideó y condujo un experimento respaldado por la Asociación Británica para el Progreso de la Ciencia. Durante los tres meses de experimentación (<<http://www.laughlab.co.uk>>), alrededor de 10.000 chistes fueron sometidos a la evaluación de más de 70 países, y alrededor de 100.000 usuarios de Internet dieron su opinión.

Entre los hombres, los chistes más votados incluían agresión, menosprecio de las mujeres e insinuaciones sexuales. Las mujeres, por su parte, no vieron nada de gracioso en esas mismas bromas. No resulta sorprendente que las mujeres difieran de los hombres en cuanto a qué consideran gracioso. Ni tampoco que difieran entre sí los gustos de personas de diferentes nacionalidades. Los investigadores calificaron a las nacionalidades de acuerdo con el grado de gracia que le hacían los chistes. Los alemanes resultaron ser los que se divertían más fácilmente. El 35% de las bromas les resultaron muy graciosas. Los franceses fueron los segundos reidores de la lista de nacionalidades, y las computadoras, por su parte, generaron los chistes peor evaluados de la investigación.

Condensado de Tom Kuntz, El sentido del humor según nacionalidades y sexo. The New York Times/LA NACION – Julio 2002.

Sentido del humor en pacientes mentales graves.- Resumen: El sentido del humor es una capacidad única del ser humano. La risa y el sentido del humor merecen un importante protagonismo dentro de la psicología positiva. Se le atribuyen numerosos beneficios psicológicos, físicos y sociales, por lo que el uso del humor como intervención terapéutica se ha estudiado en diversos sectores de la población. En relación a las personas con trastorno mental grave, pensamos que puede ser interesante la aplicación de programas de mejora del sentido del humor, y además en el marco de la Rehabilitación Psicosocial (filosofía de trabajo y técnicas que seguimos en nuestras intervenciones rehabilitadoras). Los programas de mejora del humor pueden ser una intervención eficaz para mejorar el control de los factores de estrés, la resolución de problemas, las habilidades sociales y las relaciones interpersonales, con el fin último de contribuir a mejorar el funcionamiento psicosocial de los pacientes e incrementar su calidad de vida. En este trabajo hacemos, en una primera parte, una revisión conceptual sobre el sentido del humor, modelo teóricos, localización cerebral, trastorno mental grave y aplicaciones terapéuticas. En una segunda parte se describe el programa de mejora del sentido del humor utilizado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (objetivos, metodología, evaluación,...) así como su desarrollo y resultados. Como conclusión, compartimos la opinión de Buxman, K (2004) respecto a que " el empleo del humor como una intervención planificada con personas que tienen un trastorno mental grave ofrece numerosos beneficios terapéuticos.

Mercedes Chico del Río; Beatriz Soro Blanco; Alicia Martín Jurado, Aplicación terapéutica del humor en personas con enfermedad mental grave: Grupo de mejora del sentido del humor. INTERPSIQUIS. -1; (2008).

En pediatría.- Introducción: Los pacientes pediátricos son especialmente susceptibles al estrés. De ahí que el humor se use como estrategia en muchos hospitales en el mundo para disminuir el estrés durante la hospitalización, especialmente en los niños.

Métodos: Se realizaron intervenciones periódicas en las unidades intermedias de Kennedy y Cuba de la ESE Salud Pereira, que inicialmente se basaron en el cambio del ambiente hospitalario: la decoración de las salas y los implementos utilizados por el personal de salud. Los grupos de voluntarios fueron entrenados en técnicas de clown, construcción de personajes y juego personalizado.

Resultados: Se realizaron 108 intervenciones, con un promedio de 12 por mes, en un período de 9 meses, en las cuales se trabajó con 648 niños, con una relación de 72 niños por mes; sus edades fluctuaron entre los 2 meses y los 14 años. Se destaca el impacto favorable en el ambiente hospitalario y en la sensación subjetiva de un mayor bienestar por parte de pacientes, familiares de pacientes y personal de salud, además del interés y la necesidad de llevar a cabo estudios que utilicen marcadores biológicos de estrés para valorar el impacto en los pacientes pediátricos hospitalizados de este tipo de programas.

Discusión y conclusiones: Los resultados cualitativos de esta intervención fueron los esperados y la valoración subjetiva del personal de salud, de los pacientes y de sus familiares fueron satisfactorias en cuanto al logro de este objetivo. Esta experiencia suma argumentos para la discusión acerca de la necesidad de implementar programas de este tipo en las instituciones de salud y la inclusión de formación acerca de terapia del humor en los currículos de las carreras de las áreas de la salud.

Julio César Sánchez Naranjo; Julio César Gutiérrez Segura; Jorge Javier Santacruz...(et.al) El humor como estrategia terapéutica en niños hospitalizados en unidades pediátricas en Pereira (Colombia). Reporte de una experiencia. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. 2009 MAR;38(1):99-113.

SENTIMIENTO

Definición.- "El sentimiento es un estado afectivo elaborado en la conciencia mediante el aporte del juicio y del razonamiento, que le confieren los caracteres de estabilidad, subjetividad y especificidad

individual, y cuyo grado de pureza depende de la capacidad comprensiva de cada intelecto y la tonalidad depende de las inclinaciones naturales de la personalidad. Hay sentimientos: egoístas, altruistas e impersonales" (Betta, 1984:201).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición.- Según McDougall (1908) es "un sistema organizado de disposiciones emocionales que se centran alrededor de la idea de algún objeto". Según este autor, existen tres sentimientos: amor, odio y autoconsideración.

Rycroft Ch., "Diccionario de psicoanálisis", Buenos Aires, Paidós, 1976, pág. 104.

Generalidades.- Lejos de reducirse a la designación de un afecto, el sentimiento es su interpretación en el sentido más vigoroso, que liga una vivencia incognoscible en sí a una causa que se supone acorde con lo que se vivencia.

En relación con la castración, la violencia primaria actuaría en dos momentos ya marcados por Freud: cuando la madre amenaza con un castigo designando al padre como ejecutor (oído), y segundo cuando el niño hace efectiva la amenaza ante la visión del sexo diferente (vista). Este redoblamiento permitirá e inducirá el pasaje del afecto al sentimiento: ubica a niño frente a la vivencia afectiva y a la designación de lo que será necesario apropiarse para adecuarla a la realización de la demanda.

Aulagnier P, La violencia de la interpretación, pág. 142.

SER EN EL MUNDO

Generalidades.- Podemos comprender qué significa ser-en-el-mundo si equiparamos esta idea con la de 'trascendencia'. Al trascender pertenece tanto aquello hacia lo cual se trasciende (el mundo) como también lo trascendido (yo-mismo), o sea el yo trasciende hacia el mundo. No tiene sentido entonces separar mundo y yo, objeto y sujeto. Heidegger destacará esta unidad de la existencia humana y el mundo.

La enfermedad psíquica implica una modificación de este ser-en-el-mundo, hay una perturbación de la trascendencia, y el análisis existencial en psiquiatría investiga estas modificaciones de la estructura del ser-en-el-mundo.

Hay así distintas formas de ser-en-el-mundo, y en las formas patológicas hallamos tanto una mundanización (o modificación de la configuración del mundo) como una desmundanización (aislarse del mundo). En este último caso aparece una falta de libertad: el ser está determinado por un rígido bosquejo del mundo. Binswanger menciona aquí una variante no contemplada por Heidegger: el ser-más-allá-del-mundo como ser de la existencia, que no es otra cosa que el amor. Aquí también esta estructura puede modificarse, generando por ejemplo el autismo.

Binswanger L, De la dirección analítico-existencial de la investigación psiquiátrica. Incluido en Binswanger L, Artículos y conferencias escogidas.

SER HUMANO

Generalidades.- "El ser humano puede ser caracterizado por lo siguiente:

- a) Su condición de pertenecer a una naturaleza muy peculiar, la humana. A partir del Renacimiento es cuando el hombre comprende que forma parte de la naturaleza, pero mucho más tardíamente acepta que forma parte, además, de una naturaleza distinta y muy particular; su condición de ser social hace que paulatinamente se estructure una síntesis integrada de naturaleza y sociedad, en la que esta última no es un factor superficial que modifica características transitorias o no esenciales del ser humano, sino que cambia profunda y sustancialmente la primitiva condición del ser natural, en el sentido de depender en gran parte, o totalmente, de la naturaleza.
- b) Su condición de ser concreto, esto es, que pertenece a determinada cultura, a determinada clase social, grupo étnico, religioso, etc., y que esta pertenencia (página 19) no es casual o aleatoria, sino que integra su ser y su personalidad. Que no se debe estudiar la conciencia o la atención *in abstracto*, sino la conducta concreta de tal individuo o de tal grupo en tales condiciones concretas y en un momento dado.
- c) Su condición de ser social, solo por la cual es un ser humano; que solo deviene tal por la incorporación y organización de experiencias con los demás individuos y que el conjunto de las relaciones sociales es lo que define al ser humano en su personalidad.
- d) Su condición de ser histórico, tanto en el sentido individual como social; que es el producto de un desarrollo en el cual emergen nuevas potencialidades, que no se dan de una vez para siempre en forma fija e inmutable. Que este alto grado de desarrollo depende de una compleja organización de la materia viva y es reflejo de la estructura social, en el más amplio sentido.
- e) Que en medio ambiente del ser humano es un ambiente social, y que los estímulos fundamentales para la organización de sus cualidades psicológicas provienen de este último.
- f) No puede conocerse la condición del ser humano por pura reflexión; el conocimiento que se alcanza está, a su vez, socialmente condicionado.

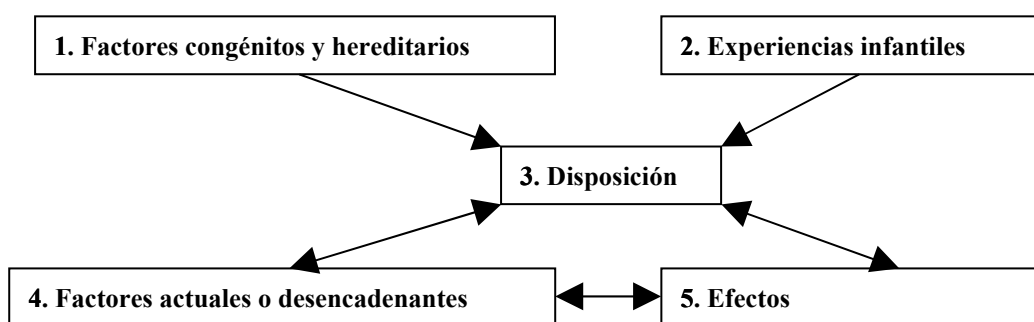
g) Que el hombre es el único de los seres vivos que puede pensarse a sí mismo como objeto, utilizar el pensamiento, concebir símbolos universales, crear un lenguaje, prever y planificar su acción, utilizar instrumentos y técnicas que modifican su propia naturaleza. Que aun formando parte de la naturaleza, puede en cierta medida ser independiente de ella. Todo esto está en estrecha relación con su posibilidad -distinta de los animales- de producir sus medios de subsistencia.

h) Que la producción de estos medios de subsistencia crea la matriz fundamental de todas las relaciones humanas" (página 18).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

SERIES COMPLEMENTARIAS

Generalidades. - "Constituye la teoría de una causalidad introducida por Freud y que, en buena medida, coincide con ciertos aspectos fundamentales de la causalidad recíproca. Con ellas estudió Freud principalmente los fenómenos comprendidos en la psicopatología, pero se aplican también a toda la psicología. En las series complementarias hay tres series de causas que no actúan independientemente, sino que, en realidad, lo que actúa es la resultante de la interacción" (página 121).



"Una primera serie complementaria está dada por los factores hereditarios y congénitos. En factores hereditarios se incluyen todos aquellos transmitidos por la herencia, es decir, por los genes; en los factores congénitos se incluyen todos aquellos que provienen del curso de la vida intrauterina. Una segunda serie complementaria está constituida por las experiencias infantiles, que adquieren una importancia fundamental porque ocurren en una época de formación de la personalidad y, por lo tanto son más decisivas. Una tercera serie complementaria está constituida por los factores desencadenantes o actuales. Estos últimos actúan sobre el resultado de la interacción entre la primera y segunda serie complementaria, es decir, sobre la disposición" (página 122).

"La primera serie complementaria da, como resultado, lo que se denomina el componente constitucional. Tanto ésta como la segunda serie complementaria, se pueden incluir dentro de lo que Lewin ha llamado la causalidad histórica, mientras que la disposición y los factores desencadenantes constituyen la causalidad sistemática, porque hay que tener en cuenta que la disposición es también un factor actual, integrante del campo presente, al igual que los factores desencadenantes. Los efectos pueden reaccionar, solamente, sobre estas dos últimas series complementarias, es decir, modificando la disposición y/o los factores desencadenantes; no pueden modificar el pasado (la herencia y las experiencias infantiles), pero sí la gravitación de los mismos. Existe también una interacción entre los factores desencadenantes y la disposición, en el sentido de que esta última acentúa, promueve o estructura la actuación de determinadas causas desencadenantes, y estas últimas pueden, a su vez, modificar la disposición. Por supuesto que todas estas interacciones tanto como existen pueden dejar de existir y entrar en un círculo vicioso, estereotipado (paralización del aprendizaje), tanto como se pueden distorsionar, perturbar o influir positivamente" (página 122).

"Las tres series complementarias están siempre presentes en toda conducta (normal o patológica), pero puede existir un predominio (siempre relativo y nunca absoluto) de cada una de las series en los casos en que la intervención de cada una de ellas sea preponderante; cuando tal es el caso para la primera y segunda serie complementaria (constitución y disposición), se caracteriza como un predominio de factores endógenos, mientras que cuando lo importante es el factor desencadenante, se caracteriza como un predominio de los factores exógenos. Entre ambos, no hay contradicción o exclusión, siempre están presentes ambos, aunque, como acabamos de ver, puede ocurrir un predominio de alguno de ellos. Estas denominaciones, según el predominio de alguna de las series complementarias, se utilizan para calificar tanto las causas como las conductas mismas (normales o anormales: síntomas y enfermedad). Exógeno y endógeno califican solamente predominios relativos, pero no son excluyentes; lo exógeno solo puede actuar a través de lo endógeno, y a su vez este último condiciona o modifica al primero. Además, lo endógeno ha sido a su vez, en algún momento del desarrollo, también exógeno" (página 122).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

SEXUALIDAD

Definición.- "Función de relación con los demás caracterizada por la búsqueda de comunicación, afectividad y placer. Complementariamente puede implicar reproducción. Es una constante del ser humano desde el nacimiento hasta la muerte. Su estructuración es fundamentalmente social y cultural más que biológica".

Barragán Medero F, (1991), La educación sexual. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós, pág. 154.

Definición de sexo.- "Conjunto de caracteres biológicos, inicialmente inmodificables por la cultura. Genitales externos, vulva o pene, y diferencias reproductivas biológicas".

Barragán Medero F, (1991), La educación sexual. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós, pág. 154.

Sexualidad y reproducción.- En la reproducción un solo individuo genera dos o más. En la sexualidad deben unirse dos individuos. En los protozoos reproducción no está asociada con sexualidad, pues se reproducen vegetativa o asexualmente, es decir a partir de un solo individuo (sea por singamia o por conjugación). Los protozoos sólo se reproducen sexualmente en condiciones adversas, como el hacinamiento o el hambre.

Weiss, La ciencia de la zoología. Ed. Omega, págs. 280-285.

Iniciación.- "La vida sexual de las mujeres europeas comienza a una edad cada vez más temprana (a los 16 años en algunos países) y se prolonga más allá de la menopausia, según un estudio del Instituto Nacional de Estudios Demográficos de Francia (INED).

La investigación revela que las islandesas siguen siendo las más precoces, ya que la media tiene su primera relación sexual con 16 años y tres meses, seguidas de las mujeres escandinavas, que hacen por primera vez el amor a los 17 años. Con 18 años suelen adentrarse en el mundo sexual las jóvenes de países como Francia, Alemania y Gran Bretaña, mientras que las mujeres de Grecia y Portugal (los únicos países del sur de Europa de los que dispone de datos el INED) tienen su primera experiencia sexual con 19.

Los autores del estudio subrayan que la reducción de la edad de la primera relación sexual de las mujeres es un fenómeno que afecta a toda Europa y que los países en los que éstas son más precoces son los mismos en 1997 que en la década de los años 50. Por otra parte, señalan los investigadores, en todos los países europeos la distancia entre los sexos en relación a la primera experiencia sexual se ha reducido en los últimos cincuenta años y las edades de la primera relación convergen cada vez más. De hecho, en algunas naciones, como Dinamarca y Noruega, las mujeres son incluso más precoces que los hombres desde comienzos de la década de los 90. El análisis refleja por otra parte que el comportamiento sexual de los hombres ha cambiado menos que el de las mujeres en la segunda mitad de este siglo, ya que la precocidad sexual que en 1950 caracterizaba a los hombres en los países del sur de Europa permanece inalterable en la década de los 90. La propagación del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) no ha alterado la edad de la primera relación sexual de los europeos, aseguran los especialistas. Además, la vida sexual de los europeos se prolonga cada vez más, y la sexualidad después de los 50 años ha experimentado un incremento notable, aunque persiste una considerable diferencia entre los hombres y las mujeres de esa edad. Cuando casi la totalidad de los hombres con edades comprendidas entre los 50 y los 69 años tiene una vida sexual activa, un 28% de las mujeres dejan de hacer el amor".

Las europeas se inician sexualmente cada vez mas jóvenes En
<http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/3479/mujeriniciosex.htm>

Primera relación sexual.- Es aquella relación consentida donde la persona obtiene placer sexual por primera vez como resultado de la estimulación de la otra. Una experiencia de este tipo importa beneficiosos cambios psicológicos porque genera un campo de confianza en los demás y elevar la autoestima ("pude hacerlo"). En el caso especial del adolescente, facilita el proceso de identificación con el adulto que será, y el desprendimiento de las identificaciones infantiles.

Cazau P (2001) Vocabulario de psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Sexualidad y fantasías.- Los británicos hacen el amor siete veces al día, aunque sólo en sus cabezas, pero la tendencia es recomendable ya que soñar despierto mejora la vida amorosa. Una encuesta de la revista "Men's Health Magazine" calculó que los hombres se entregan 2.555 veces al año a las fantasías eróticas. "Las fantasías sexuales mejoran la calidad de vida sexual en la realidad", dijo la publicación.

(Fuente: La frecuencia de las fantasías eróticas. En El Expreso Diario, Buenos Aires, Argentina, 17- 9-95).

Sexualidad y estrés.- La relación entre el estrés y la sexualidad constituye un vínculo importante poco trabajado, que a veces se ha abordado desde un marco estrecho, en la búsqueda de diferencias entre los hombres y las mujeres con relación a las respuestas de estrés. También se han valorado diferentes

eventos de la pareja como ruptura, matrimonio, muerte del cónyuge y las tensiones que se crean producto de éstos.

Se presenta un programa para manejar el estrés y enriquecer la sexualidad. El programa considera los siguientes aspectos esenciales: la relación entre aspectos psíquicos y corporales, el uso de terapias corporales, el grupo como vía fundamental para el tratamiento, el enfoque personalizado y la importancia del enriquecimiento de la sexualidad. Se considera la experiencia y la reflexión como puntos de partida para la realización de los cambios que deben producirse. Se incluyen los Hatha Yoga como modalidad terapéutica fundamental. El programa tiene 3 semanas de tratamiento que contempla 12 sesiones de trabajo con objetivos y contenidos específicos en cada una de ellas.

Alina Julia Ortega Bravo, Estrés y sexualidad: un programa de intervención. REVISTA INTERNACIONAL DE ANDROLOGÍA. 2007 JUL;5(3).

Servidumbre sexual.- "La expresión «servidumbre sexual» fue elegida en 1892 por Krafft-Ebing para designar el hecho de que una persona puede llegar a depender en un grado extraordinario de otra con la que mantiene relaciones sexuales. Esta servidumbre puede alcanzar algunas veces caracteres extremos, llegando a la pérdida de toda voluntad propia y al sacrificio de los mayores intereses personales. Ahora bien: el autor no olvida advertir que cierta medida de tal servidumbre «es absolutamente necesaria si el lazo ha de lograr alguna duración». Esta cierta medida de servidumbre sexual es, en efecto, indispensable como garantía del matrimonio, y tal y como éste se entiende en los países civilizados, y para su defensa contra las tendencias polígamas que lo amenazan. Entendiéndolo así, nuestra sociedad civilizada ha reconocido siempre este importante factor".

"Krafft-Ebing hace nacer la servidumbre sexual del encuentro de un «grado extraordinario de enamoramiento y debilidad de carácter», por un lado, con un ilimitado egoísmo, por otro. Pero la experiencia analítica no nos permite satisfacernos con esta sencilla tentativa de explicación. Puede comprobarse más bien que el factor decisivo es la magnitud de la resistencia sexual vencida, y secundariamente la concentración y la unicidad del proceso que culminó en tal victoria. La servidumbre es así más frecuente e intensa en la mujer que en el hombre, si bien este último parece actualmente mucho más propenso a ella que en la antigüedad. En aquellos casos en los que hemos podido estudiar la servidumbre en sujetos masculinos hemos comprobado que constituía la consecuencia de unas relaciones eróticas en las que una mujer determinada había logrado vencer la impotencia psíquica del sujeto, el cual permaneció ligado a ella desde aquel momento. Muchos matrimonios singulares y algunos trágicos destinos -a veces de muy amplias consecuencias- parecen explicarse por este origen de la fijación erótica a una mujer determinada".

Freud S (1918), El tabú de la virginidad.

SHAMÁN

El shamán y su eficacia simbólica según Lévi-Strauss.- El primer gran texto mágico-religioso conocido dentro de las culturas sudamericanas arroja nueva luz sobre la *cura shamanística*. Dentro de él hay por ejemplo un canto para ayudar en el parto difícil que describe la confusión de la partera y su pedido de ayuda al shamán. Este trae imágenes esculpidas en ciertos materiales que le dan eficacia simbólica. El shamán viajaría al mundo de los espíritus malignos para sacar el doble del enfermo y restituirselo, para poder ser curado.

El shamán no toca el cuerpo del enfermo ni le da remedios, con lo que hay que pensar en una influencia psicológica. Los males y los dolores son personificados en espíritus para que el enfermo pueda aprehenderlos, conciente o inconcientemente. Se trata de restablecer un orden sobre el cual ya no pesa ninguna amenaza.

La mitología del shamán no corresponde a una realidad objetiva pero eso no importa: la enferma cree en esa realidad, y es miembro de una sociedad que también cree en ella. Es como si nosotros, invocando la presencia de un virus, curásemos a una persona. El shamán da a la enferma un lenguaje en el cual puede formular estados informulables por otro medio.

Así es que la cura shamanística está a medio camino entre nuestra medicina orgánica y la cura psicoanalítica. Comparemos entonces la cura shamanística y la psicoanalítica.

En ambos casos el fin es hacer concientes conflictos y resistencias que han permanecido inconcientes, sea por represión, sea por causas orgánicas (como el caso del parto del shamán).

En ambos casos la cura se produce no por tomar conocimiento del conflicto sino porque dicho conocimiento permite experimentar una situación donde el conflicto se desbloquea, se reactualiza y puede resolverse. Es la llamada abreacción (en psicoanálisis).

Shamán y psicoanalista son verdaderos protagonistas: el shamán entra al cuerpo para curarlo, y el psicoanalista entra a la familia (con la transferencia). Ambos construyen un mito que el paciente debe revivir. Hay diferencias inversas: uno apunta a la cura psíquica, otro a la orgánica; uno escucha, otro habla. En ambos hay una *eficacia simbólica*: no son las palabras sino lo que representan simbólicamente lo que llega al inconciente.

En la cura psicoanalítica, el médico cumple las operaciones y el enfermo produce su mito; en la cura shamanística, el médico proporciona el mito y el enfermo cumple las operaciones (dilatación del útero, etc.). Tal la única diferencia entre ambos: en un caso el enfermo reencuentra el mito como tesoro individual, en el otro lo recibe como tradición colectiva.

El subconciente son los contenidos aprendidos, la memoria, en cambio el inconciente es una estructura que recibe esos datos del subconciente y les otorga significación, los organiza según sus leyes y se constituye, así, el discurso.

La analogía entre ambos métodos sería mayor si se pudiera admitir, como está empezando a ocurrir, la base bioquímica de los trastornos psíquicos.

Condensado de Lévi-Strauss C (1986) Antropología estructural. México: Siglo XXI. 5ª edición. Capítulo 10.

SÍ MISMO

Definición.- "El individuo tal como es conocido por él mismo en un marco de referencia socialmente determinado".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 626.

Definición.- Hay que distinguir entre el Yo (Ego) y entre el "sí mismo" (Alemán: *seibst*; Francés: *soi méme*). Según el *Psicoanálisis*, el Yo es aquella parte de *aparato psíquico* con la cual el individuo toma contacto con el mundo exterior, la parte "visible" de la persona. Este Yo sufre una deformación por las fuerzas instintivas y sociales (*Elo y Superyó*); representa, pues, una falsificación del Yo verdadero que es el sí mismo. Conocer a sí mismo es el lema de la filosofía griega; "sé tú mismo": es la meta de la formación espiritual del hombre humanista.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Sí mismo social.- 1. Aspecto de un individuo que es percibido por los otros en el intercambio social. 2. Características de un individuo particularmente aptas para la interacción social. 3. Área de la personalidad determinada por influencias sociales. 4. Imagen que el individuo posee de sí mismo, dependiente de las suposiciones sobre cómo es visto por otros individuos.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Sí mismo verdadero / idealizado.- Según K. Horney, se llama sí mismo verdadero a la fuente de energía que todo individuo posee y que puede ser movilizada hacia un crecimiento constructivo y sano, de caudal variable en atributos y fuerza según los individuos, y sí mismo idealizado al sí mismo perfeccionado y glorificado que el neurótico con su imagen idealizada.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- "En contraste con el uso del término "sí mismo" por Freud para referirse a la personalidad del yo empírico, Jung utilizó este término para designar un arquetipo central que comprende elementos concientes o inconcientes. Como su idea del inconciente se extiende a las potencialidades futuras así como a la experiencia actual y pasada, el sí mismo, como centro de una personalidad que es a la vez actual y potencial, representa no solo lo que la persona era y es, sino también lo que ha de devenir todavía" (página 107).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat. 2ª edición.

Generalidades.- El sí-mismo es un patrón constante de apercepción a través del cual se organizan los procesos psicológicos (Stern, 1985). Este patrón suministra una experiencia subjetiva organizadora que le da a la percepción un sentido de coherencia y unidad. Sin un sentido organizador del sí-mismo, las experiencias sensoriales serían fragmentarias e incoherentes, y habría poca diferencia entre el sí-mismo y otros o, para el caso, entre el sí-mismo y el resto del mundo. Lo que es más, sin un sentido del sí-mismo no habría ninguna apreciación de la continuidad de la experiencia a través del tiempo, y por lo tanto ninguna estructura organizadora para la experiencia. Por todo ello resulta evidente que, para entender cómo se organizan y estructuran los procesos cognitivos y cuál es la mejor manera de cambiarlos, es importante comprender cómo se desarrolla el sí-mismo.

El sistema de la memoria es el medio a través del cual diferentes aspectos de la autoexperiencia (es decir, el agente, la afectividad, la coherencia y la continuidad a través del tiempo) se integran en una única perspectiva subjetiva organizadora.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 4.

SIESTA

Siesta y memoria.- "En mi época de estudiante, en la Facultad, solía tener la irrefrenable costumbre de dormir la siesta, justo en medio de la parte más complicada de la preparación para un examen, y aún cuando la evaluación se me viniera encima. Lo mismo sucedía por la noche: llegada cierta hora, me era

imposible seguir estudiando. Y podía levantarme a las 4 de la madrugada para seguir, pero no quedarme teniendo la vela toda la noche. Admito que ese comportamiento me hacía sentir un poco culpable, pero era irrefrenable, por describirlo de alguna manera.

Ahora, diversos estudios científicos explican por qué (tal vez) a pesar de esa inclinación a abandonar la cabalgata justo en el medio del río mis resultados en las pruebas solían ser buenos. Y es que, según parece, durante el sueño se fijan los conocimientos recién adquiridos; y no sólo eso, también es posible inducir esa mejora en el rendimiento de la memoria.

Un grupo de neuropsicólogos belgas comprobó que dormir es fundamental para que los conocimientos recién adquiridos y depositados en la memoria inmediata se conviertan en recuerdos de larga duración. En la Universidad de Lieja (Bélgica), los expertos se valieron del videojuego 'Duke Nukem 3D', que no tiene un desarrollo lineal, sino espacios abiertos, ciudades sumergidas, pasadizos, callejones, encrucijadas, ciudades espaciales o sumergidas. La misión principal del jugador: matar extraterrestres. Los jugadores fueron divididos en dos grupos, uno de los cuales durmió después de la primera sesión de entrenamiento, mientras que el otro estuvo despierto toda la noche. Las dos siguientes noches se permitió dormir a ambos grupos.

Luego de ese tiempo, los investigadores hallaron observaron a través de técnicas de resonancia magnética funcional que inmediatamente después de jugar los dos grupos de voluntarios mostraban su hipocampo (zona del encéfalo, en el cerebro, que se vincula con la memoria) con mucha actividad.

Pero, de acuerdo con lo publicado en la revista *Proceedings of the National Academy of Sciences*, tres días después de haber jugado los investigadores volvieron a examinar el cerebro de los participantes mientras éstos jugaban. En esa ocasión se activó el estriado (otra región del encéfalo vinculada con la regulación del movimiento), pero más intensamente en las personas que habían dormido. ¿Significado? Que durante el sueño los recuerdos se transfieren parcialmente del hipotálamo al estriado.

Es decir que el sueño había favorecido que una experiencia dependiente en principio de la habilidad espacial del individuo, se transformada en algo más de largo plazo, en un comportamiento aprendido, más automático, que exige menos esfuerzo.

Por otro lado, una investigación publicada esta semana en la revista *Nature*, muestra que la aplicación de suaves corrientes eléctricas en el cerebro durante una fase determinada del sueño puede incrementar la memoria hasta un 8%.

En la universidad de Luebeck (Alemania), los científicos consideran que el sueño ayuda al cerebro a consolidar los recuerdos. De manera tal que lo aprendido antes de una siesta se rememora mejor que lo aprendido sin dicho sueño posterior.

El sueño humano se compone de ciclos recurrentes de 70 a 120 minutos de sueño NREM y sueño REM (Rapid Eye Movement, movimiento rápido de ojos), caracterizado este último porque el cerebro se activa eléctrica y metabólicamente, con frecuencias similares al estado de vigilia.

De acuerdo con las investigaciones alemanas, la aplicación de una corriente eléctrica con cierta frecuencia en el cuero cabelludo durante el sueño no REM puede provocar un aumento de la memoria de alrededor del 8% en el aprendizaje de palabras".

Fuente: Gentil Andrea (2006) Dormir siestas mientras se prepara un examen, la mejor manera de retener más lo aprendido. Disponible en www.saludciencias.com.ar

Siesta y trabajo.- Las empresas deberían olvidarse de los bonos e incentivos económicos para sus empleados, pues lo que realmente podría aumentar la productividad sería una siesta reparadora, dijeron expertos británicos.

El Comité del Sueño del Reino Unido hizo un llamado al Gobierno para acabar con la jornada laboral de nueve de la mañana a cinco de la tarde, para favorecer un horario más flexible, dijo Reuters.

El comité basó su petición en los resultados de un sondeo mundial, hecho a través de Internet, que mostraron que la siesta tradicional de muchos países mediterráneos era una opción estupenda.

De las 12.000 personas entrevistadas, 41% dijo que su productividad era mayor en las mañanas, mientras que 38% afirmó que su productividad aumentaba en las tardes.

'El significado es que la mayoría de las personas no está muy alerta en horas del mediodía, el período tradicional de la siesta en países de clima cálido', dijo el experto en sueño Chris Idzikowski, profesor de la Universidad inglesa de Surrey, quien dirigió el estudio de dos años de duración sobre el sueño.

El científico sugirió que se permitiera a los trabajadores seguir sus hábitos naturales de sueño, ya que un horario flexible beneficiaría a los empleadores a largo plazo, pues contarían con empleados más productivos y más despejados durante la mayoría de la jornada.

La siesta alivia presiones de jornadas extensas. <http://noticias.eluniversal.com/2001/10/27/27404EE.shtml>

SIGNIFICANTE

Significante según Lacan.- Lacan plantea aquí su tesis, que dice que la realidad está marcada *de entrada* por el anonadamiento simbólico. Así, es estructuralmente necesario postular una etapa primitiva en la cual aparecen en el mundo significantes en cuanto tales. Antes que el niño aprenda a articular el

lenguaje, debemos suponer que hay significantes que aparecen, que ya son del orden simbólico. Esto ya implica lenguaje.

En este campo de articulación simbólica se produce la *Verwerfung*. Esto es el rechazo, la expulsión de un significante primordial al exterior, significante que a partir de entonces faltará en ese nivel. Tal el mecanismo fundamental de la paranoia. Es un proceso primordial de exclusión de un interior primitivo del orden del significante.

Resumen de Lacan J (1978) Seminario 3. Capítulo 11, apartado 2.

Significante y psicosis.- Para entender la psicosis hay que situarse en el fenómeno significante-significado: las categorías alucinación, interpretación, sensación, percepción son insuficientes. El fenómeno de la lectura es ilustrativo: se puede leer un texto al revés sin entender nada, y en el otro extremo saberse de memoria lo que se lee. Así, la relación significante-significado es muy diversa, y podremos aceptar el testimonio del alineado sobre su posición respecto del lenguaje.

Resumen de Lacan J (1978) Seminario 3. Capítulo 16, apartado 1.

Significante y psicosis.- Recapitulando lo anterior, debía haber algo que no se realizó, en el dominio del significante, que había sido *Verworfen*. Lo que así fue objeto de una *Verwerfung*, reaparece en lo real. Freud distingue la proyección intencional, pasional (imputo al otro mis propias pulsiones de infidelidad) de la proyección delirante: aquí lo que fue rechazado del interior reaparece en el exterior, en lo real. Como se aprecia en el caso Schreber, el inconciente está desplegado afuera, todo pasó del ello al mundo externo. Tal la posición clásica.

Para pasar al delirio hay una etapa previa de confusión, un periodo prepsicótico, como se ve en Schreber: el sujeto es presa de extraños presentimientos e invadido por imágenes. Pero el punto esencial es que el delirio comienza a partir del momento en que la iniciativa viene de Otro, con O mayúscula, en que la iniciativa está fundada en una actividad subjetiva. El Otro *quiere* esto, y quiere significarlo.

En el fondo, se trata en la psicosis de un impasse, una perplejidad respecto del significante. Es como si el sujeto reaccionase a él mediante una tentativa de restitución, de compensación. El sujeto reacciona a la ausencia de significante por la afirmación de otro esencialmente enigmático. El Otro, con mayúscula, está excluido en tanto portador de significante.

Resumen de Lacan J (1978) Seminario 3. Capítulo 14, apartado 3.

Significante y neurosis.- El significante último en la neurosis no es un significante sin significación. Si el neurótico habita el lenguaje, el psicótico en cambio es habitado, poseído por el lenguaje y cabe la duda si entró verdaderamente en el lenguaje. La no integración del sujeto al registro del significante indica la dirección en que pueden entenderse las condiciones previas de la psicosis.

El sujeto está sometido al problema de alguna falta que concierne al discurso permanente que sostiene lo cotidiano, el material bruto de la experiencia humana. El lenguaje está estructurado, pero es *ideicamente neutro* o sea está en plena discordancia con los afectos del sujeto, ningún mecanismo afectivo basta para explicarlo.

Resumen de Lacan J (1978) Seminario 3. Capítulo 20, apartado 1.

El significante y el Otro.- Para Lacan, en la relación dual, propia de lo imaginario, del estadio del espejo, no hay distinción entre el significante y el significado, entre el nombre y la cosa nombrada. La separación la produce el símbolo, el significante, la palabra, o sea el orden simbólico, que es introducido por el padre, la ley, el Otro con mayúscula.

El Otro es el amo, el lugar de la verdad, pues en la dualidad de lo imaginario no había verdad ni mentira. El Padre aparece como un lugar al que puede referirse el deseo de la madre, y ya no al niño. El Otro también desea a la madre, e impone su ley.

El padre se introduce así en una triple posición: como frustrador, como privador y castrador, tres modalidades de la pérdida según Lacan. El padre frustra al hijo y priva a la madre de ese objeto fálico. La castración es una operación simbólica de separación de la madre del hijo y viceversa. Finalmente, en el tercer tiempo del Edipo aparece el padre permisivo, que reinstaura la instancia del falo como objeto deseado por la madre y ya no como objeto del que puede privarla como padre omnipotente. El niño se identifica con todas estas figuras.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

El significante y lo inconciente.- Para Freud, el modelo de la física no es el único que podría haberse usado para edificar el psicoanálisis. Si él hubiera conocido la lingüística de Saussure podría haberlo hecho sobre esta base.

Lacan retoma la idea de Saussure del lenguaje como una estructura, constituido por signos compuestos por un significado y un significante que se remiten recíprocamente. El lenguaje ya no es más una nomenclatura donde cada palabra remite a una cosa de la realidad, sino que su significado depende de su relación con los otros signos.

Lacan destacará la primacía y autonomía del significante respecto del significado. De hecho la relación, en lo inconciente, es de significante a significante, por ejemplo, 'árbol' remite a 'bol ar' y de aquí a 'volar'. Lacan agrega que así como el lenguaje se estructura en base a relaciones de metáfora y metonimia, el inconciente también lo hace en base a los mecanismos correspondientes: la condensación y el desplazamiento. Síntomas, sueños, lapsus, deseos, son formaciones del inconciente comprensibles y explicables como expresión de operaciones metafóricas o metonímicas donde se expresa su fuerza combinatoria. El sentido es el producido del abrochamiento retroactivo, el punto de capitoné en la cadena, pero no está en ningún lugar específico de la misma.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

SIGNO

Definición.- Indicador objetivo de un proceso orgánico, como por ejemplo la fiebre.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 88.

Signo-gestalt.- Es el estímulo que desencadena la respuesta sonriente, y concretamente consiste en una peculiar configuración de un rostro humano, caracterizada por: a) el rostro está de frente; b) se centra en los ojos y su entorno, es decir, frente y nariz; y c) está en movimiento.

Spitz René, El primer año de vida del niño, México, Fondo de Cultura Económica, 1979, págs. 78 y 81.

SIMBOLIZACIÓN

En psicosis y neurosis.- De aquí nos interesa el problema del simbolismo en las psicosis, o sea el estatuto lingüístico de las afirmaciones del esquizofrénico, ya que en estos hay un trastorno lingüístico. Freud cita dos ejemplos de afirmaciones de esquizofrénicas: "El me torció los ojos" y "El me hizo ordinaria como él", "me falseó la posición".

En estos ejemplos hay tres cuestiones:

1) Lo que dicen tiene sentido. "Me torció los ojos" por ejemplo significa "él me cambió la forma de ver las cosas". No se trata de una metáfora, ya que la paciente se refiere al ojo real. Un símbolo, una metáfora vale por lo que NO es.

2) Lo que dicen testimonian que el amado se entrometió dramáticamente en su vida.

3) Esta intrusión aparece en forma más velada como queja, y la paciente atribuye pendularmente la culpa al otro y a sí misma. En la neurosis esta intrusión es reprimida, y así evita sentirse invadido por el mundo y las personas.

Al modo de expresión del esquizofrénico Freud lo llama LENGUAJE DE ÓRGANO. El cuerpo está cosificado, no es un símbolo de otra cosa como en la histeria de conversión. El neurótico se conecta con el mundo mediante símbolos, representaciones que no son cosas mismas, o sea hay una distancia de lo real. Por ejemplo, de otra cultura no entendemos nada pues nos faltan sus recursos simbolizantes. En cambio el psicótico se conecta directamente con las cosas, las cosifica (sean las cosas del exterior, sea su propio cuerpo), le falta una clave interpretativa y por ello está siempre a merced de ellas (lo atacan, lo espían, le leen el pensamiento: las cosas le hablan). El neurótico hizo callar al mundo y escucha sólo sus fantasías.

Que las cosas hablan significa que ya desde el nacimiento el sujeto es hablado, libidinizado, sometido al imperio de los otros. Cuando el psicótico dice que le leen el pensamiento está retratando aquello que nos pasaba en la infancia, cuando nuestra madre nos "leía el pensamiento" (por ejemplo nos tapaba cuando sentíamos frío).

Lo dicho no significa que el psicótico no tenga lenguaje, sino que lo tiene alterado. Hay lenguaje porque el psicótico no es animal, es humano, es decir, tiene pulsiones (no instintos) y por ende hay lenguaje.

El simbolismo en las psicosis es un problema en Freud. Para indagarlo debemos preguntarnos acerca de qué fracasa en la psicosis (o, lo que es lo mismo, qué triunfa en la neurosis, donde hay manifiestamente simbolización). Para ver lo que piensa Freud podemos ir a su artículo La Negación. Nos interesa el concepto de "afirmación primordial". Para negar algo debió haber antes una afirmación. El neurótico le dice "no" al deseo, pero antes tuvo que haberle dicho "sí" (afirmación primordial). Al decirle que "no" le da cabida a la falta, y busca entonces llenarla sustituyendo una cosa por otra que la simboliza. Todo símbolo siempre representa otra cosa distinta a la que él es.

El psicótico en cambio le dice "no" al "sí" primordial, no hubo represión originaria. En él falta la falta, y por tanto no puede negarse nada.

Freud aportó la idea de que en la base del simbolismo humano está el binario "hay o no hay", "falo-castración". Lo que no tiene Freud es una teoría de cómo se organiza este simbolismo, cosa que hace Lacan cuando habla de un organizador llamado "Nombre del Padre". Esta metáfora paterna es la base para entender la psicosis.

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

SÍMBOLO

Definición.- “Los símbolos son relaciones constantes y universalmente válidas entre determinados contenidos del ello y particulares representaciones conciente de la palabra o cosas. El conocimiento de dichas vinculaciones nos faculta para extraer conclusiones precisas acerca de las manifestaciones concientes de lo inconciente, sin necesidad de deshacer previa o penosamente toda una medida defensiva del yo” (Freud A, 1979:25).

Freud Anna (1979), *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós.

Generalidades.- 1. “El ser humano es el animal que vive en símbolos.” (Uexküll). El símbolo es el objeto sensible (*signo*) que representa una idea, o una idea que representa a un signo. Es la *representación* de una idea lo que hace símbolo a lo que, en sí, no es más que un signo. Una bandera en sí es un trapo, o un simple signo; como bandera de una nación ya es un símbolo representativo de una idea. 2. (*Psicología Analítica*) Fue Jung quien elaboró toda su psicología a base de su teoría de los símbolos. “El símbolo es un aparato psíquico que transforma la energía” (*Energetik der Seele*) En otro lugar: “Las imágenes psíquicas en el sueño y en cualquier otra de sus manifestaciones son reproducciones de la energía psíquica, son símbolos” (*Wandlungen und Symbole der Libido*). Los arquetipos son símbolos, representaciones de una idea colectiva, ancestral de la humanidad. La *mandala* es un símbolo general, como los números, especialmente 2 y 3, son representaciones simbólicas. 3. (*Psicoanálisis*) Representación encubierta de un motivo sexual inconciente, que posee algún significado permanente, sin estar asociada concientemente con la actividad sexual. En la psicología las palabras simbolizan objetos, ideas, etc., y el hablar, como también ciertas otras actividades, simbolizan un comportamiento más general. Los términos: acto simbólico, experiencia simbólica, comportamiento simbólico, experiencia simbólica, expresión simbólica, reacción simbólica, respuesta simbólica, etc., son utilizados en este sentido. (Alemán: *Sinnbild*).

Székely B (2000) *Diccionario de Psicología*. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Simbolismo.- 1. (*Psicoanálisis*) El conjunto de síntomas psíquicos. Los símbolos pueden manifestarse: 1) *afectos solamente*; así, por ejemplo; el símbolo de la histeria de angustia consiste en intensa angustia sin ninguna idea pertinente; 2) *afecto con idea*: la idea es considerada dolorosa y completamente extraña al Yo conciente. 3) *síntomas orgánicos*: el paciente se queja de padecer una enfermedad. Los símbolos pueden aparecer como fantasías, alucinaciones, afectos mórbidos, obsesiones, hipocondría, etc. Los sueños constituyen una clase especial de símbolos. 2. (*Psicoanálisis*) Silberer subdivide al simbolismo en dos tipos. El primero (llamado por Jones) el tipo material, y el segundo: funcional. El tipo material parte de una insuficiencia aperceptiva de origen puramente intelectual, mientras que el funcional proviene de una insuficiencia aperceptiva de origen afectivo. 3. (*Psicología Analítica*) MANDALA.

Székely B (2000) *Diccionario de Psicología*. Buenos Aires: Editorial Claridad.

SINCRONIZACIÓN CEREBRAL

Definición.- Acción y efecto de sincronizar los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo, es decir, de iniciar y mantener en ambos un ritmo único y coherente de forma tal que operen al unísono y coordinadamente. Algunos estudios han demostrado que los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo operan de diferente manera y en diferentes ritmos, lo que ha llevado a la conclusión de que los humanos utilizan, por lo general, sólo una mitad del cerebro por vez. Pero varios especialistas han probado que en ciertos estados mentales extraordinarios tales como la meditación profunda o la intensa creatividad, ambos hemisferios mudan su funcionamiento hacia un ritmo único y coherente, operando al mismo tiempo. Los científicos llaman a este estado 'sincronía', y recientemente pudo comprobarse que ciertos instrumentos que estimulan el cerebro pueden generar ese estado.

SINESTESIA

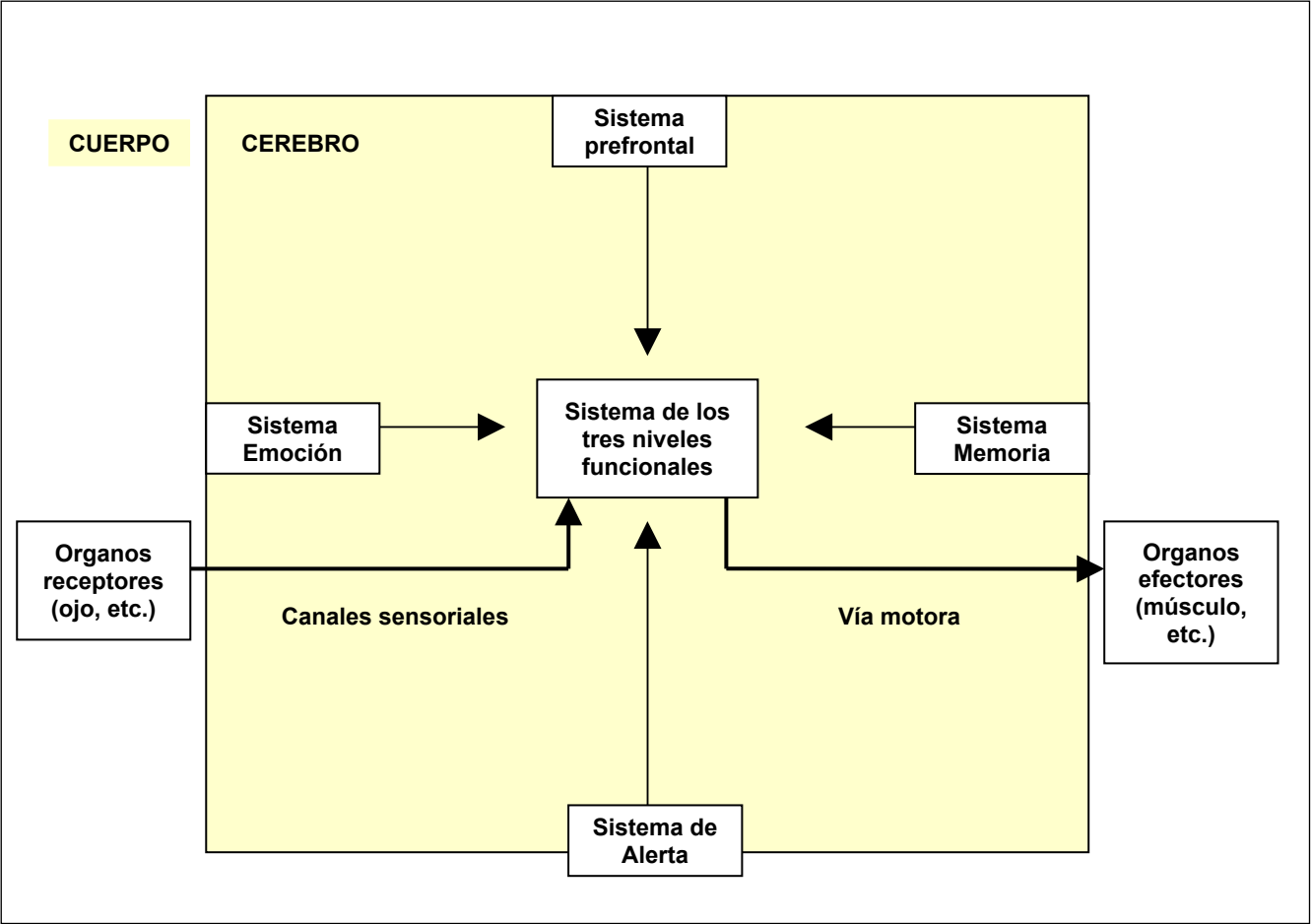
Definición.- “Variedad patológica de aglutinación perceptiva (ver *Percepción alteraciones*), en la que una sensación se asocia con una imagen que pertenece a un órgano o modalidad sensorial distinta”.

Belloch A. Y otros, *Manual de Psicopatología Vol I*, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 227.

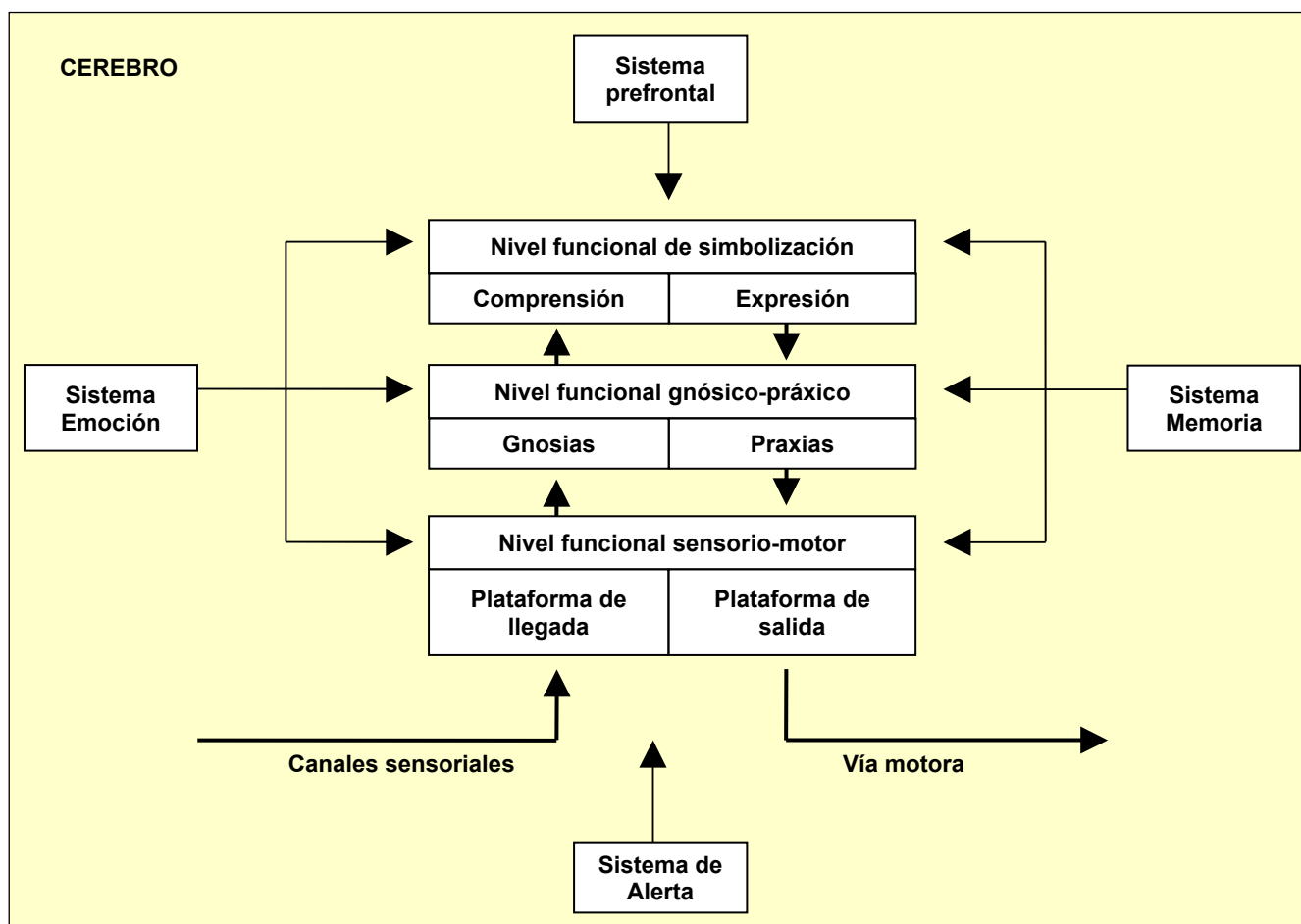
SISTEMA NERVIOSO

Organización funcional.- El esquema 1 sintetiza la organización funcional del sistema nervioso. El esquema 2 lo complementa, pues amplía con mayores detalles la parte del sistema de los tres niveles funcionales.

ESQUEMA 1 – SISTEMAS QUE COMPONEN EL MODELO



ESQUEMA 2 – DETALLE DEL SISTEMA DE LOS TRES NIVELES FUNCIONALES



Canales sensoriales (flechas que suben): Toda la información proveniente del medio externo e interno llega al SN mediante estos canales, como el visual, el auditivo, el somatosensitivo, etc.

Vía motora (flechas que bajan): Vía de las respuestas motoras, lo que también incluye la palabra escrita y hablada.

SISTEMA	FUNCION	LOCALIZACION
Sistema de los tres niveles funcionales	Son subordinados entre sí.	Lóbulos frontal, parietal, temporal, occipital.
1. Nivel funcional sensorio-motor	Plataforma de llegada: Percepción primaria (senso-percepción). Plataforma de salida: Motricidad.	Plataforma de llegada: Áreas sensoriales primarias: áreas 1-2-3 del lóbulo parietal, lóbulo temporal, lóbulo occipital. Plataforma de salida: Área motora primaria: área 4 del lóbulo frontal.
2. Nivel funcional gnósico-práxico	Gnosias: Reconocimiento unimodal de la información sensorial. Praxias: Organización de la acción.	Gnosias: Áreas secundarias o áreas corticales de asociación unimodal (áreas vecinas a las áreas sensoriales primarias): Área 18-19 para visual, área 22 para auditivo, y área 5-7 para somatosensitivo Praxias: Corteza parietal; área frontosubcortical.
3. Nivel funcional de simbolización	Conceptualización y simbolización. Posibilidad de nombrar objetos sin tenerlos presentes. Lenguaje verbal.	Áreas de asociación polomodal: Zona parietotemporal y frontal posterior
Sistema prefrontal	Control e iniciativa cognitivos. Es superordinado.	Área prefrontal: corteza de asociación supramodal.

Sistema memoria	Memoria episódica, semántica y procedural que interactúan en paralelo con los tres niveles funcionales.	Hipocampo.
Sistema emoción	Funciona en paralelo con los tres niveles funcionales, facilitando o inhibiendo su actividad.	Áreas límbicas y paralímbicas (hipotálamo, etc).
Sistema de alerta	Despertar cognitivo de la corteza. Ciclo sueño/vigilia. Permite alcanzar un nivel de conciencia necesario para interpretar adecuadamente los fenómenos neuropsicológicos.	Sistema reticular (formación reticulada).

Resumen de Tamaroff L y Allegri R, Introducción a la neuropsicología clínica. Buenos Aires: Argentum, 1995. Item "Organización funcional del sistema nervioso".

SITUACIÓN

Generalidades.- "Lalande define la situación, como el "término empleado por algunos filósofos contemporáneos, especialmente por Dewey, para designar el lenguaje neutro, tal fase determinada de la experiencia, cierto conjunto típico de condiciones concretas, que constituyen o determinan tal estado de actividad". En forma coincidente, Fairchild incluye la siguiente definición: "La totalidad de los factores, internos y externos, orgánicos o ambientales, de importancia para la conducta que se investiga, tales como aparecen a un observador e un análisis científico objetivo". Von Uexküll introdujo el término *Umwelt* para designar así al mundo circundante que es el producto del organismo, pero como se lo confundió con el *milieu* que es lo que rodea en forma inmediata al organismo, el mismo autor lo reemplazó por *Merkwelt* (mundo perceptible) con lo cual designa el mundo especial que tiene cada organismo, formado por lo que él recoge o percibe del mundo exterior. Este último no es otra cosa que la situación total considerada *campo en un momento dado*, es decir, es un corte hipotético y transversal de la situación" (páginas 34-36).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

Generalidades.- Nicol propone un método de investigación psicológica y a la vez un sistema de la organización de la vida humana en situaciones. Busca así superar a la psicología 'natural', que se mostraba insuficiente para proporcionar una comprensión auténtica de la vida humana, en su concreción cualitativa. No puede lograrse la comprensión del hombre concreto (opuesto a hombre abstracto) sino a través de sus situaciones (hombre en situación es opuesto a hombre aislado).

Lo vital y la estructura de la vida.- El hombre tiene experiencias y realiza acciones en el marco de un aquí y ahora (espacio-temporalidad concreta). En tanto que es algo actual y presente, se articulan en la acción las llamadas dimensiones del pasado y del futuro, las cuales son, con el presente mismo, las determinaciones fundamentales de la temporalidad, determinaciones que son cualitativas, es decir, subjetivas y no objetivas. Por ejemplo, un espacio puede parecerle grande a una persona y pequeña a otra (por ejemplo, sentirse oprimida). Con el tiempo pasa lo mismo: cuantitativamente, o sea, midiéndolo con un reloj, un acontecimiento de hace años ocurrió afectivamente hace años, pero subjetivamente puede parecerle al sujeto haber ocurrido apenas ayer, y es esto último lo que interesa en la experiencia psicológica, porque el sujeto organiza su vida en función de esa distorsión de lo objetivo.

Pero el hombre no es un ser aislado: vivir es estar en situación, siempre estamos en alguna situación, es decir, nuestra acción está en conexión con el "afuera" nuestro, con el medio, y toda experiencia humana es siempre intersubjetiva. La situación que estoy viviendo existe por algo externo a mí, pero no existe situación con el yo, que es quien está en la situación. La situación no está constituida por lo que me rodea, sino por la relación vital que mantengo con lo que me rodea. La situación es tan vital como el sujeto mismo que la vive, y no hay sujetos sin situación ni situación sin sujeto.

De esta manera, la modalidad o las características de tal o cual situación, no depende simplemente de la manera como estén dispuestas las cosas en torno al sujeto, sino además de la manera particular como se relaciona con ellas el sujeto, o sea, la experiencia que él haga de ellas en o ante aquella disposición. Ante el mismo dispositivo externo, dos sujetos pueden tener experiencias distintas.

Mi experiencia se localiza y temporaliza por las situaciones vitales. O sea, son las situaciones vitales las que determinan la espacialidad y la temporalidad de toda experiencia. Las situaciones vitales constituyen las categorías en torno a las cuales se organiza la existencia humana. Un cierto tipo de situaciones vitales pueden darse en personas distintas (por ejemplo, en el hombre político y en el religioso), e inversamente, dentro de una misma forma de vida pueden presentarse situaciones distintas. Vivir es entonces estar-en-situación. Nuestra vida la organizamos en función de algo que no somos exclusivamente nosotros mismos.

Las situaciones vitales.- Nuestras situaciones vitales tienen una estructura u organización, y un sentido que les otorgamos. En función de estos criterios, podemos dividir las situaciones en fundamentales

(genéricas, propias de todo ser humano y que tiene por el mero hecho de existir), y límites (individuales y excepcionales). Ejemplo de las primeras: la situación de un ser que vive una única vida. Ejemplo de las segundas: el exilio. Las situaciones límites aparecen en las crisis. A veces la gravedad de la crisis rebasa nuestra capacidad de optar y entonces "nos dejamos llevar" por los acontecimientos.

Todo hombre vive situaciones fundamentales, pero no todas situaciones límites. Nuestra vida no alcanza ordinariamente un límite, sino que se mantiene ordinariamente a cierta distancia prudente. Filosofar es alcanzar este límite y permanecer en él. La experiencia mística es también una situación límite.

Según otro criterio, las situaciones pueden ser permanentes o transitorias. No es lo mismo estar enfermo a ser un enfermo (enfermedad crónica): una situación cambia cualitativamente cuando dura más, cuando se hace permanente, o a la inversa, cuando se hace transitoria. Es obvio que las situaciones fundamentales sólo pueden ser permanentes y las límites solo transitorias. Hay también situaciones que son permanentes solamente a partir de cierto momento (como la situación de "rehacer mi vida").

En rigor, una situación transitoria no se define a partir de su duración, sino por el hecho de que en cualquier momento puede cambiar. Por ejemplo, la situación económica, la situación social, etc. Las situaciones fundamentales no pueden cambiar y se mantienen necesariamente toda la vida. Otros ejemplos de situaciones transitorias son la intimidad y la prisa: estar en intimidad, estar apurado.

Azar, destino y carácter. Situación y expresión.- La vida humana es acción, y la acción es el símbolo y la consecuencia de nuestra limitación. En la acción y por ella vamos siendo, nos vamos haciendo, ganando o enriqueciéndonos o recayendo por el mal en disminuciones o anulaciones de nuestro ser. Esto ocurre hasta que se agota nuestro poder de seguir haciendo o hasta la muerte.

La limitación es forzosa. Y toda forzosidad es destino. Destino es lo dado en el hombre, lo que no se puede cambiar, lo que no se ha elegido y no se puede alterar. Solo el hombre tiene el poder de luchar contra el destino, para lo cual se requiere ser conciente de la propia limitación. Mientras, nuestro carácter se va perfilando en este ejercicio. La libertad depende del modo como utilizamos lo que es dado en nosotros y que nos limita, buscando siempre el contacto con el límite, en un intento reiterado por trascenderlo, y sin ceder ante falsos límites que la comodidad, la frivolidad, el temor y la pereza nos simulan siempre más acá de los verdaderos.

Mi destino no lo hice yo, pero yo me hago a mí mismo con los materiales que me dio el destino. Por tanto, la condición humana es digna porque es obra humana: nadie es digno por destino o necesidad, sino por carácter o libertad.

En esta tarea vamos viviendo situaciones, aunque no siempre ésta se expresen. Pueden repercutir en nosotros ciertos acontecimientos sin que la conmoción se manifieste. Podemos conmovernos sin que ello se exteriorice. Podemos haber tomado una decisión sin que nadie lo advierta. A veces se altera la situación, con lo cual nos alteramos también nosotros, y sin embargo pretendemos y logramos que no se altere nuestra expresión. Así, una teoría psicológica de las situaciones vitales, conduce a una teoría de la expresión.

Nicol Eduardo (1963) Psicología de las situaciones vitales. México: Fondo de cultura económica. 2ª edición.

Situación y percepción.- Una situación es un breve suceso espacio temporal donde actuamos de una forma específica donde intervienen un conjunto de factores sociales que influyen en la experiencia o conducta de una persona en un cierto momento o lugar.

Definición de la situación: al captar una situación al mismo tiempo la estamos definiendo en función de nuestras creencias: si creo que el alcohol es peligroso, la situación de alguien bebiendo alcohol la definimos como peligrosa.

Para que se pueda realizar una interacción social, las dos personas deben compartir una misma definición de la situación ('significados compartidos'). Si los seres humanos definen una situación como real, será real en todas sus consecuencias: si creemos que una persona es superior y ésta también lo cree, ambos actuarán como dominado y dominador, aunque la superioridad no sea real.

Definiciones compartidas: un acto social es una conducta orientada hacia otros e influida a su vez por otros más. No hay sociedad sin actos sociales. Si dos personas deben ajustar mutuamente sus cursos de acción, necesitarán significados coincidentes, definiciones compartidas de las situaciones. Dichas definiciones de las situaciones no son una propiedad absoluta, objetivamente inherente a los objetos y circunstancias, sino que mas bien resultan de la interacción social misma y son mantenidas a través de ésta.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós.

Situación limítrofe según Karl Jaspers.- "Estamos siempre en una situación. Yo puedo actuar para cambiarla; pero hay situaciones que quedarán siempre en su estado actual: debo morir, debo sufrir, debo luchar, dependo de casualidades. Las situaciones límites son además de la lucha y de asombrarse, la fuente de la filosofía. Nosotros reaccionamos a estas situaciones límites o con una disimulación o con un intento desesperado de reestablecer nuestro Yo mismo". (Alemán: *Selbsein, Seinbeyusstsein*.) Las situaciones límites son "situaciones fundamentales" de nuestra existencia. Debemos enfrentarnos con estas situaciones; las situaciones espiritualmente características son las siguientes: a) se puede cerrar los ojos, no querer ver; b) se puede desesperarse; c) se puede enfrentarse con la situación, aceptando lo

que no es cambiable, pero luchar para una solución mejor a pesar de la situación dada. Cómo soluciona cada uno su problema corresponde siempre a la forma de su "sí mismo". (*Einführung in die Philosophie*, 1950) (Alemán: *Grenzsituationen*.)

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

SKINNER, BURRHUS

Biografía.- Burrhus Frederick Skinner (1904-1990), psicólogo estadounidense, es considerado el principal divulgador del conductismo. Centrándose en el estudio del aprendizaje, planteó un nuevo tipo de condicionamiento llamado operante o instrumental, diferente al condicionamiento clásico o de respuesta. Propuso que la psicología debía estudiar la conducta observable sin hacer suposiciones acerca de los procesos internos, inobservables, de los que hablan los "mentalistas".

B. Skinner es un psicólogo estadounidense, nacido y fallecido en su país. Estudió en Harvard y luego fue profesor en diversas universidades americanas. Es considerado, después de J. Watson, el principal divulgador del conductismo. Centrándose en el estudio del aprendizaje, planteó un nuevo tipo de condicionamiento llamado operante o instrumental, diferente al condicionamiento clásico o de respuesta propuesto anteriormente por I. Pavlov. Propuso que la psicología debía estudiar la conducta observable sin hacer suposiciones acerca de los procesos internos, inobservables, de los que hablan los "mentalistas".

El conductismo es, para Watson, la única orientación científica en psicología: fundado en el método inductivo, no presupone ninguna teoría previa y opera metodológicamente igual que las ciencias naturales. Sostiene que el ser humano no es una entidad autónoma sino función de las condiciones, ambientales o genéticas.

Skinner sostiene la tesis conductista del estímulo-respuesta. Las conductas han de poder ser explicadas en términos fisiológicos, pero estos estados orgánicos son efectos de condicionamientos ambientales, tanto presentes como pasados. Sobre esta base, es posible predecir y controlar la conducta e incluso construir una sociedad mejor que funcione sobre la base de los refuerzos (recompensas y castigos, pero principalmente de las primeras).

Su invento más conocido es la "caja de Skinner", una jaula para ratas que incluye una palanca. Cuando ésta es accionada por azar por el animal, entrega alimento, y de esa manera aprende a accionar la palanca porque recibirá una recompensa. El alimento funcionó, en este caso, como un refuerzo, y fue lo que permitió que aprendiera.

Entre sus principales obras están *Walden II* (1948), *Análisis de la conducta* (1951), *Ciencia de la conducta humana* (1953), *La tecnología de la enseñanza* (1968), *Más allá de la libertad y la dignidad* (1971), *Sobre el conductismo* (1974), y *La conducta de los organismos* (1975).

Fuentes consultadas: (a) Ferrater Mora J., *Diccionario de Filosofía*, Madrid, Alianza Editorial, 1979, Tomo 4. (b) Farré Martí J., *Diccionario de Psicología*, Barcelona, Editorial Océano.

SOBREAPRENDIZAJE

Definición.- "Práctica de una tarea más allá del punto de dominio para combatir el olvido y mejorar la transferencia".

Woolfolk A (1996) "Psicología educativa", México, Prentice-Hall Hispanoamericana SA, pág. 316.

SOBRENATURAL

Generalidades.- Desde el punto de vista teológico, dice Burger: "Lo que no pertenece a la sustancia o a la complementación de la naturaleza" ni es consecuencia o exigencia de la misma. Se distingue lo sobrenatural con relación a una naturaleza individual y lo sobrenatural sin más, es decir, con relación a la totalidad de la naturaleza creada. El conjunto de lo sobrenatural sin más se denomina *sobrenaturaleza*. La sobrenaturaleza no destruye la naturaleza, antes bien, la supone y perfecciona más allá de su campo propio. El concepto de sobrenaturaleza es fundamental para comprender la revelación cristiana. Fuera del uso teológico, el término sobrenatural significa muchas veces lo suprasensible o espiritual, contraponiéndose la naturaleza al espíritu.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- El elemento común de los fenómenos sobrenaturales es el misticismo. Naturalmente hay que distinguir rigurosamente entre verdadero y pseudo-misticismo; el segundo puede ser considerado como síntoma de histeria o de paranoia. Se consideran como fenómenos sobrenaturales solamente aquellos casos del misticismo, en sus diferentes formas, en cuya veracidad no cabe ninguna duda. La medicina pastoral habla también de *fenómenos paralelos* y denomina como tales fenómenos aquellos en los cuales, a pesar de su curiosidad, falta de elemento sobrenatural, pues se puede, con razón suponer o probar una causa natural.

Los grupos de los fenómenos sobrenaturales son: A) *Fenómenos corporales*, con carácter milagroso ("Prodiges biologiques", según Henri Bon). Pertenecen a este grupo a) la *inedia*, b) las *heridas sangrientas* y c) la *estigmatización*. En la historia de los santos se conocen casos de la completa falta de alimentación durante largo tiempo. En el siglo XIX, Luise Lateua (1850-1883) vivió durante 14 años en ayuno completo, y casi en nuestros días, en el caso de Konnersreuth, Therese Neumann vivió más de 30 años sin ingerir ninguna sustancia ni sólida ni líquida, y no tiene más alimento que la hostia de la comunión. En este caso hay un control médico perfecto. Tratándose, en el último caso, de fenómenos controlados, la ciencia, lógicamente, busca una aclaración natural por la llamada "credulidad materialista" (Bon), aceptando -por no tener otra posibilidad- la autenticidad del fenómeno, pero, sosteniendo una hipótesis: se trata en estos casos de una nutrición por la respiración de la piel o de influjo de ondas eléctricas y del sol. Se habla también de *fuerzas cósmicas de vibración* (Buchinger) que permiten sobrevivir sin alimentación. El segundo grupo es el de los signos sangrientos milagrosos. En estos casos también se distinguen entre los casos aclarables (*cas médicaux*) y no aclarables (*cas religieux*). Hay tres formas: 1) lágrimas y sudor de sangre, como se ha podido observar y comprobar en el caso de Therese Neumann; 2) sangría fresca de un cadáver después de largo tiempo de la muerte; 3) sangría de objetos: de la hostia, de las reliquias de los santos, del crucifijo. Naturalmente, la ciencia intenta aclarar estos fenómenos como naturales, y en muchos de los casos logra aclararlos, justamente en los fenómenos llamados *paralelos*, por ejemplo la hostia sangrienta puede producirse por las colonias de *bacillus prodigiosus*. En el caso de Therese Neumann también en lo que se refiere al tercer grupo de los "fenómenos corporales", a la *estigmatización*, el control médico es tan rígido y permanente que no hay duda de su carácter místico. Hay también fenómenos parasicológicos a los cuales los creyentes denominan fenómenos sobrenaturales. Estos son: la *levitación* y la *bilocación*. La primera significa que un objeto religioso, sin ninguna intervención humana, cambia de su lugar, levantándose y volando; la segunda se refiere al fenómeno de ver al mismo objeto religioso, o a una persona santa, en el mismo tiempo en dos lugares diferentes, a veces a gran distancia el uno del otro. B) *Fenómenos místicos*. Lo místico significa la unión directa entre Dios y el individuo. Sus formas son: a) *éxtasis*, b) *visiones*, y c) *revelaciones*. La precondition de estos fenómenos es la *elevación mística del espíritu*. San Juan de la Cruz habla sobre este estado de elevación suprema simbólicamente, como "la noche oscura del espíritu". Las visiones, en general, aparecen como revelaciones. En la *visión* pueden aparecer: Dios, Cristo, La Virgen, un Santo, etc., pero puede también aparecer como visión la pasión de Christi, de un Santo, el diablo mismo, etc. La *revelación* puede referirse a una relación particular; en estos casos se trata de un pseudomisticismo, pero puede tratarse de una *revelación* con contenido religioso, de una revelación de un plan o intento divino. C) Los fenómenos de *demonomagia*, creer en Satanás, en demonios, involucra la posibilidad de los fenómenos del demonismo. Durante siglos y siglos (1400-1700), la creencia de que Satanás obsesiona y posesiona a las brujas tomó una forma de manía colectiva, y fueron quemadas o ahogadas a más de diez mil mujeres. En 1873, todavía fueron quemadas unas brujas en México. La posición eclesiástica era "de strigus que non sunt nec mentio fiat" (las brujas, por no existir, no deben ser ni mencionadas). Sin embargo, la *obsessitas*, es decir: un demonio que puede obsesionar a una persona, es propio de todas las religiones, desde la más primitiva hasta hoy día. El ser humano, en estos casos, está sometido, en su cuerpo, en su alma, a las influencias demoníacas, sin que la libertad de voluntad sea suspendida. Se trata, pues, de una prueba espiritual en la cual el ser humano lucha contra las influencias demoníacas, contra la tentación de Satanás. La hipótesis que puede actuar esta influencia en unos casos, mejor dicho, la creencia de un fiel en la existencia de Satanás, en demonios, puede ser bien estudiada en una psicoterapia espiritual. Se distingue entre tres formas de obsesión. La forma más suave es la *circumsessio*, en la cual los ataques y el secuestro espiritual demoníaco vienen desde afuera, pero se oye una voz o actúa una fuerza interior ajena a la voluntad y creación del sujeto. Se trata ya de una verdadera obsesión, llamada *inseccio*. La forma suprema de la dominación demoníaca es el *possessio*, es decir: el Demonio que se posesiona completamente del ser humano. En estos casos la Iglesia aplica el *exorcismo*, la expulsión del Demonio del cuerpo. El sacerdote recibe el poder de ser "exorcista" ya con el primer grado de su ordenación. Esta última forma de fenómenos sobrenaturales, como también todos los fenómenos de la *demonomagia*, están considerados como fenómenos extranaturales. D) Todos estos fenómenos pueden ser producidos por enfermedades mentales o histeria, o por una disposición psicopatológica. La posición de la Iglesia romana es, en todos los casos, la más severa y se expresa por las siguientes palabras de San Agustín: "Deus autem creator et conditor omnium naturam nihil contra naturam facit". Es decir, "Dios que es el creador y hacedor de todas las cosas, no hace ninguna de ellas contra la naturaleza". La Iglesia no acepta que un fenómeno sea sobrenatural o milagroso hasta que haya una aclaración natural. Por otro lado: no hay duda que hay un gran número de fenómenos a los cuales no solamente falta la posibilidad de aclararlos científicamente, sino los cuales, por su carácter trascendental pueden ser considerados como *materia* de una ciencia natural: La evolución científica, no hay duda aclarará un gran número de los fenómenos sobrenaturales y, donde no hay aclaración por no pertenecer a su competencia, llegará a un diagnóstico diferencial correcto entre lo natural y lo sobrenatural. El caso de Theresa Neumann de Konnersreuth, sometido a un control científico exacto y severo, el control de los milagros de *Lourdes*, ha demostrado, sin embargo, sin ninguna duda: a) la existencia de estos fenómenos

sobrenaturales; b) la imposibilidad de aclararlos por los conceptos básicos de orden científico natural. No hay, pues, razón científica, para excluirllos de las consideraciones psicológicas.
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

SOLEDAD

Definición.- Por soledad entendemos el sentimiento prolongado, desagradable, involuntario, de no estar relacionado significativamente o de manera próxima con alguien. No necesariamente está relacionada con aislamiento social, pues puede surgir de percibir deficiencias en las actuales relaciones íntimas. También puede asociarse con la muerte, cuando muere el ser querido, donde quedamos 'solos'. En cambio aislamiento remite a aspectos más objetivos: es un estar separado de otros, es la pérdida de la comunidad, como por ejemplo el ostracismo y la prisión.

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

Clasificación.- Se alude a dos tipos de soledad: a) La soledad por aislamiento emocional, que deriva de la ausencia de una relación íntima con una figura de apego. Es la experiencia más desagradable; y b) La soledad por aislamiento social, que ocurre por falta de lazos con un grupo social cohesivo de pertenencia (una red social de amigos o una organización vecinal).

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

Generalidades.- "Por soledad, propiamente dicha, entendemos el sentimiento prolongado, desagradable, involuntario, de no estar relacionado significativamente o de manera próxima con alguien. [...] Se alude a dos tipos de soledad: a) la soledad por aislamiento emocional, que deriva de la ausencia de una relación íntima con una figura de apego. Esta es la experiencia más desagradable; y b) la soledad por aislamiento social que ocurre por falta de lazos con un grupo social cohesivo de pertenencia (una red social de amigos o una organización vecinal)" (págs. 33-35).

"Investigadores y clínicos coinciden en señalar dos causas principales de soledad: a) las internas o personales, dificultad para estar solo, habilidades sociales deficientes o patrones cognitivos disfuncionales; y b) las externas o situacionales, carencia de recursos sociales, económicos, demográficos" (pág. 57).

Muchnik E y Seidmann S, Aislamiento y soledad, Eudeba, Buenos Aires, 1998.

Generalidades.- Cuando pensamos en la soledad inmediatamente relacionamos esta idea con ausencia de compañía, es decir, ausencia de otros seres humanos. Sin embargo, esto le quita bastante riqueza al concepto. Se suele decir, por ejemplo, que se puede estar solo aún rodeado de mucha gente, en especial si se trata de persona desconocidas, como en una estación de tren o en una fiesta. Sin embargo, la condición de estar solo existe siempre, aún cuando una persona esté acompañada por sus seres más queridos e incondicionales. En todo caso, no está aislada, pero en un nivel está sola, entendiendo por soledad una *condición donde no se pueden compartir ciertas experiencias, pensamientos, sentimientos o acciones, bien porque se consideran íntimos o bien porque resulta imposible hacerlo*, como una experiencia mística y el gusto o inclinación por determinada cosa o actividad. Desde ya, una persona podría fusionarse con otra de tal manera que, simbióticamente, compartieran absolutamente todo y no quedaran espacios de privacidad. En estos casos, la persona quizá habría dejado de estar sola pero pagando un alto precio: la desaparición de su yo como entidad individual.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Generalidades.- La soledad es un fenómeno asociado a la calidad de las relaciones interpersonales. Es una emoción, pues es un estado que provoca emociones vinculadas a una ansiedad debida a que hay una 'ausencia', pues alguien falta.

La realidad subjetiva de la soledad depende del significado que le da cada persona. Hay quienes se sienten solos rodeados de amigos. Para la mayoría de las personas, la soledad tiene el significado de una relación intensa y satisfactoria a nivel emocional con otra persona, lo que vale más que tener cien relaciones superficiales.

La soledad es una experiencia desagradable diferente del aislamiento social, que también es desagradable. Refleja la percepción individual subjetiva de deficiencias cuantitativas (no tener suficientes amigos) o cualitativas (carencia de relaciones íntimas con otros) en la red de relaciones sociales.

Aislamiento implica no estar en contacto con otros seres humanos. Esta privación sensorial produce alucinaciones, delirios, etc. En situaciones de aislamiento social o grupal hay más depresión y pensamiento ineficiente, así como mayor hostilidad y aburrimiento. Se ve por ejemplo en tripulantes de submarinos, prisioneros en celdas, grupos aislados en la Antártida, etc.

Situaciones conflictivas o experiencias negativas en las relaciones sociales contribuyen al sentimiento de soledad. Otras dimensiones para caracterizar la soledad son el tiempo (la soledad como rasgo o como estado), el ámbito relacional (pareja, amigos), y el valor de la experiencia (positiva o negativa).

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

Historia.- Como sentimiento, la soledad adquiere significado y se define dentro de un contexto social.

En la Edad Media emergen espacios privados, reservados para cada individuo al que tienen derecho, aunque también hay espacios donde se los margina. Sin embargo, en la Edad Media se consideraba que el hombre que andaba solo estaba en peligro, debiendo siempre estar integrado a un grupo o comunidad. No había espacios para la intimidad individual, y quien buscaba encerrarse era objeto de sospechas.

Existían también órdenes religiosas que veían como una virtud la soledad y el aislamiento. Lo que empobrece es la soledad en el ámbito urbano, que no alimentaba el espíritu: había que recluirse en un convento o en el campo.

En los siglos 16 y 17 evolucionan las relaciones interpersonales, y se lleva a firmar más la individualidad con preservación de la vida privada. La familia se convertirá en el ámbito de la privacidad por excelencia. Se comienza a hablar en el siglo 18 de la amistad, como una relación entre personas de nivel similar que permite la satisfacción mutua. Surgen otros modelos de relaciones como las hermandades y logias, lugares neutros donde no interviene el Estado. En el siglo 19 se amplía más el horizonte social, y hubo autores que idealizaron la 'comunidad'.

Hoy en día, según Gergen, la multiplicación de estímulos sociales, la pluralidad de modelos y la saturación de modernas tecnologías producen muchos estímulos que quiebran el sentido de coherencia en la vida cotidiana. El hombre escucha muchas voces, y la soledad deviene así de la fragmentación del sentido de sí mismo. Para compensar el aislamiento se formaron redes sociales de apoyo, porque vieron que atenuaban el estrés de las personas y favorecía la salud mental. En la clínica, la soledad se ve en trastornos de ansiedad, depresión, etc., derivados de pérdida de vínculos significativos de sostén, carencia de intimidad perdurable, etc.

Es paradójico encontrar tantos solitarios en la era de las comunicaciones. Pero esta globalización aumenta el individualismo y el aislamiento, así como la discriminación y la intolerancia por la diversidad de puntos de vista. Debemos recapturar el valor del grupo humano, el sentido de la pertenencia grupal y la solidaridad social.

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

Soledad e intimidad.- La intimidad, a diferencia de la soledad, no es un sentimiento. Es la cualidad de una relación con cierta simetría y mutualidad, relación que brinda un espacio de confianza. La intimidad se diferencia del apego en que en el apego hay una asimetría: alguien brinda seguridad y apoyo, y el otro la recibe. Sin embargo, en la intimidad hay algo de apego porque se supone que alguien da seguridad al otro.

En la intimidad ambos seres buscan y expresan la validación de sus atributos, y comparten una visión del mundo. Es un requisito para la empatía adulta. La capacidad de sostener relaciones íntimas es una habilidad social.

En la intimidad, la apertura emocional favorece el atractivo mutuo, pero también aumenta el riesgo porque uno se expone frente al otro, queda desnudo, a merced del otro. Sin embargo, la intimidad aumenta la seguridad y la autoaceptación, mientras que disminuye el miedo y la vulnerabilidad. Quienes tienen dificultades para una relación íntima, temen el sufrimiento implicado en ella.

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

Duración de la soledad.- Hay una soledad crónica, permanente, y una soledad situacional, que es ocasional, o sea, como episodio agudo, breve y doloroso. Mientras esta última está relacionada con un estado transitorio (mudanzas, etc.), la soledad crónica tiene relación con rasgos duraderos de personalidad en aquellos sujetos que permanecen solos por largos periodos. A quien creció sin vínculos afectivos importantes en la infancia, le cuesta entablar y sostener relaciones íntimas, pues no posee imágenes internalizadas para evocar. La duración de la soledad depende además del nivel de educación, el status marital, la historia del divorcio parental, los grados de intimidad, etc.

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

La soledad en la literatura.- Ya en la Biblia se dice que no es bueno que el hombre esté solo. Otros, como Lope de Vega, revelan la necesidad de intimidad con uno mismo, más que la búsqueda de otros. En otros lugares se asocia la soledad con la muerte (los muertos están solos), y los existencialistas hablaron de la soledad existencial, al hablar del hombre sin religión o significado para su vida.

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

Concepciones.- En 1930, Zilborg hablaba ya de experiencias tempranas de abandono. Para Sullivan, asimismo, la soledad es un sentimiento que impulsa a buscar el contacto y romper el aislamiento, y los seres humanos enferman cuando fracasan en la forma de manejar su soledad.

Más adelante, otros autores aportaron nuevas ideas. Para Peplau la soledad estriba en la discrepancia entre lo que uno desea y lo que realmente obtiene en la intimidad con el otro.

El self se construye con los otros significativos. En este contexto, la persona siente la ausencia interna de personas significativas para quienes él era importante, alguien sin quien no se merece vivir.

Fernández Álvarez describe tres formas de ubicarse frente a la dolorosa experiencia de soledad: el paraíso perdido (extrañan algo que perdieron), el naufragio (se sienten arrojados a la soledad), y la desnudez del alma (se sienten vacíos).

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

La soledad y la teoría del apego.- Bowlby desarrolló la teoría del apego, según la cual el niño busca una figura protectora en sus padres, alguien que se siente seguro y pueda protegerlo. Esto hace que el niño desarrolle luego confianza en sí mismo y fortalezca sus relaciones interpersonales.

Mary Ainsworth describió tres estilos de apego que luego se convierten en modelos: a) el apego seguro, que se da en niños cuyos cuidadores responden a las necesidades del niño, disfrutando ambos de una relación placentera. b) El apego ansioso / ambivalente, donde el cuidador da una respuesta de cuidado inestable, imprevisible. El niño queda crónicamente solo. Y c) apego ansioso elusivo o evitativo, donde el cuidador es básicamente inexpresivo y rechazante. El niño se vuelve desapegado, socialmente aislado, irritable, distante.

Las personas con apego ansioso / ambivalente siguen buscando como esperanzas compañeros de apego. Esto define el modelo de afrontamiento frente a la soledad. Asimismo, el modelo de apego evitativo / ansioso lleva a un patrón de autosuficiencia consigo mismo que implica gran soledad ("no necesito de nadie, me la puedo arreglar solo"). Esto resulta del miedo al dolor en las relaciones con los demás.

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

Relación de la soledad con el aislamiento emocional y con el aislamiento social.- Robert Weiss identifica seis tipos de relaciones, cada una de las cuales satisface ciertas necesidades ofreciendo, para esto, ciertas provisiones sociales:

1) Apego en las relaciones: la persona recibe una sensación de seguridad. Habitualmente del cónyuge o pareja. Su ausencia predice la soledad por aislamiento emocional.

2) Integración social: provista por la red de relaciones, los amigos. Aquí las personas comparten intereses, la pertenencia y desarrollan la identidad. Una falla a este nivel produce la soledad por aislamiento social, y se produce en mudanzas, migraciones, cambios sociales, desclasamiento, etc.

3) Posibilidad de ser cuidado, nutrido. El rol se asigna generalmente a los hijos adultos.

4) Reaseguramiento del valor: Se reconocen las habilidades de la persona, mayormente por parte de compañeros de trabajo. Su ausencia es el mejor predictor de la soledad por aislamiento social. Existe relación entre aislamiento y autoestima.

5) Alianza confiable: La persona puede confiar con ser asistida en cualquier circunstancia, función provista mayormente por familiares cercanos.

6) Guía: por parte de personas en cuya autoridad se confía como proveedores de consejos o asistencia, como maestros, mentores, padres, etc.

Otros aspectos para caracterizar la soledad.- La soledad puede ser resultado de una fusión excesiva (intrusión parental) o de una presencia insuficiente (descuido, separación o pérdida) de los padres, ambas desfavorables para la consolidación de vínculos emocionales firmes con los demás.

Los vínculos de apego y de integración social pueden coexistir, aunque no necesariamente. La persona aislada socialmente, con pocos vínculos desarrollados, siente enojo, aburrimiento, irritabilidad, etc. La soledad surge a partir de una sed de contactos sociales no satisfecha.

Una persona puede estar aislada socialmente y también emocionalmente, aunque ambas situaciones tengan, como se vio, orígenes diferentes.

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

Construcción de la soledad.- Hay una coincidencia en afirmar dos causas principales de soledad: a) causas internas o personales, dificultad para estar solo, habilidades sociales deficientes o patrones cognitivos disfuncionales; y b) causas externas o situacionales, carencia de recursos sociales, económicos, demográficos. Ambas causas interactúan.

La dificultad para estar solo o para relacionarse con otros, forman parte ambas cosas del aspecto central de la soledad. La falta de capacidad para estar solo toma dos formas: la evitación de la soledad (buscan contactos sociales para romper el aislamiento) y el refugio en la soledad (buscan estar solos para protegerse de rechazos sociales reales o imaginarios).

Hay siete habilidades sociales, cuya falla precipita el sentimiento de soledad: 1) iniciación del contacto social, 2) apertura de la persona, 3) habilidad para concertar encuentros, 4) capacidad para proveer consejo y guía, 5) asertividad general, 6) asertividad acerca de situaciones y sentimientos negativos, y 7) resolución de conflictos.

Dos habilidades sociales permiten predecir la soledad: dificultad para entablar relaciones sociales, e inhabilidad para profundizarlas. También son importantes los patrones cognitivos disfuncionales, como la baja autoestima, el pesimismo sobre la relación social, falta de autoconfianza, etc.

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

Soledad y redes sociales de apoyo.- En nuestro siglo aumentó mucho la soledad, entre otras cosas por los divorcios, el aumento de ancianos, y el individualismo propio de nuestra cultura. El aislamiento social es un fenómeno propio de la sociedad de masas contemporánea, y es un telón de fondo donde surgen los sentimientos de soledad.

Surge así el llamado apoyo social para situaciones estresantes, definido como la ayuda, guía e información que uno recibe de la red social, lo que incluye familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos. Las redes de apoyo proveen no sólo intimidad y cuidado (apoyo emocional) sino también apoyo instrumental (obtención de recursos para satisfacer necesidades). Veiel considera el apoyo social como una relación entre necesidades individuales y los recursos provistos por la red social. El fracaso al obtener apoyo social, genera sentimientos de soledad.

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

La experiencia de soledad y cuestiones de género.- Los varones se socializan con preferencia en grupos, y por ello suelen desarrollar vínculos de adhesión fuertes a un grupo social. Las niñas, en cambio, forman vínculos de apego diádicos más sólidos. También las mujeres son quienes hacen más referencias explícitas sobre la soledad, propia o ajena. Como son mejores cuidadoras, son más sensibles y están más pendientes de la relación que los hombres, quienes entablan relaciones menos íntimas (amigos del bar, del club, etc.).

La soledad suele verse como un estigma social: el solitario es un 'perdedor'. Esto a su vez aumenta la vulnerabilidad. Los hombres tienden a atribuir su soledad a factores externos a ellos. En las relaciones amorosas, a las mujeres les interesa ejercer un poder y un control más encubierto e indirecto.

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

La soledad en los distintos momentos de la vida.- Para Ellison, los primeros signos de soledad aparecen ya en los primeros tres meses de vida, y Rubin dice que los niños de tres años y aún menos ya pueden experimentar soledad por aislamiento social.

Para Sullivan, la soledad como carencia de intimidad sólo puede ser sentida hacia los 9-12 años. Asimismo, los niños de padres divorciados son los más proclives a sentir soledad, pero la experiencia de soledad se hace bien patente en la adolescencia, donde la autopercepción de soledad es máxima, lo que fue atribuido a una falta de sentido de la comunidad. Para Erikson, ellos tienen difusión de rol, no saben bien quienes son y buscan ser más que otras personas reconocidos y admirados.

En la juventud, la soledad aparece en experiencias de inserción en ámbitos institucionales desconocidos, como por ejemplo sentirse solo al ingresar en la universidad o en un empleo. En la mediana edad, un buen matrimonio provee la intimidad, el afecto, la identidad y el cuidado necesarios para el bienestar físico y psíquico. Es aquí donde se dan los menores porcentajes de soledad.

Contrariamente a lo que se cree, los viejos como grupo no padecen significativamente de soledad, salvo los mayores de 80 años. Algunos lo explican porque los viejos no necesitan tanto de contactos sociales, los que declinan con la edad. La otra razón es que los viejos tienden, a diferencia de los jóvenes, a privilegiar la calidad más que la cantidad de los vínculos interpersonales. La viudez acentúa la soledad al perderse un vínculo significativo íntimo.

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

Soledad y familia.- Para Winnicott, tanto la soledad como la capacidad para estar solo son experiencias que se originan en la familia. Tomar conciencia de la soledad puede producir angustia, pero también es un mecanismo adaptativo para defenderse del estrés causado por una carencia. Esto lleva a explorar nuevas relaciones, tanto dentro como fuera de la familia.

Large señala cinco patrones típicos de familias de sujetos crónicamente solos: duelo no resuelto en una familia (el muerto amado sigue estando), certidumbre patológica (no sentirse respetado o escuchado en la familia), sincronización (familias que valoran la productividad y eficiencia en vez del acercamiento emocional o la espontaneidad), la expansión familiar (como los jóvenes que dejan el hogar), y abdicación parental (un padre deja de asumir su rol prematuramente, lo que aumenta el riesgo de soledad de los hijos).

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

Afrontamiento de la soledad.- Por temor al estigma social, la gente puede negar su condición de soledad, pero el poder reconocer esta condición es el primer paso para poder afrontar la soledad. Salir de la situación de soledad requiere estrategias de afrontamiento, y un primer paso puede ser revelar el estado mismo de soledad.

Algunos autores mencionan cuatro estrategias para afrontar la soledad: autocompasión y pasividad (personas que caen en la inactividad, no hacen nada, miran TV, es la forma que tienen de afrontar la soledad); soledad activa (hacen algo en su soledad: leen, tienen un hobby, etc); gastan dinero como forma de pasar el tiempo; y buscan contacto social, llaman a amigos, etc.

Está la soledad como 'estado' y la soledad como 'rasgo'. En el primer paso, la terapia pasa por una terapia breve dirigida a reconstruir la red social. Para la soledad como rasgo se requiere, en cambio, una

intervención que mejoren las habilidades sociales e interpersonales del sujeto. Hay tres tipos de intervención: las que facilitan los contactos sociales, las que promueven mejores estrategias de afrontamiento de la soledad, y la prevención de la soledad, como por ejemplo en grupos de apoyo en situaciones de riesgo (hijos de padres divorciados, etc).

La soledad por aislamiento social requiere una estrategia comunitaria, mientras que la soledad por aislamiento emocional requiere explorar el pasado de la persona.

Edison plantea seis alternativas de afrontamiento: sensorial (alcohol, drogas, sexo), salida religiosa, buscar relaciones interpersonales, leer o estudiar, desarrollar contactos íntimos con amigos (la amistad se construye y requiere cierta dosis de esfuerzo, solidaridad y afecto, y reciprocidad para sostenerla), y refugio en conductas de pasividad.

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

La soledad y el sistema inmunitario.- La soledad impacta el sistema inmunitario. La gente sola tiene más incidencia de enfermedades cardíacas e infecciosas, y necesita más tiempo para recuperarse. Si un cónyuge muere, el otro se siente solo y puede morir por enfermarse debido a la disminución de defensas inmunitarias.

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

El proceso de atribución y las causas de la soledad.- Según la teoría de la atribución de Heider, la gente tiende a explicar las causas de sus propias acciones y de las ajenas, atribuyéndolas a diversas condiciones. Por ejemplo: "Juan está solo porque es egoísta". Esto se termina convirtiendo en una profecía autocumplidora, porque la gente no le prestará atención a Juan, quien a su vez se irá haciendo más resentido y egoísta.

Weiner clasifica las causas de acuerdo a tres dimensiones:

1) Según que la causa sea externa o interna. Por ejemplo "estoy solo porque soy poco simpático" es atribuir un fracaso, la soledad, a una causa interna. Atribuirlo a una causa externa sería decir "estoy solo porque me abandonaron".

2) Según que la causa sea permanente u ocasional. En el primer caso sería por ejemplo "siempre soy un fracaso con las mujeres".

3) Según el grado de control sobre la situación. La soledad está asociada con un escaso deseo de controlar y con la creencia de que uno no tiene el control, es decir, no puede controlar las causas de su soledad. Por ejemplo, atribuyo mi soledad a la actitud de los demás. Las personas que se sienten solas atribuyen su soledad a lo inexorable de la vida, el destino, pero también a su propia culpa (estoy solo por culpa mía), la mala suerte o un mensaje divino.

Otras dimensiones consideradas fueron la intencionalidad (estoy solo porque quiero estarlo), la globalidad (estoy solo siempre y donde quiera que vaya), y excusabilidad (estoy solo porque nadie vino a verme). Se llama indefensión aprendida cuando la persona considera que su soledad es inevitable porque está causada por factores internos de su personalidad, con lo cual entra en la desesperanza.

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

La medición de la soledad.- Un ejemplo de método cuantitativo es la escala de soledad de la UCLA, compuesta por 20 afirmaciones sobre sentimientos de soledad, y 10 sobre satisfacción en vínculos interpersonales. Otras mediciones buscan evaluar el síndrome interno de soledad, o sea los factores de personalidad que hacen que una persona experimente soledad. A diferencia de la escala UCLA, utilizan a veces escalas multidimensionales pues consideran diferentes dimensiones de la soledad, como soledad emocional (sentimiento de privación en las relaciones), soledad social (privación en la integración social y en los valores sociales), aislamiento emocional (deficiencia en la intimidad y apegos en la red social) y aislamiento social (deficiencia en la integración social en la red social actual).

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

Evaluación cualitativa de la soledad.- Se evalúa mediante entrevistas a diferentes personas de diferentes edades, nivel de escolaridad, etc, configurándose cuatro grupos: jóvenes con estudios primarios, con estudios secundarios, viejos con primaria y viejos con secundaria.

Se les preguntó sobre las diferencias entre estar solo y sentirse solos. El estar solo fue connotado negativamente por los jóvenes con secundaria (es malo estar solo para ellos). Las viejas con secundaria connotaron positivamente estar solas (puedo reflexionar estando sola, etc).

El sentirse solo tiene en cambio que ver con tener problemas en los vínculos interpersonales, no comprensión, etc. Todos los grupos entrevistados manifestaron sentirse solos alguna vez, y de ellos los jóvenes destacan problemas de pareja o el alejamiento de la familia, mientras que en las viejas esto está asociado con la viudez. En cuanto a las relaciones entre sentimientos de soledad y apego, la mayoría no se sintieron solas ni poco cuidadas cuando eran chicas, y muchos atribuyeron a factores internos las causas de su soledad.

En cuanto a las formas de afrontamiento de la soledad, unos adoptaron actitudes activas (buscan relacionarse con los demás), y otros pasivas (se dejan estar, no hacen nada, etc.) Los jóvenes presentaron más dificultad para afrontar la soledad.

Condensado de Muchnik E y Seidmann M (1995) Aislamiento y soledad.

La capacidad para estar a solas según Winnicott.- Es un logro madurativo del desarrollo emocional. Comienza a edad muy temprana, y se aprende a estar solo... en presencia de alguien como la madre. Luego, en el adulto esta experiencia será la relajación.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

SOLIPSISMO

Acepciones.- 1. En filosofía, teoría según la cual sólo existe el individuo, mientras que el mundo exterior es aparente, porque no es otra cosa que los propios pensamientos del sujeto. 2. En psicología, suele equipararse el solipsismo con el narcisismo primitivo (del bebé) para quien supuestamente el mundo exterior sirve exclusivamente para satisfacer sus propios deseos.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Generalidades.- Scheerer menciona dos teorías acerca de resolución de problemas: ensayo y error (Thorndicke y otros), y comprensión (Gestalt).

Los experimentos acerca del modo cómo resuelven problemas los animales y el hombre fueron una importante fuente de información acerca de cómo ellos piensan y aprenden.

Morgan plantea que la conducta debe siempre explicarse en función del mecanismo más simple posible (principio de parquedad psicológica). Aplicando este principio, y estudiando a los gatos, Thorndicke definió problema como una situación donde la meta buscada no se logra con una acción conocida, exigiendo una nueva acción o una nueva integración de acciones. Por ejemplo, un gato soluciona el problema de salir de la jaula al incorporar una nueva acción que es recompensada: tirar de una palanca. No es preciso dar una explicación más complicada, apelando por ejemplo a una supuesta comprensión intelectual del gato.

La psicología de la Gestalt, en cambio, concibe al problema como una estructura total que percibe el sujeto, y no como una sucesión de estímulos y respuestas. Es el caso del chimpancé que ve la banana, el palo y el cajón, y percibe inmediatamente el problema y su solución. Del mismo modo, un niño resuelve el problema de la superficie de un paralelogramo percibiendo la figura como un todo y comparándola con la de un rectángulo. No es un aprendizaje por ensayo y error, como creía Thorndicke.

Sin embargo, muchas veces pasa que el hombre no llega a la solución de un problema a pesar de tener capacidad de comprensión, porque queda fijado en una solución inadecuada: es el fenómeno de la fijación. Para evitar tal fijación, la Gestalt señala la necesidad de una reformulación o recentración del problema, para salir de la solución inadecuada: es lo que hacen quienes resuelven bien un problema.

La fijación y la recentración son fenómenos que tienen gran fuerza en la resolución de problemas. Por ejemplo, el problema de los fósforos, consistente en cómo armar cuatro triángulos con 6 fósforos. Este problema no se podrá solucionar en tanto el sujeto quede 'fijado' en las dos dimensiones. Para solucionarlo, deberá recentrar el problema en términos de tres dimensiones, porque sólo así pueden disponerse los 6 fósforos para formar una pirámide de cuadro lados triangulares.

Parece ser que la tendencia a quedar fijado en una solución mala depende del grado en que el sujeto está implicado psicológicamente en el problema, es decir, lo considera un problema propio. Por ejemplo, un chimpancé muy hambriento es probable que quede fijado en una solución inadecuada (como mirar fijamente el plátano sin hacer nada más).

Otro factor que influye sobre la fijación es la habituación (tener respuestas habituales o estereotipadas para los problemas dificulta encontrar su solución).

La comprensión es el elemento fundamental para la resolución inteligente de problemas, mientras que la fijación es su principal enemigo.

Al estudiar la solución de problemas, una dificultad es que no podemos ver los procesos mentales que están en juego, por lo que suele pedírsele a los sujetos que hagan o digan todo lo que estén pensando. No obstante, pueden no mencionar la totalidad de sus procesos mentales. Además, frente al mismo problema, no todos los sujetos utilizan los mismos procedimientos mentales.

Fuente: Scheerer Martin, Solución de problemas (artículo).

SOMATIPO

Definición.- Clasificación de la estructura corporal (físico) en el sistema de tres componentes de Sheldon (endomorfia, mesomorfia, ectomorfia).

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

SOMBRA

Según Jung.- Son los aspectos ignorados, rechazados e inadaptados del sujeto que pueden irrumpir en la conciencia sin aviso, traduciéndose entonces en estados de ánimo o conductas que el mismo sujeto no puede explicar ni adscribir a sí mismo. La sombra puede ser proyectada en otros, cuando asignamos cualidades a otras personas que rechazamos en nosotros mismos.

Ostrov León, Clases año 1978, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Según Jung.- Mientras las cualidades fuertes se intensifican en la conciencia, el lado más débil e inadaptado se retrotrae hacia el inconciente. Allí formará una constelación que, una vez cargada de libido o energía suficiente, sale a la superficie bajo la forma del complejo autónomo llamado sombra, que viene a representar el lado más débil u oscuro de la personalidad. En la condición neurótica la sombra aumenta considerablemente cubriendo gran parte de la personalidad (pág. 113-116).

La sombra, ubicada en el inconciente personal, puede ser controlada, pero cuando se desplaza a estratos más profundos, dicho complejo adquiere cualidades arquetípicas, adquiere más energía y ejerce más fácilmente su efecto. En este caso, la sombra ya no será expresada como una figura del mismo sexo del sujeto, sino del opuesto, es decir, la sombra se transforma en anima (en el hombre) o en animus (en la mujer). Si bien esta situación tiene efectos desagradables o negativos, Jung considera que forma parte del proceso creador de la individuación, por cuanto integra conciencia e inconciente (pág. 119-121).

Progoff Ira, "La psicología de Jung y su significación social", Buenos Aires, Paidós, 1967.

Según Jung.- "La sombra se representa en los sueños como otra persona del mismo sexo que el soñador. Personifica las cualidades inconcientes personales reprimidas del que sueña, su otra personalidad. En la medida en que el individuo no es conciente de su sombra, atribuye a los demás aquellas cualidades que rechaza y no puede aceptar en sí mismo" (página 107).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat. 2ª edición.

Sombra hablada.- Para Aulagnier, la violencia primaria es necesaria para el acceso del sujeto al orden de lo humano. Antes de nacer, al sujeto preexiste un discurso que le concierne: es una sombra hablada, un discurso que la madre proyecta sobre el cuerpo del infans. En un primer momento, el discurso materno se dirige a una sombra hablante proyectada sobre el cuerpo del infans, demandándole que confirme su identidad con la sombra.

La *sombra hablada* es el discurso de la madre proyectado sobre el cuerpo del infans, que se convierte en una sombra hablante de un *soliloquio a dos voces* sostenido por la madre. La sombra es lo que la madre querría que el niño fuera, es una idealización, lo que no impide que el niño pueda ser otra cosa: entre sombra y objeto está siempre la posibilidad de la diferencia. Por ejemplo la sombra idealiza una niña, pero el niño será un varón. Si la sombra coincide con el objeto el infans siente placer y alegría, y si no hay duda, sufrimiento, agresión.

Sin embargo, la sombra se mantiene un tiempo sin contradicción pues el niño aún no habla: no puede contraponer sus propios enunciados identificatorios a los de que la sombra le proyecta. No obstante, el niño puede expresar la contradicción con su cuerpo, por ejemplo con su sexo. La madre asigna así a las funciones corporales un valor de mensaje que informa sobre la verdad o falsedad del discurso que ella proyecta.

El discurso de la sombra permite a la madre ignorar el ingrediente sexual de su amor por el niño: por efecto de la represión, la madre cuida al niño por su bien, lo higieniza, alimenta, etc, pero no lo excita ni ella misma lo hace. No obstante, siempre hay un fracaso de esta represión, y la madre entablará un vínculo sexual.

La sombra hablada es así un conjunto de enunciados que expresan el 'anhelo materno' referente al niño, produciendo una imagen identificatoria que se anticipa a lo que enunciará la voz del cuerpo infantil, por ahora ausente.

La sombra está al servicio de la represión: preserva a la madre del retorno de un anhelo reprimido (tener un hijo de su padre, y aún de su madre). La sombra es lo que el Yo materno pudo reelaborar a partir del segundo anhelo reprimido (sobre el niño), logrando la perclusión del primero. El niño es un dique que protege a la madre del retorno de los reprimido por ella, pero al mismo tiempo es quien ocupa el lugar más cercano al deseo inconciente materno. Tal deseo retorna en el niño en forma invertida: que el niño pueda, a su vez, convertirse en padre o madre, y pueda desear tener un hijo.

Aulagnier P, La violencia de la interpretación, págs. 119-121.

SOMNILOQUIO

Definición.- "Habla durante el sueño".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 399.

SOMNOLENCIA

Definición.- Estado del organismo, intermedio entre el sueño y la vigilia, que se presenta generalmente fuera del horario habitual del sueño. El enfermo conserva parte de su conciencia, pues aunque su aspecto parece indicar que se halla durmiendo, el enfermo contesta si se lo interroga, y conserva las nociones de tiempo y espacio. Cuando la somnolencia no es transitoria, como la provocada por la simple falta de sueño, pasa a ser un fenómeno patológico, que puede obedecer a diversas causas.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

SOPOR

Definición.- "Estado de enturbiamiento de la conciencia, caracterizado por períodos de inconciencia, la mayor parte del tiempo, con otros de conciencia activa. La persona no da respuesta a los requerimientos verbales o estímulos dolorosos y precisa de estímulos enérgicos para despertarse. Aparece una disminución muy marcada del tono muscular y de los reflejos, con una respiración regular, profunda y retardada".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

SUBJETIVIDAD

Generalidades.- Categoría que pone el énfasis en el sujeto, es decir, 'desde' donde se conoce (no 'hacia' donde se conoce). Si el discurso objetivo apuntaba al conocimiento del objeto en forma neutral y verificable, el discurso subjetivo surge desde lo afectivo del investigador (por ello la subjetividad es importante en el contexto de descubrimiento, y la objetividad en el contexto de justificación). Mientras Popper destaca la importancia de la objetividad en la ciencia, Feyerabend destaca los aspectos subjetivos del científico, como creencias, ilusiones, deseos, etc. En la subjetividad no se explica: se pretende explicar, y su tesis filosófica subyacente es el subjetivismo, el idealismo, el empirismo de Berkeley, etc. Dentro de la psicología, encontramos por ejemplo a Scheler, Jaspers, Brentano y el introspeccionismo de Wundt.

Yáñez Cortés R (1985). Clases de Metodología de la Investigación psicológica. Buenos Aires. Universidad de Belgrano.

SUBLIMACIÓN

Definición.- Desviación de la energía de un impulso sexual u otro impulso biológico de su meta inmediata a una naturaleza o uso social, moral o estética más alta.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definición.- Como mecanismo de defensa, "es transformar inconcientemente impulsos inaceptables en otros más aceptables, por ejemplo, transformar la necesidad de dominar a otros en la organización de obras de caridad".

Gelder M, Mayou R y Geddes J (1999), Oxford Psiquiatría, Madrid: Marbán, 2da. Edición, pág. 91.

Definición.- La sublimación es el medio de transformar y elevar la energía sexual convirtiéndola en una fuerza positiva y creadora, pero también, a la inversa, es un medio de atemperar y atenuar su excesiva intensidad. Por tanto, desde Freud la sublimación puede entenderse o bien como la expresión positiva más elaborada y socializada de la pulsión, o bien como defensa que puede atemperar los excesos pulsionales (pág. 104).

Nasio J, Enseñanza de siete conceptos cruciales del psicoanálisis. Barcelona: Gedisa.

Definición.- "La sublimación es el proceso a través del cual la psique es forzada a reemplazar sus 'objetos privados o propios' de carga libidinal (comprendida su propia 'imagen') por objetos que son y valen en y por su institución social, y convertirlos en 'causas', 'medios' o 'soportes' de placer para sí mismo" (pág. 240).

Castoriadis C (1989), La institución imaginaria de la sociedad. Barcelona: Tusquets, Volumen 2.

Generalidades.- Una pulsión se sublima cuando es derivada hacia un nuevo fin, no sexual y socialmente valorado como el arte o la producción intelectual. En las demás defensas el impulso es mantenido a raya mediante una elevada contracarga: en la sublimación ello no ocurre porque se quita energía al impulso cargándolo en otro fin. Para Fenichel, la sublimación es la única defensa exitosa, pero tengamos presente que las otras defensas también pueden usarse normalmente. La sublimación implica una modificación del yo.

Celener G. y otros, "Los mecanismos de defensa y las técnicas proyectivas", Publicación interna de la Cátedra de Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico Módulo II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 1996.

Definición.- "En la formulación de Freud, en la que operaba con la teoría de los instintos, el concepto de sublimación fue presentado como las conductas que, socialmente aceptadas y útiles, canalizaban o descargaban, sin embargo, tendencias que eran culturalmente rechazadas en su forma original. Toda la actividad y la producción científica, intelectual, artística, cultural en general, incluidas las religiones, eran consecuencia de la sublimación" (página 147).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

Generalidades.- La sublimación es un "proceso invocado por Freud para explicar ciertas actividades humanas que aparentemente no guardan relación con la sexualidad, pero que hallarían su energía en la fuerza de la pulsión sexual. Freud describió como actividades de resorte principalmente la actividad artística y la investigación intelectual. Se dice que la pulsión se sublima, en la medida en que es derivada hacia un nuevo fin, no sexual, y apunta hacia objetos socialmente valorados" (Laplanche y Pontalis, 1981:415).

La sublimación puede ser considerada entonces, como una defensa exitosa contra las pulsiones. A diferencia de una defensa fallida, como el síntoma neurótico, la sublimación no implica sufrimiento sino placer, y además no es improductiva sino productiva: el yo tiene oportunidad de desarrollar sus habilidades y capacidades, y hallar en esa actividad una fuente importante de placer. Desde este punto de vista, actividades sublimatorias son el juego, el trabajo, el arte, el humor y las diversas otras manifestaciones de la cultura.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Laplanche J y Pontalis J (1981) Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Labor, 1981, 3º edición.

Sublimación y creación.- Una forma de aproximarnos a la relación entre ambos procesos es a partir de un razonamiento que Freud desarrolla en "Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad" (página 139). Allí afirma que hay un tiempo preedípico donde, al no haber ocurrido la represión (secundaria), las fantasías sexuales son aún concientes: el bebé no experimenta vergüenza ni reparo alguno en imaginarlas, y se complace en descargarlas a través de la masturbación.

Sin embargo, una vez instaurada la represión, estas fantasías pasan a ser inconcientes. Tras ello, operará luego el retorno de lo reprimido, es decir, las fantasías inconcientes buscarán una forma de exteriorizarse y descargarse, para lo cual habrá dos posibilidades: o bien la libido sexual retorna como síntoma neurótico, o bien es sublimada, es decir, canalizada hacia fines superiores y desexualizada.

En el primer caso, estamos frente a un desarrollo rutinario, repetitivo e improductivo porque tales son las características del síntoma. En cambio el segundo camino, el de la sublimación, es innovador, cambiante, diversificado, ya que se manifiesta el libre juego de la imaginación y aplicado además a diversos aspectos como el arte, la filosofía, etc. Además, resulta productivo porque redundante en un beneficio tanto para quien lo ejerce como para quien lo recibe. Por lo tanto, la sublimación es ante todo un acto creativo.

Tal vez la primera manifestación de la creatividad sublimada sea el juego infantil. Al respecto nos dice Freud: "¿No deberíamos buscar ya en el niño las primeras huellas del quehacer poético? La ocupación preferida y más intensa del niño es el juego. Acaso tendríamos derecho a decir: todo niño que juega se comporta como un poeta, pues se crea en mundo propio o, mejor dicho, inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden que le agrada" (Freud S, El creador literario y el fantaseo, página 127).

"El poeta hace lo mismo que el niño que juega: crea un mundo de fantasía al que toma muy en serio, vale decir, lo dota de grandes montos de afecto, al tiempo que lo separa tajantemente de la realidad efectiva" (Freud S, El creador literario y el fantaseo, página 128).

En la Conferencia 23, Freud describe la relación entre la realidad y la fantasía mostrando sus caminos de ida y vuelta. En la formación del síntoma neurótico asistimos a un pasaje de la realidad a la fantasía mediante un mecanismo de regresión e introversión de la libido, pero admite que el camino inverso es también posible, y como ejemplo de retorno de la fantasía a la realidad da como ejemplo el arte (Freud S, Conferencia 23: Modos de formación de síntomas, página 320).

Más concretamente: el artista busca el placer del reconocimiento, el honor y el amor de los demás. Como en la realidad no encuentra posibilidad de satisfacer estas tendencias, vuelve su interés sobre sus fantasías. A partir de aquí el individuo puede devenir un profano o un artista. La diferencia está en que el profano, esto es el neurótico, extrae de sus fantasías un placer limitadísimo debido al carácter implacable de sus represiones que lo obliga a contentarse con escasos sueños diurnos, que encima no son siempre concientes.

En cambio el artista sabe despojar a sus sueños diurnos del carácter personal que pudiera desagradar a los demás y los transforma en fuente de goce para todos. Sabe embellecerlos hasta encubrir su equivoco origen, y puede modelarlos conforme a la representación de su imaginación, enlazando así a su fantasía inconciente un placer suficiente como para suprimir las represiones. Es el camino de la sublimación. Cuando el artista logra hacer esto, procura a los demás nuevas fuentes de goce que para ellos habían sido inaccesibles, y, con ello, logra el reconocimiento, el honor y el amor que originalmente había buscado.

Pero creación se opone también a destrucción. El psicoanálisis nos revela en efecto que la sublimación es siempre una actividad constructiva, hacia donde se han canalizado por impulsos destructivos del hombre, y la construcción implica siempre un acto creativo. El cirujano, por ejemplo, ha sublimado esos impulsos hacia un fin constructivo: reparar un cuerpo enfermo. Por otro lado, Melanie Klein (Laplanche J y Pontalis J, 1981:417) ve en la sublimación una tendencia a reparar y a restaurar el objeto bueno, que había sido hecho pedazos por las pulsiones destructivas.

Tomando ahora en consideración el pensamiento de D. Winnicott, podemos también pensar a partir de él los vínculos entre creación y sublimación.

Por empezar, este autor inglés no utiliza frecuentemente el término 'sublimación' en sus escritos, pero sí emplea el concepto de 'juego', que ocupa un lugar central en su pensamiento. Si consideramos que el juego es la actividad sublimatoria por excelencia, podemos ver la relación entre sublimación y creatividad a partir de la conceptualización de Winnicott sobre la actividad lúdica.

Un rasgo fundamental del juego es para Winnicott el hecho de que en él, "y quizá solamente en él, el niño o el adulto están en libertad de ser creadores" (Winnicott D, 1994:79). El juego implica una capacidad de crear un espacio intermedio entre lo que está afuera y lo que está adentro que no se vale de juegos regulados, adquiridos como fantasías o rituales, sino que se sitúa en el origen mismo de la experiencia cultural. Los rituales son repetitivos, y por tanto no es actividad creadora. Asimismo, la fantasía por sí sola no es creadora sino en la medida en que puede exteriorizarse, o tomando conceptos de Winnicott, situarse en un espacio transicional intermedio entre lo subjetivo y lo objetivo.

Esto ofrece una base incluso para la psicoterapia, entendida esta como un proceso que ofrece "oportunidades para la experiencia informe y para los impulsos creadores, motores y sensoriales, que constituyen la materia del juego. Y sobre la base de este se construye toda la existencia experiencial del hombre. Ya no somos extravertidos o introvertidos. Experimentamos la vida en la zona de los fenómenos transicionales, en el estimulante entrelazamiento de la subjetividad y la observación objetiva (Winnicott D, 1994:91).

Estos conceptos de Winnicott vienen a introducir una nueva oposición: la creatividad se opone a la enfermedad. Así, dice este autor que "lo que hace que individuo sienta que la vida vale la pena de vivirse es, más que ninguna otra cosa, la apercepción creadora" (Winnicott D, 1994:93). Señala seguidamente que una relación enfermiza con la realidad exterior es la relación de acatamiento, la sensación de estar atrapado en la creatividad de algún otro, o de una máquina. En el otro extremo, sitúa una subjetivización acentuada de la realidad, como en el caso de las alucinaciones: éstas no 'crean' una realidad, sino que la inventan. El punto medio es, para Winnicott, la salud, donde no se capta mecánicamente la realidad exterior (esto se haría en el acatamiento conformista), ni se la inventa, sino donde se la crea productivamente, es decir, donde como él dice, se entrelazan en forma estimulante la subjetividad y la observación objetiva.

Podemos concluir, entonces, lo siguiente: a) la salud mental implica algún tipo de posibilidad de sublimar los impulsos, tanto sexuales como agresivos; b) la sublimación implica la posibilidad de crear; c) por lo tanto, el desarrollo de la creatividad está íntimamente ligado al mantenimiento y la restauración de la salud.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Freud S, El creador literario y el fantaseo. Obras Completas, Tomo 9, Buenos Aires, Amorrortu, 1993.

Freud S, Conferencia 23: Modos de formación de síntomas. Obras Completas, Tomo 16, Buenos Aires, Amorrortu, 1993.

Freud Sigmund, Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. Obras Completas, Tomo 9, Buenos Aires, Amorrortu, 1993.

Laplanche J y Pontalis J (1981) Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Labor, 1981, 3º edición.

Winnicott D (1994) Realidad y juego. Barcelona: Gedisa.

SUBLIMINAL

Generalidades.- El psicólogo Anthony Pratkanis, de la Universidad de California en Santa Cruz, ha realizado una serie de experiencias que vuelven a demostrar que las cintas de audio subliminales no dan el resultado que se espera de ellas. En estos experimentos, que duraron cinco semanas, 78 hombres y mujeres oyeron los casetes para mejorar la memoria o la autoestima. Los participantes no pudieron superar a la gente del grupo de control -que no habían oído las cintas- en ninguno de los 14 tests que Pratkanis diseñó a los efectos de medir alguna mejora en las aptitudes investigadas.

El crecimiento multimillonario de este negocio se explica, según Pratkanis, más por el interés de la gente que por la efectividad del producto. Si bien puede cuestionarse la capacidad de estos casetes para inducir cambios de conducta más o menos permanentes, tienen cierta utilidad en la medida en que, por lo menos para algunas personas, facilita el ingreso en un estado de relajación profunda, siempre beneficiosa para el trajín de la vida cotidiana y aún, empleada como técnica auxiliar, para los pacientes con trastornos de diverso nivel de gravedad.

Fuente: Revista Descubrir, Buenos Aires, Agosto de 1991.

SUEÑO

Generalidades.- El sueño es una desconexión fisiológica del SARA. La estimulación noradrenérgica induce al sueño, mientras que su inhibición produce el despertar. Entre las alteraciones cuantitativas del sueño cabe mencionar el insomnio y la hipersomnia, mientras que alteraciones cualitativas son la disomnia y la parasomnia.

El sueño presenta normalmente dos periodos cíclicos: el sueño lento o ligero (No-REM), y el sueño rápido o paradójal (REM).

1) *Periodo No-REM:* Sueño lento o ligero donde no se sueña. Está controlado por los núcleos de Baffe, que envían sus impulsos inhibiendo la descarga ascendente y descendente del sistema reticular. El neurotransmisor involucrado es la serotonina (los núcleos de Baffe son ricos en ella), que es distinta a la serotonina de origen plaquetario causante de las cefaleas. El periodo No-Rem abarca el 70-80% del total del tiempo de sueño, y es el primero que aparece. Cada periodo No-Rem dura de 60 a 90 minutos, y comprende cuatro fases.

Fase 1: Estado confusional de baja reactividad y pensamiento desorientado donde el sujeto se va quedando dormido. Al EEG predominan las ondas alfa de 3-7 ciclos por segundo. Las ondas se lentifican, durando esta fase entre un minuto y un minuto y medio.

Fase 2: Sueño verdadero, donde el sujeto está dormido. Al EEG se encuentran dos cosas. Primero las espigas del sueño, es decir husos que duran de medio minuto a dos minutos, donde cada huso tiene de 12 a 14 ciclos por segundo. Segundo, aparecen complejos 'K' o pequeñas ondas bifásicas con una deflexión negativa (hacia arriba) seguida de una positiva (hacia abajo). La fase dura entre 30 y 40 minutos.

Fase 3: Esta fase y la siguiente se llaman en conjunto fase Delta. Aún no hay actividad onírica y hasta cierto punto está conservado el tono muscular, pudiendo haber excitabilidad por falta de Ca, y aún sonambulismo. En las fases 3 y 4 hay ondas delta de alto voltaje (75 mV), y grandes y muy lentas (de medio a dos ciclos por segundo). Ambas fases en conjunto duran entre 30 y 60 minutos. En la fase 3 el 20% del registro son estas ondas lentas (delta).

Fase 4: Entre el 25% y el 40% del registro son ondas delta.

2) *Periodo REM:* Sueño rápido o paradójal que se instala súbitamente. Está controlado por el locus ceruleus, siendo el mediador químico la noradrenalina. Hay actividad onírica y el tono muscular desciende, pudiendo llegar a abolirse, ya que la noradrenalina inhibe los centros motores. Se mueven los globos oculares, en el hombre hay erección y, en general, predominan signos simpáticos: aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, con aumento de la presión arterial. El EEG es similar al cortical de la vigilia, con ondas rápidas y de bajo voltaje, en ritmo alfa (7-14 ciclos por segundo). En una noche hay tres o cuatro periodos REM y cada vez se hacen más largos: el primero dura cinco minutos y el último sesenta minutos. Todos se alternan con los periodos No-Rem. En suma, el periodo REM tiene cuatro características: motricidad ocular, hipotonía muscular, signos simpáticos y actividad onírica.

Castelluccio A, *Clases de Correlaciones de la Clínica Médica*, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Sueño y depresión.- "Entre los estudios epidemiológicos existentes que han examinado la relación entre la depresión y las alteraciones del sueño, hay pocos estudios a escala nacional conducidos en personas que representan la población general. Por lo tanto, el presente estudio fue conducido para aclarar la relación entre la depresión y las alteraciones del sueño, en particular la relación entre la depresión y la duración de sueño así como la suficiencia subjetiva del sueño, utilizando una amplia muestra representativa de la población en general. La encuesta fue conducida en junio del 2000, utilizando cuestionarios autoadministrados, a una población que fue seleccionada al azar entre 300 comunidades a lo largo de todo Japón. Entre los que respondieron, se analizaron los datos de 24,686 individuos con edad de 20 años o superior. Se utilizó la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos para evaluar la presencia de depresión. Se evaluó el estatus del sueño, incluyendo la duración del sueño, la suficiencia subjetiva de sueño, y la presencia o ausencia de síntomas de insomnio. Aquellos en los que la duración del sueño era inferior a 6 horas y, aquellos en los que la duración del sueño era 8 horas o superior; tendieron a estar más deprimidos que aquellos cuya duración de sueño era de 6-8 horas. Así que, la duración de sueño mostró asociación de U con los síntomas de la depresión. Cuando la suficiencia de sueño subjetiva disminuye, los síntomas de depresión aumentan, indicando una relación lineal inversamente proporcional. El hecho de que la duración de sueño y la suficiencia subjetiva de sueño mostraron relaciones diferentes con los síntomas de la depresión, indica que estos 2 parámetros de sueño tienen cada uno su propia importancia respecto a la depresión. Estas conclusiones pueden ser útiles en el tratamiento médico de enfermedades mentales".

Yoshitaka Kaneita; Takashi Ohida; Makoto Uchiyama... (et.al), Relación entre la depresión y las alteraciones del sueño: Un estudio nacional japonés entre la población general. J CLIN PSYCHIATRY. 2006;67(2):196-203.

Sueño y depresión.- Introducción: Los trastornos depresivos son una de las causas más comunes de insomnio y las alteraciones del sueño tienen implicaciones pronósticas y terapéuticas en este tipo de

pacientes. El insomnio residual tras la mejoría en los síntomas depresivos es un importante predictor de recaída, conllevando además, un deterioro en la calidad de vida de los pacientes que lo sufren.

Objetivos: Determinar la prevalencia de los trastornos del sueño en pacientes diagnosticados de algún trastorno depresivo. Evaluar las alteraciones del sueño en los trastornos depresivos.

Metodología: Muestra: La muestra está constituida por 124 pacientes ambulatorios (34 varones y 90 mujeres) tratados en una USM del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, diagnosticados de algún tipo de trastorno depresivo, con una edad media de 39.43 años. Métodos: se utilizaron como instrumentos para evaluar a los pacientes de la muestra: — Escala de Depresión de Beck (punto de corte 13-14). — Índice de calidad de sueño de Pittsburg (Macías-Royuela, 1996), utilizando como punto de corte 5-6. El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS versión 13.0 para Windows.

Resultados: En la muestra analizada, el 72 % de los pacientes presentaban alteraciones del sueño, siendo la prevalencia de los trastornos del sueño muy superior en mujeres respecto a los varones, con diferencias estadísticamente significativas en las escalas de Calidad Subjetiva de Sueño y Perturbaciones del Sueño. Los pacientes con edades más avanzadas presentan mayor número de alteraciones en las escalas que los grupos de edad más jóvenes. Se detectaron importantes alteraciones en Calidad Subjetiva de Sueño, Disfunción Diurna y Medicación para Dormir en todos los tipos de trastornos depresivos. La Depresión Mayor Recidivante es el trastorno depresivo que presenta más alteraciones en el patrón vigilia-sueño, con diferencias respecto al resto de los diagnósticos analizados.

Conclusiones: La elevada prevalencia de los trastornos del sueño en los pacientes diagnosticados de algún tipo de trastorno depresivo, y sus implicaciones en el pronóstico de la enfermedad hacen aconsejable el análisis de las alteraciones del sueño en este tipo de trastornos, en especial en los pacientes con Depresión Mayor Recidivante, y la determinación de los parámetros predictores de recaída. C. Armas Barbazán; M.C. García Mahía; M. Vidal Millares. Calidad de sueño en pacientes depresivos. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2009 SEP;(2)

Sueño lúcido.- Un Sueño Lúcido es un sueño en el cual el soñador se da cuenta de estar soñando. Éste tipo de sueño se puede dar de forma espontánea o bien ser inducido por determinadas prácticas y ejercicios. El término Sueño Lúcido fue usado por primera vez por el psiquiatra holandés Frederick van Eeden en un estudio realizado en 1913. A la persona que se autoinduce el sueño lúcido o lo tiene a menudo de forma espontánea se le conoce como onironauta.

Es probable que la mayoría de las personas hayan tenido uno o más sueños lúcidos en algún momento de su vida, aunque la mayoría de las veces hayan sido olvidados al igual que los sueños comunes. Hay personas que se ejercitan para tenerlos y llegar a controlarlos de diferentes maneras ya que durante el sueño lúcido, el soñador puede tener diferentes grados de control del sueño, pudiendo llegar, los soñadores más experimentados, a controlarlos casi a voluntad, dirigiendo el sueño y llevando a cabo sus deseos en los mismos. Es posible para un soñador experimentado cambiar el lugar donde se encuentra en el sueño, visitar sitios conocidos o imaginarios, volar y cualquier cosa que se le ocurra durante el sueño. Los sueños lúcidos son notables por perdurar en la memoria, siendo excepcionalmente mejor recordados que los sueños típicos y no lúcidos (aunque también es posible no recordarlos). Los onironautas describen regularmente sus sueños como excitantes, llenos de color y fantásticos, y a menudo comparan sus sueños con experiencias espirituales. Además, incluso, han informado de sueños lúcidos que han tenido lugar en una hiperrealidad, una realidad que es más real que el estado cotidiano de vigilia. En estos sueños todos los elementos del sueño están amplificadas. Al igual que los sueños normales, los sueños lúcidos se producen durante la etapa REM del sueño.

Recordar sueños.- Recordar los sueños es una habilidad muy importante para los soñadores lúcidos (y para cualquiera que esté interesado en conocer algo más de su mundo onírico) ya que si no se recuerdan los sueños, tampoco se podrán recordar los sueños lúcidos. Habitualmente, mejorar el recuerdo de los sueños es el primer paso para poder aprender a tener sueños lúcidos. Además permite familiarizarse con el propio contenido onírico, lo cual, será útil para identificar signos (ver más adelante test de realidad) que también nos pueden ayudar a alcanzar la lucidez.

Una práctica común que permite incrementar los sueños recordados es mantener un diario o cuaderno de sueños, que se debe mantener cerca de nuestra cama, de manera que tan pronto como nos despertemos, podamos plasmar en papel los sueños, impresiones o pensamientos que tengamos en ese momento. Es recomendable que cuando despertamos no nos movamos y mantengamos durante un rato los ojos cerrados, pues esto puede ayudar a recordar mejor el sueño que acabamos de tener.

Si esperamos a escribir en este diario en otro momento del día, podemos olvidar gran parte o el total de los sueños que hayamos tenido, pero también hay que tener en cuenta que, a veces, durante el día, algún suceso o acontecimiento pueden hacer que recordemos sueños que habíamos olvidado y en estos casos es recomendable, si es posible, tomar nota de todo lo que nos venga a la memoria, incluyendo que fue lo que nos hizo rememorar ese sueño.

Otra técnica para retener los sueños es mentalizarse antes de dormirse que a la mañana siguiente se va a recordar el sueño. Por ejemplo, podemos visualizarnos por la mañana en la cama, recordando detalles del sueño y apuntándolos.

Test de realidad.- Con el test de realidad se pretende obtener un método para distinguir si se está soñando o no. Este es un proceso muy importante, pues puede ser la clave para tener sueños lúcidos. El método consiste en realizar algún tipo de acción que sea difícil de llevar a cabo en un sueño, o también, intentar hacer algo que en el estado de vigilia no sea posible. Algunos ejemplos del primer tipo podrían ser leer algún texto, apartar la vista de ese texto y volverlo a mirar para ver si se ha producido algún cambio o, de igual manera, mirar la hora en un reloj. En el estado de vigilia el texto no cambia y la hora puede cambiar apenas un minuto, en cambio, en un sueño, a menudo, se producirían cambios significativos o extraños. Un ejemplo del segundo tipo de test, sería intentar elevarse del suelo y volar, acción que sólo se podría producir en un sueño. Dado que en nuestros sueños aceptamos como lógica o normal cualquier cosa por extraña o imposible que parezca y que en el estado de vigilia no podría ocurrir, es necesario llevar ese análisis racional a nuestros sueños para poder alcanzar la lucidez, por tanto, otra operativa que complementa al tipo test expuesto anteriormente sería tratar de identificar cierto tipo de signos en nuestros sueños que nos pueden servir como pistas para saber si estamos soñando o no.

Cada vez que realizamos un test de realidad debemos comprobar nuestro entorno y a nosotros mismos de forma lógica analizando si hay algo extraño o algún signo que nos pueda ayudar a identificar si estamos soñando o no. Este test se debe realizar de forma habitual y continuada en el estado de vigilia durante el tiempo que sea necesario (que puede variar desde unos días a varios meses) para convertir este proceso en un hábito que finalmente se lleve a cabo también dentro de nuestros sueños, y de esa manera poder alcanzar la lucidez. Es conveniente elegir algunos tipos de test (siempre más de uno) y llevarlos a cabo regularmente comprobando lo que nos rodea y pensando que el resultado sería diferente si estuviéramos soñando. Además también es muy importante hacer un test de realidad cada vez que nos despertemos pues nos podría ayudar a alcanzar la lucidez si se produjera un falso despertar. Este proceso puede dar resultados rápidamente en algunas personas y en otras no, pero lo importante es mantener la constancia en el proceso hasta que se convierta en un hábito que se traslade a nuestros sueños. También puede ser de ayuda el que si no se consigue realizar este test durante el sueño, hacerlo unas pocas veces antes de ir a dormir mientras se está despierto.

Cómo elegir que tipo de test debemos realizar dependerá de nuestra actividad diaria, de que se adapte a nuestra personalidad, de la rapidez con la que se pueda hacer y de que sea discreto, si no quiere ser descubierto (cuando se encuentra en lugares públicos, en el trabajo, etc.). Si mantenemos la constancia adecuada y la concentración necesaria al realizar este test, obtendremos el resultado que buscamos.

Fuente: <http://es.wikipedia.org/wiki/>

Sueño y aprendizaje.- Un equipo de científicos de la Universidad de Pennsylvania, Estados Unidos, descubrió que la mejor manera de almacenar información en el cerebro es dormir un par de horas después de aprender algo nuevo. Experimentando con ratones notaron que aquellos a los que se les permitía dormir inmediatamente después de haber sido entrenados en una tarea específica, recordaban mucho mejor "la lección" que los que permanecían despiertos durante varias horas. Los científicos también llegaron a la conclusión de que las primeras cinco horas que siguen al momento de aprendizaje son un período crucial, ya que en ese lapso la nueva información es almacenada en la memoria. Sin embargo, los ratones privados del sueño cinco o diez horas más tarde del momento de aprendizaje no sufrieron alteración alguna.

Los resultados del equipo de Pennsylvania sugieren que el sueño afecta la memoria ayudando a regular la actividad en la parte del cerebro llamada hipocampo. Por otra parte, el dormir resultó ser crucial en otras funciones físicas y mentales. "El sueño desempeña un papel importante en una serie de funciones físicas y psicológicas, como por ejemplo en la conservación de energía o en la estimulación del sistema inmunológico", señaló el doctor Abel, uno de los investigadores.

Sueño y aprendizaje. BBC <http://news.bbc.co.uk>

Sueño en niños.- "En muchas ocasiones se han vinculado los problemas sexuales o el mal sueño de los niños con el hecho de que compartan la cama con los padres por las noches. Sin embargo, ahora a través de un estudio se comprobó que dicha costumbre no afecta a los más pequeños. El estudio fue realizado a lo largo de 18 años con 205 familias, por Paul Okami, de la Universidad de California, en Los Angeles".

Niños que comparten la cama con los padres. Diario La U, Buenos Aires, 21 de agosto de 2002.

Sueño en esquizofrenia.- Muchos estudios clínicos, de laboratorio y de no laboratorio han examinado el contenido del sueño reportado por pacientes esquizofrénicos, pero los resultados han sido variables e inconsistentes. Investigamos el contenido del sueño en 14 pacientes con esquizofrenia (edad promedio 25.5 ± 3.2 años) bajo medicación antipsicótica atípica y 15 controles sanos (edad promedio 22.3 ± 4.2 años), utilizando cuestionarios basado en medidas de laboratorio de los despertares del sueño REM. También se exploró la relación entre la densidad del movimiento ocular durante el sueño REM y el contenido del sueño.

Los datos del cuestionario revelaron que cuando se compararon con los controles, los pacientes con esquizofrenia reportaron haber experimentado un mayor número de pesadillas pero no se encontró diferencias significativas en otras medidas, entre ellas la memoria del sueño general, presencia de sueños

recurrentes y frecuencia de emociones específicas. 39 informes de sueño fueron recolectados de cada grupo después de los despertares del sueño REM.

Las narrativas del sueño de laboratorio por parte de los pacientes fueron más cortas y después de controlar la longitud del informe, desaparecieron la mayoría de las diferencias significativas en el contenido del sueño entre los dos grupos, con la excepción de una proporción mayor de caracteres desconocidos en el grupo participantes. Los pacientes con esquizofrenia clasificaron espontáneamente sus informes de sueño como menos extraños que los controles, a pesar de una densidad similar de elementos extraños evaluados por jueces externos.

Finalmente, ambos grupos tenían una densidad comparable de movimientos oculares rápidos durante el sueño REM pero se encontró una correlación positiva significativa entre la densidad de movimiento ocular y las variables del sueño contenido únicamente en los controles. En general, los resultados sugieren que las características del sueño contenido en la esquizofrenia pueden reflejar procesos neurocognitivos, incluyendo el procesamiento emocional, específico de este trastorno.

Félix-Antoine Lusignan; Antonio Zadra; Marie-Josée Dubuc...(et.al) Contenido del sueño en personas tratadas crónicamente con esquizofrenia. SCHIZOPHR RES. 2009 JUL; 112(3):164-173.

SUEÑOS

Temas y argumentos de los sueños.- Varios investigadores americanos, entre ellos Calvin Hall, Fred Snyder y Milton Kramer, han recopilado miles de informes sobre los argumentos de los sueños de las personas. Del análisis de este 'censo', apareció una serie de pautas comunes. Por ejemplo, el tema más habitual de los sueños de los adultos (44%) es la familia, y el 29% incluye parientes amenazados, heridos, agonizantes o muertos. En el 8% de los casos, la persona sueña que está siendo perseguida o atacada. El 33% de los argumentos transcurre en el hogar de la persona que sueña. El 15% en algún medio de transporte, el 10% en la calle y otro 10% en la playa o en lugares relacionados con la diversión. Por otra parte, la aparición de la desgracia es mucho más frecuente que el éxito (46 versus 17 % de las veces). Otros sentimientos que se destacan por su repetición (ordenados de acuerdo con la frecuencia de su aparición) son la angustia, la ira y la sorpresa, la amistad, la tristeza y la vergüenza.

Los niños de 3 o 4 años apenas sueñan con sus padres. Y si lo hacen con personas, suelen referirse a sus hermanos. El tema fundamental entre los chicos parece ser los animales, que aparecen entre el 33 y el 45% de los sueños. En cuanto a los sexos, también parece haber diferencias. Así, entre las mujeres se registran con mayor frecuencia argumentos con contenidos familiares, contactos amistosos y sentimientos. Por la parte masculina predominan los sueños con agresiones, desgracias y ambición.

Fuente: Estadísticas sobre temas y argumentos de los sueños. Diario Clarín, Buenos Aires, 26 de julio de 1994.

Sueño, inteligencia y salud.- Un equipo de investigación anglosajón sostiene que dormir poco reduce drásticamente la inteligencia y ayuda a enfermarse. Jim Horne, de la Universidad de Loughborough, sostiene que cada hora de sueño perdido reduce en un punto o dos el coeficiente intelectual. En una semana de mal dormir, una persona normal con CI = 100 acaba teniendo el rendimiento de un deficiente mental (CI = 80 aproximadamente). El problema tiene su origen en una cultura que exige cada vez un rendimiento mayor que obliga a perder horas de sueño.

Fuente: Diario Clarín, Buenos Aires, 30 mayo 1999.

Concepción de Medard Boss.- Boss se ha dedicado a los sueños más que cualquier otro existencialista y los considera parte importante de la terapia, pero en vez de interpretarlos como hacen los freudianos y junguianos, permite que revelen sus propios significados. Todo no está escondido tras los símbolos, escondiéndose del censor permanentemente presente. Más bien, los sueños nos muestran cómo estamos iluminado nuestra vida: si nos sentimos atrapados, nuestros pies estarán estancados en un bloque de cemento; si nos sentimos libres, podremos volar; si nos sentimos culpables, soñaremos con pecados y culpas; si estamos ansiosos, soñaremos con objetos persecutorios.

Como ejemplo, Boss nos habla de un hombre que tenía dificultades sexuales y se sentía bastante deprimido. Durante los primeros meses de su terapia, soñaba solo con maquinarias (algo no poco usual para un ingeniero, pero tampoco demasiado excitante). A medida que progresaba su terapia, sus sueños cambiaron. Empezó a soñar con plantas, luego con insectos (peligrosos, quizás, e incluso amenazantes, pero al menos eran cosas vivas). Posteriormente soñó con ranas y culebras, luego con ratones y conejos. Durante algún tiempo, aparecieron cerdos.

Después de dos años en terapia, al fin empezó a soñar con mujeres. Este hombre estaba triste porque se había confinado a un mundo solo hecho de maquinarias y le tomó bastante tiempo llegar a soñar con algo tan cálido como una mujer. El punto a tomar en cuenta es que aquí los cerdos no representan nada (ni deseos escondidos, ni arquetipos o inferioridades para la teoría del terapeuta. Pertenecen al ingeniero; eran lo que su iluminación evolutiva traía a su vida en esos momentos.

Puedes encontrar la teoría de Boss en Existential Foundations of Medicine and Psychology. Psychoanalysis and Daseinsanalysis contrasta con la terapia existencial y freudiana. Su trabajo sobre análisis de los sueños podemos encontrarlo en The Analysis of Dreams y I Dreamt Last Night.

Interpretación de los sueños según Adler.- La interpretación del sueño nos sirve para demostrarle al enfermo sus preparativos, comúnmente desenmascararlo como "arreglador" de sus sufrimientos y demostrarle que, mediante el sueño y sus escenas, intenta abordar sus problemas actuales de una cierta forma, en función de lograr su objetivo ficticio. El sueño muestra también una ilógica, de forma que sus argumentos carecen de toda fundamentación real.

Resumen de Adler Alfred (1967) Práctica y teoría de la psicología del individuo. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición. Capítulo 18.

La elaboración del sueño.- El autor parte de los pensamientos latentes y tratará de observar todo lo que ocurre con ellos, es decir, su transformación en el contenido manifiesto.

Los sueños más fáciles de comprender son los no deformados, llamados sueños de tipo infantil. Suelen ser sueños que satisfacen deseos o necesidades orgánicas, como el hambre, la sed, deseos excrementicios, etc. El sujeto se halla molesto por una necesidad orgánica y sueña que satisface esa necesidad. Tiene sed, por ejemplo, y sueña que está bebiendo. En este último ejemplo, la fuerza psíquica que impulsa a la formación del sueño es el deseo de beber. Por lo tanto en el sujeto que está dormido hay un pensamiento como el que sigue: 'tengo deseos de beber'. En el sueño mismo el sujeto se ve bebiendo; es decir, el deseo latente se ha convertido en una imagen óptica. Es ésta, tal vez, la transformación esencial en la elaboración del sueño: *el convertir en imagen los pensamientos latentes*.

El convertir deseos en imágenes ocurre lo mismo en sueños no deformados que en los que han sufrido alguna deformación. Se llama *deformación de un sueño* a las transformaciones que sufren los pensamientos latentes al aparecer en el contenido manifiesto. Estas transformaciones son la condensación, el desplazamiento, la simbolización y la elaboración secundaria.

Para afirmar o negar la existencia de la deformación de un sueño, no basta con observar el contenido manifiesto y deducir de él si el sueño es comprensible o no. Hay sueños que pueden ser perfectamente comprensibles y cuyo significado latente difiere por completo del que aparece en el contenido manifiesto.

La *condensación*, en la elaboración del sueño, hace que varios pensamientos del contenido latente aparezcan representados en un solo elemento del contenido manifiesto. De esto resulta, por ejemplo, que cuatro personas, A, B, C y D, del contenido latente aparezcan en el contenido manifiesto bajo la forma de una sola persona. Pero esta última tiene los rasgos de A, va vestida como B, tiene los gestos de C y vive en la casa de D. Con todo ello, la sola persona del sueño representa a las cuatro personas distintas del contenido latente. Tal carácter del sueño ha sido percibido por un caricaturista que lo ha expresado gráficamente.

En su elaboración, todos o casi todos los sueños sufren un proceso de condensación. La elaboración del sueño suele reunir múltiples pensamientos latentes; busca las analogías y los puntos de contacto entre estos pensamientos para formar, apoyándose en ellos, un sueño condensado.

Opuesto a la condensación es el *desdoblamiento*: una persona o un objeto de los pensamientos latentes corresponden a dos o más elementos en el contenido manifiesto; cada uno de los elementos del contenido manifiesto indica una cualidad diferente del elemento latente único.

Otra de las maneras más frecuentes de la deformación de los pensamientos latentes en la elaboración de los sueños es el *desplazamiento*. Debido al desplazamiento, los pensamientos latentes aparecen representados, en el contenido manifiesto, no tal como son, sino solamente de un modo parcial o bien únicamente a través de una alusión. (Gramaticalmente se conoce este tipo de representación bajo el nombre de sinécdoque o metonimia.) Otra forma de desplazamiento consiste, durante la elaboración del sueño, en acentuar, en el contenido manifiesto, algo que en los pensamientos latentes tiene un valor secundario, y en cambio, colocar lo principal en segundo término.

El desplazamiento ocurre también en la vida cotidiana, y por motivos análogos a los del sueño, de una persona fea se dice que es poco agraciada o que es simpática; de una vieja, que tiene cierta edad; de un débil mental, que es distraído, de alguien que roba que le gusta lo ajeno, etc.

La *simbolización* -que puede considerarse según Garma como una forma especial de desplazamiento- es otro de los procesos que intervienen en la elaboración de los sueños. Cuando en diferentes sueños se observa que determinado elemento concreto del contenido manifiesto está relacionado, con cierta constancia, con un elemento reprimido del contenido latente, se denomina al primero símbolo.

Es interesante notar que al preguntar al sujeto qué es lo que se le ocurre con respecto a los elementos simbólicos de su sueño, las asociaciones a menudo fallan y no se le ocurre nada. Por este Freud llamó a los símbolos *los elementos mudos del sueño*. Para su interpretación se emplea el significado encontrado en las antedichas manifestaciones psíquicas del tipo del folklore o la escritura.

En el sueño y en las manifestaciones psíquicas citadas, hay, entre el símbolo y su significado, una relación muy constante. No es que un símbolo no pueda tener más que un significado y que éste sea invariable en todas las razas y en todos los tiempos. No. Su presencia y significado a veces varían según el ambiente cultural, pero la variabilidad es pequeña.

Si el número de símbolos es muy grande, en cambio no lo es el número de ideas que tienen una traducción simbólica en los sueños. Posiblemente, dicho número no pase de ciento. Las ideas

simbolizadas se refieren sobre todo a la genitalidad, y después al nacimiento, a la muerte y al propio Yo y a los parientes más próximos.

Jones, Rank y Sachs son los psicoanalistas que mejor han estudiado el simbolismo. Con ellos, se puede afirmar que si predominan las significaciones simbólicas de orden genital, se debe a que ningún otro instinto está tan sometido a la presión de las convenciones sociales y con tanta frecuencia privado de la satisfacción directa. El instinto genital se compone además de múltiples y variados elementos 'perversos' que sufren una represión intensa y que, por lo tanto, son propicios a la representación simbólica.

En resumen, los caracteres del simbolismo en el sentido psicoanalítico son los siguientes: la relación con procesos inconscientes; significado prácticamente constante y muy frecuentemente genital; la independencia de factores individuales; conexiones lingüísticas y existencia de símbolos análogos en varias otras manifestaciones de la psique humana.

¿Existe algún otro proceso en la elaboración del sueño? Sí; el que se conoce con el nombre de *elaboración secundaria*, cuya función es perfeccionar el sueño desde el punto de vista de la conciencia. En términos corrientes, se puede decir que la elaboración secundaria da los últimos retoques al sueño, para hacerlo más preciso y más comprensible en su aspecto exterior.

La elaboración secundaria es análoga a una función que interviene en nuestras percepciones, cuando se convierten en representaciones. Supóngase, por ejemplo, que tenemos ante nuestros ojos la figura geométrica llamada cubo. En una percepción corriente de este cuerpo solamente se ven tres de sus caras. Sin embargo, por su disposición deducimos que deben existir tres caras más; nos figuramos estas tres caras ocultas que reunidas con las anteriores nos dan la representación de un cubo. Nos figuramos, pues, algo que no vemos, y ello mediante una elaboración secundaria que sintetiza nuestras percepciones con ayuda de recuerdos de percepciones anteriores. La elaboración secundaria interviene también en la visión del movimiento en el cinematógrafo, cuando, al observar imágenes sucesivas de un cuerpo en diferentes posiciones, suponemos que se ha desplazado de una posición a otra.

La elaboración secundaria es, a veces, causa de error en la percepción. Es lo que ocurre, por ejemplo, cuando dejamos de percibir un error de imprenta en la lectura de un libro. Ese error de imprenta alteraría el conjunto armónico de nuestra lectura, y por eso lo eliminamos sin darnos cuenta.

En el sueño, la elaboración secundaria procura formar un contenido manifiesto armónico y sin contradicciones.

La condición que los pensamientos latentes deben reunir para pasar al contenido manifiesto es no ser inmortales. No ser inmortales en relación con la moral propia del sujeto y no con una moral de tipo colectivo. Hay pensamientos inmortales desde el punto de vista colectivo y que un sujeto se tolera con perfecta tranquilidad, y otros pensamientos que, desde el punto de vista social, son inocentes y que en el sujeto despiertan intensos remordimientos. Teniendo en cuenta que la interpretación de los sueños se efectúa sobre todo, de hecho, en personas neuróticas y, por lo tanto, con una moral especial, hay que tener muy presente esta distinción entre los diferentes tipos de moral. Al interpretar los sueños se debe procurar descubrir cuál es la moral especial del soñante. Expresado en términos psicoanalíticos, procurar descubrir la forma propia del Superyó del sujeto, viendo cuáles son los pensamientos rechazados por la censura del sueño. Dicha censura del sueño es una manifestación del Superyó.

A pesar de su variabilidad, los pensamientos latentes tienen siempre una condición. *En todos los casos son pensamientos importantes*. En los pensamientos latentes el sueño rehúye trivialidades, al revés de lo que ocurre con el contenido onírico manifiesto, que prefiere lo indiferente. Para comprobar la afirmación de la importancia de los pensamientos latentes, basta con examinar los sueños anteriormente citados.

Los pensamientos latentes son producto de la actividad psíquica, que continúa a pesar de que el sujeto duerma. El hecho de que dicha actividad sea inconsciente, no niega su existencia. ¿Quién no conoce, por ejemplo, la posibilidad de solucionar, mientras se duerme, conflictos psíquicos? La visión clara de la conducta a seguir aparece al despertar a la mañana siguiente, siendo así que, en el momento de acostarse, todo se hallaba todavía en estado confuso. El consejo de 'consultar con la almohada' tiene, en gran parte, su explicación en la existencia de la actividad psíquica nocturna.

Otro es el problema que plantea el sueño de angustia, ya que la manifestación del deseo es posiblemente más fácil de observar que en otros sueños. Consiste en saber por qué el deseo -desagradable a Yo-, que constituye la base del sueño, no ha sido lo suficientemente deformado para que pudiese bajar al contenido onírico manifiesto, sin que el Yo reconozca lo que significa. Se supone que este comportamiento se debe a diversas causas. Una de ellas podría ser una intensidad demasiado grande del deseo, ya primitiva o también consecutiva a una exacerbación, bajo la influencia de un suceso diurno determinado.

Otra causa sería una disminución de la intensidad represora de la censura onírica. La disminución tiene que ser intensa, porque en un grado menor se presenta normalmente siempre que se duerme, posiblemente debido a que, lo mismo que otras fuerzas psíquicas del sujeto, las fuerzas represoras que originan la censura se entregan también al reposo durante la noche. Si el reposo es demasiado intenso, permite el paso, sin las deformaciones necesarias, a los deseos hasta entonces reprimidos, originándose la angustia del Yo.

Resumen de Garma Ángel, Psicoanálisis de los sueños. Buenos Aires: Nova. Tercera edición. Capítulo 8.

Sueño y trauma.- Según Freud el sueño es una satisfacción de deseos inconcientes. Según el autor, ni los sueños de angustia, ni los sueños masoquistas, ni tampoco los que representan un castigo del Superyó, se oponen teóricamente a esta concepción psicoanalítica.

Sin embargo, hay un tipo de sueños que parece ser una excepción. Son los sueños de las neurosis traumáticas. Cuando una persona ha sufrido un *shock* psíquico intenso -caso relativamente frecuente en épocas de guerra-, sus sueños son una reproducción monótona de las sensaciones desagradables experimentadas en el momento del trauma. En tal reproducción de la situación traumática en los sueños, no existe deseo alguno que se satisfaga alucinatoriamente.

Hay también otra excepción. Con gran frecuencia se observa en sueños la presencia de vivencias desagradables olvidadas, que ocurrieron en la infancia del sujeto y que tuvieron un influjo traumático en su evolución psíquica. Si con frecuencia los sueños reproducen dichas vivencias traumáticas infantiles, ello contradice también la teoría de la satisfacción del deseo. Sin embargo, no es del todo así, ya que muchas veces, en tales sueños, la situación traumática infantil aparece modificada en el sentido de la satisfacción del deseo.

No es partidario Freud de que la idea de que la excepción confirma la regla. Lo más que se puede admitir -dice- es que la excepción no invalida la regla. Teniendo en cuenta las excepciones anteriores, en las que falla la supuesta función del sueño, Freud ha introducido una pequeña modificación en la teoría psicoanalítica. En vez de decir que el sueño es una satisfacción de deseos, afirma que el sueño es una *tentativa de satisfacción de deseos*.

En la opinión del autor, la situación traumática interviene no solamente en los sueños de las neurosis traumáticas y en los sueños que reproducen ciertas situaciones traumáticas infantiles, sino también en todos los sueños. Creemos que la existencia de una situación traumática es un factor importantísimo en la génesis de los sueños, posiblemente el factor más importante de todos. Esta opinión supone un punto de vista nuevo en el estudio de la psicología de los sueños. El autor procura demostrar esta hipótesis.

Estudiando los sueños de una persona se observa la gran frecuencia con que su contenido es desagradable. La observación fue hecha ya en el año 1981 por Debacker, en sueños de niños, y fue repetida en adultos por S. Weed y F. Haller en el año 1985; según estos últimos autores el 58% de los sueños de adultos son desagradables.

En sí, la observación anterior no es una objeción insalvable a la citada teoría psicoanalítica, ya que sueños desagradables, al ser interpretados, pueden señalar la satisfacción de deseos. La existencia dentro de la personalidad de instintos molestos al Yo, la intervención del masoquismo y asimismo la existencia del Superyó, pueden explicar la aparente objeción.

Pero la explicación citada deja algún descontento, sin que se sepa por qué. Parece como si, aun conociendo todos estos últimos motivos, no se explicase por completo la frecuencia del carácter desagradable del sueño. Estudiando sueños ajenos y propios e interpretándolos, se tiene la impresión de que el sueño se siente atraído hacia lo desagradable o hacia lo penoso. Veamos los sueños de A... Dominan, con mucho, los sueños desagradables para el sujeto. El predominio de lo desagradable se hace aun más patente si, dejando de lado el contenido manifiesto, nos ocupamos de los pensamientos latentes. La base de casi todos los sueños de A... la forman pensamientos molestos para el sujeto, atenuándose la molestia en su transformación en contenido onírico manifiesto.

Otro fenómeno extraño en relación con la teoría de la satisfacción de deseos es la frecuencia con que la satisfacción instintiva del sueño es poco intensa. El sueño suele ser cobarde en la realización de la satisfacción.

En el origen de los sueños suele hallarse una situación desagradable para el sujeto, que el sueño intenta corregir. A esta situación se la puede designar con el nombre de situación desagradable, situación angustiosa, situación de conflicto psíquico, situación traumática, etc. Teniendo en cuenta una situación de Freud, al autor le parece que el término más adecuado es el de *situación traumática*. En efecto, Freud llama *vivencia traumática* a aquella que ocasiona, en poco tiempo, una intensidad tan grande de excitaciones psíquicas que el sujeto no puede librarse de ellas o elaborarlas de un modo normal corriente. Son éstas las características de la situación desagradable que constituye el origen de los sueños, es decir, la incapacidad del sujeto de librarse de excitaciones demasiado grandes o de elaborarlas de modo normal.

El admitir la existencia de una situación traumática en la base de los sueños es algo que concuerda completamente con otras investigaciones psicoanalíticas.

En el origen de los síntomas neuróticos se observa que existe siempre una fijación del paciente a una o varias situaciones traumáticas, y ya se conocen las analogías que existen entre el sueño y los síntomas neuróticos. Por otra parte, el admitir la existencia de una fijación a una situación traumática, en los sueños, no invalida la teoría de la satisfacción de deseos. Más bien completa esta teoría, señalando un punto que es necesario tener en cuenta para la interpretación. No solamente invalida la teoría de la satisfacción de deseos, sino que le da mayor fuerza, por el siguiente motivo. Comparando el contenido latente con el contenido manifiesto del sueño y con la excepción de los sueños de la neurosis traumática, se observa que la situación traumática, que forma la base del contenido latente, es transformada, en el contenido manifiesto, en una situación agradable o, por lo menos, en una situación menos desagradable

o indiferente. Es decir, que en la elaboración del sueño ha habido una clara evolución en el sentido de la satisfacción de un deseo.

La existencia de una situación traumática fundamental explica para el autor el por qué de la cobardía del sueño en sus tentativas de satisfacer deseos. El sueño es incapaz de atreverse mucho en el camino de la satisfacción, justamente porque el sujeto está psíquicamente fijado a la situación traumática. Sin esta fijación, la satisfacción de deseos en el sueño sería más intensa.

En la opinión del autor, la situación traumática es el factor principal del sueño y la causante de que los pensamientos sigan un camino regresivo, abandonando los términos abstractos del pensamiento ordinario y constituyendo alucinaciones concretas. En cuanto a las neurosis traumáticas, no hay dudas de que en ellas es éste el origen de los sueños. Lo mismo debe ocurrir en los otros sueños. El deseo que se satisface, no es la causa de la regresión alucinatoria, sino solamente una tentativa de disminución del desagrado psíquico, originado por la fijación de la situación traumática.

Resumen de Garma Ángel, Psicoanálisis de los sueños. Buenos Aires: Nova. Tercera edición. Capítulo 9.

SUFRIMIENTO

Generalidades.- Existen por lo menos dos maneras de relacionar entre sí síntoma y sufrimiento, utilizando para ello la conectiva lógica condicional (el famoso "si... entonces..."):

1) Síntoma > Sufrimiento.

2) Sufrimiento > Síntoma.

En el primer caso, lo que se afirma es que si hay síntoma, entonces hay sufrimiento. Esto es cierto, sea que consideremos al síntoma en su sentido psicoanalítico o en su sentido médico: quien tiene un síntoma tiene algún grado de sufrimiento, aunque éste se derive de la simple presencia molesta del síntoma. En el segundo caso, se afirma que todo sufrimiento implica un síntoma. Esto no es cierto: una persona puede sufrir por la pérdida de un ser querido y no constituir su padecer un síntoma, entendiendo por este último una forma de manifestación de una patología, orgánica o psíquica: una persona mentalmente sana puede sufrir por una pérdida. Este breve análisis resulta importante porque se suele relacionar, superficialmente, psicoterapia con síntoma, síntoma con sufrimiento y, por carácter transitivo, psicoterapia con sufrimiento. Sin embargo, no todo sufrimiento justifica una intervención psicoterapéutica.

Cazau P (1999) Vocabulario de psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Diferentes formas de padecer.- Pueden distinguirse dos tipos de sufrimiento, según que la persona encuentre o no encuentre sentido en él: el padecimiento justificado y el padecimiento gratuito.

1) Padecimiento justificado: Un sufrimiento donde las personas encuentran en él un modo de realización de su existencia personal o social, tales como los mártires o aquellos que aceptaron el sufrimiento como parte de una misión que lo justificaba. Esta justificación del padecer en aras de un ideal depende de valores culturales.

2) Padecimiento gratuito: En estos casos, el ser humano padece sin que haya ninguna justificación clara que otorgue sentido a esa experiencia de sufrimiento, que es entonces vivida como enajenada, como algo extraño que debería poder concluir pronto y poder corregirse este 'desvío' o 'error', y poder retomar un plan de vida. La psicoterapia es uno de las muchas formas en que la humanidad intentó corregir este error, este dolor sin justificación.

Más concretamente, la psicoterapia se ocupa de cuatro tipos de padecimiento:

1) La psicoterapia se ocupa del sufrimiento sin justificación, o gratuito. La persona que encuentra un sentido a su sufrimiento en función de un objetivo, no recurre a la psicoterapia para aliviarlo, y hasta la rechaza si alguien le sugiere psicoterapia. No es lo mismo el sufrimiento de una anoréxica al sufrimiento de quien hace una huelga de hambre.

2) La psicoterapia se ocupa de aquellas personas que, aún encontrando un sentido a su sufrimiento, no logran la convalidación de los demás. Por ejemplo, alguna persona próxima al padeciente puede reclamar ayuda psicoterapéutica para éste último.

En estos casos -un ejemplo puede ser un esquizofrénico- no se puede aplicar psicoterapia en sentido estricto, aunque sí otras formas de intervención clínica o recursos psicoterapéuticos varios.

Por lo demás, la persona que sufre porque ve sufrir a otro sí puede ser un potencial receptor de alguna forma de ayuda psicoterapéutica. Esta situación encuadra dentro de alguna de las variantes de sufrimiento gratuito que siguen a continuación.

3) La psicoterapia se ocupa de personas que, más allá de si sufren o no, son consideradas como individuos que pueden hacer sufrir a los demás, es decir, como alguien potencialmente peligroso para sus semejantes. La asistencia psicoterapéutica toma aquí la forma de una coacción extrema, y es por tanto el ejemplo de situación más alejada de lo que es el ejercicio de la psicoterapia. La psicoterapia no obstante, puede aquí resultar útil en tanto recurso subsidiario dentro de una intervención más amplia, y siempre que no implique una coacción o imposición, explícita o implícita.

4) La psicoterapia se ocupa de las personas que sufren gratuitamente, pero que buscarían en todo caso otras formas de alivio como la religión, la militancia política o la asistencia social. No debemos restar

importancia a estas formas alternativas, que son modos igualmente legítimos de ayuda que la humanidad ha generado desde siempre. La indicación psicoterapéutica se justifica cuando el sufrimiento es gratuito pero además, cuando la persona comprende que ella sola no puede resolverlo. Aunque un psicoterapeuta sugiera hacer un tratamiento, a veces este no prospera porque la persona no ha hecho una genuina elaboración de su dificultad para superar el sufrimiento. Cuando el individuo, en cambio, pide ayuda psicológica, deposita en el psicoterapeuta la tarea que él no puede realizar, o que no puede realizar solo.

El paciente que puede beneficiarse con la psicoterapia, concluye Fernández Álvarez, es aquel que juzga su sufrimiento innecesario, sea por su contenido, su intensidad o su persistencia, y que considera dicho padecer como una forma de enfrentar la vida que él no esperaba de sí.

Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 12.

Características del padecimiento que justifica una psicoterapia.- Las situaciones a las que se aplican las psicoterapias están constituidas por los siguientes elementos:

1) Existe una situación de malestar que puede ser indefinido ("todo en la vida me va mal"), o bien estar relacionada con alguna circunstancia particular (por ejemplo angustia ante un abandono de la novia, ideas obsesivas de suicidarse o matar, etc). Dicho malestar puede expresarse como alguna forma de sufrimiento, queja, etc., a través de múltiples canales, y en forma explícita o implícita.

2) Existe la convicción de que ese malestar no se circunscribe a un hecho físico (como el dolor por un golpe, o la fiebre que acompaña una infección), ni a un desorden social (desempleo, violencia urbana, etc). Se trata, en rigor, de evaluar el grado de compromiso de los factores físicos, sociales y psicológicos, ya que en toda situación participan en alguna medida todos esos niveles de realidad.

3) Existe la sensación de que es imposible evitar dicho malestar mediante acciones voluntarias y concientes.

4) Existe la creencia de que ciertos cambios internos modificarán ese estado de cosas, y que un experto será de ayuda para lograrlos. La persona debe tener la sensación de que para mejorar su situación, debe producirse algún cambio dentro de sí misma, lo que puede asumir distintas formas, tales como aumento de ciertas capacidades (asertividad, resistencia física, etc), nuevas formas de ver los hechos, cambios en la forma de sentir, desbloqueo de conductas, recuperación de una función perdida (sueño, apetito, sexualidad, etc.) o recuperación de un estado de cosas (recomposición de la pareja, estima de los demás, etc).

Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 12.

Esquemas de percepción del sufrimiento.- ¿Cómo nos percatamos de que estamos sufriendo? La pregunta tiene sentido porque vivimos en un conglomerado muy diversificado de experiencias, y resulta difícil hacer un balance: muchas personas, frente a la pregunta acerca de si son o no felices, contestan dubitativamente. El balance de 'felicidad' suele hacerse en momentos como el cumpleaños, el comienzo del año o el fin de año, momentos donde suele aumentar bastante el número de consultas psicológicas. La demanda de ayuda tiene que ver con una vivencia de disfuncionalidad en nuestra forma de organizar la realidad, y en el poder continuar nuestro guión personal.

Para detectar tales situaciones disfuncionales, las personas utilizan ciertas modalidades, llamadas 'motivos de consulta', los que pueden agruparse en tres categorías: síntomas, problemas y conflictos.

a) Síntoma: situación donde una persona considera que hay algún trastorno que afecta su conducta y marca su disposición a actuar. Por ejemplo, reacciones de ansiedad y depresión, trastornos psicósomáticos, insomnio, inhibiciones del pensamiento, disfunciones sexuales, alucinaciones, conductas adictivas y descontrol de la agresividad.

b) Problema: situación donde una persona considera que su trastorno afecta sus relaciones interpersonales, como por ejemplo no poder manejarse en una relación afectiva, incapacidad para elegir compañeros adecuados de tarea, y vivir en ciertas condiciones sociales. El sujeto no se centra tanto en una dificultad interior como en determinadas circunstancias externas que no pueden eludirse.

c) Conflicto: situación donde la persona concluye que algo inherente a su vida en general es el origen de su padecimiento. No es una determinada conducta, como en el síntoma, ni una forma determinada de interacción, como en el problema. Por ejemplo, inseguridad generalizada, confusión general en cuanto a objetivos en la vida, etc.

Estos tres motivos de consulta están obviamente relacionados. Por ejemplo, todo síntoma implica un problema y expresa un conflicto. El psicoanálisis se centra en el síntoma, mientras que la terapia sistémica en el problema.

Según cual sea la situación considerada, será también la estrategia terapéutica. Una persona puede ver en la dificultad para alcanzar el orgasmo un síntoma, otra puede verlo como problema porque afecta su relación con su pareja, y otra puede verlo como un conflicto porque le preocupa que ello le ocurra con todas sus relaciones afectivas. Unas veces los mismos pacientes traen su motivo de consulta, al que llegaron por autoobservación. Otras veces son allegados los que identifican el trastorno (familiares,

amigos, etc.). En casos de psicosis y otras perturbaciones graves, así como en los niños, el paciente no tiene ninguna conciencia del trastorno ni, por lo tanto, necesidad alguna de ser ayudado. En estos casos, la psicoterapia requerirá una participación activa y comprometida de quienes rodean al paciente. Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 12.

Sufrimiento psíquico y sentimientos negativos.- Un tópico clásico de la psicopatología alude a la dificultad de valorar el sufrimiento psicológico. El concepto "sentimientos negativos" (S.N.) originario de la psicopatología centroeuropea engloba componentes que los autores del presente artículo consideran útiles indicadores clínicos del sufrimiento psíquico. Dichos S.N. se refieren a afectos y emociones dolorosas que acompañan el día a día del sujeto que los padece. Desde la perspectiva nosológica, los S.N. pueden emplazarse con propiedad dentro de la esfera depresiva por la naturaleza distímica de los mismos, aunque también aparezcan en otros procesos (de naturaleza principalmente neurótica). Así, los S.N. de soledad suelen asociarse a otros de desamparo y tristeza. Al decir de M.A. Mondelli es la "sensación de que algo falta y provoca ansiedad por una ausencia".

El S.N. denominado vacío emocional o sensación de no tener nada dentro es un trastorno en la vivencia del yo donde el propio cuerpo o también los propios pensamientos, sentimientos, etc. se sienten como extraños (alienación-despersonalización con pérdida de la motivación y el interés por lo que ocurre. Otro S.N. habitual es la culpa que puede ser intrapunitiva (culparse uno de lo ocurrido) o extrapunitiva (culpar a los demás de lo ocurrido, incluso de nuestros propios males).

Los S.N. de autodestrucción aluden a una vivencia autolítica y tienen como consecuencia frecuente el aislamiento, incluso la conflictividad relacional

El S.N. de inescapabilidad emocional es sentirse atrapado/a en una situación generalmente relacional, sin visos de poder superar el problema. Finalmente la recreación de sentimientos negativos se refiere a pensamientos repetitivos de tinte afectivo negativo: tristeza, culpa, ansiedad, angustia y sentimientos análogos que generan insatisfacción. Paradójicamente el sujeto parece recrearse en ellos de forma masoquista, sufriendo y complaciéndose al mismo tiempo.

Se realizó un estudio que tenía un doble objetivo: observar la morbilidad de los sentimientos negativos dentro de la población general y cualificar la naturaleza de dichos sentimientos negativos dentro de una población diana de sujetos afectos de dicha nosología.

Material y método: El instrumento de evaluación fue el Inventario IRIDS 100 de Sirvent y Moral, 2008 y -dentro del mismo- la escala de sentimientos negativos de dicho inventario para medir el sufrimiento mediante las subescalas de soledad, vacío emocional, culpa, autodestrucción, inescapabilidad emocional y recreación de sentimientos negativos. A dicho propósito se estudiaron 78 sujetos diagnosticados de dependencia emocional comparándolos con 311 sujetos de grupo control (población general). Se determinó la significación estadística de las diferencias en los resultados realizando un análisis de varianza de clasificación simple (ANOVA-1) complementado con la prueba de rangos múltiples de Duncan, para hallar la significación entre 2 medidas. El análisis de los resultados extraídos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS.

Carlos Sirvent; M^a Villa Moral; Pilar Blanco; Cruz Rivas. Sufrimiento psíquico y sentimientos negativos. INTERPSIQUIS. -1; (2009).

SUJETO

Definición.- (Latino) *Subiectum*, significa "lo puesto debajo", "lo que se encuentra en la base". A este sentido etimológico responde la más de las veces el significado ontológico del vocablo "sujeto", conforme al cual el sujeto es la realidad que está en la base, que "sostiene", el "sustentador". (Alemán: *Träge*). Un caso particular del sujeto ontológico lo constituye el sujeto psicológico, el Yo en cuanto sujeto de sus actos.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- "Sujeto es, en cierta medida, sinónimo de aparato psíquico, porque es la suma de los efectos mutuos de las diferentes instancias que lo componen (ello-Yo-Superyó). El aparato psíquico sería su expresión objetivante, mientras que el sujeto quedaría asignado a la experiencia de la subjetividad" (Green A, 1996).

Green A (1996) La metapsicología revisada. Buenos Aires: Eudeba.

SULLIVAN, HARRY

Su pensamiento.- Su pensamiento fue importante en los EEUU, y para él la unidad de estudio no es el inconciente sino la situación interpersonal, y por ello fue un precursor de la psicología social. Define a la personalidad como un centro dinámico de procesos inter-personales, y podemos reconocer en la postura de Sullivan tres elementos fundamentales: los dinamismos, la personificación, y los procesos cognitivos.

1) *Dinamismos*: el psiquismo se compone de procesos, de transformaciones de energía que se hacen a través de unidades mínimas y que muy a menudo se concentran en determinadas zonas, como por ejemplo las zonas erógenas. Esta tesis de la fragmentación de la energía total es lo que para Sullivan fundamenta la dinámica de la persona. Si esas dinámicas funcionan bien, la persona se desarrolla normalmente, y ocurriría lo contrario si se presentan obstáculos.

La persona se entiende a partir de su relación con la sociedad y más concretamente sus relaciones interpersonales. Estas relaciones generan siempre ansiedad, y frente a estas ansiedades se elaboran defensas conformándose el llamado 'sistema del sí-mismo'. Si este sistema es coherente con la realidad, la persona funciona armónicamente, y si no lo es, la persona es neurótica.

2) *Personificación*: resulta de la necesidad de dar una imagen y que los demás nos perciban como una imagen definida. Son estereotipos compartidos por el mundo que nos rodea, a los cuales uno se ajusta o intenta siempre ajustarse.

3) *Procesos cognitivos*: de los cuales existen tres tipos: prototáxico, paratáxico y sintáxico. El prototáxico es el conocimiento de las relaciones causales, es el modo habitual del pensar. Se lo denominó corriente de la conciencia. El paratáxico es una modalidad de apoyarse en la magia y la superstición, y conecta acontecimientos en series no causales. El tipo sintáxico tiene una actividad simbólica verbal que determina mediante el lenguaje un orden lógico de experiencias.

Todas las transformaciones de energía se realizan, para Sullivan, a través de trabajos manuales y mentales, fundamento de la labor terapéutica. Esta implica un reconocimiento recíproco entre paciente y terapeuta, un detallado interrogatorio relacionado con lo situacional, y una iniciación que debe necesariamente ir acompañada de una emoción también recíproca, nacimiento del pacto terapéutico.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

SUPERDOTACIÓN

Definición.- La Organización Mundial de la Salud considera superdotada a aquella persona con un coeficiente intelectual por encima de los 130 puntos.

Fuente: <http://www.eltercertiempo.net/recortes/recort10.htm>

Definición.- El término 'superdotación' se refiere al potencial para los altos niveles de ejecución creativa en la adultez y se puede encontrar en el área intelectual, emocional, física, o sensibilidad estética, entre otras. Haciéndose eco de otras opiniones, Lorenzo García prefiere el término "talento" para evitar etiquetar a ciertas personas como muy diferentes, y a ciertos niños que pueden exacerbar su autocrítica y la exigencia de los demás.

Lorenzo García R, "Acerca de la problemática del talento", en Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Año 5, 2000, pág. 44.

Generalidades.- Se definen por poseer aptitudes que sobrepasan claramente la capacidad media de los niños de su edad y por tener un talento creador en uno o varios campos. Superdotados y precoces no son sinónimos. La problemática de estos niños se relaciona con el hecho de que la superioridad intelectual no entraña necesariamente el éxito, ni el éxito implica el desarrollo de la personalidad, ni la preparación para la asunción del fracaso y la frustración. Así por ejemplo, un pequeño problema puede ser un factor de desadaptación con regresión, pérdida de motivación e indiferencia escolar. El medio exterior desempeña un papel muy importante en la inadaptación (expectativas de la familia, profesores, pueden suponer importantes conflictos ante una contrariedad o fracaso). Los autores coinciden en que los posibles problemas son individuales, pero parece que las necesidades de adaptación aumentan a mayor CI (coeficiente intelectual). La falta de paralelismo entre madurez intelectual y madurez psicoafectiva puede suponer una desadaptación interna y social (tendencias a grupos de mayor edad, exigencias familiares...). Así paradójicamente pueden presentar fracaso escolar por falta de interés o motivación hacia las actividades escolares.

Fuente: <http://www.sanamens.com/abuscar/superdotados.htm>

Generalidades.- Según Pat Hollingsworth, especialista en educación para superdotados, hay patrones comunes que muestran si un niño es más avanzado que sus pares y debe recibir una mayor estimulación educativa: Suelen ser verborrágicos, analíticos y curiosos. "Son esa clase de niños que los demás califican como encantadores", dice Hollingsworth. Demuestran interés en aprender cosas nuevas. Tienen una memoria asombrosa para retener detalles sobre un tema específico desde muy chicos. Son muy curiosos. Según Linda Kreger Silverman, son chicos que preguntan mucho y quieren saber más. Tienen mucha imaginación. Suelen inventar amigos imaginarios. Cuando son más pequeños, duermen menos que los chicos de su edad.

Fuente: <http://www.unidosaqui.com/content/es005817A8.html>

Generalidades.- No hay acuerdo en definir al superdotado, pero entre los puntos de vista más actuales encontramos el de J. Renzulli (1982) quien sugiere que debería distinguirse entre el superdotado académico y el superdotado creativo / productivo. "Las personas superdotadas a nivel académico aprenden las lecciones con mucha facilidad y rapidez y por lo general obtienen buenas calificaciones en pruebas de inteligencia. No obstante, estos indicadores no pronostican necesariamente éxito en el futuro. Los estudiantes superdotados a nivel creativo tienden a sobresalir en situaciones que requieren utilizar información para solucionar problemas en formas nuevas y efectivas. Es más probable que estas características se asocien con el éxito en la edad adulta".

"En base a estas ideas, Renzulli y Reis (1991) definieron al superdotado como una combinación de tres características básicas: capacidad general superior al promedio, un alto nivel de creatividad, y un alto nivel de compromiso con las tareas o motivación para tener un buen desempeño en ciertas áreas".

Woolfolk A (1996) "Psicología educativa", México, Prentice-Hall Hispanoamericana SA, pág. 123.

Generalidades.- Los modelos empleados para la investigación de talentos se pueden clasificar en cuatro grupos: 1) orientados a rasgos o capacidades, por ejemplo poniendo énfasis en la inteligencia (Terman, Galton, Pearson, Binet, Gardner); 2) orientados hacia componentes cognitivos o mecanismos de funcionamiento intelectual (Sternberg y otros); 3) orientados al logro o rendimiento (Stern, últimos trabajos de Terman y propuestas actuales de Feldhusen, Renzulli, etc.); y 4) orientados a lo sociocultural o psicosocial, que consideran el impacto de la familia, escuela y comunidad (Tannenbaum y otros).

Lorenzo García R, "Acerca de la problemática del talento", en Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Año 5, 2000, pág. 49-52.

Generalidades.- Se puede hacer una caracterización del niño dotado tomando en cuenta tres características básicas: intelectuales, afectivas y perceptivas (Gerson y Carracedo, 1996:39):

Los aspectos intelectuales están definidos a partir de características como gran poder de abstracción, tendencia a examinar lo inusual y a establecer nexos de relación entre lo aparentemente no relacionado, marcado interés por la solución de problemas, tendencia a seleccionar solo lo relevante, elevado nivel de energía, independencia en el trabajo y en el estudio, pensamiento crítico, comportamiento dirigido a objetivos, inusual capacidad para procesar información, habilidad para generar ideas y soluciones, muy buena memoria, habilidad para la lecto-escritura temprana, elevado nivel de habilidad verbal y mayor comprensión de las sutilezas del lenguaje, marcado interés por la experimentación, habilidad para identificar y considerar soluciones múltiples a un problema dado (pensamiento divergente), flexibilidad, actitud cuestionadora y elevada capacidad para la re-creatividad (da una nueva forma a lo esencial).

Como características afectivas se destacan un agudo sentido del humor, despreocupación por las normas sociales, persistencia en mantener un punto de vista, inusual profundidad o intensidad emocionales, hipersensibilidad, perfeccionismo, elevada autoconciencia, agudo sentido de la justicia y la libertad, tendencia a la automarginación, poca tolerancia a la frustración e independencia en actitud y comportamiento social.

Por último, sus características perceptivas implican poseer intuición muy acentuada, agudo sentido de la percepción visual, gran agudeza auditiva, y percepción supra-fenomenica y atemporal (percibe más allá de lo visible y lo tangible).

Gerson K y Carracedo S, (1996), *Niños dotados en acción*, Buenos Aires, Tekné.

Superdotado.- Persona cuyo funcionamiento intelectual está significativamente por arriba del promedio, por lo general se define como en CI de 130 o 140 y más alto.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definiciones.- Existe una terminología variada para designar a los niños que sobresalen mentalmente en algún sentido respecto del promedio: superdotados, talentosos, precoces, genios, sobredotados, etc.

La Organización Mundial de la Salud considera superdotada a aquella persona con un coeficiente intelectual por encima de los 130 puntos (OMS, 1999). En el caso de los niños, se definen por poseer aptitudes que sobrepasan claramente la capacidad media de los niños de su edad y por tener un talento creador en uno o varios campos.

No hay acuerdo en definir al superdotado, pero entre los puntos de vista más actuales encontramos el de J. Renzulli (1982) quien sugiere que debería distinguirse entre el superdotado académico y el superdotado creativo / productivo. "Las personas superdotadas a nivel académico aprenden las lecciones con mucha facilidad y rapidez y, por lo general, obtienen buenas calificaciones en pruebas de inteligencia. No obstante, estos indicadores no pronostican necesariamente éxito en el futuro. Los estudiantes superdotados a nivel creativo tienden a sobresalir en situaciones que requieren utilizar información para solucionar problemas en formas nuevas y efectivas. Es más probable que estas características se asocien con el éxito en la edad adulta".

Sobre la base de estas ideas, "Renzulli y Reis (1991) definieron al superdotado como una combinación de tres características básicas: capacidad general superior al promedio, un alto nivel de creatividad, y de

compromiso con las tareas o motivación para tener un buen desempeño en ciertas áreas" (Woolfolk A, 1996:123).

Haciéndose eco de otras opiniones, Lorenzo García prefiere el término "talento" al de "superdotado" para evitar etiquetar a ciertas personas como muy diferentes, y a ciertos niños que pueden exacerbar su autocrítica y la exigencia de los demás. (Lorenzo García R, 2000:44). Compartimos este punto de vista, por lo que hemos decidido adoptar el término "talentoso", aún cuando al describirse las teorías que dan cuenta del talento, se conserve la denominación 'superdotado' para respetar la terminología de los autores.

El término "talentoso" utilizado internacionalmente y avalado por la National Research Center on the Gifted of the United States, corresponde a las características del niño en cuya conducta podemos observar la interacción de los tres compuestos básicos de los rasgos humanos: inteligencia general o específica por encima de la media, alto nivel de creatividad y de compromiso con la tarea. (Benito Mate, Y. 1994:83).

La razón por la cual se decide utilizar "talentoso" tiene que ver con la connotación subjetiva que puede otorgársele a "superdotado", como si se tratase de un niño excepcional, lo cual puede ir en contra de la opinión que sostenemos en este trabajo sobre la necesidad de integrar al niño, y no aislarlo por considerárselo distinto.

Por 'connotación subjetiva' se entiende el significado que cada persona da a un término. Resulta "inadecuado para los propósitos de la definición, porque la connotación subjetiva varía no solo de un individuo a otro, sino también para el mismo individuo en diversos momentos, ya que éste puede adquirir nuevas creencias o abandonar las viejas" (Copi, 1974:144).

A continuación, se mencionan algunas precisiones terminológicas y concepciones importantes sobre la superdotación y el talento.

Gagné, en 1968 (Clemente A y otros, 1997:23), propone denominar superdotación a la competencia general, y llamar talento al elevado rendimiento de áreas específicas. Gagné señala que la superdotación puede convertirse en talento como consecuencia del aprendizaje, en el cual deberán administrarse ciertos catalizadores o disparadores del rendimiento.

Renzulli, en 1978 (Clemente A y otros, 1997:23), ubica a la superdotación en la intersección de tres características personales que él llama anillos: el primero se relaciona con un alto nivel intelectual, el segundo se refiere a una creatividad elevada, mientras que el tercero concierne a una alta motivación de logro y persistencia en la tarea.

Jackson y Butterfield por su parte, en 1986 (Clemente A y otros, 1997:23), asignan especial importancia al papel que tiene la metacognición en los talentosos. Consideran que los procesos superiores extraordinarios que regulan el análisis de la tarea y la autodirección de la conducta, en la resolución de problemas, pueden ser componentes importantes para identificar a las personas superdotadas.

Sternberg simultáneamente utilizará tres subteorías diferentes para comprender la inteligencia superdotada y comparte con otros autores la idea de que la superdotación, lejos de ser un atributo unidimensional, puede abordarse de muy diversas maneras.

Monks y Van Boxtel, en 1988 (Clemente A y otros, 1997:23), agregan a la definición de los tres anillos de Renzulli la importante dimensión de los contextos sociales en los cuales el alumno interactúa: el colegio, los compañeros y la familia. Consideran la superdotación como un fenómeno dinámico dependiente de los cambios de la persona y de su entorno.

Gardner (Monks y otros, 1997:24), indica siete áreas de desempeño en las cuales se desarrollan los individuos creativo/productivos, y que son lingüística, lógico-matemática, visual-espacial (capacidad para imaginar situaciones tridimensionales), musical, corporal-kinestésica, intrapersonal e interpersonal. Estas siete áreas de desempeño creativo son denominadas por este autor inteligencias.

Gardner (Pozo, 1993:22) identifica tres 'tipos' de escolares, el último de los cuales podría incluir al niño talentoso:

1) *El aprendiz intuitivo*: O aprendiz natural, universal o ingenuo: es el niño pequeño que, bien dotado para aprender el lenguaje y otros sistemas simbólicos, desarrolla teorías prácticas sobre el mundo físico y social durante los primeros años de vida.

2) *El aprendiz escolar*: O estudiante tradicional. Desde los 7 a los 20 años más o menos. Es el sujeto que intenta dominar la lectura y la escritura, y los conceptos disciplinares de la escuela. Más allá de su rendimiento, este tipo de aprendiz una vez que abandonó las aulas, vuelve a pensar como lo hacía en el preescolar o la primaria.

3) *El experto disciplinar*: O especialista. Persona de cualquier edad que domina los conceptos y habilidades de una determinada disciplina y puede aplicarlos bien a nuevas situaciones. Son los que realmente comprenden, porque pueden por ejemplo, utilizar el saber de las clases para aclarar nuevos fenómenos.

Finalmente, cabe mencionar aquí la caracterización del niño dotado tomando en cuenta tres características básicas: intelectuales, afectivas y perceptivas (Gerson y Carracedo, 1996:39):

Los aspectos intelectuales están definidos a partir de características como gran poder de abstracción, tendencia a examinar lo inusual y a establecer nexos de relación entre lo aparentemente no relacionado,

marcado interés por la solución de problemas, tendencia a seleccionar solo lo relevante, independencia en el trabajo y en el estudio, pensamiento crítico, comportamiento dirigido a objetivos, inusual capacidad para procesar información, habilidad para generar ideas y soluciones, muy buena memoria, habilidad para la lecto-escritura temprana, elevado nivel de habilidad verbal y mayor comprensión de las sutilezas del lenguaje, marcado interés por la experimentación, habilidad para identificar y considerar soluciones múltiples a un problema dado (pensamiento divergente), flexibilidad, actitud cuestionadora y elevada capacidad para la re-creatividad. Esta última capacidad hace referencia a la habilidad para tratar un problema ya conocido de una manera novedosa o bien para mejorar una solución ya conocida. La recreación implica mantener lo esencial, aunque cambiándole la forma. Por ejemplo, un cineasta puede 're-crear' una nueva película sobre Drácula aún cuando este tema ya haya sido expuesto en films anteriores, si es capaz de mostrarlo desde una nueva perspectiva que supere todo lo anterior.

Como características afectivas se destacan un sentido del humor, despreocupación por las normas sociales, persistencia en mantener un punto de vista, inusual profundidad o intensidad emocionales, hipersensibilidad, perfeccionismo, elevada autoconciencia, agudo sentido de la justicia y la libertad, tendencia a la automarginación, poca tolerancia a la frustración e independencia en actitud y comportamiento social.

Por último, sus características perceptivas implican agudo sentido de la percepción visual y gran agudeza auditiva.

Benito Mate (Benito Mate, 1993:83) destaca algunos aspectos de la conducta observable de los niños talentosos, tales como, por ejemplo, desarrollo motor precoz (gran agilidad y coordinación psicomotriz), desarrollo precoz del lenguaje, precoz y eficaz aprendizaje de la lectura y la escritura (por ejemplo, comienzan a leer a los tres años, y aprenden de corrido, sin deletrear ni silabear), adquieren precozmente la idea de número y la capacidad para operar con ellos, manifiestan un interés precoz por el tiempo (cuentan el tiempo a los cinco años), y prefieren los juegos y actividades que supongan 'riesgos' o 'desafíos'. No suelen gustar de los deportes de mayorías, y sus hobbies preferidos son la lectura, la escritura, el dibujo, hacer puzzles. Se relacionan mejor con niños más pequeños o con niños mayores (Benito Mate Y, 1994:83-85).

Ejemplos de características de niños talentosos-creativos (con especial énfasis en el aspecto de la creatividad):

- Curiosos.
- Amplio vocabulario y memoria.
- A veces, aprenden a leer sin ayuda.
- Claro sentido de las fechas.
- Persistentes.
- Coleccionistas.
- Independientes.
- Mantienen, durante años, el interés por una o varias áreas de conocimiento.
- Inician sus propias actividades.
- Profundo sentido del humor.
- Les divierten los juegos complicados.
- Creativos e imaginativos.
- Interés y preocupación por los problemas del mundo.
- Se analizan a ellos mismos y son muy autocríticos.
- Comportamiento maduro para su edad.
- Ambiciones e ideales muy elevados.
- Son líderes.
- Dotados para arte, música, escritura, teatro y/o danza.
- Investigan utilizando métodos científicos.
- Ven conexiones entre conceptos diferentes.
- Producen trabajos únicos, vitales y sorprendentes.
- Crean ideas y procesos novedosos.
- Inventan y construyen aparatos mecánicos originales.
- Habitualmente opinan en contra de lo tradicional.
- Expresan dudas sobre el "status quo".
- Aplican sus conocimientos a nuevas situaciones.
- Hacen cosas inesperadas.
- Suelen parecer diferentes.
- Les gusta leer, sobre todo, biografías y autobiografías.

Benito Mate Yolanda (Coord), (1994) "Intervención e investigación psicoeducativas en alumnos superdotados", Salamanca, Amarú Ediciones.

Clemente A, Prieto J y Arocas E (1997), Atención educativa de alumnos con altas capacidades, en Revista de Psicología de la Educación, Buenos Aires, N° 21.

Copi Irving (1974) "Introducción a la lógica", Buenos Aires: Eudeba, 15° edición.

Gerson K y Carracedo S, (1996), "Niños dotados en acción", Buenos Aires, Tekné.

Lorenzo García R (2000) Acerca de la problemática del talento, en Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Año 5.
 Monks F, Ypenburg I y Blumen S, (1997) Nuestros niños son talentosos, Ponticia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial.
 OMS (1999) [citado 02 setiembre 2001] Disponible en <<http://www.eltercertiempo.net/recortes/recort10.htm>>.
 Pozo Juan Ignacio, (1993) "Teorías cognitivas del aprendizaje", Madrid, Morata, 2º edición.
 Woolfolk A (1996) "Psicología educativa", México, Prentice-Hall Hispanoamericana SA.

La teoría triárquica de Sternberg sobre la superdotación.- (Orientada a componentes cognitivos o mecanismos de funcionamiento intelectual). Esta teoría plantea suscintamente que una inteligencia excepcional se define a partir de tres factores (Benito Mate Y, 1994:29): un factor componencial, que especifica los mecanismos mentales que subyacen a la conducta inteligente excepcional del procesamiento de la información; un factor experiencial, vinculado con el comportamiento inteligente excepcional cuando deben enfrentarse tareas nuevas, que con el paso del tiempo se automatizan; y un factor contextual, vinculado con el ámbito sociocultural donde la inteligencia surge, es decir, para quienes y dónde tal o cual conducta se considera excepcionalmente inteligente.

Sternberg se ha centrado principalmente en la concepción psicométrica de la inteligencia, intentando entenderla como un grupo de fuentes estáticas y latentes diferencias, individuales, llamadas 'factores', siendo estos últimos constructos estadísticos destinados a describir los elementos subyacentes en el individuo (Benito Mate Y, 1994:27).

La siguiente tabla nos permitirá orientarnos más fácilmente en la exposición.

FACTOR	Componentes
Componencial	6 Metacomponentes 7 Componentes de realización 3 Componentes de adquisición
Experiencial	2 Capacidades básicas (enfrentar nuevas situaciones, e interiorizar lo aprendido).
Contextual	5 condiciones (pertinencia, intencionalidad,, adaptación, modelación y selección).

El *factor componencial* se refiere concretamente a las relaciones entre inteligencia y mundo interno, e incluye tres sub-categorías, si cabe esta expresión: metacomponentes (procesos de orden superior usados en planificar, guiar y tomar decisiones en tareas), componentes de realización (procesos de orden inferior que ejecutan lo que le mandan los metacomponentes) y componentes de adquisición de conocimiento (adquisición, retención y transferencia como mecanismos para adquirir información nueva, recordar la ya existente y transferir la aprendida a otro contexto).

Existen seis metacomponentes:

- Decisión acerca de qué problemas son los que se deben solucionar, lo cual tiene que ver con la habilidad de reconocer la organización eficaz del tiempo.
- Selección de los componentes de orden menor para la solución de estos problemas, lo cual tiene relación con la habilidad para poder reconocer cuáles son los elementos implícitos del o los problemas.
- Selección de estrategias en la solución de problemas, lo que implica saber colocar esas etapas en la secuencia adecuada. Por ejemplo: en un examen de matemáticas las fórmulas están disponibles, pero dependerá del estudiante averiguar cuáles, cuándo y cómo utilizarlas.
- Selección de representaciones para presentar la información. Por ejemplo, los expertos jugadores de ajedrez representan la información de jugadas de forma más eficaz que los no expertos. Cabe consignar que no existe una única estrategia que sea la mejor, ya que dependerá del tipo de habilidad del jugador: espacial o verbal.
- Resolución en la designación de componentes en la solución de problemas: lo que implica aprovechar los recursos cognitivos disponibles. Cabe pensar en el ejemplo de los profesionales y ejecutivos que deben decidir sobre el reparto del trabajo entre aquellas personas de su grupo que resulten más eficaces. El estudiante talentoso tiende a emplear más tiempo en codificar los términos del problema que en resolverlo: el talentoso parece entender que 'perder' tiempo en organizar los datos del problema implicará luego un ahorro en el tiempo empleado para su resolución.
- Solución guiada en la resolución de problemas, lo que implica la capacidad para ser flexible cuando deben modificarse los planes o las estrategias en función de la realidad.

Los siete componentes de realización son:

- codificar
- traducir (datos como representaciones internas para poder realizar con ellas operaciones mentales)
- inferir (detectar relaciones en un campo dado donde existen varios objetos: por ejemplo, un alumno podría inferir que el aumento de la intervención militar parece correlacionarse con la disminución del entusiasmo de los americanos por el efecto de la guerra)

- organizar (descubrir relaciones entre relaciones, por ejemplo, cuando un alumno enumera diversas razones para justificar la intervención militar en Irak y la falta de entusiasmo de los americanos por este motivo y determinar en qué coinciden),
- aplicar (extrapolar una regla inducida a situaciones nuevas, haciendo entonces predicciones, por ejemplo, qué sucederá con la respuesta de los ciudadanos americanos si la intervención militar fuese exitosa)
- comparar (diferentes respuestas para ver cuál es la mejor opción, por ejemplo, el alumno compara sus propias hipótesis sobre la guerra con las de los expertos)
- justificar (verificar la mejor de las opciones, aunque no sea la ideal y da una respuesta)

Los tres componentes de adquisición del conocimiento son: codificación selectiva (separar la información relevante de la irrelevante), combinación selectiva (implica saber cómo combinar las piezas de información como una totalidad internamente conectada, es decir, capacidad para generar una nueva estructura de conocimiento), y comparación selectiva (relacionar la información nueva con la información adquirida en el pasado).

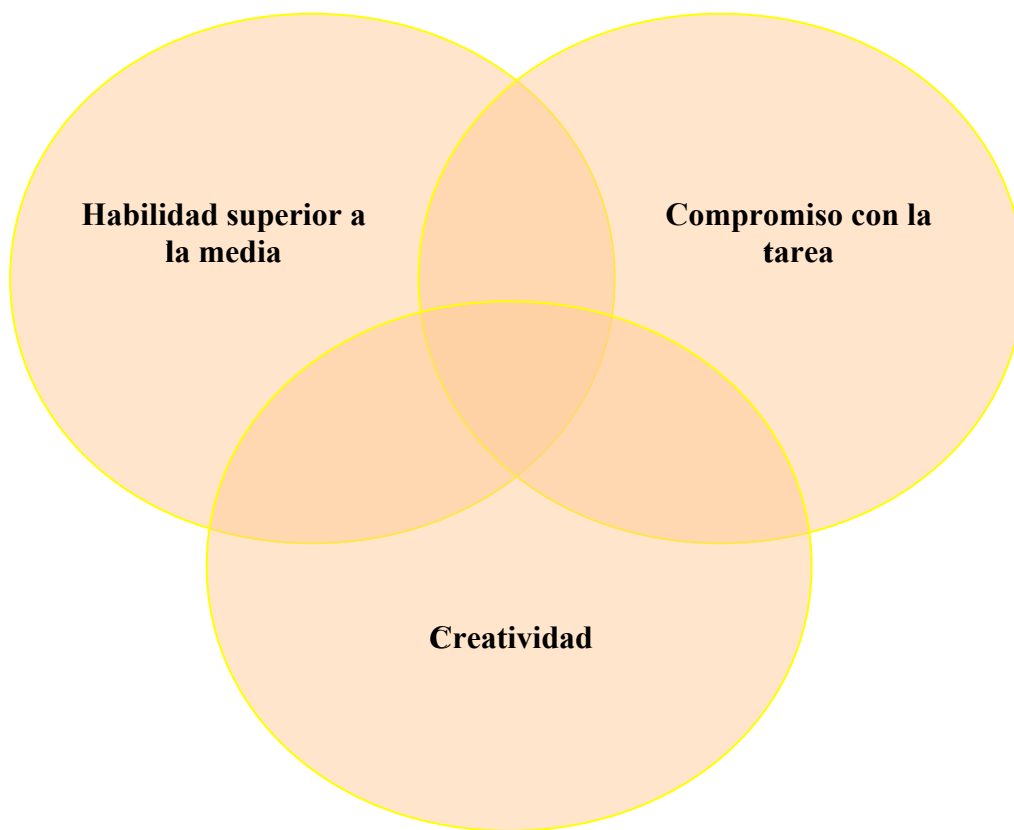
El *factor experiencial* implica dos capacidades básicas: la capacidad para enfrentarse a situaciones nuevas, y la capacidad para interiorizar lo aprendido y/o automatizar la información. En el primer caso, el sujeto ha de contar con cierta capacidad de insight en los procesos de codificación, combinación y comparación selectivas. Los ejemplos típicos son los problemas que aparecen en los puzzles (Si tú tienes calcetines negros y marrones en tu cajón, mezclados en proporción de 4 a 5, ¿cuántos calcetines tendrás que sacar para asegurarte de tener un par del mismo color?).

El *factor contextual* plantea la cuestión de qué conductas son inteligentes para quién (para los evaluadores, para los pares), y dónde (medio ambiente donde el niño se desarrolla) estas conductas son inteligentes. En tal sentido, el hecho de saber qué constituye un acto de inteligencia excepcional se puede diferenciar de un sujeto a otro, o de un ámbito sociocultural a otro, en el sentido de que tal vez una misma conducta pueda ser considerada excepcional en ciertos contextos y en otros no.

Sternberg considera que una definición de la inteligencia contextual debe incluir: pertinencia (relación con el mundo real, por ejemplo, la inteligencia de un pigmeo africano no será correctamente evaluada si la situamos en la sociedad americana), intencionalidad (inteligencia dirigida hacia metas), adaptación (al ambiente, por ejemplo, cuando un empleado intenta conciliar sus propias metas con las de la empresa donde trabaja), modelación (el hombre actúa sobre el ambiente para modificarlo) y selección (de los ambientes, por ejemplo cuando un ambiente no permite la adaptación, puede elegir otro alternativo).

Benito Mate Yolanda (Coord), (1994) "Intervención e investigación psicoeducativas en alumnos superdotados", Salamanca, Amarú Ediciones.

El modelo del enriquecimiento triádico de Renzulli sobre la superdotación.- Este modelo define a los niños superdotados como una combinación exitosa de tres factores: habilidades por encima del promedio, creatividad y compromiso con la tarea (Benito Mate Y, 1994:54).



Las habilidades por encima de la media: Considera dos tipos de habilidades: la general, que consiste en la capacidad de procesar información, integrar experiencias que tienen como resultado respuestas apropiadas y que se adaptan a nuevas situaciones, y la capacidad de desarrollar un pensamiento abstracto; las específicas: consisten en la capacidad de adquirir conocimientos, patrones, o realizar una o más actividades especializadas y dentro de una gama restringida, como por ejemplo la química, la mecánica, el ballet, la matemática, la composición musical, la escultura, la fotografía, etc. Cada habilidad específica, puede a su vez, ser dividida en otras más específicas como la fotografía de retratos.

El compromiso con la tarea: En las personas creativo-productivas es muy frecuente encontrar un alto monto de motivación, entendida ésta como un proceso general energizante que pone en acción y mantiene activas respuestas en los organismos. El compromiso con la tarea puede apreciarse en la perseverancia, la resistencia, el trabajo duro, la práctica dedicada, la confianza en uno mismo, y una creencia en la habilidad de uno mismo para realizar trabajos importantes.

La creatividad: Ciertos estudios como los de Mackinnon, que datan de 1964 (Benito Mate Y, 1994:60), consideran" creatividad "a la originalidad de pensamiento, en los planteamientos de los problemas, ingenio constructivo, habilidad para dejar a un lado las convenciones y procedimientos establecidos cuando no sean apropiados, y un don para idear proyectos efectivos y originales.

Benito Mate Yolanda (Coord), (1994) "Intervención e investigación psicoeducativas en alumnos superdotados", Salamanca, Amarú Ediciones.

SUPERIORIDAD

Generalidades.- Adler sugirió que la psique tiene como fin primario el objetivo de la superioridad. Tal es el finalismo ficticio y último por el que luchan todos los seres humanos y da unidad y coherencia a la personalidad. La superioridad no significa querer ser más que los demás, sino el deseo de ser competente y efectivo en cualquier cosa que el individuo quiera hacer. Es un concepto similar al de autorrealización de Jung.

La lucha por la superioridad puede tomar la forma de un ansia exagerada de poder, buscando ejercer control sobre objetos y personas y jugar a ser dios, lo cual puede introducir una tendencia hostil en la vida. La pugna por la superioridad es innata y es parte de la lucha por la supervivencia que el hombre

comparte con otras especies en el proceso evolutivo. Según Adler, la vida no busca reducir tensiones o restaurar equilibrios, sino que es alentada por el deseo de superarse.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 103.

SUPERSTICIÓN

Generalidades.- (*Psicoanálisis*) La superstición se da también en el intelectual cuya vida anímica se ha detenido en determinado punto. Es esta categoría, los enfermos obsesivos son los que suministran el mayor porcentaje de supersticiosos. Se trata, en general, de impulsos agresivos que se transforman en temores supersticiosos de desgracias; estos impulsos reprimidos tornan en esta forma a la esfera conciente de la que habían sido desplazados. Esos neuróticos obsesivos suelen inventar sus modalidades o bien aceptan alguna de las supersticiones difundidas.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

SUPERYO

Definición.- El término 'superdotación' se refiere al potencial para los altos niveles de ejecución creativa en la adultez y se puede encontrar en el área intelectual, emocional, física, o sensibilidad estética, entre otras. Haciéndose eco de otras opiniones, Lorenzo García prefiere el término "talento" para evitar etiquetar a ciertas personas como muy diferentes, y a ciertos niños que pueden exacerbar su autocrítica y la exigencia de los demás.

Lorenzo García R, "Acerca de la problemática del talento", en Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Año 5, 2000, pág. 44.

Según M. Klein.- "Según la escuela de M. Klein existiría, desde la fase oral, un superyo que se formaría por introyección de objetos 'buenos' y 'malos' y que el sadismo infantil, que entonces se encuentra en su acmé, haría particularmente cruel".

Laplanche J y Pontalis J, "Diccionario de psicoanálisis", Barcelona, Labor, 1981, 3° ed, pág. 421.

Según M. Klein.- "Los padres ambivalentemente amados introyectados durante la posición depresiva forman el núcleo del superyo".

Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 122.

SUPRASENTIDO

Generalidades.- Según Viktor Frankl, el supra-sentido es la idea de que, de hecho, existe un sentido último en la vida; sentido que no depende de otros, ni de nuestros proyectos o incluso de nuestra dignidad. Es una clara referencia a Dios y al sentido espiritual de la vida.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Viktor Frankl. Traducción de Gautier Rafael.

SUSPIRO

Definición.- El término designa la aspiración fuerte y prolongada seguida de una espiración. Es un indicador de un estado afectivo, que puede ser por ejemplo aflicción o deseo. Desde ya, también es una forma de comunicar a los demás esos estados afectivos.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

TABÚ DE LA VIRGINIDAD

Generalidades.- Freud desarrolla esta idea a partir de una opinión de Ferenczi según la cual en un principio "la cópula se realizaba entre individuos idénticos, uno de los cuales alcanzó un desarrollo más poderoso y obligó al otro, más débil, a soportar la unión sexual" (Freud S, 1918:2452). Debido a esto último este ser más débil, la mujer, desarrolló una especie de resentimiento y hostilidad hacia el hombre que la desfloraba que expresó en forma de frigidez o insatisfacción sexual. De esta manera, prohibiéndose desflorar a la mujer, el hombre se libraba de tales peligros.

Freud S (1918) El tabú de la virginidad (Contribuciones a la psicología del amor, 3). Incluido en Obras Completas Completas Tomo 3. Madrid: Biblioteca Nueva.

TAPPING

Generalidades.- Las técnicas tapping se utilizan en el campo de la psicoterapia y el desarrollo personal. El núcleo de la técnica consiste en hacer tapping (golpear suavemente con los dedos) sobre ciertos puntos de los meridianos de energía de la medicina tradicional china mientras estamos mentalmente enfocados en el problema emocional que queremos solucionar. Con el tapping normalizamos el flujo energético asociado con ese bloqueo emocional, y a consecuencia de esto la emoción negativa

desaparece. Complementariamente, puede usarse el test muscular para desarrollar un tratamiento más refinado.

La hipótesis fundamental que subyace a estas técnicas es que las manifestaciones emocionales negativas están causadas por perturbaciones en el sistema energético humano, es decir las perturbaciones energéticas inducen los cambios físico químicos corporales relacionados con la emoción.

http://www.tecnicas-tapping.com/tt_intro.htm

TAQUITOSCOPIO

Definición.- (Etimológicamente significa 'mirar rápido'). Es un aparato que proyecta imágenes rápidamente sobre una pantalla. Tiene diversos usos en psicología experimental. Por ejemplo, la escuela del New Look lo utilizó para determinar las características selectivas de la percepción humana.

Cazau P (2000) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

TAT

Descripción.- El TAT (Test de apercepción temática de Murray y Morgan) consta de 31 láminas (una de ellas es blanca). De ellas solo se administran 20 (11 universales y 9 según sexo y edad). Las diez primeras son menos raras y dramáticas que la serie de las diez siguientes: entre estas últimas se da la lámina en blanco.

Las figuras movilizan agresiones, temor, sexualidad, tendencias represivas y suicidas, relaciones paterno-filiales, el Yo Ideal, el superyó, el ello, etc. Algunas láminas presentan una sola persona, otras dos del mismo sexo, otras de distinto sexo, otras tres personas y otras un grupo. Desde una perspectiva de vínculo interpersonal, presentan situaciones madre-hijo, madre-hija, padre-hijo, padre-hija, pareja sexual, hermanos, dos mujeres y un hombre, paisajes sin personas y la lámina neutra en blanco.

Celener G (1995) Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (ORT-TAT). Publicación interna de la cátedra de Métodos y técnicas de exploración diagnóstica II. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Historia y características.- En 1935 aparece el TAT de Murray basado en una idea holística y centralista de personalidad, por oposición al elementalismo y al periferialismo, respectivamente. Supone que cuando una persona interpreta una situación social ambigua, expone su propia personalidad.

Murray menciona dos tipos de hechos susceptibles de observación: objetivos y subjetivos.

Objetivos: los cambios externos perceptibles por el sujeto, cambios fisiológicos, acciones espontáneas y las aparentes satisfacciones (éxitos) o frustraciones (fracasos).

Subjetivos: Verbalizaciones del sujeto sobre sus sentimientos, pensamientos, intenciones, aspiraciones, etc. El aspecto objetivo de tales procesos es la verbalización misma.

Murray utilizó conceptos de Freud, Jung, Adler, McDougall y Lewin, pero limita el alcance del modelo teórico del test, porque es solo una aproximación reducida en comparación con toda la riqueza del psiquismo. Es esquema conceptual debe ser cómodo, coherente, comprensivo y necesario.

Murray concibió la existencia de FUERZAS PULSIONALES intrapsíquicas, que buscan objetos y situaciones, o bien que reaccionan a la presión de las mismas. Al principio las llamó instintos parciales, y luego propensiones, e identificó varias: pasividad, masoquismo, ansiedad, etc.

Murray distinguió también NECESIDADES Y PRESIONES. El análisis de la personalidad exige conocer las necesidades así como las presiones que inciden en el comportamiento.

NECESIDADES: Las necesidades llevan al sujeto a una búsqueda de satisfacción para mantener un equilibrio, siempre inestable. Murray las clasifica en latentes y manifiestas:

a) *Necesidades latentes*: Son necesidades inhibidas que influyen indirectamente sobre el comportamiento manifiesto. 1)

1) Algunas son las siguientes:

2) Humillación rechazada: necesidad inhibida de sufrir, de ser dominado sexualmente.

3) Agresión rechazada: necesidad inhibida de hacer sufrir a otros.

4) Dominación rechazada: necesidad inhibida de poder sobre otros.

5) Exhibicionismo rechazado: necesidad inhibida de brindar espectáculo.

6) Sexualidad rechazada: necesidad inhibida de relaciones heterosexuales.

7) Homosexualidad rechazada: ídem anterior pero con respecto al mismo sexo.

8) Seguridad: temor de encontrarse sin ayuda.

b) *Necesidades manifiestas*:

1) Primarias o viscerorgánicas: respirar, beber, comer, sexo, lactancia, micción, defecación, evitar el dolor físico, etc. Estas necesidades primitivas no se consideran en el TAT.

2) Psicológicas: de adquisición (de objetos o situaciones), de conocimiento, de conservación, de construcción, de curiosidad, de retención, etc.

PRESIONES: Son las fuerzas del ambiente, físico y social, que favorecen, limitan o impiden la satisfacción de las necesidades. Al internalizarse, estas presiones crean barreras aun cuando objetivamente ya hayan desaparecido. Murray indica seis presiones principales:

- a) Afiliación: pertenecer a un grupo, tener padres, mujer, etc.
- b) Agresión: que alguien lo odie, lo castigue, lo provoca y obliga a defenderse, le destruya sus posesiones, perjudica a sus allegados.
- c) Dominación: se lo fuerza a hacer algo coercitivamente, se le impide que haga algo, se le impide que haga algo, se lo seduce o induce a hacer o no algo.
- d) Protección: alguien lo perdona, cuida, alimenta, protege, ayuda.
- e) Rechazo: lo desprecian, repudian, les es indiferente.
- f) Carencia-pérdida: peligro físico, falta de apoyo familiar, rivalidad, socorro, sumisión, sexo.

APERCEPCIÓN: Para Murray, el sujeto supone que cada objeto es portador de algo beneficioso o dañino para su organismo, y lo llama "influyente". La "percepción influyente" es reconocer que algo es beneficioso o perjudicial. Interesa, sin embargo, la "apercepción influyente", definida por Murray como una situación generada por un estímulo que excita imágenes (concientes o inconcientes), representativas de pasadas situaciones "influyentes", con lo cual lo ya vivido es actualizado. Así, apercepción equivale a "proyección externalizadora".

Murray distingue dos tipos de proyección: la proyección de elementos constitutivos del sí mismo (o proyección suplementaria), y la proyección de elementos constituyentes figurativos (objetos imaginados con los que el sujeto interactúa en su fantasía, y se trata en general de objetos importantes como padre, madre, amigos, enemigos, con los que se ha estado íntimamente vinculados).

Por ejemplo, un sujeto puede atribuir elementos constituyentes de sí mismo a un personaje (por ejemplo, el héroe de la historia que cuentan) y constituyentes figurativos a los restantes personajes. La figura que lo representa a él es el alter, y sobre éste, el sujeto puede ejercer una 'presión' (agresiva, evasiva, de rechazo, aflictiva, etc.). Murray pensó en poner, incluso, en cada imagen un personaje (objeto evocador de sí mismo) con el cual el sujeto pueda empalmar e identificarse con él. Con esto habría que tener juegos de láminas para adultos, para niños, etc.

Las técnicas proyectivas estimulan la imaginación, pero sólo ciertos aspectos de esas representaciones pueden llamarse proyecciones, y el resto no nos interesa.

En suma: a través de la proyección estimulada por situaciones-estímulo ambiguas, el sujeto mediante su fantasía revela aspectos concientes e inconcientes de su personalidad. Se ha objetado que el sujeto bien podría relatar algo de su experiencia reciente (una película que vio el día anterior), pero debe tenerse en cuenta que la memoria es selectiva, que las huellas mnémicas sufren transformaciones en función de las constelaciones emocionales del sujeto.

Celener G (1995) Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (ORT-TAT). Publicación interna de la cátedra de Métodos y técnicas de exploración diagnóstica II. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Comparación entre fantasías y las historias del TAT.- Semejanzas: De acuerdo a Holt, 1) Siguen un formato narrativo con una figura central con varias aventuras. 2) Las demás figuras se delinean poco: son auxiliares. 3) Los fines y actividades de los personajes expresan los del sujeto mismo: habilidades, defensas, sentimientos, patrones, interpersonales, etc. 4) Tienen formas variadas, donde se mezclan proceso primario con secundario. Freud trazó paralelos entre fantasías e historias, pero no las identifica como iguales.

Diferencias: 1) En la fantasía hay estado abstraído o de ensueño, y en la historia completa vigilia. 2) La fantasía es espontánea, pasiva, y la historia deliberada. 3) La fantasía puede no ser verbal, y estar constituida solo por imágenes. 4) En la fantasía hay continuidad y transiciones implícitas, pero en las historias son explícitas. 5) En la fantasía predomina el proceso primario. 6) La fantasía es menos recordada y más sujeta a represión. 7) En la fantasía hay poca trama, y en la historia una estructura narrativa externamente impuesta por formas literarias y usos culturales. 8) En la fantasía se expresan más directamente los deseos y emociones, y en la historia bajo formas más socialmente aceptables.

Celener G (1995) Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (ORT-TAT). Publicación interna de la cátedra de Métodos y técnicas de exploración diagnóstica II. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Descripción.- Prueba proyectiva que consta de 31 láminas (una de ellas es blanca). De ellas sólo se administran 20 (11 universales, y 9 según el sexo y la edad). Las diez primeras son menos raras y dramáticas que la serie de las diez siguientes: entre estas últimas se da la lámina en blanco.

Las figuras movilizan agresiones, temor, sexualidad, tendencias represivas y suicidas, relaciones paterno-filiales, el Yo Ideal, el superyo, el ello, etc. Algunas láminas presentan una sola persona, otras dos del mismo sexo, otras de distinto sexo, otras tres personas y otras un grupo.

Desde una perspectiva de vínculo interpersonal, presentan situaciones madre-hijo, madre-hija, padre-hijo, padre-hija, pareja sexual, hermanos, dos mujeres y un hombre, paisajes sin personas y la lámina neutra en blanco.

Celener Graciela, Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (Ort-Tat), publicación interna de la Cátedra de Técnicas psicodiagnósticas II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Bases teóricas.- En 1935 aparece el TAT de Murray basado en una idea holística y centralista de personalidad, por oposición al elementalismo y al periferialismo, respectivamente. Supone que cuando una persona interpreta una situación social ambigua, expone su propia personalidad.

Murray menciona dos tipos de hechos susceptibles de observación: objetivos y subjetivos.

Objetivos: los cambios externos perceptibles por el sujeto, cambios fisiológicos, acciones espontáneas, y las aparentes satisfacciones (éxitos) o frustraciones (fracasos).

Subjetivos: Verbalizaciones del sujeto sobre sus sentimientos, pensamientos, intenciones, aspiraciones, etc. El aspecto objetivo de tales procesos es la verbalización misma.

Murray utilizó conceptos de Freud, Jung, Adler, McDougall y Lewin, pero limita el alcance del modelo teórico del test, porque es sólo una aproximación reducida en comparación con toda la riqueza del psiquismo. El esquema conceptual debe ser cómodo, coherente, comprensivo y necesario.

Murray concibió la existencia de FUERZAS PULSIONALES intrapsíquicas, que buscan objetos y situaciones, o bien que reaccionan a la presión de las mismas. Al principio las llamó instintos parciales, y luego propensiones, e identificó varias: pasividad, masoquismo, ansiedad, etc.

Murray distinguió también NECESIDADES Y PRESIONES. El análisis de la personalidad exige conocer las necesidades así como las presiones que inciden en el comportamiento.

NECESIDADES: Las necesidades llevan al sujeto a una búsqueda de satisfacción para mantener un equilibrio, siempre inestable. Murray las clasifica en latentes y manifiestas:

a) Necesidades latentes: Son necesidades inhibidas que influyen indirectamente sobre el comportamiento manifiesto. Algunas son las siguientes:

Humillación rechazada: necesidad inhibida de sufrir, de ser dominado sexualmente.

Agresión rechazada: necesidad inhibida de hacer sufrir a otros.

Dominación rechazada: necesidad inhibida de poder sobre otros.

Exhibicionismo rechazado: necesidad inhibida de brindar espectáculo.

Sexualidad rechazada: necesidad inhibida de relaciones heterosexuales.

Homosexualidad rechazada: ídem anterior pero con respecto al mismo sexo.

Seguridad: temor de encontrarse sin ayuda.

b) Necesidades manifiestas:

1) Primarias o viscerorgánicas: respirar, beber, comer, sexo, lactancia, micción, defecación, evitar el dolor físico, etc. Estas necesidades primitivas no se consideran en el TAT.

2) Psicológicas: de adquisición (de objetos o situaciones), de conocimiento, de conservación, de construcción, de curiosidad, de retención, etc.

PRESIONES: Son las fuerzas del ambiente, físico y social, que favorecen, limitan o impiden la satisfacción de las necesidades. Al internalizarse, estas presiones crean barreras aún cuando objetivamente ya hayan desaparecido. Murray indica seis presiones principales:

a) Afiliación: pertenecer a un grupo, tener padres, mujer, etc.

b) Agresión: que alguien lo odie, lo castigue, lo provoca y obliga a defenderse, le destruya sus posesiones, perjudica a sus allegados.

c) Dominación: se lo fuerza a hacer algo coercitivamente, se le impide que haga algo, se lo seduce o induce a hacer o no algo.

d) Protección: alguien lo persona, cuida, alimenta, protege, ayuda.

e) Rechazo: lo desprecian, repudian, les es indiferente.

f) Carencia-pérdida: peligro físico, falta de apoyo familiar, rivalidad, socorro, sumisión, sexo.

Celener Graciela, Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (Ort-Tat), publicación interna de la Cátedra de Técnicas psicodiagnósticas II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Comparación entre fantasías e historias del TAT.- a) *Semejanzas:* De acuerdo a Holt, 1) Siguen un formato narrativo con una figura central con varias aventuras. 2) Las demás figuras se delinean poco: son auxiliares. 3) Los fines y actividades de los personajes expresan los del sujeto mismo: habilidades, defensas, sentimientos, patrones interpersonales, etc. 4) Tienen formas variadas, donde se mezclan proceso primario con secundario. Freud trazó paralelos entre fantasías e historias, pero no las identifica como iguales.

b) *Diferencias:* 1) En la fantasía hay estado abstraído o de ensueño, y en la historia completa vigilia. 2) La fantasía es espontánea, pasiva, y la historia deliberada. 3) La fantasía puede no ser verbal, y estar constituida sólo por imágenes. 4) En la fantasía hay continuidad y transiciones implícitas, pero en las historias son explícitas. 5) En la fantasía predomina el proceso primario. 6) La fantasía es menos recordada y más sujeta a represión. 7) En la fantasía hay poca trama, y en la historia una estructura narrativa externamente impuesta por formas literarias y usos culturales. 8) En la fantasía se expresan más directamente deseos y emociones, y en la historia bajo formas más socialmente aceptables.

Celener Graciela, Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (Ort-Tat), publicación interna de la Cátedra de Técnicas psicodiagnósticas II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Comparación entre los estímulos del TAT y del TRO.-

1) Movimiento: el TAT sugiere más movimientos en las figuras.

- 2) Contenido humano: En el TAT claro y delimitado en sexos y edades.
- 3) Estructuración: Alta en el TAT, por el mayor contenido de realidad.
- 4) Saturación proyectiva: Baja en el TAT, por la alta estructuración.
- 5) Contenido y forma: Contenido-significado en el TAT y contenido-forma en el TRO.
- 6) Conducta predominante: Fantasía en el TAT, percepción y fantasía en el TRO.
- 7) Incidencia cultural: Alta en el TAT.

Celener Graciela, Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (Ort-Tat), publicación interna de la Cátedra de Técnicas psicodiagnósticas II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

TAXIA

Definición.- 1. Mutaciones determinadas por el ser zoológico en coordinaciones hereditarias de los movimientos (reacciones) instintivos. (Kühn). 2. Tipo genérico de respuesta simple para la cual organismos móviles se orientan en conjunto hacia la fuente de estímulo externo. Sinónimo de *Tropismo*, que es más usado actualmente.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

TÉCNICA PSICOLÓGICA

Clasificación.- En el ámbito del ejercicio profesional, las técnicas psicológicas pueden ser clasificadas como técnicas de in-put y técnicas de out-put, según que su finalidad principal sea buscar información sobre la persona o producir un cambio en ella, respectivamente. Las técnicas diagnósticas son un ejemplo de las primeras, y las técnicas terapéuticas son un ejemplo de las segundas.

En general las técnicas deben estar adecuadas a las características del sujeto (el test CAT es para niños), y a las características de quien la implementa (idiosincrasia, personalidad, etc), y pueden o no ser compatibles con determinados marcos teóricos u objetivos diagnósticos o terapéuticos. Por ejemplo, para un diagnóstico psicodinámico es más adecuada la técnica proyectiva que la psicométrica. Del mismo modo, en principio no podría usarse la técnica conductista de la desensibilización sistemática en un marco teórico psicoanalítico, porque mientras esa técnica busca eliminar el síntoma, la teoría, al revés, busca mantenerlo para poder analizarlo.

La clasificación de técnica en técnicas de in-put y de out-put trasciende la psicología y se extiende a otras ciencias y a la vida cotidiana. Por ejemplo, un alumno utiliza técnicas de in-put cuando toma apuntes o cuando se copia en un examen, y técnicas de out-put cuando intenta ponerse como víctima para que el profesor lo apruebe.

Cazau P, Áreas de investigación en psicopedagogía. Clase dictada el 22-9-97 en la Cátedra de "Investigación Psicopedagógica I" de la Carrera de Psicopedagogía de la Universidad de Belgrano, Buenos Aires.

TÉCNICAS PROYECTIVAS

Definición.- Son métodos donde se emplean estímulos para obtener respuestas, pero no es cualquier estímulo el aplicado, ni cualquier respuesta la que se espera obtener.

Los *estímulos* deben cumplir cuatro características:

- 1) El sujeto no debe tener una idea clara del objetivo del estímulo, para que no lo manipulee conscientemente.
- 2) No debe ser claramente estructurado, para potenciar la expresión de la personalidad y sus motivaciones más fundamentales.
- 3) Debe estar tipificado o estandarizado, para permitir una comparación inter e intrasujeto. La patología es una exageración de rasgos existentes en la personalidad adaptada. Para poder comparar se usan, entonces, PARAMETROS, o constantes que se toman en cuenta no sólo en la estimulación, sino también en la recolección de respuestas y en su interpretación: para estas tres cosas hay modos constantes (de estimular, de recolectar, de interpretar).
- 4) Los segmentos de comportamiento a los que apunta deben estar claramente determinados.

Las *respuestas* están determinadas por los estímulos (respuestas populares o clichés), pero también por los factores organizativos intrapsíquicos (hipótesis de la proyección). El fin de la técnica proyectiva es poner de manifiesto las relaciones más idiosincrásicas y menos socializadas de la personalidad.

Celener Graciela, Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (Ort-Tat), publicación interna de la Cátedra de Técnicas psicodiagnósticas II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Presupuestos teóricos de los tests proyectivos.- Son básicamente el psicoanálisis y las psicologías holísticas (Gestalt-Lewin). La mayoría de las técnicas proyectivas pueden considerarse formas estructuras de actividad asociativa, y descansan sobre los siguientes presupuestos psicoanalíticos: 1) El inconsciente como fuerza motivante de la conducta. 2) El concepto de proyección. 3) El concepto de personalidad. 4) El concepto de transferencia.

Celener Graciela, *Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (Ort-Tat)*, publicación interna de la Cátedra de Técnicas psicodiagnósticas II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Reseña histórica.- Ya en 1895 Binet había sugerido manchas de tinta para estudiar imaginación visual, a lo que siguen otros intentos, pero hasta 1920 solo se aplicó a contenidos mentales, imaginación y diferencias individuales, y no exploraron la personalidad en su conjunto, ya que no había por entonces un concepto englobante como ese.

El concepto de personalidad surgirá con el psicoanálisis, y en él se basarán Murray y Phillipson. En 1920 surgen las verdaderas raíces de los tests proyectivos.

Ejemplos de tests proyectivos son:

TAT Test de Apercepción Temática de Murray

TRO Test de Relaciones Objetales de Phillipson

Ambos son tests de estimulación visual, poco estructurados, verbales (contar historias) y constructivos (por la tarea a realizar).

Celener Graciela, *Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (Ort-Tat)*, publicación interna de la Cátedra de Técnicas psicodiagnósticas II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Generalidades.- Las técnicas proyectivas son un *método*, mediante el cual se puede abordar el estudio de un *objeto*, desde una determinada *teoría* o marco teórico. El *objeto* es un sujeto entendido como un aparato psíquico en el sentido psicoanalítico. En cuanto a la *teoría*, los presupuestos teóricos de las técnicas proyectivas son el Objeto-Modelo de la Caja Llena o Caja Transparente (pues a través de ella se puede 'ver' el funcionamiento interno del aparato psíquico). Se trata de un modelo antipositivista, racionalista e idealista. Un ejemplo es el psicoanálisis, que no estudia los hechos observables desnudos, sino el sentido que la persona le da a los hechos, lo cual es interior, inobservable, como lo señala Ricoeur.

El objeto modelo es una representación del objeto: cuando esta representación es imperceptible, no observable, es el objeto-modelo de la caja transparente, y cuando es una representación perceptible, estamos en el objeto-modelo de la caja negra.

Lo contrario de este modelo es el Objeto-Modelo de la Caja Negra, o modelo positivista clásico, que toma en cuenta solamente lo observable, es decir, un estímulo y una respuesta (explicaciones causales externas), sin interesarse por lo que pasa en el interior del psiquismo (causas internas), ya que no es observable. En psicología, es el modelo conductista, como por ejemplo el de Skinner.

El modelo de la Caja Negra es nominalista, y el de la Caja transparente es realista, porque intenta llegar a lo 'real', a lo subyacente e inobservable que se oculta tras la conducta manifiesta. Este modelo es el que sirve de base o marco teórico para las Técnicas Proyectivas.

Condensado de Celener Graciela, *Las técnicas proyectivas*, capítulos 1-2-5 (publicación interna de la Cátedra de Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico. Modulo II, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996)

Técnicas proyectivas y psicoanálisis.- La primera técnica proyectiva es la Asociación de Palabras, de Jung. Se leía una palabra a la persona y se medía cuanto tardaba en reaccionar a ella con otra palabra (tiempo de reacción), lo que permitía estudiar los complejos psíquicos.

Freud retoma esta idea diciendo que la palabra asociada no era casual, sino que respondía a una determinación inconciente. Así, siguiendo el modelo de la Caja Transparente, a partir de la Respuesta, podía reconstruir los componentes internos, estructurales, de la caja (mente). Todo está determinado, y a esto se llama Hipótesis de la Causalidad Psíquica: uno asocia una palabra con otra no por casualidad.

Para Freud, entonces, el objeto de estudio de los métodos proyectivos es el mismo que el del psicoanálisis: la vida psíquica inobservable. En síntesis:

	Objeto modelo	Método	Finalidad
Psicoanálisis	Modelo transparente	Paciente: asociación libre	Terapéutica
	Metapsicología freudiana	Terapeuta: Atención flotante	
Métodos proyectivos	Modelo transparente	1-Estímulos 2-Respuestas	Diagnóstica
	Metapsicología freudiana	3-Hipótesis interpretativas	

Las técnicas Proyectivas son un método que permiten que lo inobservable se haga observable, lo no evidente se haga evidente mediante inferencias interpretativas, aunque las conclusiones que se obtienen nunca son absolutas o definitivas.

El objeto es el sujeto con su aparato psíquico. Definido así el objeto, nos queda determinar el método adecuado que nos permita registrar los inobservables que la Técnica apropiada pondrá en evidencia transformándolos en observables.

Condensado de Celener Graciela, *Las técnicas proyectivas*, capítulos 1-2-5 (publicación interna de la Cátedra de Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico. Modulo II, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996)

Base teórica.- Tres hipótesis subyacen a los Métodos Proyectivos: 1) Causalidad o determinismo psíquico: Las asociaciones y ocurrencias de un paciente no son arbitrarias, sino que responden a una causalidad que debe ser interpretada. 2) Proyección: Proceso normal por el cual externalizamos nuestros procesos afectivos e intelectuales sobre el mundo exterior, por ejemplo, sobre un material poco estructurado de un test proyectivo. No siempre implica un proceso patológico. 3) Apercepción: Según Bellack, es la percepción significativamente interpretada. No existe el dato puro, totalmente objetivo: cuando percibimos estamos incluyendo en la percepción nuestra subjetividad, estamos interpretando lo percibido de acuerdo con nuestros deseos, miedos, expectativas, etc.

Por ejemplo en la apercepción analógica, Husserl dice que no percibimos el objeto en sí sino otros elementos con él relacionado (ejemplo en la asociación libre).

Condensado de Celener Graciela, Las técnicas proyectivas, capítulos 1-2-5 (publicación interna de la Cátedra de Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico. Módulo II, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996)

Elementos.- Los tres elementos constitutivos del Método Proyectivo son: estímulo, respuesta e hipótesis interpretativas. Primero aplicamos Estímulos (E), luego registramos las Respuestas (R), y a continuación hacemos una Hipótesis Interpretativa (I).

1) Estímulo

Según su forma de expresión o presentación, los estímulos pueden ser:

- a) Verbales: como una serie de preguntas. Se esperan respuestas también verbales. Ej: Desiderativo.
- b) Verbales combinadas con escenas, como en el TRO.
- c) Verbales con manchas: Rorschach.
- d) Verbales pidiéndole al sujeto que dibuje algo.
- e) Gráficas: se le muestra al sujeto unos trazos para que los complete con un dibujo.
- f) Lúdicas: Hora de juego diagnóstica.

Las consignas - estímulos son metáforas, pues poseen carácter evocativo que el sujeto relaciona con algo de su historia.

Los estímulos pueden ser, desde el punto de vista de su estructura física o de su significado cultural, de tres tipos: a) Altamente estructurados: bien nítidos, se sabe de qué se trata; b) Medianamente estructurados: Se identifican las formas pero se les puede dar distintos significados. Por ejemplo una silueta humana, pero no se sabe el sexo, la edad, etc. c) Bajamente estructurados: sin forma reconocible, como en el Rorschach.

Los estímulos deben estar estandarizados: siempre debe darse el mismo estímulo y en el mismo orden.

El sujeto que hace una prueba proyectiva sabe que está siendo investigado, pero al no conocer el test no puede ejercer demasiado control sobre sus respuestas (ausencia de censura).

2) Respuesta

Las respuestas a las consignas pueden ser verbales, gráficas y lúdicas.

En las historias y narraciones que hace el sujeto se expresan, como demostró Freud, todos sus deseos más íntimos y el funcionamiento de su personalidad, como así también en las respuestas gráficas, como por ejemplo dibujar o completar dibujos. Las representaciones gráficas también son, entonces, interpretables, lo mismo que el juego (respuestas lúdicas).

Toda respuesta lleva implícita la interpretación personal que el sujeto hace del estímulo, porque no existe el 'dato' (estímulo) puro.

El contexto en el cual se producen las respuestas es el Proceso Psicodiagnóstico, ya que los métodos proyectivos no se administran en forma aislada. Este proceso psicodiagnóstico tiene tres elementos básicos:

- Espacio: ejemplo, un consultorio, el hospital.
- Tiempo: es acotado.
- Protagonistas: psicólogo y consultante.

3) Hipótesis interpretativas

Las hipótesis interpretativas se realizan sobre:

- a) Sobre la relación transferencial y contratransferencial.
- b) Sobre el proceso: la evolución de la relación psicólogo-sujeto, las alternativas, las consignas, la calidad de las respuestas, etc.
- c) Sobre el producto, es decir, sobre la respuesta dada a la consigna - estímulo, que pueden ser verbales, gráficas o lúdicas. En todos los casos se debe atender a la forma (o pautas formales), al contenido (o pautas de contenido).

Los datos observados en el vínculo transferencial - contratransferencial, en el proceso y en el producto pueden confluir en un mismo significado, llamando a esta confluencia *recurrencia*.

Los tres elementos mencionados también pueden diferir en su significado y hasta ser contrarios, pero siendo estas diferencias dinámicamente significativas, llamándolas, entonces, *convergencias*. Ellas ponen de manifiesto conflictos, como por ejemplo entre deseos y defensas.

Desde el punto de vista de la interpretación, debemos distinguir tres niveles de inferencia:

- a) Interpretación de datos observables. Ejemplo: una conducta.

b) Localización del concepto en algún lugar del espectro conceptual. Ejemplo: la identificación del niño con su padre.

c) Interpretación de la facticidad interpretada, distante de la observación común.

Condensado de Celener Graciela, Las técnicas proyectivas, capítulos 1-2-5 (publicación interna de la Cátedra de Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico. Modulo II, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996)

Ámbitos de aplicación.- Las técnicas proyectivas se aplican en los campos clínico, educacional, laboral y forense. El contexto situacional actúa como variable interviniente: la misma persona dará historias diferentes en contextos situacionales distintos: dará una si es un examen clínico, otra, si es una pericia forense, otra, si es para selección de personal, etc.

a) *Las TP en el área clínica.*- Cuando las TP exploran las dificultades pero también los logros del sujeto, la tarea diagnóstica pasa a enriquecer tanto a entrevistador como a entrevistado. En esta tarea las TP deben explorar la historia vital del sujeto, exploración destacada por Winnicott, Grassano, Friedenthal y Scott. O sea, las TP son facilitadoras del vínculo entrevistador-entrevistado y además importantes auxiliares para recolectar información.

Las TP como auxiliares en la devolución, planificación de la estrategia terapéutica y su seguimiento: Las TP suelen dar ocasión para que el paciente empiece a ver sus cosas e iniciar así un diálogo sobre sus logros y dificultades. Un Rorschach, por ejemplo, puede dar datos sobre la motivación para el tratamiento, el balance que hay entre defensas adaptativas y patológicas, el tipo de vínculo, etc., qué espera en cuanto a un futuro terapeuta, etc. Incluso Peyru propone hacer tests antes, durante y después del tratamiento para hacer el seguimiento, y aquí hay que tener clara la base teórica, o sea establecer porqué se va modificando el paciente, por insight, por sugestión, por contacto interpersonal, etc. En este estudio hecho por Exner, se da a los pacientes la posibilidad de optar por el tipo de terapia (gestáltica, analítica, biofeedback, etc.).

b) *Las TP en el área educacional.*- Aquí, las áreas más importantes son los trastornos de aprendizaje, y la orientación vocacional. Para lo primero, no solo se evaluará inteligencia, sino también afectividad y grado de plasticidad del yo, así como si hay o no correlación entre los estadios de Piaget y la evolución del yo desde el psicoanálisis. Son importantes también los vínculos familiares y el beneficio del síntoma de "no aprender", así como también el tipo de vínculo entre paciente y maestro, que es la Pareja Educativa.

La orientación vocacional se basa tanto en tests psicométricos, más objetivos, que miden capacidades e intereses, y en pruebas que buscan lo psicodinámico: fantasías puestas en una determinada carrera o profesión, etc. Suele usarse una batería de tests, que variará según los resultados de un pre test.

c) *Las TP en el área laboral.*- Aquí se parte de la base que las cualidades para tal o cual trabajo pueden ser detectadas antes, mediante tests. O sea, el énfasis no está puesto en un diagnóstico de la personalidad (como en el ámbito clínico) sino en el pronóstico de desempeño del individuo en la empresa. En este contexto se buscará por ejemplo, la persona que más se acerque al ideal para determinado puesto. Otra diferencia con la clínica, es que los tests tienen más importancia en la evaluación laboral, como elemento crucial.

d) *Las TP en el área forense.*- Como en el área laboral, las personas son aquí citadas para hacerles un test, pero en el caso forense, la responsabilidad del psicólogo es muy grande por estar en juego una sentencia. Estas pruebas evalúan si hay o no un fondo psicótico o psicopático, si hay peligrosidad o recuperabilidad, si una persona anciana es o no lúcida (herencias, etc.), e incluso, evaluar la capacidad de una pareja que quiere adoptar un hijo, etc.

Condensado de Frank de Vertelly Renata (1992), Temas de evaluación psicológica. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Historia.- Los griegos, pero en el Renacimiento ya pintores, usan material inestructurado para evaluar. En el Siglo XIX imaginar cosas sobre manchas de tinta es un juego de salón, que Binet incorpora como prueba de imaginación.

Serán Galton y luego Jung quienes sistematizan más las TP (técnicas proyectivas) al proponer palabras-estímulo para la asociación. Luego, en 1921 Rorschach presenta su prueba diagnóstica, aun cuando por esta época siguen predominando los tests psicométricos (por ejemplo, de inteligencia). Solo cuando en 1935 se crea el TAT, se empieza a buscar la fundamentación teórica de los tests proyectivos.

La psicología proyectiva es una protesta contra el esquema clásico conductista y tiende a ver la personalidad como un todo funcional complejo y dinámico. Los tests proyectivos buscan diferenciarse de las técnicas objetivas.

Condensado de Frank de Vertelly Renata (1992), Temas de evaluación psicológica. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Técnicas proyectivas y técnicas psicométricas.- Los tests proyectivos buscan diferenciarse de las técnicas objetivas en los siguientes puntos:

	Teoría subyacente	Material	Administración y rol del entrevistador	Evaluación
Técnicas objetivas de	Psicología clásica	Estructurado, simple, inequívoco, objetivo	Control cuasi experimental de	Interés por los resultados.

la personalidad	Psiquiatría Análisis factorial Estilos perceptivos Estilos cognitivos	(con ítems de corrección incluidos). Factible de ser auto-administrado. Autoevaluación de conductas, rasgos, síntomas, etc. Tests de espectro amplio o reducido. Ejemplo, cuestionarios, inventarios.	variables. Entrevistador considerado variable de error. Administración individual y/o colectiva. Metáfora de Cronbach: retrato automático con cámara fija.	Énfasis en lo cuantitativo. Cómputo, codificación. Presentación de perfiles, contrastación con la norma para detectar desvíos.
Técnicas proyectivas de la personalidad	Psicoanálisis Gestalt Topología (K. Lewin) New Look	Inestructurado, ambiguo, que facilita la proyección. Evaluación indirecta e inadvertida de aspectos manifiestos y latentes de la personalidad como un todo en su contexto particular. Ejemplo: tests gráficos, lúdicos, verbales.	Control de variables algo más laxo. Entrevistador considerado como variable interviniente de valor instrumental para la evaluación del vínculo. Administración individual o de consenso. Registro de conducta y secuencia. Metáfora de Cronbach: retrato artístico con cámara movable.	Interés por resultados y proceso. Énfasis en lo cualitativo. Interpretación. Cuantificación parcial (índices porcentuales). Selección de material más significativo para esa persona en particular. Interrelación dinámica de datos. Recurrencias y convergencias.

Rapaport apoya la inclusión de las TP en la verificación psicológica, no solo porque son más objetivas que las entrevistas clínicas, sino porque hay una armonía entre la teoría de los tests y la teoría psiquiátrica.

No obstante, el autor recalca la importancia de las entrevistas, los TP y los psicómétricos tomados en batería. Debe buscarse también una teoría general de los tests, buscando complementariedades más que oposiciones, y siempre sobre la base de una teoría del pensamiento.

Hacia 1946, la psicología clínica se definía como evaluación psicológica (tests), psicoterapia e investigación, en ese orden de importancia.

La psicología 'actuarial' es estadística, se funda en correlaciones y busca predecir, surgiendo por necesidad de la guerra para evaluar rápidamente gente para combatir. Hacia 1954, Meehl mostró que esta psicología podía predecir lo mismo o más que la psicología basada en el juicio clínico, o en los tests proyectivos. Frente al ataque, la psicología proyectiva tuvo que revisar sus métodos.

El cuestionamiento de la evaluación psicológica.- Así, como hacia el '60, la cuestión era si el psicodiagnóstico debía predecir (actuariales) o comprender (clínicos), hacia los '70 se cuestionó aun más el psicodiagnóstico clínico, llegando Meehl a decir que no valían la pena las técnicas proyectivas, pues el clínico obtenía la misma información hacia la cuarta sesión.

Para Bleger, el psicodiagnóstico no es tan importante en el tratamiento psicoanalítico, pero sí cuando busca detectar algún problema laboral. Dentro del psicoanálisis está también Mannoni, quien da más importancia al diálogo que al test.

El humanismo criticó también el psicodiagnóstico pues deshumaniza al sujeto en una categoría, etiquetarlo. El conductismo por su parte, lo critica porque se ocupa mucho de la personalidad y poco de la situación ambiental. También los rogerianos critican el psicodiagnóstico porque ubica al terapeuta en un lugar demasiado omnipotente. El enfoque sistemático también critica lo mismo, porque el psicodiagnóstico no ubica el problema, el síntoma, en un contexto estructural de relaciones interpersonales. Todos tienen algo de razón.

Defensa y revisión de la evaluación psicológica.- Malan revaloriza el psicodiagnóstico como medio para diagnosticar (criterio psiquiátrico), para comprender las fuerzas que operan en el paciente (criterio psicodinámico), para ver cómo evolucionará su tratamiento (criterio terapéutico) y para ver cómo hacer las cosas lo mejor posibles (criterio práctico). Para Exner, el psicodiagnóstico tiene un objetivo específico: diseñar una determinada estrategia de abordaje para cada paciente, aunque esto implique abordarlo desde una óptica particular, Rabbit se ubica en la misma línea.

Blatt sigue la línea de Rapaport al decir que el psicodiagnóstico debe evaluar las funciones yóicas, y sus áreas de conflicto, así como sus funciones adaptativas, para tener una visión global de su funcionamiento personal.

Condensado de Frank de Vertelly Renata (1992), Temas de evaluación psicológica. Buenos Aires: Lugar Editorial.

El rol psicológico en la evaluación psicológica y la aplicación de las técnicas proyectivas.- En medicina hacer un diagnóstico es algo muy importante, pero el psicólogo tiende a desvalorizar en su campo este rol, dándole más importancia al tratamiento. Las dos cosas son importantes, y hay quienes como Blatt dicen que ambas operaciones deben ser hechas por personas diferentes, para asegurar una ecuanimidad.

Phillipson describe el rol del psicólogo como diagnosticador: debe tener un compromiso emocional, demostrar la importancia de los tests para investigar al paciente, pasar gradualmente de las entrevistas a los tests psicométricos y proyectivos, usar los datos de la entrevista para resaltar el aquí y ahora y eventualmente lo transferencial, optimizar la complementariedad entre los roles de psicólogo y paciente, e integrar más completamente el psicodiagnóstico con el tratamiento.

Desde que se creó la materia Técnicas Proyectivas I (UBA, Filosofía y Letras) hasta hoy, se pueden describir cuatro etapas:

1) Berstein jerarquizó las técnicas diagnósticas, y se basó sobre todo en Klein y en otros tests en Freud, Adler y Jung.

2) Luego se jerarquizó el proceso diagnóstico en sí y el rol del psicólogo clínico, en un texto de Ocampo y Arzeno, que buscan diferenciar al diagnosticador del testista y del psicoanalista. Proponen un enriquecimiento del psicoanálisis y las técnicas, en forma mutua y surgen tests como el Test de dos personas (antes La Pareja), de Berstien, el TRO (Test de relaciones objetales), el CAT (Test de apercepción infantil), el TAT (Test de apercepción temática), etc.

3) Empiezan las críticas a la tarea diagnóstica con cuestionamientos teóricos, y se da más importancia o jerarquía a la terapia. La tarea diagnóstica aparece como excesivamente kleiniana o muy conductista.

4) Últimamente aparece una revisión y defensa de las técnicas, que sobreviven a pesar de los ataques. De hecho la materia sigue estando en casi todas las carreras de psicología.

Condensado de Frank de Vertelly Renata (1992), Temas de evaluación psicológica. Buenos Aires: Lugar Editorial.

TELEGNOSIS

Definición.- (*Psicotecnia*) Suspensión o movimientos de objetos en presencia de un médium, atribuido a fuerzas desconocidas u ocultas.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

TELEPATÍA

Definición.- 1. (*Parapsicología*) Presunto poder de transmisión de pensamiento a distancia. 2. Comunicación directa entre dos mentes por cualquier otro camino que sea el reconocido y normal. (*The Century Dictionary*). 3. Según McDougall, la única hipótesis aceptable para la telepatía es la que reconoce individuos con facultad especial para las recepciones sin necesidad de utilizar los sentidos de la percepción. 4. Es un fenómeno muy frecuente en las formas paranoicas de la demencia precoz. El enfermo cree que puede leer los pensamientos de personas ausentes, como también que éstas tienen un contralor permanente sobre todo lo que él piensa o hace.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

TELEQUINESIA

Definición.- (*Parapsicología*) La facultad del medio de mover un objeto de un lugar a otro por su fuerza parapsíquica.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

TELESCOPAJE

Generalidades.- El término 'telescopaje', utilizado en cirugía y traumatología, fue empleado en psicoanálisis para designar el proceso en virtud del cual se transmiten de una generación a otra ciertos contenidos psíquicos vinculados a sucesos muy significativos (traumas, etc.) que, de esta manera, ejercerán sus efectos en la generación siguiente bajo diversas modalidades, sin que estos efectos puedan atribuirse a experiencias individuales de los sujetos de dicha generación.

Señala, por ejemplo Ada Rosmaryn (en "Orígenes del Superyó"): "El análisis de los hijos de sobrevivientes del Holocausto descubrió tanto la creación de un Ideal de redención del sufrimiento de los padres imposible de cumplir, como la identificación con el agresor en el Yo o en el Superyó. Los hijos de los sobrevivientes debieron sufrir la fragmentación y contradicción de un Superyó que los condenaba a volver a ser víctimas en lugar de sus padres (revivir sus experiencias de degradación y terror), tanto como les exigía triunfar sobre aquellos que habían querido su destrucción. El análisis de esta segunda generación permitió observar cómo muchos de ellos transfirieron las figuras de los perseguidores nazis

sobre la de los padres imaginariamente omnipotentes de la infancia, transformando a éstos en cruelmente punitivos, poderosos y vengativos. El sufrimiento traumático de origen social, transmitido transgeneracionalmente, era atribuido a las figuras edípicas. Estas transferencias regresivas así como las defensas contra la agresión, parecieron infiltrar al Yo y al Superyó posteriores al trauma en los sobrevivientes y luego, por telescopaje, en sus hijos. Los sentimientos de culpa de los padres por haber sobrevivido llevaban a estos hijos a ser una víctima sacrificial".

<http://www.chasque.net/frontpage/relacion/0004/freudiana.htm>

Generalidades.- "En general, se pueden rastrear en las familias de origen de las parejas infértiles, situaciones traumáticas o duelos no resueltos en relación a la sexualidad o a la procreación (niños no nacidos, abortos, partos traumáticos, muerte de la gestadora y/o del niño; muerte de un familiar en el momento del parto; maternidades sufrientes; genocidios, etc.). Estos contenidos ingresan al psiquismo a través de distintas modalidades de la identificación: enlace emocional primario, fenómenos de sugestión, de imitación, de incorporación masiva, etc. En las generaciones subsiguientes estas formas primarias de identificación tienden a expresarse al modo de una "puesta en acto", o lo que otros autores han llamado, "identificaciones alienantes", "telescopaje", "visitantes del yo".

<http://www.psinet.com.ar/rif6/702.htm>

TEMPERAMENTO

Generalidades.- "Parte biológicamente determinada de la personalidad, dependiente de los sistemas endocrinológico (las hormonas), neurológico (la anatomía del sistema nervioso) y bioquímico (las sustancias químicas del organismo, incluidas las del sistema nervioso). Las cualidades afectivas que caracterizan a una persona en función de sus formas de reaccionar y de su sensibilidad a los afectos dependen de su temperamento. De forma más general, se puede entender como el modo de ser predominante de un individuo, o la manera habitual de funcionar en él los procesos de la psique. Hipócrates (406-377 a.C.) agrupó todas las variantes individuales según el predominio de los cuatro humores corporales (sangre, linfa, bilis amarilla y bilis negra), extrayendo de esta premisa cuatro tipos de temperamentos: sanguíneo, flemático, colérico y melancólico. El temperamento sanguíneo se caracteriza por un estado de ánimo variable y con poca constancia; el melancólico, por la tendencia a estar malhumorado y triste, el apasionamiento y la hipocondría; el colérico por la irritabilidad y la voluntariedad; y el flemático por su lentitud, indiferencia y apatía. El estudio del temperamento en la época moderna empezó con E. Kretschmer, quien distinguió tres tipos fundamentales de temperamento: ciclotímico, esquizotímico y vicioso, que corresponden de una manera general a los tres tipos fundamentales de la constitución somática: pícnico, leptosómico y atlético, respectivamente. El ciclotímico, según este autor, se caracteriza por la excitabilidad sentimental, sociabilidad, afabilidad, vivacidad e inteligencia realista. Son sujetos inestables que se irritan por sucesos poco importantes, y en los tiempos en que el estado de ánimo varía cíclicamente de alegre a triste. El temperamento esquizotímico corresponde a los introvertidos delicados, idealistas, fanáticos, religiosos, etc. La tonalidad psíquica oscila entre la sensibilidad y la frialdad. El temperamento vicioso es característico de los sujetos de hábito atlético, con una tonalidad psíquica entre explosiva y flemática y una psicomotricidad lenta y mesurada. El temperamento puede también definirse como el modo y la forma en que alguien realiza algo, por ejemplo, con alegría, con seguridad, impulsividad, etc.".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- 1. La tendencia inicial de reacción frente a los estímulos ambientales, constituyendo la resultante funcional directa de la constitución corporal. No debe confundirse con *Carácter*, que es el "tipo de reacción" predominantemente exhibida frente a los diversos estímulos. 2. El efecto integral que ejercen sobre la vida mental de un individuo los cambios químicos o metabólicos que tienen lugar en su organismo. (McDougall). 3. Se diferencian varios tipos y grados temperamentales, conforme a la manera en que dichos factores modifican el carácter del individuo y la intensidad y orientación de sus respuestas a estímulos específicos y frente a situaciones determinadas.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Temperamento, constitución y carácter.- Bleger distingue temperamento de constitución y de carácter. "La *constitución* está dada por las características somáticas, físicas, más básicas y permanentes. Depende fundamentalmente de la herencia biológica, pero no está libre de la influencia de los factores ambientales y psicológicos. El *temperamento* está constituido por las características afectivas más estables y predominantes. Se lo ha considerado siempre como el aspecto funcional o dinámico de la constitución, en el sentido de su origen totalmente hereditario. Las influencias ambientales durante los primeros años de vida son, sin embargo, de gran importancia tanto para la formación de la constitución y el temperamento, como para la de la personalidad total. El *carácter* está dado por las pautas de conducta más habituales o persistentes; para ellas, se admite la influencia predominante del medio ambiente".

TENSIÓN

Definición.- Término general que denota trastornos en el equilibrio perfecto. El trastorno emocional es la característica principal de las hipertensiones. Angustia, irritabilidad, incoordinación e hiperactividad son los síntomas más comunes de los trastornos. Según Kempf, 1918, y Cannon, 1929, las bases de la tensión están en la actividad de la porción simpática del sistema nervioso autónomo. Las tensiones fisiológicas y psicológicas se consideran como el resultado a situaciones tales como frustraciones continuas, estimulaciones súbitas y preocupaciones prolongadas. De acuerdo con el *Psicoanálisis* las tensiones no resueltas pueden tener un efecto perjudicial para la salud.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

TEOREMA DE THOMAS

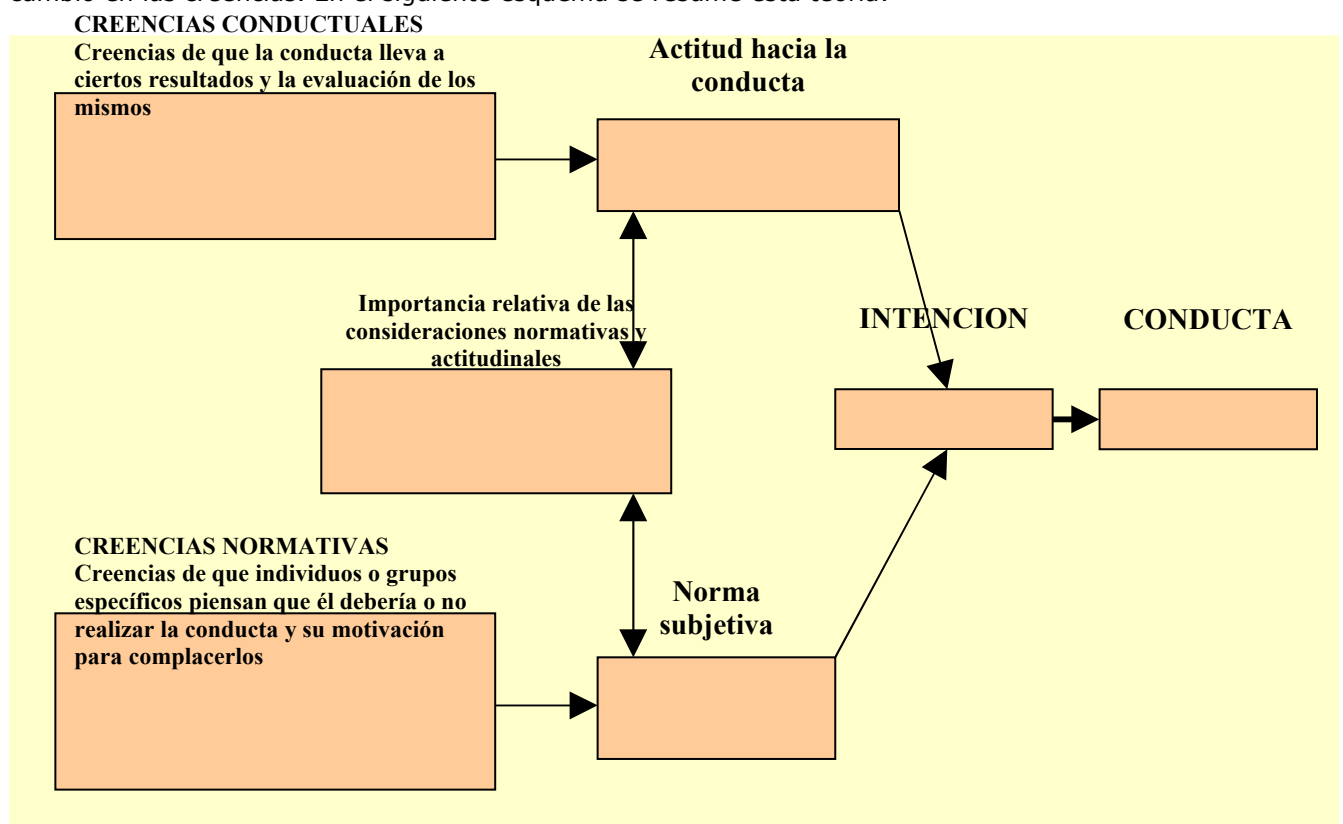
Generalidades.- “El teorema de Thomas -según Merton- postula que “si el hombre define situaciones como reales, ellas son reales en sus consecuencias”. Merton relaciona el teorema de Thomas con lo que él mismo llama la “predicción creadora”, que consiste en el hecho de que la predicción de un suceso actúa ya como causa para originarlo. Según el propio Merton, se trata de “un mecanismo por el cual un error de buena fe engendra su propia realización ilegítima, produciendo las mismas circunstancias que erróneamente se supuso existir” (página 42).

Bleger José (1965) Psicología de la conducta. Buenos Aires: Eudeba. 3º edición.

TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA

Generalidades.- La Teoría de la Acción Razonada puede ser utilizada para entender la conducta del uso del condón en las mujeres, y como esa información puede ser usada para educar, incrementando el uso de condones entre las mujeres, que son las más proclives a contraer Sida.

Teoría de la acción razonada.- Esta teoría afirma que las conductas son una función de las intenciones para realizar esas conductas. Estas intenciones están a su vez determinadas por creencias conductuales y normativas respectivamente. Por tanto, un cambio en las conductas depende en última instancia de un cambio en las creencias. En el siguiente esquema se resume esta teoría:



El criterio conductal.- Primero debemos identificar la conducta que vamos a estudiar, y para ello debemos tener en cuenta cuatro aspectos de la conducta: acción, objeto, contexto y tiempo. Esto significa que

toda acción ocurre con respecto a determinado objeto, en un contexto dado y en un tiempo determinado. Si cambia alguno de estos elementos, cambia la conducta. Por ejemplo usar un condón es una conducta diferente a comprar un condón, pues cambió la acción. También puede cambiar el contexto: no es lo mismo usar el condón con el cónyuge que con un amante; aquí la conducta también habrá cambiado.

Predecir la conducta a partir de las intenciones.- La teoría de la acción razonada asume que la conducta de las personas depende de una decisión voluntaria, y por lo tanto dependen de la intención para realizarla. Conociendo la intención por realizar cierta conducta, podemos predecir si la conducta ocurrirá o no, siempre con algún grado de probabilidad.

Predecir las intenciones a partir de las actitudes y las normas subjetivas.- A su vez, para poder predecir la intención nos basamos en el conocimiento sobre las actitudes de esa persona y sus normas subjetivas. La actitud son los sentimientos positivos o negativos que tenga la persona hacia la realización de la conducta. La norma subjetiva es la percepción de la persona acerca de las presiones sociales que lo llevan a realizar o no realizar la conducta.

Así, los individuos tendrán intención por realizar una conducta no solamente cuando tengan una actitud positiva hacia ella, sino también cuando crean que otras personas importantes para ellos piensan que la debería realizar.

La importancia relativa de estos dos factores que determinan la intención varía mucho de un individuo a otro y de una conducta a otra. En algunos casos es más importante las actitudes que las normas subjetivas, o viceversa.

Si se desea cambiar una intención por realizar una conducta determinada, deberemos reforzar la actitud hacia esa intención y las normas subjetivas que la fomentan.

La estructura cognoscitiva subyacente.- Esta estructura está conformada por creencias: tanto las creencias conductuales como las creencias normativas. Este conjunto de creencias determinará la intención para realizar la conducta.

La actitud de una persona para realizar una conducta está dada en función de sus creencias más importantes (predominantes en la mente) que le indican que al realizar la conducta logrará ciertos resultados y la evaluación personal de los mismos. Si uno cree que la realización de la conducta llevará a una consecuencia negativa, o a la evitación de una consecuencia positiva, entonces esto determinará una actitud negativa, la que influirá a su vez negativamente en la intención de la conducta. Como resultado, la persona tendrá pocas probabilidades de realizarla.

Con respecto a las normas subjetivas, en términos generales una persona que cree que la mayoría de los referentes con los cuales está de acuerdo piensan que debería realizar la conducta, percibirá presión social para llevarla a cabo.

Con el fin de cambiar o reforzar actitudes hacia llevar a cabo una conducta dada, uno debe cambiar o reforzar las creencias normativas importantes y/o la motivación para actuar de acuerdo al grupo.

Al respecto deben tenerse en cuenta cuatro puntos importantes:

a) Importancia: Con el fin de desarrollar intervenciones efectivas, se debe primero determinar los resultados y referentes que son importantes para la conducta en la población considerada. Por ejemplo, las consecuencias importantes que se piensan cuando se considera usar condón, pueden ser muy diferentes cuando se considera pedir a la pareja que use un condón.

b) Seleccionar las creencias-objetivo: una vez identificados los logros y referentes importantes, debemos decidir cuales de estas creencias conductuales y normativas serán objetivo de la investigación. Esta decisión dependerá de cuál de ambos tipos de creencias tengan más peso en la conducta investigada. Muchas intervenciones fallan porque no se toman en cuenta las creencias adecuadas. Si elegimos la creencia adecuada podremos cambiar las actitudes de las personas, y por tanto su intención de realizar la conducta.

c) Determinaciones múltiples: Como las creencias que tiene una persona son muchas, el cambio en alguna de ellas puede no ser suficiente para producir un cambio en la actitud y la intención, razón por la cual deben tomarse varias creencias importantes.

d) La regla de la correspondencia: Así como la intención puede corresponder exactamente al comportamiento que se quiere predecir, cambiar o entender, así también las creencias deben corresponderse con la intención. Por ejemplo si se desea cambiar la intención de una mujer de decir a su esposo que use condón, se debe cambiar su actitud o norma subjetiva con respecto a "decir a mi esposo que siempre use condón" y para ello se deben cambiar sus creencias acerca de decir a su esposo que siempre use condones.

Esta teoría de la acción razonada fue aplicada al estudio de los determinantes de la intención de las estudiantes de universidades norteamericanas con experiencia sexual, de decir a sus parejas que usaran condón cada vez que tuvieran relaciones sexuales. Según la teoría de la acción razonada, esa intención dependerá de sus actitudes y normas subjetivas, como quedó dicho. En las investigaciones hechas se comprobó por ejemplo que tenían más peso las actitudes que las normas subjetivas.

Condensado de Fishbein Martin (1984) Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón". Artículo.

TEORÍA DE LA GESTALT

Raíces históricas.- Wertheimer funda el movimiento gestáltico, Kohler lo difunde y Koffka sistematiza la teoría de la Gestalt o Gestalt Theorie. Sobre ellos ejercieron una influencia previa la filosofía, la psicología y la física.

La influencia filosófica proviene del empirismo, que influyó a su vez a von Helmholtz, y de la filosofía kantiana, que influyó a su vez sobre Hering y sobre la psicología del acto de Brentano. Por su parte, Hering consideró que el orden espacial de la percepción visual es innato, dado a priori, mientras que el espacio real visual es construido en la experiencia. La influencia kantiana se aprecia en la idea de Hering de que el elemento organizador de la percepción es dado a priori.

Dos ideas de Kant influyen sobre Brentano: el elemento organizador de la percepción es innato a priori, y lo psíquico es acto, no sustancia pensante, consistiendo la actividad del sujeto en ordenar los datos sensibles caóticos.

Von Helmholtz diseñó un método experimental en psicología que fue tomado por Wundt aplicándolo al estudio de los fenómenos psíquicos. Tanto Wundt como Brentano parten de la experiencia inmediata concibiéndola como un proceso psíquico, pero mientras Wundt estudia el contenido psíquico con el método experimental (psicología del contenido), Brentano estudia la actividad misma de representar contenidos (psicología del acto).

Brentano y Wundt a su vez ejercieron influencia en la escuela austríaca (von Ehrenfels), la que, a diferencia del elementalismo de Wundt, no intenta reducir la percepción a elementos últimos. Por su parte, von Ehrenfels siguiendo a Brentano preanuncia la posibilidad de una experimentación distinta en la 'nueva psicología', al concluir que el mismo acto psíquico es el que organiza los estímulos. La crítica de la escuela austríaca al elementalismo inspira al movimiento gestáltico.

Condensado de Bollini M (1986) Material para la cátedra de Escuelas Psicológicas, de la carrera de psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires.

TEORÍA DEL CAMPO

Teoría del campo y espacio vital.- Lewin usó el concepto de 'campo de fuerzas' de la física para analizar y comprender la conducta humana, y lo describió como una totalidad de hechos coexistentes y mutuamente interdependientes. Cada individuo existe en un campo psicológico de fuerzas que determina y limita su conducta. Este campo psicológico circunda cada individuo y se llama "espacio vital", que es un espacio subjetivo, porque se refiere a como cada individuo percibe el mundo. El miedo a la oscuridad por ejemplo forma parte del espacio vital del niño, pero no del adulto.

El espacio vital de una persona son sus metas conscientes e inconscientes, sus sueños, esperanzas, miedos, experiencias pasadas y expectativas futuras. Estos son aspectos subjetivos, pero el campo tiene también aspectos objetivos como por ejemplo las condiciones ambientales (físicas y sociales), que contribuyen a limitar el campo psicológico.

Si no hay cambios en el campo psicológico, no habrá cambios en la conducta de la persona, y viceversa. Sin embargo puede haber tensiones en el campo, como por ejemplo cuando se oponen entre sí fuerzas impulsoras (que impelen hacia una meta) y restrictivas, ambas iguales aunque de considerable poder.

Lewin cita el ejemplo de una pareja matrimonial para ilustrar los elementos subjetivos y objetivos en el campo social (o espacio compartido por ambos). En general, puede decirse que los espacios vitales del marido y de la mujer sufrirán cambios cuando ambos interactúan en el campo social. Suele suceder, de hecho, que cada cónyuge espere cierta conducta del otro (elementos subjetivo) y luego compruebe en el campo de interacción social que la conducta resultó ser otra (elemento objetivo), con lo cual se generan malentendidos. Para evitar estos últimos, cada cónyuge debe comunicar su espacio vital al otro con el fin de igualarlos o compatibilizarlos.

El "campo en un momento dado".- Lewin sostuvo que la conducta de una persona depende de su campo psicológico tal como está "en ese momento", y muchos lo criticaron porque parecía desestimar la influencia del pasado en la conducta actual. Sin embargo, Lewin cuestionó esa crítica, diciendo que el pasado influye, en efecto, continuamente en la conducta (así como también el futuro) pero siempre y cuando dicho pasado influya en el campo presente "aquí y ahora".

Debido a que el adulto puede ver más lejos en el pasado y el futuro, dispone de más cursos de acción que, por ejemplo, un niño, debido a que las influencias psicológicas del pasado y el futuro son mayores. También dijo que tanto en el presente, en el pasado y en el futuro existe un espacio vital real y otro espacio vital irreal (o fantaseado), que no necesariamente coinciden.

El principio de Lewin según el cual la conducta actual depende solamente de la situación actual se llama principio de contemporaneidad, y los formuló en forma matemática mediante la expresión (aquí simplificada) de $c(t) = f(s)t$, lo que significa que la conducta (c) en un tiempo t, es función (f) de la situación en ese mismo tiempo t.

Lewin reveló y aplicó este principio estudiando la regresión psicológica. Por empezar criticó la concepción freudiana de regresión, diciendo que el tiempo no puede volver atrás, y por tanto menos aún la libido. La conducta regresiva debe explicarse en función de un campo vital tal como está en el "aquí y ahora", en el momento de ocurrir la conducta, un espacio vital donde momentáneamente el sujeto no puede alcanzar

una meta madura por existir una barrera, y opta por una meta más inmadura para, al menos, procurarse un mínimo de satisfacción a través de la descarga de la tensión.

Topología y matemática.- En la década del '30 Lewin propone el empleo de una rama de la geometría, la topología, para representar la conducta y su campo vital. Con ella intentaba construir un lenguaje común para psicólogos de diversas orientaciones, y al mismo tiempo dar mayor rigor científico a la psicología, aunque era enemigo de las formalizaciones prematuras. La topología implica representar con un rombo el espacio vital de una persona, dibujando dentro de él regiones, barreras, fuerzas operantes y metas disponibles. En rigor, la topología no procura conocimiento nuevo pues se reduce a combinar elementos ya conocidos, y este enfoque matemático, luego de la muerte de Lewin tendió a perder vigencia.

Condensado de Board, Robert De (1980) El psicoanálisis de las organizaciones. Buenos Aires: Paidós.

Generalidades.- El concepto de "campo" surge de la física, pero fue Kurt Lewin (1890-1947) quien inició y condujo la aplicación de la teoría del campo a todas las ramas de la psicología. Esta teoría es un conjunto de conceptos por medio de los cuales es posible representar la realidad psicológica. Estos conceptos han de ser lo suficientemente amplios como para posibilitar su aplicación a toda clase de conductas, y al mismo tiempo lo suficientemente específicos como para representar a una persona definida en una situación concreta.

La teoría lewiniana del campo presenta tres características:

- 1) La conducta es una función del campo existente en el momento en que aquella tiene lugar.
- 2) El estudio comienza analizando la situación como un todo a partir del cual se diferencian las partes componentes.
- 3) La persona concreta en una situación concreta, puede ser matemáticamente representada.

Lewin destaca la presencia en una situación concreta de fuerzas subyacentes como determinantes de la conducta, y entonces define "campo" como "la totalidad de hechos coexistentes concebidos como mutuamente independientes".

Condensado de Hall y Lindzey, La teoría del campo y la personalidad.

Generalidades.- La teoría del campo se propone representar relaciones psicológicas por medio de conceptos topológicos y vectoriales. Esta tarea merece los siguientes comentarios:

- 1) La teoría del campo sostiene que la conducta se explica a partir de todos los hechos coexistentes interrelacionados entre sí en un 'campo dinámico', donde cada parte depende de las demás. Este campo dinámico debemos representarlo espacialmente, pero no mediante un espacio físico sino psicológico. Es el llamado 'espacio vital', que incluye a la persona y a su ambiente psicológico. Las partes, allí, están interrelacionadas, y así Hull por ejemplo relaciona una respuesta X no con un solo estímulo sino con una multitud de factores diversos de los cuales depende la conducta X. En general, la conducta C depende (o es función de) la persona P y el ambiente A, siendo P y A dos variables interdependientes a su vez: $C = f(P \leftrightarrow A)$

Lo cual significa que la conducta depende de la interacción entre la persona que ejecuta la conducta y el ambiente donde ella está.

- 2) Para poder representar un campo psicológico necesitamos otra geometría, no la convencional o euclidiana, llamada geometría hodológica (hodon = camino) donde se puedan representar ideas como 'aproximación' o 'retraimiento' sin que carezcan de valor psicológico. Esta geometría permite una representación adecuada de muchos procesos psicológicos progresivos, como la evolución del sujeto desde que nace hasta la adultez, la evolución de un grupo, o los cambios que sufre una persona cuando se propone alcanzar una meta por determinados caminos.

- 3) En el siglo pasado el asociacionismo surgió de la idea que lo importante en la conducta era su causa, la cual estaba localizada siempre en el pasado, desconfiándose de las explicaciones teleológicas, que explican la conducta por su finalidad (en el futuro). Por ello se evitaron términos como 'meta', 'previsión', etc, que escondían una referencia teleológica.

La imposibilidad de soslayar conceptos tan importantes como 'meta', 'voluntad' y otros, hizo que los asociacionistas tuvieran que incluirlos a costa de modificar sus teorías; explicaron así por ejemplo el alcanzar una meta o generar una intención a partir de asociaciones particularmente poderosas.

La teoría del campo sostiene que la conducta no depende del pasado ni del futuro, sino del campo presente: este campo tiene una cierta profundidad temporal pues incluye un pasado, un presente y un futuro psicológicos, pero son el pasado, el presente y el futuro de un momento dado (hoy yo puedo considerar el futuro de una manera, y mañana de otro). La conducta de una persona es función de ese campo presente, del aquí y ahora, del instante en que ocurre la conducta.

- 4) Mediante las herramientas conceptuales que provee la geometría hodológica y la matemática es posible estudiar hechos psicológicos tales como las necesidades, las gratificaciones, etc. Es posible también estudiar cómo gratificar una necesidad o sustituirla por otra, e incluso medir el valor sustitutivo. La sustitución de una meta por otra implica nuevas metas y otro nivel de aspiración. Lo importante es que con aquellas herramientas conceptuales se pueden estudiar las interrelaciones entre muchos factores (insight, aprendizaje, afectividad, frustración, productividad, rigidez, etc) que están actuando siempre juntos en un momento dado del espacio vital: el aquí y ahora, y a partir de allí se puede predecir qué

conducta desarrollará tal persona en tal momento. Esta es la utilidad de esas herramientas, que son la geometría topológica (topos = lugar), la geometría hodológica, y otras semejantes.

Condensado de Lewin Kurt, La teoría del campo en la ciencia social. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

Críticas a la teoría del campo.- La teoría del campo ha recibido dos tipos de críticas: por un lado los psicólogos interesados en la estricta derivación lógica dicen que la teoría de Lewin no sigue el orden lógico definición / suposición / conclusión. Por otro lado autores como French le criticaron el haber planteado primero una psicología topológica de tipo matemático y luego buscar hechos para ajustarlos a dicho modelo.

Lewin replica que él comenzó estudiando y midiendo hechos (la asociación, la voluntad, los hábitos, etc) y recién después ideó los constructos que permitiesen comprender aquellos hechos relacionándolos entre sí ('sistema de tensión', 'intención', etc). Por ejemplo, distinguió los hábitos de necesidad (alcoholismo) de los hábitos de ejecución (mover una palanca después de otra) diciendo que los primeros representan una 'tensión' o sea, son una fuente de acción, pues el sujeto actúa movido por una necesidad de reducir una tensión.

Por tanto, Lewin replicó que él primero observó y experimentó con los hechos y sólo después, lenta y gradualmente fue construyendo la teoría topológica del campo, es decir, un conjunto de constructos dinámicos para poder relacionar y así explicar los diferentes hechos de la psicología. La psicología no puede explicarlo todo con un solo constructo (como asociación, gestalt, o instinto): debe usar varios constructos interrelacionados lógicamente, interrelación que además de lógica debe reflejar con máxima fidelidad los hechos observados. Para Lewin esta formalización de la psicología es un medio necesario para unificar todas las teorías psicológicas. La teoría además, debe surgir en armonía con los hechos: si los hechos no están de acuerdo con la teoría es inútil seguir sosteniendo ésta en forma ad hoc. Hay que cambiarla.

A Lewin se le ha criticado que no toma demasiados casos para confirmar una teoría, pero él responde que ciertas hipótesis no requieren un número grande de casos para ser confirmada, aunque otras sí.

Ejemplo: el problema de cuando una persona reanuda un actividad cualquiera luego de una interrupción. Si acá el problema es saber si la frecuencia de reasunción depende del punto donde se hizo la interrupción, entonces sí se necesitan muchos casos para confirmar esa hipótesis y además mediciones muy precisas. Pero si el problema es saber si una necesidad o tensión genera una intención en la conducta, entonces bastan mucho menos casos pero variados entre sí: casos donde hay tensión y casos donde no la hay, para ver si en cada uno se genera o no una intención. O sea que para probar una teoría sobre sistemas de tensión res más importante la variedad que la cantidad.

Condensado de Lewin Kurt, La teoría del campo en la ciencia social. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

Críticas a la teoría del campo.- La teoría E-R criticó a la teoría del campo que no expresó sus conceptos en términos puramente físicos. La teoría del campo replica a estos que muchos conceptos como 'frustración' o 'sentimiento de pertenencia' deben definirse psicológicamente y no físicamente. En otros aspectos hay coincidencia entre ambos enfoques, pues ambas teorías atienden la necesidad de formular los conceptos también cuantitativamente, y de elaborar una teoría lógicamente bien armada, con supuestos de los cuales inferir derivaciones. También coinciden en la necesidad de las definiciones operacionales.

Una diferencia con la teoría E-R es que la teoría del campo no trata el concepto de frustración en sentido popular, donde quiere decir muchas cosas distintas, sino como 'concepto' científico o 'elemento de construcción', el cual se define luego operacionalmente y luego se elabora un análisis cualitativo, como por ejemplo la relación entre frustración y agresión. Además, tal concepto científico debe poder ser tratado cuantitativamente mediante conceptos matemáticos.

Lewin advierte que conceptos como 'frustración', 'esperanza' o 'amistad' no deben definirse a partir de las meras apariencias (pues fenoménicamente hay muchos tipos de frustración, de amistad, etc) sino mediante una fórmula matemática donde combinamos constructos como 'campo psicológico', 'tensión', 'meta', etc, así como en química definimos químicamente una sustancia mediante una fórmula donde se combinan varios átomos.

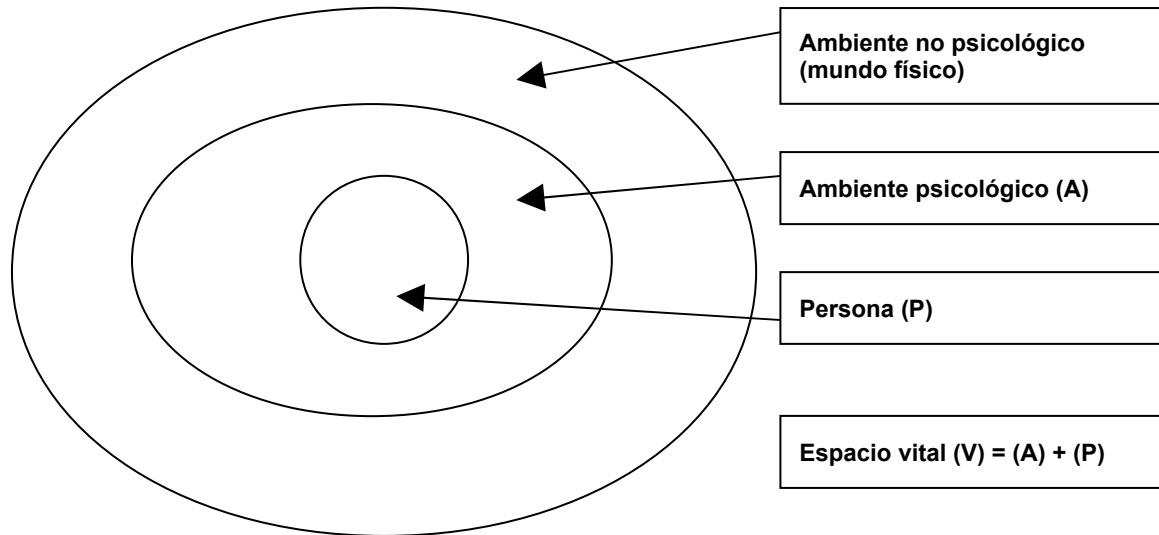
Condensado de Lewin Kurt, La teoría del campo en la ciencia social. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 2.

Teoría del campo y estructura de la personalidad.- Para definir a la persona como concepto estructural hay que reemplazarla como una entidad de toda otra cosa del mundo, ya sea mediante palabras o mediante representaciones espaciales (que a diferencia de las palabras pueden ser tratadas matemáticamente). Así, Lewin recurre a representaciones espaciales con el objeto de matematizarlas.

La matemática de Lewin está destinada a representar las interconexiones y las comunicaciones entre regiones espaciales, sin considerar su tamaño ni su forma.

Mediante esta figura se conceptualizan dos proposiciones sobre la persona: 1) su separación del resto del mundo por medio de un límite continuo, o sea, la diferenciación de la persona; 2) su inclusión en un área más amplia: relación parte-todo.

La persona interactúa con su ambiente. Para representar la realidad psicológica Lewin dibuja otra figura cerrada mayor que la de la persona, de forma elíptica, que la incluye, y que corresponde al ambiente psicológico. Esta figura no puede compartir los límites del círculo de la persona, debiendo haber un espacio entre ellas:



El espacio vital es el universo del psicólogo. El todo de la realidad psíquica: contiene la totalidad de los hechos posibles capaces de determinar la conducta de una persona; incluye todo cuanto es necesario conocer para comprender a un individuo concreto en un ambiente psicológico y un momento determinados. "La conducta es una función del espacio vital": $C = f(V)$.

El espacio vital está rodeado por el mundo físico, pero esto no significa que sea de este último. El espacio vital y el que está más allá de él son regiones separadas y diferenciadas de una totalidad más amplia. Los hechos que tiene lugar en la región exterior y adyacente a los límites del V (espacio vital) se ubican en la llamada "corteza externa del espacio vital", y según Lewin, pueden influir materialmente en el ambiente psicológico, es decir, los hechos no psicológicos están en condiciones de modificar los hechos psicológicos y de hecho, lo hacen. El estudio de la corteza externa se llama "ecología psicológica".

Los hechos existentes en los límites del V contribuyen a determinar qué es posible y qué es imposible, qué puede o no suceder en el espacio vital V. Asimismo, los hechos del ambiente psicológico pueden producir cambios en el mundo físico.

Hay por lo tanto una doble comunicación, y el límite entre ambos dominios tiene la propiedad de la permeabilidad. El mundo físico no se comunica directamente con la persona sino lo hace a través del ambiente psicológico.

Otra propiedad del espacio vital es la siguiente: aunque la persona está rodeada de un ambiente psicológico, no constituye una de sus partes, ni está incluida en él.

La membrana, el límite entre la persona y el ambiente psicológico, también es permeable, y por tanto hay una mutua influencia también.

La persona diferenciada.- Según Lewin la persona es una estructura heterogénea subdividida en sectores distintos aunque intercomunicados e interdependientes:

En primer término se divide a la persona en dos partes con dos círculos concéntricos:

- 1) La superficie periférica o círculo externo es la "región perceptivo-motriz" (PM).
- 2) La superficie central o círculo interno representa la "región interna" (PI) que queda rodeada por el área perceptivo-motriz y no tiene contacto directo con el límite que separa la persona del ambiente psicológico.

En segundo término, el PI se divide en células de dos tipos:

- 1) Las periféricas (p) adyacentes a la región perceptivo-motriz.
- 2) Las centrales (c) en el centro del círculo.

Lewin no estructura en dos el sistema perceptivo-motriz, considerando que cuando la influencia se dirige desde la persona hacia el ambiente, ello representa lo motor, y cuando se dirige desde el ambiente hacia la persona, ello representa los procesos perceptivos. Este enfoque coincide con el del sentido común, según el cual la entrada o INPUT es la percepción, y la salida o OUTPUT la acción motriz.

En suma, la persona es la región diferenciada dentro del V.

Respecto del *ambiente diferenciado*, la diferenciación interna del ambiente no es idéntica a la de la persona; no requiere una especificación de diversas clases de regiones ambientales; nada hay en el ambiente que sea comparable con el estrato perceptivo-motor o con la esfera interna PI, siendo todas sus regiones semejantes.

Conexiones entre las regiones.- El espacio vital consiste en una red de sistemas intercomunicados. Cada una de las sub-regiones del ambiente contiene un hecho psicológico, y este hecho no aparece sino en una región por vez.

Dos regiones están conectadas cuando, 1) existe comunicación entre un hecho de una de ellas y uno de la otra; y 2) cuando los hechos de una de ellas son accesibles para los de la otra.

Hay distintos modos de representar el grado de accesibilidad existente entre las regiones: cercanía-lejanía, firmeza-debilidad, fluidez-rigidez:

La dimensión cercanía-lejanía consiste en ubicar las regiones estrechamente unidas cuando la influencia de una sobre la otra es grande y muy distante cuando la influencia es débil.

En cuanto a la división firmeza-debilidad, el grado de conexión o interdependencia depende no solo del número de límites que han de ser atravesados, sino también del poder de la resistencia ofrecida por el límite. Si la resistencia es fuerte la influencia será escasa y viceversa. El espesor de la línea representa la resistencia del límite o su permeabilidad: una línea gruesa es un límite impermeable, y una fina un límite permeable. No siempre el límite es igualmente permeable de ambos lados.

La dimensión fluidez-rigidez responde a la calidad del suelo o superficie de la región: si el medio es fluido, flexible y blando, responde a cualquier influencia ejercida sobre él. Si es rígido, duro o inflexible, se resiste al cambio.

Todas las situaciones son momentáneas, no existe nada fijo ni estático: están en constante cambio, resultante de la acción dinámica de las fuerzas. Por ejemplo un límite fuerte puede tornarse débil, el número de regiones puede aumentar o disminuir, etc.

Cantidad de regiones.- La cantidad de regiones existentes en el espacio vital es determinada por la cantidad de hechos psicológicos diferenciados que existen en un momento dado.

Ejemplo: cuando los hechos son tan solo dos, la persona y el ambiente, hay solo dos regiones en el espacio vital; si el ambiente contiene dos hechos, juego y trabajo, debe ser dividido en un área de juego y otra de trabajo, etc.

Los hechos principales de la región interna se llaman "necesidades", en tanto los del ambiente psicológico se llaman "valencias". Cada necesidad ocupa una célula diferenciada dentro del PI y cada valencia una región diferenciada dentro del ambiente psicológico.

La persona en el ambiente.- Cuando el ambiente se diferencia en regiones limitadas, la ubicación del círculo (Persona) adquiere gran importancia ya que los hechos de la región en que esté situado estarán más próximos a la persona y ejercerán mayor influencia sobre ella.

Para comprender una situación psicológica concreta, es necesario saber en qué punto del ambiente psicológico está ubicada la persona. Ejemplo: estar en el cine pero pensando en un partido de fútbol.

Locomoción y comunicación.- La locomoción es pasar de una región a otra dentro del ambiente psicológico. Las regiones están íntimamente conectadas, son accesibles cada una respecto de la otra, y se influyen mutuamente cuando la locomoción puede hacerse fácilmente. Esta locomoción no corresponde al movimiento físico de la persona a través del espacio.

La locomoción es pasar de una región a otra pero dentro de la persona. Locomoción y comunicación resultan de la interacción de hechos, los cuales constituyen entonces acontecimientos. Hay tres principios que Lewin tiene en cuenta:

Principio de relacionalidad: todo acontecimiento resulta siempre de la interacción entre dos o más hechos. Para que exista algún tipo de locomoción tiene que haber por lo menos una persona y su ambiente.

Principio de concretez: solo están en condiciones de producir efecto los hechos concretos, los que realmente existen en el espacio vital.

Principio de contemporaneidad: solo los hechos presentes pueden producir una conducta presente. El pasado no influye.

Reestructuración del espacio vital.- Se denomina así a todos los cambios estructurales o acontecimientos que se producen en el espacio vital.

Niveles de realidad.- Para lograr una representación completa del espacio vital hay que tener en cuenta una tercera dimensión que tiene que ver con los conceptos de la realidad e irrealidad: la realidad corresponde con la verdadera locomoción, y la irrealidad con la locomoción imaginaria. Entre la realidad y la imaginación pura hay distintos grados o niveles. Los límites son menos firmes a medida que avanzamos en la escala de la irrealidad.

La dimensión tiempo o perspectiva.- Las actitudes, sentimientos y pensamientos de una persona acerca del pasado o futuro pueden ejercer influencia sobre esta persona.

Condensado de Hall y Lindzey, La teoría del campo y la personalidad.

Teoría del campo y dinámica de la personalidad.- Los conceptos estructurales o topológicos con incapaces de expresar por sí solos, la conducta concreta en una situación psicológica real: para ello Lewin introduce conceptos dinámicos como energía, tensión, necesidad, valencia, fuerza (o vector).

Energía.- La persona es un complejo sistema de energía (sistema es un conjunto de propiedades dinámicas de la región personal interna). La energía que se usa en el trabajo psicológico es la energía física.

Se libera energía psíquica cuando el sistema psíquico (persona) tras haber caído en un estado de desequilibrio, procura recobrar dicho equilibrio. El desequilibrio es el resultado de un aumento de tensión que puede ser el resultado de un cambio interno o una estimulación externa. Cuando la tensión de las distintas partes del sistema es igualada, la descarga de energía se detiene y el sistema total entra en reposo.

Tensión.- Se produce cuando hay un desequilibrio. Es un estado de la región personal interna, y tiene dos propiedades importantes:

1) El estado de tensión de un sistema particular tiende a equipararse con la cantidad de tensión existente en los sistemas circundantes. Los medios psicológicos a través de los cuales se uniforma la tensión se denominan "procesos". Por ejemplo, pensar, sentir, percibir, etc.

Si bien la tensión se dirige siempre hacia una condición de equilibrio, esta propiedad que es conceptual se aplica solo al sistema en su conjunto y no a todos los sistemas parciales. Por ejemplo: un sistema parcial puede volverse cada vez más tenso en el transcurso del retorno del sistema total a una condición de equilibrio. Ejemplo, cuando tenemos que hacer un rodeo para cumplir una tarea. El estado de equilibrio no implica entonces que el sistema carezca de tensión. Definimos equilibrio entonces como una uniformidad de la tensión a lo largo del sistema total, o bien el aislamiento (de los otros sistemas personales internos) del sub-sistema que conserva una desproporcionada cantidad de tensión.

2) La tensión ejerce presión sobre los límites del sistema. Desde el punto de vista dinámico un límite es una zona de resistencia a una barrera que corresponde a fuerzas restrictivas.

Necesidad.- Tanto el aumento de la tensión como la liberación de energía indeterminada región personal interna son originarios por la aparición de una necesidad.

La necesidad constituye un estado fisiológico (hambre, sed) o el deseo de algo o la intención de hacer algo. Es un concepto motivacional y equivale a términos tales como motivación, impulso, etc.

Para Lewin hay tantas necesidades como deseos específicos y discernibles, y cada uno constituye un hecho concreto. Se pueden distinguir tres estados de necesidad: 1) de hambre, 2) de saciedad y 3) de sobresaturación (el objeto o la actividad llegaron a ser desagradables).

Lewin distingue entre necesidades y cuasinecesidades. Las primeras obedecen a un estado interno (la sed), y las segundas corresponden a una situación específica (comer en determinado lugar). Todas las necesidades están siempre determinadas por factores sociales. Lewin no vincula directamente la necesidad o la tensión con la acción motora, sino que liga la necesidad a ciertas propiedades del ambiente, las cuales determinan el tipo de locomoción que ocurrirá. Utiliza al respecto los conceptos de valencia y de fuerza.

Valencia.- Es una propiedad de una región del ambiente psicológico que consiste en el valor que esa región posee para la persona. Hay valencias positivas y negativas. Una región de valor positivo es aquella que contiene un objetivo capaz de reducir la tensión si la persona ingresa en ella. Una región de valor negativo es aquella capaz de aumentar la tensión. Toda valencia está coordinada con una necesidad, ya que las necesidades imparten valores al ambiente. El poder de una valencia depende de la fuerza de la necesidad y de otros factores. Pero la valencia no es una fuerza y por lo tanto no produce la locomoción, ni la tensión tampoco, por eso Lewin usa otro concepto, el de la fuerza.

Fuerza o vector.- Siempre que una fuerza actúa sobre la persona se produce una locomoción. Aunque esté coordinada con la necesidad, la fuerza no constituye una tensión, pues ella existe en el ambiente psicológico y la tensión es una propiedad del sistema personal interno.

Las tres propiedades de la fuerza -dirección, potencia, punto de aplicación- se representan mediante un vector, el cual se dibuja siempre en el exterior de la persona porque las fuerzas psicológicas son propiedades del ambiente, no de la persona. Si tan solo actúa un vector sobre la persona (que es el punto de aplicación) habrá una locomoción o una tendencia en la dirección del vector, y si en cambio, la empujan dos o más vectores de distinta dirección, la locomoción resultante será el producto total de las fuerzas.

El concepto de necesidad es el concepto nuclear de Lewin en torno del cual agrupa los restantes: la necesidad libera la energía, aumenta la tensión, imparte valores y crea fuerzas.

La locomoción se expresa por medio de los conceptos de necesidad, tensión, fuerza, valencia, barrera, las 3 propiedades del medio, la dimensión realidad-irrealidad, y la perspectiva temporal.

Reestructuración dinámica del ambiente psicológico.- La reestructuración es factible, como resultado de cambio en los sistemas tensionales de la persona, como producto de una locomoción, como producto de procesos cognitivos (insight) o como producto de la intrusión de factores extraños, provenientes de la corteza externa.

Retorno al equilibrio.- El fin último de todo proceso psicológico es hacer volver a la persona a un estado de equilibrio. Ese equilibrio se puede alcanzar de distintas maneras. Entre ellas: 1) locomoción en el ambiente psicológico que conduce a la persona a una región de objetivos satisfactorios; 2) locomoción sustitutiva, o proceso que requiere la existencia de dos necesidades íntimamente relacionadas o independientes de manera que la satisfacción de una de ellas descargue la tensión del otro sistema de necesidad; y 3) locomoción puramente imaginaria: imaginarse haciendo algo que provoca cierta satisfacción.

Condensado de Hall y Lindzey, La teoría del campo y la personalidad.

Teoría del campo y desarrollo de la personalidad.- Lewin prefiere una teoría puramente psicológica por la cual no le da mucha importancia a la influencia de la herencia y la maduración, ya que están fuera del espacio vital.

Lewin investigó sobre el premio y el castigo, que según sus análisis producen cambios en los vectores, valencias y límites del ambiente psicológico y en los sistemas tensionales de la persona.

Cambios de la conducta.- Lewin estudia los cambios de la conducta que ocurren durante el desarrollo y estudia como se pueden representar por medio de los constructos de la teoría del campo. Entonces:

Variedad: A medida que el individuo crece, aumenta la variedad de sus actividades, emociones, necesidades, información y relaciones sociales.

Organización.- Con la edad la organización cambia, llega a ser más complicada (poder hablar y dibujar, etc.).

Extensión de las áreas de actividades: El niño mayor tiene más libertad de movimientos que el bebé. El tiempo adquiere mayores dimensiones, pues a medida que crece, empieza el niño a pensar en el pasado y en el futuro y a ver el presente como un segmento temporal más amplio.

Interdependencia de la conducta: La conducta del niño comprende reacciones difusas en todo el cuerpo. Lewin llama a esto interdependencia simple, o sea, un estado no diferenciado. Con la madurez se producen diferenciaciones en la conducta. Lewin denomina interdependencia organizacional a la combinación e integración de actividades en una amplia totalidad. A medida que el chico crece, su actividad masiva disminuye, la organización jerárquica aumenta y el grado de unidad (basado en la interdependencia organizacional), fluctúa.

Grado de realismo.- A medida que crece la persona, se orienta cada vez más hacia la realidad. El niño pequeño no discrimina fácilmente entre lo real y lo imaginario.

Conceptos evolutivos.- Mediante los cuales Lewin conceptualiza los cambios en la conducta. En primer lugar está la diferenciación, que es el aumento del número de partes de un todo. Con la edad el número de regiones de la parte personal interna, aumenta, y también el ambiente psicológico se vuelve cada vez más diferenciado.

Propiedad de los límites.- Otro concepto evolutivo, que alude a que con la mayor diferenciación se produce un aumento del número de los límites. En general los límites del niño son menos firmes que los del adulto. Los límites de la dimensión realidad-irrealidad y los de la perspectiva temporal presentan debilidad, propia de la infancia.

Integración.- Para explicar porqué la organización y la integración de la conducta aumentan con la edad, Lewin emplea el concepto de interdependencia organizacional: a medida que el bebé madura, la influencia entre los sistemas tensionales vecinos pierde su carácter mutuo y recíproco y la relación es de tipo director-dirigido. Los sistemas distantes entre sí pueden dominarse y dirigirse unos a otros, estableciéndose así toda una jerarquía de relaciones dominante-subordinante.

Etapas de desarrollo.- Para Lewin el desarrollo constituye un proceso continuo en el cual es difícil reconocer períodos discretos. Sostiene que alrededor de los 3 años se producen importantes cambios evolutivos, seguidos por una etapa de relativa estabilidad hasta la adolescencia, período de reorganización dinámica que culmina finalmente con la estabilidad de la edad adulta.

Regresión.- A lo largo del desarrollo, periódicamente se producen regresiones. Lewin distingue entre regresión y retrogresión. La retrogresión es un retorno hacia las primeras formas de conducta incluidas en la historia vital de la persona. La regresión es volver hacia una forma primitiva de conducta con prescindencia de si la persona en cuestión se ha comportado alguna vez de esa manera. Se produce por angustia o por frustración.

Condensado de Hall y Lindzey, La teoría del campo y la personalidad.

El campo en un momento dado.- *La teoría del campo y el espacio de fase.*- Al principio, una nueva idea científica se la ve como puro desatino; luego se la objeta como mera terminología nueva o simplemente equivocada, hasta que por último todos pretenden haber seguido siempre esa teoría. Muchas variaciones del psicoanálisis o de la teoría del reflejo condicionado siguen esencialmente la teoría del campo, pues buscan estudiar y explicar la conducta como algo dependiente de la interacción simultánea de una o más variables.

La teoría del campo, no obstante, no dice solamente que un hecho psicológico es función o depende de una multitud de factores (multitud de factores que en física se llama 'espacio de fase' y en psicología 'espacio psicológico') sino que además nos habla de un *método*. O sea, la teoría del campo es

esencialmente un método de análisis de las relaciones causales y un método de elaboración de constructos científicos.

El principio de contemporaneidad y el efecto del pasado y/o el futuro.- Un enunciado básico de la teoría del campo dice que cualquier conducta u otro cambio en el campo psicológico *sólo depende del campo psicológico de ese momento dado*. Este es el principio de contemporaneidad, que no debe malinterpretarse, pues con él no se busca desmerecer los aspectos históricos y evolutivos de la persona. Cabe aclarar más este principio.

Por ejemplo, un campo psicológico puede evolucionar en el tiempo a lo largo de tres momentos: uno pasado, uno presente y otro futuro. Los tres momentos son 'genidénticos' o sea forman un sistema cerrado, y los cambios que ocurren en ese lapso pueden explicarse mediante leyes. Si bien la situación presente no es función de la situación pasada ni la futura, lo que sí puede hacerse es relacionar la conducta actual indirectamente con una situación pasada y una futura si todas forman un sistema cerrado y si los cambios en los periodos intermedios de tiempo pueden explicarse mediante leyes conocidas.

Como determinar las propiedades de un campo en un momento dado.- Si queremos derivar la conducta de la situación presente, debemos hacer un 'diagnóstico' de este presente, determinar sus propiedades en ese instante. Para hacer este diagnóstico podemos seguir dos pasos: 1) basarnos en la situación pasada (anamnesis), y 2) basarnos en la situación actual. Es como si quisiéramos probar la solidez de un piso indagando como se construyó hace diez años (anamnesis) o probarlo aquí y ahora saltando sobre él. El problema de la anamnesis es que mientras pasaron diez años pudieron haber ocurrido muchas cosas (el piso se debilitó, se refaccionó, etc) por lo que la teoría del campo prefiere el segundo método: el análisis de la situación 'aquí y ahora'.

Lewin entonces critica el excesivo uso de la anamnesis por parte del psicoanálisis, por caso. Tampoco debe tomarse tan al pie de la letra lo del análisis en un momento dado, pues ello no significa un momento sin extensión temporal, sino un cierto periodo de tiempo, ya que se necesita un tiempo mínimo para saber si la persona realizó una conducta, o sea si se desplazó a otra posición y con qué velocidad lo hizo. Más concretamente, si tomamos un instante 'instantáneo' de tiempo en el momento donde la persona dice 'o', al psicólogo le interesa saber a qué frase pertenece esa letra 'o', con lo cual debe considerar cierto periodo de tiempo para hacer comprensible la conducta. El periodo de tiempo a considerar dependerá del alcance de la situación, pues a veces determinar el significado de una conducta (o sea su dirección y velocidad) requiere considerar un tiempo mayor hasta hacerla comprensible. Si la 'o' forma parte de la palabra 'fuego' y la situación es un incendio, ello requerirá tomar un periodo de tiempo menor que si la letra formara parte de un discurso político.

El pasado, presente y futuro psicológicos como partes de un campo psicológico en un momento dado.- El campo psicológico de una persona en un momento dado incluye también el pasado y el futuro, pues el sujeto tiene en ese momento ciertas expectativas (futuro) o ciertas ideas sobre el pasado tales como culpas, etc, o sea en un momento dado siempre existe una 'perspectiva temporal', que incluye pasado y futuro. Esta perspectiva temporal cambia de un momento a otro, y entonces cada momento estará determinando que ocurrirá tal conducta y no otra.

El momento dado actual, con su determinada perspectiva temporal, puede modificar incluso la estructura del futuro psicológico, lo cual tiene que ver con los niveles de realidad y de irrealidad de los momentos pasados y el futuro. Un futuro psicológico -así como uno pasado- pueden tener distintos niveles de realidad: ser más reales o menos reales para esa persona. El futuro psicológico de 'estar mañana en Saturno a las 10 de la mañana' tiene un alto nivel de irrealidad, como también puede tenerlo 'estar mañana en la esquina de mi casa' si a la persona no le interesa estar ahí, no lo tiene como meta.

La génesis y la posterior extinción de un reflejo condicionado ilustra adecuadamente cómo se puede explicar la conducta en un momento dado en función de experiencias anteriores y expectativas de estímulos futuros. Al estudiar un reflejo condicionado debemos considerar un cierto periodo de tiempo (desde que se empezó a formar hasta la extinción, por ejemplo). Otro ejemplo: el gradiente de meta se ve como una relación entre la conducta presente y las situaciones pasadas.

Ecología psicológica.- Brunswik ha descubierto nuevas aplicaciones de la estadística en psicología, necesaria para las mediciones cuantitativas.

Dentro de los hechos existentes 'en un momento dado' pueden distinguirse tres áreas donde los cambios pueden ser de interés para el psicólogo:

- a) El espacio vital, constituido por la persona más el ambiente psicológico tal como existe para ella. Incluye necesidades, estados de ánimo, metas, etc.
- b) Procesos físicos o sociales que no afecten en ese momento dado el espacio vital.
- c) Zona limítrofe donde 'ciertas' partes del mundo físico o social no afectan el estado del espacio vital de ese momento. En la zona limítrofe encontramos por ejemplo la percepción y la ejecución.

Se puede predecir o pronosticar dentro del espacio vital en un momento dado, pero no confundir el espacio vital con el geográfico o físico, pues el primero es pos-perceptual y pre-conductual, o sea todo lo que hay entre la percepción del estímulo y la respuesta. Estímulo y respuesta no son absolutos:

dependen de lo que esté ocurriendo en ese momento dado en el espacio vital ('si no estoy motivado para ver ciertas cosas no las percibiré', por ejemplo).

La teoría del campo considera que los procesos físicos o sociales del punto b, que no afectan el campo vital, no deben ser tomados en cuenta para explicar la conducta, pero como dichos procesos pueden tener una cierta 'probabilidad' de incidir en la conducta, Brunswik propone estudiarlos estadísticamente (probabilísticamente). Esto es correcto siempre y cuando consideremos la probabilidad subjetiva –no la objetiva– o sea la que depende de la persona. Por ejemplo, la probabilidad objetiva que se caiga el techo es un terremoto o la probabilidad de que ocurra, pero la probabilidad subjetiva depende de la confianza del sujeto en el techo.

Llamaremos 'ecología psicológica' entonces al estudio de las áreas del mundo físico o social que determinarán, en un periodo dado, la zona limítrofe, estudio que incluye las probabilidades subjetivas de que dichas áreas influyan sobre la persona, porque ellas forman parte también del espacio vital.

Condensado de Lewin Kurt, La teoría del campo en la ciencia social. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 3.

TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Generalidades.– Marx y Hillix dividen las teorías psicológicas en tres grandes tipos: de estímulo-respuesta, del campo, y de la personalidad. Al psicoanálisis lo mencionan como sistema, aunque a veces lo denominan teoría (pág. 411).

1) *Teorías de estímulo-respuesta.*– a) De refuerzo (Escuela de Hull-Spence y positivismo de Skinner), b) De contigüidad (asociacionismo de Guthrie), y c) De dos factores (Mowrer).

2) *Teorías del campo.*– a) Teoría vectorial de Lewin, b) Teoría cognitiva del campo (conductismo intencionista de Tolman), c) Teoría del campo del logro (funcionalismo probabilístico de Brunswik), d) Psicología ecológica de Barker, e) Neuropsicología de Lashley, y f) Interconductismo de Kantor.

3) *Teorías de la personalidad.*– a) De estímulo-respuesta de Miller-Dollard, b) Teoría de los rasgos de Allport, y teoría factorial de Eysenck-Catell, c) Teorías organísmicas (holística de Goldstein y tipología de Sheldon), d) Neoanalíticas (social de Horney, del 'miedo a la libertad' de Fromm, de la 'presión-necesidad' de Murray, e interpersonal de Sullivan), y e) De la tercera Fuerza (Maslow y Rogers).

Marx y Hillix (1985), Sistemas y teorías psicológicos contemporáneos. Buenos Aires: Paidós, 3ª edición.

TERCERA OLA

Generalidades.– Alvin Toffler denomina Tercera Ola a la etapa de la historia de la humanidad que surge a partir del momento en que las empresas de servicios superan en cantidad de empleados a las que contratan obreros para tareas manuales. Es la irrupción de la vida diaria de la computadora, la fibra óptica y las comunicaciones satelitales. Para el autor, la Primera Ola es la época agrícola-ganadera, y la Segunda Ola es el periodo iniciado a partir de la máquina a vapor y la revolución industrial.

TERCERIDAD

Configuraciones de la terceridad.– Green explica que, si bien el psicoanálisis freudiano se ocupó de las situaciones triangulares, se entró más especialmente en dualidades, y, a pesar que los desarrollos posfreudianos ahondaron en los vínculos duales, es posible rescatar nuevos sentidos y significaciones a las triangularidades, que el autor llama terceridades.

Freud entendió el complejo de Edipo como el complejo nuclear de las neurosis. Sin embargo, también describió en detalle estructuras que se prefiere llamar pregenitales más que preedípicas, pero en su pensamiento parecía estar implícito que éstas solo adquirirían su pleno sentido con relación a esa coronación de la sexualidad infantil que era el Edipo.

Tras su muerte, y en razón de influencias de diverso orden, la comunidad psicoanalítica pensó haber hecho un gran descubrimiento al atraer la atención sobre esas formas pregenitales insuficientemente estudiadas. Fue entonces cuando se desarrolló toda una reflexión sobre la importancia de las relaciones pregenitales (también llamadas preedípicas), caracterizadas por ser relaciones duales. Así, con el correr del tiempo, la figura del padre fue debilitándose cada vez más hasta prácticamente ausentarse del cuadro clínico.

Al ir ahondando en las reflexiones de Lacan, Green se dio cuenta de que las relaciones triangulares habían quedado arbitraria y negligentemente restringidas al complejo de Edipo. En realidad, más que de función se trataba de la metáfora paterna. Fue entonces donde la obra de C. S. Peirce le aportó una luz decisiva, a través de su noción de las relaciones triádicas que desembocan en el concepto más general de terceridad.

Esa es la razón por la que Green decidió incursionar en los siguientes cuatro terrenos:

- a) los procesos psíquicos;
- b) el Edipo;
- c) el aparato psíquico;
- d) el lenguaje.

En todos ellos se puede observar la naturaleza triádica de las relaciones.

1. El tercero analítico.- Para que haya una relación debe haber obligadamente dos términos, lo cual hace que la pareja sea la referencia teórica más fecunda. Destaca Green que esta dualidad fundamental es la condición necesaria para la producción de un tercero y para la instauración de la producción simbólica. En otro trabajo referido al objeto en el psicoanálisis, en 1975, Green había expresado: "El objeto analítico no es ni interno (a uno o a otro), sino que está entre ellos" (Green, 2005, página 259), una frase de evidente inspiración winnicottiana. En realidad, hizo la hipótesis de una triangulación primitiva que incluso existe en el propio núcleo de los denominados intercambios duales entre madre e hijo. Con eso indicaba el lugar del padre, aunque no como persona distinta, que todavía no es en los primerísimos momentos de la vida. Sin embargo, el padre existe según la forma que adquiera su presencia en el espíritu de la madre.

Esta concepción está directamente vinculada con la simbolización, puesto que la definición clásica de símbolo (Diccionario Le Robert) incluye la idea de un objeto cortado en dos que es un signo de reconocimiento cuando los portadores pueden unir ambas partes. Se hace aquí referencia a un objeto utilizado en Grecia, llamado symbolon, que era partido en dos pedazos. Luego, cada una de las dos personas emprendía su viaje con una mitad y, andando el tiempo, si volvían a reencontrarse tal vez no se reconocerían por su aspecto, que había cambiado, sino porque coincidían perfectamente ambas partes del objeto cortado.

Hay, cabalmente, tres objetos: los dos trozos separados y el objeto correspondiente a su reunión. En la sesión, el objeto analítico es como ese tercer objeto, producto de la reunión de aquellos constituidos por el analizante y el analista.

2. Procesos primarios, secundarios, terciario.- Green subrayará el papel de los procesos terciarios, cuya existencia postuló en calidad de procesos de ligazón entre los procesos primarios y los secundarios. Sobre este tema Green vuelve más adelante. Simplemente anticipa aquí que su idea de procesos terciarios encontró inspiración en algunas formulaciones de Bion respecto del ataque a los vínculos en las psicosis, y en otros autores como Edelman.

Al examinar el armazón general de la teoría freudiana, vemos que todo se presenta de a dos: "dualismo pulsional, pares contrastados, represión primaria y secundaria, fantasmas originarios y secundarios, avant-coup y après-coup, diferencia de sexos, diferencia de generaciones, etc. No terminaríamos nunca de hacer la lista de nociones capitales que viene por pares y exhiben relaciones de sinergia y antagonismo entramadas en una dialéctica sutil" (Green, 2005, página 261).

Sin embargo, el cuadro exhibe dos notables excepciones: el complejo de Edipo y las dos teorías de las instancias del aparato psíquico. Aquí la terceridad es no sólo manifiesta sino también imposible de sortear. Quizá pudiera concluirse que, al alcanzarse cierto nivel de complejidad, la dualidad no es suficiente para dar cuenta de las relaciones, y que sólo una relación triádica permite apreciar el fundamento de las combinaciones posibles.

3. El Edipo.- Sin embargo, "el lector reconocerá igualmente que entre 1897 y 1923, Freud tampoco hace silencio sobre el tema, desde La interpretación de los sueños hasta las descripciones de sus cinco grandes historiales clínicos" (Green, 2005, página 262). Será en 1923, con el Yo y el ello, cuando Freud dará la primera versión un poco detallada -y prácticamente la única- de su concepción de Edipo. Particularmente importante es su propuesta de un Complejo de Edipo completo, es decir, que encierra al mismo tiempo el Edipo positivo y el negativo, y que puede ser adjudicado a la condición bisexual originaria del niño por cuanto en el Edipo completo el niño se comparte también como niña al mostrar una actitud femenina tierna hacia el padre y la correspondiente actitud celosa y hostil hacia la madre.

Freud amplía más adelante esta concepción con sus hipótesis de que el Edipo podría englobar todo lo concerniente a la relación del niño con sus padres. Esta ampliación muestra a un Freud conciente de que el complejo de Edipo no podía quedar encerrado entre los límites de una fase de la sexualidad infantil, por importante que esta fuera. Además, también se debe pensar en el Edipo, es decir, en todo lo referido a la génesis del superyó por identificación y sus efectos en las relaciones intra e intersistémicas.

Green sostiene, apoyándose en Lacan y Lévi-Strauss, que esta concepción original freudiana del Edipo debe ser ampliada: no es un fenómeno que se instala en los estrechos límites de una edad infantil. Sostiene que el Edipo, histórico y estructural, debe considerarse además un modelo del cual sólo conocemos aproximaciones.

Green hace notar solamente que este modelo está menos representado por un triángulo cerrado que por un triángulo abierto. En efecto, si bien hay una relación completa entre los padres y una relación pulsional de meta inhibida entre madre e hijo, esta relación no tiene equivalente entre el padre y este. Y así llega Green a una observación capital: "de los tres polos de esta triangulación, la madre es la única en tener una relación carnal con los otros dos, padre e hijo, aun cuando dicha relación difiera en su expresión. Piensa Green que parte de las complicaciones de la sexualidad femenina tiene su origen aquí" (Green, 2005, página 264).

En este modelo se observa que el padre se interpone en la relación madre-hijo, modificando así la investidura directa que los une y favoreciendo la separación. A su vez, el hijo reacciona ante la ruptura de la continuidad del vínculo con la madre mediante su anhelo de separar a los padres reunidos en la

escena primitiva. Pero esas diferentes interrupciones de las corrientes entre madre e hijo y entre madre y padre se pagan con la culpa, y con la génesis del superyó y del ideal del yo. La separación realizada por el padre da a este una existencia individualizada: el padre comienza a aparecer como agente separador e interdictor, e incluso como objeto de un segundo amor (el primero era la madre).

Con el tiempo, la concepción original del complejo de Edipo fue siendo objeto de discusiones y críticas, por ejemplo porque en la sociedad contemporánea el padre ya no ocupa el lugar tradicional que antes mantenía. Además, varios psicoanalistas mostraron que diversas patologías que aparecían en la clínica solo podían ser comprendidas por fuera del complejo de Edipo porque su núcleo patógeno estaba referido a las relaciones duales originales madre-hijo.

Green admite cierta ignorancia respecto de estos nuevos desarrollos y planteos, incluyendo también las situaciones en las cuales, también en la sociedad contemporánea, un hijo es criado por una pareja homosexual. Ello también obliga a replantear el Edipo tradicional. Estos esquemas clásicos sobre la sexualidad infantil también parecen ser insuficientes frente al fenómeno de la paidofilia. Refiere aquí Green que así como los desarrollos teóricos propuestos en los medios de comunicación no hacen referencia a la sexualidad infantil reactivada en el paidófilo por la atracción que ejercen sobre él sus víctimas, tampoco se trata de invocar la existencia de una sexualidad infantil en los niños que son víctimas de los paidófilos.

4. *Las instancias.*- Debemos seguir a Freud cuando propone la segunda tópica, indica Green. En la primera tópica hay demasiado centramiento en la conciencia, dejando en un segundo plano la dinámica pulsional. Green recuerda además que en la primera tópica, las tres instancias pueden ser reducidas a dos: conciente-preconciente por un lado e inconciente por el otro.

Son pocos los autores que, como Freud, consienten en relativizar la importancia de la primera tópica luego de la creación de la segunda. La gran mayoría usa ambas tópicas en función de las circunstancias, debido a que cada una demuestra su pertinencia ante un problema determinado. Algunos de los que se atienen a la primera tópica expresan muchas reservas con respecto a la segunda, y de la que quisieran prescindir. No hay razones particulares, señala Green, para proceder así.

Green vuelve a destacar que debe relativizarse la importancia de la instancia llamada Conciente. A propósito del paralelismo psicofísico, Freud atrae mucha atención sobre el hecho de que muchos procesos físicos o somáticos no tienen equivalentes psíquicos concientes. Y agrega: "Esto sugiere de una manera natural poner el acento, en psicología, sobre estos procesos somáticos, reconocer con ellos lo psíquico genuino y buscar una apreciación diversa para los procesos concientes".

El acento debe ponerse para Green no en los procesos concientes sino en la dinámica de los procesos pulsionales, enfatizados por la segunda tópica, o sea, reconocer las fuerzas que operan en el seno del aparato psíquico. El inconciente está formado principalmente formado por representaciones, que son los elementos que recibirán las cargas pulsionales.

Tal como el propio Freud lo indica, las organizaciones patológicas estarían caracterizadas por el conflicto que mantienen con las pulsiones, ya sea porque éstas triunfan sobre el superyó en la perversión, engendrando perturbaciones de algunas funciones del yo en la escisión, o, al contrario, porque la neurosis pasa a ser en ellas el negativo de la perversión. "Todavía nos resta hablar de los conflictos de instancias entre el yo y el superyó, que esencialmente se comprueban en las neurosis narcisistas, manía y melancolía" (Green, 2005, página 272). Con esta grilla encuentra nueva aplicación la teoría de Green de los gradientes. Y cabe afirmar que no se podría encerrar la problemática clínica en una concepción del psiquismo que le otorgue funciones uniformes en todos los niveles. La práctica psicoanalítica lo demuestra: los modos de aprehensión del psiquismo no son los mismos en los tratamientos de pacientes psicósomáticos, psicóticos, perversos, neuróticos o depresivos.

Además, lo que se debe reelavular es el conjunto de las funciones psíquicas, tales como el valor del lenguaje, de las representaciones y de los afectos, el imperio abandonado de la compulsión a la repetición, las funciones del sueño y las pesadillas, etc.

5. *El lenguaje.*- La existencia de una tercera persona (masculina o femenina, singular o plural) se vincula con el tercero ausente. El problema de las relaciones entre lenguaje, palabra y discurso es tratado por Green en el capítulo 6.

Peirce distingue dos modos de relación con la primeridad que testimonian la posición del sujeto. Luego considera la relación diádica, relación de pareja condenada a la circularidad. Encuentra Green aquí las críticas que impugnan el interés de la denominada relación dual. Llega después la relación triádica, que es aquella que nos atañe. Peirce examina también la situación del sujeto concreto, reuniendo, en la misma acepción, la materialidad del signo y su función de representación.

Denomina representamen todo aquello a lo cual se aplica el análisis de la inteligencia del signo, incluyendo en el citado análisis la representación de aquel que analiza la representación. La referencia tercera se vuelve allí inevitable: ella está en el inicio del discurso. Este último incluye a la vez el objeto a partir del cual hay discurso y el discurso sobre ese objeto que conduce al sujeto del discurso. Según esta óptica, el sujeto, el objeto al que consagra el sujeto y el objeto producto de esta relación constituyen una tríada irreductible. Si bien está dicho que el representamen es aquello que el significa, no puede disociarse de esa significación la impulsión que esta última le propone a aquel que está en posición de

tomar conocimiento de ella. De ahí la definición de representamen: "Un representamen es el sujeto de una relación triádica con un segundo llamado su objeto, para un tercero llamado su interpretante. Esta relación triádica es tal que el representamen determina a su intérprete a mantener la misma relación triádica con el mismo objeto para cualquier interpretante". Observemos que el interpretante no es la persona que interpreta sino un elemento constitutivo del signo.

Green hace referencia aquí a la teoría de los signos de Peirce, y más concretamente a su definición de signo como 'algo que representa algo para alguien', es decir, el signo se compone de estos tres elementos: algo dicho, lo representado por ese dicho, y el sujeto que lo dice. Sin embargo, Green va a enfatizar otra triada diferente: el algo que representa lo dicho, o sea la palabra, el sujeto que emite la palabra, o sea el representamen, y el sujeto que recibe el mensaje, es decir el interpretante. Lo representado de Pierce corresponde con el representamen de Green.

En determinado momento de su recorrido, Green propuso, aunque sin haber llegado al final de sus reflexiones y antes de encontrar a Peirce, una teoría de la triangulación generalizada con tercero sustituible. En ella afirmó que, si bien habría que tratar de seguir pensando según una modalidad donde el tercero remitiera a una triangulación, eso no quería decir que en psicoanálisis sea indefectible reducirse a una estructura edípica. Es perfectamente posible considerar relaciones triangulares donde el tercero no representa a la función paterna.

En cambio, sí le parece interesante no quedar aprisionados en la relación dual. Para proponer una figura general, recuerda Green el ejemplo que le sirvió de base: estaríamos en presencia de una estructura ternaria que abarcaría al sujeto, al objeto y al otro del objeto, y donde ese otro no sería el sujeto. Así, por ejemplo, la relación del hijo con la madre remitiría a algún otro objeto de la madre, alguna persona de la fratría o un objeto de deseo de la madre distinto del padre, que fuera soporte de una pasión. El otro del objeto podría también concernir a un objeto de la propia infancia de la madre: su propia madre, su propio padre, algún hermano o hermana, alguna niñera o institutriz. Todo lo anterior demuestra las múltiples aplicaciones posibles de la terceridad.

Green André (2005) Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del Inconsciente. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Resumen del capítulo 5: Configuraciones de la terceridad.

TERMAN, LEWIS MADISON

Biografía.- (1877-1956) Destacado psicólogo y psicotécnico americano, profesor de la Universidad Stanford. Sus reflexiones del sistema Binet-Simon son consideradas como las mejores. Su primera revisión, de 1916, se conoce bajo el nombre *Stanford Revision (The Measurement of intelligence. An Explanation of and a Complete Guide for the Binet-Simon Intelligence Scale)*. La última revisión de Terman realizada en colaboración con M. A. Merrill tiene dos escalas paralelas (L y M), lo que hace posible repetir la prueba. (*Measuring Intelligence: A Guide to the Administration of Intelligence*, 1938). Otra obra importante es: *Measuring intelligence*, (1923).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

TERROR

Definición.- "Terror es el sentimiento de miedo en su escala máxima. Si el miedo se define como esquema de supervivencia, se puede asumir que el terror sobreviene cuando el miedo ha superado los controles del cerebro y ya no puede pensarse racionalmente".

<http://es.wikipedia.org/>

TEST

Definición.- "Con el término 'tests' se designan las técnicas de investigación, análisis y estudio que permiten apreciar una característica psicológica o el conjunto de la personalidad de un individuo. Tales técnicas pretenden organizar los datos extraídos de la investigación de la conducta sin intención de explicar causas o consecuencias, sino mas bien limitándose a describir el comportamiento en la dimensión que persigue en sus objetivos (por ejemplo inteligencia, aptitudes, personalidad, etc.), conforme a un encuadre situacional y genético.

Ander-Egg E., "Técnicas de investigación social", Hvmantas, Buenos Aires, 1987, 21 edición, pág. 293-294.

Definición.- Un test "es una prueba que permite, partiendo de un comportamiento observado en un individuo, la determinación de comportamientos habituales o futuros significativos".

Sarton Alain, "Los tests en la psicología moderna", Mensajero, Bilbao, 1978.

Definición.- Cualquier instrumento utilizado para evaluar la conducta o desempeño de una persona. Las pruebas psicológicas son de muchas clases: cognoscitivas, afectivas y psicomotrices, por ejemplo.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Test de asociación de palabras.- Prueba proyectiva en la cual el examinado responde a cada una de las palabras presentadas por el examinador con la primera palabra que le venga a la mente. Las respuestas inusuales o el responder de manera lenta a ciertas palabras pueden ser indicativos de conflictos u otros problemas emocionales asociados con esas palabras.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Test de ejecución.- Prueba en la que se requiere que el individuo manipule diversos objetos físicos; las pruebas de ejecución contrastan con las de lápiz y papel. Algunos ejemplos son la escala de desempeño de la escala de inteligencia de Wechsler y la Escala de Desempeño de Arthur Point.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Fundamentos teóricos.- Los tests psicológicos se fundan en tres hipótesis teóricas: 1) Todo segmento de comportamiento muestra la organización de la personalidad, la que entonces puede ser reconstruida si se ha elegido bien el segmento. 2) La patología es siempre una exacerbación o desequilibrio de rasgos que existen en la personalidad adaptada. 3) La teoría de los tests indaga como los principios organizativos de la personalidad y sus alteraciones se trasladan a la ejecución de los tests.

La investigación de los tests ayuda a reestructurar nosologías y a investigar más la personalidad, sobre todo los nuevos tests. Los tests requieren una fundamentación teórica más sistemática, y además ser incluida en una teoría general de la psicodinámica.

Rapaport, Teoría del procedimiento diagnóstico.

Definición.- Los tests son pruebas que provocan y registran comportamientos

Anónimo, Test para la selección de personal. Buenos Aires, Diario La U, 14 septiembre 2004.

Definición.- Los tests psicológicos "son una situación experimental estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento. Tal comportamiento se evalúa por una comparación estadística, respecto a otros individuos colocados en la misma situación, lo que permite clasificar al sujeto examinado, ya sea cuantitativamente, ya sea tipológicamente".

Pichot Pierre (1960) Los test mentales. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Definición.- Un test "es una prueba que permite, partiendo de un comportamiento observado en un individuo, la determinación de comportamientos habituales o futuros significativos".

Sarton A (1978) Los tests en la psicología moderna. Bilbao: Mensajero.

Test colectivo.- (*Psicotecnia*) Test construido de tal manera que permite su aplicación simultánea a un grupo de individuos o alumnos de un mismo grado escolar. Hay test colectivos de inteligencia, de rendimiento escolar, de información, de rasgos del carácter, etc. Su ejecución demanda poco tiempo, pero sus resultados, sobre todo en los test colectivos de inteligencia, no admiten un análisis cualitativo de los resultados en la medida que puede llevarse a cabo con los test individuales. (Inglés: *Group Test*).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Test estándar o estandarizado.- (*Psicotecnia*) Los test de inteligencia, rendimiento, etc., que reúnen las siguientes condiciones: a) los temas que los componen han sido elegidos de manera que representan la capacidad media, el rendimiento normal, etc.; b) las instrucciones para la aplicación y valoración de los resultados están indicados con exactitud, de manera que existen condiciones de uniformidad en su utilización y en la apreciación del trabajo; c) tienen normas que indican la equivalencia entre la cantidad y calidad de trabajo y la edad, la escolaridad, sexo y otros factores; d) en su construcción y aplicación cumplen con las exigencias estadísticas tales como confianza, precisión, validez, etc.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Test de selección de personal.- Su objetivo es averiguar en qué medida una persona se adapta a un puesto de trabajo determinado. Existen cuatro grandes tipos: 1) *tests proyectivos*, que buscan predecir el comportamiento futuro de una persona y tratan de revelar los aspectos más escondidos de la personalidad del candidato; 2) *tests de aptitudes*, que valoran requisitos específicos del candidato para un puesto, midiendo diversas funciones como la velocidad de reacción y la coordinación; 3) *tests de nivel intelectual*, donde suelen pedirse secuencias lógicas o escribir cierta cantidad de palabras por minuto; y 4) *tests de personalidad*, que miden las características personales del candidato, como autocontrol, emocionalidad, introversión e iniciativa, entre otras.

Anónimo, Test para la selección de personal. Buenos Aires, Diario La U, 14 septiembre 2004.

Test objetivo.- "Los tests objetivos suelen ser pruebas en las que el paciente debe escribir respuestas a diversas preguntas y cuestiones. Se suelen asignar puntuaciones numéricas, lo que facilita el análisis matemático o estadístico. Un ejemplo de este tipo de test es el MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota)" (página 229).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Test proyectivo.- “Los tests proyectivos presentan estímulos cuyo significado no es obvio inmediatamente: es decir, cierto grado de ambigüedad fuerza al sujeto a proyectar sus propias necesidades en la situación propuesta por la prueba. Este tipo de pruebas presumiblemente no tiene respuestas correctas o incorrectas. El sujeto sometido al test debe dar contenido a los estímulos que se le presentan de acuerdo con sus necesidades, impulsos, capacidades y defensas. Ejemplos de este tipo de pruebas serían el TAT (Test de Apercepción Temática), el test del dibujo de una persona, el test de Rorschach y el test de las frases incompletas” (página 229).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Características generales.- Pese a su gran diversidad en cuanto a la naturaleza y finalidad, los tests psicológicos presentan ciertas características en común en cuanto a naturaleza y empleo que los distinguen de las otras formas de reunir información sobre los individuos.

Un test psicológico se define como una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta. Un test atiende una pequeña muestra, pero bien escogida, de la conducta de un individuo, por ejemplo, aptitud para los cálculos aritméticos. La muestra y su tamaño dependen del objetivo del test.

Las pruebas del test no tienen por qué parecerse a la conducta que se quiere predecir (reacción frente a las manchas de Rorschach y reacción frente a las personas): sólo es preciso que se demuestre una correspondencia empírica entre los dos.

Al test lo debemos considerar como una muestra de conducta: a partir de varias de estas muestras de conducta, deben poder establecerse predicciones relativas a otra conducta. Hay tests que por ejemplo, miden la capacidad, es decir, la potencialidad para hacer tal cosa (capacidad para aprender francés, por ejemplo, aunque el sujeto no sepa nada de este idioma).

En la definición se habla también de tipificación: esto significa uniformidad de procedimientos en la aplicación y puntuación del test: materiales empleados, forma de dar la consigna, etc. Debemos recordar que el test es una situación controlada donde la única variable independiente suele ser el sujeto mismo que es probado.

La tipificación implica también establecer normas para poder interpretar las puntuaciones del test. La norma es la actuación media, ya que la puntuación de un sujeto solo puede valorarse con la puntuación de los demás. Si los niños normales de 8 años resuelven bien 12 de 50 problemas, entonces la norma es 12 para ese test: esto se llama puntuación directa obtenida en el test.

Para establecer la norma necesitamos una “muestra de tipificación”, que no solo nos dará la media sino también los diversos grados de desviación respecto de ella. Las normas de los tests de personalidad se establecen del mismo modo que para los tests de aptitud: en un test de personalidad la norma no es necesariamente la actuación más deseable o ideal, como tampoco lo es una puntuación perfecta en un test de aptitud. La norma apunta al promedio.

En la definición se habla también de medida objetiva: la aplicación, puntuación e interpretación de estas últimas, son objetivas en la medida en que son independientes del juicio subjetivo del examinador. No obstante no hay ni tipificación ni objetividad perfectas en un test.

Otros sistemas importantes para que un test pueda ser descrito como adecuadamente objetivo son: el grado de dificultad, la fiabilidad y la validez.

Respecto del grado de dificultad, por ejemplo, cuando se hizo el test Binet-Simon, los ítems resueltos por la mayoría de los sujetos se consideraron fáciles, y los que fueron poco acertados se consideraron difíciles.

Un test puede tener ítems demasiado difíciles para cierta población (tienen “suelo” demasiado alto); un test también puede tener ítems demasiado fáciles para cierta población (tiene insuficiencia de “techo”): en el primer caso, casi todos los sujetos sacarán puntajes bajos y en el segundo demasiado altos. Ninguno de ambos tests sigue una curva de distribución normal, sino desviada o “torcida”.

Cuando un test destinado a la población en general, se aplica solo a estudiantes de nivel superior, se produce una desviación del segundo tipo: todos obtienen muy altas puntuaciones. En estos casos no se pueden medir las diferencias individuales entre los sujetos más capaces del grupo. Por tanto, cuando en un test la muestra de tipificación, muestra una distribución claramente desviada, suele dificultarse el nivel de dificultad hasta aproximarlos a la curva normal, o sea, hasta hacer que la puntuación más probable obtenida por el mayor número de sujetos, sea aproximadamente un 50 % de respuestas correctas.

Condensado de Anastasi A (1976) Tests psicológicos. Madrid: Aguilar. 3ra edición.

Utilidad.- La función básica del test psicológico es medir diferencias entre individuos o entre las reacciones del mismo individuo en distintas ocasiones.

La identificación del débil mental, fue uno de los primeros estímulos para la creación de test. Luego también se estudiaron los inadaptados y delincuentes, y también en el ámbito educativo (medición de la aptitud para aprender, etc.). Los tests se usan también para el ámbito, laboral, militar, etc. Y también para la investigación de las diferencias individuales (psicología diferencial).

Los orígenes del test son muy antiguos: ya hace 3.000 años en China había un sistema de exámenes para admitir a gente en la Administración Pública. Los griegos, luego, los usaron en el ámbito educativo, y el método socrático se parece mucho a la enseñanza programada de hoy. En la Edad Media también se tomaban exámenes en la Universidad. Pero sólo a partir del Siglo XIX, empiezan los antecedentes importantes para entender como son los tests en la actualidad.

Condensado de Anastasi A (1976) Tests psicológicos. Madrid: Aguilar. 3ra edición.

Historia.- 1) Primeros tests para retrasados mentales.- Un interés más humanizado para débiles mentales requirió, en el Siglo XIX, ciertos criterios uniformes para identificar y clasificar los distintos tipos de debilidad mental. Primero se debió distinguir entre el alienado (desde el comienzo tenía trastornos emocionales) y el débil mental (desde el comienzo los trastornos eran intelectuales). Esquirol, hacia 1838, empieza con estas distinciones. El mismo autor intentó también clasificar los distintos grados de debilidad mental, y luego de varios ensayos, eligió como criterio el lenguaje, criterio que hoy en día tiene mucha importancia para medir la inteligencia.

Seguin, en 1866, intentó curar al retrasado mental con un método fisiológico de educación, basado en adiestramiento muscular y sensorial, que aun hoy se usan y muchos de ellos se incorporaron a los test de ejecución o no verbales para medir la inteligencia: por ejemplo: el test de ajuste de formas de Seguin, donde el sujeto debe ubicar rápidamente piezas de formas distintas en su lugar correspondiente.

2) Primeros psicólogos experimentales.- En el Siglo XIX los psicólogos experimentales se interesaron al comienzo más por las afinidades (generalizaciones) de las conductas, que por las diferencias individuales. Incluso cuando un sujeto reaccionaba en forma distinta que otro en las mismas condiciones, se veía esto como un error que impedía la generalización, con lo cual éstas resultaban solo aproximadas. En el Laboratorio de Leipzig (fundado por Wundt en 1879) se formaron los primeros psicólogos y en ellos podemos ver la influencia médica y fisiológica: estudiaron tiempos de reacción, sensibilidad sensorial, etc., experimentos que además se intentaron hacer en condiciones experimentales rigurosas: esta tipificación de los procedimientos llegó a ser luego una característica esencial de los tests psicológicos.

3) Las contribuciones de Francis Galton.- Este biólogo inglés fue el principal impulsor de los test. Al estudiar la herencia, comprendió que debía comparar las características de sujetos emparentados y no emparentados, características referidas a procesos psicológicos sencillos (agudeza visual, energía muscular, tiempo de reacción, etc.) Vio así que los parientes tenían más similitudes entre sí que los no parientes.

Galton pensó que la discriminación sensorial era una medida del intelecto del sujeto, y advirtió que el débil mental no tenía desarrollada aquella facultad discriminativa. Fue también Galton uno de los primeros en usar escalas de estimación, cuestionarios y asociación libre, como así también el uso de la estadística para medir las diferencias individuales, o sea, hacer análisis cuantitativos. Esto fue proseguido por K. Pearson.

4) Cattell y los primeros "tests mentales".- El americano J. Cattell, empezó interesándose por las diferencias individuales en los tiempos de reacción. En 1890 introduce por vez primera la expresión "test mental", en relación a pruebas de nivel intelectual para estudiantes universitarios, donde incluía pruebas musculares, agudeza sensorial, memoria, etc.

Compartía con Galton la idea de que se puede medir lo intelectual con pruebas simples de discriminación sensorial y tiempos de reacción. Los primeros test se aplicaron sin discriminación a cualquier edad y además no se parecían los resultados a las notas obtenidas por los alumnos. Ebbinghaus también desarrolló tests de este tipo, mientras que Kraepelin y Ferrari diseñaron tests complejos para casos patológicos como la esquizofrenia, donde se medía memoria, fatiga, atención y operaciones aritméticas simples.

Binet y Henri empezaron a criticar estos tests por ser sobre todo sensoriales y concentrarse indebidamente en aptitudes sencillas. Además, para medir funciones complejas no era necesaria una gran precisión pues las diferencias individuales son mayores que ellas. Estas críticas desembocarían en las primeras escalas de la inteligencia (Binet).

5) Binet y los tests de inteligencia.- Al principio Binet y colaboradores usaron rasgos físicos, grafología y hasta quiromancia, para medir la inteligencia, pero pronto comprendieron que debían medir rasgos más directos. Para responder a una demanda del gobierno para educar niños sub-normales, es que Binet y Simon prepararon en 1905 la primera escala de inteligencia.

Eran 30 problemas de complejidad creciente, con predominio de pruebas verbales más que sensoriales. En la siguiente escala (1908) se agregaron algunos ítems y se sacaron otros, pero además se agruparon los tests por edad: estaba el test para 3 años (con problemas que podía resolver el niño de esa edad), y así sucesivamente. La puntuación del niño en el test daba su "edad mental".

El 1911 se hicieron cambios menores y se extendió la escala hasta los adultos. En América se hicieron algunas variantes (Stanford-Binet, por ejemplo): esta es importante porque aparece por vez primera la idea de "cociente intelectual" (CI), que es la razón entre la edad mental EM y la edad cronológica o real. La escala Kuhlmann-Binet extendió la escala hasta los 3 meses de edad.

6) Tests colectivos.- Los tests anteriores son escalas individuales (se aplican de a uno por vez), por eso tienen gran valor clínico para estudiar intensivamente casos individuales. La primera escala de Binet, fue

un test colectivo, después no. Por necesidades prácticas (selección de reclutas para la guerra) en América, Yerkes y Otis impulsaron los primeros tests colectivos de inteligencia para el ejército. Luego quedaron los tests Alfa y Beta, para americanos instruidos, y para extranjeros o analfabetos respectivamente. Luego todos estos tests, revisados, pasaron al ámbito educativo, y otros. Los años 20 fueron un gran auge para los tests, y su aplicación indiscriminada contribuyó a su descuido en la aplicación de los mismos y el consecuente descrédito.

7) Tests de aptitudes.- Pronto se comprendió que los llamados tests de "inteligencia" solo medían algunos aspectos restringidos de ésta (aptitud verbal, por ejemplo). Algunos test de "inteligencia" eran simplemente test de aptitudes escolares. Así surgió la necesidad de hacer test de aptitudes especiales para complementar a los de "inteligencia", como aptitudes mecánicas, burocráticas, musicales y artísticas.

Todos los tests hasta entonces estaban hechos de forma tal que un individuo mostraba grandes diferencias de un ítem a otro (sacaba mucho puntaje en el subtest verbal y bajo, en el numérico, por ejemplo), y si volvía a hacer el test, los puntajes podían alterarse, con lo cual no servían para medir la aptitud diferencial. El análisis factorial de Spearman vino a resolver este problema, basándose en gran cantidad de tests distintos hechos a muchas personas.

El análisis factorial reveló la presencia de ciertos "factores" relativamente independientes, algunos de los cuales estaban en los tests tradicionales y otros no tanto. Las "baterías de aptitud múltiple" dieron una medida de la posición del individuo en cada rasgo o factor. O sea, en vez de una puntuación total (CI) había varias puntuaciones para cada aptitud, como verbal, numérica, espacial, perceptual, etc. Esto permitió el análisis intraindividual o diagnóstico diferencial, cosa que podía hacerse con los tests tradicionales. Estas baterías aparecieron a partir de 1945, sobre todo para personal militar.

En suma: los tests de inteligencia designaron tests globales con un solo resultado (el CI), mientras que los tests de aptitud medían rasgos específicos (uno solo, como los tests de aptitudes especiales o varias, cada una con un puntaje, como las baterías de aptitudes múltiples).

8) Tests tipificados de rendimiento.- En 1845 se dejaron de tomar exámenes orales y se tomaron escritos, lo que evitaba favoritismos y nivelaba a todos los alumnos en cuanto a oportunidades. Fueron los primeros tests de rendimiento escolar, donde se medía desde aritmética hasta caligrafía y redacción. Luego siguieron programas de tests a nivel nacional y estatal, como el CEEB, establecido a principios de siglo para reducir las repeticiones de exámenes de ingreso a la universidad. Más tarde, de aquí salió el programa ETS. Los tests de rendimiento se usaron también para el área laboral (industriales y gubernamentales). Los tests tipificados de rendimiento fueron pareciéndose cada vez más a los tests de aptitudes de inteligencia a medida que se difundían los conocimientos de psicometría. Ambos tipos de tests hoy solo varían en ciertos contenidos y en la medida en que el test persiga tal o cual objetivo.

9) Medida de la personalidad.- Aunque con el término "personalidad" se busca definir todos los aspectos del psiquismo, los tests de "personalidad" tienden a medir los aspectos afectivos (no intelectuales), sociales, motivaciones, etc.

Un precursor fue Kraepelin con su test de la asociación libre para pacientes anormales. Vio que la fatiga, el hambre y las drogas aumentaban las asociaciones superficiales. Sommer (1894) empleó estos tests para identificar trastornos mentales, y las pruebas de Galton, Pearson y Cattell, aunque originariamente para otros fines, luego se incorporaron como test de personalidad.

Un prototipo es el inventario auto descriptivo de Woodworth, para identificar neuróticos graves en la primera guerra. Luego se aplicó a otros ámbitos e incluso a niños.

Otro tipo de tests fueron los de ejecución o situacional, donde el sujeto debe realizar una tarea cuyo objetivo suele estar encubierto y referido a situaciones cotidianas. Las pruebas de Hartshorn y May son un ejemplo y allí se medía el robo, la mentira, la cooperación, etc.

Un tercer método, son las técnicas proyectivas, de amplia difusión, sobre todo en medicina, donde se administran tareas relativamente poco estructuradas, pues admiten muchas soluciones. Se supone que el sujeto proyectará en ellas, sus modos característicos de ser y actuar. De alguna forma los primeros tests de asociación libre son ya técnicas proyectivas. Luego se usaron representaciones dramáticas, dibujos, e interpretación de manchas. Los tests de personalidad presentan muchas dificultades teóricas y prácticas y no están tan afianzados como los tests de aptitudes.

Condensado de Anastasi A (1976) Tests psicológicos. Madrid: Aguilar. 3ra edición.

Requisitos.- Los tests psicológicos deben ser válidos y confiables.

Fiabilidad.- Es la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas cuando se les aplica otra vez el mismo test o una forma equivalente. Si un día un test da CI = 100 y el mismo test en la misma persona da CI = 80 otro día, no es fiable. La fiabilidad puede verificarse respecto de las fluctuaciones temporales, de la muestra de conducta que mide el test, a las distintas funciones de los examinadores, etc.: son distintos tipos de fiabilidad.

Validez.- Es el grado en que un test mide lo que efectivamente pretende medir. Generalmente la validez se determina en base a criterios "externos", independientes de lo que el test esté destinado a medir. Ejemplo: un criterio para un test de aptitud para ingresar a medicina es o será el éxito ulterior de dicha carrera. Si entre el resultado del test y el grado de éxito ulterior, hay una correlación alta, entonces

decimos que el test tiene validez. Obviamente para saber la validez de un test, debemos antes aplicarlo a un grupo de prueba (o grupo de validación) y luego de validado lo aplicamos con fines predictivos.

La validez no solo nos muestra el grado de perfección del test en su finalidad (medir tal cosa), sino además nos muestra esencialmente lo que el test mide. Por eso es mejor definir validez como el grado en que conocemos lo que el test mide. Por eso es mejor titular los tests de acuerdo al criterio con el cual se determinó su validez: "test de aptitud escolar", etc. En vez del vago título "test de inteligencia".

Los tests deben usarse adecuadamente para ser eficaces. Dos razones son importantes para controlar el uso de los tests: 1) impedir una excesiva familiaridad con su contenido que lo torne inutilizable, y 2) asegurarse de la idoneidad del examinador. Ambos riesgos hacen peligrar la validez del test, y también su fiabilidad. Personas distintas y por motivos diferentes, pueden obtener la misma puntuación, por lo que por ejemplo, hay que considerar la situación personal de cada uno, su pasado, etc.

Condensado de Anastasi A (1976) Tests psicológicos. Madrid: Aguilar. 3ra edición.

Los tests y la ética profesional.- Para el uso correcto de los tests, existen códigos de ética profesional, que resguardan por ejemplo, el resultado, el bienestar del cliente, etc. El requisito fundamental es que la venta y distribución de tests debe restringirse a personas calificadas, o sea, personas con conocimiento psicológico y con experiencia en administración de tests. También deben ser idóneas las personas que reciben la puntuación y deben interpretarla.

En el test, sobre todo en los de personalidad, el examinador está indagando aspectos íntimos del testeado sin que éste lo sepa. Dicha información debe ser reservada y comunicada al cliente con cuidado, pues a veces esto puede empeorarlo.

Al distribuir un test, debe también informarse sobre sus méritos, por ejemplo si todavía no fue lo suficientemente validado. Tampoco los tests deben publicarse en revistas para que lo hagan las mismas personas interesadas: esto además contribuye a crear una visión errónea del test (sea credulidad ingenua en ellos o resistencia).

Condensado de Anastasi A (1976) Tests psicológicos. Madrid: Aguilar. 3ra edición.

Problemas en la aplicación de tests.- El requisito más importante para aplicar bien un test, es la preparación previa del examinador, para evitar y anticiparnos a sorpresas. Con ello aseguramos la uniformidad del procedimiento.

Por ejemplo, conocer muy bien la consigna, saber preparar bien los materiales, aparatos, etc. E incluso hacer ensayos previos, tanto si tomamos tests individuales como colectivos.

Otro requisito es atender a las condiciones en que se aplica el test: la situación ambiental: habitación adecuada, asientos cómodos, buena iluminación; incluso la misma hoja donde se hace el test, puede afectar la puntuación final, y lo mismo si el examinador es alguien familiar o un extraño. Por tanto: hay que seguir el procedimiento tipificado hasta el último detalle tal como figura en el manual de instrucciones; hay que anotar cualquier circunstancia especial, por pequeña que sea; y por último, hay que tener en cuenta las condiciones de la prueba al interpretar el test.

Condensado de Anastasi A (1976) Tests psicológicos. Madrid: Aguilar. 3ra edición.

Dinámicas interpersonales en la situación de test.- Paciente y entrevistador llevan a la entrevista sus miedos, fantasías, ansiedades, etc., y arman una relación interpersonal con aspectos reales y otros fantaseados. En la situación de test, no se puede eliminar la influencia del examinador sobre el examinado, o viceversa, pero sí conocer esas influencias y saber cómo afectan el diagnóstico.

1) Problemas personales del examinador.- El rol psicológico clínico no está bien asentado -como el del médico-. Además, en su profesión, el psicólogo busca gratificaciones y seguridades, y debe estar alerta a sus ansiedades, exigencias y resentimientos, porque puede influir en la calidad de sus informes y en las interpretaciones: puede hacer sobre-interpretaciones, o sea, ir más allá de los datos inventando algo que no está en el paciente.

Otro peligro es asumir otra postura onnipotente, o usar la tarea de diagnosticar como entrenamiento para después ser terapeuta, pues ahí tiene a ver la tarea diagnóstica como secundaria. Desvalorizar el diagnóstico es tan problemático como sobrevalorarlo.

¿Cómo influyen sobre el paciente los problemas profesionales del psicólogo y qué consecuencias trae esto?

Primero, a veces el examinador quiere respuestas, con lo que aumentar la ansiedad de ciertos pacientes que no pueden darlas en la cantidad requerida. Segundo, el examinador quiere franqueza, y con ello corre el riesgo de tornar más rígidas las defensas del paciente. Tercero, el examinador quiere hacer un buen registro de las verbalizaciones, y entonces puede sentir resentimiento al ver que el que el paciente no le hace caso y sigue hablando más rápido (o sea, no puede hacer un buen registro). En vez de resentirse el examinador debe pedir que hable más despacio. Cuarto, el examinador quiere respuesta que pueda clasificar, y a veces los pacientes no pueden darlas, con lo que se corre el riesgo del rompimiento de la relación entre ambos. Quinto, el examinador quiere mantener la administración estandarizada del test, cosa que no puede hacerse con pacientes que no cooperan, tener reacciones no estandarizadas.

Aquí, el psicólogo se apartará de lo Standard para reducir la tensión, pero anotará sus intervenciones y sus consecuencias.

2) Constantes psicológicas del rol del examinador.- El examinador es una persona entrenada en ciertas técnicas de observación, cuyo objetivo es ayudar a los pacientes perturbados por conflictos de diversa índole. A pesar de ello, el examinador también reacciona muchas veces primitivamente e inconscientemente, y he aquí algunas modalidades.

Primero, el aspecto voyeurista del examinador, que "espía" al paciente y esto puede crearle más ansiedad a éste. Segundo, puede haber también un aspecto autocrático, dominador, y disfrutar con ello en forma sádica. Tercero, está el aspecto oracular, cuando actúa como adivino y descifrador de símbolos ocultos, e implícitamente también aconseja al paciente, como si tuviera poderes mágicos. El otro extremo también es peligroso, o sea, dudar siempre, elevar informes problemáticos, etc. Cuarto, también hay un aspecto piadoso, de ayudador del paciente, lo cual también tiene otro extremo, que es mostrarse muy impersonal y distante. Ambos extremos influyen negativamente sobre el paciente.

3) La personalidad del examinador en la relación de test.- Primero, encontramos al examinador con un sentido inseguro de su identidad personal (no sabe qué quiere, qué no quiere, etc.) lo que aumenta la ansiedad sobre la toma del test. Por otro lado su inseguridad tiene algo positivo: puede aumentar su percepción de lo que le pasa al paciente. Segundo, tenemos al examinador socialmente inhibido, lo que dificulta el tomar test, pues es ésta una situación de contacto humano. Así aparece frialdad, distancia, brusquedad, etc. Tercero, está el examinador dependiente, el que siente placer al recibir las cosas que le da el paciente, pasividad que puede llevarlo a interpretaciones equivocadas de los datos. Este examinador tendrá miedo del paciente, podrá resentirse con él si no le da lo que él espera. Cuarto, está el examinador sádico, que buscará los aspectos degradantes en el paciente, disfrutando con ello, con lo que la relación puede terminar en un enfrentamiento hostil. El examinador sádico remarca en sus informes los aspectos enfermos y no los sanos. Quinto, encontramos al examinador con defensas rígidas frente a sus necesidades de dependencia. Es el psicólogo que elige su profesión porque niega sus propias necesidades asistiendo a los otros. Estas formaciones reactivas pueden ser débiles o rígidas. Si es rígida, el examinador siempre dará y nunca recibirá. Sexto, está el examinador con defensas rígidas frente a la hostilidad: es otra motivación para elegir la profesión. Tomar un test puede ser para el examinador una ocasión para reparar sus agresiones y hostilidades. Ser demasiado complaciente con el paciente puede generar en éste, irritación y culpa ('tengo problemas para cooperar con este examinador tan bueno'). Séptimo, el examinador masoquista, que acepta los abusos y no los cumplimientos de la consigna por parte del paciente, con lo que la situación se desorganiza.

4) Constantes psicológicas del paciente.- El paciente, sobre todo en las evaluaciones psiquiátricas, tiene actitudes irracionales y primitivas. He aquí algunos casos.

Primero, ciertos pacientes pueden sentir que se invada su intimidad, que un espión los está investigando, un extraño al cual se le cuentan cosas íntimas. Además no está seguro de qué cosas íntimas descubrió el examinador. Por otro lado el paciente tiende también a confiarse a un extraño, siempre más fácil que hacerlo ante un conocido. De todas formas la violación de intimidad, genera ansiedad, tanto a nivel interpersonal, como transferencial. Segundo, el paciente puede sentir que pierde el control de la situación interpersonal, ya que en dicha situación debe ceder gran parte del control de la misma, al examinador. No poder controlar la relación, puede generar también ansiedad. Tercero, están los peligros de la autoconfrontación, que ocurre cuando al paciente se le presentan sus aspectos más reprimidos o rechazados, y éste reacciona con defensas rígidas. Surge aquí un conflicto entre su deseo de curarse y su afán de ocultar todo lo conflictivo. La resistencia a ser investigado puede tener relación con represiones de deseos sexuales (vergüenza, miedo, etc.) o con una autoestima precaria (no se siente capaz de encarar la situación y responde defensivamente). Cuarto, encontramos también en el paciente tentaciones regresivas, pues en la situación de tomarle un test, es una situación de pedido de ayuda, imaginando al examinador como la figura salvadora. Puede el paciente reaccionar contra esta tendencia regresiva, mostrándose rebelde y arrogante. Quinto, están también los peligros de la libertad, ya que al paciente se le dice en muchas consignas "responda como usted quiera". Esto aumenta la ansiedad del paciente al sentir que carga él con todas las decisiones, con lo cual reaccionará frente a la regla de la libertad.

Schachtel, basándose en Fromm y Sullivan, dice que a la situación de test se le pueden dar tres definiciones subjetivas: la definición autoritaria (el examinado siente el test como un examen escolar, que deberá ser aprobado o no por una persona con autoridad: el examinador); la definición competitiva (la situación de test es vivida como una competencia imaginaria donde hay que vencer rivales); y la definición resistente (que es la forma negativa u opuesta de las anteriores. Aparece por ejemplo, en el desinterés por cumplir las consignas, y hasta el rechazo).

Las tres situaciones generan ansiedad, y por lo tanto defensas y reacciones transferenciales, que deberán ser analizadas también para entender mejor al paciente.

Condensado de Schefer R (1989), Interpretación psicoanalítica en el Rorschach.

Principios de la construcción de los tests.- Un buen test debe estar *estandarizado*, de modo que el rendimiento de una persona pueda ser comparado significativamente con el rendimiento de otras. La

estandarización es la definición de puntuaciones significativas comparadas con el rendimiento de un 'grupo de estandarización' al que se administró previamente el test; también debe ser *fiable*, de modo que suministre puntuaciones fiablemente consecuentes. La fiabilidad es el grado en que un test aporta resultados válidos, y se pone a prueba evaluando la consistencia de las puntuaciones obtenidas en dos mitades del test, o en formas alternadas del test, o mediante su repetición tardía; y debe ser *válido*, o sea que mida lo que supuestamente quiere medir. A veces es suficiente una validez de contenido, es decir, que midan lo que pretenden medir. En otros casos se evalúa la validez de un test comparándolo con otros tests que miden lo mismo, y en otros casos se aplica la validez predictiva, según la cual un test es válido si puede predecir una puntuación en el futuro.

Las puntuaciones de los tests generalmente se ordenan en una distribución en forma de campana (curva normal). Se asigna a la puntuación media un número arbitrario (por ejemplo 100 en un test de inteligencia). Los tests de aptitudes tienden a ser muy fidedignos, pero son mediocres predictores de éxito en la vida. Sin embargo su validez predictiva respecto del éxito académico es bastante considerable en los primeros grados escolares, pero es más dudosa si se trata de predecir las calificaciones en la universidad.

Condensado de Myers David, Psicología. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 3º edición. Capítulo 11: La inteligencia.

El problema de la tendencia.- Los tests de aptitud predicen con qué eficacia la persona que afronta un test se desempeñará en una situación dada. De modo que es inevitable que sean 'tendenciosos', en el sentido de ser sensibles a las diferencias de rendimiento provocadas por la cultura: por ejemplo un test puede ser tendencioso porque destaca ciertos aspectos de la inteligencia y no otros, o porque destaca ciertos elementos que están en una cultura y no en otra, con lo cual será más 'inteligente' el que sepa qué es una cuchara que el que no lo sepa porque en su cultura no las hay. Pero si tendencioso significa lo que los psicólogos entienden generalmente por este término (un test tendencioso predice con menos exactitud en el caso de un grupo que en el de otro) entonces los principales tests aquí considerados no parecen padecer este defecto.

Condensado de Myers David, Psicología. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 3º edición. Capítulo 11: La inteligencia.

Test de Binet-Simon.- Binet, psicólogo francés (1857-1911) en colaboración con Th. Simon, en sus dos obras de especial importancia: *Sur la nécessité d'établir un diagnostic scientifique des états inférieurs de l'intelligence* y *Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux*, han sido los primeros en expresar la inteligencia mediante la imposición de una escala de graduación que permite determinar previamente la actividad intelectual que corresponde al niño normal. El sistema Binet-Simon basado en "edades mentales" fue recibido en su país de origen (Francia) con indiferencia absoluta. En cambio fue adoptada en varios países del extranjero, como en Alemania, por Robertag, en Bélgica por Decroly, y especialmente en Norteamérica, donde han surgido verdaderas escuelas "binetistas" (Goddard, Herring, Kuhlman, etc.) Terman, en *Stanford Revision*, aunque con modificaciones considerables, ha dado al sistema Binet una base científica más exacta. Las últimas revisiones de la escala Binet-Simon son las de Kuhlman en su obra: *Tests of Mental Development A Complete scale for individual Examination*, y de Terman y Merrill. Si bien es cierto, que en sus comienzos, la escala original de Binet-Simon tuvo su especial importancia por ser la primera en una época en que se carecía de experiencia acerca de las tareas realizables por el niño, según su edad, hoy en día sería impropio emplearla en su forma original, pues en la actualidad se dispone de una serie de tests mejores y más exactos y adaptados a nuestras exigencias.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Test de la pareja humana de Bernstein.- Test proyectivo-gráfico destinado al examen psicodiagnóstico de individuos de distintas edades, diseñado por el psicólogo argentino J. Bernstein, en 1958. Se le proponen al sujeto cuatro sucesivas: a) dibujar dos individuos de cualquier sexo; b) asignarles nombres; c) crear una historia acerca de ambos; d) dar un título al relato inventado. La interpretación de a) se efectúa en el nivel formal (grafológico) y también su contenido (de dinámica intrapsíquica e interpersonal), de c), según el modelo interpretativo de tipo TAT; y de b) y d), según el modelo de interpretación estilística; en una instancia final se integran las diversas interpretaciones.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Manual del NEO PI-R (Inventario de Personalidad NEO Revisado).- El Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) ofrece una medida abreviada de las cinco dimensiones o factores de la personalidad y de algunos de las más importantes facetas o rasgos que definen cada dimensión. La denominación NEO se refiere a las tres dimensiones que el inventario medía originalmente: Neuroticism, Extraversion y Openess.

En conjunto, las 5 escalas fundamentales y las 30 escalas parciales del NEO PI-R permiten una evaluación global de la personalidad del adulto.

Creado por P. Costa y R. McCrae, El NEO PI-R puede aplicarse adecuadamente a sujetos de 17 años en adelante que no sufran trastornos (psicosis, demencias, etc) que afecten su habilidad para cumplimentar la aplicación del inventario. De aplicación individual o colectiva, dura aproximadamente 40 minutos y básicamente evalúa la personalidad normal. Los autores brindan una síntesis de los tres pasos que deben seguirse en toda prueba de este tipo: la *aplicación* o administración, la *puntuación* y la *interpretación*.

A los sujetos se les entrega: a) una hoja de instrucciones para que los sujetos sepan como realizar la prueba, y b) un listado de 240 frases a las que el sujeto deberá responder eligiendo cinco alternativas que van desde muy en desacuerdo a muy de acuerdo. Un ejemplo de frase es: Tengo una imaginación muy activa.

El NEO PI-R no contempla la puntuación manual sino la puntuación automática mediante un programa especial que se entrega en disquete para puntuar las respuestas. Puntuar las respuestas significa asignarles primero un puntaje directo (PD) y luego, en base a este último, obtener un puntaje estandarizado (T).

El primer paso para interpretar el perfil del NEO PI-R consiste en examinar las escalas de los cinco factores para conocer la personalidad en su nivel más básico: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad, y Responsabilidad.

El segundo paso implica examinar más detalladamente los cinco factores anteriores y, más concretamente, las seis facetas o rasgos de cada uno. Cada uno de los factores del NEO PI-R está representado por seis escalas más específicas que miden facetas o aspectos del factor. El examen de las escalas de las facetas permite un análisis más detallado de las personas o los grupos. Sobre todo, puede resultar ilustrativo cuando la puntuación del factor es de tipo medio. Por ejemplo, un sujeto cuya puntuación media en A incluye valores muy bajos en Altruismo y muy altos en Confianza reaccionará de forma totalmente diferente a otro con igual puntuación media, pero con bajo Altruismo y alta Confianza. Finalmente, la información detallada disponible al considerar las puntuaciones de las facetas puede ayudar a interpretar constructos y formular teorías. Es sabido que la extraversión correlaciona con el bienestar psicológico, pero un examen más preciso muestra que dos de las facetas, Cordialidad y Emociones positivas, son las principales responsables de esta asociación; la Búsqueda de emociones no se relaciona con el bienestar. Estos hallazgos tienen importantes implicaciones en la teoría del bienestar.

Sinopsis de Costa P y McCrae R (1999) Manual del NEO PI-R (Inventario de Personalidad NEO Revisado). Madrid: TEA Ediciones.

TEST DE INTELIGENCIA

Los orígenes de los tests de inteligencia.- Hace más de un siglo, F. Galton trató de medir en Gran Bretaña las cualidades mentales individuales, y creyó que eran heredables, lo que lo llevó a fundar un movimiento 'eugenésico' para mejorar la raza humana sugiriendo que no se reprodujeran los menos dotados. Aunque Galton no llegó a desarrollar medidas simples y cuantificables, A. Binet recogió la idea y preparó preguntas que ayudaron a predecir los progresos futuros de los niños parisienses. A Binet se debe el concepto de edad mental, que es la edad cronológica que corresponde típicamente a un nivel dado de rendimiento. Por ejemplo el niño medio de 9 años tiene una edad mental de 9. Al igual que Galton, L. Terman en EEUU. creía que la inteligencia era una cualidad heredada, y a semejanza de Binet, creía que su test (el Stanford-Binet) podía orientar a las personas hacia oportunidades adecuadas. A principios del siglo XX los tests de inteligencia fueron a veces usados, para decepción de sus creadores, para documentar una supuesta inferioridad de ciertos grupos étnicos.

W. Stern creó el concepto de CI (coeficiente de inteligencia), que es el cociente entre la edad mental y la cronológica dividida por 100. Por ejemplo, un niño de 8 años (edad cronológica) que responde como uno de 10 (edad mental), tiene un CI de 125. La mayoría de los tests de inteligencia actuales ya no calculan el CI, válido para niños pero no tanto para los adultos.

Condensado de Myers David, Psicología. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 3º edición. Capítulo 11: La inteligencia.

Los modernos tests de inteligencia.- Generalmente los tests se clasifican en dos grupos: como tests de aptitudes (predicen la capacidad de aprendizaje, como el Weschler -WAIS- y el SAT -aptitud universitaria-), o como tests de realización o rendimiento (para evaluar la competencia actual). Los tests de aptitudes predicen la capacidad para aprender una nueva habilidad, mientras que los tests de rendimiento reflejan lo que uno aprendió. La mayoría de los tests, sin embargo, al margen de su denominación, evalúan tanto la capacidad como el rendimiento. La distinción es meramente práctica: usamos tests de aptitud para predecir rendimiento futuro, y tests de rendimiento para evaluar el rendimiento actual.

Condensado de Myers David, Psicología. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 3º edición. Capítulo 11: La inteligencia.

Estabilidad o cambio?.- La estabilidad de las puntuaciones de los tests de inteligencia aumenta con la edad; el valor predictivo práctico comienza hacia los tres años y las puntuaciones son más o menos

estables hasta los siete años. Los niños que se aburren rápido con una imagen y prefieren mirar otra, tienden a obtener buenas puntuaciones en posteriores tests de inteligencia. Hacia los 3 años, y hasta los 7, los rendimientos de los niños en los tests de inteligencia comienzan a pronosticar sus puntuaciones futuras en la adolescencia y la adultez: por ejemplo, niños precoces suelen ser luego adolescentes precoces.

Condensado de Myers David, Psicología. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 3º edición. Capítulo 11: La inteligencia.

Extremos de la inteligencia.- La comparación entre los que alcanzan puntuaciones muy bajas (retrasados mentales) con los que alcanzan alto puntaje (los 'dotados') amplían la validez aparente de un test. En efecto, un modo de comprobar la validez y el significado de un test es comparar a las personas que alcanzan puntuaciones muy altas con las de puntuaciones muy bajas: los dos grupos deben diferir visiblemente, y así es.

Cabe tener presente que las cualidades talentosas son cualidades objetivas, como la estatura, sino que nosotros mismos estamos decidiendo qué considerar algo como talentoso y qué no.

Condensado de Myers David, Psicología. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 3º edición. Capítulo 11: La inteligencia.

Diferencias grupales en las puntuaciones de los tests de inteligencia.- Al igual que en los individuos, en los grupos la inteligencia (por ejemplo los japoneses, o las mujeres, o los negros, etc.) también varía. La variación hereditaria en un grupo no significa que hay necesariamente una explicación basada en la herencia de las diferencias entre los grupos. En el caso de las distancias raciales en las puntuaciones de los tests, la evidencia sugiere que las diferencias ambientales son la causa principal, quizás la única.

Cabe recordar que las puntuaciones de inteligencia reflejan solamente un aspecto de la competencia personal, y no otros atributos como la motivación, el carácter, la capacidad atlética, la madurez emocional, etc.

Condensado de Myers David, Psicología. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 3º edición. Capítulo 11: La inteligencia.

TEST DE LA FAMILIA KINÉTICA

Generalidades.- El test de la familia kinética, que se inspira en un anterior Test de la Familia, es un test donde el sujeto debe dibujar a su familia en movimiento, es decir haciendo algo. Puede pedírsele que refiera la acción a la actualidad (Familia kinética actual) o dentro de cinco años (Familia kinética prospectiva).

a) *Familia kinética actual.-* Respecto de la consigna, primero que se entrega al sujeto una hoja apaisada bajo la indicación "dibujá a tu familia haciendo algo". Si pregunta como la dibuja, se le responde "como quieras". Luego, se le pide "escribí quien es cada uno y qué está haciendo". Si pregunta si él también se dibuja, responder que sí. Si el sujeto no se incluye en el dibujo preguntar "¿están todos?". Si no quiere incluirse se le pregunta porqué, y no se insiste sobre la cuestión. Puede también dibujar en el dorso de la hoja.

Según Verthelyi, la interpretación del test debe referirse a ocho criterios: 1) conducta general, tanto frente al entrevistador (transferencia) como a la tarea (recursos propios); 2) pautas formales; c) primera figura dibujada y secuencia general (diferenciar la secuencia temporal de la secuencia espacial, ver a quienes pone juntos, etc); 4) personajes incluidos, adiciones y omisiones (la omisión del sujeto que dibuja es indicador de conflicto). Se pueden incluir abuelos, tíos, animales, etc; 5) configuración espacial y ámbitos (ver si hay espacios compartidos o no, y como es la relación entre los miembros de la familia); 6) características individuales de las figuras; 7) acciones asignadas y roles inferidos; 8) objetos y escenarios (ver si están o no relacionados con la acción).

b) *Familia kinética prospectiva.-* Como consigna, se pide al sujeto "dibujá a tu familia haciendo algo tal como te la imaginás dentro de cinco años". Este lapso de tiempo es lo suficientemente corto como para considerar a su familia como propia, y lo suficientemente largo como para poder fantasear cambios. Este test examina la necesidad de articular lo potencial (el deseo) con lo factible (la realidad), así como también el grado de satisfacción respecto de los vínculos familiares actuales y qué hace el sujeto para modificarlos. La familia kinética prospectiva es un complemento de la prueba de la familia kinética actual.

Febraro A (1996) Clases dictadas en la Cátedra de Métodos y técnicas de exploración diagnóstica II. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

TEST DE LA PAREJA EDUCATIVA

Generalidades.- Esta técnica permite obtener información sobre cómo se ubica el sujeto frente a la situación de aprendizaje, y su objetivo principal es que la persona pueda proyectar su "pareja internalizada" relacionada con enseñar y aprender, graficando su representación subjetiva.

Además de la información que proporcionan los aspectos gráficos, comunes a otras pruebas, permite evaluar la actitud del sujeto hacia el proceso de aprender en general, y el medio en que se lleva a cabo. Podemos elaborar hipótesis, por ejemplo, acerca de si considera la institución educativa como un espacio donde se realiza una tarea valiosa en un clima de cooperación mutua, o si la vive como una experiencia traumática y sin sentido, en la que se siente una víctima de profesores autoritarios y agresivos.

Al incluir esta prueba dentro de un proceso de orientación vocacional, tenemos la posibilidad de acceder a algunos de los aspectos inconcientes y fantasías del sujeto frente a su inserción en la educación formal.

Condensado de Casullo M y Cayssials A (1994) Proyecto de vida y decisión vocacional. Buenos Aires: Paidós (páginas 214-222: Prueba gráfica Pareja Educativa).

Administración.- La administración puede ser individual o grupal. Los elementos necesarios son: una hoja de papel en blanco, un lápiz negro y una goma.

La consigna es la siguiente:

-“Dibujar dos personas: una que enseña y otra que aprende.”

-“Ponerles nombre y edad.”

-“Escribir una historia relacionando ambas personas.”

-“Poner un título a la historia.”

La mayoría de los alumnos dibuja una situación que se desarrolla en un contexto áulico, pero cuando no es así y el alumno pregunta si es necesario que estén en la escuela, se le responde “Sí, como quieras”.

Si se administra la técnica individualmente, o si la administración grupal lo permiten, puede pedirse al sujeto que amplíe algunos aspectos de su trabajo. Por ejemplo, que explique por qué eligió los nombres, las edades, o la situación, o que aclare partes del relato que puedan resultar confusas.

Condensado de Casullo M y Cayssials A (1994) Proyecto de vida y decisión vocacional. Buenos Aires: Paidós (páginas 214-222: Prueba gráfica Pareja Educativa).

Interpretación.- Sin excluir otras posibilidades, sugerimos que la interpretación puede resultar provechosa si tomamos en cuenta las siguientes variables:

1. Capacidad para cumplir con la consigna.
2. Análisis interfiguras (plano gráfico).
 - 2.1. Si comparten un eje horizontal.
 - 2.2. Posturas, gestos.
 - 2.3. Edades asignadas.
 - 2.4. Sexos asignados.
 - 2.5. Contexto.
3. Análisis del comportamiento verbal.
 - 3.1. Emplazamiento.
 - 3.2. Extensión.
 - 3.3. Características de la escritura.
 - 3.4. Características del lenguaje.
 - 3.5. Casualidad y coherencia.
4. Integración general.
 - 4.1. Actitudes hacia el aprendizaje.
 - 4.2. Vínculos (inexistentes, mutuos, unipersonales, agresivos).
 - 4.3. Características asignadas a las tareas de enseñar y aprender.

Si bien la prueba tiene dos partes (gráfica y verbal), el análisis debe ser global, integrando ambas y trabajando las coincidencias y contrastes que puedan presentarse.

1. *Capacidad de cumplir con la consigna.-* Las dificultades para cumplir con la consigna en forma total o parcial pueden darnos indicaciones valiosas acerca del posible comportamiento en el ámbito académico. En algunos casos, puede tratarse de bajo nivel intelectual, o de problemas emocionales que llevan a distraerse. A veces hay una clara actitud opositora, que permite predecir problemas para cumplir con las indicaciones de docentes y autoridades. En otros casos hay una actitud de fuga de la tarea, ya que se hace lo mínimo posible para “cumplir” sin comprometerse (por ejemplo, figuras tipo “monigote”, historia muy pobre).

2. *Análisis interfiguras (plano gráfico).- Si comparten un eje horizontal.-* Cuando docente y alumno comparten un eje horizontal podemos pensar que el sujeto considera al docente como alguien con quien colabora para concretar la tarea de aprendizaje. Por supuesto, puede suceder que compartan el eje horizontal, pero estén totalmente desconectados. Hay casos en que aparece el docente muy arriba, incluso sobre una tarima, y el alumno abajo, en actitud pasiva. Podemos, entonces, pensar que este sujeto ve al docente como alguien remoto y distante, al que debe obedecer porque es una autoridad. Esta concepción del docente puede ser muy negativa para un buen aprendizaje, ya que provoca el desinterés y el rechazo del alumno hacia la tarea.

Posturas, gestos.- Posturas como gestos dan indicaciones acerca del vínculo entre el docente y el alumno. Hay casos en que se encuentran frente a frente, y la postura corporal nos indica que existe una interacción positiva (por ejemplo, brazos extendidos en la dirección del otro). Hay veces en que el docente

aparece en actitud amenazante, incluso con algún elemento en la mano (puntero, regla), frente a un alumno pequeño y con aspecto débil e indefenso. Otras veces, es el alumno el que realiza gestos insultantes o despreciativos hacia un docente que se encuentra de espaldas, escribiendo en el pizarrón signos que el alumno considera incomprensibles.

Edades asignadas.- Asignar edades próximas a la propia indica la buena ubicación del sujeto frente a la situación actual, su confianza en su propia capacidad para desarrollar su tarea con solvencia. Si se trata de un alumno con vistas a entrar en la universidad, es frecuente que se dibuje algo mayor, ya como alumno universitario. Esto sería un signo positivo, que indicaría su capacidad de proyectarse en el futuro. Hay casos en que el sujeto dibuja a alguien mucho menor, a un niño en la escuela primaria con una maestra que lo protege y lo contiene. Esto puede deberse a una actitud regresiva frente al temor que le provoca enfrentarse a las responsabilidades propias de la vida adulta, como tomar una decisión con respecto a una carrera. A veces aparecen trabajos con contenidos muy agresivos, y como parte de esta actitud le asignan una edad muy avanzada al docente.

Sexos asignados.- En general los alumnos dibujan un alumno de su mismo sexo. La mayoría dibuja docentes del sexo femenino, lo que refleja que, en la Argentina, la mayoría de los docentes son mujeres. Es difícil establecer de antemano en qué casos puede ser significativo el tema de los géneros asignados. Esto dependerá de cada situación en particular, y cuando surja un caso en que este tema sea de gran importancia, será conveniente manejarse con los criterios establecidos para el Test de las Dos Personas.

Contexto.- La mayoría de los alumnos plantea la situación en un contexto áulico. Fuera de éste, los más frecuentes son los ámbitos deportivos y el contexto familiar. De acuerdo con un estudio realizado recientemente (Diuk, Casullo, 1993), se constató que el contexto áulico apareció con mayor frecuencia en los grupos que manifestaron mejores vínculos con los docentes y el aprendizaje en general.

3. Análisis del comportamiento verbal.- Para el análisis de los aspectos relacionados con el relato verbal, en forma separada, se toman en cuenta dos criterios planteados para la Redacción sobre el tema "Yo". Sin embargo, en el caso de Pareja Educativa es importante evaluar cómo se vincular las partes entre sí, tanto en el plano formal como del contenido. Otras, hay una clara desproporción entre ambas partes. El dibujo puede ser muy pobre, tipo "monigote", y el relato largo y complicado. Podemos pensar que el sujeto presenta un conflicto entre su necesidad de expresar lo que le pasa y su temor a exponerse, y considera que le será más fácil "controlar" lo que escribe que lo que puede llegar a "mostrar" su dibujo.

En algunas ocasiones surgen contradicciones entre los aspectos gráficos y verbales, o la historia y el dibujo aparecen disociados, sin relación uno con el otro.

Es importante considerar los términos utilizados para referirse a la tarea que se desarrolla. En algunos casos, encontramos que el docente "enseña", "explica", "se dedica", "tranquiliza", y en otros "reta", "culpa", "castiga", "sanciona". A su vez, el alumno "aprende", "escribe", "expresa", o "no entiende", "se aburre", "no le entra", "tiene problemas".

4. Integración general.- Actitudes hacia el aprendizaje.- Esta prueba permite detectar cómo se acerca el sujeto al proceso de enseñar y aprender, y cuál es su vínculo con el objeto de aprendizaje y con los docentes en general. Es un proceso de orientación vocacional, además de tomar en cuenta variables relacionadas con los intereses, aptitudes y personalidad, es necesario tratar de indagar si estamos frente a un sujeto para quien el estudio es algo valioso en sí mismo, y por lo tanto valora y respeta el conocimiento que sus docentes pueden impartirle, o, si por el contrario, es sólo un medio para un fin, que puede ser obtener dinero o prestigio.

Podemos considerar que estamos frente al primer caso si en la prueba aparece una actitud de colaboración entre docente y alumno, en un ambiente áulico adecuado, en el que el docente estimula la curiosidad y el interés del alumno. En cambio, hay casos en que aparece un gran desinterés, e incluso desprecio y agresividad hacia la tarea docente, desde el alumno y desde el propio docente. En este último caso, debe considerarse la posibilidad de que se trate de un sujeto que, si elige una carrera de grado, puede desertar ante el gran esfuerzo que le va a demandar estudiar algo que realmente no le interesa.

Vínculos.- Al analizar cómo aparece vinculándose entre sí la pareja docente-alumno, encontramos varias modalidades:

a. *Vínculo inexistente:* cuando cada uno está enfrascado en una actividad diferente; el profesor no está enseñando ni el alumno aprendiendo.

b. *Vínculo mutuo:* Cuando ambos comparten la tarea, y por lo tanto surge un producto de aprendizaje. La actitud es cooperativa, hay una relación de amistad y respeto mutuo y de interés por la tarea que desarrollan.

c. *Vínculo unipersonal:* son los casos en que el profesor está enseñando, pero no logra interesar al alumno, que está "aburrido", "durmiendo", "desinteresado". También los casos en el que alumno reclama la atención del profesor, quien ignora sus pedidos.

d. *Vínculo agresivo:* cuando la relación es de confrontación. El profesor amenaza con amonestaciones y castigos diversos, o insulta al alumno, y el alumno protesta y/o insulta también.

Hay una estrecha relación entre el punto anterior y este, ya que, al representar un vínculo inexistente, unipersonal o agresivo el sujeto nos da la pauta de que no percibe la posibilidad de establecer una relación de crecimiento y enriquecedora con un docente.

Características a las tareas de enseñar y aprender.- Enseñar puede ser visto, desde el alumno, como una tarea pesada, sin interés, monótona, mal paga, realizada por personas cuyo único interés es dar rienda suelta a sus impulsos sádicos, o ser considerado como una tarea gratificante, interesante, que satisface una vocación muy profunda de entrega a los demás. A su vez, aprender puede ser entendido como algo sin interés, complicado, caro (si va a colegio o universidad privada), y, por sobre todo, inútil y puede ser visto como una experiencia de gran enriquecimiento y crecimiento como persona.

Condensado de Casullo M y Cayssials A (1994) Proyecto de vida y decisión vocacional. Buenos Aires: Paidós (páginas 214-222: Prueba gráfica Pareja Educativa).

TEST GRUPAL

Generalidades.- Algunos tests grupales son el FKC o familia kinética de consenso (Verthelyi) y el TPI o pareja en interacción (Jury, 1964).

Test de la familia kinética de consenso.- La administración de esta prueba puede realizarse al menos de dos maneras distintas: 1) En primer lugar a cada integrante de la familia se le da una hoja carta y lápiz con la consigna habitual del test de la familia kinética actual. Esta producción es útil para comparar los dibujos, las relaciones, las alianzas familiares, etc. Luego, al grupo familiar se le da una hoja Canson N° 5 para que dibujen entre todos a la familia haciendo algo dentro de cinco años. Se puede apreciar aquí como cada uno se ve dentro de cinco años, como los padres ven el crecimiento de los hijos, etc. 2) Se pide un dibujo grupal de la familia actual en una hoja N° 5, y luego un dibujo grupal de la familia dentro de cinco años en otra hoja N° 5.

Luego de los dibujos se interroga a cada miembro de la familia: 1) autoevalúe su funcionamiento en cuanto a la organización de la tarea grupal de dibujar; 2) en cuanto considera que aportó a la misma, y examinar si esta repuesta coincide con lo dibujado por él; c) como se sintió; y 4) como evalúa el resultado gráfico.

Test de la pareja en interacción.- Se le entrega a la pareja una hoja Canson N° 5 y sendos lápices, pidiéndoles que dibujen entre los dos una pareja sugiriendo que dibujen una figura por vez. Luego se les entrega una segunda hoja pidiéndoles que se dibujen dentro de cinco años, pudiendo aquí utilizar colores. Finalmente, se les pide que elijan uno de ambos dibujos para hacer una historia sobre el mismo, que pongan un título a la historia y que imaginen un segundo final alternativo (lo que permite explorar la capacidad de reparación).

Para el análisis de la producción verbal debe tenerse en cuenta el tema manifiesto del relato, el tema latente (conflicto), la distribución de roles (roles que asumen, roles que adjudican), el tipo de vínculo (neurótico, psicótico, masoquista, gratificante, etc). También se analizará la secuencia de la interacción (pasos que dan para realizar la tarea, viendo si hay pautas repetitivas y pautas de conflicto). El análisis del final y del final alternativo permiten hacer un pronóstico. Finalmente, se correlaciona el registro gráfico con el registro verbal de la historia.

Febraio A (1996) Clases dictadas en la Cátedra de Métodos y técnicas de exploración diagnóstica II. Facultad de Psicología de la Universidad e Buenos Aires.

TEST PROYECTIVO

Definición.- La expresión 'técnica proyectiva' fue creada por Frank para designar un método donde "se enfrenta al sujeto con una situación estimulante ante la que reaccionará según el significado particular y específico que esa situación tenga para él, y según que la experimenta en el curso de esa reacción".

Frank L, "Projective methods for the study of personality", en Journal of Psychology, 1939.

Generalidades.- En el test proyectivo, "la libertad de respuesta frente al estímulo permite que el sujeto proyecte su propia personalidad... Se suelen distinguir dos tipos de tests proyectivos como formas principales: los tests proyectivos temáticos (por ejemplo el TAT de Murray como prototipo), y los tests proyectivos estructurales (el Rorschach es el principal)".

Ander-Egg E (1987) Técnicas de investigación social. Buenos Aires: Hvmantas, 21 edición, pág. 297.

Características.- Las técnicas proyectivas son métodos donde se emplean estímulos para obtener respuestas, pero no es cualquier estímulo el aplicado, ni cualquier respuesta la que se espera obtener.

Los **estímulos** deben cumplir cuatro características:

- 1) El sujeto no debe tener una clara idea del objetivo del estímulo, para que no lo manipule concientemente.
- 2) No debe ser claramente estructurado, para potenciar la expresión de la personalidad y sus motivaciones más fundamentales.
- 3) Debe estar tipificado o estandarizado, para permitir una comparación inter e intrasujeto. La patología es una exageración de rasgos existentes en la personalidad adaptada. Para poder comparar se usan, entonces, *parámetros*, o constantes que se toman en cuenta no solo en la estimulación, sino también en

la recolección de respuestas y en su interpretación: para estas tres cosas hay modos constantes (de estimular, de recolectar, de interpretar).

4) Los segmentos de comportamiento a los que apunta deben estar claramente determinados.

Las *respuestas* están determinadas por los estímulos (respuestas populares o clichés), pero también por los factores organizativos intrapsíquicos (hipótesis de la proyección). El fin de la técnica proyectiva es poner de manifiesto las relaciones más idiosincrásicas y menos socializadas de la personalidad.

Celener G (1995) Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (ORT-TAT). Publicación interna de la cátedra de Métodos y técnicas de exploración diagnóstica II. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Presupuestos teóricos de los tests proyectivos.- Es básicamente el psicoanálisis y las psicologías holísticas (Gestalt-Lewin). La mayoría de las técnicas proyectivas pueden considerarse formas estructuradas de actividad asociativa, y descansan sobre los siguientes presupuestos psicoanalíticos:

1) El inconsciente como fuerza motivante de la conducta.

2) El concepto de proyección.

3) El concepto de personalidad.

4) El concepto de transferencia.

1) El inconsciente como fuerza motivante de la conducta.- Es un concepto teórico pero con implicancias empíricas, porque permite explicar observaciones realizadas. Se conoce el inconsciente por sus expresiones conscientes (síntomas, test, etc.), y no se opone a consciente, sino que es un grado preparatorio del consciente. No se define negativamente (todo lo que no es consciente) sino positivamente: incluye contenidos que condicionan la conducta en función de motivos conscientemente desconocidos. No tomamos, entonces, su sentido descriptivo sino su sentido *dinámico*.

La existencia del inconsciente se establece por dos cosas: a) el contenido (equivalentes instintivos, representaciones de objetos u órganos, emociones de amor o cólera), y b) el modo de actuar (el proceso primario, que deviene proceso secundario en el preconsciente. Sus mecanismos son desplazamiento, condensación, proyección, identificación, ausencia de tiempo y contradicciones, igualdad de valores para la realidad interna o externa, principio del placer, etc.).

Un sector del inconsciente inaccesible a la conciencia es el inconsciente reprimido, pero que ejerce su influencia.

2) El concepto de proyección, y su relación con la apercepción.- Bellak hace un recorrido histórico del concepto en Freud, y reformula el concepto psicoanalítico de proyección en términos de distorsión aperceptiva y a partir de la teoría gestáltica del aprendizaje.

En 1894 Freud habla de proyección en la neurosis de angustia, donde al no poderse controlar la excitación sexual interna, se la proyecta en el exterior. En 1896 concibe proyección como atribución de impulsos propios indeseables a otras personas o al mundo. Posteriormente sigue la misma línea en el caso Schreber: el paranoico transforma el impulso homosexual por formación reactiva (de "yo lo amo" a "yo lo odio"), y luego proyecta ese odio al objeto amoroso original, convertido así en perseguidor. Esta atribución es por presión del superyó, que lo desaprueba moralmente en el sujeto mismo.

Más tarde, en Tótem y Tabú, Freud habla de proyección como un mecanismo universal y normal mediante el cual configuramos el mundo. Tal el sentido de proyección en sentido amplio que se toma aquí como importante (el sentido restringido era proyección como defensa).

En el test hay una percepción 'objetiva' hipotética, casi pura donde la mayoría de los examinados concuerdan sobre el estímulo. Esto sin embargo no se cumple, pues siempre distorsionamos en mayor o menor grado el estímulo. La *distorsión aperceptiva* es la interpretación subjetiva que se hace del estímulo, y la *apercepción* es una interpretación (dinámicamente) significativa que un organismo hace de una percepción. Implica la influencia de recuerdos sobre la percepción de estímulos contemporáneos.

Hay distintos grados de distorsión aperceptiva, y son cuatro (desde la máxima distorsión hasta la mínima):

1• Proyección Invertida: Es el grado máximo de distorsión, y no puede hacerse consciente. Por ejemplo, el mecanismo paranoide. La llamamos invertida porque la proyección es posterior al mecanismo previo de la formación reactiva (de yo lo amo pasa a yo lo odio por formación reactiva, y de este, por proyección, a él me odia). Esta proyección como defensa no suele usarse en técnicas proyectivas, pero sí las tres siguientes distorsiones, que son normales:

2• Proyección simple: No necesariamente clínica, ocurre a diario. Es atribuir al otro sentimientos, actitudes, que el sujeto ya esperaba encontrar. Es una distorsión simple, asociativa, a través de la transferencia del aprendizaje o, en casos más complejos, por la influencia de imágenes previas sobre las presentes.

3• Sensibilización: En vez de la creación de un percepto inexistente, la sensibilización implica una percepción más sensible de estímulos existentes. Ejemplo, estar más sensible a los alimentos cuando uno tiene hambre o tiene una fantasía de realización de deseos (percepción 'autista'). Implica un aumento de la eficacia yocica en respuesta a una emergencia.

4• Externalización: En los procesos anteriores no hay, por lo común, conciencia. Aquí se trata en cambio de una configuración ligeramente reprimida de imágenes, fácilmente evocables conscientemente.

3) El concepto de personalidad.- Forma a ser de una persona debida a la peculiar configuración de sus rasgos psicológicos. Es una estructura dinámica modelada por condiciones fisiológicas y psico-socio-culturales.

Se manifiesta en una conducta, la que expresa la relación entre demandas internas y situacionales, constituyendo un intento por adaptarse a condiciones internas y externas. Tiene también un aspecto latente, que puede inferirse por los test proyectivos a partir de lo manifestado. Los motivos latentes determinan gran parte de la conducta.

4) El concepto de transferencia.- Psicoanalíticamente, implica la actualización de deseos inconscientes en una relación interpersonal, y es una repetición de prototipos infantiles vividos con sensación de actualidad. En sentido más amplio, fuera del psicoanálisis, designa un desplazamiento de valores, derechos, entidades, a otro.

Celener G (1995) Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (ORT-TAT). Publicación interna de la cátedra de Métodos y técnicas de exploración diagnóstica II. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Generalidades.- La técnica proyectiva es una técnica de evaluación de personalidad relativamente no estructurada en la cual la persona responde a materiales como manchas de tinta, ilustraciones ambiguas, frases incompletas y otros materiales diciendo lo que percibe, elaborando historias o construyendo y arreglando frases y objetos. En teoría, como el material no es estructurado, la estructura impuesta sobre éste por las respuestas del examinado representa una proyección de sus propias características de personalidad (necesidades, conflictos, fuentes de ansiedad, etc.).

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Generalidades.- Las técnicas proyectivas son los instrumentos de evaluación de la personalidad menos estructurados. De manera tradicional, estas técnicas se han usado en contextos clínicos para identificar problemas personales y diagnosticar psicopatología. Sin embargo algunas técnicas proyectivas han sido diseñadas o extendidas hacia el análisis de la personalidad normal.

Se han desarrollado varios tipos de técnicas proyectivas, incluyendo asociaciones de palabras, frases incompletas, dibujo de figuras humanas, respuestas a manchas de tinta e inventar historias a ilustraciones. Quienes defienden estas técnicas sostienen que los inventarios y otros instrumentos de autorreporte no logran llegar a las capas más profundas de la personalidad porque las personas no son conscientes de sus características y problemas o no los revelan. Como la calificación de las técnicas proyectivas regularmente es muy impresionista y subjetiva, se han encontrado dificultades para determinar la validez de esos instrumentos.

Las dos técnicas proyectivas más populares son la Técnica de Psicodiagnóstico de Rorschach y el Test de Apercepción Temática. También son dignos de atención el Estudio de Frustración Ilustrado de Rosenzweig, el Formulario de Frases Incompletas de Rotter, la Técnica de Manchas de Tinta de Holtzman y varias pruebas de historias con ilustraciones para niños, adultos mayores y grupos étnicos no blancos (Aiken, 2003:425).

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición.

Generalidades.- A diferencia de los que ocurre en los tests no proyectivos, en los tests proyectivos falta una respuesta única objetivamente verificable, y dicha respuesta corresponderá a un determinante intrapsíquico y no a un criterio externo de validez.

Rapaport, Teoría del procedimiento diagnóstico.

TESTAMENTO

Pericias psicológicas.- El objeto de la pericia es aquí determinar la capacidad psíquica para testar que tenía el testante en un juicio por nulidad testamentaria. Se trata de determinar si sufría algún tipo de deterioro que le impidiera testar en pleno uso de sus facultades mentales. Los artículos 3615/3616 (ley argentina) establecen estos conceptos: perfecta razón, completa razón, sano juicio, estado habitual de demencia, y ser demente pero en intervalo lúcido (esto último exige certeza de la existencia de tal intervalo, y además la prolongación del mismo en forma suficiente en el tiempo como para asegurarse que por entonces ha cesado la enfermedad).

1. En medicina y psiquiatría legal.- Nerio Rojas dice que lucidez y alienación no son estados excluyentes, pues existen los intervalos lúcidos. Todo ello a su vez debe ser diferenciado de la semi-alienación, caracterizada por dos cosas: hay conciencia de enfermedad, y hay adaptabilidad.

Sano juicio en sentido amplio incluye no sólo ausencia de locura, sino también ausencia de una perturbación momentánea de la razón, no proveniente de la demencia.

Ciertos autores definen salud mental a partir de estas características: a) discernimiento (intención y voluntad) (art 897), donde discernimiento es capacidad para comprender la acción, intención es la voluntad de ejecutar la acción, y libertad es la independencia del agente para realizarla; b) perfecta razón (art 3615); y c) sano juicio (art. 3616).

Perfecta razón es la sanidad de la inteligencia y la voluntad, o sea, comprender el acto y su consecuencia, y determinación de manifestar la voluntad conciente y de ejecutar el acto.

A su vez capacidad incluye tres características: a) conocimiento sobre las reglas de convivencia, b) juicio suficiente para aplicarlo en casos concretos, y c) firmeza de voluntad para inspirar una libre decisión. En cuanto a la integridad psíquica, son mayores las exigencias para capacidad (civil) que para imputabilidad (penal).

Tres criterios deben evaluarse para considerar la enfermedad mental como incapacidad:

a) Psicopatológico: intensidad del trastorno y sus repercusiones en la conducta testamentaria.

b) Cronológico: habitualidad y/o permanencia del trastorno.

c) Jurídico: si puede o no gobernarse por sí mismo o proveer a sus propios intereses.

En la psiquiatría forense gala se hace hincapié en la ausencia de discernimiento o presencia de trastorno mental en el momento de testar, mientras que en la germana no puede testar quien por trastorno mental, de la conciencia o debilidad mental no pueda apreciar la importancia de una voluntad propia o de obrar de acuerdo a ella. No se considera que la vejez sea causa de incapacidad, porque testar no es un asunto solamente intelectual sino sustancialmente de actitudes afectivas. Tampoco es causa de incapacidad la depresión reactiva. Algunos autores consideran que debe argumentarse una motivación en casos de gran desviación de la normalidad, y otros no.

El Código chileno habla del incapaz para testar como el que no puede expresar su voluntad claramente, mientras que el mejicano hace hincapié en el estado del testador al momento de testar.

2. En la doctrina del derecho civil.- Discernimiento es la facultad de distinguir lo justo de lo injusto, lo lícito de lo ilícito. Esto incluye tanto la intención como la libertad, de manera que se incluye enfermedades que no afectan la razón pero sí lo volitivo (algunas depresiones).

En el momento de testar entonces debe tener un excelente discernimiento, una esclarecida intención y una total libertad, debiéndose distinguir entre una perfecta razón teórica (facultad de discurrir, noción de saber lo que queremos y porqué lo queremos), de la perfecta razón de cada testador.

Estado de semi-alienación mental es oscurecimiento o debilitamiento de facultades mentales que no alcanzan a ser alienación mental. La ancianidad no priva de la capacidad de testar, pero una persona puede faltarle la perfecta razón (alienación o semi-alienación) a pesar de su aparente buen juicio en los actos rutinarios de la vida de relación.

No debe confundirse la conciencia del acto testamentario con la intención de efectuarlo, ni con la libertad de hacerlo. No basta que alguien quiera hacer testamento, hay que ver si su volición está determinada por motivos psíquicos normales.

Otros autores distinguen vejez de senilidad, siendo esta última un estado morboso debido a agentes patológicos y por tanto, debe considerársela semi-alienación, aunque otros tratadistas homologan senilidad con demencia senil (en psicopatología en realidad no son sinónimos).

Otras definiciones de incapacidad son más amplias, pues además de señalar enfermedades mentales como causa, indican también cualquier causa que dificulte la función intelectual o volitiva, o algún impedimento legal para testar.

En suma, en toda peritación de nulidad testamentaria deben plantearse estos interrogantes:

¿Surge de autos elementos con significado médico, psiquiátrico y/o psico-clínico legal, que indiquen que la persona, al menos desde un año antes de testar:

1) tiene demencia en el sentido jurídico (art 141).

2) está embriagada o usa habitualmente estupefacientes, o está disminuido en sus facultades mentales (art 152 bis).

3) padece enfermedad mental aún sin haber justificado una declaración de demencia, a pedido de las personas enumeradas en el art 144 del CC la aplicación de las previsiones del art 482 del CC.

4) no goza del uso de perfecta razón según art 3615 del CC.

5) goza con habitualidad del uso no perturbado, sereno, de sus facultades mentales. Perturbación significa que el testante fue aprovechado y/o abusado en sus necesidades y/o pasiones por terceros, entendiendo estos términos según el fuero penal.

Condensado de Castex Mariano, La capacidad para testar (Publicación interna de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996).

TESTOSTERONA

Testosterona y depresión.- "En un estudio publicado en la revista "Archives of General Psychiatry" se concluye que los varones con niveles bajos de testosterona presentan un riesgo cuatro veces mayor de sufrir una depresión que aquellos varones con niveles normales de esta hormona. Todos los varones con niveles deficientes de testosterona incluidos en el estudio sufrían la condición denominada hipogonadismo, condición también caracterizada por una disminución de la masa ósea y muscular y por un menor interés en el sexo. Para llevar a cabo este estudio, 278 hombres mayores de 45 años fueron sometidos a un seguimiento durante 2 años con objeto de analizar quiénes desarrollaban una depresión. Hasta 23 de los pacientes fueron diagnosticados de hipogonadismo. Así, en torno a un 20% de los pacientes con niveles deficientes de testosterona desarrollaron una depresión durante el período de

estudio. Por el contrario, la depresión afectó a tan sólo el 7% de los varones que presentaban niveles normales de la hormona. Según explicó el Dr. Shores, "los resultados alcanzados parecen sugerir que la administración de testosterona a los hombres que padecen depresión y presentan bajos niveles de testosterona podría mejorar su estado de ánimo". Sin embargo, también añadió que las evidencias alcanzadas en estudios anteriores sugieren que la solución para algunos estados de depresión en los varones puede resultar no tan simple".

Molly M. Shores y otros, Los niveles bajos de testosterona se asocian con la aparición de depresión en los varones. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2004 FEB; 61(2).

THORNDIKE, EDWARD LEE

Biografía.- (1874-1949) Se destacó en el campo de la educación y en el de la psicología. Fue profesor de Educación desde 1904 hasta 1940 en la Escuela de Magisterio, anexa a la Universidad de Columbia. Desarrolló una intensa labor de investigación en el terreno de la psicología educacional. Su prestigio se basa ante todo en su contribución a la teoría del proceso de aprender. Fue el primero en enunciar la *ley de efecto* considerada como el principio fundamental de la ley de aprender. Es también muy importante su aporte a la teoría de la medición psicológica. Es autor de varios tests, siendo de uso muy generalizado la prueba de inteligencia para estudiantes secundarios egresados que lleva su nombre, así como, dentro de la Escala de Inteligencia CAVD, un test de facultades cuidadosamente estandarizado y graduado. Thorndike fue, por otra parte, uno de los primeros en aplicar la estadística al estudio de los factores psicológicos y de las cuestiones educacionales. Compuso el *Thorndike Century Juniors (y Señor) Dictionary*, que abarca los diez mil (más tarde ampliados a veinte mil) vocablos de uso más frecuente en la lengua inglesa, basándose en el cual compuso más tarde otros. Se le deben también notables estudios sobre la enseñanza de álgebra y la aritmética, sobre la psicología de la lectura, el influjo de la ventilación sobre el desempeño de los alumnos, el valor disciplinario sobre las materias escolares, la instrucción de los adultos, los factores que concurren al nivel cultural de las ciudades, etc. Su obra monumental, *Education psychology* (1903), 3 tomos, señaló nuevas direcciones y fue, durante muchos años, de importancia fundamental en esta materia. Obras principales: *An introduction to the theory on mental and social measurement* (1913); *The Measurement of intelligence* (1927) *Adult Learning* (1928); *Human Nature and the Social Order* (1940).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

TIEMPO

Definición.- 1. Según *H. Piéron* el tiempo significa, desde el punto de vista psicológico, la *noción de intervalo o la duración*. El intervalo o la duración separan dos puntos, dos vivencias; representan, pues, dos estados psicológicos que señalan el comienzo y fin de un fenómeno psíquico. (*Le sens du temps*, 1930). Para *Wundt* el tiempo es una experiencia interna, para *P. Janet* es un "conjunto discontinuo de sentimientos, un conjunto de experiencias afectivas irracionales, las cuales varían muchísimo en cada individuo". La duración temporal de las vivencias interiores, el tiempo psíquico es inmediatamente percibido por el *sentido del tiempo*. Se llama *tiempo de presencia psíquica* la extensión de tiempo inmediatamente presente y la percepción temporal. Se debe, sin embargo, distinguir entre *noción de tiempo* y su *representación intuitiva*. (Junk). 2. Según *Kant*, tiempo es una manifestación puramente subjetiva intuitiva de la percepción humana, pero con un valor real empírico. Para *Bergson*, el tiempo es la propia intuición. Para *Heidegger* el tiempo es "el presente que se explicita, o sea, lo explicitado manifiesto en el *ahora*" El tiempo es, antes que todo, subjetividad o objetividad porque ofrece la condición de la posibilidad misma de este antes. 3. Para los físicos, el tiempo es la *cuarta dimensión*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

TIPO

Definición.- Grupo determinado en base a la forma en que sus miembros dirigen las energías psíquicas. Los dos tipos principales son de introvertidos y el de los extrovertidos, pudiendo subdividirse cada uno de ellos según los actos mentales específicos mediante los cuales la energía psíquica se pone de manifiesto.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Tipología.- Simplificación de las diferencias entre las personas, clasificándolas en base a los elementos comunes de sus caracteres. Ya los griegos habían dividido las personas en cuatro grupos: melancólicos, coléricos, flemáticos y sanguíneos. *Jaensch* considera los siguientes tipos: 1) El tipo *I/1*, con integración completa de todas las funciones, demostrables en todos los campos de la vida anímica. 2) El tipo *I/2*, que solo temporalmente y bajo ciertas circunstancias, en momentos vitales intensos, muestra integración completa. 3) El Tipo *I-i*, que tan solo está integrado hacia el interior. 4) El tipo *S* (sinestésico), ante todo

integrado hacia el exterior y que presenta fuertes sinestesias (o sea, interacción o diversas impresiones sensoriales). 5) El tipo *D* próximo a él. Son hombres con casi completa falta de integración. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Tipos de personalidad.- Doctrina que afirma que las personalidades difieren tanto cualitativa como cuantitativamente y que el individuo tiende a dar en una categoría bien diferenciada. En los primeros estudios sobre tests mentales se aceptaba como dogma en psicología que todas las diferencias entre las personas eran cuantitativas, pero con el impulso de la psicología de la Gestalt ha renacido el criterio de las diferencias cualitativas. Según el aspecto cualitativo, las clasificaciones más conocidas son: 1) Fundada en la dirección de la energía física. C. G. Jung diferencia entre introvertidos y extrovertidos. 2) Funcional: afectivo, intelectual, intuitivo, sensorial (Jung). 3) Según las facultades: intelectual, sensitivo, volitivo. 4) Basada en el sistema constitucional: digestivo, respiratorio, cerebral y muscular (Sigaud) 5) Según Kretschmer asténico (leptosomo) displásico, pícnico, y atlético. 6) Tipos de Spranger, según valores: económico, social, político, teórico, artístico y religioso. Sin embargo, Pávlov, hablando de "carácter artificial de cualquier clasificación de los tipos individuales", afirma que "la clasificación de Kretschmer ha de ser considerada como equivocación e inadecuada" (*Última comunicación sobre la actividad nerviosa superior*, 1932, en ruso).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Tipos funcionales.- Según Jung, se dividen de acuerdo a las siguientes funciones: pensar (tipo intelectual), sentir (tipo afectivo), que pertenecen a la función básica racional; intuir (tipo intuitivo), y sensacional (tipo sensitivo), que pertenecen a la función básica irracional. Cada uno de los cuatro tipos funcionales racionales se divide, a su vez, en dos grupos, según pertenezca a una de las dos actitudes generales: la *extraversión* y la *introversión*. De manera que resultan ocho tipos psicológicos fundamentales. El *tipo intelectual* es aquel en el que predomina la función psicológica de pensar. El *tipo afectivo* es aquel en que la principal reacción psicológica es de naturaleza afectiva o emocional. Se dice que hay afecto cuando un estímulo o motivo despierta al sentimiento más bien que al concepto o pensamiento. El tipo intuitivo es el que se adapta gracias a indicaciones inconscientes que recibe por medio de una percepción e interpretación especialmente finas y aguzadas de estímulos apenas concientes. El *tipo sensitivo* es aquel cuyo propósito consiste en sensacional al objeto, en tener sensaciones y, si es posible, en regocijarse con ellas. A su vez, lo racional está caracterizado por el predominio de las funciones del razonamiento y juicio, mientras que lo irracional lo está, no precisamente por lo contrario de lo racional, sino por lo que está fuera de lo racional, no establecido por la razón, por ejemplo, la intuición y la sensación. Las actitudes generales, a su vez, comprenden una índole o peculiaridad mental total que determina la actitud general de una persona, independientemente de -o previo a- un estímulo exterior. Según este concepto, todos los seres humanos se dividen en extravertidos e introvertidos. La *extraversión* es la disposición de dirigir el interés al ambiente o encontrar placer en las cosas de éste, mientras que la *introversión* significa una orientación de la libido hacia adentro, con lo cual se expresa una relación negativa entre el sujeto y el objeto.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Tipo psicológico según Jung.- Desde el punto de vista de Jung, es posible clasificar las distintas personalidades en base a ocho tipos psicológicos, que explican las diferencias individuales entre los sujetos. Estos ocho tipos resultan de combinar cuatro funciones psicológicas (reflexión, sentimiento, intuición y sensación) con dos movimientos de la libido (extraversión e introversión). Así, por ejemplo, un tipo psicológico puede ser aquel en el cual domina, en el polo conciente, la extraversión y la reflexión (tipo extravertido-reflexivo), y así sucesivamente. Entonces el tipo psicológico queda definido por la función y la orientación energéticas dominantes habitualmente en el estrato de la conciencia. Si domina la extraversión, quedará relegado o reprimido la introversión en el inconciente, si domina la reflexión, quedará relegada el sentimiento en el extremo inconciente, y si domina la sensación, es la intuición la que quedará relegada (en cada caso: y viceversa). Cabe recordar que para Jung, las tendencias dominantes son las que se expresan en la conciencia, mientras que las tendencias reprimidas, rechazadas o relegadas, se mantienen en el inconciente.

Una función o un movimiento de libido se hace dominante porque es aquello para lo cual el sujeto está más dotado, pero en especial porque es aquello que le permite una mejor adaptación social. Al elegir una función o movimiento de libido como dominante, forzosamente sus opuestos quedarán relegados en lo inconciente, donde activarán elementos dormidos. Un desequilibrio entre estos opuestos se produce por ejemplo cuando la función relegada, la sombra, comienza a invadir la conciencia (por ejemplo, depresiones y debilidades atraviesan la protección conciente). Otro desequilibrio ocurre cuando la función dominante es muy intensa, y ahoga la expresión de la función relegada. En ambos casos Jung habla de una condición **neurótica**. Recordemos que funciones dominantes no significa funciones únicas: la función relegada siempre se manifiesta de alguna manera (hay un cierto equilibrio entre ambas).

Funciones psicológicas.- Por función psicológica Jung entiende "cierta forma de actividad psíquica que en circunstancias variables permanece, en principio, igual a sí misma. Desde el punto de vista energético,

es una forma fenoménica de la libido que, teóricamente, permanece constante, así como la fuerza expresa fenoménicamente la energía física" (citado por Progoff Ira, pág. 129).

Las funciones psicológicas se agrupan en racionales (la reflexión y el sentimiento), y no racionales (la sensación y la intuición). Las primeras son racionales porque resultan de una actividad deliberada del sujeto (de interpretar lo percibido = reflexión, y de juzgarlo o valorarlo como agradable o desagradable = sentimiento). Las últimas son no racionales porque son más pasivas (en la sensación el sujeto recibe la información del medio; en la intuición "se le impone" cierta forma de comprensión directa del objeto). La *sensación* permite tomar contacto con el exterior mediante los sentidos. Luego la *reflexión* significa o interpreta lo percibido. El *sentimiento* lo valora en términos de agradable o desagradable, y la *intuición* permite un acercamiento más directo al objeto, sin la intervención de la intuición.

La reflexión y el sentimiento actúan como opuestos y tienden a equilibrarse entre sí, y lo mismo pasa con la sensación (en tanto impresiones que vienen desde el exterior) y la intuición (en tanto impresiones que vienen desde el interior) (pág. 126-130).

Introversión y extraversion.- Son movimientos de la libido hacia el mundo interno y hacia el mundo externo, respectivamente (en cambio, la regresión y la progresión son movimientos libidinales hacia atrás y hacia adelante, respectivamente).

Progoff Ira, "La psicología de Jung y su significación social", Buenos Aires, Paidós, 1967.

TIPOLOGÍA

Generalidades.- "En psicología, clasificación de los individuos basada en los elementos comunes de sus caracteres somáticos o psíquicos. Dentro de una misma tipología existe variabilidad entre los individuos según su mayor o menor similitud con el tipo. Lo característico del tipo es precisamente que los rasgos que lo describen pueden estar presentes con mayor o menor intensidad, e incluso pueden faltar, sin que ello impida la clasificación de los individuos en tipos. Se puede definir como tipo, o tipo puro, aquella persona que posee de modo inequívoco todas las características de su grupo. De este modo, según las características elegidas, los tipos pueden referirse, por ejemplo, a aspectos constitucionales (ser bajo, delgado, corpulento, etc.), aspectos psicológicos (introvertido o extrvertido), socioculturales, etc. Como tipologías importantes dentro de la psicología se pueden destacar la tipología-funcional de E. Kretschmer, o de W. H. Sheldon, y la de orientación filosófica o de cosmovisión de Spranger. Kretschmer partió de la observación de que determinadas enfermedades mentales predominan más en ciertos tipos corporales; así, la psicosis maniaco-depresiva se daba de forma más habitual en el tipo pícnico y la esquizofrenia en el leptosómico. A partir de esta observación y otras investigaciones, Kretschmer propuso una tipología sobre el temperamento incluyendo tres biotipos fundamentales: ciclotímico, esquizotímico y baricinesio. La tipología de Spranger contempla seis tipos fundamentales: el hombre teórico, el económico, el estético, el social, el religioso y el de poder. En función de estos seis tipos básicos, este autor procedía a la clasificación de los individuos".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

TOLERANCIA

Definición.- "Estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico" (pág. 526).

"Disminución de los efectos de una droga a medida que esta se consume".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 487.

Tolerancia cruzada.- "Fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo -por ejemplo, la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina, y viceversa- y en menor grado el consumo intenso de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo de los barbitúricos".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 526.

TOMA DE DECISIONES

Generalidades.- Fischhoff (1992, citado por Casullo, 2005:21) identifica cinco fases en el proceso de toma de decisiones, que considera central para lograr la comprensión de los comportamientos de riesgo: identificar las opciones posibles, identificar las consecuencias posibles, evaluar lo que se desea y sus posibles consecuencias, evaluar las probabilidades de que tales consecuencias ocurran, y combinar toda la información disponible y decidir la acción.

Casullo M (2005) Adolescentes en riesgo. Buenos Aires: Paidós.

TÓTEM

Definición.- (*Psicoanálisis*) Animal sagrado (o planta, u objeto), del cual pretende descender el clan primitivo. Anualmente, el animal totémico era sacrificado, luego de lo cual la horda lamentaba su muerte mediante ceremonias religiosas, procediendo finalmente a comérselo. El banquete funeral terminaba en un ambiente de fiesta, en una orgía desenfrenada de todos los instintos con extralimitación de las normas sexuales o tabúes. (Robert Smith). El animal totémico es, según la concepción freudiana, la representación simbólica del padre muerto por la horda primitiva constituida por sus hijos. (Freud: *Totem und Tabu*).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

TRANCE

Definición.- "Estado de disociación que ocurre en los pacientes bajo hipnosis y en los médiums, cuando quieren dar a entender que están en contacto con el mundo de los espíritus. Estados semejantes al trance ocurren en la histeria, aunque en tal caso se habla por lo común de ataques, accesos o estados oníricos; y en la niñez, bajo la forma de sonambulismo. La característica común a todos estos estados es que alguna parte del yo (o sí mismo) está fuera de acción, de modo tal que el sujeto tanto somete su voluntad a otra como actúa sobre la base de deseos y fantasías que de otro modo serían inhibidos".

Rycroft Ch., Diccionario de psicoanálisis, Buenos Aires, Paidós, 1976, pág. 115).

TRANSFERENCIA

Definición.- Psicoanalíticamente, implica la actualización de deseos inconcientes en una relación interpersonal, y es una repetición de prototipos infantiles vividos con sensación de actualidad. En sentido más amplio, fuera del psicoanálisis, designa un desplazamiento de valores, derechos, entidades a otro.

Celener Graciela, Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (Ort-Tat), publicación interna de la Cátedra de Técnicas psicodiagnósticas II de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Definición.- "Fenómeno general, universal y espontáneo que consiste en unir el pasado con el presente mediante un enlace falso que superpone el objeto originario con el actual. Esta superposición del pasado y el presente está vinculada a objetos y deseos pretéritos que no son concientes para el sujeto y que le dan a la conducta un sello irracional, donde el afecto no aparece ajustado ni en calidad ni en cantidad a la situación real, actual".

Etchegoyen H, Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu, pág. 106.

Definición.- "Entendemos por transferencia un género especial de relación respecto de una persona; es un tipo característico de relación de objeto. Lo que la distingue principalmente es el tener por una persona sentimientos que no le corresponden y que en realidad se aplican a otra. Fundamentalmente, se reacciona ante una persona presente como si fuera una del pasado. La transferencia es una repetición, una reedición de una relación objetual antigua. Es un anacronismo, un error cronológico. Se ha producido un desplazamiento; los impulsos, los sentimientos y las defensas correspondientes a una persona del pasado se han trasladado a otra del presente. Es primordialmente un fenómeno inconciente, y la persona que reacciona con sentimientos de transferencia por lo general no se da cuenta de esa distorsión".

Greenson R, Técnica y práctica del psicoanálisis. Buenos Aires, Siglo XXI, pág. 155.

Evolución del concepto de transferencia en Freud.- 1) *Psicoterapia de la histeria* (1895). El concepto surge a partir de la detección de obstáculos externos que se presentan cuando se perturba la relación con el analista, desapareciendo también la buena disposición del paciente. Al intentar el analista averiguar los problemas, se interpone en el paciente la conciencia de sus diferencias con él, lo cual aparece especialmente en tres casos: cuando la enferma se cree descuidada, menospreciada u ofendida por el analista, cuando teme quedar ligada al analista o perder su independencia, y cuando se asusta al ver que transfiere al médico representaciones displacenteras emergidas durante el análisis. La transferencia al analista se realiza por una conexión falsa. 2) *La interpretación de los sueños* (1900). En el capítulo 5, apartado C, refiere Freud la transferencia como proceso intrapsíquico donde se desplaza el afecto de una representación a otra considerada inofensiva. El afecto sólo puede exteriorizarse si la representación entra en conexión con una representación inocua o indiferente preconciente, no censurable. 3) *Historial de Dora* (1901). En el Epílogo, Freud dice que se trata de re-creaciones de los impulsos y fantasías que se despiertan y hacen concientes con el análisis, y pueden ser invariadas (el contenido no se diferencia del modelo, salvo en la sustitución, o sublimadas, donde hay una modelación del contenido y no se trata de una simple reedición sin cambios). 4) *La dinámica de la transferencia* (1912). Freud indica que la transferencia son clichés repetidos a lo largo de toda la vida, repeticiones que son posibles cuando las circunstancias exteriores lo permiten y cuando están los objetos eróticos disponibles, como el analista. Esta disposición congénita y las experiencias infantiles determinarán los

objetos eróticos elegidos en la vida. La transferencia puede ser positiva o negativa, y sólo en este último caso constituye una resistencia para la cura. 5) *Recordar, repetir, reelaborar* (1914). Todos los tipos de transferencia constituyen resistencia, porque el paciente al transferir repite (actúa) para no recordar, y sin conciencia de ello. En este sentido es imprescindible para la cura: el vencimiento de la resistencia comienza cuando el analista la desenmascara, pero es preciso dar tiempo al paciente para enfrascarse en la resistencia, reelaborarla y luego vencerla. 6) *Más allá del principio de placer* (1920). La transferencia aparece aquí como la expresión de la compulsión a la repetición. En el vínculo con el analista se repiten situaciones traumáticas sexuales infantiles vividas como atemporales, momento en el cual el paciente tiende a interrumpir la cura. Esta repetición produce displacer por un lado pero por el otro produce placer, siendo una de las razones de esta última el hecho de que al surgir el recuerdo trae consigo menos displacer que si retornase como suceso actual.

Sin indicación de autor.

Transferencia negativa.- Se usa esta designación "para los sentimientos de transferencia basados en el odio en cualquiera de sus formas, sus precursores y derivados. La transferencia negativa puede manifestarse en forma de odio, enojo, hostilidad, desconfianza, aborrecimiento, aversión, repugnancia, resentimiento, amargura, envidia, disgusto, desdén, fastidio, etc. Siempre está presente en el análisis, aunque a menudo es mucho más difícil de descubrir que las manifestaciones de transferencia positiva". Greenson R, Técnica y práctica del psicoanálisis. Buenos Aires, Siglo XXI, pág. 230.

Transferencia positiva.- "Manera abreviada de designar las reacciones de transferencia compuestas predominantemente por el amor en cualquiera de sus formas o por cualquiera de sus precursores o derivados. Consideramos que hay transferencia positiva cuando el paciente siente por su analista amor, cariño, confianza, deseo, gusto, interés, devoción, admiración, infatuación, pasión, ansia, anhelo, ternura o respeto. Las formas atenuadas de amor no sexual ni romántico preparan la alianza de trabajo". Greenson R, Técnica y práctica del psicoanálisis. Buenos Aires, Siglo XXI, pág. 223.

Definición.- "La *transferencia* se define habitualmente como conjunto de expectativas, creencias y respuestas emocionales que el paciente aporta a la relación médico-enfermo. Se basan no tanto en quien es el médico o cómo es su forma de actuar, sino más bien en experiencias persistentes que el paciente ha tenido con otras figuras de autoridad a lo largo de su vida" (página 6).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Definición.- "Llamamos transferencia a todos aquellos impulsos experimentados por el paciente en relación con el analista actual, que no dependen de la situación analítica actual, sino que remontan su origen a tempranas vinculaciones con el objeto, reavivadas durante el análisis bajo la influencia del impulso repetitivo. Por lo mismo que estos impulsos son recurrencias y no creaciones nuevas, la transferencia adquiere incomparable valor de la investigación de las pretéritas experiencias afectivas del paciente" (Freud A, 1979:27).

Freud Anna (1979), El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós.

Clasificación.- Se pueden clasificar "conforme a sus manifestaciones y según el grado de complejidad, en varios tipos:

a) Transferencia de impulsos libidinales.- El primer tipo es sumamente sencillo; las relaciones con el analista se ven perturbadoras por diversos sentimientos experimentados por el paciente: amor, odio, celos, angustia, no justificados por ningún hecho vinculado con la actual situación analítica.

b) Transferencia de la defensa.- No acontece lo mismo con el segundo tipo de transferencia. El impulso repetitivo que domina al paciente durante la sesión analítica, se extiende no solo a los viejos impulsos, sino, concomitantemente, a las antiguas medidas de defensa contra el instinto.

c) Actuación en la transferencia.- Una tercera forma de transferencia nos brinda otro aporte significativo al conocimiento del paciente. En la intensificación de la transferencia -durante la cual el paciente momentáneamente se sustrae a las severas normas de la técnica analítica- puede acontecer que tanto los impulsos instintivos como las reacciones defensivas contra los sentimientos transferenciales, empiecen a actuar como hechos de la vida diaria. A este proceso, que hablando con estrictez sucede fuera ya del análisis, lo denominamos *actuación en la transferencia*" (Freud A, 1979:27-28).

Freud Anna (1979), El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós.

TRATAMIENTO BIOLÓGICO

Generalidades.- Se denominan tratamientos biológicos a todas las medidas terapéuticas donde se hacen operar agentes físicos, químicos y/o bioquímicos sobre los pacientes, y que producen cambios en la conducta alterada de éstos. Esto supondría que se considera a ciertos aspectos de la enfermedad mental causada por factores precisamente biológicos u orgánicos. De todos modos la moderna psiquiatría asistencial trata de ser pragmática y aplica sobre el paciente todo aquello que pueda ayudarlo a aliviar su

enfermedad mental. Tal es así entonces que un paciente puede recibir además del tratamiento biológico en cuestión alguna forma de las actuales psicoterapias. Por consiguiente, el hecho de utilizar tratamientos biológicos no excluye otros tratamientos, sino más bien se complementan. En la actualidad, hablar de tratamientos biológicos supone estar tratando fundamentalmente con psicofármacos.

Monchablon Espinoza Alberto (2002), *Breve reseña histórica de los tratamientos biológicos*. Fuente: www.alcmeon.com.ar

TRAUMA

Definición.- (Griego) Lesión. En la psicología una ocurrencia anímica que hirió al sujeto dejando lesiones afectivas y de conciencia. 1. (*Psicoanálisis*) Estos traumas, como causas de trastornos psíquicos, ocurrieron en la infancia y tenían una relación sexual, pero fueron reprimidos. El tratamiento psicoanalítico consiste justamente en revocar estos traumas, dejarlos revivir, y elaborarlos definitivamente, ya como elementos del Yo y no del Ello. 2. (*Psicoanálisis*) Rank afirma que el paciente no se enferma porque haya tenido experiencias terribles en la niñez, sino porque tales experiencias siguen siendo elementos activos en su vida. 3. (*Psicología del Individuo*) Adler niega: a) que estos traumas tengan forzosamente un carácter sexual; b) que se trate de un trauma, de unas experiencias, sino de una cadena de experiencias surgidas del sistema educativo en que el niño formó su línea vital, y por las cuales se profundizó su complejo de inferioridades.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Trauma de nacimiento.- (*Psicoanálisis*) El nacimiento es la primera catástrofe que le sobreviene al hombre; ha tenido que dejar el refugio cálido y tranquilo que le brindaba el seno materno. El lenguaje de muchos pueblos primitivos usa el mismo término para el útero y el paraíso. Según Freud, el hombre no consigue jamás compensar la pérdida de este estado paradisiaco y siente la nostalgia del seno materno. Stekel opina que el estado paradisiaco es tan bello que es preciso olvidarlo para poder soportar la vida posterior. El nacimiento, el paso penoso por la vagina (en el Epos de la Biblia: la expulsión del paraíso), es también una catástrofe fisiológica para el niño, que encuentra su equivalente psíquico en el miedo. Rank afirma que el "trauma del nacimiento" es la raíz originaria de todos los síntomas de angustia. La segunda catástrofe que le ocurre al lactante es el destete. Se trata de una imposición de la sociedad que el hombre, en su inconciente, no le perdona jamás a su madre. En los pueblos primitivos las madres amamantaban a sus hijos hasta que éstos encuentran por sí mismos el alimento susceptible de reemplazar la leche materna. El destete está considerado por algunos autores como la última fase del parto, la ruptura fisiológica definitiva entre la madre y su cría. (Rank, *Das Trauma der Geburt*).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Las experiencias traumáticas, ha mostrado el psicoanálisis, dejan una huella que de una u otra forma repercutirá en nuestra conducta el resto de la vida, especialmente si no son ulteriormente elaboradas o resignificadas, e inclusive si esas experiencias fueron simplemente fantaseadas, como las fantasías de violación o seducción. Si la experiencia traumática no fue elaborada, volverá a ejercer influjo en la conducta cada vez que al adulto se le presente una situación que de alguna forma evoca aquella experiencia. Hay autores que han afirmado que personas con infancias traumáticas han sobresalido o se han destacado como adultos, tal vez como una manera de compensar aquella experiencia.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología Online.

Trauma y metapsicología.- Extrapolando un modelo psiconeurobiológico freudiano se propone un ensayo metapsicológico del trauma (situación universal), basado en la memoria traumática y en la teoría del dipolo. Desde el psicoanálisis y la cibernética se conceptualizan la memoria y la conciencia, interrelacionándolos con el trauma. Cibernéticamente constituirían un servomecanismo, circuitos y "estaciones" donde se ubican las huellas mnémicas, y donde el producto de la entropía por la entalpía es una constante que se altera con cada trauma. Psicoanalíticamente se considera a la Memoria (Traumática) en términos de Almacenamiento (huellas mnémicas) y Facilitación. La Memoria Traumática cumpliría con lo que los autores denominan Función Homeostática y Función Trófica del Trauma (con una intencionalidad inconsciente). Se analizan los dos momentos teóricos del trauma en la obra de Freud, cuantitativo y cualitativo, y su importancia clínica. Se puntualizan los conceptos de Desarrollo y Trabajo Psíquico del Trauma, y cómo a través de los mismos, el trauma puede ponerse en la clínica al servicio de Eros Tánatos. Los autores proponen una hipótesis metapsicológica del trauma, basada en la memoria traumática, en tres momentos evolutivos universales: 1º) Trauma Protoheredado, 2º) Trauma Psíquico Sexual Infantil, 3º) Trauma Actual. Se reeditarían entre sí a través del Conflicto (siendo fundamental, pero no imprescindible, el a posteriori edípico para que el trauma de síntomas). Se analiza lo topográfico, dinámico, económico, estructural, evolutivo, y lo adaptativo. Se dan ejemplos clínicos de cómo juegan estas variables en el trauma psíquico. Se considera a la Memoria Traumática y los mecanismos de inconcientización del trauma en las organizaciones básicas de la personalidad, tomando como parámetros clínicos a los recuerdos infantiles y los sueños.

Rubén Mario Basili; Isabel Sharpin de Basili. Un ensayo metapsicológico del trauma psíquico: implicaciones teóricas y clínicas. Revista de Psicotrauma. 2002 dic; 1(1) www.psicotrauma.com.ar

Trauma de nacimiento.- "Freud había subrayado las poderosas reacciones psicológicas del nacimiento como prototipo de la ansiedad posterior; pero Rank relacionó la ansiedad con la separación de la madre, y en particular con la separación del útero, la fuente de gratificación sin esfuerzo. Pensó que esta dolorosa experiencia determina una ansiedad primitiva que posteriormente es sometida a una represión primitiva. Cualquier posterior deseo de volver a la posición de placer primitivo produce ansiedad. De hecho, cualquier cambio de una situación placentera a otra dolorosa genera sentimientos de ansiedad. Rank sugirió que el niño estaba aplicado en este período al dominio del trauma de nacimiento, aunque entonces desplazaba la ansiedad primitiva a otras situaciones y objetos" (Kaplan y Sadock, 1992:111). Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat. 2ª edición.

Generalidades.- En su desamparo primordial, el niño no puede asimilar el monto de lo pulsional, exigencia que se convierte en traumática y dejándole dicha experiencia una marca, una representación del trauma. Han quedado así dos representantes del trauma:

a) El representante-representativo de la pulsión: mediante el cual la situación traumática queda inscrita en el psiquismo. Es una marca que de aquí en más evocará el desamparo primordial. El representante-representativo se llama así porque hay otro representante de la inundación pulsional traumática, que es el monto de afecto.

b) Monto de afecto: No se inscribe, no es simbólico, no deja una marca, y por ello los afectos no se reprimen, aunque pueden aparecer en los llamados destinos del afecto. El afecto es la parte del trauma que no se inscribe pero es su indicador, su señal. Es contradictorio llamar al afecto "representante afectivo", porque es lo que no queda inscripto y lo que no representa la pulsión. Con la represión primaria quedan separados la representación y el afecto, los cuales seguirán caminos diferentes (destinos).

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Trauma infantil.- "Se utilizaron los datos de la encuesta sobre Comorbilidad Nacional para estimar la relación entre la prevalencia del trauma infantil y las experiencias auto-reportadas de las alucinaciones. Se utilizaron las variables (1) negligencia infantil, (2) abuso físico infantil, (3) violación en menores de 16 años, y (4) abuso sexual en edades menores de 16 años, para predecir las experiencias de alucinaciones visuales, auditivas y táctiles. Después de controlar las variables de antecedentes (sexo, edad, depresión, antecedentes familiares de depresión, urbanicidad, ingreso hospitalario, drogas y dependencia del alcohol), un historial de violación infantil y abuso sexual estuvieron significativamente asociados a alucinaciones visuales, auditivas y táctiles. Además, la negligencia estuvo asociada a alucinaciones visuales y el abuso físico con alucinaciones táctiles. El experimentar tipos de trauma múltiples estuvo asociado a incrementos en la probabilidad de experimentar los tres tipos de alucinaciones. Las alucinaciones son posibles indicadores de un historial traumático infantil".

Mark Shevlin, Martin Dorahy and Gary Adamson, Trauma y alucinación infantil: Un análisis de la encuesta de comorbilidad nacional. JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH. 2007 ENE; 41(3).

Ideas de Anna Freud sobre el trauma.- Respecto de la ruptura del escudo protector o barrera del estímulo, puede decirse que toda la organización defensiva del yo es dotada de las características de un escudo protector y atraídos a la órbita de un ataque traumático potencial, si las defensas no son suficientemente efectivas.

Respecto del nivel de tolerancia a la excitación, cada señalar que hay importantes diferencias entre los individuos y además diferencias según las edades. Resulta importante tener en cuenta la adaptación de cada sujeto a la estimulación y la fluctuación de los niveles de tolerancia se acuerdo a la intensidad del estímulo externo.

¿Cómo ocurre la provocación del trauma? Cuando el individuo es impedido de usar sus defensas habituales en una situación considera peligrosa. Por ejemplo cuando el fóbico entra en pánico.

Respecto de la consideración cualitativa del trauma, digamos que estos pueden ser de origen externo (frustraciones, abandonos, enfermedades), pero tales traumas pueden tornarse internos si coinciden con, o simbolizan, el cumplimiento de ansiedades o fantasías profundas del sujeto.

Anna Freud, frente a un "traumático" en la vida se pregunta si es patológico, si altera o no el desarrollo, o bien si produce un desgarramiento interno, altera el funcionamiento yoico. En este segundo caso, se pregunta que habremos de considerar como evidencia de la ocurrencia del hecho traumático: reacción inmediata, parálisis, insensibilidad, etc. Si se evidencia ello, puede hablarse entonces de un daño al yo, y a partir de allí se puede decidir si se trata de un disfunción parcial o total.

Es importante también considerar cómo el yo se recupera del trauma, como transcurre el estado post-recuperatorio, y como el trauma afectó el desarrollo.

Resumen de Freud Anna, Comentarios sobre el trauma.

Trauma en campos de concentración.- 1) Enfoques tempranos del psicoanálisis sobre el tema.- Se hace aquí referencia a los campos de exterminio nazis y su influencia sobre el psiquismo. Al respecto los hallazgos psicoanalíticos son escasos.

La sobrevivencia física no supone necesariamente la sobrevivencia psíquica. Los síntomas más típicos de los sobrevivientes fueron severas reacciones psicósomáticas y depresivas, disfunciones sexuales, estados fóbicos, achatamientos afectivos y de las relaciones emocionales, anestesia afectiva y la llamada 'culpa del sobreviviente'.

2) Opiniones psicoanalíticas sobre la traumatización extrema en la primera generación.- Se entiende por primera generación a las mismas víctimas, que presentan el síndrome del sobreviviente o de realización de un universo psicótico. Es la combinación de extremas condiciones traumáticas en todos los campos de concentración, la realización de un universo psicótico, lo que constituye la diferencia esencial entre esta y otras formas más parciales del trauma como la ansiedad de separación, etc.

Los siguientes son algunos factores cuya combinación lleva a este particular síndrome de realización de un universo psicótico: tortura, trabajos forzados, pérdida de la privacidad, aniquilación de la individualidad (es un número, no una persona), pérdida de la dimensión estructurante del tiempo (no había relojes ni calendarios), degradación persistente. Pero, por sobre todas estas cosas, el más extremo factor traumático resultó ser el haber presenciado el asesinato de los propios hijos: hay traumas bajo los cuales cualquier estructura psíquica se puede romper.

Estas perturbaciones ocasionadas por este síndrome afectan al aparato psíquico, y más concretamente al Ello, al Yo y al Superyó. En el Ello se aprecia un achicamiento de la libido y una regresión oral en interés a la autopreservación. Los ataques sádicos llevan a una defusión pulsional Vida Muerte y a remover impulsos infantiles sadomasoquistas reprimidos. Respecto del Yo, utilizó masivamente la defensa de la desmentida para atenuar la percepción de los estímulos traumáticos externos. El Superyó experimenta en particular una regresión a formas arcaicas de funcionamiento con grandes cambios en el Ideal del Yo. La ideología nazi se internaliza por la defensa de la identificación con el agresor.

3) Opiniones psicoanalíticas sobre la traumatización acumulativa en la segunda generación.- Se hace aquí referencia a los hijos de las víctimas, y la autora se centra en dos ideas: a) La traumatización de los padres ha impedido y/o destruido la posibilidad del funcionamiento parental, especialmente el materno; y b) la transmisión a los hijos de todos los síntomas de la traumatización parental se produce mediante el mecanismo del trauma acumulativo, entendido este como un particular trastorno en la relación preverbal entre madres e hijos, y donde la madre funciona como escudo protector contra estímulos que resguarda al hijo en su periodo de mayor desamparo. Se traduce como defectos de empatía que acumulados en el tiempo producen efecto traumático.

Los síntomas que pueden verse en los hijos son de dos tipos: a) apatía, depresión, sentimiento de vacío, falta de involucración afectiva, y b) hiperactividad agitada.

4) Algunas de nuestras angustias.- Son muchos más los trabajos teóricos sobre los efectos psíquicos de los campos de concentración que los casos clínicos, y resulta notable la falta de referencias a la contratransferencia.

Ello se debe a que los horrores que nos comunican los pacientes despertarían rechazo, no sólo por el horroroso contenido de las comunicaciones, sino por lo que podría despertar en nosotros mismos: nuestras propias reacciones arcaicas, más rechazadas y más inconcientes. La capacidad de empatizar con los sufrientes es una adquisición cultural precaria y un logro filogenético tardío, que requiere buen esfuerzo ontogenético para mantenerlo.

Resumen de Ilse Grubrich-Sinitis, Traumatización extrema como trauma acumulativo.

Trauma de seducción y acción diferida.- 1) Introducción histórica.- La seducción infantil traumática o abuso sexual infantil incluye diversos conceptos como seducción, acoso, toqueteo y para Freud (1896) incluye también traumas parciales que ejercen un efecto traumático por sumación.

Freud consideró que los hechos traumáticos de seducción infantil podían haber sido tanto reales como fantaseados. Incluso mayormente en los análisis estas construcciones suelen ser una combinación de ambas.

Finalmente, las teorías preanalíticas freudianas sobre la seducción fueron reemplazadas por la formulación del complejo de Edipo, donde el incesto es una fantasía universal.

2) Acción diferida.- Este concepto, llamado también a posteriori o après coup, se refiere a los efectos mutativos de experiencias posteriores sobre recuerdos no necesariamente ligados al trauma.

Para Blum, se trata de un concepto ambiguo y dudoso. La acción diferida no tiene en cuenta o desconsidera los efectos inmediatos y potencialmente poderosos de trauma preedípico, y está dissociado de otros conceptos como el trauma acumulativo y los trastornos del desarrollo. El a posteriori o acción diferida tiende a forzar la patogenia en una configuración puramente edípica. Los traumas posteriores reactivan recuerdos traumáticos (por ejemplo la seducción infantil) y no recuerdos indifetentes, no provocativos.

La acción diferida desestima consideraciones acerca de experiencias infantiles reales, y destina la compleja sobredeterminación de la patogenia durante el desarrollo.

Para Blum la acción diferida debería referirse a alteraciones del desarrollo que puedan tener no sólo efectos traumáticos sino que puedan resultar perjudiciales o beneficiosos, regresivos o progresivos.

En las fases del desarrollo ocurren continuamente transformaciones y recapitulaciones que son nuevas ediciones más que repeticiones. Fantasía y realidad se interpenetran e influyen mutuamente, y las alteraciones psíquicas se dan sin que necesariamente haya acción diferida.

3) Representación intrapsíquica y experiencia real.- El sistema de fantasías de un niño o de un adolescente es alterado por la experiencia traumática y por los esfuerzos yojicos hacia la recuperación, pero hay una influencia recíproca continua entre fantasía y realidad, y ocurren alteraciones intrapsíquicas sin acción a posteriori. La reacción del niño al abuso sexual está relacionada con la fase de su desarrollo, vulnerabilidad al trauma, fantasías inconcientes, naturaleza, comienzo y duración del abuso, respuesta del adulto responsable, etc. En traumas severos por el del incesto, el individuo traumatizado nunca sigue siendo la misma persona.

En el trauma es importante la identificación con el agresor, que puede ser global o selectiva: esta defensa genera una proclividad a repetir y a provocar el trauma.

4) Desarrollo patológico.- El autor hace un extenso recorrido por los factores preedípicos y edípicos que intervienen en las conductas incestuosas, y que pueden recorrer un amplio espectro desde las inconcientes a las conscientes, de la excitación inhibida al orgasmo, de los derivados remotos a los intentos incestuosos o al coito.

También se examinan todas las condiciones familiares, diferentes en cada caso, como alianzas, triangulaciones, etc. Blum destaca especialmente su oposición a ciertos autores que han sugerido alguna relación incestuosa pueda ser benigna o útil.

Resumen de Harold Blum, Trauma de seducción: representación, acción "a posteriori" (diferida) y desarrollo patológico. JAPA, 1995.

Trauma, tensión y desarrollo.- Sandler aborda aquí la cuestión de la relación entre la definición metapsicológica de trauma y el uso clínico de dicho término, ya que muchos problemas surgen con la integración de los significados metapsicológicos y clínicos del término.

Durante largo tiempo Freud no cambió su conceptualización del trauma, entendido éste como una sensación de impotencia por parte del yo, debido a un exceso de excitación, ya sea de origen externo o interno, y que no puede ser tratada. Tomando en cuenta dicha definición, pueden hacerse las siguientes consideraciones.

1) En algunos casos la desorganización violenta y repentina del contorno con un fuerte shock, desorientación e impotencia física y psicológica ha tenido un efecto profundo en el posterior desarrollo de la criatura.

2) Debe tenerse en cuenta la afirmación freudiana según la cual no hay que evaluar un trauma sólo por la situación externa, sino que debemos considerar en cada caso la situación interna del niño y la situación externa como *experimentada* por él.

3) El uso clínico del término trauma no siempre se refiere a experiencias que se adecuan a la definición de trauma dada por Freud. Por ejemplo pueden ocurrir hechos que tengan una influencia definitiva sobre el niño, pero que no necesariamente denoten la sensación de impotencia.

4) Puede ocurrir que se de una amplia serie de experiencias que por sí mismas no son traumáticas pero que, combinadas, pueden producir un efecto traumático, lo cual fue reconocido por Breuer y Freud. Por ejemplo al hablar de los síntomas histéricos refieren que no es raro que ocurra que en lugar de un único trauma importante hallemos un número de traumas parciales que son capaces de provocar un efecto traumático por acumulación.

5) Kris señala la existencia de dos tipos de situaciones traumáticas: el shock-trauma y el trauma-tensión. En la primera la realidad gravita poderosamente en la vida del niño, mientras que en la segunda responde al efecto de situaciones prolongadas que pueden causar efectos traumáticos por acumulación de tensiones frustrantes.

6) En ciertos casos se observa la ocurrencia de una experiencia aparentemente traumática, seguida de regresión, pero con la característica de que la experiencia perturbadora es la regresión misma y no la experiencia traumática.

7) La manipulación y la provocación inconcientes de las circunstancias externas pueden llamar al "trauma", como en muchos casos donde se aprecia que un episodio traumático (por ejemplo seducción) no tiene que ver con algo que le sucedió al niño sino con el contenido de sus fantasías del niño inmediatamente antes de la ocurrencia del hecho traumático.

8) Abraham señaló que los niños que suscitan o consienten los traumas reprimen las experiencias traumáticas y los impulsos sexuales asociados, a causa del sentimiento de culpa asociado al trauma.

9) Si seguimos la teoría del trauma en lugar de la clínica se ve que siempre toda criatura experimenta situaciones traumáticas de una u otra clase en todo su desarrollo. Esto plantea el problema de cuáles son para el niño los traumas "significativos" y cuales no. Los traumas pueden ser significativos tanto para el desarrollo normal como para el patológico.

Claro que no es la impotencia lo más importante sino la condición postraumática del niño: ¿ha tenido o no la experiencia traumática un efecto significativo u observable en la criatura? Finalmente al autor se

pregunta: ¿tendremos que esperar el resultado de una regresión normal, que hasta puede producir síntomas transitorios, antes de catalogar la experiencia como traumática?

10) El proceso de desarrollo del yo es normalmente estimulado por la ocurrencia regular de experiencias que, en el sentido de la definición de Freud, son traumáticas. Luego de un fracaso temporario en el dominio de esas experiencias, puede seguir un ímpetu inmediato de adaptación progresiva.

11) La percepción de una situación de peligro (por ejemplo, una situación que, sobre la base del recuerdo, lleva consigo la amenaza de un anonadamiento traumático del yo) puede funcionar como si ella fuera una experiencia traumática en sí misma. Por ejemplo, ello ocurre cuando el niño ha elaborado una fantasía anhelosa como derivado aceptable de un deseo peligroso. Debe distinguirse entonces entre una situación traumática en el sentido teórico freudiano y la ocurrencia de una señal de ansiedad que suscita una actividad defensiva.

12) El autor propone el término "trauma retrospectivo", con lo que quiere significar que la percepción de alguna situación particular evoca la *memoria* de una experiencia anterior, la cual en las actuales condiciones se vuelve traumática. Un ejemplo típico es la reactivación traumática de un recuerdo de una esena durante la fase fálico-edípica. Omo se ve, aquí la memoria actúa como una percepción presente.

Lo visto hasta aquí intenta mostrar la dificultad de aplicar el concepto de trauma a la clínica. Es cierto que en ésta se ven casos claros de trauma, como en las neurosis traumáticas infantiles, pero en otros casos el concepto de trauma resulta difícil aplicarlo hallándonos entonces con un concepto clínico descriptivo, pesado e impreciso. Por ejemplo, la clínica requerirá recurrir al concepto de trauma parcial, y además trabaja también con el adulto. Sin embargo, es necesario poder aplicar a la infancia de ese adulto también la clínica del trauma. Por ejemplo, es importante entender que la respuesta del niño a un estado de tensión representa el desarrollo de una nueva organización creada progresivamente en orden a preservar el sentimiento de seguridad del yo y a evitar la experiencia de ser traumáticamente abrumado. Hay evidencias de peso de que muchos niños se recuperan de experiencias verdaderamente traumáticas con poco o nada daño residual para sus personalidades respectivas.

Al evaluar al niño clínicamente desde la idea de trauma, aquel puede quedar situado en cualquiera de las siguientes categorías: 1) El crecimiento del niño es esencialmente saludable; 2) las formaciones patológicas como síntomas, etc, son transitorias y constituyen un producto de la tensión evolutiva; 3) presencia de puntos de fijación importantes y/o regresiones masivas que empobrecen la progresión, generando un conflicto en el yo, desórdenes de carácter o bien sintomatología neurótica; 4) la fijación y regresión de los impulsos son paralelas o van acompañadas de regresiones del desarrollo del yo y el superyó generando así desórdenes fronterizos, delictuosos o psicóticos; 5) aparecen deficiencias orgánicas primarias o privaciones precoces que distorsionan el desarrollo produciendo personalidades defectuosas, retardadas y atípicas; 6) aparecen procesos destructivos (de origen orgánico, tóxico, psicológico o desconocidos) que tienen efectos perturbadores en el desarrollo mental.

El autor ofrece finalmente un esquema de los varios factores que pueden contribuir al desarrollo de un estado de tensión y a sus consecuencias finales. Los estados de tensión pueden ser ocasionados por factores externos (una frustración, un hecho exterior), o por factores internos, que son múltiples: predisposición a la ansiedad, tolerancia a la frustración, rigidez, capacidad de sublimación y dispositivos defensivos.

Aparte de estos factores, tiene mucha significación el grado de conflicto interno o internalizado, y también deben tenerse en cuenta la capacidad para la descarga, los puntos de fijación, la severidad del superyó y la relación del niño con los objetos.

Resumen de Joseph Sandler, 1967, Trauma, tensión y desarrollo.

Metapsicología del trauma psíquico.- En el presente artículo Rangell analiza los diferentes puntos de vista metapsicológicos en un intento por abarcar la temática del trauma psíquico. El autor procura integrar diversos datos históricos, empíricos y teóricos con el fin de construir una teoría del trauma lo más precisa y completa posible.

Referencia histórica.- El trauma, y en especial el trauma exterior (por ejemplo la seducción externa) fue un tema central en las primeras teorías de Freud y lo relacionó especialmente con la génesis de las neurosis. En 1893 consideró al trauma como una experiencia que provoca estados penosos, en 1917 hace referencia a una excesiva dosis de estímulos, en 1920 asocia el trauma a excitaciones tan poderosas que rompen el escudo protector contra estímulos, y en 1926 vio Freud el trauma como un estado de desamparo psíquico, una impotencia real, a diferencia de un peligro esperado.

Factores fenomenológicos.- El trauma puede provenir de cualquier lugar o dirección, y manifestarse con cualquier intensidad, tal como puede ocurrir con una lesión física.

Factores constitucionales.- Desde el mismo nacimiento, la relativa incapacidad del organismo para tratar independientemente con el mundo físico se transforma en origen de muchos traumas. Las diferencias innatas existen tanto en la potencialidad de cada organismo para originar un trauma psíquico como en su variable capacidad para soportarlo o enfrentarlo. El aparato innato del yo que describe Hartmann posee una determinada capacidad para enfrentar al trauma.

El autor trata a continuación el trauma desde diferentes perspectivas metapsicológicas: económica, genética, topográfica, dinámica, estructural y adaptativa.

Perspectiva económica.- El concepto inicial de trauma en Freud está claramente referido a lo que luego sería el principio económico del funcionamiento mental. Luego en 1932 señalará que es sólo la magnitud de la excitación lo que torna una impresión en un factor traumático.

Esta conexión original entre el trauma y la magnitud de la excitación no puede ser omitida, y además enriquecida y esclarecida. Deben tenerse presente, por ejemplo, las características de la maduración y de cada etapa del desarrollo: las condiciones económicas que son traumáticas en un determinado momento, pueden ser buscadas y aun toleradas en un estadio posterior.

También es importante diferenciar los estados de desamparo totales y parciales. En este último caso aparece desorganización o deterioro de ciertas funciones del yo mientras que otras permanecen intactas. La duración de la secuencia intrapsíquica de los hechos traumatogénicos también varía considerablemente. Los segmentos componentes pueden darse uno tras otro en inmediata sucesión o en forma considerablemente demorada.

Respecto a la duración, un hecho que ocurre en una fase del desarrollo puede ser traumático en una fase posterior, lo cual da razón al trauma retroactivo.

Perspectiva genética.- Lo que para un individuo puede ser un estímulo trivial e inocuo puede provocar un fuerte trauma a otro, como si fuera un shock anafiláctico. Tales efectos variables dependen de los antecedentes genéticos de la sensibilización previa.. Además, la exposición a los mismos factores nocivos puede conducir a veces a la sensibilización, y en otras a la resistencia y la inmunidad.

La perspectiva genética exige considerar la constitución y magnitud de la excitación. Para que un hecho determinado posea cualidades traumáticas debe ser lo suficientemente fuerte o bien obrar de acuerdo con las áreas de sensibilización previa del individuo. Lo que ha sido traumático una vez tenderá a serlo nuevamente,, junto con lo conectado asociativamente con la situación traumática original. Por ejemplo, una separación se traducirá como un trauma agudo sólo si característicamente ha sucedido así con anterioridad.

De esta manera las experiencias traumáticas anteriores, genéticas o históricas resultan importantes de considerar. Muchas variables complejas del desarrollo genético determinan las vulnerabilidades tanto como las fuerzas del yo respecto de las potencialidades del trauma. Así, una persona es sensible a estar sola, otra a no ser solicitada, y otra por los cambios de escena. Cada una estará determinada por diferentes experiencias genéticas individuales que derivan en un área vulnerable.

Perspectiva topográfica.- Desde esta perspectiva, la esencia de los acontecimientos traumáticos es generalmente inconciente y aparece en el significado latente de los hechos externos más que en sus manifestaciones explícitas, manifiestas o concientes.

Sin embargo, siempre es el significado latente e inconciente del hecho psíquico el que resulta más difícil de determinar en su curso y sus consecuencias. Así, el hecho manifiesto de incorporarse al ejército puede significar para unos una amenaza de separación, para otros una tentación homosexual y para otros la amenaza del descontrol de la propia agresividad.

Perspectiva dinámica.- Desde este punto de vista, el concepto de trauma está ligado con la teoría de la ansiedad y la naturaleza del conflicto intrapsíquico. Hay sutiles pero importantes diferencias entre tensión, peligro, ansiedad y trauma. Peligro, por ejemplo, no significa trauma sino la posibilidad de trauma, siendo la ansiedad la conciencia de esa posibilidad.

No es lo mismo el trauma que el estado traumático por él producido. El estado traumático de desamparo o de pánico puede ser el resultado del trauma incontrolado, pero no es lo mismo que el hecho traumático. Dinámicamente importa entonces si el trauma genera o no un conflicto.

El hecho traumático o trauma (ser abandonado, insultado, etc) es el estímulo precipitante que inicia el proceso mórbido, en tanto que estado traumático es el resultado que se produce ante la ausencia de defensas más o menos exitosas.

Claro que el amenazante trauma puede ser contenido o tratado en sus primeras fases impidiendo que derive en un estado traumático. Si esto se logra, entonces la amenaza ha sido prevenida y el estímulo peligroso no llegó a constituirse en traumático.

No obstante, el estado traumático mismo puede actuar como un accidente traumático original como ocurre en la ansiedad, la depresión, la frustración, la impotencia o cualquier estado afectivo perturbador.

Los traumas no sólo son inevitables sino también necesarios. El mismo acto de vivir es el primer trauma para el organismo, y el trauma de nacimiento el prototipo para traumas futuros.

El trauma puede proveer de estímulos excesivos o demasiado escasos, al tiempo que al comienzo de la vida la fijación traumática puede seguir a una sobreprivación tanto como a una sobregratificación.

Perspectiva estructural.- Con la estructuralización progresiva y la creciente complejidad y amplitud del desarrollo psíquico, los traumas pueden ser definidos más cuidadosamente.

El estímulo precipitante que indicará el curso de los hechos intrapsíquicos que constituyen el trauma, puede originarse por un estímulo externo o interno, tanto de fuentes somáticas como psíquicas. Respecto a estas últimas, tal impacto puede originarse en el ello, el yo o el superyó. Un ejemplo común es la presión instintiva creciente, lujuriosa o agresiva, que conduce según el principio de autonomía de

Hartmann, que la tensión intrasistémica alcance un punto donde provoque consecuencias psíquicas traumáticas.

La aptitud del yo para hacer frente al estímulo es muy importante para determinar si el estímulo alcanzará o no su intensidad traumática: sólo el yo es quien sufre el trauma y quien puede ser traumatizado. Así, la definitiva ausencia o presencia del trauma estará determinada por la capacidad del yo para dominarla.

Perspectiva adaptativa.- Cualquier situación psíquica que amenaza una adaptación necesaria y deseada puede, por sí misma, adquirir cualidad traumática. Aquí también se trata de una función mayor del yo: la de mantener el equilibrio entre interior y exterior. Además de asegurar la homeostasis interna, objeto de la amenaza.

Desde el punto de vista adaptativo, el trauma puede conducir no sólo a la patogénesis sino también a los más altos niveles de adaptación. Todo dependerá de las cualidades reparativas del yo y de su capacidad para aprender de la experiencia.

Estas seis diferentes perspectivas ofrecidas no son contradictorias ni se excluyen mutuamente. Todas son componentes que necesitan integrarse en una unidad interpretativa. Para el autor la ocurrencia traumática es una secuencia dinámica que, para ser comprendida, debe descomponerse en sus varios componentes y, a la vez, ser considerada como una experiencia psíquica unitaria. Incluye un estímulo y un modo de manifestarse, la ocurrencia de un proceso intrapsíquico específico y un resultado psicológico para abarcar la experiencia completa.

Los componentes secuenciales son: 1) el estímulo precipitante, 2) el hecho traumático que provoca un proceso traumático intrapsíquico, 3) la ocurrencia de este proceso traumático seguida por un efecto o resultado traumático, y 4) una sensación penosa y desagradable. Esta sucesión de hechos es lo que constituye el trauma. Esta secuencia incluye cada uno de los cuatro componentes mencionados y a los cuales hizo referencia Freud en diferentes momentos de su obra. Se trata de una secuencia esquemática, y, aunque las situaciones clínicas son las complejas, describe esencialmente qué es un trauma.

Por todo ello el autor concluye definiendo el trauma de la siguiente manera: una ocurrencia traumática se caracteriza por la intromisión en el aparato psíquico de un estímulo o serie de estímulos (el hecho traumático), que suscitan una serie inconciente de hechos intrapsíquicos (los procesos traumáticos) más allá de la capacidad del yo para enfretarlos en un tiempo determinado.

La dinámica del proceso intrapsíquico posterior conduce a la ruptura, parcial o total, de la barrera del yo o de su capacidad defensiva contra los estímulos, sin poder el yo reparar adecuadamente el daño en un tiempo suficiente como para conservar el dominio y la seguridad.

El estado resultante (estado traumático) es un sentimiento de impotencia psíquica de diferentes grados. Por la insuficiencia de los recursos yoicos, se da un sentimiento de falta de control y una vulnerabilidad frente a otros estímulos sin la esperanza de una adecuada adaptación.

En un grado relativamente ligero o transitorio, este estado es parte de la condición humana como también lo es la ansiedad o el conflicto intrapsíquico. En un grado más severo, sea en intensidad o en duración, ya constituye un estado patológico, comparable a un estado de ansiedad de larga duración.

El estado traumático puede derivar en una recuperación, en una resolución o por nuevos síntomas, y es una condición psicoeconómica inestable y pasajera que en el curso del funcionamiento mental pasa a un estado de mayor estabilidad o bien derivará en un estado de mayor patología.

Resumen de Leo Rangell, La metapsicología del trauma psíquico.

Trauma infantil y esquizofrenia.- Introducción: La prevalencia de antecedentes de trauma en la psicobiografía de los pacientes psicóticos es alta, hasta el punto de que algunos autores defienden que hay un subgrupo de esquizofrenia, la esquizofrenia traumática inducida, que se caracterizaría por la preponderancia de los síntomas psicóticos positivos.

Observación clínica: Presentamos el caso de una paciente joven que sufrió abusos sexuales repetidos en su infancia y que desarrolló, a los 19 años, una esquizofrenia. El inicio de la enfermedad fue con alucinaciones auditivas sobre el abusador, sintomatología depresiva e ideación delirante de autorreferencia y de control del pensamiento que obligó a un ingreso hospitalario. Durante los 7 años de curso de la enfermedad, siempre presentó alucinaciones auditivas, cenestésicas y visuales, en ocasiones relacionadas con los abusos y en otras, no. Destaca también la ausencia de síntomas negativos.

Discusión: La alta prevalencia de trauma infantil en pacientes psicóticos hace pensar en que el abuso grave podría ser uno de los factores ambientales que influyen en el desarrollo de la esquizofrenia. Una de las consecuencias de este hecho es la necesidad de indagar de forma sistemática en las posibles experiencias traumáticas en la biografía de cualquier paciente que se nos presente con sintomatología psicótica.

Quintí Foguet Boreu; María José Álvarez Alonso; José Manuel Santos López..(et.al) Trauma infantil y esquizofrenia. PSQUIATRIA BIOLÓGICA. 2009 SEP; 16(3):137-139.

Incidencia del trauma sobre la salud mental adulta.- Antecedente: Los estudios que examinan el impacto de la exposición infantil a un desastre sobre el desarrollo de la psicopatología en la adultez, informan de tasas crecientes del trastorno de estrés post-traumático (PTSD) y otra psicopatología.

Objetivos: Examinar las tasas del PTSD y de otros trastornos del DSM-IV a lo largo de la vida, en adultos expuestos a un desastre de incendio forestal australiano cuando eran niños en 1983, utilizando una muestra de control emparejada reclutada en el momento del estudio original.

Método: Se evaluaron a un total de 1011 adultos reclutados de una muestra original de 1531 personas durante 20 años después de los fuegos, utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-2.1).

Resultados: Los resultados mostraron únicamente un pequeño impacto directo de los fuegos sobre la morbilidad psiquiátrica adulta. Una gran parte de los supervivientes al incendio cumplió con los criterios para 'cualquier trastorno del DSM-IV' y 'cualquier tipo de ansiedad'.

Conclusiones: Los resultados sugieren que el impacto a largo plazo de un trauma importante en la infancia debe ser evaluado en el contexto de otros traumas durante la vida para proporcionar un índice más exacto de las tasas de prevalencia del PTSD.

Alexander C. McFarlane; Miranda Van Hooff. Impacto de la exposición en la infancia a un desastre natural sobre la salud mental adulta: Estudio longitudinal de 20 años de seguimiento. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2009 AGO; 195(2):142-148.

Trauma psíquico y psicosis.- El trauma infantil se ha asociado con enfermedades mentales en la edad adulta, como trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastornos alimentarios y dependencia a drogas. Hay un interés creciente en el estudio de los factores ambientales en el desarrollo de esquizofrenia y trastorno bipolar. Sin embargo no es hasta el 2004 cuando comienzan a aparecer estudios con alta rigidez metodológica en los cuales se analiza la relación entre trauma y psicosis.

Estudios previos ya habían detectado que los pacientes con comorbilidad entre trastorno mental grave (TMG) y TEPT, tienen un curso clínico y una peor evolución, más trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias, más hospitalizaciones psiquiátricas, más tentativas suicidas y una peor reinserción laboral.

Respecto al tratamiento los pacientes con comorbilidad TMG y TEPT existen pocos estudios. Se propone incluir de forma rutinaria en la anamnesis los antecedentes de sucesos traumáticos.

Álvarez Alonso, M. J; Valiente Gómez, A; Osés Rodríguez, A... (et.al) Trauma psíquico y psicosis. Implicaciones en la etiopatogenia, clínica, pronóstico y tratamiento. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2009 JUN; 25(3)

TRIANGULACIÓN

Definición.- "Es un proceso psicológico, que incluye operaciones psicodinámicas tradicionales por las cuales una unidad de dos se estabiliza y confiere sentido a su actividad por común referencia a una tercera unidad. Esto se manifiesta, por ejemplo, en unidades conyugales en que la persistencia de la armonía depende de un enojo o un interés benévolo, no menos persistentes, hacia un hijo (la tercera unidad). El significado de la pertenencia a un subsistema se puede experimentar mejor por la referencia compartida a una tercera unidad que se sitúa fuera de las fronteras del subsistema".

Umbarger C, "Terapia familiar estructural", Barcelona, Paidós.

TRIANGULARIDAD

En la familia.- Andolfi desarrolla este tema en el capítulo 2, titulado Triángulos y redes generacionales.

El triángulo como unidad de observación.- Los miembros de la familia están determinados por ésta, pero también ellos influyen sobre la estructura familiar. Hay un continuo movimiento circular entre sistema familiar y estructura individual.

En el triángulo padre-madre-hijo este último suele ser hacia donde desvían sus conflictos los dos primeros, como un canal de descarga.

Al aparecer un tercer sujeto en un conflicto dual aporta a la interacción la posibilidad de hacer alianzas y que alguno quede excluido de ellas, o incluido. En la interacción triádica, a diferencia de la diádica, cada participante puede observar qué sucede entre los otros dos (posición de observador). El tercero puede hacer alianzas, templar los ánimos, etc.

Triángulos trigeneracionales.- Entre generaciones familiares, los triángulos son intergeneracionales. Por ejemplo padre-madre-hija se articulan con el siguiente triángulo: hija-marido de la hija-hijo de ambos. Las relaciones diádicas aparecen en una dimensión vertical (por ejemplo madre-hija) o en una dimensión horizontal (hija-marido), o sea fuera o dentro de una misma generación o plano generacional.

Los triángulos tienden a transferirse de una generación a otra. Por ejemplo, si la mujer tiene una relación difícil con su madre o marido, es probable que sus expectativas frente a ellos, al quedar sin respuesta, sean transferidas a su hija. Esta debe entonces resolver la ambigüedad de la presencia simultánea de los dos niveles.

Las coordenadas familiares.- La comprensión del individuo parece favorecida por la construcción de un esquema de observación que permite 'ver' los comportamientos actuales de una persona como metáforas relacionales, o bien como señales indirectas de necesidades y afectos del pasado.

La complejidad aumenta si el todo se conecta también con esas imágenes de 'hacer de padre o madre' que uno tiene incorporado en su contexto familiar y cultural, y que llegan a ser verdaderos códigos de comportamiento.

Las relaciones conyugales se convierten en el punto de encuentro y de síntesis de dos historias familiares distintas. Las dimensiones horizontales y verticales interaccionan influyéndose mutuamente. Por ejemplo se puede ver en qué medida el plano horizontal (relación entre esposos, por ejemplo) son compensaciones no desarrolladas armónicamente sobre el plano vertical (la relación de cada esposo con sus padres, o bien con sus hijos).

Pertenencia y separación.- Es un conflicto de todo ser humano; por un lado permanecer unido a la familia, y por el otro ser independiente, separarse, para unirse a otro sistema o grupo. En terapia familiar puede verse como personas adultas empiezan a tartamudear frente a sus padres, índice de no separación de ellos. Cuanto más sobrevive un vínculo significativo (por ejemplo padre-hijo) sobre la base de necesidades parcialmente insatisfechas, tanto más tiende a repetirse dicho vínculo sin modificación al relacionarse esa persona con nuevas personas.

Estos vínculos no son duales sino triangulares. En la terapia familiar se ve como el paciente designado como tal busca hacer de mediador entre otros miembros de la familia, aglutinándolos en torno a él porque si no la familia corre el peligro de liberar sus tensiones y desintegrarse. Con su síntoma busca mantener el equilibrio del sistema familiar, aunque en forma patológica.

El terapeuta ha de delimitar una y otra vez triángulos familiares diferentes, insertándose en ellos como tercer elemento o activando desde la posición de observador a uno u otro de sus integrantes, siempre en busca de mediación y de una trama alternativa. La ventaja del terapeuta es que tiene mayor libertad, y no tiene las necesidades y obligaciones de los miembros de la familia para con esta.

Resumen de Andolfi (1993) Tiempo y mito en la psicoterapia familiar. Capítulo 2.

TRISTEZA

Generalidades.- El director del departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universitaria de Navarra, Salvador Cervera, aseguró que "se debe diferenciar entre las situaciones de malestar, congoja, infelicidad, lo que la gente llama 'estar depre' de lo que es la enfermedad como estado patológico". Cervera hizo estas declaraciones en la XVIII Conferencia Internacional "La Depresión", organizada por el Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud en la Ciudad de Vaticano.

El médico pronunció la conferencia "La depresión: entre el malestar y la enfermedad" en la que explicó que "el estado de ánimo triste es un malestar psicológico frecuente que surge como respuesta ante una situación personal difícil" y considera que "la tristeza normal es proporcional al estímulo que la origina, tiene una duración breve y no afecta especialmente a la relación con los demás".

Fuente: Europa Press. 2003:17-diciembre.

TRO

Características.- El test de Relaciones Objetales de Phillipson (TRO) es un test verbal de estimulación gráfica que tomó aspectos del TAT de Murray (en el material estímulo y en las consignas) y del Rorschach (en el análisis e interpretación de los datos, y la ambigüedad de algunas figuras).

Está fundado teóricamente en la teoría del campo de Lewin, en el New Look, y en la teoría de las relaciones objetales inconcientes de Klein, Fairmain y Ezriel.

Basándose en Klein, sostiene que la percepción está determinada primariamente por las relaciones personales, las cuales influyen sobre la conducta y la personalidad. De la orientación kleiniana toma las relaciones objetales inconcientes, conjunto de objetos internos residuo de conflictos infantiles, de las relaciones con personas de las que se ha dependido para la satisfacción de necesidades básicas en la infancia.

Para Ezriel, en toda conducta habrá huellas de los tres elementos del sistema tensional: 1) relaciones fantaseadas con un objeto para gratificar una necesidad, 2) relaciones fantaseadas con un objeto en función de las consecuencias temidas, y 3) relaciones objetales defensivas para evitar la concreción de la consecuencia temida. En el test, el sujeto intentará liberarse de las tensiones inconcientes mediante la lógica conciente del conocimiento de la realidad externa.

El supuesto básico de Phillipson es que la forma de percibir el mundo es congruente con su forma de manejar las relaciones humanas, que a su vez depende de cómo manejó sus relaciones más tempranas.

La forma particular en que el sujeto se relaciona con la gente, se percibe, es un intento por conciliar dos sistemas de relaciones objetales: 1) las inconcientes reprimidas, que fueron fantaseadas en los primeros años, y que intentan ser resueltas hoy con conductas irracionales o infantiles, y 2) las experiencias de relaciones acumuladas desde entonces, donde su validez fue puesta a prueba repetidamente.

Las relaciones objetales inconcientes tenderán a imponerse a expensas de las formas más concientemente aprendidas cuando:

a) En el individuo predomina la presión con que se busquen gratificaciones sin que haya una contrapartida de gratificación en la realidad.

b) En el marco ambiental: 1) cuando la situación total coincide con la fantasía inconciente en su aspecto frustrante o gratificante (la situación paciente-terapeuta-psicólogo mueve lo edípico). 2) cuando la situación estímulo, lámina o psicólogo, coincide con la fantasía inconciente. 3) ausencia de elementos externos que contradigan expectativas inconcientes. 4) el factor emocional en la relación objetal, frustrante o gratificante, que puede fortalecer fantasías inconcientes u ofrecer oportunidades defensivas. Sobre tales fundamentos el test utiliza, en las distintas láminas:

a) Situaciones uni, bi, tripersonales y grupales, b) montos variables de contenido de realidad y c) diversos climas emocionales evocadores de fantasías.

Celener G (1995) Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (ORT-TAT). Publicación interna de la cátedra de Métodos y técnicas de exploración diagnóstica II. Facultad de Psicología de la Universidad e Buenos Aires.

Descripción.- Consta de tres series de cuatro láminas, y aparte al final, una lámina en blanco. Muestran diferentes situaciones interpersonales, con diferentes grados de estructuración del ambiente y con distintos climas emocionales. Todas tienden a evocar relaciones humanas conflictivas.

Serie A: figuras vagas, sombreados claros, no hay elementos ambientales identificables. Se busca crear el clima de las necesidades primitivas de dependencia y seguridad, y las ansiedades conexas.

Serie B: figuras más delineadas, enfatización del contraste blanco-negro, ambiente con objetos bien definidos. Los claroscuros buscan enfatizar las relaciones fantaseadas con objetos amenazantes o intransigentes

Serie C: figuras más realistas y vivientes, colores suaves o intrusivos, detalles ambientales más reales.

Celener G (1995) Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (ORT-TAT). Publicación interna de la cátedra de Métodos y técnicas de exploración diagnóstica II. Facultad de Psicología de la Universidad e Buenos Aires.

Teorías de la personalidad subyacentes al TRO y al TAT.- El TAT (Test de Apercepción Temática de Murria) y el TRO (Test de Relaciones Objetales de Phillipson) son test de estimulación visual, poco estructurados, verbales (contar historias) y constructivos (por la tarea a realizar). Ya en 1895 Binet había sugerido manchas de tinta para estudiar imaginación visual, a lo que siguen otros intentos, pero hasta 1920 solo se aplicó a contenidos mentales, imaginación y diferencias individuales, y no exploraron la personalidad en su conjunto, ya que no había por entonces un concepto englobante como ese. El concepto de personalidad surgirá con el psicoanálisis, y en él se basarán Murray y Phillipson. En 1920 surgen las verdaderas raíces de los tests proyectivos.

Celener G (1995) Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (ORT-TAT). Publicación interna de la cátedra de Métodos y técnicas de exploración diagnóstica II. Facultad de Psicología de la Universidad e Buenos Aires.

Comparación entre estímulos del TRO y del TAT.- 1) Movimiento: el TAT sugiere más movimientos en las figuras. 2) Contenido humano: En el TAT claro y delimitado en sexos y edades. 3) Estructuración: alta en el TAT, por el mayor contenido de realidad. 4) Saturación proyectiva: Baja en el TAT, por la alta estructuración. 5) Contenido y forma: contenido-significado en el TAT y contenido-forma en el TRO. 6) Conducta predominante: fantasía en el TAT, percepción y fantasía en el TRO. 7) Incidencia cultural: Alta en el TAT.

Celener G (1995) Fundamentos teóricos para la inclusión de láminas en blanco (ORT-TAT). Publicación interna de la cátedra de Métodos y técnicas de exploración diagnóstica II. Facultad de Psicología de la Universidad e Buenos Aires.

UMBRAL

Definición.- “El término umbral (o limen) se refiere al límite que separa el estímulo que provoca una respuesta A, del estímulo que provoca una respuesta B, actuando ambos en el mismo receptor”.

Cabe distinguir:

Umbral diferencial: “Es la diferencia mínima perceptible que puede indicarse como correspondiente a un aumento en la intensidad del estímulo en el 75% de los casos”.

Umbral máximo: “O superior, es el límite que corresponde al máximo de estimulación capaz de producir sensaciones del mismo tipo”.

Umbral mínimo: “O umbral de estímulo-sensación, es aquel que corresponde a la intensidad del estímulo por la cual se pasa de la ausencia de sensación a la sensación. Dicho de otro modo, es el límite que corresponde a la mínima cantidad de estimulación requerida para provocar una sensación”.

Kaufmann M (1971) La sensibilidad. Publicación interna de la Cátedra de Psicología General I del Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Ficha N° 319.

Definición.- Punto en la escala de los estímulos en que se produce una transmisión en cuanto a las sensaciones o juicios que éstos provocan. Hay tres clases de umbrales: a) El umbral de la sensación o umbral del estímulo, que se señala habitualmente con las iniciales RL, y que constituye el punto en que se produce la transición de los estímulos ineficaces a los que alcanzan para provocar una determinada sensación. b) El estímulo Terminal o umbral Terminal, señalado con TR y que constituye el estímulo más intenso capaz de producir una sensación de tipo dado. c) El umbral diferencial (DL), o sea el cambio más pequeño que debe sufrir la intensidad del estímulo para que se produzca un cambio apreciable en la

sensación correspondiente. El término "umbral" lo introdujo *Herbart*, el 1816; se utiliza en concepto de *Fechner* significando la magnitud de un estímulo que produce una sensación dada. (Alemán: *Reizschwelle*; Francés: *Seuil*; Inglés: *threshold*.) Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Umbral de discriminación táctil.- Se puede realizar un experimento clásico de la psicofísica destinado a medir umbrales de sensibilidad táctil. Resumidamente: primero se necesitará un compás de dos puntas y una regla milimetrada. A continuación se elige a una persona y sobre su antebrazo se aplica suavemente las dos puntas del compás separadas por 10 cm., y se le pregunta si siente las dos puntas o una sola. Se registra la respuesta en un papel (10 cm = percibe dos puntas). Luego se hace lo mismo con 9 cm, y así hasta llegar a un centímetro. Llega un momento en que la persona pasa de contestar que percibe dos puntas a percibir una sola punta (o bien tiene dudas). Si por ejemplo la persona dejó de percibir dos puntas y pasó a percibir solo una cuando pasa de 6 a 5 cm, se establece que 5,5 cm es su umbral de discriminación táctil, es decir, el punto donde la persona deja de percibir correctamente el estímulo táctil.

El descrito es el método de las series decrecientes, pero hay muchos otros procedimientos. Para una mayor información acerca de cómo se hace el experimento, puede consultarse Battro A, "Manual práctico de psicología moderna", Emecé, Buenos Aires, 1970, capítulo 2.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires, Redpsicología.

VACACIONES

Estrés y vacaciones.- Una creencia muy difundida es la de pensar que las vacaciones son algo bueno para eliminar el estrés. Al respecto, deben tener en cuenta tres cosas:

a) Una situación de estrés crónico que viene de arrastre no se mejora por el sólo hecho de tomarse vacaciones. Un desorden generalizado de ansiedad (Anónimo, 1990d) no se modifica e incluso puede profundizarse debido a la inacción de las vacaciones, es decir, en la medida en que estas no provean las descargas motoras adecuadas.

b) Señala el doctor Migliorelli, del Departamento de neuropsiquiatría del Fleni, que "hay gente para quien el esparcimiento no ocupa ningún lugar en su vida, y por eso las vacaciones se convierten en algo desgastante, con las características de exigencia y rigor que reconocemos habitualmente en el trabajo. Hay quienes no saben qué actividades les divierten, y entonces se dedican a 'lo que hay que hacer en vacaciones', 'lo que todo el mundo hace' aunque los aburra o no sientan interés en ello" (Anónimo, 1990d). Migliorelli agrega que el resultado es que las conductas digresivas que sustituyen al trabajo durante el veraneo no actúan como descargas motoras tan eficientes como aquél, y la inhibición de estas respuestas puede producir manifestaciones psicósomáticas.

c) El hecho de salir de vacaciones, en sí mismo, conlleva una serie de factores estresantes. Algunos ejemplos son los siguientes (Anónimo, 1990d): 1) La exhibición del cuerpo implica el riesgo de que se evidencie cuán viejos o gordos nos hemos vuelto, y cuán lejos está nuestro físico del modelo socialmente aceptable. 2) Las expectativas desmedidas en torno a un resarcimiento del erotismo postergado durante el año. 3) El hecho de relacionarnos con nuevas personas o con cónyuges o hijos con quienes no hemos hablado nunca durante el año. Por ejemplo, hay padres que al cabo de ese lapso ya no saben cómo dirigirse a sus hijos que han crecido. 4) También puede ser estresante el mandato de hacer mucho deporte o actividad física sin tener un training previo, intentando compensar la vida sedentaria del año que pasó. 5) Las vacaciones implican por sí mismas un cambio en el régimen de vida, lo que es también un factor de estrés.

Teniendo en cuenta estos factores y, hasta donde sea posible, la posibilidad de neutralizarlos, las vacaciones pueden convertirse en un arma anti-estrés, sobre todo si se torna posible realizar en ellas actividades gratificantes y que provean una descarga motora adecuada.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Anónimo (1990d) El estrés en las vacaciones. Buenos Aires: Revista Enciclopedia Popular Magazine N° 15.

VADS

Generalidades.- Abreviatura de *Test de memoria auditiva y visual de dígitos*. Prueba creada por Elizabeth Koppitz, presentada por esta autora en Argentina en 1981, y que utilizó conjuntamente con el test de Bender y con el test del Dibujo de la figura humana para el diagnóstico de dificultades en el aprendizaje escolar.

Se propone como una prueba breve, fácil de administrar, confiable y con normas válidas, útil para diagnosticar dificultades específicas de aprendizaje, para evaluar el progreso de un alumno, etc, y puede administrarse a niños entre cinco años y medio y doce años (Casullo y otro, 1991:19).

Se trata de una prueba de integración intersensorial y memoria inmediata, y secundariamente mide ansiedad. Según algunos autores otros factores pueden incidir en el bajo rendimiento en este tipo de pruebas: disfunción del SNC, lesión cerebral y pobre memoria visual (Casullo y otro, 1991:22).

Estructura de la prueba.- La prueba se compone de cuatro subtest, y todos ellos implican reproducir series que van de 2 a 7 dígitos. Diversos estudios consideran que entre 6 y 7 está el nivel máximo de dígitos que niños y adolescentes normales pueden evocar en forma inmediata. Los cuatro subtests son los siguientes: 1) Subtest auditivo-oral (el examinador nombra una serie de dígitos y el examinado debe repetirlos); 2) Subtest visual-oral (el examinado debe evocar una serie de dígitos que observó en una tarjeta); 3) Subtest auditivo-gráfico (se presentan oralmente una serie de dígitos, que el examinado reproducirá gráficamente); y 4) Subtest visual-gráfico (se muestra una serie de dígitos y el examinado los reproducirá de memoria en forma gráfica) (Casullo y otro, 1991:22).

Materiales.- Para el alumno, una hoja de papel blanca, un lápiz, una goma de borrar y un juego de 26 tarjetas. Para el examinador, un protocolo de respuestas, un lápiz y un reloj con minutero o un cronómetro (Casullo y otro, 1991:23).

Administración.- El examinado debe ir respondiendo las diferentes consignas de cada subtest. Para el subtest 1 la tarjeta 1-1, para el subtest 2 las tarjetas 2-A a 2-10, para el subtest 3 la tarjeta 3-1, y para el subtest 4 las tarjetas 4-A a 4-10. Si el niño no puede leer dígitos o no puede escribirlos, se omiten los subtests correspondientes. Un ejemplo de consigna es la que se da en el primer subtest: "Voy a decirte algunos números; cuando termine quiero que los repitas", y a continuación de se leen los dígitos, uno por segundo (Casullo y otro, 1991:23).

Evaluación.- El puntaje obtenido en cada subtest es igual al número total de dígitos que puede reproducir sin errores. Pueden también obtenerse puntajes de algunas combinaciones de subtests, como por ejemplo los correspondientes a estimulación visual (subtests 2 y 4) (Casullo y otro, 1991:26).

Análisis.- Para la interpretación de los resultados no sólo se tendrá en cuenta el comportamiento del niño durante la prueba sino también el análisis cualitativo de los resultados que, entre otras cosas, debe tener en cuenta inversiones y confusiones en los dígitos, tamaño de los dígitos, organización de los dígitos en la hoja, correcciones, y numeración, trazado de líneas o encuadres (Casullo y otro, 1991:27).

Casullo M y Figueroa N (1991) *El Test Vads de Koppitz. Normas regionales*. Buenos Aires: Guadalupe, 3º edición.

VALIDEZ

Acepciones.- 1. En *psicología del pensamiento*, designa la propiedad de todo razonamiento que respete las leyes y principios de la lógica. Por ejemplo si al razonar nos contradecimos, estamos violando el principio lógico de no-contradicción, y el razonamiento es inválido. 2. En *psicodiagnóstico*, designa una de las propiedades de todo test bien construido según la cual el test es válido cuando mide lo que efectivamente pretende medir. Un test es inválido, por ejemplo, cuando pretende medir inteligencia pero sólo está midiendo memoria.

Cazau Pablo (2000) *Vocabulario de Psicología*. Buenos Aires: Redpsicología.

VALOR

Valores y salud mental.- El concepto de valor puede tener connotaciones distintas, pero en general se considera que responde a creencias de la persona acerca de lo que considera bueno, malo, correcto o incorrecto. Lo común en la sociedad actual es admitir valores denominados "funcionales" que obedecen al interés inmediato de cada persona. De manera que los valores no tienen entidad autónoma, sino dependiente de un sujeto valorador, es decir, no hay valores en sí, sino que aparecen cuando hay una persona que apetece aquello que para ella es un bien. A partir de ese momento, ese bien tiene para ella un valor. En este sentido podría decirse que el valor es siempre para alguien, aunque no es puramente subjetivo, pues ese deseo e interés viene determinado por las propiedades del objeto deseado en cuanto que satisface las necesidades del sujeto.

Una persona puede tener muchos valores, cada uno de ellos contiene un componente emocional y otro racional, cuya proporción variará en función del tipo de valor y el significado que éste tenga para la persona. No todos los valores ocupan el mismo orden de importancia, generalmente su ordenamiento constituye el denominado sistema de valores, el cual representa una organización aprendida de reglas, para hacer elecciones y resolver conflictos entre dos o más modos de conducta o entre dos o más modos de existencia.

Los valores se adquieren a través de un proceso prolongado de socialización y una vez aprendidos suelen ser bastante estables, aunque no necesariamente estáticos, pues como parte de la realidad sociocultural reflejan los cambios sociales que se van produciendo. No obstante, el cambio de cualquiera de ellos necesita de una re-socialización o re-aprendizaje.

Aunque están bastante condicionados por factores individuales, la cultura ofrece también una serie de valores, que trata de inculcar a las personas a través del proceso de socialización. De manera que durante este proceso intervienen lo que podríamos denominar agentes formales de transmisión y cambio de valores y agentes informales.

VALLS, JOSÉ LUIS

Biografía.- José Luis Valls nació en Buenos Aires, el 2 de enero de 1941, vivió su infancia en Ramos Mejía, provincia de Bs. As. Se recibió de médico el 9 de enero de 1964, fue médico residente en psiquiatría desde marzo de ese mismo año, jefe de residentes en 1966, Instructor de residentes desde el 66 al 68, en este último año recibió el título de médico psiquiatra. Psicoanalista, hizo su formación en grupos privados y en la Asociación Psicoanalítica Argentina de la que es miembro titular en función didáctica desde 1980. fue director de la Revista de Psicoanálisis de la APA, primera revista psicoanalítica de la historia argentina, en ella publicó numerosos trabajos. En 1995 publicó el libro Diccionario Freudiano, primer diccionario escrito originalmente en lengua castellana e íntegramente dedicado a la obra de Freud y desde una perspectiva ideológica absolutamente freudiana. Escritor aficionado, escribió una novela no editada y un libro de cuentos: ¡GABRIELAAA!..., editada por la editorial CIEN este año. Tiene en preparación un libro sobre el "Proyecto" de Freud, visto desde un punto de vista metapsicológico. Actualmente es coordinador de la Comisión de Ética de la APA, cargo obtenido por elecciones libres entre todos los miembros de esa institución. Actualmente vive en la ciudad de Buenos Aires.

Anónimo

Aporte de Ricardo Bruno

VEJEZ

Generalidades.- "El envejecimiento es un proceso que se desarrolla en el transcurso del tiempo y que modifica la forma, las condiciones internas y las funciones de todo cuanto existe. El envejecimiento se da en el campo material y espiritual, desde las formas más simples de organización, como el átomo, hasta la materia más altamente organizada, como los seres vivientes y sus funciones psicológicas. Estos cambios se producen tanto por las relaciones de la materia y el ser vivo con el medio, cuanto por sus propias contradicciones internas"

Strejilevich E (1990) Temas de psicogeriatría, pág. 55.

Generalidades.- "Diferentes escenarios para una sociedad que envejece presuponen diferentes abordajes al significado de la vejez. Un escenario anticipa una *Prolongación de la Morbilidad*, en el cual el interés por la calidad de vida podría permitir la eutanasia activa o el suicidio como un medio para ahorrar dinero. Aquellos que creen en la *Reducción de la Morbilidad* optan por la promoción de la salud para retrasar la morbilidad en favor de un envejecimiento productivo. Los optimistas miran un escenario de *Prolongación del ciclo de la vida*, en el cual los escasos recursos de salud no son invertidos para incrementar ganancias en la expectativa de vida, sino más bien en investigación básica para posponer a eliminar el envejecimiento. Finalmente, aquellos que enfatizan la *Aceptación Voluntaria de los Límites* identifican el significado del envejecimiento con la aceptación voluntaria de la finitud, en la cual los reclamos de las generaciones futuras podrían limitar la longevidad para cada generación. De esta manera, contrastar significados tales como calidad de vida, envejecimiento productivo, supervivencia indefinida y límites voluntarios ocasionan consecuencias muy diferentes para la asignación de los escasos recursos a través de los grupos de edad y entre los subgrupos de la población anciana".

Moody H, Envejecimiento, Significado y la Asignación de recursos. AGEING AND SOCIETY. Volumen 15 Parte 2 Junio 1995

Ancianidad.- "La adultez tardía, conocida como ancianidad, generalmente se refiere al ciclo de vida que comienza a la edad de 65 años. Los ancianos se dividen en dos grupos: a) ancianos jóvenes 65-74 años, y b) ancianos mayores: más de 75 años. Si bien la senescencia implica una gradual declinación en todos los sistemas corporales, se hace necesario destruir el mito de que la ancianidad está asociada con un estado de profunda enfermedad física y mental".

Koldobsky N, Los desórdenes de la personalidad en el anciano. Incluido en Revista Desarrollos en Psiquiatría Argentina, Año 2, Nro 3, Marzo-Abril 1997, pág. 72.

Vejez y adultez.- "Según Levinson, existe un período de transición que enlaza la estructura de la vida anterior del individuo con la de la vejez" (Craig y Baucum, 2001:601).

"Atchley considera que tratamos de mantener una conducta congruente, porque esto nos hace sentir más seguros de nuestros roles, capacidades y cambio de relaciones" (Craig y Baucum, 2001:601).

"Las investigaciones señalan que algunos rasgos de la personalidad -el neurotismo, la extroversión frente a la introversión y la apertura a las experiencias- se mantienen estables de la madurez a la vejez" (Craig y Baucum, 2001:601).

Craig G y Baucum D (2001) Desarrollo psicológico. México: Pearson Educación, 8ª edición.

Envejecimiento.- En el proceso de envejecimiento los factores psicológicos, biológicos y sociales, más que ser pensados como actuando unos sobre otros, deben ser observados en la totalidad de su interacción y en las resultantes, entendiendo por esto último el envejecimiento individual (Salvarezza, 2002:68).

Salvarezza, Leopoldo (2002) Psicogeriatría. Teoría y clínica. Barcelona: Paidós, 2º edición.

Envejecimiento normal.- "La senescencia, o envejecimiento normal, designa los procesos biológicos y universales del envejecimiento" (Craig y Baucum, 2001:573).

Craig G y Baucum D (2001) Desarrollo psicológico. México: Pearson Educación, 8º edición.

Causas del envejecimiento.- "El ciclo de vida característico de un organismo presente un componente genético, pero también participan otros factores como el estrés, los accidentes y la enfermedad. En el hombre, la vida de campo y el matrimonio suelen alargar la vida, mientras que la obesidad y la exposición a la radiación tienden a acortarla. Conforme a las teorías estocásticas, el cuerpo envejece a causa de las agresiones aleatorias provenientes de los medios interno y externo; a veces se les da el nombre de teorías de deterioro y desgaste. Según las teorías del envejecimiento programado o del reloj biológico, las acciones programadas de ciertos genes específicos rigen el envejecimiento. Podemos ver pruebas a favor de los relojes biológicos en el sistema inmunológico y en el ciclo menstrual femenino" (Craig y Baucum, 2001:573).

Craig G y Baucum D (2001) Desarrollo psicológico. México: Pearson Educación, 8º edición.

Aspectos físicos del envejecimiento.- "Muchos de los efectos del envejecimiento no se perciben antes de la senectud, porque éste es gradual y la mayoría de los sistemas físicos poseen una gran capacidad de reserva. No todos los ancianos manifiestan los signos del envejecimiento en igual grado. Estos dependen en gran parte de si permanecen físicamente aptos y activos. El tipo de vida que se ha llevado, las enfermedades y los accidentes sufridos influyen en el envejecimiento; a veces a estas situaciones se las llama factores patológicos del envejecimiento. Entre los signos del envejecimiento figuran las canas, la pérdida de elasticidad de la piel, el cambio de postura y arrugas más profundas. En general, los sentidos se vuelven menos eficientes con los años; muchos ancianos tardan más tiempo en percibir y en procesar un hecho por medio de los sistemas sensoriales. Las deficiencias auditivas son muy frecuentes pero casi siempre ligeras o moderadas. Se pierde mucha capacidad auditiva para tonos de alta frecuencia. En los ancianos se observan muchos tipos de deterioro visual: cataratas (opacamiento del cristalino que bloquea la luz), glaucoma (acumulación de presión intraocular), disminución de la capacidad para enfocar objetos y menor agudeza visual (capacidad para distinguir detalles finos). El gusto manifiesta una gran estabilidad durante la senectud. Con la edad disminuye el peso muscular, también la fuerza y la resistencia. Los huesos se debilitan, se vuelven huesos y más frágiles; de ahí que sean más vulnerables a las fracturas y tardan más en sanar. El entrenamiento con ejercicios intensos contrarresta la debilidad de los músculos y la debilidad física de los ancianos. El sistema cardiovascular pierde eficiencia con los años y disminuye la capacidad pulmonar. También decrece la capacidad de reserva del corazón, de los pulmones y otros órganos. El sistema inmunológico cambia durante la senectud, de manera que el anciano es más vulnerable a las enfermedades. Los ancianos están más propensos a sufrir problemas crónicos de salud que enfermedades agudas. Esto se debe en gran medida a una menor capacidad del organismo para afrontar el estrés; también intervienen factores socioeconómicos, la raza y el sexo. En parte, la mala salud de los ancianos se debe a una dieta o alimentación deficientes. El consumo excesivo de grasas produce aterosclerosis, o sea endurecimiento de las arterias, estado que causa muchas de las cardiopatías tan comunes en esta etapa de la vida. El consumo excesivo, el uso indebido y el abuso de los medicamentos puede ocasionar problemas de salud a los ancianos" (Craig y Baucum, 2001:573).

Craig G y Baucum D (2001) Desarrollo psicológico. México: Pearson Educación, 8º edición.

Duelos de la vejez.- Marta Leonor Méndez (1979:61-77), siguiendo el modelo de Arminda Aberastury sobre los duelos de la adolescencia, propone cuatro duelos básicos en la ancianidad:

- 1) El duelo por el cuerpo potente. Es una toma de conciencia de su declinación física.
- 2) El duelo por su rol paternal. Este se produce cuando el rol tipo paternal o la generatividad a la que se refiere Erikson, no lo pueden desempeñar total o parcialmente por impedimentos físicos, psíquicos o sociales (enfermedad, asilo). También cuando el rol paterno pasa a la nueva identidad de abuelo.
- 3) El duelo por el rol social. Se desencadena por la jubilación, por la pérdida del rol laboral, profesional o económico.
- 4) El duelo por la pérdida de relaciones objetales significativas (decatectización) como por ejemplo las pérdidas de amigos y familiares o la viudez. Se aferra al pasado que fue gratificante a expensas de la posibilidad actual de comunicarse con los demás.

Méndez M (1979) El senil y el otro. Buenos Aires: Eudeba-CEA.

Cambios cognoscitivos en la edad avanzada.- "Muchos suponen que el intelecto de los ancianos se deteriora de manera automática. Pero casi todas las capacidades mentales permanecen relativamente

intactas, aunque se observa una reducción en la rapidez del procesamiento cognoscitivo. Con entrenamiento, es posible compensar esta pérdida. El almacenamiento sensorial y la memoria a corto plazo cambian poco con la edad, pero se deteriora la memoria a largo plazo. Con una instrucción cuidadosa y un poco de práctica los ancianos pueden mejorar su capacidad de retención. La memoria terciaria, o recuerdo de hechos sumamente remotos, parece conservarse más o menos intacta en esa fase de la vida" (Craig y Baucum, 2001:574).

Refieren Craig y Baucum (2001:574) que entre las causas primarias de perturbación del desarrollo cognoscitivo del anciano se encuentran la enfermedad de Alzheimer y la apoplejía. Las causas secundarias son factores como la pobreza o la mala salud.

La demencia indica la confusión y el olvido crónicos, así como los cambios concomitantes de la personalidad que a veces se asocian con esta etapa de la existencia. La confusión, los lapsos mentales y la desorientación conductual pueden atribuirse a diversas causas, incluidas enfermedades físicas y psicológicas que pueden tratarse.

Aproximadamente 50% de las personas a quienes se diagnostica demencia sufren las enfermedades de Alzheimer, la cual se caracteriza por un deterioro progresivo de las células del cerebro. El resultado final es una desorientación seria que no permite dejar solo al paciente. Los miembros de la familia que deben cuidarlo sufren fuertes tensiones.

La apoplejías o las maniapoplejías son otra causa primaria de demencia. A menudo se deben a la arteriosclerosis, o sea a una acumulación de placas de placas de lípidos en el revestimiento de las arterias.

Las expectativas psicológicas, la salud mental y otros factores influyen de modo profundo en el funcionamiento cognoscitivo de los ancianos. Con frecuencia, los que creen que quedarán desvalidos y dependerán de la gente terminan por hacerlo. La depresión es común en la senectud, en parte por la pérdida de los seres queridos y de los amigos.

"He aquí otros factores que ocasionan el deterioro cognoscitivo: una mala condición física, deficiencias nutricionales, consumo prolongado de alcohol, efectos secundarios de medicamentos y falta de ejercicio de las funciones mentales. A medida que los ancianos reconocen las pérdidas objetivas y subjetivas de carácter cognoscitivo, reorganizan y ajustan el sentido del yo" (Craig y Baucum, 2001:574).

Craig G y Baucum D (2001) Desarrollo psicológico. México: Pearson Educación, 8º edición.

Relaciones familiares y personales.- "Las relaciones personales estrechas siguen definiendo buena parte del estrés y de las satisfacciones de la vida en la senectud" (Craig y Baucum, 2001:601).

"En general, los matrimonios dicen sentirse más satisfechos con su vida conyugal después que se marchan los hijos. Los matrimonios felices que logran sobrevivir hasta la vejez suelen ser más igualitarios y cooperativos" (Craig y Baucum, 2001:601).

"Casi todos los adultos afirman tener contactos frecuente con sus hijos y sus nietos. Por lo regular, asumen la responsabilidad de ayudarles cuando lo necesitan. Los roles de abuelo/abuela se consideran casi siempre los más satisfactorios en la vejez. A los bisabuelos les encanta desempeñarlos" (Craig y Baucum, 2001:602).

"Los ancianos que necesitan ayuda en la vida cotidiana suelen apoyarse mucho en su familia. Si al llegar a la vejez sobrevive el cónyuge, éste suele ser el cuidador. Es el estrés afecta más a las esposas que cumplen esta función que a los maridos" (Craig y Baucum, 2001:602).

"Cuidar a un paciente de la enfermedad de Alzheimer produce tensiones especiales, sobre todo cuando su conducta se desorganiza o resulta embarazosa" (Craig y Baucum, 2001:602).

"La viudez representa una difícil transición que supone cambios radicales en los patrones de vida y el riesgo de aislamiento social. Como hay mayores probabilidades que se casen los hombres que las mujeres tras la muerte del cónyuge, son más las ancianas que viven solas. Este tipo de vida exige adaptarse a muchas realidades prácticas y psicológicas. Los sistemas de apoyo social con que cuentan los viudos y las viudas son la familia, los amigos, los compañeros de trabajo y los participantes en actividades de tiempo libre. A las viudas les resulta más sencillo que a los viudos mantener su vida social; éstos están más propensos a aislarse de los contactos anteriores de la pareja" (Craig y Baucum, 2001:602).

"Muchos ancianos aumentan el contacto y el interés en sus hermanos. Los hermanos comparten la vivienda, ofrecen consuelo y apoyo en momentos de crisis y se ayudan mutuamente en caso de enfermedad. Los amigos también ofrecen gran estabilidad y satisfacción con la vida tanto a los casados como a los solteros" (Craig y Baucum, 2001:602).

Craig G y Baucum D (2001) Desarrollo psicológico. México: Pearson Educación, 8º edición.

El círculo de la vejez.- García Pintos llama "Círculo de la vejez" (1993) al conjunto de manifestaciones vivenciales, actitudes y reacciones que se disparan en el individuo que llega al momento de encarar el ingreso a la vejez. Es la respuesta total del individuo, de la persona -en tanto que unidad biofísico-espiritual- a la situación de envejecer. Es un verdadero "síndrome general de adaptación" que se dispara en respuesta a la crisis vital y anímica que representa el ingreso a la tercera edad. Es un "síndrome" porque se manifiesta como un conjunto de síntomas y signos; es "general" porque todas las dimensiones

del ser humano se conmueven, se desordenan y reordenan; es "de adaptación" porque responde al matiz natural y genuino de toda crisis vital, es decir, significar el tránsito hacia una forma nueva y más evolucionada de vida.

Por otro lado, es representado como un círculo porque en virtud de las características y reacciones o actitudes presentadas, su secuencia y matiz afectivo se asemeja ciertamente a la imagen de la dinámica circular. Comienza la conmoción y hasta el tercer momento, es decir el fastidio, pareciera ser que la vida sigue sin acusar la necesidad de cambiar o modificar la actitud ante el nuevo status evolutivo. Cuando la toma de conciencia de que el ingreso a la vejez es un movimiento imposible de detener ni postergar, cuando la verdad evolutiva se impone, se presenta la depresión y con ella la primera curva vertical. El humor cae hasta el momento de la aceptación. Una vez superada la depresión inicial, el individuo acepta que es viejo y a partir de allí se da una especie de estabilización del humor y de ánimo ante la vida a partir de un cambio positivo de actitud se vislumbra como una disponibilidad cierta.

Dentro de este tránsito circular, el hombre puede quedarse fijado en alguna de las etapas señaladas; según la fase que no pueda superar, será el matiz que asumirá su vejez. Si consigue cerrar el círculo y acceder al momento de la prospectiva, el perfil de su vejez será exitoso, significativo y plenificante (García Pintos, 1993:33-34).

Como la vejez es la vida misma, es parte de ella, la actitud a adoptar ante su emergencia será similar a la adoptada ante toda la invitación de la vida, es decir, la de darle un sentido, encontrarle un sentido a nuestro vivir (García Pintos, 1993:26).

García Pintos Claudio (1993) El círculo de la vejez. Sobre la psicología normal de la persona que envejece. Buenos Aires: Almagesto.

Vejez y depresión.- La instalación de cuadros depresivos en la tercera edad se vería facilitada por un terreno fértil, abonado con la experiencia de una vivencia de vacío interior, como resultado del inexorable balance que realiza el hombre cuando ve acercarse el telón final. El apremio de la muerte, ese momento en el cual tomamos conciencia de esa cercanía, puede originar dos reacciones posibles según el saldo arrojado por ese balance.

Si es negativo, en color "rojo", nos aferramos desesperadamente a lo que nos queda de vida porque nos encontramos con las manos vacías, con todo por hacer. Tomamos conciencia de lo no vivido, generándose así ansiedad y frustración. No podemos superar el supremo duelo de irnos de este mundo sin haber comprendido la razón de nuestro tránsito. La ansiedad nos desborda y divagamos confundidos entre el deseo de vivir y la impotencia para hacerlo, el deseo de morir y nuestra infantil demanda de inmortalidad.

Pero si es positivo, en color "negro", tendremos un superávit al final del camino. No solo habremos justificado nuestro paso por la vida sino que tendremos resto para esperar con serenidad el momento de la muerte (García Pintos, 1993:82).

García Pintos Claudio (1993) El círculo de la vejez. Sobre la psicología normal de la persona que envejece. Buenos Aires: Almagesto.

Vejez y depresión.- Se ha presentado inicialmente al ocio como un factor depresógeno en la ancianidad. Tal vez, y resultando del desarrollo conceptual, debería decirse que, en realidad no lo es el ocio de suyo sino, más bien, la imposibilidad de vivirlo plenamente, aprovechando todas sus riquezas y posibilidades, lo que se constituye en un factor que favorece la instalación de manifestaciones depresivas (García Pintos, 1993:130).

García Pintos Claudio (1993) El círculo de la vejez. Sobre la psicología normal de la persona que envejece. Buenos Aires: Almagesto.

Vejez y viudez.- 1. La viudez, siendo la alteración de un rol y la pérdida de un lazo afectivo altamente significativo, se constituye de suyo y sin lugar a dudas, en un factor depresógeno de importancia en la ancianidad, difícil de superar.

2. Asimismo, el impacto afectivo que representa la muerte del cónyuge se ve potencializado al actualizar ansiedades ya desarrolladas acerca de la cercanía y posibilidad de la propia muerte.

3. Cuando una problemática individual es encubierta y, pretendidamente, resuelta a través de la constitución de la díada matrimonial, se elabora una vida parásita, simbiótica, que al fracturarse -por viudez o separación conyugal- obliga al individuo a hacerse cargo de esa conflictiva personal, pendiente de resolución y potencializada por el paso del tiempo y la disminución de las posibilidades operativas para abordarla y elaborarla (García Pintos, 1993:159).

García Pintos Claudio (1993) El círculo de la vejez. Sobre la psicología normal de la persona que envejece. Buenos Aires: Almagesto.

Psicoprofilaxis de la vejez.- Es así, entonces, que el trabajo terapéutico o psicoprofiláctico debe inscribirse en el ámbito familiar. Los planes de asistencia social y de buena salud deben procurar:

a. Concienciar a las familias acerca del valor e importancia que significa mantener al anciano en casa, con los seres queridos cerca.

b. Favorecer con créditos hipotecarios la ampliación de viviendas o la compra, para que los ancianos puedan vivir en casa sin incomodar a la familia en su dinámica, manteniendo cierta independencia y autonomía.

c. Instrumentar sistemas y servicios de asistencia y rehabilitación integral a domicilio o a consultorios externos, internación parcializada, hospitales de día, etc. que permitan al anciano y a su familia responder a las necesidades de la vejez y efectivizar la posibilidad de mantener la convivencia e intercambio generacional (García Pintos, 1993:173).

García Pintos Claudio (1993) El círculo de la vejez. Sobre la psicología normal de la persona que envejece. Buenos Aires: Almagesto.

Autoconcepto del anciano.- “El pensamiento estereotipado nos pinta un cuadro sombrío del envejecimiento que muchos longevos aceptan. En realidad, la gran mayoría de ellos se percibe bajo una luz positiva” (Craig y Baucum, 2001:601).

“La comparación social, o sea evaluarse uno mismo y la situación personal en función de otros, influye de manera profunda en la actitud de los longevos” (Craig y Baucum, 2001:601).

Craig G y Baucum D (2001) Desarrollo psicológico. México: Pearson Educación, 8º edición.

Vejez y salud.- “La satisfacción con la vida y el ajuste durante la senectud dependen de otros factores además de la edad, a saber: salud, dinero, clase social, estado civil, vivienda adecuada y nivel de interacción social” (Craig y Baucum, 2001:601).

Craig G y Baucum D (2001) Desarrollo psicológico. México: Pearson Educación, 8º edición.

Vejez y actividad.- Frente a la teoría de la pasividad, según la cual el anciano debe permanecer pasivo el resto de su vida, Maddox (1973) contrapuso su “teoría de la actividad” a la anterior y sostuvo que los viejos deben permanecer activos tanto tiempo como les sea posible, y que cuando ciertas actividades ya no son posibles deben buscarse sustitutos para ellas. La personalidad previa del viejo debe servir como llave para comprender las reacciones a los cambios biológicos y sociales que se producen con la edad. Esta teoría estaba apoyada en el estudio de sujetos notables que habían creado obras de arte, realizado descubrimientos científicos u obtenido logros político-sociales a edad avanzada (Salvarezza, 2002:22-23). Salvarezza, Leopoldo (2002) Psicogeriatría. Teoría y clínica. Barcelona: Paidós, 2º edición.

Vejez según Erikson.- Erickson afirma que cuando los adultos entran en una etapa final de la vida su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que lo hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego. La integridad del ego sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. Con la sabiduría el adulto sabe aceptar las limitaciones. El adulto sabio sabe cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar. El paso a la tercera edad no pone fin a la generatividad de una persona (Papalia y Wendkos, 1990).

Papalia D y Wendkos O (1990) Desarrollo humano. Madrid: Mc Graw-Hill.

Vejez según Erikson.- “De acuerdo con Erikson, una tarea central del desarrollo a partir de la adolescencia consiste en conservar una identidad relativamente uniforme, es decir, un conjunto congruente de conceptos sobre los propios atributos físicos, psicológicos y sociales. Para los muy ancianos, mantener la cohesión de la identidad personal puede ser muy importante cuando experimentan grandes cambios en su salud y en su forma de vida. La última etapa de la teoría de Erikson es el conflicto psicosocial de integridad frente a la desesperación. Los que al mirar en retrospectiva se sienten satisfechos con el significado de su vida adquieren un sentido de integridad personal; en cambio, quienes no ven sino errores, oportunidades desperdiciadas y fracasos adquieren un sentido de desesperación. En parte, el ajuste a la vejez incluye la necesidad psicológica de recordar acontecimientos pasados y de reflexionar sobre ellos” (Craig y Baucum, 2001:601).

Craig G y Baucum D (2001) Desarrollo psicológico. México: Pearson Educación, 8º edición.

Viejismo.- “Con el término *ancianismo* se designa una actitud de indiferencia y de olvido hacia los ancianos. Las personas de todas las edades suelen asignar estereotipos más negativos hacia los ancianos y más positivos hacia los jóvenes. Los estereotipos sobre los ancianos dificultan entenderlos como los individuos diversos que son en realidad. En algunas culturas y épocas históricas, los ancianos han sido respetados como personas sabias, transmisores de cultura y depositarios de la memoria histórica”.

“La edad promedio de la población estadounidense ha venido aumentando y producirá una proporción cada vez mayor de ancianos durante las próximas décadas” (Craig y Baucum, 2001:573).

Craig G y Baucum D (2001) Desarrollo psicológico. México: Pearson Educación, 8º edición.

Concepciones sobre el anciano.- “En las sociedades primitivas el rol de anciano corrió suertes diversas. Desde la asociación ‘experiencia-saber’ por la cual eran considerados detentadores de poderes mágicos o religiosos y por lo tanto temidos o respetados por sus comunidades, hasta culturas en las cuales eran objeto del más acérrimo desprecio, pudiendo computarse asimismo sociedades prósperas en la cual no era una decadencia ni una fuente de prestigio” (Wilde, 2005:147).

Wilde Zulema (2005) Deberes humanos de la familia hacia sus ancianos. Buenos Aires: Derecho de familia. Revista Interdisciplinaria de doctrina y Jurisprudencia. Nº 31. Julio/Agosto 2005. Abeledo Perrot.

La política social y los ancianos.- “Las personas de 85 años en adelante constituyen el segmento de más rápido crecimiento en la población de ancianos. Según los datos actuales, los nonagenarios pueden ser más sanos de los sexagenarios” (Craig y Baucum, 2001:602).

“Aunque en la actualidad la mayoría de los longevos son de raza blanca, este grupo mostrará mayor diversidad racial y étnica en el futuro” (Craig y Baucum, 2001:602).

“A medida que crece la población de personas de edad avanzada, se ha ido prestando mayor atención a la calidad de los servicios que se le ofrecen” (Craig y Baucum, 2001:602).

“Muchos ancianos no institucionalizados reciben ayuda de uno o varios cuidadores no pagados en su vida cotidiana. Otros viven en hogares de cuidado residencial dentro de las comunidades. Solo un pequeño porcentaje vive en los asilos” (Craig y Baucum, 2001:602).

“Los programas sociales destinados a los ancianos frágiles no están diseñados para atender las necesidades del individuo. Algunos ancianos sufren discapacidad física o mental, carecen de apoyo de su familia o amigos o no pueden valerse por sí mismos; necesitan ayuda en estas áreas, no necesariamente el cuidado completo en un asilo” (Craig y Baucum, 2001:602).

“Cerca de una de cada cuatro personas puede suponer que sufrirá discapacidad y que habrá de ser institucionalizada; muchas más necesitarán un poco de ayuda médica, social y en la vida diaria. Estos servicios pueden ofrecerlos los centros de atención diurna, donde reciben cuidados limitados y regresan a casa por las noches” (Craig y Baucum, 2001:602).

“Los ancianos que gozan de buena salud disponen de otras opciones, como las comunidades de retiro. Sin embargo, casi todos los adultos quieren pasar sus años de jubilación en su propia comunidad y de preferencia en casa” (Craig y Baucum, 2001:602).

“Los ancianos cuentan cada día con una mayor cantidad de servicios, entre éstos: diversos medios de transporte, comida sobre ruedas, cuidado en casa, servicios culturales y oportunidades de trabajo como voluntarios” (Craig y Baucum, 2001:602).

“Algunas organizaciones activistas como la AARP integran a los ancianos en una fuerza social y política. Luchas por conquistarles más derechos en el lugar de trabajo y en la sociedad en general” (Craig y Baucum, 2001:602).

Craig G y Baucum D (2001) Desarrollo psicológico. México: Pearson Educación, 8º edición.

Estadísticas sobre vejez.- La población de 65 años y más, en 1980, representaba el 15,5% de los habitantes de Alemania Federal, el 13,5% de Francia e Italia, el 11,4% de los Estados Unidos de Norteamérica, el 8,2% de la Argentina, el 3,4% del Brasil y el 3% de los países africanos. En nuestro país en 1950 los mayores de 65 años representaban solo el 4,2% de la población, en 30 años casi se duplicó el porcentual y para el año 2000 se estima un porcentaje del 9,6% (Muchinik, 1984:37).

Población de 65 años y más (República Argentina) (Muchinik, 1984:37)

Año	Porcentaje de ancianos sobre la población total
1869	2,2
1895	2,0 (efecto de la inmigración extranjera joven)
1914	2,3
1947	3.9
1950	4,2
1960	5.7
1980	8.2

Muchinik E (1984) Hacia una imagen de la vejez. Buenos Aires: Universidad de Belgrano.

Residencias geriátricas.- “En la actualidad, asistimos a una creciente demanda de recursos residenciales para personas mayores. Las residencias geriátricas se van consolidando como un recurso indispensable para una asistencia de calidad a personas mayores con demandas específicas” (García Campero, 2003:651).

García Campero Inmaculada (2003) Apuntes de buenas prácticas en la atención residencial a las personas mayores: una perspectiva normativa, deontológico y de calidad. Buenos Aires: Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales Número 119, Volumen 61.

Vejez y depresión.- Se determinan los factores de riesgo para padecer depresión entre una muestra de sujetos ancianos. Para ello los autores de esta investigación realizaron una búsqueda en las bases de

datos MEDLINE y PsycINFO de los artículos potencialmente relevantes publicados de enero de 1966 a junio de 2001 y de enero de 1967 a junio del 2001, respectivamente. Veinte estudios resolvieron los siguientes seis criterios de inclusión: investigación original presentada en una publicación inglesa o francesa, un grupo de estudio formado por residentes, la edad de los sujetos de 50 años o más, el diseño prospectivo del estudio, el examen por lo menos de un factor de riesgo, y el uso de una definición aceptable de la depresión. La validez de los estudios fue determinada según los cuatro criterios primarios para los estudios sobre los factores de riesgo descritos por el Evidence-Based Medicine Working Group. La información sobre tamaño del grupo, la edad, la proporción de hombres, los criterios de la depresión, el número de casos incidentes de depresión, y los factores de riesgo fue sustraída de cada informe. En el meta-análisis cualitativo, los factores de riesgo identificados por las técnicas univariantes y multivariantes en, al menos, dos estudios fueron la incapacidad, nuevas enfermedades médicas, estado de salud pobre, episodios depresivos anteriores, percepción del estado de salud de uno mismo pobre, y pérdida. En el meta-análisis cuantitativo, la pérdida, las alteraciones del sueño, la incapacidad, la depresión anterior, y el género femenino fueron factores de riesgo significativos. A pesar de las limitaciones metodológicas de los estudios y de este meta-análisis, la pérdida, las alteraciones del sueño, la incapacidad, la depresión anterior, y el género femenino parecen ser factores de riesgo importantes para la depresión entre los sujetos ancianos.

Martin G. Cole; Nandini Dendukuri, Factores de riesgo para la depresión entre sujetos ancianos: una revisión sistemática y un meta-análisis. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2003 JUN; 160(6):1147-1156.

Vejez y depresión.- En este trabajo se presenta una revisión de la situación actual de la terapia cognitivo-conductual (TCC) de la depresión en las personas mayores. La TCC se enmarca en una perspectiva biopsicosocial y, usualmente, consiste en una integración de los modelos cognitivo y conductual en una terapia de tiempo limitado, altamente estructurada, de corte psicoeducativo, centrada en los problemas del «aquí y ahora», identificables y mensurables y basada en una fuerte alianza de trabajo. También se repasan los modelos empleados de forma habitual para afrontar clínicamente la depresión, así como su aplicación en la población mayor. Además, se discute la eficacia diferencial de la TCC en la vejez respecto a otras alternativas, como la terapia farmacológica. En este sentido, la evidencia empírica existente, aunque limitada, apunta a que la TCC es igual de eficaz con personas mayores que con personas más jóvenes y, al menos, igual de eficaz en las personas mayores que otro tipo de terapias (por ejemplo la de tipo farmacológico). Además, se señalan las ventajas específicas que puede tener el empleo de la TCC para la depresión en la vejez respecto a otro tipo de terapias: filosofía optimista, estilo psicoeducativo y colaborativo, y el respeto y el reconocimiento de la experiencia y el conocimiento acumulados por la persona mayor. Finalmente, se sugieren algunas modificaciones que podrían ser pertinentes en la aplicación de la TCC a la población mayor, para adaptarse a los cambios sensoriales y cognitivos que acompañan frecuentemente al envejecimiento normal.

M Izala M Márquez; A Losada; I Montorio; R Nuevo. Una revisión sobre las intervenciones cognitivo-conductuales en problemas de depresión en la edad avanzada. Revista Española Geriátrica Gerontológica. 2003 Ene; 38(1):34 - 45.

Vejez y depresión.- Según algunos autores hay 5 características que permiten establecer depresión en la vejez: 1) presencia de varios síntomas depresivos con una duración de dos o más semanas; 2) durante ese tiempo debe haber un sentimiento de disforia, que suele confundirse a veces con pesimismo, infravaloración, etc; 3) debe haber alguno de estos elementos: inapetencia, pérdida de peso, falta de energía, falta de interés, quejas, agitación psicomotora, ideas de suicidio. Cuatro de estos factores hablan de depresión; 4) alteración del funcionamiento cotidiano de la persona; y 5) asegurarse que la depresión no se debe a medicamentos o a problemas de salud.

La aparición de la depresión se asocia frecuentemente con características personales del anciano así como con características del ambiente. Por ejemplo, el deterioro físico está entre los primeros. Otras variables asociadas a la depresión son memoria, aislamiento social, bienestar, realización de actividades placenteras, jubilación, traslado a una institución geriátrica, etc.

Depresión y demencia: diagnóstico diferencial.- En el 30% de los casos se diagnostica demencia moderada cuando en realidad se trata de depresión. Para evaluar bien si hay o no depresión, debe verificarse que no hubo cambios importantes de comportamiento, y que el funcionamiento cognitivo en general no ha sufrido deterioro.

Influencias de la enfermedad y la medicación.- Debido a que enfermedad y medicación aumentan en el anciano, es más difícil diagnosticar en ellos depresión pues esta es debida a aquellos factores.

Lo característico de la depresión es la disforia, es decir una respuesta emocional subjetiva. Por ello, la forma más adecuada de detectar depresión es a través de las propias manifestaciones de los ancianos (autoinformes), únicos que pueden detectar la disforia. El problema de los autoinformes es que los ancianos a veces escriben lo que les conviene (deseabilidad social). Es un mecanismo adaptativo para mantener el nivel de bienestar ante las deprivaciones de la vejez.

Condensado de Baltes y otro (1992) Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Capítulo 4.

Diagnóstico de depresión en ancianos.- Para diagnosticar depresión en los ancianos se utilizan las siguientes herramientas: entrevistas, autoinformes, autorregistros y observación.

Entrevistas.- Se examinan los posibles factores ambientales de la depresión y sus consecuencias. Lo más frecuente es el empleo de las llamadas entrevistas estructurales como por ejemplo la CARE, herramienta multidimensional que evalúa estado médico, psiquiátrico, nutricional, económico y social. Las preguntas se contestan por sí/no y apuntan a indagar síntomas específicos. Otro instrumento es la escala de depresión CARS, con 18 preguntas sobre sintomatología.

Autorregistros y observación.- No es aconsejable registrar la conducta problema para no incrementar la conciencia de la gravedad del mismo. En el *autorregistro* mas bien se buscan detectar pensamientos negativos. En cuanto a la técnica de *observación*, esta se utiliza poco y sobre todo en pacientes hospitalizados mediante planillas de observación de sus conductas. Los mejores instrumentos son los *autoinformes* porque muchas manifestaciones depresivas no pueden apreciarse desde afuera. Al respecto, hay diferentes tipos: la escala de depresión de Zung, el Inventario de depresión de Beck, la lista de adjetivos para la depresión, y la escala de depresión geriátrica.

Instrumentos de evaluación de variables asociadas.- La evaluación se dirige hacia variables potencialmente relevantes que puedan estar asociadas con depresión, como por ejemplo habilidades sociales, eventos y actividades placenteras, acontecimientos vitales. Esto último se refiere a acontecimientos ambientales que puedan afectar el origen y curso de una depresión, como cambios inesperados en el ambiente, fallecimiento de familiares, etc.

Condensado de Baltes y otro (1992) Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Capítulo 4.

Intervención de la depresión en ancianos.- A pesar de varias opiniones en contra, es posible tratar psicológicamente a los ancianos con depresión. Se logran éxitos con la terapia conductal y cognitivo-conductal, y lamentablemente no se han hecho suficientes seguimientos para saber si hay o no recaídas. El fin de estas terapias es ayudar al anciano a que adquiera habilidades para el control del estado de ánimo. También, hacerles participar de programas que proporcionan una explicación racional sobre la aparición y desarrollo de la depresión, y se enseñan habilidades específicas para manejar futuros eventos precipitantes de la depresión.

Tratamiento conductal.- Se basa en la relación manifiesta entre las consecuencias positivas derivadas de la realización de actividades placenteras, y el humor o estado de ánimo.

Intervención cognitivo-conductal.- Se basa en la posibilidad de modificar el alto número de cogniciones negativas mantenidas por el anciano en relación consigo mismo, el mundo y el futuro. Tales creencias erróneas predisponen al sujeto a sentirse infeliz. Ejemplos: minimizar sus habilidades y exagerar las dificultades.

Intervención psicoeducativa.- Abarca un amplio espectro que va desde el condicionamiento clásico y operante hasta el empleo de la cognición como mediador del cambio conductal.

Esta intervención procura que los ancianos participen en diversas actividades sin necesidad de que se autocalifiquen como pacientes. Por ejemplo el *programa para el afrontamiento de la depresión* (sesiones para el control del humor, aprender a estar atento al estado de ánimo y sus fluctuaciones, etc), el *curso de satisfacción de vida* (busca la presencia del humor positivo relacionado con el placer experimentado en actividades significativas para la persona, la ausencia de humor negativo en actividades no estresantes, y una valoración cognitiva sobre lo que uno vale para sí mismo y los demás), y el *programa para viudos* (grupos de autoayuda).

Tratamientos no psicológicos.- Se encuentran por ejemplo la terapia electroconvulsiva, la terapia nutricional, la actividad física y finalmente la farmacoterapia.

La terapia nutricional parte de la base de la importancia de los alimentos en el estado de ánimo depresivo en tanto proveen componentes para los neurotransmisores. Asimismo, las actividades físicas y grupales contribuyen a mejorar la salud física y los sentimientos de bienestar, respectivamente, lo que a su vez incide en el estado de ánimo.

La terapia farmacológica es el procedimiento no psicológico más utilizado. Alivian la depresión los tricíclicos, los psicoestimulantes y los antidepresivos de segunda generación.

Condensado de Baltes y otro (1992) Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Capítulo 4.

Ansiedad en la vejez.- Los ancianos, sobre todo los de edad muy avanzada, tienen problemas para expresar sus estados de ánimo con palabras, por lo que el diagnóstico de ansiedad es más difícil. Para estudiar la ansiedad en el anciano deben tenerse en cuenta los siguientes puntos:

- 1) Entrevista con la familia, vecinos, enfermeras, etc. para que relaten con ejemplos la vida del anciano.
- 2) Entrevista individual en el paciente, carta a cara. Se le pregunta qué le pasa, en qué precisa ayuda, y a qué atribuye sus estados.
- 3) Exploración clínica, estudios de laboratorio, ECG y EEG, para buscar alguna patología oculta.

Hay distintos tipos de ansiedad:

- 1) Reacciones de ansiedad: son estados de ansiedad transitorios por viajes, operaciones, etc.
- 2) Caracteropatías ansiosas: debidas a la personalidad previa.
- 3) Estados de ansiedad: Son los que acompañan a los síndromes depresivos.

4) Estados de ansiedad que acompañan a las psicosis.

5) Estados de ansiedad que acompañan a la insuficiencia circulatoria cerebral.

Dada la policausalidad de la ansiedad en la vejez, deben evitarse los tratamientos simplistas que apuntan a una sola causa. Son útiles los fármacos ansiolíticos, un ambiente favorable, etc.

Condensado de Strejilevich Mario (1985) Temas de psicogeriatría (artículo).

Manejo terapéutico del anciano con síndromes demenciales.- Nos referimos aquí a las demencias producidas por trastornos cerebrales orgánicos, y no a dementización del psicótico.

El manejo terapéutico consiste en una serie de conductas distribuidas en tres niveles: 1) farmacológicas; 2) psicológicas (individuales o grupales), 3) instituciones (hospital de día, terapia ocupacional, etc.).

O sea, para estos cuadros se impone siempre la utilización de técnicas biológicas, psicológicas y sociales al mismo tiempo, coordinadas y llevadas a cabo por un equipo interdisciplinario al que debe incorporarse el médico de cabecera o médico de familia.

Para el tratamiento se tendrán en cuenta tres parámetros: 1) Conciencia: los ancianos pueden tener total, parcial o ninguna conciencia de la enfermedad. 2) Conducta: puede ser "normal" (adecuada al medio), o psicótico. 3) Profundidad: que puede ser con dementización total o no. En este último caso el anciano puede bastarse a sí mismo.

Aspectos farmacológicos: los medicamentos alivian los síntomas, pero estos dependen de muchos otros factores, grado de evolución de la enfermedad, etc. Además, a veces es mejor que dar remedios para la demencia, dar medicamentos que mejoren la circulación cerebral. Hay otros medicamentos específicos para las distimias (leves trastornos del humor), para la irritabilidad, los delirios y paranoias.

A veces los síntomas ceden con un buen manejo asistencial: pacientes que repiten todo el día "agua", o "ir al baño" es porque hicieron regresiones por indebida atención.

En estados confusionales, los medicamentos eficaces suelen ser los destinados a infecciones bronquio pulmonares o renales, desequilibrios electrolíticos en días de mucho calor, etc.

Durante el día muchos ancianos no hacen nada, lo que les produce una somnolencia que los hace dormir de a ratos. Para evitar estas inmovilizaciones, debe planificarse el día con actividades. Es difícil mantener un buen nivel de vigilia solamente con fármacos.

Aspectos psicológicos y técnicas sociales grupales: el psicodrama y cualquier técnica psicológica es muy útil pero tiene la limitación de que la amnesia puede impedir utilizar el material de una sesión a otra.

La psicoterapia individual y grupal ayuda a dementes leves a su resocialización y a elaborar el duelo de su propio deterioro. Otras veces la terapia disminuye las regresiones, mantiene por ejercitación las potencialidades psicofísicas, etc. Las técnicas "sociales" mantienen una estimulación adecuada.

La incorporación del médico de cabecera o del grupo familiar: el médico de cabecera supervisa a los pacientes ancianos que no están hospitalizados. La hospitalización en lugares caros no garantizan un entorno adecuado; las enfermeras casi ni hablan con ellos y los tratan como niños, favoreciendo la regresión. La familia juega un rol fundamental, como así también los sentimientos de culpa que experimentan frente a la involución del anciano.

Condensado de Strejilevich Mario (1985) Temas de psicogeriatría (artículo).

Crisis de la vejez.- Mucha gente ve la vejez como una etapa difícil, y tienen la esperanza de esperar en ella la muerte antes de la invalidez, la viudez, el desinterés de los hijos, etc. Un anciano no suele ir a terapia, y cuando va lo hace por soledad, por curiosidad, etc. En cambio tienden más a ir a hospitales como pacientes externos. Entre las crisis de la vejez encontramos cuatro situaciones: crisis de desarrollo, crisis de desvelamiento, crisis estructurales y desgracias inesperadas.

Crisis de desarrollo.- Se produce frente al decaimiento inevitable del cuerpo y el vigor juvenil y sexual. Un anciano en crisis comienza a hablar del pasado, es reactivo a cambios y el proceso puede ser súbito o gradual. Hay puntos decisivos como el momento de jubilarse. La jubilación es peligrosa para quienes no saben jugar, aprender o amar.

Por lo general un cónyuge empieza a envejecer más rápido que el otro. Salen menos, se hablan menos, riñen por tonterías. La mujer puede recuperarse mejor si muere el marido, porque es algo previsible. La conducta del anciano suele exasperar a la familia (hijos, etc) y resulta difícil la convivencia.

Crisis de desvelamiento.- Ocurre cuando con el tiempo el anciano se vuelve dependiente y es preciso que lo cuiden y lo atiendan. Suele haber fricciones por quien es el nuevo personaje que manda en la familia. También ocurre que cualquier signo poco importante de envejecimiento alarma a la familia.

También suelen producirse conflictos entre hijos acerca de quién atenderá al progenitor anciano (o quién no lo hará).

Muchos ancianos toman drogas medicinales o alcohol para sobrellevar su crisis, pero el ejercicio físico es más eficaz y menos perjudicial.

Crisis estructurales.- Tiene que ver cómo se estructura el núcleo familiar cuando un miembro entra en la vejez. Muchas cosas se suavizan en la familia al entrar el progenitor en la vejez, salvo que aun controle el dinero. El peligro de conflictos subsiste si se detenta un poder como el económico.

Por culpa, sucede también que los hijos se ocupen demasiado de atender a sus padres ancianos, o también pueden seguir dependiendo de ellos por temor a volver a ser niños. Algunos hijos siguen temiendo al padre hasta la muerte, y éste puede mantener intacta esta influencia.

Desgracias inesperadas.- Por ejemplo perder un hijo, cosa que el anciano teme porque nadie podrá ocuparse de él. También desgracias inesperadas son ser víctimas de robos, violencia callejera, enfermedades, falta de dinero, etc. A pesar que tienen pocas esperanzas de cambiar la situación desgraciada, todavía pueden esperar vivir y morir con dignidad.

Condensado de Pittman (1993) Momentos decisivos. Terapia familiar en situaciones de crisis. Capítulo 12.

Tratamiento de las crisis de la vejez.- El principio más importante al hacer la terapia con ancianos, es que nadie llega a la edad adulta. El adulto como tal no existe: o se tienen reacciones de niño o de anciano. A cualquier edad aun dudamos y añoramos a nuestros padres infantiles.

Otro principio es que el anciano cambia, y a menudo más velozmente que en otra época de la vida, pero lo que sí busca mantener inmutable es la estructura de su alrededor para enfrentar esos cambios internos.

En tercer lugar debe considerarse que el anciano siempre teme perder su poder, y por último debe entenderse que el anciano sufre las mismas crisis que los demás, pues la vida es siempre y para todos una carrera con obstáculos.

Casos ilustrativos.- a) Se cita el caso de un matrimonio de ancianos donde las señora era quien tomaba todas las decisiones y el marido era quien enfurecía o trataba de agradar a sus hijos. El hijo era considerado débil y la hija considerada la fuerte. Ambos se enojaban con el padre por el "poder" que detentaba. La terapia les mostró que las decisiones las tomaba la madre, y entonces empezaron correctamente a consultarla a ella, mientras que con el padre anciano no se enojaron más y sí empezaron a complacerlo más. El hijo se divorció y volvió a casarse con una mujer fuerte y callada que estaba cómoda con su marido dulce y apacible. La hija se divorció y se permitió experimentar la duda. b) Cerca de los 80, la mujer aun recriminaba al marido sus infidelidades, y éste se mostraba orgulloso, a pesar de la amenaza de su esposa de abandonar el hogar. Luego, la mujer le dijo que había tenido una aventura, el hombre se mostró encantado y dijo que invitara a su amante. En esta crisis estructural, ambos mantuvieron su nivel de intimidad deseado mediante infidelidades intermitentes. Es probable que sigan así hasta morir. c) El tercer caso es una desgracia inesperada: una mujer de 80 años que adquirió un cáncer de esófago y no podía comer normalmente, como había hecho toda su vida. Ante la situación de desvalimiento, optó por otra posibilidad: seguir viviendo como siempre, siendo anfitriona, dando comidas aunque ella no comiera, etc. Es decir, seguir manteniendo la misma estructura que la había acompañado toda su vida. Sus últimos meses fueron así, alegres y felices.

Condensado de Pittman (1993) Momentos decisivos. Terapia familiar en situaciones de crisis. Capítulo 12.

VÍCTIMA

Definición.- "Se entenderá por víctimas a las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los estados miembros, incluída la que proscribe el abuso de poder"

Séptimo Congreso sobre Prevención del delito y tratamiento del delincuente. Milán, 1985, Naciones Unidas.

Victimización secundaria.- La victimización secundaria, Corsi (1994) comenta que es un mecanismo mediante el cual quienes están sometidos a la violencia vuelven a ser victimizados cuando recurren a quienes debieron protegerlos (contexto familiar ampliado, instituciones policiales, médicas, educativas, laborales, etc.) y restaurar la ley quebrantada, estas instituciones se hacen cómplices del sistema, no les toman la denuncia, minimizan el daño sufrido, etc.

Corsi, J. (1994). Violencia Familiar. Buenos Aires: Paidós (3ª edición 1997).

VIDA COTIDIANA

Definición.- "En una primera aproximación podríamos definir vida cotidiana como el espacio y el tiempo en que se manifiestan, en forma inmediata, las relaciones que los hombres establecen entre sí y con la naturaleza en función de sus necesidades, configurándose así lo que hemos denominado sus 'condiciones concretas de existencia'... Podemos caracterizar también la cotidianeidad como el modo de organización material y social de la experiencia humana, en un contexto histórico-social determinado... La vida cotidiana se manifiesta como un conjunto multitudinario de hechos, actos, objetos, relaciones y actividades que se nos presentan en forma 'dramática', es decir, como acción, como mundo - en - movimiento" (págs. 12-13).

Quiroga Ana, Psicología social y crítica de la vida cotidiana. Buenos Aires: Nueva Visión.

Generalidades.- Conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción cultural. Cada hombre tiene una vida cotidiana diferente: todos duermen y comen, pero cada uno a su manera. Estas actividades lo conservan como ente natural, viviente. Pero a diferencia del animal, el hombre reproduce lo social sólo cuando desarrolla una función en la sociedad: la autorreproducción es por tanto, un momento de la reproducción de la sociedad. La vida cotidiana muestra por un lado la socialización de la naturaleza, pero también la humanización (propio, esto, del hombre). La vida cotidiana tiene, así, una historia. Todas las capacidades fundamentales, los afectos y los modos de comportamiento fundamentales con los cuales trasciendo mi ambiente y que yo remito al mundo 'entero' alcanzable por mí y que yo objetivo en este mundo, en realidad me los he apropiado en el curso de la vida cotidiana: el coraje, el autocontrol, el compromiso, la gratitud, etc. La unidad de la personalidad se realiza en la vida cotidiana (Heller Agnes - Sociología de la vida cotidiana - Sobre el concepto abstracto de vida cotidiana).

Heterogeneidad de la vida cotidiana.- La actividad cotidiana es heterogénea, ocupa muchos sentidos (vista, oído, etc) y muchas capacidades (habilidad física, memoria, etc) así como diversos afectivos (simpatía, amistad, veneración, etc). Un proceso singular de objetivación genérica no utiliza todos esos sentido ni capacidades: solo algunas. O sea, el grado de utilización es muy bajo, y muchos hombres mueren sin haberlas conocido todas. Ya que la vida cotidiana requiere tipos de actividad netamente heterogéneos, en ella se desarrollan habilidades y sentimientos también heterogéneos. Tipos de actividad diferentes son requeridos tanto por la comunidad donde vive el hombre, como por sus relaciones personales.

Heller Agnes - Sociología de la vida cotidiana - Sobre el concepto abstracto de vida cotidiana.

VIEJISMO

Definición.- El término ageism (viejismo) fue acuñado en 1969 por R Butler, y define el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad. En sus consecuencias son comparables a los prejuicios que se sustentan contra las personas de distinto color, raza o religión o contra las mujeres en función de su sexo. Hoy se define más ampliamente como cualquier prejuicio o discriminación contra o a favor de una categoría de edad (Palmore, 1990). El viejo se manifiesta de muchas maneras ya sea explícitamente o implícitamente. Edith Stein, por ejemplo, ilustra algunos prejuicios negativos hacia los viejos (Palmore 1990:3-4): "Las personas viejas se vuelven irritables cuando se expresan disgustadas ante hechos de la vida como lo puede llegar a demostrar cualquier persona más joven". "Son llamados viejos verdes porque demuestran sentimientos sexuales hacia otra persona". "Son comparados con los niños en cuanto a su dependencia". "Olvidan un nombre o un hecho y se lo asocia a "es porque está viejo", no a que puede llegar a tener problemas de audición".

Palmore, E. B. (1990): Ageism: "Negative and positive" Editorial Springer Publishing Company, incorporated. New York.

Generalidades.- "Está ampliamente demostrado y sin lugar a discusión, que en la sociedad existe una actitud de discriminación y segregación hacia la población vieja que se denomina 'viejismo'. Esta conducta, ampliamente extendida, se sustenta fundamentalmente en la utilización de prejuicios sin los cuales perdería su soporte operacional".

Salvarezza Leopoldo (comp) (1998) "La vejez: una mirada gerontológica actual", Paidós, Buenos Aires, pág. 29.

Generalidades.- El fenómeno viejo (ageism) comenzó a ser estudiado en 1969 por R Butler. Término traducido al castellano y estudiado en el país por el Dr Salvarezza (Salvarezza, 1998). Basado en sus investigaciones Butler entiende por viejo al conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones hacia los viejos en función de la edad. Sus consecuencias son comparables a los prejuicios contra las personas de distinto color, raza o religión o contra las mujeres en función de su sexo. Hoy se define más ampliamente como cualquier prejuicio o discriminación contra o a favor de una categoría de edad (Palmore E, 2001).

Es decir, viejo son todas las conductas prejuiciosas por las cuales la vejez es mirada como déficit y los viejos, segregados, en una actitud en la que ellos mismos resultan cómplices.

El viejo se manifiesta de muchas maneras, ya sea en forma consciente o inconsciente. Por ejemplo, pueden citarse algunos prejuicios negativos hacia los viejos.

- "Las personas viejas se vuelven irritables cuando se expresan disgustadas ante hechos de la vida como lo puede llegar a demostrar cualquier persona más joven"
- "Son llamados viejos verdes porque demuestran deseos sexuales hacia otra persona"
- "Son comparados con los niños en cuanto a su dependencia".
- "Olvidan un nombre o un hecho y se lo asocia a "es porque esta viejo", no a que puede llegar a tener problemas de audición."
- "Se piensa que no logran cambios en tratamiento".
- " Los viejos son de otra época por lo tanto lo nuevo no les interesa".

- “ Al jubilarse los viejos son improductivos”.

Las actitudes negativas hacia los viejos se las puede observar en la cultura popular, tarjetas de cumpleaños que denigran el avance de la edad, la carencia de imágenes positivas de los ancianos en anuncios y programas de TV, y en el uso de la lengua diaria de cada sociedad. También se advierte en algunos ejemplos ilustrativos del lenguaje coloquial: “Los viejos son todos enfermos”, “El tener canas se asocia a la vejez”, “viejo verde”, “viejo sordo”, “viejo gaga”.

Salvarezza Leopoldo (comp.) (1998) *La vejez: una mirada gerontológica actual*, Buenos Aires: Paidós.

Palmore, E. (2001): *The ageism survey: first findings. The Gerontologist*, 41, 572-5.

Prejuicios negativos sobre el envejecer.- Palmore menciona los siguientes (Palmore, 1990:18-25):

1. Enfermedad. Quizás el prejuicio más común contra los ancianos es que la mayoría son todos enfermos o discapacitados. Señala que un tercio del común de la gente asegura que los viejos pasan mucho tiempo en cama a causa de sus enfermedades; tienen muchos accidentes en el hogar; tienen pobre coordinación psicomotriz, desarrollan infecciones fácilmente, que una gran proporción de los viejos se encuentran institucionalizados, viven en residencias geriátricas y que la mayoría de los ancianos no son lo suficientemente sanos como para realizar sus actividades cotidianas normalmente.

Hechos: La mayoría de los ancianos (cerca del 78% de gente sobre 65 años) son bastante sanos. Realizan sus actividades con normalidad. Mientras que una basta mayoría de la población cree que entre un 20 y el 50 % de los viejos están institucionalizados, solamente el 5% de la población mayor de 65 años lo está. Con referencia al estereotipo de que los viejos desarrollan más fácilmente infecciones y tienen más accidentes, en realidad hay entre ellos muchas menos condiciones agudas de este tipo que entre las personas más jóvenes/1,1 por persona y por año contra 2,3 por persona y por año debajo de los 65 años). Es cierto que los viejos tienen más problemas crónicos (81%), pero solo una vez y media más que las personas entre 17 y 64 años (54%), si se incluyen algunas condiciones menores tales como el uso de anteojos, reducción de la audición y alergias.

2. Impotencia. Un estereotipo relacionado es la creencia de que la mayoría de los ancianos no tiene deseo sexual. Incluso los médicos asumen a menudo que el sexo en esta etapa de la vida ya no es importante (Butler, 1975).

Hechos: La mayoría de las personas con más de 65 años continúan teniendo interés y capacidad para las relaciones sexuales. Master y Johnson (1966) encontraron que la capacidad para satisfacer relaciones sexuales continúa generalmente en los años 70 y los 80 para las personas sanas. Un estudio realizado en el Duke Longitudinal (Palmore, 1981) encontró que el sexo continúa desempeñando un papel importante en las vidas de la mayoría de hombres y mujeres en la séptima década de vida. Un estudio (Starr y Weiner, 1981) encontró que la mayoría de los ancianos dijeron que el sexo después de los 60 es aún más satisfactorio que en otras etapas de la vida.

3. Desagradable. Otro estereotipo es que los ancianos son desagradables a la vista. La belleza se asocia a la juventud, y mucha gente, especialmente mujeres, temen la pérdida de su belleza en la vejez. Los términos siguientes reflejan este estereotipo: Arrugadas, Marchitas, Brujas, Fósil.

Hechos: Mientras que nuestra cultura tiende a asociar al anciano con lo desagradable y a la juventud con belleza, otras culturas tienden a admirar las características de la edad adulta.. Por ejemplo en Japón las arrugas y el pelo blanco son muestras de sabiduría, de madurez (Palmore 1985).

4. Declinación de habilidades mentales. Otro estereotipo es que las habilidades mentales comienzan a declinar en la edad media, especialmente las habilidades para aprender nuevas tareas y recordar. También que la confusión y la desorientación son parte del proceso de envejecimiento.

Hechos: La mayoría de las personas ancianas retienen su habilidad mental, incluyendo la habilidad para aprender y recordar. Es verdad que el tiempo de reacción tiende a disminuir con la edad y puede que a la persona le cueste un poco más aprender algo nuevo. Igualmente, muchas de las diferencias entre jóvenes y viejos pueden ser explicadas por otras variables que incluyen falta de motivación, estilo para aprender, práctica o monto de información. Cuando estas variables son tomadas en cuenta, la edad cronológica no provee

influencias significativas en la habilidad para aprender (Poon, 1987). La mayoría de los estudios de memoria a corto plazo coinciden que la memoria a corto plazo se ve apenas afectada por el proceso de envejecimiento.(Kausler, 1987). En cuanto a la memoria a largo plazo se encontró que menos del 20% de las personas mayores no recuerdan hechos o nombres del pasado, como nombres de presidentes, su edad, su fecha de nacimiento, número de teléfono, dirección o el significado de palabras comunes (Botwinick, 1967: Pfeiffer, 1975). Problemas para aprender y recordar están asociados a enfermedad que a la edad en sí misma.

5. Enfermedades mentales. Un estereotipo similar es que las enfermedades mentales son inevitables e intratables a esta edad. Muchas personas mayores y también los profesionales de la salud piensan que la mayoría de las enfermedades mentales en la vejez son intratables, lo que prácticamente explica porque pocos profesionales de la salud mental escogen especializarse en geriatría (Lebowitz, 1987)

Hechos: Tampoco son comunes, inevitables e intratables las enfermedades mentales. Sólo un 2% de las personas mayores de 65 años son hospitalizados con diagnósticos psiquiátricos primarios (George, 1984).

Las comunidades que estudian la psicopatología durante el envejecimiento coinciden que menos del 10% de las personas ancianas presentan enfermedades mentales.

6. Desocupados. De acuerdo con el prejuicio acerca de que las personas mayores son enfermas o discapacitadas muchas personas concluyen que ya no están en condiciones de continuar trabajando y los pocos que lo hacen, no son productivos. Esta creencia es la base de la política de retiros compulsivos.

Hechos: La mayoría de los trabajadores de avanzada edad, trabajan eficazmente igual que los trabajadores más jóvenes. Estudios demuestran que las personas viejas tienen la misma performance y esta no es mejor que la de personas más jóvenes (Krauss, 1987; Riley & Foner, 1968).

7. Aislamiento. La mitad de sujetos que respondieron a una encuesta realizada por Palmore piensan que la mayoría de los ancianos se encuentran socialmente aislados y en solitario. Y que la mayoría de los ancianos viven solos (Palmore, 1988). Dos tercios de las personas menores de 65 años piensan que la soledad es un serio problema para la mayoría de gente de mayor a 65 años (Harris, 1981).

Hechos: La mayoría de los ancianos no se encuentra socialmente aislada. Alrededor de las dos terceras partes vive con su supuesta familia (U.S. Senate Special Committee on Aging, 1988). Sólo el 4% de los ancianos se encuentran extremadamente aislados (B. Kahana, 1987) Muchos ancianos tienen contactos con otras personas de su misma edad. Muchos estudios coinciden de que hay una reducción de la actividad social en la vejez, pero la mayoría de las personas tiende a mantener sus contactos sociales (Palmore, 1981).

8. Depresión. Ya que se cree que los típicos ancianos están enfermos, que son impotentes, que son inservibles, y que están en decadencia, es natural que se concluya que los viejos estén deprimidos.

Hechos: La prevalencia de depresión en la vejez es menor que en la juventud. Igualmente la depresión en la vejez es muy común. Expertos sostienen que entre un 30 y un 60% de la población anciana ha experimentado al menos un episodio de depresión que interfirió en su vida cotidiana (Salomon, 1981).

9. Declinación de habilidades mentales. Otro estereotipo es que las habilidades mentales comienzan a declinar en la edad media, especialmente las habilidades para aprender nuevas tareas y recordar. También que la confusión y la desorientación son parte del proceso de envejecimiento.

Hechos: La mayoría de las personas ancianas retienen su habilidad mental, incluyendo la habilidad para aprender y recordar. Es verdad que el tiempo de reacción tiende a disminuir con la edad y puede que a la persona le cueste un poco más aprender algo nuevo. Igualmente, muchas de las diferencias entre jóvenes y viejos pueden ser explicadas por otras variables que incluyen, falta de motivación, estilo para aprender, práctica o monto de información. Cuando estas variables son tomadas en cuenta, la edad cronológica no provee

influencias significativas en la habilidad para aprender (Poon, 1987). La mayoría de los estudios de memoria a corto plazo coinciden que la memoria a corto plazo se ve apenas afectada por el proceso de envejecimiento. (Kausler, 1987). En cuanto a la memoria a largo plazo se encontró que menos del 20% de las personas mayores no recuerdan hechos o nombres del pasado, como nombres de presidentes, su edad, su fecha de nacimiento, número de teléfono, dirección o el significado de palabras comunes (Botwinick, 1967; Pfeiffer, 1975). Las dificultades para aprender y recordar son asociadas a enfermedad más que a la edad en sí misma.

Palmore, E B. (1990): *Ageism: "Negative and positive"* Editorial Springer Publishing Company, incorporated. New York.

VÍNCULO

Definición.- (Del latín *vinculum*, de *vincire*, atar). Unión o atadura de una persona o cosa con otra. Berenstein entiende por vínculo a una ligadura emocional estable característica del mundo mental, en el que se distinguen tres áreas:

a) intrasubjetiva o intrapsíquica: caracterizada por las relaciones de objeto, que son ligaduras estables, dispuestas a perpetuarse, pero susceptibles de modificarse por experiencias personales significativas. Los significados originados en esta área, se orientan hacia adentro, y se irradian hacia fuera, "coloreando el mundo y la relación con los otros". b) intersubjetiva o interpersonal: caracterizada por la presencia de ligaduras estables entre dos objetos. Representantes de estos vínculos son los familiares: de pareja, de filiación, de hermanos. c) transubjetiva: son las representaciones ligadas a la ideología, la política, la religión y la ética.

Berenstein, I (1991). Reconsideración del concepto de vínculo. *Psicoanálisis, APde BA*, XIII (2), 219-235.

Definición.- "El *vínculo*, es la relación emocional especial que se establece entre el niño y la persona que le cuida o le cría. Está caracterizado por el modo en el que el niño busca, quiere que le tome en brazos o desea tener siempre cerca de dicha persona. Hacia el primer mes, con algunas variantes individuales, el niño empieza a manifestar conducta vinculante con la intención de acercarse a la persona por la que siente apego".

"El establecimiento adecuado de vínculos en los primeros meses de vida desempeña un papel fundamental en la capacidad del individuo para establecer relaciones interpersonales a lo largo de la vida. El proceso del vínculo se produce en todos los grupos sociales humanos, en primates subhumanos y de muchos otros animales" (página 165).

"El psicoanalista británico John Bowlby (1907-1990) formuló la teoría de que el vínculo normal es crucial para el desarrollo sano. Según Bowlby, el vínculo se produce cuando existe una relación cálida, íntima y continua con la madre, en la que ambos encuentran satisfacción y disfrute" (página 166).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Fases.- "En la primera fase, a veces llamada la *etapa prevínculo* (del nacimiento a las 8 o 12 semanas), el bebé se orienta hacia su madre, la sigue con la mirada en un ángulo de 180 grados y se gira hacia donde oye su voz, haciendo movimientos rítmicos. En la fase segunda, a veces llamada de *formación del vínculo* (8 a 12 semanas hasta 6 meses), los niños desarrollan vínculos con una o más personas de su entorno. En la tercera fase, también llamada de *vínculo definitivamente establecido* (de los 6 a los 24 meses), el bebé llora y muestra otros síntomas de malestar cuando se separa de su madre; en algunos niños esto se produce ya desde los 3 meses. Cuando regresa la madre, el niño deja de llorar y quejarse, reasegurado por el entorno de su madre. A veces, verla después de una separación es suficiente para que el niño deje de llorar. En la cuarta fase (a partir de los 24 meses), la figura de la madre se percibe independiente, y empieza a desarrollarse una relación más compleja entre ambos" (página 166).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Vínculo terapéutico.- En el contexto de la terapia cognitiva, Greenberg y otros destacan mucho la importancia del vínculo terapéutico entre terapeuta y paciente para lograr un cambio, vínculo que debe estar impregnado de actitudes de empatía, ausencia de crítica, aprecio, autenticidad, etc. destacados por Rogers.

Greenberg L. Y otros, "Facilitando el cambio emocional", Barcelona, Paidós, 1996, pág. 39.

Vínculo terapéutico.- Robins no desarrolla con tanta amplitud este tema, pero admiten que la relación terapéutica es un factor "contribuyente" para el cambio, y más concretamente los aspectos de rapport, acogimiento, apoyo y empatía. Destacan la posibilidad de la existencia de un ambiente interpersonal facilitador como base para poder trabajar los componentes activos de la terapia.

Robins A y Hayes A., "Una valoración de la terapia cognitiva", incluido en Mahoney M (ed), "Psicoterapias cognitivistas y constructivistas", Desclée de Brower, Bilbao, 1997, pág. 70.

VIOLACIÓN

Violación sexual.- Situación donde una persona obliga a otra a establecer un contacto físico sexual sin su consentimiento, y puede abarcar desde una simple caricia erótica hasta el coito. Ciertas situaciones son difíciles de clasificar o no como violación, como por ejemplo: a) el caso de la persona violada que siente al mismo tiempo displacer y placer y que, en virtud de este último, haya buscado inconscientemente ser violada. A veces el displacer tiene relación con haberse sentido mal por haber sentido placer; b) el caso del cónyuge que consiente tener una relación con su pareja sólo porque quiere complacerlo, o porque tiene se siente obligada jurídica o moralmente al respecto.

Una violación es en mayor o menor medida una experiencia traumática, y sus secuelas dependen de experiencias anteriores del mismo tenor, sobre todo si fueron infantiles. En el mejor de los casos, una experiencia de violación no dejará mayores secuelas, y en el peor de los casos, se engendrará un odio y una desconfianza indiscriminados hacia las otras personas, dificultades para tener una relación estable y provechosa, dificultades para disfrutar de una relación sexual, etc.

Cazau P (2001) Vocabulario de psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

VIOLENCIA

Violencia y agresividad.- "Violencia suele ser confundida con agresividad. La agresividad sirve para definir el territorio de cada uno y hacer valer 'su derecho'. La violencia, en cambio, rompe los límites del propio territorio y los del otro, invade la relación y los vuelve confusos. Es una fuerza destructora de sí mismo y del otro. Es consensual definir el acto violento como *todo atentado a la integridad física y psíquica del individuo, acompañado por un sentimiento de coerción y peligro*".

Perrone R y Nannini M (1998) Violencia y abusos sexuales en la familia, Buenos Aires, Paidós Terapia Familiar, pág. 30.

Generalidades.- La raíz etimológica del término violencia remite al concepto de fuerza. El sustantivo violencia se corresponde con verbos tales como violentar, violar, forzar. A partir de esta primera aproximación semántica, podemos decir que la violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño. En un sentido amplio, puede hablarse de violencia política, de violencia económica, de violencia social, etc. En todos los casos, el uso de la fuerza nos remite al concepto de poder.

En sus múltiples manifestaciones, la violencia siempre es una forma de ejercicio del poder, mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política...) e implica la existencia de un

"arriba" y un "abajo", reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno, patrón-empleado, joven-viejo, etc.

Se considera a la violencia como una situación donde alguien con más poder abusa de otra con menos poder, sin el consentimiento de ésta última e infligiéndole un daño. La violencia implica el uso de fuerza (psicológica, física, económica) para producir daño. También es considerada una forma de ejercicio de poder. Implica una búsqueda de eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio de poder, mediante el control de la relación obtenido mediante el uso de la fuerza. El desequilibrio de poder puede ser permanente o momentáneo: en el primer caso, la definición de la relación está claramente establecida por normas culturales, institucionales, contractuales, etc.; en el segundo caso, se debe a contingencias ocasionales.

En un sentido restringido, "podemos focalizar nuestra observación en las conductas violentas, cuando nos ubicamos en el nivel de las acciones individuales. El empleo de la fuerza se constituye, así, en un método posible para la resolución de conflictos interpersonales, como un intento de doblegar la voluntad del otro, de anularlo, precisamente, en su calidad de "otro". La violencia implica una búsqueda de eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder, mediante el control de la relación obtenido a través del uso de la fuerza.

Corsi Jorge, La violencia hacia la mujer en el contexto doméstico.

Violencia familiar: definición.- Para establecer un diagnóstico de violencia familiar, la relación de abuso debe ser crónica o recurrente, e instalarse como una modalidad vincular habitual entre por lo menos dos miembros de la familia. A partir de los estudios estadísticos (Corsi, 1999:9) se observa que un 50% de la población sufre o ha sufrido alguna forma de violencia familiar. Generalmente en las familias en las que aparece la violencia familiar existe una organización jerárquica fija o inamovible. Además, sus miembros interactúan rígidamente, no pueden recortar su propia identidad, debiendo ser y actuar como el sistema familiar se los impone. Las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia familiar presentan un debilitamiento de sus defensas físicas y psicológicas, lo que conduciría a un incremento de los problemas de salud. Muchos padecen de depresión y enfermedades psicosomáticas. También estas personas muestran una disminución marcada en el rendimiento laboral (Minuchin y otro, 1997). En los niños y adolescentes tienen problemas de aprendizaje, trastornos de conducta y dificultades en sus vínculos interpersonales. Los niños que fueron víctimas de violencia o que se criaron dentro de este contexto tienden, por lo demás, a reproducirlos en sus futuras relaciones.

Corsi J (comp) (1999) Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social, Buenos Aires: Paidós.

Minuchin S y Fishman H (1997) Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós.

Tipos de violencia familiar.- La violencia familiar se expresa a través del maltrato (Grosman C Mesterman S y Adamo M, 1992) entendido este como cualquier comportamiento por acción u omisión, de carácter intencional que provoca un daño físico o psíquico en otro miembro de la familia. Se pueden identificar tres grandes modalidades: los maltratos físico, psíquico y sexual. En los tres casos, el maltrato puede estar dirigido a diferentes miembros de la familia, de donde también puede hablarse de maltrato conyugal (hacia el cónyuge) y maltrato filial (hacia los hijos).

1) *Maltrato físico.-* Se refiere a cualquier lesión infligida (hematomas, quemaduras, fracturas, lesiones de cabeza, envenenamientos), que no sea accidental y provoque un daño físico o una enfermedad. Puede ser el resultado de uno o dos incidentes aislados, o puede ser una situación crónica de abuso.

2) *Maltrato psíquico.-* Generalmente se presenta bajo las formas de hostilidad verbal, como por ejemplo insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas de abandono. También aparece en la forma de constante bloqueo de las iniciativas de la víctima. Permitir que los niños sean testigos de situaciones de violencia es también violencia.

3) *Maltrato sexual.-* Se lo podría definir como el tipo de contacto sexual forzado por parte de un adulto o tutor hacia los niños de la familia, o de un cónyuge hacia el otro, con el fin de obtener excitación y/o gratificación sexual.

Grosman C Mesterman S y Adamo M (1992) Violencia en la familia. Buenos Aires: Editorial Universidad.

Violencia familiar y abuso de poder.- El término violencia familiar "alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo relativamente estable" (Corsi, 1999:30). Se considera a la violencia como una situación en la que alguien con más poder abusa de otra con menos poder: la violencia tiende a prevalecer en el marco de relaciones en las que existe la mayor diferencia de poder. Los dos ejes de desequilibrio de poder dentro de la familia están dados por el género y por la edad. La investigación epidemiológica acerca del problema de la violencia familiar ha demostrado que existen dos factores que resultan decisivos a la hora de establecer la distribución del poder y, por lo tanto, determinar la dirección que adopta la conducta violenta y quienes son las víctimas más frecuentes a las que se les ocasiona el daño (Corsi, 1999:30). Los dos factores citados son género y edad. Por lo tanto, los grupos de riesgo para la violencia en contextos privados son las mujeres y los niños, definidos culturalmente como los sectores con menos poder.

Corsi Jorge (comp) (1999) Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós.

Violencia simbólica.- Bourdieu define violencia simbólica como "el desconocimiento basado en el ajuste inconciente de las estructuras subjetivas a las estructuras objetivas". 'Desconocimiento' significa que los agentes aceptan el mundo tal como es porque le aplican estructuras cognoscitivas surgidas de las mismas estructuras de dicho mundo. De esta forma la 'aceptación dóxica' acerca de la significación de las experiencias y las situaciones que viven los agentes, hacen que las conductas se ajusten a las condiciones de funcionamiento, lógicas y exigencias sociales.

Las luchas, en un campo dado, tienen por fin mantener o mejorar la propia posición. Para lograrlo, los participantes deben implementar las reglas de juego del campo donde estén, con lo cual todos contribuyen a la reproducción del sistema de poder. Este juego alude a las estrategias simbólicas que se ponen en práctica con el fin de monopolizar el capital circulante e imponer a los demás las reglas e intereses propios de los grupos dominantes. Se trata de legitimar la propia autoridad y reforzar la adhesión del resto.

Bourdieu P y Wacquant L, Respuestas para una antropología reflexiva. Madrid: Grijalbo.

VIRTUAL

Definición.- 1) Entendido como lo opuesto de actual, lo virtual es todo aquello que no se encuentra presente aquí en el espacio o ahora en el tiempo. Sinónimo: inactual. 2) Entendido como lo opuesto de real, lo virtual es aquello que no tiene existencia efectiva o tangible. Sinónimo: potencial. En el ámbito de la informática, el adjetivo 'virtual' suele aplicarse a la realidad (realidad virtual) y a la comunicación (comunicación virtual).

Cazau P (2001) Vocabulario de psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

VISUALIZACIÓN ESPACIAL

Detección.- La Visualización (Vz) es uno de los principales factores dentro de la Aptitud Espacial. Se ha desarrollado un procedimiento informatizado para la detección de las estrategias preferentes en la resolución de una tarea de Vz, donde las mismas se identifican por variables temporales, indicadores más objetivos y de mayor relevancia para la perspectiva del procesamiento de la información que los auto-informes. En base a la literatura y a análisis de protocolos se han definido dos tipos de estrategias: analítica y espacial. Se han operacionalizado mediante tres variables temporales en una tarea informatizada de Rompecabezas, el R-E. Participaron 109 estudiantes que completaron además tests de referencia de Vz y un cuestionario sobre el uso de estrategias. Los resultados apoyaron la hipótesis de que la ejecución en el R-E está determinada por el nivel de aptitud, y que los tiempos que tardan los sujetos en distintos procesos están asociados a la estrategia preferente. La definición del constructo Vz debe tener en cuenta que en algunas de las tareas de los tests se pueden emplear estrategias que no requieran transformaciones mentales.

Débora Inés Burin, Validación de un procedimiento informatizado para la evaluación de las estrategias de resolución de una tarea de visualización espacial (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Revista Investigaciones en Psicología Año 1 N°1, 1996).

VIVENCIA

Definición.- Experimentar vivir algo, a diferencia de aprehender, de captar lo que está fuera de la conciencia. En la vivencia no puede considerarse que haya aprehensión pues, mientras en la aprehensión se reconoce un movimiento de la conciencia hacia algo diferente de sí mismo, en la vivencia solo por el análisis puede distinguirse entre la vivencia misma y lo experimentado en ella; en la vivencia, lo aprehendido y lo vivido serían la misma cosa. La fenomenología entiende por vivencia "todo lo que encontramos en el flujo de lo vivido y, por lo tanto, no solo las vivencias intencionales cogitaciones actuales y potenciales, tomadas en su entera concreción, sino también las que se presentan como momentos reales en este flujo y sus partes concretas". (Husserl). En psicología es habitual asimilar la vivencia a la experiencia afectiva. Según Dilthey, la vivencia es todo lo vivido, "no solo lo momentáneo, sino como una unidad de la experiencia interrumpida con el tiempo".

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

VOLUNTAD

Definición.- "Es la energía psíquica que, de acuerdo con las necesidades imperantes, se transforma en múltiples formas de energía cinética". Impregna toda la psique sin localización (Betta, 1984:223).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición.- "Proceso cognitivo por el que uno mismo se decide a la realización de un acto por iniciativa propia. La psicología moderna prefiere la utilización de otros términos sinónimos, puesto que el concepto de voluntad se emplea en la psicología para explicar una facultad del alma. Desde el punto de vista empírico se han sugerido diversas teorías, tanto psicofisiológicas como psicológicas para explicar la voluntad. La fuerza de voluntad, en definición de Lerch, es la capacidad para utilizar las energías disponibles y dirigirlas a un objetivo".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

WATSON, JOHN BROADUS

Biografía.- (Greenville, EE UU, 1878-Nueva York, 1958) Psicólogo estadounidense. Se trasladó a Chicago para estudiar filosofía, atraído por Dewey y el pragmatismo, pero pronto comenzó a interesarse por la psicología. Se doctoró en 1903 y empezó a trabajar como asistente instructor en psicología animal. En 1907 pasó a la Universidad Johns Hopkins, donde estudió los procesos sensoriales en los animales. Su convencimiento de que las referencias a los contenidos de la mente y a la conciencia no podían someterse a ningún criterio objetivo y suscitaban una problemática pseudocientífica le llevó a la utilización de los únicos datos objetivos existentes en el análisis psicológico, es decir, aquellos que proporcionaba la conducta exterior. En 1914 publicó *El conductismo*: una introducción a la psicología comparativa, donde postulaba la observación directa de la conducta con el objetivo de hallar conexiones entre ella y la fisiología subyacente. Durante los años veinte abandonó la actividad académica, aunque continuó publicando numerosos ensayos, entre los cuales destacan *Conducta* (1914) y *Conductismo* (1924).

Fuente: Anónimo

<http://www.biografiasyvidas.com/>

WEININGER, OTTO

Biografía.- (1880-1903) Su obra póstuma *Sexo y Carácter* influyó enormemente en los conceptos sobre la psicología de la mujer. Weininger sostiene el concepto de bisexualidad en el sentido de que el ser humano representa un quebrado en que la magnitud de masculinidad y femineidad deciden la preponderancia. No hay, pues, exclusivamente masculinidad, ni tampoco exclusivamente femineidad. Cada hombre tiene rasgos femeninos y viceversa. Según Weininger, todo lo malo del carácter es femenino. Weininger, que es considerado por su obra como el prototipo de la genialidad, se suicidó a la edad de 23 años.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

WINNICOTT, DONALD

Biografía.- Psicoanalista inglés (1896-1971), presidente de la British Psychoanalytical Society, desarrolló una concepción sobre el proceso de maduración y la tarea de la madre, dando cuenta de un espacio intermedio entre los mundo interno y externo y planteando, así, una nueva mirada sobre la estructuración del psiquismo infantil y la clínica, extensible también a la comprensión de los fenómenos culturales.

Nacido en Plymouth, Condado de Devon, en el seno de una familia metodista, Donald Woods Winnicott era el menor y único varón de tres hermanos. Su padre Frederick era un hábil comerciante y hombre político apegado a las tradiciones, y fue dos veces alcalde de Plymouth.

Su madre parece haber sido vivaz y comunicativa, capaz de mostrar y expresar sus sentimientos. Winnicott creció con la seguridad de ser amado, rodeado de 'muchas madres' como él mismo dice refiriéndose a sus hermanas y niñera. Tenía una capacidad natural para comunicarse y obtener placer, lo que le permitió superar las contrariedades. En 1910 concurrió al Lays School, especializándose en ciencias. En 1916 ingresa al Jesus College en Cambridge donde estudia biología, y comienza su formación médica a fines de ese año en el St. Bartholomeus hospital.

Al año siguiente ingresa como 'médico' en la Marina, y es embarcado hasta el final de la guerra aún no habiendo completado sus estudios de medicina.

Hacia 1919 el análisis de niños se centralizaba en Berlín, con M. Klein, y en Viena, con A. Freud. En 1920, Winnicott se especializa en pediatría, y en 1923 comienza su análisis con James Strachey. Comienza a ejercer de a poco la psiquiatría, para tratar "la hipocondría de los padres", como él decía. Su primer matrimonio, con Alice Taylor, dura hasta 1949. Su pensamiento está influenciado por Darwin, Freud y M. Klein. De Darwin, le impacta su teoría de la selección natural vinculada con la supervivencia en un medio hostil, a partir de la cual piensa que el bebé no puede adaptarse solo al entorno, necesitando de un 'ambiente facilitador' producido por la madre.

Respecto de Freud, reconoce y admira sus ideas, pero no enfatiza la figura del padre, a quien propone como sostén de la madre, protector de la diada madre-bebé y proveedor de un espacio para que la madre pueda desarrollar su tarea. El complejo de Edipo, por otra parte, no le resulta suficiente para

explicar las dificultades de desarrollo emocional de la infancia. También, cuestiona las formulaciones freudiana y kleiniana sobre el instinto de muerte.

Winnicott asignará gran importancia al juego. Este no es sólo descarga pulsional: comienza como movimiento de separación de la madre en un espacio potencial entre ésta y el bebé. Se trata de una experiencia real donde está involucrado el yo con sus capacidades, pudiendo la excesiva excitación arruinar o detener el juego.

La influencia que recibió de M. Klein es notoria, sobre todo en lo relativo a la importancia asignada a la edad temprana del niño, su mundo interno y el poder de la fantasía. También, el papel del juego y el uso de juguetes como medio para ingresar al mundo infantil, lo persecutorio de los objetos internos, las defensas primitivas y la depresión reactiva.

Retoma también el concepto de reparación, pero le da una vuelta más y habla de preocupación por el otro y de la posibilidad de aportar algo a la relación sostenido en la confianza en el ambiente. Esto produce una actitud de madurez afectiva que hace posible mantener la relación de objeto y preservar a los objetos amados de la propia agresividad.

En 1931 publica "Clinical Notes on Disorder of Childhood", su primer libro, y dos años más tarde comienza su análisis con Joan Rivière, graduándose luego como psicoanalista de adultos y de niños. Ingresa en la British Psychoanalytical Society con su trabajo "The maniac defense", y, una vez adentro, se alinea dentro del llamado grupo intermedio, un tercer grupo que no adhiere unilateralmente ni a A. Freud ni a M. Klein.

Para André Green, después de Freud fueron Lacan y Winnicott, cada uno desde perspectivas diferentes, quienes hacen las investigaciones más profundas y coherentes dentro del psicoanálisis.

En 1951 se casa con Clare Britton, y años más tarde por dos veces se hace cargo de la presidencia de la British Psychoanalytical Society, periodo donde publica la mayoría de sus obras.

Sus ideas pueden agruparse en tres grandes áreas: el proceso de maduración, la tarea de la madre, sus cualidades y las dificultades que pueden surgir en este proceso. Muere en Londres el 25 de enero de 1971.

(Extractado de Mancas Amparo, "Biografía de Donald W. Winnicott. Poca cosa, menos que nada". Incluido en Abadi Sonia y otros, "Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores", Buenos Aires, Editorial de Belgrano, 1997).

Biografía.- D. W. Winnicott (1896-1971) nació y creció en el medio provinciano de Plymouth (Devon). Su padre fue dos veces alcalde y alcanzó la condición de ciudadano de honor de la ciudad. Su madre era vivaz y entusiasta. Tenía dos hermanas cinco y seis años mayores. Se desarrolló en un medio familiar en que primaba la seguridad, el sentido del humor y la posibilidad de jugar libremente. En su juventud, tuvo vínculos afectivos positivos. Winnicott se casó por segunda vez, en 1951, con Clare Britton.

Cursó estudios en la Leys School (Cambridge). En su tiempo libre andaba en bicicleta, nadaba, jugaba al rugby. Participaba del grupo de scouts, cantaba en el coro y tenía muchos amigos. Aprobó su licenciatura en Biología en el Jesus College (Cambridge). Al estallar la 1a. guerra mundial, pasó su primer año de estudiante en medicina como ayudante de enfermero en Cambridge, ya que los colegios se habían transformado en hospitales militares.

Quiso entrar en la marina y se lo aceptó como cirujano practicante. Concluida la guerra, en el Bartholomew's Hospital, en Londres, prosiguió su formación médica. Era un alumno consagrado participando de la vida deportiva, social y cultural. Lord Horder fue su maestro más apreciado, pues le enseñó la difícil tarea de escuchar a sus pacientes. Obtenido el doctorado, permaneció durante un año en el St. Bartholomew's Hospital, en el servicio de urgencia.

Donald Winnicott comenzó su trayectoria en psicoterapia como un Asistente Médico en el "Paddigton Green Children's Hospital" en 1923, donde trabajó durante 40 años. Allí desarrolló una intensa tarea pediátrica con niños y madres que influyó de modo notable en su sensibilidad terapéutica. Su vinculación con el quehacer pediátrico es un hecho que no abandonó nunca, manteniendo durante toda su vida profesional un constante intercambio con pediatras, obstetras, padres, trabajadores y asistentes sociales a través de charlas, conferencias, publicaciones. Asimismo en sus tareas como médico psicoanalista en el Paddigton Green Children's Hospital.

Tuvo una carrera distinguida: en 1944 era Miembro del Royal College of Physicians. Fue Miembro de la British Psychological Society; fue dos veces presidente de la Sección Pediátrica de la Sociedad Real de Medicina, y fue honrado con la Medalla James Spence para Pediatras en 1968.

Ya en 1930, como respuesta a las inquietudes despertadas por su trabajo como pediatra, se había acercado al psicoanálisis, comenzando su análisis personal con James Strachey y continuándolo luego con Joan Rivière. Formó parte del Instituto de Psicoanálisis durante 25 años. Fue Presidente de la Asociación Psicoanalítica Inglesa durante dos períodos: de 1956 hasta 1959 y de 1965 hasta 1968.

Aunando sus experiencias en el campo pediátrico, especialmente en el desarrollo evolutivo infantil, con su formación psicoanalítica, elabora nuevos conceptos, acuñando denominaciones para los mismos que adquieren difusión y jerarquía en la literatura psicoanalítica, tales como diferenciación entre "falso Self" y "verdadero Self", objeto transicional, enfatizó el papel de la ilusión. En lo referido al campo de abordaje terapéutico instrumenta la técnica del squiggle game :es una técnica de comunicación descubierta por Winnicott, consiste en que el terapeuta dibuje una suerte de garabato al comenzar la sesión sobre la hoja

de papel -sqwiggle- luego este es modificado por el niño, nuevamente por el terapeuta. Así sucesivamente a través de esta forma creada entre ambos "circula" el sentido inconsciente de la comunicación. La hoja del papel equivaldría al "espacio transicional" de Winnicott en el análisis de un niño, y plantea como objetivo la constitución del "verdadero Self" en el análisis de adultos. Sin haberse establecido como iniciador de una nueva corriente o "escuela", sus ideas han influido considerablemente a contemporáneos suyos significativos en el psicoanálisis: Marion Milner, Charles Rycroft, Masud Khan, por citar sólo algunos autores.

Dentro de la corriente francesa de psicoanálisis, su obra -particularmente en lo que se refiere al rol materno en la constitución del "verdadero Self"- ha sido objeto de estudio particular; su desarrollo sobre "El papel del rostro de la madre" (en el libro Realidad y juego) ha sido correlacionado con el "estadio del espejo" postulado por Lacan. Al respecto se señalan los trabajos de André Green, especialmente el publicado en ocasión del homenaje a Winnicott.

Winnicott se caracterizó por la riqueza de sus aportes, por su espíritu polémico y por una posición ante el psicoanálisis abierta y asistemática. Resulta por ello difícil presentar el conjunto de sus ideas de modo orgánico.

La síntesis de sus principales contribuciones a la teoría psicoanalítica comprendería:

- 1) la consideración de una etapa de indiscriminación inicial en el proceso evolutivo;
- 2) la enfatización de la función madurativa del ambiente.

Esto implica una teoría del desarrollo, que introduce la noción de "medio circundante facilitador" y la evolución de la dependencia a la independencia. Sus nuevas formulaciones comprenden una concepción psicoanalítica de base genético-evolutiva, que se diferencia de las ideas de M. Klein, al poner un marcado acento en el factor ambiental como determinante de la madurez psíquica.

Esta postura teórica estaría avalada por una amplia formación clínica. En ese sentido la formación pediátrica le habría permitido jerarquizar los datos de observación directa.

- 3) La formulación de un nuevo concepto=objeto transicional.

- 4) La relación entre dicho objeto transicional y los procesos de simbolización (dada sobre la base de experiencias de ilusión/desilusión).

Ello comprende una teoría original sobre el objeto, por las relaciones entre el carácter subjetivo del mismo y su percepción objetiva. Ello no sería equiparable a la oposición freudiana entre la representación y la percepción, ni a la kleiniana de objeto interno / objeto externo.

- 5) ubicación de zona de ilusión diferenciable de conceptos kleinianos de mundo interno y mundo externo. Conceptualiza de este modo una diferente teoría del espacio, que implica un área intermedia: la del espacio "potencial" y "transicional". El mismo es asiento de la sublimación y de la experiencia cultural.

- 6) la consideración de la prueba de realidad como el resultado de la supervivencia del objeto a la agresión (fuera del control omnipotente del sujeto);

- 7) su cuestionamiento del concepto de envidia temprana;

- 8) el papel de las identificaciones cruzadas (femenino/masculino);

Sobre estos desarrollos se infiere un enfoque personal a la teoría de las pulsiones, al incluir nuevas nociones sobre la agresividad (con la idea de una destructividad, ligada a la incorporación, sin cólera) y la sexualidad (al vincular el "elemento femenino puro" al ser);

En el plano de la técnica psicoanalítica sus aportaciones llevan implícito:

- 1) una teoría de la situación analítica, que comprende una modulación del marco o setting.
- 2) una teoría de la comunicación y la no-comunicación;
- 3) una teoría del "self", por la oposición entre el "verdadero self" y el "falso self", basado en el anclaje de las primarias experiencias corporales.
- 4) El proceso involucra una relación que se desarrolla entre dos personas. Ello comprende, en la clínica, la técnica del "sqwiggle" en el análisis infantil, que sería equiparable al área del "juego" en el análisis de adultos.

A partir de todas las consideraciones anteriores podría sugerirse la hipótesis que sus aportes comprenderían:

- 1) Consecuencias de orden clínico al dar una nueva ubicación a los dinamismos normales y patológicos; creación de nuevas técnicas terapéuticas (swiggle game en el análisis de niños, capacidad imaginativa del analista en el análisis de adultos).
- 2) Aunque no lo formulara explícitamente Winnicott constituyó una nueva metapsicología.
- 3) Parte de las dificultades para que la misma sea estrictamente delimitada se deberían por un lado a: a) la diversidad de fuentes de que se alimenta el autor; b) del hecho de que gran parte de sus basamentos teóricos parten de la obra de M. Klein, de dificultosa ubicación metapsicológica; c) el autor presenta a lo largo de su obra un menor rigorismo teórico en comparación con la riqueza del campo observacional.

Sus obras han sido traducidas a varios idiomas entre ellos al español.

(1931) Clinical Notes on Disorder of Childhood
 (1935) "The Manic Defence" En Collected Papers; Trough Paediatrics to Psycho-Analysis.
 (1941) "The Observation of Infants in a Set Situation"
 (1945) "Primitive Emotional Development"
 (1948) "Paediatrics and Psychiatry"
 (1949) "Mind and its Relation to the Psyche-Soma"
 (1951) "Transitional Objects and Transitional Phenomena"
 (1952) "Psychoses and Child Care"
 (1954) "Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-up"
 (1956) "Primary Maternal Preoccupation"
 (1958) Collected Papers: Trough Paediatrics to Psycho-Analysis
 "The capacity to be Alone" En The Maturational Process and the Facilitating Environment
 (1959-64) "Classification: Is there a Psychoanalytic Contribution to Psychiatric Classification?"
 (1960) "Ego Distortion in Terms of True and False Self"
 "The Theory of the Parent-Infant Relationship"
 (1962) "Ego Integration in Child Development"
 (1963) "Communicating and Not Communicating leading to a Study of Certain Opposites"
 "Morals and Education"
 (1965) The Maturational Processes and the Facilitating Environment
 (1966) "Comment on Obsessional Neurosis and 'Frankie'"
 (1967) "The Location of Cultural Experience"
 "Mirror-role of Mother and Family in Child Development"
 (1968) "Playing: Its Theoretical Status in the Clinical Situation"
 "La Schizophrénie infantile en termes d'échec d'adaptation"
 (1971) Therapeutic Consultations in Child Psychiatry
 Esther Romano

WUNDT, WILHELM

Biografía.- (1832-1920) Psicólogo alemán. Estudió medicina en Heidelberg y pronto se dedicó a la investigación en el ámbito de la fisiología y anatomía patológica. En 1856 trabaja en el laboratorio de J. Müller, tras lo cual trabajó en las universidades de Heidelberg (1858-1874) y Zurich (1874-1875). En la Universidad de Leipzig (1875-1917), crea el primer laboratorio experimental de psicología. Influído por Helmholtz, un mérito de Wundt es haber fundado una psicología experimental, completando así la obra de algunos pioneros que lo precedieron como Herbart o Fechner. Con ello intentaba fundar la psicología como ciencia autónoma –hasta entonces confinada a la filosofía– basándose en el modelo de ciencia de la física clásica y diferenciada de la fisiología. Por ejemplo, introduciendo el método experimental combinado con el método introspectivo, o concibiendo la conciencia como constituida por parte elementales llamadas sensaciones, del mismo modo que la física concebía al universo como un todo formado por partes indivisibles. Tal vez el impacto que pudo producir Wundt fue precisamente este: el haber probado que la psicología podía también ser una ciencia. A partir de allí, una vez instalada como tal, la psicología ingresó en una nueva polémica –por obra de autores como Dilthey– a partir de la cuestión de si se trataba de una ciencia natural o una ciencia del espíritu. Escribió *Fundamentos de psicología fisiológica* (1873), *Compendio de psicología* (1896) y *Psicología de los pueblos* (1900-1904).

Su pensamiento.- Wundt (1832-1920) representa la culminación de la psicofísica y el comienzo de la psicología experimental, haciendo de la psicología una disciplina independiente. En 1879 funda el laboratorio de psicología experimental en Leipzig, y su influencia se extiende hasta 1920 donde surgirán la psicología de la conducta y la psicología profunda.

Para Wundt la psicología estudia la conciencia, y esta se compone de tres elementos básicos (elementalismo), desde los cuales se puede explicar el conjunto de la vida mental: sensaciones, imágenes y sentimientos.

Sensaciones: formas elementales de la experiencia que se generan cuando un órgano de los sentidos es estimulado y el impulso aferente llega al cerebro.

Imágenes: Es lo que queda de la excitación local de la corteza.

Sentimientos: Todas las cualidades de la experiencia que no provienen directamente de la excitación de los órganos sensoriales, y constituyen un correlato específicamente psíquico.

Los tres pueden ser estudiados con técnicas experimentales tomadas de la fisiología, y sus correlatos psíquicos pueden ser abordados mediante introspección experimental, o sea una introspección controlada y rigurosa; por ello Wundt trabaja con sujetos entrenados en una introspección dirigida, no espontánea.

Sensaciones, imágenes y sentimientos son entonces los únicos elementos que pueden ser estudiados directamente en forma experimental. Los fenómenos más complejos (por ejemplo los pensamientos) no pueden abordarse directamente. Esto es una diferencia con la escuela de Wurzburg (Kulpe), que intenta

un abordaje experimental directo de los procesos complejos superiores, y por eso esta escuela es antecedente de las psicologías cognitivas.

A Wundt se le criticó su postura de que el todo es igual a la suma de las partes, pero Wundt jamás tuvo esto. Para él existe un proceso llamado 'apercepción' mediante el cual el sujeto integra en una unidad nueva todos los elementos: es un 'darse cuenta'. Por eso la apercepción lleva a una 'síntesis creadora', donde lo creado es irreducible a la mera suma de elementos. En suma, el proceso total puede describirse en tres etapas: a) Excitación local: da lugar a una sensación; b) Apercepción: produce una síntesis creadora; y c) Acto de voluntad: produce la reacción.

Wundt toma el concepto de voluntad de Schopenhauer. No es una voluntad de la conciencia, o voluntad psíquica, sino orgánica, filogenética, y se refiere a todas aquellas reacciones destinadas a la supervivencia o mantenimiento de la vida, que filogenéticamente fueron haciéndose automáticas o reflejas, aunque originalmente no lo fueron. La voluntad, al no ser psíquica sino una función de cualquier ser vivo para sobrevivir y adaptarse, es uno de los fenómenos que, si bien tiene una cierta connotación psíquica, en el caso del hombre escapa al método de la introspección.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

YO

Definición.- Se puede considerar al yo como el nombre de siete funciones básicas de la personalidad: la adaptación a la realidad, la interpretación de la realidad, el sentido de la realidad, las defensas, las relaciones de objeto, las funciones autónomas (en el sentido de Hartmann: pensamiento, lenguaje, voluntad, etc.), y la síntesis.

Bohoslavsky R, Orientación vocacional, Buenos Aires, Nueva Visión, 2001, 21 edición, pág. 54.

Según Rogers.- De la interacción del organismo y el ambiente, y en particular de la que se tiene con otros significativos, emerge gradualmente una estructura del yo, o un concepto de 'quién soy'. Conforme los niños pequeños interactúan con su ambiente, adquieren ideas sobre sí mismos, el mundo y de su relación con éste. Las experiencias que tienen y que parecen aumentar el yo son incorporadas en la imagen de sí mismo, y las que parecen amenazar al yo son negadas y consideradas ajenas a este. El 'yo' que forma el individuo puede ser una variación de la experiencia real de su organismo debido a que incluye valores que son tomados de otras personas en lugar de las experiencias reales del organismo.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 330-331.

Según Aulagnier.- El Yo surge en y a través del a posteriori de la nominación del objeto catectizado: el descubrimiento del nombre del objeto y de la nominación del vínculo que lo une al sujeto da nacimiento y sentido a una instancia que se autodefine como deseo, envidia, amor, odio, espera... de ese objeto. El Yo no es más que el saber que el Yo puede tener acerca del Yo: si esta fórmula es exacta ella implica también que el Yo está formado por el conjunto de enunciados que hacen 'decible' la relación de la psique con los objetos del mundo por ella catectizados y que sumen valor de referencias identificatorias, de emblemas reconocibles por los otros Yoes que rodean al sujeto.

Aulagnier P, La violencia de la interpretación, pág. 147.

Yo creativo.- Según Adler es el yo en sus aspectos creativos que interpreta y hace significativas las experiencias del individuo y que busca que éstas satisfagan el estilo de vida único de la persona. En otras palabras, el yo creativo establece, mantiene y persigue los objetivos del individuo, y supone la idea que la naturaleza humana es en esencia activa, creativa y determinada al moldear su respuesta al ambiente. El concepto de Adler refuerza también la idea de este autor de que los individuos hacen sus propias personalidades a partir de las materias primas de su herencia y ambiente.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 109.

Generalidades.- "El Yo es para nuestra alma lo mismo que el alma es para nuestro cuerpo". William James dice: "Para tener un Yo, por el cual pueda interesarme, debe la naturaleza primero presentarme algún objeto suficientemente interesante para hacerme desear instintivamente apropiarme de él, por sí mismo... Mi propio cuerpo y lo que satisface sus necesidades son así el objeto primitivo, determinado instintivamente, de mis intereses egoístas. Otros objetos pueden llegar a ser interesantes, por asociación con cualquiera de esos objetos, ya sea como medios o concomitantes habituales, y así, de mil maneras, la esfera primitiva de las emociones egoístas puede agrandarse y modificar sus límites. Esta clase de interés es realmente el significado de la palabra "mío". Todo lo que tiene es, pienso, una parte de mí en su más amplio sentido posible. Sin embargo, el Yo de un hombre es la suma total de todo lo que pueda llamar suyo, no únicamente su cuerpo y sus poderes psíquicos, sino también sus vestidos y su casa, su esposa y sus hijos, sus antepasados y sus amigos, su reputación y sus obras, su terruño y caballos, su yate y su cuenta bancaria. Todas estas cosas originan en él las mismas emociones. Si ellos aumentan o prosperan, se siente triunfante; si mueren y se extinguen, se siente desheredado, no necesariamente en

el mismo grado por cada cosa, pero fundamentalmente de la misma manera por todas". (*Principles of Psychology*, 1896.)

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- "Término utilizado por S. Freud en su teoría de la estructura mental. El yo corresponde a la mente conciente y, cuando se desarrolla, el niño aprende a enfrentarse al mundo real. El yo opera sobre la base del principio de realidad e intenta gratificar de manera realista los impulsos del ello a fin de obtener un placer a largo plazo en vez de sufrimiento o destrucción. El yo está conformado en parte por las percepciones concientes, los pensamientos y los juicios, así como por los recuerdos; es el <<ejecutivo>> de la personalidad. Decide acerca de nuestros actos cuando media entre las demandas impulsivas del ello, las exigencias restrictivas del superyó y los reclamos de la vida real correspondientes al mundo exterior. Es un concepto de los más afortunados del creador del psicoanálisis y uno de los que se han mantenido en el tiempo. Ha sido superado por las nuevas concepciones derivadas del estudio de la personalidad, pero sigue siendo interesante por la capacidad de síntesis explicativa que supone".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Tipos.- En psicoanálisis se habla de tres yoes sucesivos: Yo de realidad inicial (comienzo de discriminación yo no-yo por la muscularidad: lo que puedo alejar es no yo, lo que no puedo alejar es yo), que luego se transforma en Yo de placer purificado (lo malo afuera y es no-yo, y lo bueno adentro y forma el yo), y por último este se transforma en Yo de realidad definitivo, capaz de la operación de represión, que implica una modificación del narcisismo infantil.

Fernández R, Psicología de la personalidad, clases dictadas en la Cátedra de Psicología de la Personalidad de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995.

El yo en el tratamiento analítico.- "En la técnica hipnótica del período preanalítico el yo no desempeña papel alguno. Se proponía comprender los contenidos del inconciente, y solo consideraba el yo como un factor perturbador. Se sabía ya entonces que con ayuda de la hipnosis era factible eliminar o vencer el yo del paciente. En la asociación libre -que más tarde sustituyó a la hipnosis como recurso de exploración- el papel del yo es al principio igualmente negativo. Su renuencia, es cierto, al empleo de la fuerza para su eliminación: en su lugar se exige al yo del paciente que se elimine por sí mismo. El analizado debe anular toda crítica a las ideas que se le ocurran y descuidar la necesidad habitual de una conexión lógica entre las mismas" (Freud A, 1979:22).

Es posible describir "de un triple modo la posición del yo frente a la labor analítica. El yo funciona como aliado del analista en tanto ejerce la auto observación arriba señalada, poniendo su capacidad al servicio del análisis, y, a través de los derivados inconcientes llegados a su territorio, procura una visión de las otras instancias. El yo funciona como adversario del análisis en tanto en dicha auto observación se conduce con parcialidad e inseguridad, y mientras al paso que registra y trasmite con fidelidad determinados hechos, falsifica y rechaza otros, escudándose contra su manifestación: de esa suerte contraría la exploración analítica, empuñada en ver todo cuanto surge, sin discriminación alguna. Finalmente, el mismo yo es el objeto del análisis en tanto sus mecanismos de defensa, que emplea permanentemente, funcionan de modo inconciente y sólo a través de un trabajoso esfuerzo -muy semejante al requerido por la actividad inconciente de cualquiera de los impulsos instintivos prohibidos- son susceptibles de ser llevados al conocimiento de la conciencia" (Freud A, 1979:39).

Freud Anna (1979), El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós.

Yo Ideal e Ideal del yo.- El Yo Ideal son identificaciones idealizadas que recaen sobre el propio Yo. Está vinculado con el narcisismo. En cambio el Ideal del Yo son identificaciones idealizadas sobre objetos externos que se vuelven ideales para el Yo.

Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 8.

Según Freud.- Romero y Sauane sintetizan la evolución del concepto de la siguiente manera:

1911.- "Los dos principios del suceder psíquico": Freud habla de un yo-función (denominación de Laplanche), que cumple funciones como percepción, memoria, pensamiento, etc. El yo es aquí asimilado al sujeto: no es instancia (como lo será el yo-representación).

1921.- El yo-representación (denominación de Laplanche) es el conjunto de representaciones que el sujeto tiene de sí mismo, e incluye representaciones y afectos. Esta idea aparece en Freud recién en 1921, y también en 1923 en "El yo y el ello". Es el yo como instancia y el yo al cual se refiere el narcisismo. En cuanto el representarse a sí mismo es una función del yo, podemos considerar al yo-representación subestructura y efecto del yo-función. A su vez, el yo-representación produce efectos en las funciones del yo: engaña a este haciéndole creer que posee una unidad (que es ilusoria y engañosa porque originalmente el yo no es una unidad). El "nuevo acto psíquico" es el que configura al yo como una unidad, el que precipita el autoerotismo en la forma narcisista. En suma, el yo humano se constituye cuando es catectizado libidinalmente.

Romero señala que lo mismo pasa con la representación-grupo: es también configurado engañosa e ilusoriamente como una unidad, al haber sido investido libidinalmente cada uno de los integrantes del agregado: así el agregado se transforma en grupo. Al mismo tiempo hay un repliegue del narcisismo sobre el grupo, o sea, se retira libido del mundo exterior.

1914.- "Introducción al narcisismo": aquí empieza a indagar el Yo, que todavía no lo considera una instancia sino el sujeto singular, lo que este sabe de sí mismo.

1914.- "Introducción al narcisismo": Aborda la génesis del yo. El narcisismo es lo que unificará al yo, momento donde aparece por primera vez unificado y diferenciado de un no-yo. En esta fase narcisística aparece el "Yo de placer purificado" donde el yo se identifica con aquello placentero, mientras lo displacentero será ubicado en la realidad exterior, o no-yo.

Plantea que para que exista el Yo, el Yo tiene que haber sido catectizado narcisísticamente por los padres o sustitutos: por eso dice "El narcisismo es el complemento libidinal del egoísmo (o auto-conservación)". Para que exista auto-conservación, el yo tiene que haber sido narcisizado, y por tanto, las pulsiones de autoconservación estarán parcialmente libidinizadas.

1921.- "Psicología de las masas y análisis del yo": piensa el yo en relación a los fenómenos grupales.

1923.- "El yo y el ello": el yo aparece por primera vez conceptualizado como una instancia (yo-representación) y explica su génesis en los siguientes términos:

1º) Identificación primaria: El ello va a investir directamente un objeto (sin mediación del yo, porque aún no hay yo). Aquí se habla de 'invertir' (cargar de libido el objeto para 'ocuparlo') distinto a 'catectizar' (un simple movimiento de carga sin que implique ocupar el objeto con libido). Esta investidura del objeto por parte del ello es la identificación primaria.

2º) Interiorización del objeto: Para el sujeto el objeto externo desaparece, es interiorizado y así se forma el núcleo del yo.

A partir de aquí aparecen las tres fuentes de libido para formar el yo como estructura libidinal:

3º) Primera fuente de libido: el ello. Este núcleo del yo le dice al ello: "ámame como antes amabas al objeto". Se trata de un narcisismo secundario (en 1914 decía que era primario), porque se sustrae libido del objeto. Es un proceso intrapsíquico: la libido va del ello directamente al yo. El ello invierte libido en el yo para que este la maneje.

4º) Segunda fuente de libido: las zonas erógenas. La superficie corporal de un cuerpo libidinizado se proyecta sobre el yo. Acá el yo emerge como estructura libidinal, y como tal intentará dominar las fuerzas que lo constituyen (tanto intrapsíquica como inter-subjetivamente) en forma dialéctica. O sea el yo empieza a funcionar como mediador.

5º) Tercera fuente de libido: los padres. Esta fuente proviene de los enunciados identificatorios que la madre le brinda (sos el más hermoso, lo abraza, etc). Se identifica con aquello que la madre ama y admira, y es un proceso interpersonal.

La libido yoica así formada desde estas fuentes, que pasa a ser libido narcisista, va luego hacia los objetos externos. Una vez allí, hay dos posibilidades:

a) Introversión: La libido vuelve sobre el sujeto, sobre las fantasías preconcientes. No sobre el yo, pues sería libido del yo, y aquí sigue siendo libido objetual la que carga fantasías.

b) Retracción: La libido vuelve sobre el yo. Esto hace al apuntalamiento de la autoestima y el sentimiento de sí (identidad yoica). Si el objeto cargado se pierde el yo se disgrega, la libido se retrae sobre el yo para pegar las partes yoicas en vías de fragmentación, pero no lo logra del todo (moco en vez de poxipol). Luego, el yo necesitará descargar el plus de libido proyectándolo en el mundo externo (megalomanía tipo "voy a salvar el mundo"). Si esto no basta, se abre otra compuerta: la alucinación.

Condensado de Romero R y Sauane S (1995) Grupo, objeto y teoría, Tomo III. Buenos Aires: Lugar Editorial. Se incluyen agregados de las clases del Lic. R. Romero 5-9-95, 12-9-95 y 3-10-95 (Cátedra de Teoría y Técnica de Grupos II, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires).

El yo según Bruner.- En este capítulo Bruner se referirá a lo que él llama "psicología cultural", y para ello tomará el concepto de yo. Cuando queremos observar nuestro yo, captamos algo que ya pasó, es decir, es una retrospectiva inmediata con lo cual el yo no es una cosa que está ahí, una esencia, sino una construcción que hacemos nosotros. Somos nosotros quienes armamos una idea del Yo, no es esta una instancia independiente, como lo sostendría el realismo ontológico. A esta concepción se opone lo que podríamos llamar psicología cultural, que entiende el yo como algo construido, no como algo dado en la realidad susceptible de mediciones y descripciones precisas mediante, por ejemplo tests de autoconcepto o de nivel de aspiración.

Algo similar sucedió con el concepto de 'aprendizaje' que terminó siendo definido como un concepto: "la adquisición de conocimiento", concepto creado mediante pruebas de laboratorio y tests.

Bruner cita dos revoluciones históricas en psicología: la psicología cognitiva, y luego la psicología contextual. Ambas y en especial esta última empezó a entender conceptos como el aprendizaje, o persona, o el Yo como procesos que no tenían ni localización interna ni externa, sino que formaban un continuum, que no eran "cosas". Es decir no sólo debían situarse sino 'distribuirse' en ese continuum formado por el cuerpo, la mente y el entorno cultural.

Un ejemplo es la investigación que hizo Gergen y mostró como la autoestima y al autoconcepto de las personas cambiaban rápidamente en relación a las observaciones positivas o negativas que les hacían las demás personas.

Gergen decía al respecto que es posible hacer dos generalizaciones sobre el hombre: este tiene a) una capacidad de reflexionar sobre sí mismo y puede cambiar el presente desde las experiencias pasadas, pues estas son muchas y variadas. b) una capacidad de imaginar alternativas, o sea puede idear otras formas de ser, de actuar, de luchar.

A comienzos de la década del '80 empezó a aparecer la noción de Yo como narrador (cambio quizá provocado por la teoría literaria): el Yo cuenta historias donde se incluye un bosquejo del Yo como parte de la historia. Aparece así una verdad narrativa: no importa que el paciente recuerde su pasado tal cual fue: decía Donald Spence que el análisis nos permite crear una nueva narración que, aunque no sea más que un recuerdo encubridor o aún una ficción, está no obstante lo suficientemente cerca de la realidad presente del paciente como para permitir un proceso de reconstrucción.

El yo es así un narrador de su vida, y el analista ha de ayudarlo en ello. Roy Schafer lleva la idea de Spence al extremo, cuando afirma que el "yo es un cuento": nos pasamos narrando a los otros 'historias' sobre nosotros.

La tarea del analista y del analizando vendría a ser entonces, el siguiente: "Vamos a ver como podemos volver a contarlo de una manera que le permite comprender los orígenes, significados e importancia de sus dificultades actuales, y de manera que el cambio resulte concebible y alcanzable". Y en esta tarea importa, para Schafer, tanto el contenido de la narración como su forma. El analista pasa a ser un redactor solícito o un amanuense provisional, y un cómplice del proceso de construcción.

Los otros serían también cómplices, dice Bruner, en este 'yo distribuido', un Yo que se ve enredado en una red constituida por otros.

Las entrevistas que piden respuestas concisas en vez de respuestas tipo narración serían, así, artificiales, al darnos una visión artificial del Yo.

El yo no es el resultado entonces de una simple reflexión contemplativa, sino un producto cultural e individual, pues es el individuo y también el entorno quien va definiendo su significado y su historia. Por tanto, no podemos definir al yo en forma especulativa, abstracta, sino a partir de una *autobiografía*, o sea a partir de como cada persona describe lo que cree que ha hecho, en qué situaciones, de qué maneras y por qué razones. Es una especie de narración, tan reveladora del yo como su propia sustancia. Es posible emprender un estudio del Yo de esta manera, como autobiografía, con suficiente rigor interpretativo. Bruner refiere haber analizado cientos de autobiografías, donde no solo analizó los contenidos sino la misma forma de estructurar el relato, revelador también del Yo. Encontró que había significados implícitos que surgían en entrevistas sobre la autobiografía. Incluso cuando las personas contaban su vida, el tema y la forma de la misma dependía también de la actitud del oyente, que también así orientaba el relato. Algunas personas dijeron descubrir cosas que no sabían de sí mismos cuando hacían su autobiografía.

En suma, Bruner busca mostrar cómo las vidas y los Yoes que construimos son el resultado de un proceso de construcción de significados, y que no son núcleos aislados dentro nuestro sino que forman parte de un proceso interpersonal. Tal el programa de una psicología cultural, basada en la psicología cognitiva.

Resumen de Bruner Jerome (1984) Actos de significado. Capítulo 4: La autobiografía del yo.

Generalidades.- El yo funciona como pronombre personal cuando nos referimos a esa "parte de mí que piensa, desea, goza, etc.", y funciona como sustantivo cuando hablamos del yo situándolo desde fuera de nosotros, como un objeto de estudio. El primero es el yo del discurso ("yo deseo, yo creo, etc") y el segundo es el yo como una entidad, como algo que está en el psiquismo. En este último sentido es pasible se ser estudiado científicamente.

También se puede diferenciar el yo como entidad material, como algo que está en el psiquismo, y el yo como un conjunto de funciones como percibir, recordar, etc.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Según Freud.- Freud usa el término 'yo' tanto como pronombre como sustantivo, dualidad que se conserva a pesar de la introducción del concepto de 'inconciente', ya que al yo le atribuye funciones concientes e inconcientes. Pero también concibe al yo como un precipitado de identificaciones con el otro, incluyendo la llamada identificación primaria.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Concepción freudiana del Yo.- a) *Concepción neurológica* (1895). En Proyecto de una psicología para neurólogos, Freud señala que hay ciertas neuronas que asumen un papel directivo, o sea pueden aumentar, reducir o controlar los impulsos nerviosos y pueden regular así el placer-displacer. Tal conjunto de neuronas es el Yo. b) *Primera tópica* (1901).- En La interpretación de los sueños, Freud

postula tres sistemas: conciente, preconciente e inconciente. El yo es aquello que tiene acceso a la conciencia a través de la atención al mundo externo o partiendo de huellas mnémicas. c) *Segunda tópica* (1920).- En El yo y el ello Freud postula la teoría estructural o segunda tópica, donde diferencia tres instancias: ello-yo-Superyó. Lo conciente, lo preconciente y lo inconciente pasan a ser cualidades.

El Ello es lo innato instintivo, habiendo instintos de vida o Eros, y de muerte. Es inconciente y está regido por el proceso primario.

El Yo se origina desde una parte del ello por contacto con el mundo externo. Sus funciones son de autoconservación: percepción, memoria, motilidad, inteligencia, voluntad. El principio del placer, que regía en el ello, en el Yo tendrá un límite: ante la emergencia de la pulsión siente angustia y monta defensas contra ella. Posterga así la realización del placer, o lo canaliza hacia otro fin. El Yo está regido por el proceso secundario (lógica racional, temporalidad, respeto al principio de realidad, energía ligada a objetos). Sus cualidades son conciente, preconciente e inconciente.

El Superyo surge por identificación con los padres y sucesores, y es también conciente, preconciente e inconciente. Tiene dos aspectos: la conciencia moral y el ideal del yo (uno fundado en prohibiciones, otro en permisos). d) *Concepción final* (1938).- Aparece en Compendio de Psicoanálisis y en Análisis terminable e interminable. De aquí parte la psicología psicoanalítica del yo de Hartmann. Resalta aquí Freud que la diversidad de manifestaciones y funcionamientos del yo hace que tengamos que pensar que el yo tiene un componente innato (surge del ello, y entonces es muy similar a él) y otro adquirido. Las resistencias y defensas que monta el yo pueden estar tanto determinadas por la herencia como ser adquiridas en su lucha defensiva contra las pulsiones.

Condensado de Bollini M, La psicología psicoanalítica del yo. Publicación interna de la Cátedra de Escuelas Psicológicas Contemporáneas. Buenos Aires: Universidad de Belgrano, 1988.

Psicología psicoanalítica del yo.- Surge a partir del pensamiento de Anna Freud, pero especialmente a partir de Heinz Hartmann, quien desarrolla y amplía las ideas freudianas sobre el Yo. Hartmann tomará de Brentano la idea de intencionalidad, de Darwin la idea de adaptación y de Sigmund Freud la idea de asociación libre, oponiéndose, en cambio, a la idea de 'comprensión' de Jaspers.

Condensado de Bollini M, La psicología psicoanalítica del yo. Publicación interna de la Cátedra de Escuelas Psicológicas Contemporáneas. Buenos Aires: Universidad de Belgrano, 1988.

Concepción del Yo de Hartmann.- a) *Qué no es el yo.-* 1- El yo no es el sujeto: sujeto es conciencia directa de un objeto y su función es conocer. El yo no siempre es conciente ni siempre tiende a conocer. 2- El yo tampoco es autoconciencia: esta es sólo una de las funciones del yo. 3- El yo no es el self (sí-mismo). El self es algo más amplio, incluye toda la organización psíquica y el cuerpo físico. 4. El yo no es la personalidad: ésta última está conformada por el Yo, el Superyó y el ello. b) *Formación del yo.-* Hasta los 5-6 años se estructura la personalidad: los procesos posteriores solo la enriquecen o restringe. En este contexto el yo se forma a partir de cinco procesos: diferenciación, integración, maduración, desarrollo y aprendizaje.

1) Diferenciación.- A partir del self psicofisiológico primario se van diferenciando las instancias: por ejemplo el yo se diferencia del ello, cada cual con sus respectivas funciones. Se diferencian también las pulsiones sexuales y agresivas.

2) Integración.- A partir de un conjunto previo mezclado, las partes se unen y forman la autonomía primaria del yo y sus funciones (véase más adelante). El instinto de vida integra, une, mientras que el de muerte diferencia, desune.

3) Maduración.- Crecimiento de lo constitucional donde el medio influye pero de forma muy específica, con ciertos estímulos. Por ejemplo: las funciones psicomotrices. La maduración tiene una secuencia prefijada.

4) Desarrollo.- Proceso donde la maduración y el ambiente se influyen mutuamente. El desarrollo del yo comprende: a) la diferenciación e integración de los precursores de autonomía primaria; b) la maduración de los precursores de autonomía primaria y su base fisiológica: las funciones yoicas de autonomía primaria; c) impacto de las pulsiones sobre el yo; d) impacto del mundo externo sobre el yo (relaciones objetales): el objeto-persona es lo más importante del mundo externo.

5) Aprendizaje.- Los precursores de autonomía primaria tienen potencialidad para aprender (adaptarse), pero este aprendizaje se efectiviza sólo en interacción con el entorno. Las funciones yoicas pueden estar maduras, pero en muchos casos necesitan la oportunidad brindada por el medio para ser ejercidas.

Condensado de Bollini M, La psicología psicoanalítica del yo. Publicación interna de la Cátedra de Escuelas Psicológicas Contemporáneas. Buenos Aires: Universidad de Belgrano, 1988.

Funciones yoicas según Hartmann.- Son las funciones de autonomía primaria (percepción, representación, etc), las funciones de regulación y control., las funciones defensivas, las funciones defensivas primitivas, la función organizadora del yo: ajuste y adaptación, y finalmente las funciones adaptativas permanentes: carácter.

A partir de estas seis funciones, se puede sintetizar el pensamiento de Hartmann al respecto de la siguiente manera.

El yo debe enfrentarse a dos cosas: al mundo externo por un lado, y a la realidad interna o psíquica por el otro (como por ejemplo a las pulsiones y demandas superyoicas). Con cualquiera de ambos frentes pueden suscitarse conflictos, en cuyo caso surge una señal de alarma. Cuando el yo puede manejar el conflicto respondiendo adecuadamente a la señal de alarma, no hay problema, como tampoco lo hay si puede resolver primero los conflictos más apremiantes y luego los otros. Está actuando aquí la función organizadora del yo (ajuste y adaptación). Primero hace un ajuste mediante las funciones de regulación y control, ajuste que es interno, relacionado con el conflicto intrapsíquico. Una vez realizado este ajuste, puede ahora encarar la relación con el mundo externo, y esta adaptación es típica de cada persona: son las funciones adaptativas permanentes que configurarán el carácter de esa persona.

Cuando no puede enfrentar el conflicto adecuadamente, responde a la señal de alarma con pánico, y, cuando dicho conflicto es con el mundo interno aparecen las funciones defensivas, lo cual en principio es patológico.

De esta explicación estructural pasemos ahora a una explicación genética del mismo proceso.

En el curso del tiempo, las funciones adaptativas se transforman en funciones defensivas, y viceversa. Al comienzo de todo el proceso existen solamente las funciones adaptativas (cerrar los ojos ante la luz fuerte, tragar, escupir lo que hace mal, etc) que tienden a preservar la vida. Pronto, en el niño y ante la irrupción de las pulsiones, estas mismas funciones pasan a ser defensivas (negación, introyección, proyección, etc). Esta transformación puede ocurrir también después, de la pubertad en adelante (el pensamiento se transforma en idea obsesiva, la acción en compulsión o acting-out, la percepción y la memoria en alucinación, etc). El yo ha pasado de una función de autonomía primaria (en este caso la adaptativa, por ser la primera que aparece) a una función de autonomía secundaria (en este caso la defensiva, porque resulta de la transformación de otra función). Instalada la función defensiva, esta puede ahora volver a transformarse en función adaptativa (que ahora será de autonomía secundaria, pues deriva de una función distinta, en este caso defensiva). Por ejemplo la negación de la realidad se transforma en fantasía (arte, ciencia), o la formación reactiva se transforma en hábito sano de limpieza.

La expresión 'autonomía' alude a que en el yo existe un área que funciona independientemente de la función defensiva recalcada por Freud, que es la función adaptativa, recalcada por Hartmann. Tal área es llamada por este último *área libre de conflictos* (entendiendo conflicto en sentido patológico, es decir el derivado del enfrentamiento del yo con las pulsiones y con el Superyó. También hay por supuesto un *área de conflictos*, que funciona defensivamente).

Condensado de Bollini M, La psicología psicoanalítica del yo. Publicación interna de la Cátedra de Escuelas Psicológicas Contemporáneas. Buenos Aires: Universidad de Belgrano, 1988.

Otras características del yo según Hartmann.- Los *requisitos* del yo para que pueda cumplir sus funciones son: 1- Flexibilidad para poder pasar de las funciones adaptativas a las defensivas, y viceversa; 2- controlar y regular lo exigido por las necesidades (internas) y las demandas (externas); 3- actitud imperativa, para poder realizar funciones automáticamente para ahorrar energía; y 4- poder suspender sus funciones sin temor al descontrol (por ejemplo al irse a dormir).

El yo utiliza la *energía* de dos fuentes: 1- Del ello, pues una parte del yo tiene su origen en el ello; y 2- de sí mismo, pues el yo tiene un desarrollo independiente del ello, al menos en parte.

El yo regula la *personalidad* en base a dos principios: 1- Principio de satisfacción de las necesidades jerárquicamente integradas (reemplaza al principio del placer freudiano). Aquí no es el placer lo único que se persigue sino una serie de metas, algunas más prioritarias que otras, según una escala jerárquica. Entre ellas está el placer; 2- Principio de realidad: igual al sentido freudiano.

La *fortaleza* yoica depende de: factores constitucionales y madurativos, desarrollo e interacción con el medio, capacidad para el cambio de función, actitud frente al conflicto (control o pánico), flexibilidad, cantidad de energía disponible y capacidad para neutralizarla (esto último significa por ejemplo desexualizar la pulsión erótica y desagresivizar la pulsión agresiva), y capacidad organizadora.

Condensado de Bollini M, La psicología psicoanalítica del yo. Publicación interna de la Cátedra de Escuelas Psicológicas Contemporáneas. Buenos Aires: Universidad de Belgrano, 1988.

Concepción lacaniana del yo.- 1) En qué momento soy verdaderamente yo? Cuando estoy contento o cuando estoy contento porque los otros también lo están? La relación entre satisfacción del sujeto y satisfacción del otro está siempre en tela de juicio, pero no obstante hay una diferencia radical entre ambas.

No hay imagen de identidad, de reflexividad, sino de alteridad.

Debe distinguirse el **A** (otro con mayúscula) y el **a** (con minúscula, que es el yo).

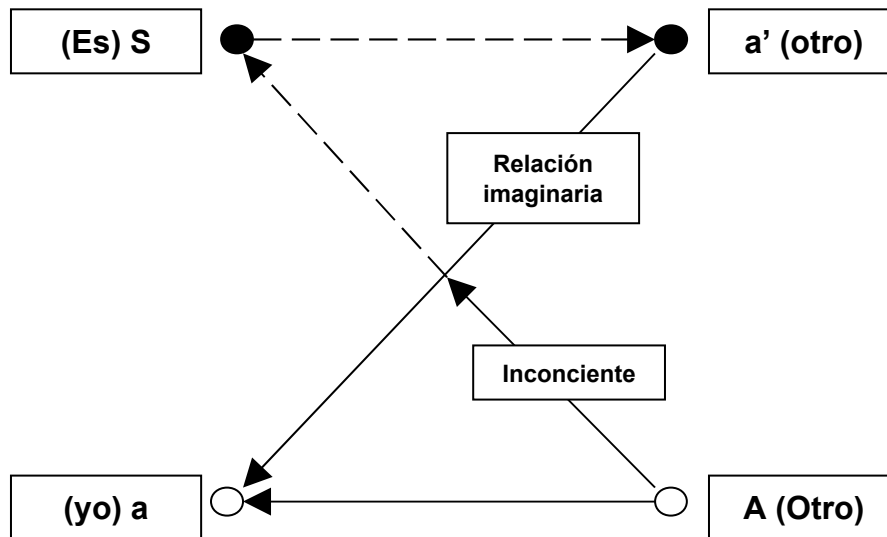
Las estrellas no tienen boca. Esto lo decimos porque sabemos que existe la boca. Que las estrellas no tengan boca no las hace incompletas: en su realidad están completas. Al decir que no tienen boca estamos viéndolas desde lo simbólico.

Nunca se sabe lo que puede ocurrir con una realidad, hasta el momento en que se la ha reducido definitivamente inscribiéndola en un lenguaje. Los planetas no hablan desde que la teoría de Newton les cerró el pico. Todo lo que entra en la teoría de Newton no hablará nunca más, pues se trata de realidades

completamente reducidas al lenguaje. Puede percibirse acá la oposición entre palabra y lenguaje (ver punto 1 del capítulo XXII).

2) Hay teorías dentro del psicoanálisis que proponen curar a partir de mantener intactas las facultades de observación del yo. Integrar los estados fragmentarios del yo, sus pulsiones parciales, etc. Hacerlo completo.

3) Lacan propone un esquema la ilustrar los problemas del yo y del otro, del lenguaje y de la palabra.



El yo no es real: es una construcción imaginaria. Todos la tenemos, aún los locos, sólo que estos adhieren pura y simplemente a este imaginario. Los no locos tienen algo más.

S significa sujeto analítico, o sea un sujeto que no es total. Nadie es total, si no no estaríamos aquí tratando de organizarnos. El sujeto no es ahí donde él se ve. El sujeto se ve en **a**, por eso tiene un yo.

a' es el otro, el semejante, el otro especular superponible a **a** (el yo). **a** y **a'** son simétricos respecto del plano del espejo.

Pero hay otro plano llamado el muro del lenguaje.

El yo y los otros son objetos imaginarios, y son objetos porque son nombrados como tales en un sistema organizado, que es el muro del lenguaje. Cuando el sujeto habla con sus semejantes toma a los yo imaginarios como reales. En tanto el sujeto los pone en relación con su propia imagen, los otros son aquellos con quienes también se identifica.

Pero por otro lado también nos dirigimos a Otros (**A1**, **A2**, etc), o sea creemos que hay otros sujetos aparte de nosotros (la prueba es que ellos pueden mentirnos). Nos dirigimos a esos Otros, verdaderos Otros, verdaderos sujetos a los que no conocemos. No los alcanzo a ellos, están del otro lado del muro del lenguaje. Apunto a los verdaderos sujetos pero siempre encuentro sombras, o sea, por reflexión llego solo hasta los otros (**a'**, **a''**, etc).

Si la palabra se funda en la existencia del Otro, el verdadero, el lenguaje está hecho para remitirnos al otro objetivado, al otro con el que podemos hacer todo cuanto queremos, incluso pensar que es un objeto, o sea que no sabe lo que dice.

O sea, el lenguaje sirve tanto para fundarnos en el Otro como para impedirnos comprenderlo radicalmente.

El sujeto no sabe lo que dice porque no sabe lo que es. Pero se ve del otro lado del espejo en forma imperfecta. En esta óptica alguna terapias aspirarían a que el yo se unificase, uniese sus fragmentos, sus estadios pregenitales y sus pulsiones parciales. Según estas terapias ello puede lograrse mediante la vía imaginaria: el yo puede recomponerse por el sesgo del semejante que el sujeto tiene delante de sí. Ese otro es el analista. Pero el analista también habla, no es simplemente imaginario.

El ideal del análisis es que el yo esté ausente es un ideal. Nunca hay sujeto son yo, sujeto plenamente realizado, pero esto es lo que hay que intentar. El análisis debe apuntar al paso de una verdadera palabra, que reúna al sujeto con otro sujeto, del otro lado del muro del lenguaje. Es la relación última del sujeto con otro verdadero, con el Otro que da la respuesta que no se espera, que define el fin del análisis.

El análisis consiste en hacerle tomar conciencia de sus relaciones, no con el yo del analista, sino con todos esos Otros que son sus verdaderos garantes y que no ha reconocido. El sujeto debe poco a poco descubrir a qué Otro se dirige verdaderamente aún sin saberlo, y de que asuma progresivamente las relaciones de transferencia en el lugar en que está, y donde en un principio no sabía que estaba.

Se conozca o no el sujeto **S** está siempre allí. Al fin del análisis es él quien debe tener la palabra, y entrar en relación con los verdaderos Otros. Así el sujeto reintegra sus miembros disgregados, donde reconoce y reunifica su experiencia.

El análisis no debe apuntar a que el sujeto acabe por creer en el yo. Esto es una locura.

Resumen de Lacan J (1979) XIX – Introducción del Gran Otro (artículo).

Yo temprano según M. Klein.- El yo temprano (en oposición a Glover y Fairbairn y en coincidencia con Winnicott) carece de cohesión y alterna tendencia a integrarse y a desintegrarse.

Desde el principio el yo tiene como una de sus funciones hacer frente a la ansiedad persecutoria, vivenciada como miedo a un objeto incontrolable. Tal ansiedad surge del instinto de muerte, del trauma del nacimiento (ansiedades de separación) y de la frustración de necesidades corporales. El niño siente que el causante es un objeto externo, objeto que luego se introyecta (perseguidor interno) lo cual refuerza el temor a los impulsos destructivos internos.

Frente a la ansiedad el yo temprano desarrolla defensas. El impulso destructivo es proyectado en parte hacia fuera, hacia el pecho materno. Otra parte de dicho impulso permanece ligado internamente. Bajo la presión de estos temores el yo tiende a hacerse pedazos. Cabe suponer que el yo temprano también sufre una escisión como respuesta a la ansiedad primaria de ser aniquilado por una fuerza destructiva interior. Esta es la base de los procesos esquizofrénicos.

Condensado de Klein Melanie (1946) Nota sobre algunos mecanismos esquizoides. Artículo incluido en Klein M, Obras Completas, Tomo 3. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1983.

Yo y el otro en la esquizofrenia.- Objetivo: Los datos recientes de la ciencia básica indican que en individuos sanos, el procesamiento auto-referencial y la cognición social subyacen en sustratos neurales comunes. Los autores evaluaron la memoria fuente auto-referencial y la cognición social en una muestra grande de pacientes ambulatorios con esquizofrenia y sujetos de comparación sanos para comparar en cómo estos procesos críticos están asociados en los dos grupos.

Método: Se evaluaron a noventa y un pacientes ambulatorios con esquizofrenia y a 30 sujetos de comparación sanos sobre medidas de cognición social básica y la memoria fuente para palabras previamente aprendidas: palabras auto-generadas, presentadas externamente, y nuevas. Se utilizaron correlaciones parciales y análisis de regresión múltiple para probar la asociación entre las medidas de cognición social y el rendimiento de la memoria fuente y las contribuciones de la memoria fuente y las capacidades cognitivas generales para una puntuación compuesta de cognición social.

Resultados: Los pacientes con esquizofrenia demostraron una memoria fuente significativamente menor para elementos auto-generados (memoria fuente auto-referencial) en relación a los sujetos de comparación, pero mostraron una memoria fuente externa intacta. En ambos grupos, la memoria fuente auto-referencial y la cognición social mostraron fuertes correlaciones. Cuando se controlaron los efectos de las capacidades cognitivas generales, estas correlaciones fueron atenuadas en los pacientes con esquizofrenia. El análisis de regresión reveló discrepancias entre los grupos en las funciones cognitivas que contribuyen al desempeño de la cognición social.

Conclusiones: La memoria fuente auto-referencial deteriorada representa un único déficit cognitivo en la esquizofrenia. Por otra parte, la fuerte asociación entre la memoria fuente auto-referencial y la cognición social, observada en sujetos sanos, se encuentra reducida en la esquizofrenia y es moderada por las capacidades cognitivas generales. Los deterioros en el sistema neurocognitivo que subyacen tanto en el conocimiento de uno mismo y la cognición social, proporcionan una explicación parsimoniosa de los disturbios en el sentido del yo y el otro que caracteriza a la esquizofrenia.

Melissa Fisher; Kelly McCoy; John H. Poole; Sophia Vinogradov. Yo y el otro en la esquizofrenia: Una perspectiva de neurociencia cognitiva. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 NOV; 165(11):1465-1472.

ZONA DE DESARROLLO PROXIMAL

Definición.- La diferencia (distancia) entre el nivel de desarrollo actual de un niño (su desarrollo completado tal como puede ser evaluado por una prueba estandarizada) y su potencial de desarrollo (el grado de competencia que puede obtener con ayuda).

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

ZURDERA

Definición.- Condición de la persona que es más hábil con la mano izquierda. La razón es un predominio de la actividad del hemisferio derecho del cerebro. Se considera que, en Occidente hay una tendencia cultural a desarrollar más el hemisferio izquierdo (habla, lectura, escritura, cálculos numéricos) y que por ello la mayoría de las personas son diestras.

Cazau P (2000) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

PSICOPATOLOGÍA

ABASIA

Definición.- 1. Incapacidad para la locomoción. 2. (Psicoanálisis) Como síntoma histérico, tiene un contenido sexual de prohibido. Aparece en general con *astasia*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ABATIMIENTO

Definición.- Estado de ánimo caracterizado por depresión, tendencia a la inhibición motora, desagrado y atención a ciertos rasgos desfavorables de la experiencia individual. Sin.: melancolía, tristeza, depresión. Ant.: júbilo, alegría. (Al.: *Niedergeschlagenheit*).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ABERRACIÓN

Definición.- 1. En su sentido general, todo lo que no responde a las reglas acostumbradas de convivencia, pensamiento, vida psíquica y mental. 2. En su sentido propio, distinguimos entre aberraciones mentales y sexuales. 3. (Psicoanálisis) Todos los efectos que no han tenido salida y han quedado sin reacción adecuada aplicada hacia el exterior. (Al.: *eingeklemmte Affekte*).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ABERRACIONES SEXUALES

Generalidades.- 1. Los apetitos sexuales son susceptibles de asumir formas extrañas. El anhelo de contacto sexual acompañado de amor y cariño cede a veces el lugar al deseo de hacer sufrir al compañero sexual (*sadismo*) o de sufrir y ser humillado por él (*masoquismo*). En otros casos existe el deseo sexual de mirar cuerpos desnudos o presenciar el acto sexual ajeno (*voyeurismo-escoptofilia*), o bien exhibir sus propios órganos genitales (*exhibicionismo*). Hay también casos en que no el contenido, sino el objeto del apetito sexual está pervertido, pudiendo la libido orientarse hacia el mismo sexo (*homosexualidad*), hacia los niños (*pedofilia*), hacia los animales (*zoofilia*), hacia partes determinadas del cuerpo, como los cabellos y los pies, y aun hacia objetos inanimados como corsés y zapatos (*fetichismo*). El carácter irracional de tales aberraciones reside en el hecho que el apetito sexual no guarda relación con la función biológica de la procreación. 2. Se distinguen diferentes grupos de las aberraciones sexuales. Se llama *autoerótica* si el objeto de la aberración es el propio cuerpo (perteneciendo a este grupo la masturbación patológica; *homoeróticas* se denominan las aberraciones sexuales dirigidas hacia otra persona o en relación con un objeto (fetichismo) o *alogagnia*, etc. 3. No es posible distinguir en estas aberraciones sexuales, especialmente en la homosexualidad, hasta dónde se trata de algo patológico, o de un vicio. La *psicoterapia pastoral* encuentra en las aberraciones sexuales la fuente del pecado primitivo y del elemento de *demoniomanía*. Sin embargo, no hay curación hasta que el enfermo no acepte su propia responsabilidad ("mea culpa") y no haga el máximo esfuerzo espiritual para vencer sus aberraciones. 4. (Psicoanálisis) Se encuentra la génesis de aberraciones sexuales en la afirmación de que el recién nacido es un proceso polimorfo y que en la sexualidad infantil en potencia están ya presentes las posibilidades futuras de todas las formas de perversiones. Su activación depende de factores endógenos, como disposición y de factores exógenos, del ambiente, influencia, etc. (Al. *Abirrungen*).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ABULIA

Definición.- Ausencia enfermiza de voluntad para la acción. Síntoma de enfermedades mentales, de la histeria y de los estados de melancolía. En la neurosis obsesiva es una consecuencia de una ambivalencia de los afectos. Sin.: *Insuficiencia abúlica* (A. Rosenbach).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- La abulia es ante todo una alteración de la actividad voluntaria, y más concretamente de su fase preliminar, donde aparece perturbado el deseo o la decisión de llevar a cabo una acción.

Debe tenerse en cuenta que el acto voluntario en su complejidad "comprende dos partes fundamentales: a) la primera es el periodo de elaboración conciente del acto, desde la iniciación del deseo hasta la decisión voluntaria. Se llama también acción implícita o conación; b) la segunda corresponde a la ejecución del acto o acción implícita".

Betta distingue, dentro de las alteraciones de la primera parte del acto voluntario, y desde un punto de vista cuantitativo, tres categorías: la abulia, hipobulia y la hiperbulia.

a) Abulia.- Desde la semiología psiquiátrica, la abulia puede ser definida conceptualmente como "la falta absoluta de voluntad, la carencia de deseos y decisiones donde la afectividad deja de ser fuente de deseos, el pensamiento se apaga y la voluntad se inhibe".

Existe una abulia constitucional, propia de las personas que llegan al mundo insuficientemente dotadas de deseos y reacciones volitivas.

Dentro de la abulia, existen además distintas modalidades patológicas: la abulia neurasténica, la abulia esquizofrénica, la abulia melancólica y la abulia catatónica.

La abulia *neurasténica* no tiene su origen en la falta de deseos sino en no poder tomar decisiones para actuar. Luego de una serie de titubeos y dudas, la decisión no se concreta porque hay una resistencia invencible que angustia al enfermo, impidiéndole la ejecución del acto.

En el caso de la abulia de los *esquizofrénicos*, la gran indiferencia afectiva de estos enfermos produce carencia de deseos e intenciones. Sin embargo, si surge algún deseo con suficiente intensidad puede llegar a ejecutarse la acción correspondiente.

La abulia de los *melancólicos* se caracteriza porque si bien existen impulsos para actuar, esos impulsos mueren a poco de nacer porque se les opone un intenso sentimiento de impotencia e incapacidad que impide llegar a la decisión y la ejecución.

En la abulia de los *catatónicos*, los mecanismos motores se hallan requeridos por tendencias opuestas que se neutralizan, como ocurre por ejemplo en el negativismo. Toda tentativa de actuar, espontánea o sugerida, genera automáticamente la tendencia al acto contrario, con lo cual esta abulia es ambivalente (quiero y no quiero).

b) Hipobulia.- Disminución de la actividad voluntaria. En realidad es un grado menor que la abulia, y se manifiesta en los mismos enfermos considerados en la abulia.

c) Hiperbulia.- Aumento de la actividad voluntaria, con lo que se obtiene mayor eficacia y rendimiento en las acciones. Así considerada, la hiperbulia es normal y caracteriza a los sujetos emprendedores y luchadores. La hiperbulia sólo es patológica cuando engendra actos inadecuados a las normas de convivencia: en la excitación maníaca, y en los delirantes que llegan a ejecutar actos delictuosos.

Betta Juan C., Manual de Psiquiatría, Buenos Aires, CEA, 1984, 8va. edición, pág. 207.

ABUSO

Definición.- "Se denomina relación de abuso a aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes que, por acción o por omisión, ocasionan daño físico y/o psicológico a otro miembro de la relación" (Corsi, 1999:30).

Corsi Jorge (comp) (1999) Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós.

Definición.- Cualquier acto que daña física, sexual o psicológicamente a otra persona. La relación de abuso es aquella en la que una de las partes ocasiona un daño físico y/o psicológico a otro miembro, pudiendo darse este daño por acción o por omisión. "El abuso es una conducta que produce algún tipo de consecuencia dañina en otra persona, sea un perjuicio de orden físico, psicológico, emocional, sexual o moral" (Ferreira Graciela, 1999:51).

Ferreira Graciela (1999) La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 4ta edición.

Abuso conyugal.- Las mujeres cuyas parejas abusan del alcohol, toman drogas, se han quedado sin empleo o tienen trabajos intermitentes y un peor nivel cultural tienen más riesgo de sufrir lesiones por culpa de abusos, según un nuevo estudio.

Cualquier mujer tiene, aproximadamente, un 9% de riesgo a lo largo de toda su vida de sufrir una lesión grave derivada de la violencia doméstica, un porcentaje que llega a elevarse hasta el 22% cuando las heridas son de todos los tipos.

Pero si usted tiene una pareja que bebe alcohol, toma drogas, está sin empleo o trabaja de forma intermitente, sus probabilidades de sufrir agresiones son mucho más elevadas, según un nuevo estudio. Y todavía pueden enumerarse más factores de riesgo.

Otro trabajo reciente demuestra que residir en una zona deprimida aumenta las probabilidades de padecer abusos físicos tanto por parte de la pareja como de un extraño, así como convivir con un hombre adicto a la cocaína.

Tanto la primera investigación como la segunda han sido publicadas en la revista *The New England Journal of Medicine*.

Demetrios N. Kryiacou, del departamento de Urgencias del Olive View-UCLA Medical Center, en Sylmar, California (EEUU), es el director del primer estudio. La investigación se llevó a cabo con un total de 256 mujeres de entre 18 y 64 años que habían acudido a ocho departamentos de urgencias en todo EEUU debido a una lesión infringida por su pareja o su reciente pareja (novio, marido, ex novio o ex marido).

El grupo control lo formaron finalmente 659 mujeres que también acudieron a los citados servicios médicos, pero cuyas heridas no habían sido provocadas de forma intencionada.

Las 256 mujeres agredidas sufrieron un total de 434 contusiones y rozaduras, 89 heridas y 41 fracturas o dislocaciones. Cabeza, cara, brazos, manos y piernas fueron las partes del cuerpo que más heridas sufrieron, mientras que las fracturas y las dislocaciones afectaron mayoritariamente a la cara, a los brazos y a las manos.

El estudio devela, también, que 89 de estas mujeres fueron golpeadas con un arma: palos de escoba, tubos, botellas y pistolas en el caso de cuatro mujeres, mientras que a 18 de ellas se las maltrató con un cuchillo o un objeto punzante. Ninguna de ellas sufrió una herida de bala.

Tras analizar las características de los varones, los investigadores encontraron que el riesgo de sufrir una lesión por malos tratos es de 3,6 veces más entre las mujeres cuyas parejas abusan del alcohol; 3,5 veces superior si toman drogas; de 3,1 si la pareja tiene un trabajo intermitente o de 2,7, en el caso de que ésta acabe de quedarse en paro.

"Hemos encontrado, también, que niveles culturales más bajos en los varones están relacionados con un aumento del riesgo de agresión a la mujer. No obstante, este hecho está estrechamente asociado con otros factores de riesgo de abuso, como el consumo de alcohol elevado o el desempleo", afirman los investigadores. El tipo de unión entre la pareja y la convivencia también están asociados con la violencia doméstica. "Las mujeres que tienen novio o marido formal y viven con ellos tienen más riesgo de ser agredidas", destaca el trabajo.

El segundo estudio, dirigido por Jeane Ann Grisso, de la Universidad de Pennsylvania, en Filadelfia (EEUU), se realizó tras comparar a 405 mujeres de entre 16 y 45 años con otras 520 que formaron el grupo control. El trabajo demuestra que las parejas de las mujeres que sufrieron abusos eran 4,4 veces más propensas a consumir cocaína. Además, las características de la comunidad de vecinos (bajo nivel cultural, ingresos bajos) fueron factores de riesgo independientes asociados a los malos tratos.

El caso de las mujeres de Etiopía.- En Etiopía muchas niñas son entregadas en matrimonio cuando sólo tienen seis años y son obligadas a mantener relaciones sexuales antes de que su sistema reproductor esté físicamente maduro.

La razón fundamental de estos matrimonios pactados suele ser económica y el motivo por el que las mujeres son forzadas a la vida conyugal a edades tan tempranas se basa en que el futuro marido (de entre 18 y 20 años) y su familia se aseguren de que ella llega virgen al matrimonio. Mulu Muleta, del Hospital Addis Ababa Fistula (en Etiopía) y Gordon Williams, de la Unidad de Urología del Hospital Hammersmith, en Londres (Reino Unido) acaban de publicar una carta, en la revista *The Lancet*, en el que describen los casos de 91 niñas y mujeres (de entre seis y 21 años) que se presentaron entre 1991 y 1997 en el Hospital Addis Ababa Fistula debido a la incontinencia fecal total que sufrían por culpa de las lesiones provocadas durante el coito. 78 de ellas habían sufrido abusos sexuales en su matrimonio, nueve fueron raptadas con la intención de que se casaran y forzadas por sus futuros maridos y cuatro más fueron raptadas por extraños. De todas ellas, 24 se presentaron en el hospital en los 12 meses después de la lesión, mientras que el resto acudió pasados los 60 meses.

Todas sufrían fistula vesicovaginal (desgarro en vejiga y vagina) o rectovaginal (recto y vagina). Y todas se curaron con el tratamiento: 87 de las 91 necesitaron una sola operación para resolver su problema. De las 78 mujeres que sufrieron lesiones en su matrimonio, 59 se divorciaron y 19 fueron abandonadas.

Los autores recuerdan que la prevalencia de este tipo de lesiones en Etiopía se desconoce, ya que muchas mujeres no buscan ayuda para evitar el rechazo y la humillación de la familia y la sociedad. Barcelona, España (DEM).

Parejas que beben, se drogan o están sin empleo eleva el riesgo de abusos. Copyright 2000 Psicología.com

Abuso infantil y adicciones de los abusadores.- Hay al menos cuatro relaciones posibles entre ambas variables: 1) La adicción es factor causal del abuso de menores. 2) El abuso de menores es factor causal de la adicción. 3) Ambos factores se influyen mutuamente y son, por tanto, la mismo tiempo causa y efecto. 4) Abuso de menores y adicción son factores independientes, pero ambas dependen de otro factor causal que actúa simultáneamente sobre ambos.

Una encuesta de 12 preguntas dirigida por nosotros en Buenos Aires, en 1989, y respondida por 19 profesionales y 19 personas de la población en general, permitió sondear opiniones sobre la relación entre ambas variables. Las actividades de los profesionales se encuentran directamente vinculadas con el tema: médicos, psicólogos, abogados, etc, de ambos sexos. Más de la mitad tiene 10 o más años de ejercicio profesional y casi todos trabajan en instituciones del Estado. El público en general tiene entre 22 y 65 años, teniendo casi el 60% estudios universitarios.

Los resultados de las encuestas a los profesionales fueron los siguientes:

1) La adicción es atribuida como causa del abuso de menores: Varios profesionales coincidieron en sostener que la adicción produce una disminución de las barreras represivas, lo cual genera una liberación de la agresividad que puede manifestarse como comportamientos de abuso sobre menores, precisamente los seres más indefensos. Algunos de los encuestados hablaron de descontrol y desinhibición social al respecto. Además, el afán de conseguir drogas desata también conductas violentas en el potencial abusador, y, por otro lado, el mismo afán hace que el consumidor menor de edad acepte ser abusado. Esto último significa que el menor, al querer conseguir droga a cualquier precio, acepta ser abusado sexualmente, por ejemplo. Otro encuestado habló de la posibilidad de considerar al abuso como

una 'versión' de la adicción. Probablemente el profesional quiso afirmar aquí que el abuso es una de los efectos que produce la adicción.

2) El abuso de menores es causal de adicciones. En contraste con las respuestas a algunas de las preguntas, donde una gran proporción habla en favor de esta segunda hipótesis, no se ha prácticamente encontrado ninguna referencia a la misma en otra de las preguntas.

3) Abuso de menores y adicciones se influyen mutuamente, realimentándose. Algunas respuestas a la pregunta abierta avalan esta tercera hipótesis, pero son muy pocas.

4) Abuso de menores y adicción son independientes, pero dependen ambas de otro factor causal. Ejemplos de éste último que han sido mencionados son: la condición perversa humana, la 'degradación' humana, trastornos mentales severos, depresión, déficit de autoestima, falta de afecto, fallas educativas, falta de continencia familiar, soledad, pérdida de valores, ignorancia, 'falencias' de carácter, falta de proyectos vitales, todos factores que dan lugar por un lado a abusar de menores y por el otro a drogarse. Uno de los encuestados incluso afirmó que adicción y abuso de menores son dos facetas de lo mismo: la falta de amor. Dos de los encuestados dijeron concretamente que "no había una relación directa" entre adicción y abuso de menores, aclarando que ambos dependen conjuntamente de otros factores.

5) Un quinto grupo de respuestas no contestó específicamente lo preguntado, limitándose a indicar posibles razones del abuso de menores. Por ejemplo: "quien es abusador pudo también haberlo sido en la niñez". También alguien indicó causales del abuso de menores independientemente de la adicción, como alguna tendencia infantil al sometimiento y al masoquismo.

6) Varios de los encuestados indicaron ciertas variables contextuales que actúan favoreciendo o estimulando la aparición de adicciones y abuso de menores, creando condiciones especiales incluso agravantes de una actitud ya instalada como por ejemplo el hacinamiento, la promiscuidad, la participación en sectas, etc. En general, patología sociales que hacen al entorno de los protagonistas de estos comportamientos. Así, por ejemplo, según (1), "un fenómeno que promueve este tipo de conductas en los sectores postergados es el de las familias "ensambladas", o sea dos o tres grupos familiares que deben convivir bajo un mismo techo en una situación de hacinamiento".

Los resultados obtenidos respecto del tipo de adicción, las que más predominan son el alcoholismo, luego la marihuana y la inhalación de pegamentos y finalmente la cocaína, la heroína o el LSD. Creemos que estas frecuencias obedecen a la facilidad para conseguir las (por ello habría más casos de inhalación de pegamentos que casos de cocaína, por ejemplo), al carácter de la venta prohibida o permitida (y por esto el alcohol figura en primer lugar, seguido por la inhalación de pegamentos), y también al costo de dichas drogas.

Respecto de las frecuencias para abuso de menores, predominan los casos de violencia física sin abuso sexual, luego los casos de incitación o seducción sin llegar a efectivizar el abuso sexual, y finalmente los casos de abuso sexual efectivo, en cualquiera de sus modalidades.

Ciertas respuestas sugieren claramente que los casos donde aparecen estas actitudes y comportamientos son frecuentemente mantenidos en secreto o al menos se hace tal intento. En efecto, un 27% de los encuestados contestó que "siempre" se intenta mantener el secreto, y un 56% que ello ocurre entre un 50 y un 95% de los casos. Estos resultados deberían orientar futuras investigaciones sobre el tema hacia una búsqueda más activa de estos casos, y no esperar pasivamente información de profesionales, a los cuales llegaría solamente un pequeño porcentaje de los casos de adicción y abuso de drogas.

Muchas veces, pensamos que estos casos se hacen públicos en dos situaciones en especial: a) cuando los menores abusados son hijos de otros padres, quienes entonces hacen la denuncia policial correspondiente. Por ejemplo el caso citado en la bibliografía (2), donde detuvieron a un pediatra que abusaba de los menores que atendía. b) cuando la situación trasciende ciertos límites y se llega al homicidio, como el caso (3) de la mujer que mató al violador de su hija.

En general, la información obtenida a partir de la población en general sobre estos mismos temas tiende a confirmar los resultados anteriores. La única diferencia significativa es que, mientras según los profesionales en una gran proporción de casos se intenta mantener en secreto las situaciones de abuso de menores y drogadicción, la población en general opinó que resulta mas bien perjudicial hacerlo, y que las denuncias deben hacerse sobre todo a los familiares y allegados, que fue el tipo de respuesta que predominó (un 75%). Sin embargo, pensamos que informar a familiares y allegados no hace en realidad pública la situación, porque estos a su vez tenderán a mantener el secreto tal como se desprende de la información suministrada por los profesionales.

Otras respuestas orientadas hacia las causas más específicas del abuso de menores y la adicción, coinciden bastante con las opiniones de los especialistas, con la única diferencia que la población ha puesto un mayor énfasis en la estructura y las relaciones familiares como causales de tales comportamientos. Esto resulta especialmente importante porque marca un área de prevención de estas situaciones. Así, por ejemplo, Sanguinetti (4) remarca la importancia de la tarea de prevención de la drogadicción que les cabe a docentes pero sobretudo a padres, en cuanto a la preservación y consolidación de vínculos familiares adecuados que puedan servir de continente afectivo de los niños, potenciales drogadictos.

En síntesis, los resultados obtenidos nos permiten sostener la hipótesis de una correlación significativa entre el abuso de menores y las adicciones, y justifica la iniciación de investigaciones y estudios más profundos y de mayor alcance, destinados a verificar con mayor rigor la misma.

Cazau P (1989) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada: (1) Zaldívar Gustavo, La estructura perversa del abusador, Clarín, julio de 1994. (2) "Detienen a un pediatra", artículo de Clarín, agosto de 1994. (3) "Nuevo juicio a la mujer que mató al violador de su hija", artículo de Clarín, junio de 1994. (4) Sanguinetti Horacio, Actuar antes que la droga, artículo en Clarín, agosto de 1994.

Abuso sexual infantil.- Todo acto de naturaleza sexual en el que son comprometidos sujetos que se encuentran por debajo de la edad de consentimiento y cuyo fin principal es la gratificación sexual de la persona sexualmente madura, es considerado Abuso Sexual Infantil.

"Todo acto de naturaleza sexual": desde exhibicionismos, tocamientos hasta al coito propiamente dicho.

"Por debajo de su edad de consentimiento": la capacidad para consentir depende de la maduración de la víctima y de su vínculo con el agresor.

"Persona sexualmente madura": a diferencia de adulto ya que existen agresores sexuales que no han alcanzado la mayoría de edad.

Indicadores físicos de abuso sexual.- Dificultad para caminar o sentarse. Dolor, hinchazón o picazón en la zona genital. Dolor al orinar. Enfermedades transmitidas sexualmente. Contusiones, laceraciones o sangramiento en los genitales externos, la vagina o área anal. Embarazo especialmente en la adolescencia.

Indicadores de comportamiento.- Reacciones similares a las precipitadas por cualquier otro stress severo. Comportamiento regresivo en niños pequeños, ejemplo mojan la cama, se chupan el dedo, etc. Miedos repentinos o fobias, ejemplo a la oscuridad, a los hombres, etc. Cambio en el rendimiento escolar. Cambios notorios en la personalidad, ejemplo depresión, ira, hostilidad, agresión. Ideas o intentos suicidas. Abuso de drogas o alcohol. Fugas del hogar. Conductas autodestructivas.

Reacciones directamente relacionadas con el Abuso Sexual Infantil.- Relato de abuso sexual de parte del niño. Conocimiento y comportamiento sexual raro, sofisticado o inusual. Comportamiento seductivo manifiesto. Juego sexual no apropiado para la edad. Dibujos de naturaleza sexual. Masturbación compulsiva. Promiscuidad. Prostitución. Confusión en cuanto a la identidad y normas sexuales. Repliegue de los amigos. Desconfianza extrema.

Fuente: Calabretto A y Gil Sendra M, Abuso sexual de menores.

Efectos del abuso sexual infantil.- El abuso sexual infantil tiene profundos efectos en la salud mental y física de los niños, según un estudio realizado sobre una muestra de 140 chicos de 12 años que habían sido víctimas de agresión. Los menores examinados presentaron serios problemas de índole física y psicológica, como también marcaron un bajo rendimiento académico. Asimismo, se comprobó que estos niños eran más agresivos y apegados a los juegos sexuales. Por otra parte, una cuarta parte de los pequeños consumían alcohol regularmente y tenían mayor tendencia a la obesidad y las enfermedades genitales. Christopher Hobbs, uno de los especialistas que trabajó en el informe, remarcó que "estos estudios confirmaron los problemas crónicos que surgen después del abuso sexual", y continuó: "El reto ahora es lograr que los profesionales de la salud, los trabajadores sociales y los organismos legales puedan mejorar estas perspectivas".

Efectos del abuso sexual en menores. Diario La Razón, Buenos Aires, 28-7-2000.

Abuso de sustancias.- "Patrón desadaptativo de consumo de sustancias que se manifiesta por las consecuencias adversas, significativas y recurrentes, relacionadas con dicho consumo. Puede implicar el incumplimiento de obligaciones importantes, el consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, además de comportar múltiples problemas legales y dificultades sociales e interpersonales recurrentes. A pesar de las sucesivas consecuencias indeseables que conlleva, tanto sociales como interpersonales (por ejemplo, dificultades conyugales, divorcio o violencia verbal o física), el sujeto continúa consumiendo la sustancia. Las sustancias de abuso más comunes son: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cannabis, cocaína, inhalantes, opiáceos (heroína) y ansiolíticos, sedantes o hipnóticos".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Abuso infantil y género en psicosis.- Antecedentes: Los estudios que demuestran una asociación entre el trauma en la niñez y la psicosis en la edad adulta, no han explorado sistemáticamente las diferencias de género.

Objetivos: Investigar las diferencias de género en la prevalencia del abuso sexual y físico en la infancia entre personas con psicosis, en comparación con controles sanos.

Método: Se completó el Cuestionario de Experiencias de Abuso y Cuidado en la infancia, para elicitación de experiencias de abuso sexual y físico durante la niñez en casos de un primer episodio de psicosis y controles de la población en general.

Resultados: Entre las mujeres, aquellas en el grupo de casos tuvieron dos veces más probabilidades de manifestar abuso físico o sexual comparado con los controles después de ajustar todos los factores de confusión. En particular, el efecto del abuso físico en mujeres fue más fuerte y robusto que aquel para el abuso sexual. Se encontró una tendencia similar para las experiencias tipo psicóticas en el grupo de control femenino. No se encontró ninguna asociación en los hombres.

Conclusiones: Los reportes de abuso físico o sexual severos en la infancia estuvieron asociados con la psicosis en mujeres pero no en los hombres.

Helen Fisher; Craig Morgan; Paola Dazzan... (et.al) Diferencias de género en la asociación entre el abuso en la infancia y la psicosis. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2009 ABR; 194(4):319-325.

Abuso sexual infantil en la etiología de la depresión.- Antecedentes: A pesar de una gran cantidad de investigación, aún existe una controversia considerable sobre el papel que desempeña el abuso sexual infantil en la etiología de la depresión. Para evitar dificultades interpretativas, creencias erróneas o confusión entre los profesionales que recurren a esta literatura como guía, este artículo se refiere a la mejor evidencia científica disponible sobre el tema, al ofrecer una revisión sistemática de las distintas revisiones que han investigado la literatura sobre el tema.

Métodos: Se realizaron búsquedas en siete bases de datos, suplementadas con una búsqueda manual de listas de referencia de artículos recuperados. El autor y un psiquiatra evaluaron de manera independiente la elegibilidad de todos los estudios que se identificaron, extrajeron datos y evaluaron la calidad del estudio. Los desacuerdos se resolvieron por consenso.

Resultados: Se analizaron cuatro reseñas que incluyen unos 60.000 sujetos extraídos de 160 estudios y que no presentan ninguna limitación que pueda invalidar sus resultados. Existe evidencia de que el abuso sexual infantil es un factor de riesgo significativo, aunque general y no específico, para la depresión. La relación es de magnitud baja-media y es moderada por la fuente de la muestra. Las variables adicionales pueden actuar de manera independiente para provocar depresión en personas con antecedentes de abuso sexual o interactuar con este tipo de experiencias traumáticas para incrementar la probabilidad de depresión en víctimas de abuso sexual infantil.

Conclusiones: Los programas de apoyo para todas las víctimas de abuso sexual no sólo se deben enfocar en el tratamiento de los síntomas, sino también en reducir los factores de riesgo adicionales. Se debe interrogar a los adultos depresivos que buscan tratamiento psiquiátrico acerca de una posible historia de abuso, como parte de los procedimientos de admisión.

Roberto Maniglio. Abuso sexual infantil en la etiología de la depresión: Una revisión sistemática de revisiones. DEPRESSION AND ANXIETY. 2010 JUL; 27(7):631-642.

ACALCULIA

Definición.- "Tipo de afasia caracterizada por la imposibilidad de ejecutar operaciones aritméticas. Pueda darse a causa de alguna alteración en el sistema nervioso central o, más comúnmente, en las lesiones del lóbulo parietal. Una de sus variantes es la discalculia, en la cual el trastorno predominante es la dificultad para organizar números en una serie espacial".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

ACATAMATESIA

Definición.- Incapacidad de comprender una conversación debido a un trastorno mental.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ACATISIA

Definición.- La incapacidad de sentarse. Ciertos pacientes al hacerlo o solo pensarlo, sienten angustia.

La acatisia *espástica* provoca ataques convulsivos de naturaleza histérica. Sin: *Acatisia Parestética*; *Acatisia Pricasténica*.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Incapacidad para mantenerse quieto que se acompaña de una sensación de intranquilidad a nivel corporal, sin llegar a la angustia. La necesidad imperiosa de moverse lleva al paciente a cambiar de lugar y de postura, a levantarse y sentarse en forma reiterada, a cruzar y extender las piernas, etc, razón por la cual este signo se conoce también como "síndrome de las piernas inquietas". La acatisia es un efecto adverso de los neurolépticos, y por tanto no se debe confundir con manifestaciones motoras de tipo ansioso.

ADICCIÓN

Definición.- "Tendencia imperiosa de la persona que pierde su capacidad de dominio en relación al consumo de drogas, al uso de objetos (ordenador, televisión) o a la repetición de actividades (juego compulsivo), hasta el punto de dañarse a sí misma o a la sociedad". Ver también *conducta adictiva*. Farré Martí J., Diccionario de Psicología, Océano, Barcelona, 1999, pág. 15.

Definición.- Cualquier comportamiento que cumpla los siguientes seis criterios será definido operacionalmente como adicción: 1) Saliencia: Se refiere a cuando una actividad particular se convierte en la más importante en la vida del individuo y domina sus pensamientos, sentimientos y conducta. 2) Modificación del humor: Experiencias subjetivas que la gente experimenta como consecuencia de implicarse en la actividad. 3) Tolerancia: Proceso por el cual se requiere incrementar la cantidad de una actividad particular para lograr los efectos anteriores. 4) Síndrome de abstinencia: Estados emocionales desagradables y/o efectos físicos que ocurren cuando una actividad particular es interrumpida o repentinamente reducida. 5) Conflicto: Se refiere a los conflictos que se desarrollan entre el adicto y aquellos que le rodean (conflicto interpersonal), conflictos con otras actividades (trabajo, vida social, intereses, aficiones), o dentro de los propios individuos (conflicto intrapsíquico) que están involucrados con la actividad particular. 6) Recaída: Es la tendencia a volver los patrones tempranos de la actividad que vuelven a repetirse, restaurando los patrones más extremos de la adicción tras muchos años de abstinencia o control.

Griffiths, M.D. (1998). Internet addiction: Does it really exist? En J. Gackenbach (Ed.), Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications (pp 61-75). New York: Academic Press.

Definición.- Según Echeburúa y Corral (1994:251) cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Se podrían hacer usos anormales de una conducta en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero invertida y, en último termino, en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas. Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos serían la pérdida de control y la dependencia.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. Clínica y Salud, 5, 251-258.

Definición.- Para Griffiths (1998:61) cualquier comportamiento que cumpla estos seis criterios será definido operacionalmente como adicción:

Saliencia: Se refiere a cuando una actividad particular se convierte en la más importante en la vida del individuo y domina sus pensamientos, sentimientos y conducta.

Modificación del humor: Experiencias subjetivas que la gente experimenta como consecuencia de implicarse en la actividad.

Tolerancia: Proceso por el cual se requiere incrementar la cantidad de una actividad particular para lograr los efectos anteriores.

Síndrome de abstinencia: Estados emocionales desagradables y/o efectos físicos que ocurren cuando una actividad particular es interrumpida o repentinamente reducida.

Conflicto: Se refiere a los conflictos que se desarrollan entre el adicto y aquellos que le rodean (conflicto interpersonal), conflictos con otras actividades (trabajo, vida social, intereses, aficiones), o dentro de los propios individuos (conflicto intrapsíquico) que están involucrados con la actividad particular.

Recaída: Es la tendencia a volver los patrones tempranos de la actividad que vuelven a repetirse, restaurando los patrones más extremos de la adicción tras muchos años de abstinencia o control.

Griffiths, M.D. (1998). *Internet addiction: Does it really exist?* En J. Gackenbach (Ed.), Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications (pp 61-75). New York: Academic Press.

Definición.- Según la OMS es un estado de intoxicación periódica o crónica, nocivo para el individuo y la sociedad, provocado por el consumo repetido de un fármaco natural o sintético. Sus características son: afán exagerado por la droga, tendencia a aumentar la dosis, dependencia física o psíquica, y aparición de síntomas al suprimir la droga.

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

Generalidades.- Puede definirse la adicción como una dependencia patológica a una sustancia, objeto o persona se convierten entonces en el centro alrededor del cual girará la vida del adicto. En este sentido amplio, la definición incluye no sólo la adicción a drogas sino también la adicción al trabajo, la adicción al sexo, etc.

En una adicción podemos reconocer cuatro elementos: a) una fuerte compulsión para llevar a cabo la conducta (especialmente cuando la oportunidad para llevarla a cabo no está disponible); b) un deterioro de la capacidad para controlar los impulsos adictivos; c) malestar y angustia cuando la conducta es impedida o dejada de hacer; y d) persistencia en la ejecución de la conducta (por ejemplo drogarse) a pesar de la evidencia clara de que ella produce daños físicos y psíquicos (Cazau, 2001).

López Corvo (1994:152-154) distingue, desde una perspectiva psicoanalítica, la adicción como defensa y la adicción como estructura, que aluden esencialmente a dos intenciones diferentes del adicto: en la

adicción como defensa, las drogas son utilizadas como una forma de mitigar la ansiedad y el sufrimiento vividos como incontrolables por las funciones defensivas del yo, es decir, las drogas son empleadas por el adicto para calmarse.

En la adicción como estructura, en cambio, la intención es, además de mitigar el sufrimiento, inducir la adicción en otros para atacar envidiosamente los aspectos buenos del objeto. Como puede inferirse, es una característica común en el traficante de drogas.

De acuerdo a Kalina, "El adicto vive permanentemente un *maltentendido*... racionaliza su patología en términos de una ideología de vida -o, mejor dicho, de muerte- asumiendo un *delirio* que es diferente en contenido de los que conocemos en la psicosis, pero similar en su estructura. Para ellos la 'química' es algo similar a la búsqueda de la 'piedra filosofal' para los alquimistas, pero en este caso son los adictos quienes se ofrecen a sí mismos como 'cobayos' para sus investigaciones" (Kalina (2000:17).

Cazau P (2001) Vocabulario de psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

López Corvo Rafael (1994) La rehabilitación del adicto. Buenos Aires: Nueva Visión.

Kalina Eduardo (2000) Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica. Buenos Aires: Paidós.

Según el psicoanálisis.- Desde el psicoanálisis, las adicciones suelen entenderse, de acuerdo a Fenichel, como una falla en el control del comportamiento, lo que da lugar a las 'neurosis impulsivas' donde el sujeto realiza una y otra vez, como una compulsión a la repetición, ciertos comportamientos que no puede evitar. Se trata de comportamientos impulsivos sintónicos al yo, es decir, la persona no los siente como extraños o ajenos a sí misma, pero lo que no puede hacer es controlarlos. Según Fenichel (1966:414), estas adicciones tienen un papel defensivo mediante el cual el sujeto busca defenderse de ciertos peligros, reales o imaginarios. Estos propósitos defensivos no quitan que también las adicciones puedan procurar algún tipo de satisfacción instintiva.

Fenichel Otto (1966) Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires: Paidós.

Adicción tecnológica.- Griffiths (1997) señala la existencia de lo que el llama "adicciones tecnológicas", que se definen como adicciones no químicas que involucran la interacción hombre-máquina. Estas pueden ser pasivas (como la televisión) o activas (como los juegos de ordenador o Internet).

Griffiths, M.D. (1997). Technological addictions: Looking to the future. Artículo presentado en la 105th Annual Convention of the American Psychological Association, Chicago, Illinois.

Adicción no tóxica.- "Dependencia hacia una sustancia, objeto o actividad donde no existe ingesta de ningún compuesto químico que ocasione cambios biológicos nocivos para el organismo".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 588.

Adicción psicológica.- "Patrón de conducta persistente caracterizado por: un deseo o necesidad de continuar la actividad que se sitúa fuera del control voluntario; una tendencia a incrementar la frecuencia o cantidad de actividad con el paso del tiempo; dependencia psicológica de los efectos placenteros de la actividad; y un efecto negativo sobre el individuo y la sociedad (Walker, 1989)".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 588.

Adicción psicológica.- Un número creciente de autores (Echeburúa, 1999; Griffiths, 1998) han identificado una serie de conductas potencialmente adictivas, incluyendo muchos comportamientos que no implican el consumo de drogas. Estas adicciones no químicas incluirían conductas como el juego, el sexo, el trabajo o las compras (Echeburúa, 1999). Fuentes: a) Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones sin drogas?. Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. Bilbao: Desclee de Brower. b) Griffiths, M.D. (1998). Internet addiction: Does it really exist? En J. Gackenbach (Ed.), Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications (pp 61-75). New York: Academic Press.

Sin embargo, como señala Madrid López las adicciones psicológicas o no químicas no se encuentran incluidas como tales en el DSM-IV, en las que el término adicción se reserva para los trastornos producidos por el abuso de sustancias psicoactivas. En el DSM - IV (APA, 1994) las adicciones psicológicas vendrían incluidas en los trastornos del control de impulsos, tal como aparece el juego patológico. Fuente: Madrid López N, "La adicción a Internet", en www.psicologia-online.com.

Según Echeburúa y Corral (1994) cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Se podrían hacer usos anormales de una conducta en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero invertida y, en último termino, en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas. Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos serían la pérdida de control y la dependencia. Fuente: Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. Clínica y Salud, 5, 251-258.

Indica Madrid López que uno de los aspectos que diferencian a una adicción psicológica de una adicción química es que la primera no tiene las terribles consecuencias físicas negativas que puede tener esta última. Aun así, en el caso de la adicción a Internet también se han señalado alguna consecuencia, sobre

todo las derivadas de la privación de sueño (Young, 1999). La privación de sueño se produce por la inhabilidad del adicto a cortar la conexión, permaneciendo despierto hasta altas horas de la madrugada, lo cual podría dar lugar a fatiga, debilitación del sistema inmunitario y un deterioro de la salud. Fuentes: a) Young, K.S. (1999). Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. En L. VandeCreek & T. Jackson (Eds.) Innovations in Clinical Practice: A source book. Sarasota, FL: Professional Resource Press. b) Madrid López N, "La adicción a Internet", en

Finalmente (Cazau), podría consignarse otra diferencia de la adicción psicológica con la adicción de sustancias: mientras en éstas últimas el tratamiento implica abandonar la sustancia, en las primeras no está implicado el abandono de la conducta adictiva, ya que equivaldría a decir que para curarse, un adicto al sexo no debería tener nunca más sexo, un adicto al trabajo no trabajar nunca más o un adicto a Internet nunca más utilizar la red (Cazau P, 2003, Vocabulario de psicología, disponible en www.galeon.com/pcazau).

Adicción tecnológica.- Griffiths indicó la existencia de "adicciones tecnológicas", que define como adicciones no químicas que involucran la interacción hombre-máquina. Estas pueden ser pasivas (como la televisión) o activas (como los juegos de ordenador o Internet).

Griffiths, M.D. (1997). Technological addictions: Looking to the future. *Artículo presentado en la 105th Anual Convention of the American Psychological Association, Chicago, Illinois.*

Adicción sexual y trastornos depresivos.- Partiendo del paradigma que encuentra similitudes de la Adicción/ Compulsión Sexual con otros trastornos adictivos tales como el alcoholismo, la drogadependencia, trastornos en la alimentación, compras compulsivas, juego patológico y otras adicciones, el presente trabajo tiene como intención realizar una somera reflexión acerca de la significativa concurrencia entre este tan poco conocido trastorno y los trastornos depresivos. Estudios realizados en una muestra confeccionada dentro de una población de adictos sexuales masculinos norteamericanos nos muestra la prevalencia de un 28% de adictos sexuales con trastornos depresivos por sobre un 12% de la población general con trastornos depresivos. En consecuencia, se destaca la posibilidad de que a mayores avances en el proceso de recuperación de un adicto sexual, menor pueda ser el proceso depresivo. Se resalta aquí la importancia que tienen dichas investigaciones para futuros diagnósticos diferenciales ya que no es muy común que una persona consulte por adicción sexual, aunque sí nos encontramos cotidianamente en la clínica con trastornos depresivos.

Maria Bernarda Romero. Adicción Sexual y trastornos depresivos. REVISTA PERSONA. 2007 ABR;7(1):25-39.

Adicción y búsqueda de sensaciones y novedades.- Existe una importante vulnerabilidad individual a la adicción que puede estar relacionada con factores de personalidad. Uno de los rasgos de personalidad más estudiado en relación a la susceptibilidad a la adicción ha sido el de búsqueda de sensaciones o de novedades. En esta revisión se analizan principalmente datos de investigación básica sobre la relación entre adicción y búsqueda de sensaciones. En modelos animales este rasgo ha sido valorado principalmente mediante la actividad motora en un ambiente nuevo, estableciéndose dos tipologías de ratas, las denominadas LR (low-responders) y las HR (high-responders) que muestran respectivamente niveles bajos y altos de actividad en dicho ambiente nuevo.

Los animales HR son más sensibles a los efectos estimulantes motores de diversas drogas y muestran mayor sensibilización conductual ante la administración repetida de la droga respecto a los LR. Además, los sujetos HR adquieren inicialmente más fácilmente la conducta de autoadministración operante de diversas drogas de abuso. La reactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal ante ciertas situaciones de estrés también es mayor en los animales HR que en los LR.

A nivel del sistema nervioso central, los sujetos HR también presentan una mayor actividad del eje hipotálamico-pituitarioadrenal.

Respecto al sistema dopaminérgico, estudios de microdiálisis muestran que la cocaína ejerce un mayor efecto neuroquímico (mayor incremento en los niveles de dopamina) en los animales HR que en los LR. Estos datos en animales a grandes rasgos se replican también en humanos, aunque existen también resultados contradictorios tanto en animales como en humanos, indicando que el tema es complejo y aún no está resuelto.

Nadal Alemany, R, La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés.

ADICCIONES. 2008;20(1).

ADICCIÓN A INTERNET

Generalidades.- La adicción a Internet es un deterioro en el control de su uso que se manifiesta como un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos. Es decir, la persona 'netdependiente' realiza un uso excesivo de Internet lo que le genera una distorsión de sus objetivos personales, familiares o profesionales. Según la Dra. Young, responder afirmativamente a cinco o más de las siguientes cuestiones es una señal clara de alarma: 1) Se siente preocupado con Internet (piensa sobre la actividad on-line anterior o anticipa la sesión on-line futura)? 2) Siente la necesidad de usar Internet durante más

tiempo cada vez que se conecta para lograr la misma satisfacción? 3) Ha hecho repetidamente esfuerzos infructuosos para controlar, reducir, o detener el uso de Internet? 4) Se siente inquieto, malhumorado, deprimido, o irritable cuando ha intentado reducir o detener el uso de Internet? 5) Se queda on-line/conectado más tiempo del que originalmente había planeado? 6) Ha sufrido la pérdida de alguna relación significativa, trabajo, educación u oportunidad social debido al uso de Internet? 7) Ha mentido a los miembros familiares, terapeuta u otros para ocultar la magnitud de su uso de Internet? 8) Usa Internet como una manera de evadirse de los problemas o de ocultar algún tipo de malestar (ejemplo sentimientos de impotencia, culpa, ansiedad, depresión)?

Young K, Síndrome de adicción a Internet, disponible en <http://netaddiction.com>

Dimensiones del problema.- La adicción a Internet, en cualquiera de sus significados, tiene cada vez mayor prevalencia en el mundo de hoy. Por ejemplo, "en Marzo de 1999 nos sorprendió una noticia que saltaba a los periódicos de toda Europa: un italiano que pasó tres días casi sin interrupción navegando por Internet tuvo que ser hospitalizado, con "confusión mental, alucinaciones y delirios", según el periódico *La República*, que lo considera un caso de intoxicación aguda de Internet" (Bermejo Mercader A, 1999). Esta noticia muestra efectos que van mucho más lejos a los que puede producir una adicción de tipo social como Internet, pero en cualquier caso representa una llamada de atención acerca de lo que empieza a conocerse como adicción a Internet, que al parecer afecta normalmente a jóvenes (de unos 30 años), con buen nivel cultural y solteros, según un psiquiatra de la universidad La Gregoriana de Roma, Tonino Cantelmi, que estima en varios cientos los afectados en Italia durante 1994.

El interés y el alcance del problema se ha extendido por la Red de redes y por los medios de comunicación, contabilizándose con más frecuencia nuevas referencias a congresos, casos y estudios relacionados con este problema. Por ejemplo, la Dra. Kimberly S. Young (Bermejo Mercader A, 1999), cifra en unos 400.000 el número de norteamericanos afectados por el IAD (Internet Addiction Disorder) -de una población de unos 20.000.000 americanos conectados. Se trataría en general de sujetos jóvenes, preferentemente varones, con un elevado nivel educativo, y hábiles en el uso de la tecnología. Se especula con la existencia de un subgrupo de usuarios caracterizado por la timidez, que encuentra en el ciberespacio la posibilidad de liberarse de la ansiedad producida por las relaciones sociales cara a cara, ganando en autoconfianza, dado el relativo anonimato que Internet proporciona.

Bermejo Mercader Alberto (1999) Adicción a Internet. En Revista Información psicológica, Alicante, España, Agosto 1999, N° 70.

Generalidades.- Desde la segunda mitad de la década de los 90 se ha asistido a la publicación de diferentes trabajos que han alertado en unos casos y alarmado en otros acerca del componente adictivo-compulsivo de Internet (Estallo J, 2000). Nada o muy poco se ha dicho acerca de la metodología de estos trabajos siendo aceptados sin más y dando lugar incluso a centros virtuales de tratamiento. Este período coincide plenamente con el de la masificación de Internet.

Por ejemplo, en el Instituto Federal Suizo de Tecnología se publicó un trabajo sobre *Internet: conducta y adicción* (Bermejo Mercader A, 1999). En su investigación, constataron la existencia de personas que demostraron conocer a más gente en la red y sentirse más perjudicados en su trabajo/finanzas/vida social; presentaban mayores tiempos de conexión a Internet; adolecían mayores sentimientos de culpa/tristeza; dedicaban más tiempo a sus ordenadores que a su ocio. A partir de sus resultados los autores se inclinaron a considerar la existencia de una conducta de características adictivas derivada del uso intenso de Internet.

La adicción a Internet puede considerarse una adicción específicamente psicológica (como la adicción al sexo, las compras, al trabajo, los videojuegos, la televisión, etc...), con características comunes con otro tipo de adicciones: pérdida de control, aparición de síndrome de abstinencia, uso excesivo de la adicción, fuerte dependencia psicológica, interferencia en la vida cotidiana y pérdida de interés por otras actividades (Echeburúa, 1994). En relación con las adicciones en general el psiquiatra Francisco Alonso-Fernández señala que los problemas aparecen (y también respecto a Internet) cuando "existe una absoluta necesidad de desarrollar esa actividad y se experimenta ansiedad si no se lleva a cabo". (Bermejo Mercader A, 1999).

Viktor Brenner, del Marquette University Counseling Center and Sunny Buffalo, Milwaukee, WI, se centró en la investigación sobre los hábitos de utilización de la Red. Diseñó un cuestionario denominado IRABC (Internet-Related Addictive Checklist). Sus resultados ponen en evidencia la existencia de un subgrupo de usuarios que han sufrido variaciones substanciales en sus hábitos de vida atribuibles al uso de la red, sin poder determinar fehacientemente la existencia de un trastorno adictivo (Bermejo Mercader A, 1999). Todas las investigaciones mencionadas sugieren la posibilidad de examinar seriamente la categorización de la adicción a Internet como una patología específica con todas sus características, síntomas típicos, etiología, pronóstico, prevalencia, comorbilidad, etc.

Estallo J (2000). Internet: Uso y abuso. Artículo presentado en el 2º Congreso de Psicología e Internet, Toledo.

Bermejo Mercader Alberto (1999) Adicción a Internet. En Revista Información psicológica, Alicante, España, Agosto 1999, N° 70.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. Clínica y Salud, 5, 251-258.

Generalidades.- Cuando una persona deja de controlar su vida, porque pasa horas y horas conectado a la red y se olvida de todo lo demás. Deja de hacer cosas importantes para su vida profesional de cara a la realidad, deja de comunicarse con sus semejantes, esposa, marido, hijos, amistades, compañeros de trabajo y familia. Deja de hacer deporte, salir al aire libre y seguir desarrollando habilidades sociales e interpersonales, deja de cuidarse físicamente en cuanto a comidas, horas de sueño y vigilia etc. Deja la lectura de libros para solo leer publicaciones en la red. Abandona los hábitos de lectura, y en general todo lo que esto implica de perder amigos, arruinarse por no trabajar y no acudir a reuniones importantes con facturas telefónicas fuertes y pérdida de la oportunidad de ganarse la vida. Matrimonios rotos, familias desunidas, dejar de estudiar, dejar de hablar y comunicarse, abandonarse físicamente e incluso enfermar.

Isabel Salama, psicóloga clínica, especialista en ciberterapia y adicción a Internet.

Generalidades.- En los países desarrollados está comenzando a emerger una nueva adicción, la adicción a Internet, que se inicia mucho más como divertimento que como trabajo, según han señalado en Madrid los expertos del primer Congreso de la Asociación Europea de Psiquiatría Social. Como en el resto de las conductas adictivas no químicas (compras, bulimia, sexo, juego y trabajo), subyacen en esta actitud de dependencia sentimientos de inseguridad, baja autoestima, vacío existencial, soledad o fracaso. Son, a juicio de los psiquiatras, procesos de patología mental fruto de las modernas tendencias que potencian de forma desmedida el consumo y la ambición, generando relaciones artificiales entre las personas y los objetos y una falta de comunicación interpersonal.

<http://www.montefiorecentral.com/notysalud/ARCHIVOS/13.htm>.

Cuadro clínico.- Lynne Roberts (Madrid López N, 2001) describió algunos de los correlatos fisiológicos relacionados con el uso intensivo de Internet:

Respuesta condicionada (aceleración del pulso, incremento de la TA) a la conexión del módem.

Estado de conciencia alterado durante largos períodos de tiempo, con una total concentración en la pantalla, similar al de la meditación o del trance (hipoprosexia).

Sueños que aparecen en forma de "scroll".

Irritabilidad importante cuando se es interrumpido por personas o circunstancias de la vida real mientras se está sumergido en el ciberespacio.

Sobre el paciente, la ciberadicción causa aislamiento progresivo familiar y social, bajo rendimiento escolar o laboral y trastornos de conducta en las esferas relacional, sexual, etc. Sobre el entorno, frecuentemente es causa de ruptura o desestructuración familiar, pérdida de empleo y, frecuentemente, quebranto económico (Argemí Renom J, 2000).

En efecto, en un estudio de Kraut y cols. (1998) se llegó a la conclusión de que Internet contribuía a reducir el círculo social y afectaba al bienestar psicológico, desplazando la actividad social y reemplazando los lazos de unión fuertes por otros más débiles. Las amistades creadas en la red parecen ser más limitadas que las respaldadas por una proximidad física.

En la adicción a Internet también se han señalado alguna consecuencia, sobre todo las derivadas de la privación de sueño (Young, 1999). La privación de sueño se produce por la inhabilidad del adicto a cortar la conexión, permaneciendo despierto hasta altas horas de la madrugada, lo cual podría dar lugar a fatiga, debilitación del sistema inmunitario y un deterioro de la salud.

El medio en el que se desenvuelve la adicción acarrea también una serie de cambios psicológicos negativos, consistentes en alteraciones del humor, ansiedad o impaciencia por la lentitud de las conexiones o por no encontrar lo que se busca o a quien se busca, estado de conciencia alterado (total focalización atencional), irritabilidad en caso de interrupción, incapacidad para salirse de la pantalla, etc. (Echeburúa, 1999).

Los problemas surgidos de la dependencia trascienden el ámbito de lo intrapersonal. Desde un punto de vista sistémico, los efectos negativos de la adicción se expresan en los ámbitos familiar, académico y profesional (Young, 1999). El adicto se aísla del entorno y no presta atención a otros aspectos de las obligaciones sociales (Echeburúa, 1999).

El paciente tiende a negar o minimizar su dependencia de la red, amparándose muchas veces en su utilidad. Por ello, no es fácil que el trastorno se haga evidente en una exploración inicial (Young, 1999; Greenfield, 1999; Echeburúa, 1999).

Del mismo modo que en otras adicciones como el alcohol y drogas o la comida compulsiva, se ha propuesto que existen una serie de disparadores y señales que son las que lanzan la conducta de "atacón" o "borrachera" en el adicto a Internet y que deben ser evaluados (Madrid López N, 2001):

Aplicaciones: Lo normal es que el adicto use una aplicación específica que es la que actúa como disparador. El evaluador debe examinar sus pautas de uso en cada aplicación particular: Qué aplicaciones usa en Internet? Cuántas horas por semana dedica a cada aplicación?

Emociones: Los adictos experimentan sensaciones placenteras cuando están conectados en contraste a como se sienten cuando están desconectados. Se deben detectar los dos extremos: Cómo se siente cuando está desconectado? Después debe determinarse si las respuestas están en un continuo de

sentimientos negativos (solo, insatisfecho, inhibido, angustiado, frustrado o preocupado). Cómo se siente cuando está usando Internet? Respuestas como excitado, feliz, desinhibido, atractivo, apoyado o deseado indican que Internet ha modificado el estado de ánimo del paciente.

Pensamientos: El pensamiento catastrófico provee de un mecanismo de escape psicológico para evitar los problemas reales o percibidos. Los adictos tienden más a menudo a anticipar los problemas.

Sucesos vitales: Una persona que no esté satisfecha con algún área de su vida puede usar el Internet como medio para evitar los problemas u olvidar el dolor, pero cuando se encuentre fuera de la red se dará cuenta de que nada ha cambiado. Es necesario evaluar si el adicto está usando Internet como medio para evitar una situación infeliz como una enfermedad, insatisfacción marital o laboral, desempleo, etc.

Uno de los primeros síntomas que son notados se refiere a la gran cantidad de tiempo que se pasa en actividades relacionadas con Internet. En la evaluación debe determinarse si el incremento del uso de Internet es algo normal por ser esta una herramienta nueva que causa una inicial fascinación, o por el contrario se ha convertido en una adicción. En esto es importante el tiempo que hace que se inició el problema.

La clínica de la adicción a internet presenta las siguientes características (Argemí Renom J, 2000):

Preocupación por el tema entre sesiones (sesión es el tiempo que dedica a Internet entre dos interrupciones).

Necesidad de una dedicación creciente.

Incremento de las horas navegando por internet.

Dificultad para terminar una sesión.

Alteraciones relacionales de la vida real (familia, amigos, etc.).

Ocultación de los síntomas.

Utilización de internet como escape de la vida real.

La presencia de cinco o más síntomas es altamente sugestiva de adicción.

Argemí Renom J (2000) Nuevas patologías en pediatría social: Ciberpatología pediátrica. Cataluña. Disponible en http://www.comtf.es/pediatrica/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/Arguemi_Renom.htm

Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones sin drogas?. Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. Bilbao: Desclee de Brower.

Greenfield, D.N. (1999). The nature of Internet Addiction: Psychological factors in compulsive internet use. Presentado en los encuentros de la APA de Boston, Massachussets, 20 de Agosto de 1999. Disponible en: <http://www.virtual-addiction.com/internetaddiction.htm>

Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopahyay, T. Y Scherlis, W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist*, 53(9), 1017-1031.

Madrid López N (2001) La adicción a Internet. Disponible en www.psicologia-online.com

Madrid López N (2001) La adicción a Internet. Disponible en www.psicologia-online.com

Young, K.S., Pistner, M., O'Mara, J. y Buchanan, J. (1999). Cyber-Disorders: The mental health concern for the new millenium. Artículo presentado en el 107th Annual Meeting of the American Psychological Association, Boston, MA., 21 de Agosto de 1999.

Categorización diagnóstica.- En los últimos años, la evidencia sobre consecuencias negativas relacionadas con el uso de Internet ha llevado a varios autores (Echeburúa y cols., 1998; Griffiths, 1997; Young, 1996; Goldberg I, 1995) a proponer la existencia de un desorden de adicción a Internet similar a los problemas que aparecen con otras conductas adictivas (juego, sexo, trabajo, etc.).

El trastorno de dependencia de la red se ha conocido con muchos nombres: desorden de adicción a Internet -Internet Addiction Disorder (IAD)- (Goldberg, 1995), uso compulsivo de Internet (Morahan-Martin y Schumacker, 1997), o uso patológico de Internet o Pathological Internet Use (PIU)- (Young y Rodgers, 1998).

La adicción a Internet es una cuestión controvertida. Hay quienes aseguran que existe, mientras otros creen imprudente hablar de una conducta adictiva a la red por el bajo número de casos descritos. El llamado Síndrome de la Adicción a Internet está suscitando polémica. Hoy en día constituye todavía un interrogante la posibilidad de que una conducta semejante sea una realidad. El hecho que Internet se considere un medio de trabajo, de extraordinaria creatividad y una vasta fuente de información y otros recursos, pone en duda para muchos su carácter adictivo. Sin embargo, los partidarios de la existencia de este síndrome definen al adicto como aquel individuo que realiza un uso excesivo de Internet lo que le genera una distorsión de sus objetivos personales, familiares o profesionales. El Center for On-Line Addiction (Madrid López N, 2001) describe este tipo de adicción como un deterioro en su control y uso que se manifiesta en un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos.

Según Alberto Estallo, psicólogo del Instituto Psiquiátrico de Barcelona, (Madrid López N, 2001) nos encontramos ante un fenómeno de relativa novedad y muy escasa investigación, " por lo que la actitud recomendable es la de una exquisita prudencia y hablar de hipotéticas enfermedades constituye un acto claro de sensacionalismo y alarma innecesaria". En opinión de Estallo, para poder hablar con autonomía de ciberadicción debe existir un abuso del recurso en cuestión y unas condiciones de tolerancia y dependencia. Cada vez es necesario un uso mayor y si no es así el sujeto experimenta síntomas similares a la abstinencia. Estallo insiste en que tampoco es posible hablar de adictos a Internet en general, ya que

la red ofrece múltiples recursos y servicios. "Se han descrito pocos casos y casi en su totalidad tienen problemas con los chats u otros recursos que cumplen con la condición de interactividad a tiempo real".

El Instituto para el Estudio de las Adicciones (IEA) se ha ocupado de describir qué tipo de personas son las que tienen más probabilidades de sufrir este tipo de dependencia. Las personas que padecen depresión, desorden bipolar, ansiedad, baja autoestima, o han padecido anteriores adicciones son las más vulnerables, según el IEA. El tratamiento del ciberadicto es parecido a otro tipo de adicciones. El paso más importante es que el sujeto afectado reconozca que está 'enganchado' y tenga valor suficiente para solicitar ayuda. Someterse a una terapia de 'desconexión' que no requiere la abstinencia total para llevar una vida normal constituye la siguiente fase.

Sin embargo, los expertos no logran ponerse de acuerdo a la hora de definir esta adicción, pero la mayoría coincide en que hay personas que pasan en la Web más tiempo de lo que podría ser considerado normal. La Universidad Humboldt de Berlín ha hecho el más reciente esfuerzo por cuantificar la adicción a Internet, en un estudio que involucra a 300.000 usuarios de la red en Alemania identificados como potencialmente adictos (López Fitanovich V, 2000).

El estudio, a cargo del departamento de Psicología de la universidad, incluye también a unas 14.000 personas que están siendo sondeadas a través de Internet. "Adolescentes y mujeres de edad son especialmente vulnerables", dice el psicólogo Andre Hahn, uno de los científicos participantes en el proyecto.

El adicto pasa un promedio de 34 horas semanales en la red, dice Hahn. Según el estudio, el usuario debe reunir cinco criterios para ser considerado como potencialmente adicto. "Estas personas están 'online' la mayor parte del día, han perdido el control de sí mismos, muestran síntomas psíquicos de aislamiento, desean pasar cada vez más tiempo 'online' y tienen problemas con su pareja o en el trabajo", señala el investigador.

Además de adolescentes y mujeres de edad, también solteros sin educación secundaria e incluso jubilados se encuentran dentro del grupo de riesgo.

Friedrich Gocht, un psicoterapeuta especializado en adicción, señala que el promedio de edad de los adictos a Internet puede aumentar (López Fitanovich V, 2000). "Muchas personas de edad tienen pocos contactos sociales y tienden a pasar mucho tiempo en línea", señala. Así lo afirma también Gabriele Farke, directora de uno de los primeros grupos de autoayuda para la adicción a Internet. "Muchas mujeres mayores de 70 años nos contactan", dice.

La adicción a Internet no es considerada oficialmente como enfermedad en la mayoría de los países, a juzgar por la bibliografía consultada. Pese al número creciente de estudios sobre el problema, no hay todavía datos esenciales sobre ella adicción, y esta falta de información dificulta también los intentos de tratamiento.

Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones sin drogas?. Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. Bilbao: Desclee de Brower.

Goldberg, I. (1995). Internet addiction disorder – Diagnostic criteria. [Documento WWW]. Internet Addiction Support Group (IASG). Disponible en: <http://www.iucf.indiana.edu/~brown/hyplan/addict.html>

Griffiths, M.D. (1997). Technological addictions: Looking to the future. Artículo presentado en la 105th Annual Convention of the American Psychological Association, Chicago, Illinois.

López Fitanovich Verónica (2000) Adicción a Internet? La diferencia entre el hábito y la adicción. Disponible en www.adictv.com/mmsfita

Madrid López N (2001) La adicción a Internet. Disponible en www.psicologia-online.com

Morahan-Martin, J.M. y Schumacker, P. (1997). Incidence and correlates of pathological internet use. Artículo presentado en la 105th Annual Convention of the American Psychological Association, Chicago, Illinois.

Young, K. S. (1996). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Artículo presentado en la 104th annual meeting of the American Psychological Association, August 11, 1996. Toronto, Canada.

Young, K.S. y Rodgers, R. C. (1998). The relationships between depresión and Internet addiction. CyberPsychology and Behavior, 1, 25-28.

Categorización diagnóstica.- Consideremos en primer lugar como ubicar a la adicción a Internet en relación con las clasificaciones del CIE y el DSM.

La clasificación internacional de enfermedades (ICD) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) no incluye la adicción a Internet como una enfermedad particular dentro de las enfermedades mentales, y la incluye dentro de la categoría "control perturbado de impulsos" (López Fitanovich V, 2000).

Las adicciones psicológicas/sin drogas no figuran incluidas como tales en el DSM-IV ni en la CIE-10. En estas clasificaciones psicopatológicas el término adicción se reserva para los trastornos producidos por el abuso de alcohol, cocaína, opiáceos, etc. Algunas adicciones como la ludopatía (también llamada juego patológico) se clasifican en el DSM-IV en el capítulo de 'trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados' (DSM-IV, 1994).

Nos indica Echeburúa y Corral (1994) que estas distinciones sólo pueden generar confusión, tanto entre los profesionales como entre el público general, por lo que es necesario realizar una reformulación de lo que se entiende por 'adicciones', para lo cual hemos de tener en cuenta que el núcleo central de una adicción no es la conducta implicada o la ingesta de una sustancia sino el tipo de relación que la persona establece con ella.

La dependencia, entendida como la necesidad subjetiva de realizar imperativamente la conducta para restaurar el equilibrio homeostático, y la supeditación del estilo de vida al mantenimiento del hábito conforman el núcleo central de la adicción (Echeburúa y Corral, 1994). No se trata de conferir atributos psicopatológicos a conductas habituales en muchas personas y mucho menos de psiquiatrizar la vida cotidiana, sino de dotar del status terapéutico adecuado a una serie de trastornos que al ser (relativamente) nuevos son afrontados desde visiones en más de una ocasión inadecuadas provocando así sesgos asistenciales y preventivos que inciden negativamente en su prevención y tratamiento.

Este vacío diagnóstico que surge de la no mención de la adicción a Internet en la CIE y el DSM ha empujado a los investigadores a desarrollar sus propios instrumentos de diagnóstico.

Quien primero estableció criterios diagnósticos para la adicción a Internet fue el psiquiatra Ivan Goldberg. Goldberg (1995) propone un conjunto de criterios para el diagnóstico del trastorno de adicción a Internet basados en los criterios diagnósticos del abuso de sustancias:

Un patrón desadaptativo de uso de Internet, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:

Una necesidad de incrementar notablemente la cantidad de tiempo en Internet para lograr satisfacción.

Notable disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de tiempo en Internet.

Abstinencia, manifestado por cualquiera de los siguientes:

El característico síndrome de abstinencia:

Cesación o reducción de un uso de Internet que ha sido grande y prolongado

Dos o más de los siguientes, desarrollados algunos días durante un mes antes: Agitación psicomotora.

Ansiedad. Pensamientos obsesivos acerca de lo que estará sucediendo en Internet. Fantasías o sueños acerca de Internet. Movimientos de tiqueo, voluntarios o involuntarios.

Los síntomas causan malestar o deterioro en las áreas social, laboral u otra área importante de funcionamiento.

El uso de Internet o un servicio similar está dirigido a aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Se accede a Internet con más frecuencia o por periodos más largos de lo que inicialmente se pretendía.

Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el uso de Internet.

Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas al uso de Internet (P.Ej., comprando libros sobre Internet, probando nuevos navegadores, indagando proveedores de Internet, organizando fichero o descargando materiales).

Actividades sociales, ocupacionales o recreativas se dejan o reducen a causa del uso de Internet.

Internet se continúa usando a pesar de saber que se tiene un persistente o recurrente problema físico, social, ocupacional o psicológico que parece ser causado o exacerbado por el uso de Internet (privación de sueño, dificultades maritales, llegar tarde a las citas por las mañanas, abandono de los deberes profesionales, o sentimientos de abandono de personas significativas).

Young ha utilizado una serie de criterios diagnósticos parecidos a estos en sus estudios preliminares (Young, 1996), basándose en los del abuso de sustancias del DSM – IV. Sin embargo, posteriormente (Young, 1996) propuso una serie de criterios adaptados de los criterios para Juego Patológico, por parecerles estos más semejantes a la naturaleza patológica del uso de Internet. Dichos criterios se estructuran en un breve cuestionario de ocho ítems:

¿Te sientes preocupado con Internet (pensamientos acerca de la última conexión o anticipas la próxima sesión)?

¿Sientes la necesidad de incrementar la cantidad de tiempo de uso de Internet para lograr la satisfacción?

¿Ha hecho repetidamente esfuerzos infructuosos para controlar, reducir. O detener el uso de Internet?

¿Se ha sentido inquieto, malhumorado, deprimido o irritable cuando ha intentado reducir o detener el uso de Internet?

¿Se queda más tiempo conectado de lo que inicialmente había pensado?

¿Ha perdido o puesto en peligro alguna relación significativa, trabajo, oportunidad educativa o profesional debido al uso de Internet?

¿Ha mentado a los miembros de su familia, terapeuta u otros para ocultar su grado de implicación con Internet?

¿Usa Internet como un medio de evadirse de los problemas o de aliviar un estado de ánimo disfórico?

De acuerdo con estos criterios, se considera adicto si responde afirmativamente a 5 o más de los ítems anteriores y los síntomas no pueden ser mejor explicados por un episodio maniaco.

Young (1999) señala que si bien esta escala da una medida de la adicción a Internet con la que se puede trabajar, es necesario un mayor estudio de su validez y utilidad clínica.

Uno de estos intentos de validar cuestionarios para el diagnóstico de la adicción a Internet se debe a David N. Greenfield. Greenfield (1999) administró un cuestionario a cerca de 18000 sujetos que visitaban la página de ABCNEWS.com. Dicho cuestionario, el VAS (Virtual Addiction Survey), examinaba el uso

general y abuso de Internet. Como resultado de este estudio, Greenfield señala un conjunto preliminar de siete criterios para la identificación y predicción de la adicción a Internet:

Nº Total de horas que pasas conectado.

Otras personas piensan que tienes un problema con Internet.

Experimentar serias consecuencias relacionadas con el uso de Internet.

Experimentar una intensa intimidación en la red.

Mantener la cantidad de tiempo que se pasa conectado como un secreto.

Edad (mas joven incrementa el riesgo de adicción).

No poder esperar para llegar al ordenador y conectarse.

American Psychiatric Association (1994). DSM – IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. Clínica y Salud, 5, 251-258.

Goldberg, I. (1995). Internet addiction disorder – Diagnostic criteria. [Documento WWW]. Internet Addiction Support Group (IASG). Disponible en: <http://www.iucf.indiana.edu/~brown/hyplan/addict.html>

Greenfield, D.N. (1999). The nature of Internet Addiction: Psychological factors in compulsive internet use. Presentado en los encuentros de la APA de Boston, Massachussets, 20 de Agosto de 1999. Disponible en: <http://www.virtual-addiction.com/internetaddiction.htm>

López Fitanovich Verónica (2000) Adicción a Internet? La diferencia entre el hábito y la adicción. Disponible en www.adictv.com/mmsfita

Young, K. S. (1996). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Artículo presentado en la 104th annual meeting of the American Psychological Association, August 11, 1996. Toronto, Canada.

Young, K, Pistner, M, O'Mara, J. y Buchanan, J (1999). Cyber-Disorders: The mental health concern for the new millenium. Artículo presentado en el 107th Annual Meeting of the American Psychological Association, Boston, MA, 21 de Agosto de 1999.

Categorización diagnóstica.- Aunque ha habido varios esfuerzos centrados en detectar la Adicción a Internet tomando como criterio el excesivo uso de la red, parece haber quedado claro que este no es un criterio válido para el diagnóstico. Muchos individuos, por razones de trabajo o estudios, deben pasar muchas horas conectados, delante del ordenador, pero eso no les convierte automáticamente en adictos. Thompson (1996) señala que, para la mayoría de las personas que pasan mucho tiempo conectados, lo que podría parecer una adicción no es sino el proceso de aprender lo máximo posible en poco tiempo. Griffiths (1998) analiza varios estudios referidos al uso excesivo de la red y concluye que en la mayoría de los casos esto es puramente sintomático.

Son numerosas las voces que proponen la inclusión de este supuesto trastorno en los manuales de clasificación (DSM-IV, ICD-10), aventurando borradores de criterios diagnósticos (Bermejo Mercader A, 1999):

1 Tolerancia (definida por los siguientes criterios).

1.1 Necesidad de incrementar las cantidades de tiempo conectado a Internet para lograr la satisfacción.

1.2 Disminución del efecto con el uso continuado de similares tiempos de conexión.

2 Abstinencia, manifestada por las siguientes características:

2.1 Síndrome de abstinencia.

2.1.1 Cesación o reducción del tiempo de conexión (cuando se han dado períodos de tiempo prolongados de uso intenso).

2.1.2 Dos o más de los siguientes síntomas aparecen después de unos días y hasta un mes de haberse producido el punto anterior.

2.1.2.1 Agitación psicomotriz.

2.1.2.2 Ansiedad.

2.1.2.3 Pensamientos recurrentes (obsesivos) acerca de lo que estará ocurriendo en Internet.

2.1.2.4 Fantasías o sueños acerca de Internet.

2.1.2.5 Movimientos voluntarios o involuntarios similares a los que se efectúan sobre un teclado.

2.1.3 Los anteriores síntomas producen malestar o deterioran las áreas social, ocupacional o cualquier otra área vital.

2.1.4 El uso de Internet o de otro servicio on-line es preciso para aliviar o suprimir los síntomas abstinenciales.

2.2 Se accede a Internet más a menudo o durante períodos de tiempo más prolongados de los que se había planeado.

Existen propósitos persistentes e infructuosos de suprimir o controlar el acceso a la Red.

Se invierte una cantidad de tiempo notable en actividades relacionadas con Internet (adquisición de libros, pruebas de nuevos browsers, organización del material descargado, etc.).

Las actividades sociales, profesionales o de recreo disminuyen o desaparecen a causa del uso de Internet.

Se permanece conectado a pesar de saber que ello supone un problema persistente y recurrente de tipo físico, social, laboral o psicológico (privación de sueño, conflictos matrimoniales, negligencia laboral, sentimientos de abandonar a los seres queridos...).

En este último sentido, es evidente que Internet está produciendo un rápido cambio en las costumbres y modos de vida de las personas, ya que en cierto sentido está modificando la forma en que nos relacionamos unos con otros. Kraut y cols. (1998) examinaron el impacto de Internet sobre 169 personas en 73 hogares, encontrando que un gran uso de Internet estaba asociado con un decremento en la comunicación con los miembros de la familia en el hogar, un decremento en el tamaño de su círculo social y un incremento en su depresión y soledad.

Bermejo Mercader Alberto (1999) Adicción a Internet. En Revista Información psicológica, Alicante, España, Agosto 1999, N° 70.

Griffiths, M.D. (1998). Internet addiction: Does it really exist? En J. Gackenbach (Ed.), Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications (pp 61-75). New York: Academic Press.

Kraut, R, Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopahyay, T. Y Scherlis, W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? American Psychologist, 53(9), 1017-1031.

Thompson, S. (1996). Internet connectivity: addiction and dependency study. Tesis de master inedita. Pennsylvania State University. Disponible en: <http://www.personal.psu.edu/~sjt11/iads/thesis.html>

Diagnóstico diferencial.- En el caso de haberse identificado una categoría para la adicción a Internet, esta debiera poder diferenciarse de otras categorías similares, particularmente de otras adicciones psicológicas como la adicción al sexo, al trabajo o al juego, especialmente porque la adicción a Internet provee estímulos para estas últimas.

Un ejemplo de la problemática lo encontramos en la relación entre adicción al sexo y adicción a Internet. Un individuo que fuese adicto a las páginas de contenido sexual, ¿sería un adicto al sexo, a Internet, o a ambos? Guerricaecheverría y Echeburúa (1997) exponen un caso clínico de adicción a las líneas telefónicas de party line y eróticas, señalando que se trata de una variante de adicción al sexo.

La pregunta es, entonces: a qué se hacen adictos los adictos a Internet? ¿Es al contenido al que acceden o es al Internet en sí? Respecto a esto Pratarelli y cols. (1999), utilizan el término de adicción al ordenador/Internet, y la definen como un desorden que depende tanto del medio como del mensaje, sin inclinarse a favor de ninguno. Esto significaría que un adicto a Internet es tanto quien se hace adicto al medio en sí (Internet) como quien se hace adicto a algún contenido en particular (por ejemplo el sexo virtual).

Varios autores (Echeburúa, 1999; Griffiths 1998) han señalado que Internet podría ser, en la mayoría de los casos, solo un medio o "lugar" donde alimentar otras adicciones o trastornos (P. Ej. adicción al sexo, ludopatía o parafilias), aunque también señalan que existen casos de adicción a Internet por sí mismo.

Según Argemí Renom (2000), la ciberadicción no solamente puede estar causada por el uso de Internet sino, como se ha dicho, por otras tecnologías relacionadas con las tecnologías de la comunicación. El grado de potencial adictivo depende, en principio, de su grado de interactividad. Así, de menor a mayor cabe considerar las siguientes formas etiopatogénicas:

Adicción a la TV.

Adicción a los videojuegos.

Adicción a la informática.

Adicción al teléfono "903" (líneas pornográficas y relacionadas).

Adicción a Internet.

Todas ellas son parecidas pero destacan por su importancia y extensión entre las diversas edades de la infancia la adicción a los videojuegos y la adicción a Internet.

Echeburúa, E., Amor, P. Y Cenea, R. (1998). Adicción a Internet: ¿una nueva adicción psicológica?. Monografías de psiquiatría, 2, 38-44.

Griffiths, M.D. (1998). Internet addiction: Does it really exist? En J. Gackenbach (Ed.), Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications (pp 61-75). New York: Academic Press.

Guerricaechevarría, C. Y Echeburúa, E. (1997). Tratamiento psicológico de la adicción al teléfono (líneas party line y eróticas): un caso clínico. Análisis y modificación de conducta, 23 (91), 697-727.

Pratarelli, M.E., Browne B.L. y Johnson, K. (1999). The bits and bytes of computer/Internet addiction: A factor analytic approach. Behavior research methods, instruments and computers, 31(2), 305-314.

Modalidades clínicas.- Las diversas modalidades en que puede presentarse la adicción a Internet deben ser también objeto de análisis. Las diferentes clasificaciones que se han propuesto se basan en dos características: la aplicación que se utiliza y el tipo de contenidos al que se accede.

Young y cols. (1999) y Greenfield (1999) distinguen cuatro modalidades de adicción a Internet. Si bien Young y cols. (1999) añaden a esta clasificación una quinta modalidad relacionada con uso obsesivo del ordenador para juegos (Doom, Myst, solitarios, etc), no la tendremos en cuenta por considerar que en ese caso Internet no está presente. La clasificación se expone en la siguiente tabla:

	MODALIDAD	APLICACIÓN	CONTENIDOS
1	Adicción cibersexual	Páginas web para adultos	Pornográficos o sexuales.

2	Adicción a ciber- relaciones	Grupos de discusión, mail, chats, etc.	Comunicación interactiva con otros usuarios.
3	Compulsiones de la red	Páginas web, en la mayoría de los casos comerciales.	Juegos de azar, comercio electrónico, subastas.
4	Buscadores de información y "vagabundos electrónicos"	Robots de búsqueda, FTP, TELNET.	Navegar por la red sin una meta específica y buscar información sobre un tema de interés.

Greenfield, D.N. (1999). The nature of Internet Addiction: Psychological factors in compulsive internet use. Presentado en los encuentros de la APA de Boston, Massachussets, 20 de Agosto de 1999. Disponible en: <http://www.virtual-addiction.com/internetaddiction.htm>

Young, K.S., Pistner, M., O'Mara, J. y Buchanan, J. (1999). Cyber-Disorders: The mental health concern for the new millenium. Artículo presentado en el 107th Annual Meeting of the American Psychological Association, Boston, MA., 21 de Agosto de 1999.

Comorbilidad. - En la mayoría de los casos lo que existe es un trastorno psicológico o carencia que se expresa a través de Internet. Con el avance de la investigación se debe hacer evidente que la mayoría de las veces la adicción a Internet no es sino un trastorno secundario a otros como la fobia social, depresión, adicción al sexo o las diversas parafilias. Si en la evaluación se detecta alguno de estos trastornos el terapeuta debe decidir cual es el trastorno que merece una atención prioritaria.

A este respecto, Griffiths (1998) señala que Internet puede fácilmente ser el objetivo de comportamientos obsesivo/compulsivos, reforzado por la gran cantidad de recursos que se pueden encontrar en la red para alimentar otras adicciones o compulsiones.

La relación entre un alto uso de Internet y el incremento en los niveles de depresión ha aparecido en varios estudios (Kraut y cols., 1998; Petrie y Gunn, 1998; Young y Rodgers, 1998). Sin embargo, existe aún mucha controversia sobre si la depresión es la causa o el efecto de la adicción a Internet. Según Pratarelli y cols. (1999), se produce un ciclo en el que la soledad y la depresión alimentan el uso del ordenador/Internet, y esto lleva a una mayor soledad y depresión. Esto se explicaría por una conducta compensatoria según la cual la actividad de los usuarios se incrementa a medida que aumentan sus sentimientos de incomunicación.

Griffiths, M.D. (1998). Internet addiction: Does it really exist? En J. Gackenbach (Ed.), Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications (pp 61-75). New York: Academic Press.

Kraut, R, Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopahyay, T. Y Scherlis, W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? American Psychologist, 53(9), 1017-1031.

Petrie, H. y Gunn, D. (1998). Internet "addiction": the effects of sex, age, depression and introversion. Artículo presentado en la British Psychological Society London Conference.

Pratarelli, M.E., Browne B.L. y Johnson, K. (1999). The bits and bytes of computer/Internet addiction: A factor analytic approach. Behavior research methods, instruments and computers, 31(2), 305-314.

Young, K.S. y Rodgers, R. C. (1998). The relationships between depresión and Internet addiction. CyberPsychology and Behavior, 1, 25-28.

Prevalencia. - Nadie está seguro sobre cuántas personas están afectadas por el uso adictivo de Internet. Pero si consideramos las estimaciones de otras adicciones como el alcoholismo o el juego patológico, podría decirse que aproximadamente pueden presentar problemas de adicción a Internet entre un 5-10% de todos los usuarios (Young K, 2001).

Según el estudio de Greenfield (1999) con sujetos de habla inglesa, principalmente norteamericanos y canadienses, habría cerca de un 6 % de los usuarios adictos a Internet. Las estimaciones de Young y Greenfield como puede apreciarse, coinciden bastante, aunque habría que ver si la misma prevalencia se mantiene en otros países, como por ejemplo los latinoamericanos, respecto de los cuales no se han encontrado estadísticas en el material consultado.

Greenfield, D.N. (1999). The nature of Internet Addiction: Psychological factors in compulsive internet use. Presentado en los encuentros de la APA de Boston, Massachussets, 20 de Agosto de 1999. Disponible en: <http://www.virtual-addiction.com/internetaddiction.htm>

Young K (2001), Qué es la adicción a Internet. Disponible en <http://w3.arrakis.es/iea/ww/netad.htm>

Teorías sobre la adicción a Internet. - En la bibliografía consultada no puede apreciarse la presencia de una teoría bien estructurada destinada a explicar específicamente el fenómeno de la adicción a Internet, tal vez porque esta patología es bastante reciente. En cambio, se han encontrado mencionadas diversas condiciones determinantes y/o predisponentes que intentan explicar la adicción, condiciones que son tanto internas (por ejemplo cierta disposición de la personalidad hacia las adicciones) como externas (por ejemplo un entorno tecnológico o social que estimula la adicción).

Según Greenfield (1999) las cualidades de Internet que parecen contribuir al potencial de la adicción están relacionadas con la velocidad, accesibilidad e intensidad de la información a la que se tiene acceso, del mismo modo que la rapidez de absorción de una droga es directamente proporcional al potencial adictivo de la droga.

Desde el punto de vista del autor mencionado, la razón de que aparezcan adicciones a comportamientos que no son posibles fuera de la red (adicción a las líneas de chat o a los juegos de red) tiene que ver con esa velocidad, accesibilidad e intensidad de la información. Las relaciones sociales resultan estimulantes para muchas personas, pero la mayoría de las veces no tienen libre acceso a ellas por el límite que impone la sociedad o ellas mismas. En las salas de chat se rompen todas esas reglas, una persona puede dirigirse a otra, decir lo que se le antoje, sentirse escuchada... y dejar de hacerlo cuando le apetezca, sin represalias.

Algo similar ocurre en el caso del cibersexo. Un ejemplo de esta fuerza adictiva lo encontramos en el caso de la adicción a las party line y líneas eróticas (Guerricaecheverría y Echeburúa, 1997). Dichos autores señalan varias características relativas al funcionamiento de estas líneas que facilitan la dependencia: disponibilidad ambiental, refuerzo inmediato, percepción de control y gran excitación emocional o sexual. Otra característica que contribuye a la capacidad adictiva de la red es el anonimato de las transacciones electrónicas (Young y cols., 1999). Este anonimato contribuye a animar los actos desviados e incluso criminales como el visionado de imágenes obscenas o ilegales (por ejemplo la pedofilia), proveer un contexto virtual que permite a los tímidos interactuar en un contexto seguro, facilitar las infidelidades vía Internet y permitir la creación de personalidades virtuales dependientes del estado de ánimo de la persona.

Según Young (1997) son varios los refuerzos y mecanismos psicológicos que llevan a la formación del hábito:

Aplicaciones adictivas: Se encuentra que las aplicaciones que más poder adictivo tienen son las que permiten al usuario interactuar con otros, como los chats y los MUDs. Al parecer, si hay algo que diferencia a los usuarios dependientes de los que no lo son es el tipo de aplicaciones que utilizan. Los usuarios no dependientes usan Internet para encontrar información y mantener relaciones preexistentes, mientras que los dependientes la usan para socializarse y conocer nueva gente, para implicarse en un grupo. De acuerdo con esto se determinan tres principales áreas de reforzamiento: apoyo social, realización sexual y creación de un personaje.

Apoyo social: Los grupos se forman rápido en el ciberespacio. Las visitas continuadas a un determinado chat o MUD hacen que se establezca una intimidad con los demás miembros, alentada por la desinhibición que se muestra en la red. Esta desinhibición es consecuencia directa del anonimato que proporciona la comunicación mediada por ordenador. Estos grupos llenan la necesidad de apoyo que tenga la persona en situaciones estresantes de enfermedad, jubilación o divorcio.

Satisfacción sexual: Hay multitud de chats que han sido diseñados para la interacción erótica, desde los más clásicos basados en texto a los más novedosos que incorporan video en tiempo real. Estas aplicaciones permiten al usuario elegir la fantasía sexual que le apetezca en el momento con solo pulsar un botón (desde la homosexualidad hasta las diversas parafilias). En estos lugares se sienten libres de ataduras por el anonimato y el sentimiento de practicar "sexo seguro". Por otro lado las personas que se sienten poco atractivas físicamente se ven liberadas de este problema.

Creación de personalidad ficticia: Internet permite crear una personalidad virtual modificando las propias características físicas que en el mundo real son inamovibles. Por ejemplo, un trabajador de la construcción de 40 años, casado y con sobrepeso, puede aparecer en la red como un joven millonario campeón de atletismo. Es una forma de reinventarse a sí mismo, de cubrir necesidades psicológicas previamente no afrontadas enmascarando la inseguridad interpersonal. Dos de estas necesidades psicológicas son la expresión de un rasgo de personalidad reprimido y los sentimientos de reconocimiento y poder.

Personalidades reveladas: Internet puede ayudar a sacar a la luz aspectos de la personalidad que estaban ocultos o reprimidos, como puede ser la agresividad. Una vez sacados a la luz, se debe de aprender a incorporarlos a la propia personalidad y no limitar esos roles al ciberespacio.

Reconocimiento y poder: Este es un elemento que se deriva de los juegos MUD, en los que se crea un personaje que va aumentando su poder a medida que consigue puntos, pudiendo llegar al liderato de otros jugadores subordinados.

Pero, ¿qué es lo que hace que algunas personas se conviertan en adictos y otros no? Hasta ahora parece ocurrir que en la mayoría de los casos Internet cubre un déficit en la personalidad del adicto. Ya que Internet es un medio de comunicación interpersonal, es aquí donde el mundo virtual puede convertirse en un sustituto de la vida real para las personas con déficits en habilidades sociales, timidez o algún tipo de complejo.

Del mismo modo que un adicto a la heroína lo es a la sustancia y no a la jeringa, es lógico pensar que en este caso lo importante es el contenido, la necesidad que cubre en una persona. Según Echeburúa y cols. (1998) la red permite cubrir dos tipos de necesidades básicas: la estimulación solitaria (búsqueda de información, imágenes, sonido, juegos, etc.) y la búsqueda de interacción social.

Hay ciertas características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones. La vulnerabilidad psicológica hacia la adicción a Internet se expresa en los siguientes factores de riesgo (Echeburúa, 1999):

Déficits de personalidad: introversión acusada, baja autoestima y nivel alto de búsqueda de sensaciones.

Déficits en las relaciones interpersonales: timidez y fobia social.

Déficits cognitivos: fantasía descontrolada, atención dispersa y tendencia a la distraibilidad.

Alteraciones psicopatológicas: Adicciones químicas o psicológicas presentes o pasadas. Depresión.

Según indicaron en Madrid los expertos del Primer Congreso de la Asociación Europea de Psiquiatría Social (2002), como en el resto de las conductas adictivas no químicas (compras, bulimia, sexo, juego y trabajo), subyacen en esta actitud de dependencia sentimientos de inseguridad, baja autoestima, vacío existencial, soledad o fracaso. Se trata de procesos patológicos fruto de las modernas tendencias que potencian de forma desmedida el consumo y la ambición, generando relaciones artificiales entre las personas y los objetos y una falta de comunicación interpersonal.

Young y Rodgers (1998) administraron el cuestionario 16 PF a un grupo de personas auto – seleccionadas, encontrando puntuaciones altas en términos de confianza en sí mismos, pensamiento abstracto, disconformidad con las convenciones sociales, reactividad emocional hacia los otros y preferencia por las actividades solitarias. Las personas dependientes de Internet suelen ser susceptibles, vigilantes y privadas. Esta tendencia hacia la introversión también fue encontrada por Petrie y Gunn (1998).

En un estudio con estos grupos de discusión McKenna y Bargh (1998) encontraron que este medio permitía a aquellos con personalidades estigmatizadas (por razones de sexo o ideología) llegar a una gran autoaceptación que en última instancia conducía a revelar a sus familiares y amigos su identidad oculta. Esto hace que la pertenencia al grupo virtual se convierta en una parte importante de su identidad.

Refiere, finalmente, Madrid López N (2001) que Internet en sí permiten el anonimato en las interacciones, lo cual hace que la comunicación por vía electrónica tenga una características que la diferencian de la que se puede dar en la vida real: la desinhibición. Consiste en una pérdida del pudor y del miedo a expresarse libremente, lo cual provee a la persona de un sentimiento de protección y libertad al mismo tiempo.

Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones sin drogas?. Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. Bilbao: Desclee de Brower.

Echeburúa, E., Amor, P. Y Cenea, R. (1998). Adicción a Internet: ¿una nueva adicción psicológica?. Monografías de psiquiatría, 2, 38-44.

Greenfield, D.N. (1999). The nature of Internet Addiction: Psychological factors in compulsive internet use. Presentado en los encuentros de la APA de Boston, Massachussets, 20 de Agosto de 1999. Disponible en: <http://www.virtual-addiction.com/internetaddiction.htm>

Guerricaechevarría, C. Y Echeburúa, E. (1997). Tratamiento psicológico de la adicción al teléfono (líneas party line y eróticas): un caso clínico. Análisis y modificación de conducta, 23 (91), 697-727.

Madrid López N (2001) La adicción a Internet. Disponible en www.psicologia-online.com

McKenna, K.Y.A. y Bargh, J.A. (1998). Coming out in the age of internet: identity "Demarginalization" through virtual group participation. Journal of personality and social psychology, 75 (3), 681-694.

Petrie, H. y Gunn, D. (1998). Internet "addiction": the effects of sex, age, depression and introversion. Artículo presentado en la British Psychological Society London Conference.

Primer Congreso de la Asociación Europea de Psiquiatría Social (2002). Disponible en <http://www.montefiorecentral.com/notysalud/ARCHIVOS/13.htm>

Young, K. S. (1997). What makes the Internet Addictive: Potential explanations for pathological Internet use. Artículo presentado en el Annual Meeting of the American Psychological Association, Chicago, IL, Agosto, 1997.

Young, K.S. y Rodgers, R. C. (1998). The relationships between depresión and Internet addiction. CyberPsychology and Behavior, 1, 25-28.

Prevención primaria.- La prevención primaria es un concepto comunitario "e implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante un periodo dado, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasiones de producir la enfermedad" (Kaplan G, 1985:43).

Las herramientas tecnológicas como por ejemplo Internet no son en sí mismas ni beneficiosas ni perjudiciales, dependiendo esto del uso que se haga de ellas. Por esta razón, resulta muy importante, como prevención primaria de la salud, educar a las personas en el uso de estas tecnologías de manera tal de poder evitar la aparición de ciertas patologías como la que aquí he descrito. Una de las formas de hacer esta prevención primaria es detectar las posibles causas que llevan a esta adicción, para lo cual debemos primero examinar en qué tipo de población aparece o qué perfil tiene el adicto.

El Center for On-Line Addiction de la Universidad de Pittsburg, dirigido por la Dra. Kimberly Young, es el pionero en este campo. Su directora asegura que "los programas de prevención son tan necesarios como los que se plantean para el alcoholismo y la drogadicción ya que hay que evitar un futuro riesgo del IA" (Lacoste Jesús, 2002).

En España, este tipo de centros son una realidad en fase expansiva. En noviembre de 2000 se fundó la Asociación Española para la Prevención y el Tratamiento de la Adicción a Internet (APTAI). Entre sus principales objetivos se recoge la voluntad de promover y apoyar todo tipo de iniciativas relacionadas con la prevención y tratamiento de la adicción a Internet. Sus miembros tienen previsto en su programa la organización de conferencias, sesiones de trabajo y encuentros periódicos entre profesionales y usuarios para debatir la actualidad del tema.

Durante el año 2000 se registró un aumento importante del acceso de los españoles a Internet. Según datos del Estudio General de los Medios, la mayoría han sido hombres de 25 a 34 años, de clase media, media-alta y que se conectan en casa y en el trabajo. Sus preferencias: navegar por la World Wide Web y el correo electrónico. Si estas cifras supondrán más adictos es una incógnita. Internet tiene muchas posibilidades y características. Tal y como manifiesta Bernardo Ruiz, psicólogo del Instituto DeTox, "la mayoría de ellas serán positivas, pero inevitablemente surgirán problemas, conflictos y, como no, conductas adictivas entre los internautas" (Lacoste Jesús, 2002).

Parte del programa de prevención primaria consiste en dar a conocer a los beneficiarios del mismo algunos indicadores que podrían indicar una futura adicción. Por ejemplo, Greenfield (1999) encuentra varios sentimientos que experimentan los usuarios dependientes de Internet y que pueden llevar a la adicción:

- Los adictos informan de una intensa intimidad cuando está conectados.
- Existe un sentimiento de desinhibición.
- Muchos adictos informan también de una pérdida de ataduras.
- Sentimientos de que el tiempo se detiene o que pasa muy rápido.
- Sentirse fuera de control cuando se está conectado.

John Suler (Bermejo Mercader A, 1999) señala la existencia de dos modelos básicos de la hipotética adicción a Internet:

- Sujetos muy aficionados e interesados por sus ordenadores que utilizan la Red para escoger información, jugar en solitario, obtener nuevos programas, etc. pero sin establecer ningún tipo de contacto interpersonal (como meta específica).
- Sujetos que frecuentan los Chats, Moods y listas de correo. Todos ellos tienen en común la búsqueda de estimulación social. Las necesidades de carácter afectivo/afiliativo son las relevantes en este contexto.

Por su parte Kimberly menciona entre los signos de alerta respecto a posibles problemas con el uso de la Red: a) Comprobación compulsiva del correo electrónico, b) tendencia reiterada a anticipar la próxima conexión a la Red, c) quejas de terceros respecto a que se invierte mucho tiempo conectado, d) quejas de terceros respecto a que se gasta demasiado dinero en conexiones a Internet (Kimberly S, 1999).

Como una tarea preventiva primaria, proponemos en esta tesina la administración de cuestionarios a aplicar a postulantes de tareas vinculadas con la informática para detectar precozmente la adicción a Internet. Uno de estos cuestionarios lo exponemos a modo de ejemplo en el Apéndice (ver).

Por su parte, algunos autores han propuesto medidas psicoprofilácticas para reducir el riesgo de Adicción a Internet, lo cual es también una tarea de prevención primaria. Es importante la detección precoz de los síntomas de adicción, pues la dificultad del tratamiento es proporcional a la intensidad y duración de la misma.

Entre las medidas profilácticas se incluye (Argemí Renom J, 2000) que no es recomendable que los niños tengan el televisor en la habitación: la accesibilidad limitada a Internet es un elemento esencial de la profilaxis. Esta limitación debe ser horaria y de contenidos. Estos últimos pueden lograrse mediante los llamados "filtros". Desde hace tiempo existen en el mercado, especialmente el americano, programas informáticos que permiten limitar el acceso a internet de los niños. Se trata de programas que filtran palabras clave referentes a los temas que se quieren evitar: "sexo", "pornografía", "pederastia", etc. A veces los proporcionan gratuitamente asociaciones de padres, instituciones religiosas, etc. Son útiles como coadyuvantes en situaciones difíciles de controlar: niños que están solos en casa, aulas informáticas de los colegios, etc; sin embargo, nada puede sustituir la labor del padre o maestro en la formación del recto criterio en el niño y el adolescente.

Finalmente, diremos que la prevención primaria implica considerar los factores de riesgo de esta adicción. Internet es un conjunto de recursos con diferentes funciones accesibles on-line. Generalmente, los adictos a Internet tienden a formar una atadura emocional con los amigos on-line y las actividades que ellos crean dentro de las pantallas de su ordenador (Young K, 2001). Disfrutan con esos aspectos de Internet pues les permite encontrarse, hablar e intercambiar con nuevas personas a través de las aplicaciones interactivas de Internet (como los chat, juegos on-line o los newsgroups). Estas comunidades virtuales crean un vehículo para escapar de la realidad y buscar formas de llenar las necesidades emocionales y psicológicas.

Los usuarios de Internet, sobre todo aquellos que están solos e inseguros en la vida real, aprovechan esta libertad y rápidamente vierten fuera sus sentimientos más fuertes, secretos más oscuros y los deseos más profundos. Esto crea una falsa ilusión de intimidad, pero cuando la realidad pone de manifiesto las limitaciones que tiene confiar en una comunidad anónima para el amor y el cuidado (ya que esto sólo pueden ofrecerlo las personas reales), Internet genera una gran desilusión y dolor.

En Internet pueden crearse personalidades muy diferentes a como uno es en realidad. Las personas que usan esta falsa identidad cultivan un cierto "mundo de fantasía" dentro de las pantallas del ordenador. Las personas con mayor riesgo de crear esta nueva pseudo-identidad on-line son las que presentan baja autoestima, sentimientos de insuficiencia y miedo a la desaprobación de los demás. Estos rasgos también

pueden conducir a otros trastornos como la depresión y ansiedad, que pueden entrelazarse con el uso excesivo de Internet (Young K, 2001).

¿Son las personas que sufren de otros problemas psicológicos o adicciones las que tienen más probabilidad de sufrir adicción a Internet? Las tendencias indican que estas personas son más vulnerables e incluyen a las mujeres y hombres que ya padecen depresión, desorden bipolar, ansiedad, autoestima baja, o las personas que tratan de recuperarse de una adicción anterior. Muchos netadictos admiten abiertamente tener una "personalidad adictiva" y que previamente abusaron de la medicación, alcohol, tabaco o comida. El subgrupo de individuos que padecen adicción al sexo presenta un riesgo mayor para desarrollar una adicción a Internet pues en el ciberespacio encuentran una manera de cumplir sus necesidades sexuales. Su único uso de Internet es para conectarse a Cybersex o buscar Cyberporno.

Argemí Renom J (2000) Nuevas patologías en pediatría social: Ciberpatología pediátrica. Cataluña. Disponible en http://www.comtf.es/pediatría/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/Arguemi_Renom.htm

Bermejo Mercader Alberto (1999) Adicción a Internet. En Revista Información psicológica, Alicante, España, Agosto 1999, N° 70.

Greenfield, D.N. (1999). The nature of Internet Addiction: Psychological factors in compulsive internet use. Presentado en los encuentros de la APA de Boston, Massachussets, 20 de Agosto de 1999. Disponible en: <http://www.virtual-addiction.com/internetaddiction.htm>

Kaplan G., (1985) Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires, Paidós.

Kimberly S. (1999) Sin título. Disponible en <http://www.pitt.edu/~ksy/welcome.html>

Lacoste Jesús (2002) Existe realmente la adicción a Internet? Disponible en <http://profesional.medicinatv.com>

Young K (2001), Qué es la adicción a Internet. Disponible en <http://w3.arrakis.es/iea/ww/netad.htm>

Tratamientos cognitivos y conductuales de la adicción a Internet.- En España, Echeburúa (1999) ha elaborado un programa de tratamiento para adicciones psicológicas que también es aplicable en el caso de Internet. Este programa consta de los siguientes elementos:

Control de los estímulos vinculados a la adicción: En una primera fase de la terapia se ha de evitar la conexión, pero tras un periodo de abstinencia total se ha de tratar de limitar el tiempo de conexión (al margen de las obligaciones laborales) a no más de 120 minutos/día, atender el correo 1 vez al día y a una hora concreta, de conectarse en compañía, sin quitar horas al sueño y de eliminar los pensamientos referidos a la red cuando no se está conectado.

Exposición prolongada a los elementos suscitadores del ansia por la conducta adictiva: La evitación de los estímulos en la mayoría de los casos es insuficiente, pues esta no se puede mantener indefinidamente, ya que aumenta el riesgo de recaídas. La recuperación total se consigue cuando se expone a los indicios de riesgo de forma regular y progresiva y es capaz de resistirse a ellos sin escape.

Solución de problemas específicos: Deben controlarse varios aspectos relacionados con la abstinencia: control del ansia por implicarse de nuevo en la conducta, control de la ansiedad, control de la depresión, control de los conflictos interpersonales.

Creación de un nuevo estilo de vida: Lo esencial es promover un equilibrio adecuado entre deberes y deseos.

Prevención de recaídas: La mantención de los logros terapéuticos es más sencilla cuando hay abstinencia total, pero si esto no es posible el objetivo será enseñar a la persona a usar Internet de forma controlada. Algunas de las estrategias que podrían usarse son: Identificación de situaciones de alto riesgo, respuestas de enfrentamiento a situaciones problema, cambio de expectativas sobre las consecuencias de la implicación en la conducta adictiva.

Puesto que en la mayoría de los casos la abstinencia en este tipo de adicción no es posible, Young (1999) revisa los modelos de bebida controlada y entrenamiento en moderación para trastornos alimenticios, ya que Internet parece tener la misma habilidad para proveer alivio emocional, escape mental y maneras de eludir los problemas que tiene el alcohol, las drogas, la comida o el juego, y propone el siguiente conjunto de estrategias de tratamiento:

Practicar lo contrario en el tiempo de uso de Internet: Es necesario previamente evaluar lo hábitos de uso de Internet: cuando, cuantas veces, dónde y durante cuanto tiempo se produce la conexión. La técnica consiste en romper la rutina para adaptarse a un nuevo horario. Por ejemplo, si lo primero que hace el paciente al levantarse es chequear el correo, podemos sugerir que lo haga después de desayunar, si se conecta al llegar a casa hacerle conectarse solo después de cenar. El objetivo es romper con los hábitos de conexión.

Interruptores externos: Se trata de usar cosas que el paciente tenga que hacer o sitios donde ir como señales que le indiquen que debe desconectar. Como ayuda a estas alarmas naturales se pueden usar relojes o alarmas de tiempo.

Fijar metas: Para evitar las recaídas se puede elaborar un horario realista que permita al paciente manejar su tiempo. Se puede elaborar un esquema de conexiones breves pero frecuentes. El tener un horario tangible puede permitir tener sensación de control.

Abstinencia de una aplicación particular: Una vez se ha identificado la aplicación que resulta más problemática para el paciente, este debe dejar de utilizarla. Esto no significa que no pueda usar otras aplicaciones relacionadas con la red. Si el paciente encuentra problemas con el las salas de chat, entonces no debe usarlas más, pero si puede usar el correo electrónico o los navegadores Web.

Usar tarjetas recordatorias: Para mantener al paciente centrado en la meta de la abstinencia o la reducción de uso podemos pedirle al paciente que haga una lista de los cinco principales problemas causados por la adicción a Internet y otra con los cinco principales beneficios de estar desconectado de Internet o abstenerse de usar una aplicación. La lista puede ser transcrita en una tarjeta que pueda llevar consigo. Le podemos sugerir que saque la tarjeta cada vez que piense en usar Internet, y que apunte todos los beneficios que le cause la abstinencia o reducción de uso así como los efectos negativos que le cause su uso.

Desarrollar un inventario personal: Al mismo tiempo que el paciente intenta cortar el uso de Internet, podemos sugerir que cultive una actividad alternativa. El paciente debe elaborar un inventario personal de las cosas que ha dejado de hacer a causa de su adicción, para luego clasificarlas en "muy importante", "importante" o "no muy importante". Debemos hacer que el adicto examine especialmente las actividades "muy importantes" para que se haga consciente de lo que ha perdido y le gustaría recuperar.

Por su parte, otros autores (Bermejo Mercader A, 1999), proponen otros criterios cognitivo-conductuales. En general las técnicas que pueden emplearse en los casos de uso abusivo de Internet son:

Control de estímulos. Establecimientos de tiempos límite de conexión. Control del acceso al ordenador. Utilización de contraseñas por parte de la familia. Revisión del correo electrónico con arreglo a determinados criterios, etc.

Exposición en vivo con prevención de respuestas. Sobre todo en aquellos casos en los que se pretenda una abstinencia prolongada y siempre en las primeras intervenciones terapéuticas. Dependiendo del caso, los sujetos deben exponerse ante el ordenador (apagado, o usado por otras personas) sin poder utilizarlo por el tiempo que se considere necesario.

Ofrecer conductas gratificantes alternativas. Promover otras conductas gratificantes para el sujeto.

Uso de estrategias de resolución de problemas.

Entrenamiento de Habilidades Sociales, en aquellos casos donde se detecte un déficit de habilidades. Suelen detectarse entre usuarios de Internet enganchados a los IRC (Internet Relay Chats), los programas para charlas virtuales.

Reestructuración cognitiva. De todas aquellas creencias irracionales y desadaptativas relevantes en el trastorno.

Otras técnicas: terapia de pareja, autoinstrucciones, estrategias de búsqueda de empleo, etc.

El modelo del tratamiento es similar al utilizado en los programas de comida compulsiva o alcoholismo. La clave está en identificar los 'gatillos', factores o situaciones que disparan el uso no controlado de Internet y re-aprender a realizar un uso moderado (Young K, 2001)

Bermejo Mercader Alberto (1999) Adicción a Internet. En Revista Información psicológica, Alicante, España, Agosto 1999, Nº 70.

Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones sin drogas?. Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. Bilbao: Desclee de Brower.

Young K (2001), Qué es la adicción a Internet. Disponible en <http://w3.arrakis.es/iea/ww/netad.htm>

Young, K.S., Pistner, M., O'Mara, J. y Buchanan, J. (1999). Cyber-Disorders: The mental health concern for the new millenium. Artículo presentado en el 107th Annual Meeting of the American Psychological Association, Boston, MA., 21 de Agosto de 1999.

Tratamientos sistémicos de la adicción a Internet. - En la bibliografía revisada sobre este tema no se han encontrado referencias explícitas a tratamientos sistémicos clásicos donde es el grupo familiar quien se trata. Sin embargo, se han encontrado algunas formas de intervención que tienen en cuenta la perspectiva sistémica, por cuanto consideran que actuar sobre el entorno, sobre el 'sistema' del cual forma parte el paciente, puede producir efectos terapéuticos.

Según Echeburúa (1999), en todo caso, la terapia familiar será necesaria en aquellos casos en los que las relaciones familiares se han interrumpido o han sido negativamente afectadas. La intervención en estos casos debe estar centrada en:

- Educar a la familia en lo adictivo que puede llegar a ser Internet.
- Reducir la culpa en el adicto por su comportamiento.
- Promover la comunicación abierta sobre los problemas premórbidos que llevaron al adicto a implicarse en el abuso de Internet.
- Animar a la familia a colaborar en la recuperación del adicto ayudándole a encontrar nuevas ocupaciones, tomándose unas vacaciones o escuchando sus sentimientos.

Para Argemí Renom (2000), para el tratamiento de esta patología es necesaria la intervención de la familia con la ayuda de un profesional ya sea un pediatra un psicólogo u otra persona entrenada. En general la deshabituación consiste en plantear seriamente el problema al paciente y ofrecerle alternativas como ejercicio físico, actividades reales, comunicación con la familia.

El aprovechamiento de las redes sociales ha sido otra propuesta terapéutica para la adicción a Internet. Autores como Echeburúa (1999), por ejemplo, proponen entrar en un grupo de apoyo. Puesto que el apoyo social de la red contribuye a la adicción de aquellos con estilos de vida solitarios, sería conveniente

ayudarles a encontrar un grupo de apoyo que se refiera a su situación. Por ejemplo, si un individuo ha perdido recientemente a su pareja, podríamos sugerir que entrase a formar parte en una asociación de viudos o que se implicase en actividades de la comunidad.

En la misma línea se inscriben otras propuestas. Dejando a un lado la controversia sobre si existe un trastorno de adicción a Internet en sí mismo, lo que parece quedar claro es que existe un incremento en las demandas de ayuda por problemas relacionados con el uso de la red (Young y cols., 1999).

Debido a esta demanda (Madrid López N, 2001) se han desarrollado programas de tratamiento, sobre todo en los EEUU, que tratan de recuperar al adictos en forma muy parecida a como ya lo hacen otros programas como Alcohólicos Anónimos o los Jugadores en Rehabilitación. Una de las primeras propuestas fue la creación de un grupo de apoyo vía Internet, el IASG (Internet Addiction Support Group; Goldberg, 1995). Este grupo permite que los adictos se apoyen entre sí, se conozcan y empiecen a reconocer su problema. Sin embargo, también ha sido criticado, ya que en cierta forma tener un grupo de apoyo en la red es como una reunión de Alcohólicos Anónimos en un bar (Grohol, 1997).

Según Young K (2001), existen ciertas dificultades en el tratamiento de este tipo de adicción. La dificultad más importante para realizar un tratamiento está relacionada con el rechazo o negación del adicto a Internet hacia el problema. De la misma manera que en el alcoholismo, el adicto a Internet debe comprender primero que tiene un problema y contar con suficiente motivación para buscar ayuda.

Muchas personas creen que la única manera de superar la adicción a Internet es cortando el modem o tirando el ordenador. Pero esto no sirve de mucho, más aún si tenemos en cuenta que Internet es una herramienta productiva. Lo importante es encontrar un equilibrio entre el uso educativo o laboral y el resto de usos y actividades.

Finalmente, consignemos que como muchos otros comportamientos problemáticos, la adicción a Internet puede tratarse solamente como un síntoma primario o como un trastorno secundario. La depresión (Petrie y Gunn, 1998; Young y Rodgers, 1998), la fobia social (Echeburúa, 1999) o la adicción al sexo (Greenfield, 1999) son alguno de los trastornos que pueden ser los responsables de una sobreimplicación en la red. En estos casos el tratamiento específico para estas disfunciones debe ser adaptado al medio en el que se produce.

Petrie, H. y Gunn, D. (1998). Internet "addiction": the effects of sex, age, depression and introversion. Artículo presentado en la British Psychological Society London Conference.

Argemí Renom J (2000) Nuevas patologías en pediatría social: Ciberpatología pediátrica. Cataluña. Disponible en http://www.comtf.es/pediatrica/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/Arguemi_Renom.htm

Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones sin drogas?. Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. Bilbao: Desclee de Brower.

Goldberg, I. (1995). Internet addiction disorder – Diagnostic criteria. [Documento WWW]. Internet Addiction Support Group (IASG). Disponible en: <http://www.iucf.indiana.edu/~brown/hyplan/addict.html>

Greenfield, D.N. (1999). The nature of Internet Addiction: Psychological factors in compulsive internet use. Presentado en los encuentros de la APA de Boston, Massachussets, 20 de Agosto de 1999. Disponible en: <http://www.virtual-addiction.com/internetaddiction.htm>

Grohol, J.M. (1997). Internet addiction disorder: An examination of the facts. [Documento WWW]. Mental Health Net. Disponible en: <http://www.cmhc.com/archives/editor22.htm>

Madrid López N (2001) La adicción a Internet. Disponible en www.psicologia-online.com

Young K (2001), Qué es la adicción a Internet. Disponible en <http://w3.arrakis.es/iea/ww/netad.htm>

Young, K.S. y Rodgers, R. C. (1998). The relationships between depresión and Internet addiction. *CyberPsychology and Behavior*, 1, 25-28.

Young, K.S., Pistner, M., O'Mara, J. y Buchanan, J. (1999). Cyber-Disorders: The mental health concern for the new millenium. Artículo presentado en el 107th Annual Meeting of the American Psychological Association, Boston, MA., 21 de Agosto de 1999.

AFASIA

Definición.- Defecto en la habilidad para comunicarse (mediante el habla, por escrito o por signos) y/o para comprender el lenguaje hablado o escrito ocasionado por enfermedad o lesión del cerebro.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definición.- Entidad compleja en la cual el niño presenta severas dificultades para la adquisición de la audición, del habla e igualmente de la lectura y escritura. Muchos autores ubican la dislexia, en su forma más severa, dentro de la afasia (pág. 32). La afasia implica una alteración de la comprensión y expresión del lenguaje debida a lesión cerebral.

Condemarin Mabel y Blomquist Marlys, La dislexia. Manual de lectura correctiva, Ed. Universitaria SA, Chile, 1970.

Definición.- "Trastorno del lenguaje que sobreviene como consecuencia de una lesión cerebral. Existe acuerdo en cuanto al carácter focal, y no generalizado o difuso, de las lesiones cerebrales que la origina. Por el contrario, hay desacuerdo sobre la descripción de la naturaleza de la afasia y qué trastornos lingüísticos deben incluirse bajo dicho término. Los síndromes afásicos pueden ser corticales o subcorticales".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 373.

Clasificación.- Hay al menos 113 clasificaciones de afasias, siendo la clásica la de Wernicke, aunque dicho modelo –muy extendido– se muestra hoy en día insuficiente. Inicialmente se clasificaron las afasias según fueran sensoriales o motoras, pero también pueden utilizarse otros criterios, como el tipo de producción verbal (afasias fluidas o no fluidas), y otros como la capacidad de repetición. Se trata de parámetros neo-asociacionistas, que se tienen en cuenta para la siguiente clasificación.

1) *Afasias perisilvianas*.- Son tres: la afasia de Wernicke (o sensorial o receptiva), la afasia de Broca (o motora o expresiva) y la afasia de conducción. La primera deriva de una lesión en el área 22 de Brodman (lóbulo temporal), la segunda de una lesión en el área 44 de Brodman (lóbulo frontal), y la tercera de una lesión en las fibras que unen o conectan ambas zonas, resultando entonces una pérdida de coordinación entre los centros sensorial de Wernicke y motor de Broca. En la afasia de Wernicke hay dificultad para comprender las palabras y sustituye fonemas y palabras equivocadamente. En la afasia de Broca tiene dificultades para expresarse, apareciendo por ejemplo agramatismo o lenguaje telegráfico, además de dificultades de articulación.

2) *Afasias marginales*.- Se producen por lesiones en las áreas marginales posteriores y anteriores. Respecto de las áreas marginales posteriores, las lesiones se producen en el área temporo-parieto-occipital, y se clasifican en tres: afasia sensorial transcortical (similar a la afasia de Wernicke), afasia anómica (o semántica) y alexia con agrafia. En cambio las lesiones en las áreas marginales anteriores (zona frontal por delante del área de Broca) dan la afasia motora transcortical.

3) *Otros síndromes afásicos*.- a) Afasia global: implica un daño masivo en todas las áreas del lenguaje. (áreas perisilvianas y marginales). b) Afasias subcorticales: hay un estado inicial de mutismo que luego puede evolucionar con producciones verbales anormales como parafrasis, etc. Pueden ser talámicas y cápsulo-putaminales. c) Afasias puras: afectan una sola modalidad, sea esta receptiva o expresiva. Entre ellas encontramos la sordera verbal pura (se comporta como si fuera sordo porque quedó desconectada el área de Wernicke y no puede decodificar el mensaje), la alexia sin agrafia, la agrafia y la anartria (dificultades fonético-articulatorias).

4) *Afasia cruzada*.- Es la que sufre un paciente diestro como consecuencia de una lesión ocurrida en el hemisferio derecho, y su naturaleza no está muy bien estudiada.

Manning Lilianne, Neuropsicología del lenguaje: visión clásica. El material es una síntesis del punto 1.6 (págs. 44-62).

Clasificación.- 1) Clasificación clásica.- Divide a las afasias en motoras, sensoriales, totales, de conducción o afasia insular, y alexia con agrafia. Las afasias motoras a su vez pueden ser subcorticales (o genuina), corticales (o de Broca), y transcorticales (o de Lichtheim). Las afasias sensoriales pueden ser subcorticales (o genuina), corticales (o de Wernicke) y transcorticales (o de Lichtheim).

2) Clasificación según Luria.- Afasia acústico agnósica, afasia acústico amnésica, afasia motora aferente, afasia motora eferente, afasia semántica y afasia amnésica.

3) Clasificación norteamericana.- Síndromes con trastornos de la repetición (afasia de Broca, afasia de Wernicke, afasia global y afasia de conducción), y síndromes sin trastornos de la repetición (afasia transcortical motora, afasia transcortical sensorial, afasia transcortical mixta, afasia anómica, afasia subcortical).

4) Clasificación francesa (Lecours y Lhermitte).- Afasia de Broca (forma común; forma casi limitada a un trastorno articulatorio); afasia de Wernicke (tipo 1: propiamente dicha; tipos 2: repetición conservada; tipo 3: con disturbio predominante en escritura); afasia de conducción; afasia amnésica; afasia mixta; y afasia global.

Tamaroff L y Allegri R (1995) Introducción a la neuropsicología clínica. Buenos Aires: Ediciones Libros de la Cuadriga.

Clasificación de Head.- Tiene en cuenta la alteración de las estructuras según su nivel evolutivo. Desde el nivel superior al inferior son: 1) Afasia semántica: alteración del juicio, es decir, narrar, abstraer, repetir párrafos, etc. Al paciente se le pide que comente un párrafo pero en lugar de narrar repite frases sueltas del mismo. 2) Afasia sintáctica: no puede construir frases, no puede repetir una frase, emite palabras sueltas. 3) Afasia nominal: altera los nombres. 4) Afasia verbal o motora: altera el sonido.

Casteluccio (1985) Clases de Correlaciones de la clínica médica. Buenos Aires, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano.

AFECTACIÓN

Definición.- En psiquiatría se refiere a un modo o a una conducta artificial. Se encuentra entre personas que no son estrictamente casos mentales, aunque a veces se destaca en la histeria y en la fase maníaca de la psicosis maníaco-depresiva. Es una forma de simulación porque es un esfuerzo apenas disimulado para hacer el papel de otro, generalmente con el fin de ganar aprecio.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

AGITACIÓN PSICOMOTORA

Definición.- "Sucesión de gestos, movimientos y conductas, rápidos, muy frecuentes, de elevada frecuencia y variada forma de presentación".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 606.

AGNOSIA

Definición.- Incapacidad parcial o total para reconocer estímulos sensoriales.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definición.- Pérdida de la capacidad de reconocer los objetos, no obstante estar intacta la percepción de los sentidos.

Condemarín Mabel y Blomquist Marlys, La dislexia. Manual de lectura correctiva, Ed. Universitaria SA, Chile, 1970, p. 32.

Definición.- Reconocimiento alterado de un objeto, no debido a defectos sensoriales, deterioro mental, desórdenes de conciencia, atención o desconocimiento del objeto. Este mismo debe ser reconocido por el sujeto por otro de sus sentidos.

Tamaroff L. y Allegri R., Introducción a la neuropsicología clínica, Ed. Libros de la Cuadriga, Bs. As., 1995, p. 48.

Clasificación.- La siguiente clasificación de agnosias es según el área sensorial afectada:

a) Agnosia auditiva (Sordera Psíquica)

Global: Sordera psíquica global.

Parciales: Para ruidos; Amusia (para la música); Sordera Verbal (para fonemas).

b) Agnosia táctil (Astereognosia)

Primarias: Amorfoagnosia (no reconoce formas); Ahylagnosia (no reconoce materiales).

Secundaria: Asimbolia táctil (no reconoce objetos).

c) Agnosia visual

Para cosas, personas (prosopagnosia), situaciones, imágenes, símbolos, colores.

Espacial. Puede ser: trastorno en la percepción espacial; trastorno en manipulación de datos espaciales; trastorno en la memoria topográfica.

Alexia agnósica (problemas en reconocer signos gráficos del lenguaje).

Tamaroff L. y Allegri R., Introducción a la neuropsicología clínica, Ed. Libros de la Cuadriga, Bs. As., 1995, p. 48-72.

Agnosia táctil.- "Imposibilidad de reconocer los objetos a través del tacto en ausencia de trastornos sensitivos primarios. De acuerdo con la descripción clásica de Delay, se distinguen tres grados de identificación: 1) de los aspectos más elementales como superficie, temperatura, tamaño (hilognosia); 2) de la configuración tridimensional (morfognosia); 3) reconocimiento del objeto (estereognosia)" (pág. 195).

Tallis J y Soprano M (1991), Neuropediatría. Neuropsicología y aprendizaje. Buenos Aires: Nueva Visión.

Agnosia visual.- "Bajo este término se engloba una serie de trastornos de las funciones perceptivas que conciernen a la discriminación, la identificación y el reconocimiento, por el canal visual únicamente, de los objetos, de los rostros y de sus representaciones, de las formas significativas o no significativas, de los datos espaciales, no existiendo ningún otro trastorno elemental de la visión, ni déficit de las funciones mentales superiores, por lo menos en un grado suficiente como para dar razón de los disturbios. A grandes rasgos podemos distinguir los siguientes tipos: 1) agnosias para los objetos inanimados y para las imágenes; 2) agnosias para los objetos animados, y para las fisonomías (prosopagnosia); 3) agnosia para los colores; 4) agnosia para los símbolos gráficos (alexia agnósica); 5) Agnosias espaciales" (pág. 193).

Tallis J y Soprano M (1991), Neuropediatría. Neuropsicología y aprendizaje. Buenos Aires: Nueva Visión.

Definición.- Incapacidad para reconocer la información sensorial, sin que estén alterados los órganos de los sentidos y sin que haya déficit intelectual. El reconocimiento de objetos es un acto complejo que implica poder sintetizar la información sensorial y los recuerdos. Son debidas a lesiones parietales.

Casteluccio (1985) Clases de Correlaciones de la clínica médica. Buenos Aires, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano.

Definición.- La pérdida de la facultad de transformar sensaciones simples en percepciones propiamente dichas. Según Plötzl, la percepción en agnosia puede ser: a) muy retardada; b) incompleta; c) confundida en el círculo de la misma categoría de conceptos; d) fundida con impresiones ajenas anteriores, perturbada en su continuidad. Las concepciones fallidas muestran, en su dinamismo, semejanza con los sueños; e) completa. En psiquiatría se emplea este término para indicar la pérdida o desuso del conocimiento de objetos cuando este conocimiento parece alterarse por circunstancias de orden emotivo. No es raro que ciertos pacientes de demencia precoz, cuyos aparatos visual e intelectual

están intactos, sostengan que no conocen en absoluto a los parientes o allegados que tienen delante. El deseo de no conocerlos causa una especie particular de agnosia. Puede provocarse una agnosia completa bajo el estado hipnótico. También puede observarse en individuos histéricos y epilépticos, que a veces no reconocen objetos familiares. Suele ocurrir que pacientes deprimidos con una sensibilidad agudizada de culpabilidad pueden separar, de las cosas y circunstancias que los rodean, tan solo aquéllas que los hacen sentirse aprisionados; su sensación de vivir en prisión puede llegar a un grado tal de intensidad que los lleve a una agnosia psíquica de la naturaleza verdadera del medio que los rodea.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Agnosia auditiva.- "Es un defecto en la capacidad de reconocer la naturaleza de los estímulos auditivos (ruidos, palabras, música). Se trata de pacientes que, a pesar de tener intactas o muy poco alteradas las capacidades auditivas primarias, son incapaces de identificar el significado o la naturaleza de los estímulos no verbales (sordera psíquica), de distinguir tonos o melodías (sordera para tonos, para melodías, amusia) o de comprender el lenguaje mientras las otras esferas de ésta se hallan intactos (sordera verbal)" (pág. 195).

Tallis J y Soprano M (1991), Neuropediatría. Neuropsicología y aprendizaje. Buenos Aires: Nueva Visión.

AGORAFOBIA

Definición.- (Psicoanálisis) Temor morboso insoportable de estar en plazas o en calles angostas o anchas, síntoma de *histeria de angustia*. El enfermo cree correr peligro en lugares abiertos. El Yo desarrolla una angustia de señal (Signalangst) que ha de servir para evitar los lugares donde el enfermo, según él se imagina, corre peligro. Se trata la más de las veces de angustias infantiles que se combinan con el miedo a la castración. Tiene particular significado la persona acompañante, significado que está psicológicamente determinado. Según Helene Deutsch, la persona acompañante corresponde regularmente al padre o a la madre, en el cual recae el odio del *complejo de Edipo*. El enfermo fastidia a la persona acompañante por su obligación, y al mismo tiempo le está agradecido por su solicitud, lo que da, a su vez, nuevo alimento al odio. (H. Deutsch, Zur Genese der Platzangst). (Al.: Platzangst.)

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- La CIE-10 caracteriza la agorafobia "con un sentido más amplio que el original y que el utilizado aún en algunos países. Se incluyen en él no sólo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar). El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa" (pág. 171). La caracterización que hace el DSM-IV no difiere sustancialmente de la anterior.

CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento, Madrid, Organización Mundial de la Salud, 1992.

AGRAFIA

Definición.- La incapacidad de escribir correctamente letras o palabras no obstante ser normal la inteligencia y la capacidad de mover la mano.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

AGRAMATISMO

Definición.- Perturbación del lenguaje, que consiste en hablar empleando verbos en infinitivo, con supresión de algunas partes de la oración (lenguaje telegráfico).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "Alteración del lenguaje que se da en cuadros afásicos que se caracteriza por una dificultad para utilizar correctamente las relaciones gramaticales y sus reglas. Los pacientes agramáticos no pueden unir las palabras para formar secuencias sintácticamente correctas".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 373.

AGUDO

Agudo y crónico.- Lo agudo es lo actual o transitorio, y lo crónico lo permanente. Esta distinción apunta a la evolución de la enfermedad, e incluso a su forma de comienzo, pero no a su origen o etiología.

Lo AGUDO significa o bien algo grave, o bien algo repentino, paroxístico, que puede ser la forma de comienzo de la enfermedad, como puede ser la manía o la melancolía. Lo contrario sería una forma de comienzo INSIDIOSA, generalmente de pronóstico más grave. Cuando tal manifestación aguda desaparece se dice que ocurrió una REMISIÓN del síntoma. Lo agudo puede consistir en brotes, como la esquizofrenia, o en fases, como en la psicosis maniaco-depresiva. La diferencia está en que el brote deja defecto.

Lo CRÓNICO tiene una evolución continua, progresiva y, en general, irreversible. Afecta el sistema permanente de la personalidad. Una esquizofrenia es una psicosis crónica, y su comienzo puede ser brusco, por brotes (forma paranoide o catatónica) o insidioso (la forma simple de la esquizofrenia). La cronicidad es de peor pronóstico pues se considera que los brotes son intentos de curación, y entre brote y brote el paciente está estabilizado, o compensado como dice el psiquiatra (disminuye o desaparece su sintomatología).

En suma: comienzo (agudo, insidioso); evolución (por brotes, por fases, crónica).

Considerando el eje agudo-crónico, las enfermedades mentales pueden ser:

Agudas y paroxísticas	Manía Distimia o psicosis afectivas Melancolía Psicosis maniaco-depresiva	Endógenas
	Psicosis (delirios agudos) Delirantes (síndrome de automatismo mental) Agudas (síndrome confusional)	Exógenas
Crónicas, o delirios crónicos, o psicosis delirantes crónicas	Paranoia Parafrenia Esquizofrenia	

El síndrome confusional es siempre de causa tóxica, tumoral, traumática o infecciosa. Los delirios crónicos incluyen la paranoia y la parafrenia: solamente Ey agrega la esquizofrenia.

Condensado de López Susana y Hemmingsen Isabela, Trastornos de la percepción y el pensamiento. Clases de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Setiembre/Octubre 1995.

ALCOHOLISMO

Definición.- Es una enfermedad crónica producida por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, lo cual interfiere en la salud física, mental, social y/o familiar así como en las responsabilidades laborales. <http://www.tuotromedico.com/temas/alcoholismo.htm>

Definición.- 1. Estado de intoxicación, que puede responder a causas constitucionales o sociales, y que lleva a una existencia angustiosa y acumulativa de alcohol. Se caracteriza por una disminución de la eficiencia y una negligencia en las responsabilidades. 2. (Psa.) S. Freud compara la modalidad aguda del alcoholismo con estados maniacos: las represiones quedan abolidas, las sublimaciones se anulan y el Superyó se desintegra. En la modalidad crónica del alcoholismo, por efectos del alcohol, queda abolida la represión; de ahí las brutalidades, la exhibición y la acentuación de la homosexualidad. El Psa. Deriva del alcoholismo de un erotismo oral particularmente intenso. 3. *Niedermeyer* afirma que solamente se ha demostrado una curación definitiva en aquellos casos en los cuales se ha logrado transformar definitivamente la vida espiritual por la religión. 4. Corresponde a la sociología ver en el alcoholismo el factor primordial, a veces único, de la materia física y social. Hay otra miseria, la espiritual, y las dos formas aparecen como *coincidencias simultáneas*.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos). El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

El alcoholismo afecta más a los varones adultos, pero está aumentando su incidencia entre las mujeres y los jóvenes. El consumo y los problemas derivados del alcohol están aumentando en todo Occidente desde 1980, incluyendo Estados Unidos, la Unión Europea y los antiguos países del este, así como en los países en vías de desarrollo.

El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. El

alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de años. Los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades. El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso. La química del alcohol le permite afectar a casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo aquellas en el sistema nervioso central. En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y de otras sensaciones deseables; después de una exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios que produce el alcohol y se vuelve dependiente de él. Para las personas con alcoholismo, beber se convierte en el medio primario mediante el cual pueden tratar con personas, el trabajo y sus vidas. El alcohol domina sus pensamientos, emociones y acciones. La gravedad de esta enfermedad es influida por factores como la genética, la psicología, la cultura y el dolor físico.

<http://lucas.simplenet.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.html>

Generalidades.- El alcoholismo es uno de los problemas médico-sociales más difíciles de definir; es en realidad un modo de enfermar específicamente humano, que se manifiesta con modalidades diferentes debido a factores socio culturales e individuales que dificultan una definición unívoca, válida y fiable.

Es un fenómeno multifacético que reconoce en su etiología factores biológicos, psicológicos y sociales. El reconocimiento de estos aspectos constituye la base para establecer un diagnóstico más preciso y completo, de fundamental importancia para planear y ejecutar un programa preventivo y terapéutico adecuado.

El alcohol es la droga más aceptada socialmente, la más barata y la más difundida, y existe una negación del alcoholismo como enfermedad.

El consumo (uso) está muy difundido y se lo considera como una práctica socialmente aceptada en la mayoría de los países del mundo.

Definir los límites de la cantidad de alcohol que un individuo sano puede consumir sin riesgos, es difícil.

Es frecuente que la población en general se pregunte: ¿Qué tanto alcohol puedo consumir diariamente sin exponerme a problemas futuros? Este interrogante puede plantearse tanto desde el punto de vista social como del estrictamente orgánico.

El modelo de análisis está en gran parte influido por factores culturales y depende de cada individuo determinar cuánto alcohol puede tomar para obtener máximos beneficios del consumo de alcohol sin problemas, lo que suele dar un carácter subjetivo a la cantidad de alcohol que se consume.

En general se aborda el problema del consumo de alcohol más en términos de control personal que social.

Los patrones de consumo de bebidas alcohólicas se estiman fundamentalmente con base en respuestas individuales en estudios sobre población general. Estas encuestas por lo general difieren en las preguntas y por lo tanto la información obtenida acerca de la cantidad y frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas casi nunca es comparable.

Probablemente las diferencias más importantes entre ellas se refieren a la definición de las tipologías de los hábitos alcohólicos, por ejemplo: con base en el consumo diario de alcohol, otros lo hacen de acuerdo con el consumo semanal o mensual y la cantidad máxima consumida en alguna ocasión, etc.

Existen otros factores relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas que afectan en forma importante la cantidad de alcohol que se puede consumir diariamente, edad, sexo, cronicidad, diferencias culturales.

Es evidente que los resultados y las percepciones acerca de qué tanto alcohol puede tomar un individuo normal son muy variables.

Se ha implicado al alcohol como una de las primeras causas de muertes accidentales, accidentes automovilísticos, suicidios impulsivos más que premeditados, crímenes, actos delictivos, violencia familiar.

El consumo frecuente puede tener importantes consecuencias médicas, hepáticas, respiratorias, cardiovasculares, cerebrales, etc. así como también consecuencias sociales, individuales, familiares.

Cazau P (2003) Vocabulario de psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Generalidades.- Se dieron diversas definiciones de lo que es el alcoholismo. Hay definiciones conductistas (que distinguen el uso normal del alcohol, del mal uso, que es ocasional, y del abuso, que es crónico).

El DSM-III distinguió dos diagnósticos: a) Abuso de alcohol: pauta patológica del uso del alcohol de por lo menos un mes, que produce deterioro social u ocupacional a causa del alcohol; b) Dependencia del alcohol: pauta de uso patológico del alcohol o de deterioro del funcionamiento social u ocupacional a causa de dicho mal uso. En este diagnóstico se incluyen también los síndromes de tolerancia o abstinencia.

Goodwin, por su parte, establece cuatro categorías de bebedores: 1) moderado: ni abstemio ni gran bebedor; 2) gran bebedor: al menos durante un año bebió todos los días, o bien 6 o más tragos al menos

una vez por semana; 3) bebedor-problema: igual al anterior pero tuvo problemas de relación con la bebida; y 4) alcohólico: igual al anterior, pero debe haber tenido problemas en tres de estas cuatro áreas: desaprobación social o del cónyuge, problemas laborales, frecuentes desvanecimientos o temblores y pérdida del control, y bebida por la mañana.

Condensado de Steinglass P y otros (1993), La familia alcohólica. Barcelona: Gedisa. 2º edición. Capítulo 1.

Síndrome de dependencia alcohólico.- Desde 1978 la OMS estableció los criterios diagnósticos para establecer la existencia de un síndrome de dependencia alcohólico.

a) Síntomas de alteración de la conducta frente al alcohol. Es una manera de beber del individuo distinta a lo admitido culturalmente en cuanto a cantidad y a la oportunidad y tendencia continuada del consumo de alcohol, disminución de la valoración de las consecuencias físicas, morales, sociales.

b) Síntomas de alteración del estado subjetivo. El sujeto no puede controlar el consumo de alcohol y existe una disminución del dominio de sí mismo, necesidad compulsiva de beber.

c) Síntomas de alteración del estado psicobiológico. Aparece el síndrome de abstinencia, necesidad de ingerir alcohol para atenuar el malestar provocado por la propia ingestión (precedente) y elementos de acostumbamiento físico.

La OMS especifica más su definición señalando que es un trastorno crónico de la conducta, caracterizado por la dependencia física hacia el alcohol, expresado a través de dos síntomas: la incapacidad de detenerse en la ingestión de alcohol y la imposibilidad de abstenerse del alcohol.

Baglehole R, Bonita R y Kjellstrom T, (1994) Tipos de estudio en Epidemiología Básica. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, p 33-57.

El consumo de alcohol en adolescentes.- Una investigación realizada sobre 4800 varones jóvenes citados a examen médico para el servicio militar en 1992 en Buenos Aires, reveló que el 42% de los mismos había abusado del alcohol (Míguez y Pecci, 1994).

Serfaty y otros (1997) sostienen, en base a una investigación realizada en varones de 18 años de la ciudad de Buenos Aires, que el consumo de sustancias tóxicas entre los jóvenes es uno de los mayores problemas de Salud Pública. "Las características de inestabilidad emocional, propias de esta edad, la frecuente necesidad de hallar y probar sus propios límites y el intento de reafirmación de su personalidad llevan a colocarlos en situaciones de riesgo" (Serfaty y otros, 1997:35).

Míguez H y Pecci M (1994) Consumo de alcohol y droga en jóvenes de Buenos Aires, Acta psiquiátrica de América Latina, 40 (3), 231-235.

Serfaty E y otros, (1997) Consumo de tabaco, alcohol, marihuana y cocaína en varones de 18 años de la ciudad de Buenos Aires. Estudio comparativo 1988-1992. Acta psiquiátrica de América Latina, 43 (1), 35-40.

Tratamiento.- En el abordaje de los trastornos por uso de alcohol se utilizan diversas psicoterapias como coadyuvantes del tratamiento psicofarmacológico. Además de las intervenciones psicosociales utilizadas en el tratamiento del alcoholismo, las de mayor utilización por los profesionales que manejan el alcoholismo se agrupan en terapias cognitivo-conductuales (prevención de recaídas, técnicas de autocontrol, entrenamiento en habilidades sociales, desensibilización sistemática), terapias conductuales (terapia aversiva, contrato de contingencias, exposición con prevención de respuesta) y terapias psicodinámicas. Asimismo, se mencionan la intervención familiar y grupal.

Monasor R y otros, Intervenciones psicosociales en alcoholismo. Incluido en Trastornos Adictivos. 2003 Ene;5(1):22 - 26.

Alcoholismo y cerebro.- Nueva York, EEUU (Reuters).- La complicada relación entre el consumo intenso de alcohol y las deficiencias de vitamina B1 son nebulosas. Pero, afirman los investigadores, es claro que ambas, juntas o separadas, pueden tener efectos serios sobre el cerebro.

En la edición actual de la revista *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, informan los investigadores los resultados de experimentos en ratones que muestran que el consumo intenso de alcohol y la deficiencia de vitamina B1, limitan el aprendizaje, la memoria y la función muscular y nerviosa. En humanos, tales síntomas pueden aumentar en los alcohólicos cuyos hábitos han causado una deficiencia de vitamina B1, o tiamina. Algunos alcohólicos desarrollan demencia, pero no está claro si el alcohol o la deficiencia de tiamina tienen la función más importante.

Esta nueva investigación sugiere que el efecto combinado del alcohol y deficiencia de tiamina, acelera el inicio de la demencia en alcohólicos, dijo el autor principal de estudio, Dr. Philip Langlais de la Universidad Estatal de San Diego. Debido a que los alcohólicos permanecen sin comer durante períodos prolongados, señaló, sus reservas de tiamina pueden ser particularmente bajas. Los experimentos de Langlais en ratones demostraron que el consumo de alcohol y la deficiencia de tiamina juntas, impiden la capacidad de aprendizaje. Pero, contrario a las explicaciones de este equipo, los dos no actúan juntos para empeorar la función de la memoria -la capacidad por ejemplo de recordar un número telefónico y recordarlo mientras se marca. En cambio, el sólo consumo de alcohol bloquea el trabajo de la memoria, y la deficiencia de tiamina en realidad parece proteger el trabajo de la memoria del daño relacionado con el

consumo de alcohol. Además, la deficiencia de tiamina pero no la de alcohol, dificulta el movimiento y coordinación en los animales.

Independientemente de los variados efectos de ambas condiciones sobre las diferentes partes del cerebro, su significativo efecto combinado sobre el aprendizaje, sugiere que los suplementos de tiamina pueden proteger a los alcohólicos de la demencia. De acuerdo con Langlais, sus experimentos demuestran una menor severidad en la incapacidad funcional cerebral, comparados con investigaciones anteriores; una razón, dijo, pueden ser los suplementos de tiamina que su equipo administró a los ratones. En realidad, algunos alcohólicos son tratados con inyecciones de tiamina. Pero los suplementos alimenticios o aún las bebidas alcohólicas con vitaminas, pueden ser otra opción.

De hecho, señaló Langlais, un estudio australiano muestra que debido a que este país obliga a que ciertos alimentos se fortalezcan con tiamina, la demencia relacionada con el alcoholismo ha disminuido. Los alimentos naturalmente ricos en tiamina incluyen la carne de cerdo, frijoles, vegetales verdes frondosos y nueces. "Continuamente me asombro," agregó Langlais, "sobre lo poco que sabemos acerca de lo que causa la demencia, problemas de memoria, defectos cognitivos y daño cerebral en los alcohólicos."

Como siguiente paso su equipo planea examinar los efectos de varias dosis de tiamina en ratas expuestas a niveles elevados de alcohol. Langlais sospecha que solo ciertas dosis serán benéficas, y que las dosis muy altas o muy bajas, pueden empeorar los efectos del alcohol.

Alcohol y deficiencias de tiamina generan problemas para el cerebro. Copyright 2000 Psicología.com

Interacción alcohol – medicamentos.- El consumo de alcohol (como etanol) está ampliamente generalizado. Tiene el potencial de interactuar con los medicamentos en dos formas: interacciones farmacocinéticas que son más importantes con el consumo crónico de etanol e interacciones farmacodinámicas que son importantes con el consumo de etanol de forma aguda.

Adelaide Donarelli, La interacción entre el alcohol y los medicamentos. ADVERSE DRUG REACTION BULLETIN. 2004 JUN; (226).

Diagnóstico.- El alcoholismo es uno de los problemas médico-sociales más difíciles de definir; es en realidad un modo de enfermar específicamente humano, que se manifiesta con modalidades diferentes debido a factores socio culturales e individuales que dificultan una definición unívoca, válida y fiable.

Es un fenómeno multifacético que reconoce en su etiología factores biológicos, psicológicos y sociales.

El reconocimiento de estos aspectos constituye la base para establecer un diagnóstico más preciso y completo, de fundamental importancia para planear y ejecutar un programa preventivo y terapéutico adecuado.

El consumo (uso) está muy difundido y se lo considera como una práctica socialmente aceptada en la mayoría de los países del mundo.

Desde 1978 la OMS estableció los criterios diagnósticos para establecer la existencia de un síndrome de dependencia alcohólico.

a) Síntomas de alteración de la conducta frente al alcohol. Es una manera de beber del individuo distinta a lo admitido culturalmente en cuanto a cantidad y a la oportunidad y tendencia continuada del consumo de alcohol, disminución de la valoración de las consecuencias físicas, morales, sociales.

b) Síntomas de alteración del estado subjetivo. El sujeto no puede controlar el consumo de alcohol y existe una disminución del dominio de sí mismo, necesidad compulsiva de beber.

c) Síntomas de alteración del estado psicobiológico. Está alterado el estado psicobiológico, aparece el síndrome de abstinencia, necesidad de ingerir alcohol para atenuar el malestar provocado por la propia ingestión (precedente) y elementos de acostumbamiento físico.

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

Etapas o fases del alcoholismo.- Son las siguientes:

a) Fase prealcohólica u oculta.- Es aquella en la cual el sujeto efectúa ingestas que conducen a una relajación de sus tensiones, facilitando el contacto, disminución de inhibiciones y momentáneo bienestar. Este período cuya duración depende de la constitución física y psíquica del individuo, dura meses y a veces años, el sujeto bebe sin darse cuenta que el alcohol allana sus dificultades. Con el correr del tiempo se aumentan las ingestas que tienden a hacerse más repetidas y mayores, incrementando paulatina y progresivamente su resistencia: acostumbamiento.

b) Fase prodrómica.- El comienzo de esta fase está marcada por la aparición de amnesia retrógrada caracterizada por lo que se ha denominado lagunas de memoria "black outs". Este sería el primer síntoma orgánico, de la intoxicación crónica que puede ocurrir en bebedores excesivos y aún en moderados agotados física o emocionalmente. Los individuos adquieren conciencia de su relación de dependencia con la bebida, situación que hace disminuir su autoestima y genera sentimientos de culpabilidad. Esta etapa dura entre seis meses y cinco años aproximadamente, es una etapa útil para interceptar el alcoholismo.

c) Fase básica o decisiva.- Su iniciación está marcada por la pérdida de control de la ingesta. La posibilidad de detenerse o abstraerse no sólo depende de los factores psíquicos desencadenantes, sino de

algún factor predisponente que se supone hereditario o congénito de naturaleza física. En esta etapa el alcohólico trata de justificar su conducta responsabilizando a la familia, a sus compañeros de trabajo, a sus amigos, de su fracaso. Esta situación lo sumerge en un aislamiento que se acompaña de una creciente agresividad. El sujeto abandona a sus amigos, su trabajo, haciéndose cada vez más evidente la pérdida de intereses. En esta etapa es donde se altera la nutrición y aparecen las consecuencias somáticas que derivan de la alimentación deficiente y de la alteración de las neuronas por acción directa del alcohol. Un hecho frecuente suele ser la decadencia sexual, experiencia conflictiva que proyecta surgiendo las ideas celotípicas. Abrumado por las tensiones emocionales y acosado por las molestias físicas, que se experimentan desde el despertar, el paciente comienza a beber desde el primer momento que le es posible hacerlo.

d) Fase crónica.- Se caracteriza por las embriagueces repetidas, los conflictos familiares, los problemas laborales y los trastornos económicos. Se observa disminución de los rendimientos, labilidad emocional, hay dificultades en el área intelectual, afectiva y volitiva. A continuación presentamos un cuadro que nos ha sido de gran utilidad en el abordaje clínico con pacientes alcohólicos.

Las fases del alcoholismo

Etapa de bebida excesiva	
Pasa más tiempo bebiendo socialmente	Tolerancia aumentada
Bebe más noches a la semana	Culpa por la bebida
Bebe a hurtadillas	Fracasos sociales que se excusan
Toman bebidas más fuertes que sus compañeros	Con explicaciones fabricadas
Adopta estrategias para obtener más bebidas	Necesita beber para actuar adecuadamente en el trabajo y la sociedad
Está preocupado por la bebida	Mayor sentimiento de culpa
Bebe para aliviar tensiones	Siente que la bebida se ha transformado en una necesidad
Etapa de dependencia del alcohol	
Comienzo de las amnesias alcohólicas (pérdidas de la memoria)	El cónyuge asume más responsabilidades
Mayor frecuencia de amnesias	Deterioro de las relaciones familiares
Pérdida del control: bebida compulsiva	Malas interpretaciones paranoicas
Reducción de intereses	Autocompasión
Caída de eficiencia en el trabajo	Justifica la bebida con autoengaño
Absentismo	Reducción del impulso sexual
Ebrio durante el día	Celos morbosos
Reprobación de su jefe o parientes	Ebrio los fines de semana
Autoestima baja	Pérdida del empleo
Remordimientos	Destrucción de la familia
Alardes y generosidad compensatorios	Ansiedad matinal
Despilfarro de dinero	Bebida matinal
Engaña a la familia, contrae deudas	Ocultas las provisiones de licor
Aislamiento social cada vez mayor	Reiterados intentos de dejar de beber
Arranques de agresividad	Impulsos e intentos suicidas
	Descuido de las comidas
Etapa de alcoholismo crónico	
Dominan síntomas físicos y mentales	Uso de vinos baratos y alcohol desnaturalizado
Pérdida del apetito, escasa ingestión de alimentos	Delirium tremens
Bebida continua	Va a Alcohólicos Anónimos o busca tratamiento médico
Disminuye la tolerancia	Graves enfermedades físicas
Razonamiento confuso prolongado	

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

Cuestiones de definición del alcoholismo.- El alcohol es la droga más aceptada socialmente, la más barata y la más difundida, y existe una negación del alcoholismo como enfermedad. Definir los límites de la cantidad de alcohol que un individuo sano puede consumir sin riesgos, es difícil.

Es frecuente que la población en general se pregunte: ¿Qué tanto alcohol puedo consumir diariamente sin exponerme a problemas futuros? Este interrogante puede plantearse tanto desde el punto de vista social como del estrictamente orgánico.

El modelo de análisis está en gran parte influido por factores culturales y depende de cada individuo determinar cuánto alcohol puede tomar para obtener máximos beneficios del consumo de alcohol sin problemas, lo que suele dar un carácter subjetivo a la cantidad de alcohol que se consume. En general se aborda el problema del consumo de alcohol más en términos de control personal que social. Los patrones de consumo de bebidas alcohólicas se estiman fundamentalmente con base en respuestas individuales en estudios sobre población general. Estas encuestas por lo general difieren en las preguntas y por lo tanto la información obtenida acerca de la cantidad y frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas casi nunca es comparable.

Probablemente las diferencias más importantes entre ellas se refieren a la definición de las tipologías de los hábitos alcohólicos, por ejemplo: con base en el consumo diario de alcohol, otros lo hacen de acuerdo con el consumo semanal o mensual y la cantidad máxima consumida en alguna ocasión, etc.

Existen otros factores relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas que afectan en forma importante la cantidad de alcohol que se puede consumir diariamente, edad, sexo, cronicidad, diferencias culturales. Es evidente que los resultados y las percepciones acerca de qué tanto alcohol puede tomar un individuo normal son muy variables. Se ha implicado al alcohol como una de las primeras causas de muertes accidentales, accidentes automovilísticos, suicidios impulsivos más que premeditados, crímenes, actos delictivos, violencia familiar. El consumo frecuente puede tener importantes consecuencias médicas, hepáticas, respiratorias, cardiovasculares, cerebrales, etc. así como también consecuencias sociales, individuales, familiares. Resulta útil por tanto escuchar los problemas personales más relacionados con el consumo frecuente y la susceptibilidad del individuo al daño.

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

Determinantes genéticos del alcoholismo.- La observación de que el alcoholismo muestra tendencia a presentarse en familias ha sido señalada en numerosos artículos científicos. La conclusión de estos estudios es que ser familiar de un alcohólico es factor de riesgo importante (Cotton, 1979, investigación sobre alcoholismo familiar en un período de 10 años). Sin embargo no se puede interpretar estos resultados con base únicamente en tendencias genéticas, ya que la intervención de factores genéticos no excluye la posibilidad de que factores ambientales sean los que por último determinen la expresión o no de la alteración genética. Es probable que tanto factores genéticos como del medio ambiente contribuyan a la expresión de problemas relacionados con el consumo de alcohol de cada individuo. Estas expresiones pueden variar por ejemplo, según el subtipo de alcoholismo, de manera que existe un tipo de alcoholismo que parece depender bastante de factores genéticos y ambientales, y otro que se presenta sin factores genéticos evidentes.

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

Determinantes familiares y sociales del alcoholismo.- Entre la cultura y el individuo, la familia cumpliría una función de filtro.

En ella confluirán la ideología de consumo, los ideales del grupo de pertenencia, los mandatos generacionales y los proyectos individuales.

Creemos que cuando un individuo puede desprenderse de su medio familiar y salir al mundo de la cultura se transforma en un ser independiente, pero la propuesta de la cultura en muchos sentidos, a veces es generar nuevas formas de dependencia.

Ha habido muchísimos factores que ocurrieron en todo el mundo y también en nuestro país. Hubo una franca promoción de la droga, el creer que las drogas son inocuas, lo cual genera confusiones en la sociedad.

Interviene el consumismo a ultranza, la lógica del tiempo rápido, como parte del modelo de sociedad que hoy tenemos. Y particularmente en la última década en países como el nuestro, una crisis económica que fué desorganizando la estructura familiar, que es la base del tejido social.

Y en medio de esta sociedad hay personas que tal vez no son familiar o socialmente débiles. Sabemos que existen individuos que prueban drogas sin caer en la adicción, consumen esporádicamente durante tiempos cortos y pueden dejarlas con facilidad. Pero también existen otras personas que después de sólo probar una sustancia inmediatamente entran en un espiral de consumo.

Sabemos que existen una serie de mecanismos genéticos que transforman a estas personas en débiles orgánicas. Una debilidad que no los induce a iniciarse en la droga, pero sí les hace muy dificultoso abandonarla. Si estalla la drogadicción como fenómeno social, va encontrando en ese estallido personas con debilidades orgánicas que se vuelven las víctimas predilectas.

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

Consecuencias médicas del alcoholismo.- El rango de consecuencias médicas del abuso del alcohol es inmenso y complejo, virtualmente ninguna parte del organismo está libre de los efectos del abuso de alcohol. El daño al hígado (sitio primario del metabolismo del alcohol) puede expresarse como hígado graso, hepatitis alcohólica y cirrosis.

En el tubo digestivo puede dar lugar a esofagitis y exacerbación de úlceras pépticas preexistentes. El riesgo de cáncer esofágico aumenta así como la frecuencia de gastritis atrófica crónica. El consumo excesivo de alcohol es causa importante de pancreatitis crónica y causa común de pancreatitis aguda.

El consumo excesivo de alcohol se acompaña de deficiencias en la nutrición, pudiendo presentarse también anemia, neuropatía y depresión de las funciones celulares y hormonales. Las deficiencias nutricionales contribuyen al síndrome alcohol fetal, enfermedad hepática, enfermedad pancreática, mala absorción y carcinogénesis. El alcohol tiene efecto metabólico profundo sobre el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas.

El consumo crónico de alcohol puede afectar el músculo cardíaco y ocasionar además arritmias cardíacas. Se asocia a hipertensión y tiene un papel importante en la enfermedad cardíaca isquémica.

El alcohol afecta el sistema inmunitario y endocrino, puede producir complicaciones neurológicas que incluyen demencia, convulsiones, alucinaciones y neuropatía periférica.

Es evidente que el consumo excesivo de alcohol constituye un grave riesgo para la salud. Es imperativo reconocer el consumo exagerado en fases tempranas. Es importante reconocer que la cantidad de alcohol necesaria para producir daño, depende en parte del elemento de juicio que se analiza. Ejemplo de lo anterior es el hecho de que para que el alcohol se relacione con un accidente automovilístico no se requieren de cantidades tan grandes y prolongadas como las que se necesitan para generar daño hepático. Si las diferencias entre las consecuencias sociales y las orgánicas son muy claras, también se aplican a distintos órganos, así por ejemplo, se ha demostrado una relación directa entre mayor consumo de alcohol y pancreatitis aguda, que es independiente del tiempo, en tanto que en la cirrosis hepática no se observa daño alguno durante los primeros años de consumo de alcohol, el que se hace evidente después de 10 o 20 años. En otros órganos, como el corazón, cantidades pequeñas se han descrito como beneficiosas, según las últimas investigaciones en el tema cardiológico.

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

Alteraciones psiquiátricas en el alcoholismo.- El alcoholismo es una conducta patológica caracterizada por la tolerancia y la dependencia motivada por profundos sentimientos de impotencia.

La dependencia requiere la existencia de una dependencia fisiológica evidenciada tanto por la tolerancia como por la abstinencia y por un deterioro de la actividad laboral y social.

La tolerancia (DSM IV) significa que se necesita un notable aumento de la cantidad de alcohol para conseguir los efectos deseados, o bien que hay una notable disminución del efecto con la utilización regular de la misma dosis. Es importante tener en cuenta que hay amplias variaciones individuales en cuanto a la capacidad para beber grandes cantidades sin tener manifestaciones de intoxicación.

La abstinencia es un cuadro clínico residual provocado por la suspensión o reducción en el consumo de alcohol caracterizado por: ansiedad, angustia, insomnio y deterioro de la atención, temblor de manos, lengua y párpados.

La dependencia se instala generalmente varios años después del comienzo de la alcoholización, observándose un aumento progresivo de la dosis.

Esta dependencia puede traducirse del siguiente modo: 1) Como la imposibilidad de abstenerse de consumir alcohol, constituyendo una verdadera "pérdida de libertad" con respecto al alcohol, que se reconoce, como dice H. Ey, como el criterio esencial de la enfermedad alcohólica. 2) Esta dependencia se caracteriza por el hecho que después de haber tomado el primer vaso es incapaz de controlarse, hasta llegar a la embriaguez.

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

Trastornos psíquicos.- El alcoholista crónico, alcoholomanía o dependencia al alcohol (DSM IV) presenta como manifestaciones psíquicas el cambio de carácter: irritabilidad, impulsividad, agresividad, celos, hiperemotividad, con distimias generalmente de tinte depresivo.

Concomitantemente aparecen los déficit intelectuales, trastornos de atención, disminución del rendimiento, fallas amnésicas más o menos importantes, y de una forma general, un descenso del comportamiento en sociedad. Sin embargo, su capacidad judicativa puede permanecer por largo tiempo intacta.

Las fallas mnésicas denominadas lagunas, baches de memoria, black out, que representan una forma de amnesia retrógrada, se consideran un signo del comienzo de la toxicomanía o adicción alcohólica.

Es en el marco de la afectividad donde las alteraciones son más claras pues incrementan sus tendencias egoístas y disminuyen sus responsabilidades. Es frecuente la aparición de ideas celotípicas al deteriorarse las relaciones de pareja.

Estos trastornos psíquicos se acompañan de los físicos, los cuales se plasman en el aparato digestivo, el sistema nervioso periférico, el aparato cardiovascular.

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

Psicodinamia de la conducta alcohólica.- La escuela psicoanalítica interpreta la conducta alcohólica como una regresión a un estadio del desarrollo, el estadio oral. En esta fase la absorción de alimentos y la actividad libidinal se fusionan en una misma satisfacción "la incorporación del objeto".

Pero esta incorporación del objeto se encuentra fusionada a una función de la que se separa más tarde, la relación con el otro, en otras palabras, con la función de identificación. El alcoholista, fijado en el estadio oral, el objeto significativo que puede ser la madre, el cónyuge, la sociedad, se sienten como indispensables en función de nutrición.

El alcohol representa para el alcoholista por la satisfacción que produce, el objeto ideal, cuya absorción es vivenciada con la desaparición de la tensión interna, que es la consecuencia de ser abandonado por el otro, es decir, por el objeto significativo (madre, esposa, incluso sociedad).

En la euforia de la embriaguez, el alcohólico lleva a cabo sus realizaciones sin las limitaciones que impone el mundo real, de una forma idealizada, los deseos y sueños se plasman en este mundo narcisista, en el que se puede aniquilar al otro, al que se vive como generador de sus problemas y conflictos.

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

Intoxicación por alcohol (DSM IV).- La característica esencial de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo, clínicamente significativo, por ejemplo comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral y social que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después. Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o de la memoria, estupor o coma. La demostración de que el sujeto ha bebido se puede conseguir por el olor de su aliento, por la historia obtenida a través de la información del propio sujeto u otro acompañante e incluso si es necesario, practicando análisis de orina y de sangre.

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

La personalidad del alcohólico.- Resaltaremos los rasgos que consideramos esenciales en la personalidad del alcohólico, sin entrar en polémicas con el sinnúmero de postulados, tantos cuantas corrientes hay, que pretenden haber encontrado las características psicopatológicas de la personalidad prealcohólica.

Para poder alcanzar ésta, nuestra pretensión, consideramos importante dejar de lado lo que el paciente ha llegado a ser hoy, para orientarnos en los aspectos anteriores de su patobiografía. Es decir, lo que intentamos es alcanzar la personalidad prealcohólica, no la ex-alcohólica. Buscamos aquellos rasgos de personalidad que hicieron del paciente candidato a la alcoholmanía.

El primer rasgo que notamos es el sentimiento de soledad originado en la incapacidad del futuro alcohólico, de establecer un vínculo estable con los demás.

Paralelamente, el futuro alcohólico adolece de una exagerada necesidad de dependencia, cuya realización no puede afrontar casi nunca, pues el miedo a un contacto afectivo profundo, altera sustancialmente su posible vínculo con un otro.

Así, el prójimo se transforma en un ser temible, capaz de destruirlo, originando abundantes elementos que alimentarán los sentimientos de inferioridad psicofísica y la desconfianza paranoide.

Por otra parte, y al mismo tiempo que el miedo y los sentimientos de desconfianza y de inferioridad se constituyen en los elementos estructurales básicos de su personalidad, el individuo prealcohólico es acosado por las dudas y la falta de fe en su potencial creativo. Así, aunque sus proyectos no se extingan, son considerados por él como irrealizables y condenados al fracaso, cerrándoseles las puertas de su proyección al futuro.

La organización del yo en una personalidad de este tipo, es débil, su capacidad integrativa escasa, y las tensiones emocionales producidas por la presión de las esferas pulsionales toman una tonalidad subjetiva difícilmente soportable.

La represión dirigida contra estos impulsos pulsionales tiende a extenderse gradualmente a todos los elementos derivados de aquéllos y más o menos a todos los sentimientos y pensamientos que tienen alguna conexión asociativa con las pulsiones originarias. Esta extensión de la represión conduce a una nueva y severa restricción y a un empobrecimiento de la personalidad.

Así, con un pasado que lo amenaza con sus sombras y fantasmas, y un porvenir cerrado por la desesperanza y falta de fe en sí mismo y su potencialidad creativa, el prealcohólico se aloja en un presente que lo domina y del cual no puede escapar, un presente que no es el producto de la decisión de hacerse presente una situación, sino de una situación presente que se le impone inevitablemente, un presente donde las tensiones emocionales elementales lo acosan y donde un estado de desesperanza lo ahoga.

Ahora bien, frente al desarrollo anterior, la entrega a la bebida en este tipo de personalidades, tiene una significación especial: la de la corrección subjetiva por medio del tóxico, del perturbador y doloroso estado de sobriedad. Es la manera como el alcohólico se sirve del tóxico para escapar de su esclavización personal a una realidad insoportable que se dilata en la temporalidad del presente. Esta evasión es vivenciada como redención y como culpa, mezclándose las sensaciones placenteras de libertad y de

triunfo sobre una realidad adversa, al estilo de una redención, con el sentimiento vertiginoso de culpa, propio de una evasión existencial.

Esta suerte de exorcismo de la realidad que el alcohólico practica con el tóxico, lo lleva según dice Hoff, a una especie de "religión química", o según otros autores a buscar "a Dios en una botella", es decir a mistificar la acción anestésica que trae el alcohol, con el alivio respecto de las pesadumbres, el resentimiento, el dolor físico y moral, etc.

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

Algunas reflexiones acerca de la problemática del alcohol.- Cuál sería entonces la diferencia entre beber, o beber excesivamente y emborracharse, y convertirse en un alcohólico? Los pacientes cómo se nos presentan? Primer gran desafío que se nos plantea como terapeutas: 1- Solicitan ayuda, reconocen un estado de enfermedad, o de dependencia a la bebida alcohólica, también porqué no, de cronicidad en algunos casos.

Ya lo mencionamos, pero sería de utilidad conceptualizar una vez más, que vivimos en una sociedad donde es costumbre beber, a través de una copa de cerveza o vino o champagne ofrecemos hospitalidad y mostramos nuestra sociabilidad -aunque no nos gusten los borrachos, desconfiamos un poco de los abstemios: "se aceptan intoxicaciones mínimas reiteradas", son favorables a las buenas relaciones sociales.

En general no bebemos sólo para obtener sensaciones físicas o mentales particulares, también nos estamos ajustando a situaciones en que la bebida es apropiada.

También nuestros pacientes alcohólicos alguna vez bebieron con moderación, qué les hizo cruzar la línea del alcoholismo?

Estaban las causas actuando inexorablemente en su interior, o fueron las circunstancias del entorno y de la vida? Debemos por lo tanto considerar los factores físicos, sociales y psicológicos.

El alcoholismo es un desorden grave, a menudo fatal, su magnitud no es evaluada como es debido. Su efecto recae no sólo en quien padece esta enfermedad sino en sus familiares y amigos. Sus repercusiones sociales afectan las tasas de accidentes en la vía pública, encuentros deportivos, etc.

Sin embargo, en el sistema de salud de nuestro país, esta problemática no recibe una consideración lo suficientemente seria.

Pensamos que es importante definir nuestra concepción del paciente alcohólico: ¿qué es un alcohólico? Si no definimos el concepto adecuadamente, el término podría aplicarse a todos los que beben en forma anormal; sin embargo no todos ellos son alcohólicos. Algunos son bebedores excesivos, algunos de éstos llegan a la próxima etapa (dependencia), pero no todos.

La mayoría de los alcohólicos son dependientes del alcohol, no pueden dejar de beber en forma espontánea. Existen dos factores esenciales que determinan qué es un alcohólico: bebida excesiva que implica bebida repetida, el segundo elemento es el daño que resulta de la bebida (físicos, psicológicos o sociales), pudiendo ocurrir en una de estas esferas o en más de una.

Obviamente la dependencia del alcohol es mucho más aceptada por la sociedad que la dependencia hacia otras sustancias como la cocaína, marihuana o heroína (ya que la bebida es aceptada normalmente).

El término dependencia es apropiado para los alcohólicos, en un sentido muy importante, incluso aunque no necesiten ingerirlo constantemente, es decir que pueden no ser físicamente dependientes, deben volver por lo menos de vez en cuando, si no continuamente. Con la ayuda del alcohol pueden hacer frente a un problema interno o con su familia. Muchas veces es el estímulo que necesita para ser sociable, otras para negar situaciones que no puede tolerar o elaborar, ésta es la ironía de su situación, la misma droga en que los alcohólicos confían para funcionar u olvidar, trae el inexorable efecto fisiológico de deteriorar el funcionamiento.

En nuestra concepción el tratamiento que requiere el alcohólico debería estar brindado por todos aquellos que tienen relación con él.

A continuación detallaremos la modalidad de tratamiento que se estableció desde hace un año en el Hospital Rivadavia, en el servicio de Psicopatología, Adultos, con aquellos pacientes alcohólicos que llegaron para ser atendidos. Se estableció como prioridad apoyarse en el trípode: médico clínico o psiquiatra que evaluara el estado general del paciente, solicitando todo tipo de exámenes, de orina, de sangre, también ecografías para ver el estado de hígado y vesícula, psicólogo una o dos veces por semana, y asistencia a los grupos de AA que el paciente eligiera.

Existió una situación grupal realmente importante que surgió de esta dinámica, a raíz de que nuevas cadenas de apoyo y solidaridad nacieron de los pacientes que teniendo asistencia psicológica con la misma terapeuta y concurriendo al grupo Palermo (grupo de AA que también está ubicado en el Hospital), comenzaron a reconocerse en el hall del servicio y formaron un subgrupo de relación que fué altamente favorecedor a los tratamientos, ya que se avisaban cuando había algún problema, y no podían asistir a la terapia o se llamaban por teléfono para recordarse o recordarle a alguien que no dejara de asistir, tanto a la sesión, como a las actividades del "otro grupo" de AA.

Esta situación de solidaridad y empatía, se vió notablemente en las fiestas de fin de año, donde varios de ellos, que antes no se conocían, y que no contaban con un lugar donde estar, se citaron previamente en

el hall del servicio, para hacer los arreglos correspondientes al Año Nuevo, y cómo lo pasarían en el grupo.

Esta circunstancia apoya notablemente la teoría de que el término tratamiento en el caso del paciente alcohólico, sugiere algo que sólo un equipo así conformado puede brindar un médico, un psicólogo y Alcohólicos Anónimos (AA).

Es importante remarcar que en el tratamiento psicológico, no se cuestionan las pautas de AA, donde a veces se presiona con el tema culpa, abstinencia, sino más bien se propuso claramente a los pacientes que en el consultorio se podían evaluar aquellos temas que en AA no se podían decir; pero que la asistencia a dichos grupos era fundamental como parte de una rutina de esclarecimiento de su problemática. Hubo quienes manifestaron su rechazo al rezo final, y pudiendo elaborar ésto, continuaban con las dos situaciones paralelamente (sin que una terapia - interfiriera con la otra --> grupo).

Esta continua interacción, cambió la forma de pensar de la "vieja hermandad" de AA, que sostenía que "los mejores profesionales de la tierra" no podían ayudar a los alcohólicos a recuperarse, sólo "ellos", los integrantes de AA.

Lentamente comenzaron a comprender que ciertos estados mentales: fuertes depresiones, trastornos de conducta, trastornos físicos, psicósomáticos, problemas conyugales, filiales, etc. eran tratados en el servicio por el médico y el psicoterapeuta, y que esta pauta influía positivamente en los asistentes al grupo (comenzó así una aceptación del servicio del Hospital). El "absolutismo" cambió en una adecuada aceptación del tratamiento psicológico.

Es importante remarcar que la modalidad en los grupos de Argentina fué morigerar el "evangelismo", hacia situaciones de charlas grupales, donde el testimonio es más bien un relato hacia aquellos pares que puedan escuchar sin censurar y entender. Por supuesto ésto no sucede en todos los grupos, y es por ésto que se insistió en el grupo Palermo, ya que sus integrantes son personas cálidas y solidarias entre sí (extraído de los mismos pacientes que recalcan las diferencias entre este grupo y otros).

El rol del psicólogo en el tratamiento, también consistió en aceptar las recaídas con naturalidad, no censurar y evaluar porqué sucedió, en qué momento de la historia personal del sujeto y cómo prevenir situaciones semejantes. Queda claro que el psicólogo en este caso entendió que podía darle al paciente algo que el grupo no, pero a la vez se le daba a entender a éste, que por las características de su enfermedad era absolutamente necesario que tuviera los teléfonos de sus compañeros de grupo, a quienes debía acudir inmediatamente cuando se sintiera compelido a beber.

Se estableció claramente la necesidad de encontrar nuevos lazos sociales, en lugar de continuar sus antiguas relaciones con otros bebedores.

Es interesante destacar que en un punto coincidimos plenamente con un concepto de AA (y ésto fué claramente visualizado por los pacientes): ésto es la visión de que sufren no por debilidad o desviación, sino por una enfermedad.

La Argentina como país en vías de desarrollo no cuenta con coberturas sociales que contengan a quienes sufren esta problemática. Es por ésto, que un grupo de pertenencia es fundamental, ya que los organismos oficiales no contemplan adecuadamente este tipo de situaciones.

Pensemos luego también la particular relación existente entre el sujeto y su entorno social, y cómo se vincula con el alcohol: siempre o casi siempre serían formas socializadas de integración. En el caso clínico que luego presentaremos, veremos cómo la cerveza, en el caso de una paciente brasilera, el vino en el caso de los argentinos, y la bebida fuerte (pisco, ginebra) en el caso de peruanos, chilenos, bolivianos, simbolizaba fuertemente su adherencia a rasgos culturales muy arraigados en sus lugares de origen.

Ahora bien, como podríamos establecer un determinado abordaje que nos permitiera entender estos entramados sociales, dentro de la nueva política de reducción de daño.

Primero nos planteamos las tensiones entre los modelos conocidos:

Abstinencia <--> Reducción del daño

Enfermedad <--> Promoción de la salud

Ideologismo <--> Pragmatismo

Disciplinabilidad <--> Interdisciplina

Entendimos que en estos últimos años, hubo cambios importantes en cuanto al tratamiento del paciente alcohólico, por ejemplo: se abandonó la idea del "asilaje" cambiándola por la de "coordinación personalizada de casas" (de hecho es como se comenzó a trabajar en nuestro servicio del Hospital Rivadavia).

Siempre se relacionó a cada paciente y su enfermedad con su contexto particular. Esto nos lleva a un desplazamiento del sujeto y su producto adictivo, en este caso alcohol, hacia su medio ambiente, contexto, sociedad. Se diversificaron los paradigmas "reducción del daño" versus abstinencia, penalización versus *laissez-faire*, internación versus reinserción social.

Se abandonó totalmente la idea de demonización de la bebida, con su consecuente penalización.

Sabemos asimismo que el consumo de alcohol en nuestro país (suponemos que en muchos otros lugares del mundo, especialmente en Europa es así), se sitúa en un nivel intermedio - sería "intersticial" - entre lo normativo, lo patológico y el sufrimiento del paciente. Comprobamos continuamente la superposición de discursos y la retroacción a espacios ideológicos que se creían superados. La asociación alcohol -->

"éxito", "vida loca", "juventud", "diversión", "el vino es la bebida de los pueblos fuertes" - droga = sida, resulta un exponente visible en lo social de todas estas construcciones, su mutuo atravesamiento y la dificultad que luego se nos presentará en los tratamientos. Debemos dar lugar entonces tanto a la diferenciación como a la integración. Pensamos constantemente que el fenómeno del consumo (visto desde una perspectiva sociológica) se define por y a través de recursos simbólicos y materiales del contexto, siendo en este punto una estructura paradójica: que promueve el consumo pero que carece de instrumentos de control o contención social. Fue entonces nuestra tarea encarar con pragmatismo la búsqueda de nichos adecuados de contención y solidaridad social, y en ciertos grupos de A.A. encontramos aquello del orden social que en nuestra estructura (Hospitales, Casas de salud, etc.) no ubicamos.

Nuestra labor como estrategia terapéutica, está encaminada al logro de objetivos, siendo el objetivo primario promover la salud física y psíquica para mejorar la calidad de vida, lo que a su vez habrá de favorecer el desempeño personal, familiar, laboral y social. Por lo tanto el tratamiento del alcohólico, con un enfoque global y unitario del hombre enfermo, debe resolver las raíces biológicas, las problemáticas psicológicas y las conflictivas familiares y sociales del trastorno. El objetivo final consiste en arribar a una abstinencia durable con una calidad de vida compatible.

Indagamos cómo es su vida cotidiana, partiendo de la realidad del paciente, cómo vive y no sólo qué consume.

El objetivo del tratamiento no se limita a la salida de la toxicomanía, sino mejorar la salud del usuario, permitirle vivir con menos sufrimiento y menos riesgo, menor exclusión social y laboral.

Consideramos que los profesionales de las diferentes disciplinas tienen que comunicarse; podemos tener diferentes puntos de vista pero hay que aunarse para favorecer la atención de la salud del paciente.

Trabajar en equipo colaborando con un objetivo común; nos necesitamos unos a otros, humildad entre profesionales, y entre profesionales y pacientes. Debemos escuchar a los pacientes, aprender de ellos; confrontar lo que dicen sería indispensable para hacer cada evaluación.

Es importante tomarse el tiempo no sólo para "formación" sino también para "información". No condenar el uso, sino mejorar la información para una mayor protección y conocimiento. Como terapeutas más allá de la teoría en el trabajo clínico con estos pacientes, no adherimos al concepto de "neutralidad del analista", sino acompañar al paciente e involucrarse también desde el afecto y la atención hacia un nuevo proyecto vital.

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

Un caso clínico.- Se trata de una paciente de 38 años A.S., brasilera, radicada en Argentina desde hace 4 años. Comienza a beber cerveza a los 15 años, luego de un desengaño amoroso con un novio que la abandona.

Refiere que al principio comenzó de noche a beber 4 o 5 botellas y que luego también bebía por las tardes, hasta que la ingesta llegó a ser de 15 a 16 botellas seguidas. Terminaba tirada en alguna vereda o en la playa, hasta el día siguiente. Este esquema continúa hasta que debe venir a la Argentina por razones laborales. Se ubica en una casa de familia donde la contratan para tareas domésticas y cuidar a una anciana enferma. Casi diariamente se alcoholiza por la noche, empieza a sentir que al despertar su estado anímico es agresivo, irritable, con descontrol de sus impulsos. Estos síntomas sumados a que su patrón se anoticia de su consumo de alcohol, hacen que él le proponga que pida algún tipo de ayuda. Así es como llega a nuestro servicio.

La paciente es asistida por dos profesionales: el médico psiquiatra que hizo la admisión, y el psicólogo que tomó el caso. El psicólogo le sugiere una entrevista con el médico clínico para efectuar exámenes de laboratorio, sangre y orina, y una evaluación del estado general de salud. Se le ofrece la posibilidad de asistir al grupo Palermo de A.A. y conjuntamente asistencia a psicoterapia una vez por semana.

La paciente se compromete con el tratamiento, asistiendo regularmente a los controles médico-clínicos, inicia psicoterapia y concurre al grupo Palermo conjuntamente. La paciente ingresó hace un año al servicio y hace 8 meses se encuentra en abstinencia.

Se implementó el modelo de intervención aplicado en Francia, en el que 4 indicadores o registros funcionan como herramientas para la evolución de la paciente desde su ingreso como así también, su evolución a lo largo del tratamiento. Estos 4 indicadores son:

- toxicomanía - 2
- seguimiento médico - 1
- aspecto social - 1
- aspecto psiquiátrico, psicológico - 1

Se evaluaron exhaustivamente cada uno de estos indicadores con una puntuación de 1, 2 o 5 de acuerdo a una escala de riesgo creciente, que nos permitió arribar a un score o grado de riesgo en el que se encontraba en cada área en particular, su estado general y calidad de vida, y en función de ello se determinó la modalidad de seguimiento anteriormente explicitada: seguimiento médico, psicoterapéutico y asistencia a los grupos AA.

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

Alcoholismo y cocaína: un caso clínico.- Objetivo. Analizar la importancia que la dependencia conjunta de alcohol y cocaína tiene en la presentación de diferentes trastornos psicopatológicos. Material y métodos. Se describe el caso de un paciente que solicitó una consulta en la unidad de alcoholismo por presentar dependencia de alcohol y cocaína. Asimismo, se mencionan los datos más relevantes que se observaron durante los 6 años en que el paciente estuvo en seguimiento. Resultados. A pesar de los diferentes tipos de abordaje terapéutico utilizados (desintoxicación hospitalaria y tratamiento ambulatorio), el paciente estuvo abstinentes de alguna de las sustancias durante cortos períodos de tiempo. Durante el seguimiento presentó dos episodios que fueron diagnosticados como trastorno bipolar tipo dos. Además, presentaba un trastorno del comportamiento sexual, etiquetado como parafílico, cuyas primeras manifestaciones precedieron al consumo de drogas y se manifestaba clínicamente bajo su efecto. Conclusiones. El consumo de alcohol y cocaína incrementa la morbilidad psiquiátrica y empeora el pronóstico de la dependencia de ambas sustancias, el abordaje terapéutico es más complejo y el cumplimiento terapéutico es menor.

JJ Ávila Escribano, R Villa Díez, Presentación de diferentes trastornos psicopatológicos en la dependencia de alcohol y cocaína. TRASTORNOS ADICTIVOS. 2007 OCT;9(4).

La familia alcohólica.- La tesis básica de este libro es que el alcoholismo es un estado capaz de convertirse en un principio organizador central alrededor del cual se estructura la vida de una familia. Cuando ello ocurre, esta se convierte en una 'familia alcohólica', algo distinto a 'familia con miembros alcohólico', donde el alcoholismo no se constituyó como organizador de la vida familiar.

Cada familia con un miembro alcohólico debe hacer frente a un estado que tiene cinco características centrales: 1) es crónico, 2) implica el uso de una droga psicobiológicamente activa, 3) es de naturaleza cíclica, 4) produce respuestas predecibles, y 5) tiene un curso de desarrollo definido.

Un modelo sistémico de la familia alcohólica ve la vida familiar como un producto del juego dinámico recíproco entre dos grupos de procesos: 1) uno vinculado con la regulación interna de la vida de la familia (homeostasis y morfoestasis), y 2) el otro relacionado con el crecimiento y desarrollo de ésta (morfogénesis).

Aunque el modelo propuesto se concentra en la familia alcohólica, pretende tener una aplicabilidad más general. El modelo se puede organizar alrededor de una construcción de desarrollo que los autores llaman 'maduración sistémica'. Dicha construcción postula que todas las familias, fuese cual fuese su composición o la edad de sus miembros, pueden dividirse, por motivos de conveniencia, en tres fases diferentes (primera, intermedia, tardía) basadas en el surgimiento secuencial de una serie de temas de desarrollo. Se da por supuesto que estas fases de desarrollo no sólo son universales, sino, además, de naturaleza epigenética. Por lo tanto, en general es posible describir un ciclo característico de la familia modal, influido por la personalidad única de la familia más allá de su historia, valores, etc.

Junto al concepto de maduración sistémica aparece también como importante la idea de 'deformación del desarrollo'. Esta construcción se refiere a los cambios y alteraciones de la forma acostumbrada de la maduración sistémica, que son la consecuencia de experiencias específicas singulares que la familia se ve obligada a enfrentar. Una de estas experiencias es el alcoholismo crónico de uno de sus miembros. En este último caso, se dan en la familia alcohólica ciertos cambios característicos, ciertas alteraciones de la maduración sistémica normal que pueden también describirse en tres fases: primera, intermedia y final.

El modelo de sistema de familia alcohólica presenta cuatro principios básicos:

1) Las familias alcohólicas son sistemas conductuales en los cuales el alcoholismo y las conductas vinculadas con éste se han convertido en principios organizadores centrales en torno a los cuales se estructura la vida en familia. 2) La introducción del alcoholismo en la familia posee la capacidad potencial de alterar en profundidad el equilibrio que existe entre el crecimiento y la regulación en el seno de la familia. Por lo general, esta alteración impulsa a la familia acentuando la estabilidad a corto plazo (regulación), a expensas del crecimiento a largo plazo. 3) El impacto del alcoholismo y de las conductas conexas con el alcohol sobre el funcionamiento sistémico se ve con mayor claridad en los cambios en las conductas reguladoras, a medida que la familia adapta poco a poco su vida a las exigencias del alcoholismo. 4) A su vez, los tipos de alteraciones que se producen en las conductas reguladoras pueden verse en su profunda influencia sobre la forma general de crecimiento y desarrollo de la familia. Son cambios en el ciclo normativo de ésta, llamados 'deformaciones del desarrollo'.

En la familia distinguimos cambio de crecimiento. El cambio es cualquier alteración sistémica en la familia, mientras que el crecimiento son cambios pero predecibles a lo largo del tiempo, o sea la familia atraviesa distintas etapas, hay una línea temporal de maduración sistémica que se divide en tres fases: primera, intermedia y última. Estas fases tendrán características distintas según hablemos de una familia normativa (o normal) o de una familia alcohólica.

El último capítulo se refiere al tratamiento de la familia alcohólica. Cuatro temas son aquí importantes: 1) las familias alcohólicas son muy heterogéneas entre sí, por lo que no puede aplicarse a todas el mismo enfoque de tratamiento; 2) la terapia familiar es un enfoque clave para tratar la familia alcohólica, sobre todo si el alcohol se convirtió en el organizador central de la misma; 3) puesto que el alcohol tiende a invadir las conductas reguladoras de la familia, esas conductas son importantes focos para evaluar y diagnosticar si estamos o no en presencia de una familia alcohólica; y 4) puesto que la familia alcohólica

es capaz de producir deformaciones del desarrollo en familias normativas, las tres fases normales de desarrollo deben ser puntos de referencia importantes en la terapia.

Sinopsis de Steinglass P y otros (1993) La familia alcohólica. Barcelona: Gedisa. 2º edición.

Alcoholismo en la vejez.- Antecedentes. Poco se conoce sobre la prevalencia y los factores de riesgo de los problemas de alcohol entre las personas mayores (especialmente aquellos en edades de 75 años y mayores). Los objetivos de este estudio fueron reportar los patrones de consumo de alcohol y determinar su asociación con variables sociodemográficas y características de salud.

Método. 3224 sujetos no dementes en edades de 75 y mayores, que acudían a médicos generales (GPs) (n= 138) en un área urbana de Alemania; fueron estudiados a través de entrevistas clínicas estructuradas incluyendo una evaluación detallada de los patrones de consumo de alcohol, distinguiendo entre abstemios, bebedores moderados y bebedores en riesgo (>20 g de alcohol para mujeres y >30 g de alcohol para hombres).

Resultados. Una alta proporción (50.1%) de la muestra eran abstemios, 43.4% eran bebedores moderados. La prevalencia del consumo de alcohol en riesgo fue de 6.5% (CI 95% 5.6-7.4). Las tasas fueron significativamente mayores para los hombres (12.1%; CI 95% 10.2-14.0) en comparación con las mujeres (3.6%; CI 95% 2.8-4.4). Después de ajustar por completo las variables de confusión encontramos que en comparación con el consumo moderado de alcohol, la abstención de consumo de alcohol estuvo significativamente asociada al género femenino, a una educación menor y a un deterioro de la movilidad. En comparación con el consumo moderado de alcohol, los bebedores en riesgo fueron significativamente mayores en hombres, individuos con una enfermedad del hígado y fumadores actuales.

Conclusiones. El análisis multivariado reveló que, aparte de la enfermedad hepática, el bebedor en riesgo en una población no demente en edades de 75 años y mayores, estuvo asociado a una salud física y mental relativamente buena. Sin embargo, las medidas preventivas públicas deben centrarse en los bebedores de riesgo para que tomen conciencia de los riesgos potenciales de un alto consumo de alcohol en la vejez.

Siegfried Weyerer; Martina Schäufele; Sandra Eifflaender-Gorfer... (et.al) Riesgo de consumo de alcohol en pacientes en atención primaria en edades de 75 años y mayores. INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY. 2009 DIC; 24(12):1376-1385.

ALEXIA

Definición.- Perturbación adquirida a continuación de una injuria cerebral, parcial o total de la lectura. Neurológicamente, se emplea el término 'alexia' como supresión de lectura, mientras que el término 'dislexia' se referiría a su perturbación.

Condemarín Mabel y Blomquist Marlys, La dislexia. Manual de lectura correctiva, Ed. Universitaria SA, Chile, 1970. p. 32.

Definición.- Situación de un paciente que por lesión adquirida del cerebro ha perdido la capacidad de comprender la palabra escrita, sea manuscrita o impresa.

Tamaroff L. y Allegri R., Introducción a la neuropsicología clínica, Ed. Libros de la Cuadriga, Bs. As., 1995, p. 172.

Alexia y dislexia.- La alexia es secundaria a una lesión cerebral, adquirida cuando la función de la lectura está ya constituida, mientras que la dislexia implica una incapacidad constitucional o de desarrollo. El disléxico tiene dificultades para aprender a leer.

Tamaroff L. y Allegri R., Introducción a la neuropsicología clínica, Ed. Libros de la Cuadriga, Bs. As., 1995, p. 172.

Alexia y dislexia.- "La mayoría de los médicos utilizan el término 'alexia' para referirse a las incapacidades de lectura, de cualquier gravedad, derivadas de lesiones cerebrales, mientras que utilizan el de 'dislexia' para designar una incapacidad innata para aprender a leer. Los psicólogos y educadores, por otra parte, utilizan 'alexia' según sus derivaciones lingüísticas para hacer referencia a una total incapacidad para aprender a leer. En general, conviene limitar la definición de dislexia al problema presentado: fracaso en la lectura. Las diversas definiciones se entrecruzan en el aspecto de que en la dislexia del desarrollo existe una discrepancia entre el real nivel de lectura del niño y el esperado, dados su edad mental, su nivel de escolarización y su inteligencia" (Kaplan y Sadock, 1992:770).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

ALEXITIMIA

Definición.- "Se trata de un término originalmente dinámico que fue introducido por Sifneos en 1973. Etimológicamente significa 'falta de palabras para los afectos' y se refería a los pacientes con incapacidad para expresar los afectos a través de las palabras".

Vallejo Ruiloba J y otros, "Introducción a la psicopatología y la psiquiatría", Masson, Barcelona, 1999, 4º edición, pág 234.

Definición.- Puede definirse la alexitimia de la siguiente manera: "a) pobreza de la actividad de fantasía, b) dificultad del material asociativo en descubrir emociones vinculadas a conflictos psíquicos interiores, c) dificultad en encontrar las palabras adecuadas para describir sus sentimientos y afectos, d) debilidad en la estructura del Yo, e) precoz alteración de la relación materno infantil, f) frecuentes antecedentes de acting out, g) ausencia real o en la estructura del aparato psíquico de la figura paterna (esto último tuvo ocasión de comprobarlo en la clínica)".

Albalustri Luis, "Alexitimia y patología psicósomática". Incluido en Revista Desarrollos en Psiquiatría Argentina, Año 2, Nro 3, Marzo-Abril 1997, pág. 61.

Definición.- "Incapacidad para describir los afectos a través del lenguaje verbal y para elaborar fantasías. Los sujetos alexitímicos presentan una gran dificultad para reconocer y describir sus propias emociones y afectos, así como para discriminar entre estados emocionales y sensaciones corporales. Se ha descrito en enfermedades psicósomáticas, dolor psicógeno, depresión, abuso de tóxicos, anorexia mental y trastorno por stress postraumático".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Prevalencia.- "Resumen: Introducción: La Alexitimia se caracteriza por una dificultad en la identificación y la descripción de los estados emocionales, así como también de un estilo de pensamiento orientado de forma externa. Este estudio investigó la prevalencia de la alexitimia en una muestra británica de estudiantes no graduados y valoró su relación con la vinculación paternal y la disociación.

Método: Se administró la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), el instrumento de vinculación paternal (PBI), y la escala de experiencia disociativa (DES) a una muestra de 181 estudiantes varones y 190 mujeres, ambos grupos de estudiantes no graduados de ciencias exactas y artes.

Resultados: Los índices de alexitimia se compararon con aquellos observados en algunos países. Contrario a las predicciones, las mujeres presentaron índices más altos que los varones, y la presencia de alexitimia fue más alta. Como en estudios anteriores, la alexitimia estuvo ligada a una disociación y percepción de falta de cuidado maternal, aunque el grado de asociación a esta última fue pequeño. Las experiencias disociativas fueron predecibles por una sobreprotección maternal y por dificultades en la identificación de sentimientos.

Discusión: Se encontró cierta ayuda calificada en la relevancia de la vinculación maternal temprana a las dificultades en el proceso de emociones posteriores. Se discute la presencia de un mayor índice de alexitimia en mujeres y en particular en estudiantes mujeres de ciencias exactas, en referencia a otras observaciones similares. También se encontró una relación comprensible entre la dificultad en la identificación de sentimientos (TAS) y en la despersonalización/no-comprensión y asimilación (DES)".

Mason O y otros, Alexitimia: Su prevalencia y sus correlatos en una muestra británica de estudiantes no graduados. PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY: THEORY, RESEARCH AND PRACTICE. 2005 MAR; 78(1).

ALIENACIÓN

Definición.- "Estado de quien se encuentra exento de comunicación consigo mismo, con el producto o resultado de sus propias acciones, con los demás, o con el medio social en que se desenvuelve. / *Alienación mental*, término psiquiátrico que se utilizó para caracterizar los estados de falta de comunicación del sujeto con el mundo exterior (autismo esquizofrénico) y de deterioro de las relaciones sociales (paranoia). El término fue sustituido por el de enfermedad mental".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

ALOGIA

Definición.- "Trastorno del lenguaje. Se refiere a la dificultad para generar temas y dotarlos de una información adecuada, por lo que el discurso del paciente aparece empobrecido y vacío de contenido. Se distingue entre pobreza del habla y del contenido. En la pobreza del habla se observa una restricción en la cantidad del lenguaje espontáneo, por lo que las respuestas tienden a ser poco fluidas, vacías, breves, fragmentarias, vagas y no elaboradas. A veces las contestaciones son monosilábicas, y algunas preguntas se quedan sin respuesta. En la alogia por pobreza del contenido, la fluidez verbal se halla preservada, pero aunque las respuestas sean suficientemente largas y el habla sea adecuada en cantidad, contiene poca información. El lenguaje tiende a ser muy abstracto. El sujeto acostumbra a obviar la información adecuada y a no especificar. La alogia es uno de los síntomas negativos característicos de la esquizofrenia, si bien es posible observarla en otros grupos de pacientes crónicos, sobre todo en régimen de institucionalización. Otra alteración alógica es el bloqueo del habla".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

ALUCINACIÓN

Definición.- Representación mental que: a) comparte características de la percepción y de la imaginación; b) se produce en ausencia de un estímulo apropiado a la experiencia que la persona tiene; c) tiene toda la fuerza e impacto de la correspondiente percepción real; y d) no es susceptible de ser dirigida ni controlada voluntariamente por quien la experimenta.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 227.

Tipos.- Algunas tipos de alucinación son los siguientes: 1) Alucinación extracampina: es aquella que se experimenta fuera del campo sensorial plausible; 2) Alucinación funcional: alucinación activada y/o desencadenada por un estímulo, el cual es percibido *al mismo tiempo* que la alucinación y en la *misma modalidad sensorial*; 3) Alucinación refleja: Alucinación producida en una determinada modalidad sensorial que es desencadenada por la percepción (correcta) de un estímulo perteneciente a un campo sensorial diferente a aquel en que se produce la alucinación.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 227.

Definición.- Grave manifestación de desorden sensorial, en que se atribuye carácter de percepción a datos puramente subjetivos. La alucinación es una percepción sensorial sin estímulo externo. Las alucinaciones pueden presentar diversas modalidades, pero las más frecuentes pertenecen al terreno auditivo. Este punto de vista fue introducido por Esquirol (1838), quien es a su vez creador del término. Los estímulos auditivos no tienen su origen en el medio ambiente sino que son originados dentro del paciente mismo. Es conocido el empleo de diversas drogas para provocar alucinaciones y Hofman y otros han destacado el valor del factor patológico en los centros ideacionales. James parece inclinarse a favor de la hipótesis de la disociación; algunos autores atribuyen ciertas alucinaciones a la situación patológica de los órganos de los sentidos o de los nervios sensoriales. Baillarger diferencia dos clases de alucinaciones: la psico-sensorial y la psíquica. En la primera combinan la imaginación con un estímulo sensorial, mientras que la alucinación psíquica es el resultado de la imaginación sin la interposición de un estímulo sensorial. Algunas autoridades usan la expresión de alucinación psíquica para ideas "inspiradas". Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "La alucinación es una alteración perceptiva producto de la elaboración de un juicio interferido y desviado, que crea una vida representación originada en una imagen del recuerdo o de la fantasía; proyectada al exterior y es aceptada como real, como producto de una captación sensorial Ball: "percepción sin objeto" (Betta, 1984:87).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Clasificación.- 1) "Alucinaciones sensoriales": Se producen en los cinco aparatos sensoriales externos. Pueden ser: a) Alucinaciones auditivas, indiferenciadas: ruidos, zumbidos, silbidos. En un grado más diferenciado: forma verbal, repetición invariable de una o más palabras. En un grado de diferenciación perfecto, se distinguen diferentes voces con gran nitidez. b) Alucinaciones visuales: Generalmente en estados tóxicos e infecciosos. Elementales: llamas, colores y sombras indefinidas. Más individualizadas: animales, objetos o personas. c) Alucinaciones olfatorias y gustativas: Generalmente asociadas y desagradables; en relación con los alimentos. En algunos casos agradables. d) Alucinaciones tácticas y de la sensibilidad general: de contacto, térmicas y dolorosas: "de tacto activo" sensación de tocar; de "tacto pasivo" sensación de ser tocado.

2) "Alucinaciones cenestésicas": se refieren a los sentidos internos: hipocondríacos melancólicos y neuróticos.

3) "Alucinaciones cinéticas o kinestésicas": sensación de movimiento parcial o total del cuerpo, esquizofrénicos (Betta, 1984:87).

El autor menciona también los siguientes tipos de alucinación (Betta, 1984:88):

Alucinación extracampina.- Cuando se captan estímulos que escapan al campo sensorial. Son visuales.

Alucinación hipnagógica.- Cuando disminuye la lucidez de la conciencia: paso de la vigilia al sueño, fatiga, surmenage, etc.

Alucinación psíquica.- Intensa representación sin exteriorización; conciencia de que se produce en el cerebro (palabras o pensamientos que imparten órdenes) (Betta, 1984:88).

Alucinación verbomotora.- Más que alucinaciones es una perturbación del pensamiento: sensación de que otras personas hablan por intermedio del sujeto (Betta, 1984:88).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Clasificación.- Según los órganos de los sentidos involucrados, las alucinaciones pueden ser de la vista, del oído, del olfato, de la sensibilidad general y cenestesia, kinestésicas y verbomotoras, psíquicas, extracampiles y combinadas.

Pereira, Manual de Psiquiatría.

Tipos de alucinación.- Introducción: Las alucinaciones auditivas (AA) deberían abordarse desde una perspectiva multidimensional. Sanjuán (2006) propone un modelo etiopatogénico de las alucinaciones en

la psicosis que implicaría, por un lado, una vulnerabilidad a oír voces, y por otro, una respuesta emocional anómala ante las alucinaciones.

Objetivos: Determinar grupos homogéneos de pacientes a partir de diversas dimensiones de las alucinaciones. Según las predicciones de nuestro modelo, los sujetos con una alta respuesta emocional a las alucinaciones presentarán una mayor duración y frecuencia, además de un curso más crónico de las mismas.

Metodología: A 143 pacientes psicóticos con AA se les administró la escala PSYRATS (Psychotic Symptom Rating Scale) para AA (Haddock et al, 1999). Se llevó a cabo un análisis de conglomerados (método K medias) con las variables de esta escala. Se valoró la frecuencia en que las AA provocaban una respuesta emocional placentera.

Resultados: Determinados cuatro grupos distintos: 1) respuesta de ansiedad alta y frecuencia y duración de las alucinaciones altas (n=77); respuesta de ansiedad baja, frecuencia y duración bajas (n=28); 3) respuesta de ansiedad baja, frecuencia y duración altas (n=23); sin embargo fue el grupo con una respuesta placentera mayor; y 4) respuesta de ansiedad alta, frecuencia y duración bajas (n=15). Los grupos 1 y 3 estaban formados principalmente por alucinadores crónicos.

Conclusiones: Podemos diferenciar 4 grupos homogéneos de pacientes. Para la mayoría de los pacientes, la respuesta emocional (tanto negativa como positiva) determinó la gravedad (frecuencia y duración) y la cronicidad de las alucinaciones.

N. Herrero Sebastián, E. González Sánchez, O. Brotons Girona... (et.al). Alucinadores: ¿Existen diferentes tipos?

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2008 NOV. Ponencia incluida en el XII Congreso Nacional de Psiquiatría.

Alucinación en personas normales.- Resumen: Que una porción sustancial de individuos mentalmente saludables indique haber tenido experiencias que podrían llamarse "alucinaciones" representa un descubrimiento potencialmente importante. Como sugiere la hipótesis del continuo de la psicosis, tales experiencias son una parte de la conciencia normal para la población general, ya que las alucinaciones generalmente no están asociadas con una estructura neurótica. En este estudio, se examinan tres factores que podrían estar relacionados con la experiencia alucinatoria en individuos normales: la propensión a la fantasía, la absorción psicológica y las experiencias disociativas. Las personas que tienen alta capacidad de absorción, tienen imaginación visual intensa y vívida, y experiencias sensoriales intensas e imaginativas, lo cual también podría ser un factor de predisposición para la experiencia alucinatoria. En la categoría de la disociación "normal", se incluyen experiencias alucinatorias también que operan en un continuo en cuyo extremo están los estados disociativos normales, como la autohipnosis, hasta estados patológicos, como la amnesia disociativa y la despersonalización. Testeamos tres hipótesis sobre una muestra de 650 estudiantes universitarios de ambos sexos (24% varones y 76% mujeres; rango etario = 17-57 años) y encontramos diferencias significativas en absorción ($r = .615$ $p < .001$) y -aunque algo menor- propensión a la Fantasía ($r = .546$; $p < .001$), y disociación ($r = .554$; $p < .001$) con el puntaje total de tendencia a alucinar. Se realizó un análisis de regresión lineal por el método de pasos sucesivos para valorar hasta que punto la absorción, la disociación y la propensión a la fantasía explican la presencia de experiencias alucinatorias. Dada la consistencia de nuestros resultados tenemos una validación de las experiencias alucinatorias en población normal.

Alejandro Parra, Interrelación entre disociación, absorción y propensión a la fantasía con experiencias alucinatorias en población no-clínica. ALCMEON. 2007 SEP;14(1).

Alucinación en la esquizofrenia.- "Las alucinaciones en la esquizofrenia se han considerado como el resultado de la atribución errónea de la información internamente generada a una fuente externa. Las distorsiones en la imagen mental pueden ser la base de tales confusiones. Investigadores de la Universidad de Utrecht analizaron el funcionamiento de 77 sujetos sobre múltiples medidas de comportamiento de las imágenes y percepciones mentales auditivas y visuales, y una medida de monitorización de la realidad. Las comparaciones se hicieron entre el funcionamiento de los pacientes esquizofrénicos con (N=22) y sin las alucinaciones (N=35) y los sujetos normales emparejados para la comparación (N=20), después de controlar los factores atencionales. No emergieron diferencias en cualquiera de las medidas de la imagen mental, ni en la realidad que monitorizaba la exactitud. Esto sugiere que no hay disposición estable hacia las imágenes mentales anormales asociadas con las alucinaciones. Sin embargo, para los pacientes con alucinaciones activas (N=12), la severidad de la alucinación correlacionó positivamente con una medida de interacción entre la imagen y la percepción en la modalidad auditiva $r = 0.70$, $p = 0.01$. Aunque de modo preliminar, este hallazgo es constante con las recientes propuestas teóricas en las cuales las alucinaciones se han sugerido como resultado de una influencia creciente de las expectativas sensoriales descendientes en la percepción consciente".

Aleman A y otros, Bases cognitivas de las alucinaciones en la esquizofrenia. SCHIZOPHR RES. 2003 NOV; 64(2):175-185.

Generalidades.- Las alucinaciones son un hecho del discurso, pues sólo podemos acceder a ellas porque el paciente las cuenta. Para Jaspers, en la alucinación podemos identificar tres características fundamentales: corporeidad, objetividad y espacialización (lo alucinado se percibe como ubicado en el

espacio exterior). Estas características son importantes porque permite hacer una clasificación de las alucinaciones en dos grandes grupos: con espacialización y sin espacialización. En las primeras están las tres características indicadas, mientras que en las segundas no hay ni corporeidad ni espacialización: sólo hay una objetividad psíquica. Cada autor les dará distintos nombres (en el siguiente cuadro se agregan también las alucinaciones por alteración orgánica):

1. Alucinaciones espacializadas: (corporeidad, objetividad, espacialización)	o psicosensores (Ey) o pseudoalucinaciones (Pereyra)
2. Alucinaciones sin espacialización: (solamente objetividad psíquica)	o psíquicas o pseudoalucinaciones (Ey) o psíquicas (Pereyra)
3. Alucinaciones por alteración orgánica:	o sensoriales (Ey) o verdaderas (Pereyra)

1. Alucinaciones con espacialización: Según el psicoanálisis, son más regresivas que restitutivas y en general son terroríficas (salvo en algunos delirios místicos, que pueden ser agradables). Pueden ceder con medicación, no así los delirios. Nos interesa aquí sin embargo lo que dice la semiología psiquiátrica: las alucinaciones son percepciones sin objeto presente. De acuerdo a Betta, es una alteración perceptiva producto de un juicio desviado (idea delirante) que crea una representación viva, originada en una imagen del recuerdo o la fantasía, y que es proyectada al exterior y captada como real. Ey las llama alucinaciones psicosensores, para diferenciarlas de las pseudoalucinaciones, y para enfatizar el hecho de que no son los sentidos los que andan mal, sino que es algo del orden psíquico (ejemplo: escuchar voces no a raíz de un problema en el oído sino por causa psíquica).

Las alucinaciones se clasifican según el sentido involucrado. Las *visuales* se dan en etapas agudas, como en los estados tóxico-infecciosos, siendo un ejemplo el delirium tremens del alcohólico crónico. Son raras en los delirios crónicos.

Las *acústicas* (escuchar voces) se dan mas bien en las psicosis crónicas, y se llaman también auditivas, verbales, o acústico-verbales. Pueden ser simples (escuchar ruidos) o compuestas (escuchar voces), y tienen valor diagnóstico para identificar esquizofrenia. Los pacientes suelen no hablar de sus alucinaciones, y les producen mucho sufrimiento.

También hay alucinaciones *táctiles* (sentir quemaduras, pinchazos, calor, dolores varios, etc).

Por otra parte están las alucinaciones *cenestésicas* que comprometen el esquema corporal y la sensibilidad general, tanto propioceptiva como interoceptiva. También son de valor diagnóstico para la esquizofrenia, donde son patognomónicas. Por ejemplo, una paciente sentía movimientos en la panza y decía estar embarazada. En la práctica podemos confundir una alucinación cenestésica con una interpretación delirante, pues en este último caso realmente hay un problema corporal, y el paciente lo interpreta a su manera. Las alucinaciones cenestésicas pueden ser generales o específicas. En el primer caso, cuando afectan todo el cuerpo, o sea hay una despersonalización, sentimientos de transformación corporal, sensaciones de posesión diabólica o zoopática (poseídos por un animal). La transformación corporal puede implicar que se le abren los huesos, se le pudre la piel, que no sienten los tejidos o se les desgarran, que les falta algún órgano, etc. En las alucinaciones específicas está comprometida sólo una parte del cuerpo, generalmente los órganos genitales.

Un ejemplo de alucinaciones cenestésicas es una paciente que relata que fulano le conectó un video que abarca toda la casa y no se pierde nada de lo que hace. "Empiezan a dormirme con éter y a torturarme: me parten las muelas, me inyectan la cabeza, pierdo todo el pelo, me queman las piernas, y lo que más me lastimaban era la matriz. Había días que me levantaba dando un grito, toda sangrada".

También hay alucinaciones *olfativas* y hasta *gustativas*, como una paciente que refiere que alguien le contagió la lepra y siente que su cuerpo se descompone y larga un olor muy feo. Son alucinaciones frecuentes en enfermedades orgánicas y en esquizofrenias de larga evolución.

Otro tipo son las alucinaciones *cinéticas* o motrices, relacionadas con la sensibilidad muscular (el movimiento), y donde el paciente siente que es una marioneta que están moviendo, o que sus miembros son movidos por alguna fuerza, etc.

Otro tipo son las alucinaciones *extracampiles*, donde los estímulos se captan fuera del campo sensorial, como por ejemplo ver a alguien detrás de la pared. Suelen aparecer en la esquizofrenia. Por último, están las alucinaciones *degeneradas*, que son las que pierden tonalidad afectiva y se vuelven indiferentes, como en los estados terminales de la esquizofrenia.

2. Alucinaciones sin espacialización: También llamadas 'intrapsíquicas', aparecen en el espacio subjetivo o interior del paciente, y son vividas como fenómenos psíquicos extraños y raros. Las más frecuentes son las acústicas, como las voces que se escuchan dentro de la cabeza, no afuera. Es el mismo pensamiento el que toma carácter alucinatorio, de ahí que algunos las consideran trastornos del pensamiento pues son voces interiores, que incluso pueden originar 'ideas de perjuicio' del tipo me roban el pensamiento, me adivinan el pensamiento o me los divulgan. Las voces interiores se llaman también sonorización del pensamiento.

Un ejemplo de alucinación intrapsíquica es la paciente embarazada que escucha dentro suyo la voz de su madrina que le orden matar a la hija que está por nacer. Cuando nace intenta matarla, y sus familiares consultan y esta mujer queda internada. Vemos como estas alucinaciones determinan la conducta de la persona, con gran sufrimiento para ella y riesgo para su hija.

Otros pacientes escuchan voces pero no hablan sobre lo que estas dicen, mostrando reticencia. Por ejemplo "no sé, no recuerdo, tengo lagunas mentales". Otro paciente cuenta que escucha voces dentro de él porque le pusieron un transmisor dentro de los oídos.

En cualquiera de los tipos de alucinación vistos, la alucinación no es un simple fenómeno sensorial aislado, sino la respuesta de la totalidad del psiquismo enfermo, ya que más que un problema sensorial aislado es un trastorno del juicio, sea esporádico o permanente. Además, la alucinación sola no tiene valor diagnóstico como para identificar un cuadro clínico: es sólo un dato más y hay que ver cómo se articula con los otros signos y síntomas.

3. Alucinaciones por alteración orgánica: Se dan en cuadros orgánicos o tóxicos, como el delirium tremens del alcohólico, y le sigue una interpretación delirante. No confundir estos fenómenos con la 'alucinosis', también de origen orgánico, pero que no va ni antecedida ni precedida por delirios (o sea son alucinaciones 'puras', sin delirios), y la persona adopta una actitud crítica frente a lo alucinado, pues sabe que no es real. Pueden deberse a afecciones cerebrales, lesiones de los órganos de los sentidos, etc.

Condensado de López Susana y Hemmingsen Isabela, Trastornos de la percepción y el pensamiento. Clases de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Setiembre/Octubre 1995.

Alucinación y delirio.- En las alucinaciones especializadas y sin especialización, las alucinaciones se producen después del delirio: el paciente delira y produce una alucinación con él relacionada. En las alucinaciones por alteración orgánica es al revés: se produce una alucinación por causa orgánica y luego el paciente hace una interpretación delirante.

Condensado de López Susana y Hemmingsen Isabela, Trastornos de la percepción y el pensamiento. Clases de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Setiembre/Octubre 1995.

Alucinación auditiva: etiopatogenia.- "Introducción. En los últimos años, dos tipos de abordajes han tratado de avanzar en la comprensión de las alucinaciones auditivas en la psicosis. Desde estudios epidemiológicos en población general se viene defendiendo el 'oír voces' como un fenómeno humano común donde los factores ambientales y el ajuste social, y no las alucinaciones en sí, constituirían la verdadera patología. Desde las técnicas de neuroimagen se han descrito las principales áreas implicadas en la fisiopatología de las alucinaciones auditivas. No hay intentos de integración de estas líneas de investigación tan diferentes, tanto en sus bases teóricas como en sus propuestas terapéuticas. Además, ninguna de estas aproximaciones aborda el problema de la vulnerabilidad genética. Desarrollo. A partir de la revisión de la bibliografía y de nuestros propios hallazgos, en estudios genéticos en pacientes psicóticos, planteamos un modelo etiopatogénico integrador genético-ambiental de las alucinaciones auditivas en la psicosis. Los factores genéticos pertenecen a dos categorías: los que confieren una vulnerabilidad a escuchar voces –estarían implicados los genes que se expresan en las áreas del lenguaje y se relacionan con trastornos del habla (FOXP2)– y los que confieren vulnerabilidad a una anormal respuesta emocional a las voces –estarían implicados los genes que regulan, directa o indirectamente, la actividad dopaminérgica en el sistema límbico (5-HTT, CCK-AR)–. Los factores ambientales y culturales modulan el contenido y la repercusión emocional a largo plazo de dicho fenómeno alucinatorio. Conclusión. El modelo que se presenta permite integrar datos, hasta ahora dispersos, desde la epidemiología, la neuroimagen y la psicofarmacología sobre las alucinaciones auditivas".

Julio Sanjuán J, Etiopatogenia de las alucinaciones auditivas en las psicosis. REVISTA DE NEUROLOGÍA. 2006 SEP; 43(5).

Alucinaciones musicales.- Introducción: El fenómeno alucinatorio musical es bien conocido aunque poco frecuente en pacientes neuropsiquiátricos. El primer caso de alucinaciones auditivas musicales fue descrito por Baillarger y Coleman en 1846 y 1849 respectivamente. Se ha discutido si han sido fuente de inspiración y creatividad para compositores como Haydn y Donizetti.

Objetivos: Describir el fenómeno de alucinaciones auditivas musicales, fenómeno de procesamiento de complejos sonidos en que la percepción está basada en música instrumental, con el fin de aumentar nuestros conocimientos y realizar una mejor práctica clínica.

Metodología: A propósito de un caso realizamos una revisión bibliográfica mediante una búsqueda en base de datos pubmed de artículos publicados en los últimos 20 años con el descriptor "musical hallucinations".

Resultados: Según su etiología se clasifican en 5 grupos: desórdenes psiquiátricos, hipoacusia, lesiones cerebrales focales (tumores o traumatismos), epilepsia, intoxicación. Prevalece en el género femenino (70 %), la edad media de aparición es 61,5 años. El 67 % de pacientes eran sordas y 40 % el único síntoma. En un 27 % existía historia psiquiátrica previa, predominando sintomatología afectiva tipo episodio depresivo. No existen estudios avalados respecto al tratamiento, los resultados con neurolépticos o anticonvulsivos insatisfactorios.

Conclusiones: Estudios de neuroimagen funcional demuestran que el lóbulo temporal tiene importante función en la producción de alucinaciones auditivas musicales. La sordera es condición frecuente pero no necesaria. Berrios concluye que son más frecuentes en mujeres con sordera asimétrica, preferentemente oído izquierdo, sin historia previa psiquiátrica. En caso de enfermedad cerebral la alteración del hemisferio no dominante es más común, donde se localiza la percepción musical.

M. Herrera Giménez; S. Martínez Benítez; J.M. López Navarro... (et.al) Un mundo auditivo: Alucinaciones musicales. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2009 OCT; 2:110. Ponencia presentada en el XIII Congreso Nacional de Psiquiatría celebrado en Madrid, Octubre, 2009.

Alucinación olfativa.- Desde comienzos del siglo XX se ha descrito la existencia de alucinaciones olfativas junto a delirios de referencia secundarios en sujetos con rasgos "sensitivos" de la personalidad. Desde entonces, se debate si estos síntomas constituyen una "entidad nosológica independiente" o, por el contrario, son sólo un síndrome que aparece en distintos trastornos psiquiátricos.

En este sentido, se han propuesto unos criterios diagnósticos a partir de los casos clínicos coincidentes publicados en la literatura. Pryse-Philips, en su trabajo sobre las alucinaciones olfativas, estableció el diagnóstico diferencial de este síndrome respecto a la esquizofrenia, la depresión y la epilepsia focal.

En este trabajo, se expone el caso de una paciente de 18 años que está convencida de desprender mal olor corporal y presenta conductas repetitivas de limpieza asociadas. Además, muestra unas ideas de referencia sensitiva que conducen a un importante retraimiento social como consecuencia de los sentimientos de malestar y vergüenza que experimenta ante la presencia de otras personas. Esta conducta coincide con la denominada por Pryse-Philips *contrite reaction*, caracterizada por la vergüenza y el desconcierto causados por los delirios. Aunque la paciente afirma que ella "no nota su mal olor", está convencida de que los demás lo perciben. Estas particularidades psicopatológicas se traducen en la dificultad para diferenciar en la práctica clínica las alteraciones sensorio-perceptivas de tipo olfativo de los delirios de contenido olfativo.

José Ángel Portera; José Manuel Jaquotot Arnáiz; Rogelio Luque Luque, Síndrome de referencia olfativo: Revisión histórica y clínica a propósito de un nuevo caso. PSIQUIATRIA BIOLÓGICA. 2008 JUL; 15(4):144-146.

Alucinación en la depresión y la esquizofrenia.- Dada la escasa investigación realizada sobre este tema, decidimos comparar el tipo y la frecuencia de alucinaciones entre los pacientes hospitalizados diagnosticados de trastorno bipolar (TBP) con los que se dan en otras enfermedades psiquiátricas mayores. En el momento del ingreso, a todos los pacientes hospitalizados en el Departamento de Psiquiatría de la Freie Universität Berlin (1981-2001) se les realizaron extensas evaluaciones mediante el sistema estandarizado de la Association for Methodology and Documentation in Psychiatry (AMDP). Utilizamos estos datos para comparar los riesgos y tipos de alucinaciones y los factores asociados mediante pruebas multifactoriales y bifactoriales en pacientes diagnosticados de TBP, depresión mayor o esquizofrenia.

Resultados: En el momento del ingreso, la prevalencia de alucinaciones entre los 4.972 sujetos hospitalizados fue la siguiente: esquizofrenia (61,1 %), bipolar mixto (22,9 %), manía bipolar (11,2 %), depresión bipolar (10,5 %), depresión unipolar (5,9 %). Las alucinaciones más frecuentes en todos los pacientes fueron las de tipo auditivo, seguidas de las somáticas y las visuales. Tan sólo se detectaron diferencias menores de edad y sexo en el riesgo de padecer alucinaciones. En comparación con los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, las alucinaciones entre los pacientes con TBP eran menos graves, más frecuentemente de tipo visual y menos frecuentemente auditivas. Las características de las alucinaciones fueron similares entre los sujetos maníacos y los depresivos tanto bipolares como unipolares. Entre los pacientes con trastornos afectivos mayores, los que experimentaron alucinaciones tenían un nivel educativo más bajo, puntuaciones de ansiedad más altas, menor conciencia de su enfermedad e ingresos hospitalarios un 17 % más prolongados como promedio. En todos los diagnósticos, las alucinaciones, sobre todo las olfativas, se asociaron significativamente a la ideación delirante.

Las alucinaciones en el TBP se vieron acompañadas con mayor frecuencia por delirios de persecución; los delirios de grandeza se asociaron menos a las alucinaciones.

Conclusiones: Este estudio aporta datos descriptivos detallados con respecto a la frecuencia (transeccional) y a las características de las alucinaciones de una amplia muestra de pacientes con TBP, depresión mayor o esquizofrenia. Nuestros resultados sugieren una relación entre un bajo nivel educativo y la presencia de alucinaciones en los trastornos afectivos mayores. La significación de este hallazgo, así como el papel de la ansiedad en los pacientes con alucinaciones, requiere un mayor estudio.

Christopher Baethge C y otros, Alucinaciones en el trastorno bipolar: características y comparación con la depresión unipolar y la esquizofrenia. BIPOLAR DISORDERS. 2005 ABR; 7(2).

Tratamiento.- Los tratamientos cognitivo-conductuales dirigidos a las alucinaciones se han centrado generalmente en las alucinaciones auditivas, seguramente al ser estas las más habituales. El tratamiento de las alucinaciones auditivas se ha desarrollado a partir de diversos marcos teóricos basados en parte en las teorías cognitivas sobre las alucinaciones y en parte en la teoría cognitiva en general. La amplia

mayoría de estas teorías asume que el proceso de formación y mantenimiento de las alucinaciones auditivas está asociado con algún sesgo en el habla interna del sujeto.
Sumarroca Hernández X y Cirici Amell R, Modelos teóricos sobre la formación y el mantenimiento de los delirios y las alucinaciones. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2006; 22(5).

ALUCINOSIS

Definición.- Estado alucinatorio persistente, que no despierta ninguna interpretación delirante: conciencia de que se produce a consecuencia de una perturbación determinada (Betta, 1984:88).
Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición.- En el caso del alcoholismo, "es un episodio con síntomas psicóticos que se produce tras una fuerte intoxicación alcohólica en la que el individuo ha estado consumiendo dosis grandes de alcohol durante varios días. Cursa sin desorientación ni pérdida de conciencia".
Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 487.

AMENCIA

Definición.- "Es poco frecuente el uso del término amencia en la literatura psiquiátrica moderna, que en la actualidad se utiliza para designar a la fase terminal de una enfermedad degenerativa" (pág. 732).
Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

AMNESIA

Definición.- 1. Desaparición o falta de las representaciones mnémicas correspondientes a un determinado tiempo de la vida individual. 2. (Psicoanálisis) Lagunas de la memoria del histérico que arraigan en la primera infancia; estos elementos de la amnesia son acontecimientos de importancia que por *represión* han pasado a la esfera inconciente. El contenido de la amnesia es siempre de carácter sexual o agresivo. Hablemos asimismo de *Amnesia infantil*, también de contenido sexual o agresivo. El tratamiento psicoanalítico intenta hacer concientes estos contenidos de amnesia infantil reprimidos en lo inconciente.
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "Las amnesias son alteraciones cuantitativas de la memoria consistentes en la pérdida de los recuerdos de una época de la vida, con certeza de que existieron y se han perdido" (Betta, 1984:162).
Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Clasificación.- "a) Amnesias parciales: Afecta aspectos muy limitados (visual, auditivo, verbal, etc.) Amnesia parcial orgánica por destrucción de tejido nervioso. Amnesia parcial psicógena (neuróticos). b) Amnesias totales: Extensivas a todos los elementos y formas del conocimiento. Amnesia anterógrada o de fijación: incapacidad para fijar los estímulos. Imposibilidad para evocar hechos recientes. Se conservan los antiguos. Amnesia retrógrada: Dificultad para actualizar un viejo recuerdo, que fue evocado fácilmente en oportunidades anteriores. Amnesia retroanterógrada o global: Afecta a la fijación y a la evocación. Produce desorientación y fallas de comprensión" (Betta, 1984:162).
Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición y clasificación.- Pérdida total de la memoria. Puede ser *parcial* (visual, auditiva, etc, lo que tiene relación con lesiones cerebrales focales), o *total*, cuando abarca todos los datos del conocimiento. En este caso la amnesia puede ser de fijación (no se fija la información reciente aunque sí recuerda el pasado), de evocación (se pierde lo ya fijado), y global (de fijación y de evocación). En la arterioesclerosis encontramos esta progresión. En la vejez se pierde la memoria de fijación debido a la falta de ARN.
Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Amnesia anterógrada.- Incapacidad para adquirir nueva información.
Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 271.

Amnesia retrógrada.- Incapacidad para recordar el pasado.
Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 271.

Amnesia funcional.- "Por oposición al síndrome amnésico, aquel tipo de amnesia que no tiene una etiología orgánica, siendo los factores emocionales los principales responsables de su ocurrencia".
Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 271.

Amnesia transitoria.- También llamada blackout. En el caso del alcoholismo, designa la "amnesia total o parcial para lo ocurrido mientras el individuo estaba ebrio".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 487.

AMOK

Definición.- "Episodio disociativo que se presenta entre los nativos de Malasia. Consiste en un acceso de violencia indiscriminada, no motivado por ningún acontecimiento, en el cual el individuo destruye todo tipo de objetos, mata animales y llega, incluso, a asesinar a otras personas. Al concluir el episodio se produce una amnesia de todo lo ocurrido. Con relativa frecuencia termina en el suicidio. El amok constituye uno de los ejemplos más característicos de las psicosis culturales".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

ANANCÁSTICO

Definición.- "Término que define determinados rasgos de la personalidad obsesivo-compulsiva".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Frecuencia de síntomas anancásticos en la población.- Introducción: Los autores se proponen analizar la frecuencia de los síntomas anancásticos en la población general, dada su relación con los trastornos depresivos y con la elección de pareja. Lo que influye en la genética de las poblaciones.

Material y métodos: Utilizan las respuestas al Mini-Inventario de Rasgos Anancásticos de la Personalidad (MIRAP) de una muestra de 418 sujetos extraídos de la población general. Se dividió la muestra entre sujetos anancásticos (puntuación total en el MIRAP-2 ≥ 37) y no-anancásticos (puntuación total en el MIRAP-2 ≤ 36). Las pruebas estadísticas empleadas han sido la prueba exacta de Fisher, la "t" de Student y un análisis discriminante escalonado.

Resultados y discusión: Los síntomas anancásticos aislados son frecuentes en la población general. Sin embargo, existen diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos estudiados. Los sujetos anancásticos muestran más síntomas presentes y con mayor intensidad que los no-anancásticos. El análisis discriminante revela que dieciséis de los veinte ítems originales del MIRAP separan con un 96% de eficacia a ambos grupos. Los autores concluyen que los síntomas anancásticos son frecuentes en la población general. Pero no pueden dar respuesta a si tal incidencia es real o una correlación ilusoria socialmente condicionada.

Cordero Villafáfila, A; Ramos Brieva, J. A; Ramos Cordero, A. Frecuencia de síntomas anancásticos en la población general. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2009; 25(5)

ANHEDONIA

Definición.- "Este término, empleado por Ribot [...] a finales del siglo 19, se refiere a la incapacidad para experimentar placer. Kraepelin y Bleuler la incluyeron más tarde entre los síntomas del deterioro esquizofrénico [...]. En términos dinámicos se interpreta el síntoma como un coadyuvante de la represión del conflicto neurótico [y] también existen aplicaciones basadas en postulados comportamentales y biológicos".

Vallejo Ruiloba J y otros, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Masson, Barcelona, 1999, 4ª edición, pág 233.

Anhedonia y esquizofrenia.- La anhedonia, o disminución de la capacidad de experimentar emociones placenteras, es una característica común y resistente al tratamiento de la esquizofrenia que a menudo se incluye en los síntomas negativos de este trastorno. Esta revisión selectiva describe tres de los planteamientos más habituales para evaluar la anhedonia en la esquizofrenia: medidas basadas en entrevistas clínicas semiestructuradas, cuestionario del rasgo autoinformado y evaluaciones basadas en tests de laboratorio que examinan las experiencias emocionales. En cada planteamiento se valoran las propiedades psicométricas, las relaciones con otros síntomas y características de la esquizofrenia, así como las relaciones con otros planteamientos de evaluación. Se llega a la conclusión de que la anhedonia puede evaluarse de manera fiable y constituye un aspecto diferencial clínicamente importante de la esquizofrenia, un aspecto que debe ser incluido en una evaluación completa de los síntomas negativos. Se comentan los actuales trabajos para definir más precisamente la naturaleza del déficit hedónico y se dan recomendaciones para la evaluación óptima de la anhedonia en ensayos clínicos de nuevos tratamientos de los síntomas negativos.

William P Horan, Ann M Kring, Jack J Blanchard, Anhedonia en la esquizofrenia: revisión de las estrategias de evaluación. SCHIZOPHRENIA BULLETIN. 2006 ABR; 32(2).

ANOREXIA

Definición.- La medicina define la anorexia como un cuadro caracterizado por pérdida de apetito que lleva a una pérdida de peso corporal, evolucionando hacia la desnutrición o caquexia.

Tiene tres etapas definidas. En primer lugar pierde el apetito, con una consecuente pérdida de lípidos que ocasiona pérdida de peso. En segundo lugar aparece una pérdida de proteínas, y en tercer lugar sobreviene un estado grave de desnutrición, la caquexia, de características irreversibles, ya que en cierto momento la falta de apetito hace que la hipófisis deje de funcionar.

Etiología.- En cuanto a la etiología, la anorexia puede ser esencial o sintomática, es decir, primaria o secundaria.

La anorexia esencial, primaria o nerviosa es lo que conocemos hoy en día simplemente como anorexia. Diversas teorías intentan dar cuenta de sus causas: una teoría biológica, que sostiene que se produce una inhibición del centro hipotálmico del apetito como resultado de un estado de estrés; una teoría psicológica, que sostiene las hipótesis de una inhibición de la oralidad, de una alteración de la imagen corporal, etc.; y podemos también indicar una teoría social, que ve en los mensajes de los medios masivos de comunicación que privilegian un cuerpo delgado un factor determinante, o cuanto menos contribuyente.

La anorexia sintomática es secundaria a otra enfermedad: patologías como la enfermedad de Basedow, la enfermedad de Addison, los carcinomas, la insuficiencia hepática, etc., o cualquier otra que produzca delgadez inhibiendo el centro hipotálmico del apetito. Esta anorexia sintomática o secundaria es una entidad diferente a la anorexia nerviosa y como tal, por sus similitudes, debe ser distinguida de ella a través de un diagnóstico diferencial.

Anorexia nerviosa.- Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (normalmente un IMC de 16 o menos). Miedo intenso a ganar peso, a engordar. Se mencionan dos subtipos: el subtipo bulímico, llamado también 'tipo atracón' o 'tipo purgante', donde la paciente presenta episodios de atracones y conductas purgantes; el subtipo restrictivo, donde la persona no presenta episodios de ingesta voraz o conductas purgantes.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 554.

Anorexia en varones.- En los últimos diez años, la presencia masculina en la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (Aluba) trepó de un cinco a un quince por ciento. Aunque no hay estadísticas nacionales sobre bulimia (ingesta compulsiva y vómitos) y anorexia (inanición autoprovocada), la psiquiatra Mabel Bello explicó que el ingreso de los varones dentro de esta problemática es un fenómeno en crecimiento. "La presión social por la belleza asociada a la extrema delgadez, alcanzó también a los varones", dijo Bello.

Aunque estas patologías son curables, es la resistencia a reconocerlas lo que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) provoca una mortalidad del quince por ciento.

(Fuente: La anorexia es también problema de varones. Diario La Nación, Buenos Aires, Argentina, 17-9-95).

Definición.- Pérdida de apetito que lleva a una pérdida de peso y a una desnutrición caquética.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Etapas.- Hay tres etapas definidas. Primero se pierde el apetito y el peso, principalmente por pérdida de lípidos. Segundo, hay pérdida de proteínas. Tercero, aparece caquexia o grado máximo de desnutrición. Se produce un déficit hormonal hipofisario irreversible, porque en cierto momento la falta de apetito hace que la hipófisis deje de funcionar.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Etiología.- Según sus causas, la anorexia puede ser esencial y sintomática. 1) Esencial o nerviosa: intervienen factores constitucionales y hormonales no bien conocidos. Corresponden a personalidades pre-esquizoides (que pueden llegar al autismo), a sujetos de hábitos asténicos (leptosómicos), neuróticos o enfermos psicosomáticos donde hay una inhibición de la oralidad. Puede haber alteraciones en el vello axilar y pubiano (aunque ello puede obedecer a factores hormonales). Tres teorías buscan explicar este tipo de anorexia: la psicologista (el sujeto siente persecutorio el alimento; compromiso neurótico que actúa inhibiendo el centro hipotalámico del apetito), biológica (se inhibe desde un principio el centro del apetito debido a un estrés emocional, influyendo aquí la labilidad del hipotálamo), y teorías de la personalidad (falla hipotalámica en personalidades esquizoides, esquizotímicas o esquizoparanoides, donde se canalizan los afectos por la oralidad). 2) Sintomática: o secundaria a otra enfermedad como el Basedow, el Addison, el carcinoma, la insuficiencia hepática o cualquier otra patología que produzca delgadez inhibiendo el centro del apetito.

Diagnóstico.- La anorexia se diagnostica (Lofrano, 1993) cuando se presentan las siguientes características: 1) Rechazo absoluto a mantener un peso normal o ligeramente superior al normal. Mantiene sostenidamente un peso corporal un 15% por debajo del peso normal. 2) Intenso temor a engordar, a pesar de una marcada delgadez. 3) Marcadas perturbaciones en el modo de experimentar el propio volumen corporal. Trastornos severos en la autoimagen. 4) Ausencia de por lo menos tres periodos menstruales. La amenorrea puede ser primaria o secundaria.

Lofrano Amanda (1993) El alimento como arma, Revista Psicologías en Buenos Aires, Septiembre 1993, número 17.

Diagnóstico.- Según el DSM-IV, los criterios para diagnosticar anorexia son:

A. Rechazo a mantener el peso corporal en o por encima del valor mínimo normal por edad y altura.

B. Miedo intenso a ganar peso, o convertirse en obeso, aún estando bajo el peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso, talla o silueta corporal, una indebida autoevaluación influenciada por el peso, talla o silueta corporal, o negación en cuanto a la seriedad del bajo peso actual.

D. En las mujeres, amenorrea. Ejemplo: ausencia de por los menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Tipos:

Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona regularmente no se empeña en episodios recurrentes de voracidad o comportamientos purgativos (ejemplos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo purgativo/episodio de voracidad: Durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona regularmente se empeña en episodios recurrentes de voracidad o comportamientos purgativos (ejemplos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, diuréticos o enemas).

American Psychiatric Association (1995) DSM-IV. Barcelona: Masson.

Factores precipitantes, predisponentes y de mantenimiento de la anorexia.- La anorexia nerviosa no se puede comprender atendiendo exclusivamente a la patología neuroendocrina ni a la supuesta conflictiva familiar ni a hipotéticas relaciones objetales tempranas, o a la simple organización del sistema de contingencias conductuales vigente en el ambiente del sujeto (Toro y Villardell, 2000). Garner y Garfinkel (1982) califican a la anorexia nerviosa como un síndrome psiquiátrico con una patogénesis compleja. Sus manifestaciones clínicas son la resultante de múltiples factores predisponentes, que se entrecruzan con la interacción del sujeto para hacer frente a las demandas del medio.

Referencias bibliográficas

Garfinkel, P and Garner, D (1982); Anorexia nervosa. A multidimensional perspective. New York. Brunner.

Toro J y Villardell E (2000) Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.

Factores predisponentes de la anorexia.- Predisponer significa "preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin", es decir que hay elementos en el contexto sociocultural y en las características individuales del sujeto o de su familia que influyen en que pueda prosperar más fácilmente la idea de controlar el peso corporal y de perseguir una figura delgada.

Esta pensamiento se acrecienta a partir de un factor precipitante que puede ser cualquier elemento estresante que se presente (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994).

Pero la perpetuación del trastorno está estrechamente relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer en sí mismo.

Desde diversas escuelas teóricas se sostiene que un factor crucial está relacionado con la dificultad para el funcionamiento autónomo, para establecer la identidad y acceder a la separación.

A) Factores genéticos: algunos datos apuntan a una concordancia mayor entre gemelos monocigóticos que entre dicigóticos. (Kaplan, Sadock, Grebb, 1997). En una revisión de Garfinkel y Garner (1982) se citan tres trabajos con porcentajes que van del 3 % al 6.6% en la prevalencia de anorexia en las hermanas de anoréxicas. Las hermanas de las pacientes parecen estar más afectadas por el trastorno pero su interpretación puede deberse más a factores ambientales que a genéticos. Estudios familiares no han revelado la presencia de anorexia nerviosa en los padres de estas pacientes. Parece cuestionable el aceptar la hipótesis de una determinación genética considerando que esta enfermedad se desarrolla solamente en un medio socio-cultural determinado.

B) Características de personalidad: Westen y Harnden-Fischer (2001) sostienen que en general, los pacientes con anorexia tipo restrictiva tienden a ser más esquizoides y obsesivos compulsivos que los pacientes con anorexia tipo purga-atracón. Los pacientes con síntomas anoréxicos y bulímicos tienden a estar ligeramente más perturbados que los pacientes que presentan solamente bulimia, especialmente en relación a los síntomas de la personalidad límite. Dos tercios de los pacientes de este grupo de estudio pudieron ser asignados a una de las tres categorías diagnósticas según sus perfiles de personalidad.

El primer grupo denominado de "alto funcionamiento/perfeccionismo" presentaba una baja incidencia en hospitalización psiquiátrica y considerablemente menos patología de la personalidad que otros grupos. Estas pacientes, funcionaban bien en sus actividades e interpersonalmente, aunque eran autocríticas y

perfeccionistas y con tendencia a sentirse culpables y ansiosas. Su patología parece ser una mezcla de un funcionamiento con rasgos obsesivos y características depresivas. Este grupo representa a la niña "modelo" con trastornos de alimentación, cuyos síntomas pueden reflejar su esfuerzo por regular ansiedad, culpa, competencia y problemas con su autoestima.

Para estos autores, los datos sugieren que los pacientes con trastornos de alimentación con una problemática mayor tienden a diferenciarse en dos direcciones. El segundo grupo fue definido como "constricción/hipercontrolados. Estos sujetos con síntomas anoréxicos presentan más posibilidades de encajar en un perfil constrictivo y de autocontrol. Estos pacientes manifiestan constricción y restricción en las actividades placenteras, necesidades, emociones, relaciones, auto-conocimiento, auto-reflexión, sexualidad y en su capacidad de entender a los otros. Tienden a sentirse vacíos, con estados de disforia y depresión, inadecuados, anhedónicos, ansiosos y avergonzados. La personalidad patológica se inclina a cumplir con los criterios del trastorno por evitación o esquizoide. A mayor ajuste del paciente a este perfil, menor será su nivel de funcionamiento adaptativo. El tercer grupo fue denominado "desregulado/control insuficiente emocional", en contraste, los pacientes con anorexia tipo purga-atracón, tienden a estar más perturbados, emocionalmente inestables, impulsivos y descontrolados. Experimentan emociones intensas y pobremente reguladas y tienden a ponerse furiosos.

En vez de evitar relaciones para escapar a los estados de disforia, buscan desesperadamente relaciones que los calmen cuando no pueden regular sus emociones. Para este grupo, los síntomas del trastorno de la alimentación parece estar más en relación a las conductas impulsivas designadas a regular un manejo precario en los afectos.

Los tipos de personalidad del anoréxico son diversos, si se destacan algunos rasgos en común como la necesidad de aprobación externa, tendencia a la conformidad, falta de respuesta a las necesidades internas y perfeccionismo (Herscivici, Bay, 2000)

C) Factores individuales: la anorexia nerviosa parece ser una reacción a las demandas sobre los adolescentes de mayor independencia tanto social como sexual. Las pacientes suelen centrar sus preocupaciones en temas relacionados con la comida y el control del peso. El sobrepeso actúa como un factor facilitador de este trastorno, ya que cuando exceso de peso es notable, la decisión de empezar un régimen se ve facilitada. La obesidad parece contar más como factor predisponente en las anoréxicas del tipo bulímico.

D) Sexo y edad: el pertenecer al sexo femenino y estar situado en la adolescencia y primera juventud son considerados factores de riesgo.

E) Características familiares: No ha sido posible verificar, con anterioridad a la presentación del cuadro la existencia de una familia típica, ya sea las características psicológicas específicas de los padres o los patrones interaccionales concretos. Si se ha detectado la existencia de relaciones familiares alteradas con anterioridad a la enfermedad en el 55 % de los pacientes de una muestra (Jacobs y Isaacs, 1986); los mismos autores sobre una muestra de 40 anoréxicos, hallaron que el 22 % de los casos tienen familiares con trastornos o anomalías en la ingesta. La mayoría de las familias pertenecerían a un estrato socio-económico-cultural medio a alto de la sociedad, pero en la actualidad parece que esta enfermedad se está difundiendo a través de distintas capas socioeconómicas.

La presencia de trastornos afectivos o el consumo excesivo de alcohol y/o drogas en los familiares de primer grado, resultan de relevancia.

También la obesidad materna, sobre todo en el grupo de anoréxicas bulímicas cumple cierto papel facilitador sin una clara vehiculización de esta influencia.

Ciertos factores predisponentes de patología familiar fueron descritos por diferentes autores de diferentes líneas teóricas. Bruch (1973) sostiene que los padres de estas paciente son sobreprotectores, ambiciosos y preocupados por el éxito y la apariencia externa. Selvini Palazzoli destaca las alianzas encubiertas, la falta en la resolución de los conflictos y las distorsiones en la comunicación, Minuchin y cols (1978) encuadra a estas familias dentro del perfil de las familias psicósomáticas con características específicas de organización y funcionamiento de interacción familiar. Algunas de las cualidades que presentan son el aglutinamiento, la sobreprotección, la rigidez y la participación del paciente en los conflictos familiares.

F) Factores socioculturales: Toro y Vilardell (2000) sostienen que "constituyen los hechos más significativos y eficaces en cuanto a la disposición al trastorno anoréxico y su facilitación concreta". Hay ciertos patrones estéticos corporales, observados, escuchados e incorporados. La población está invadida por mensajes paradójicos en lo que respecta a la salud y a la alimentación. Estos abarcan una permanente invitación a saborear platos con muy alto contenido calórico y simultáneamente fuertes demandas de presentar una figura delgada.

Referencias bibliográficas

Bruch, H (1973) Eating Disorder. Obesity, anorexia nervosa, and the person within. New York. Basic Books.

Crispo R, Figueroa E y Guelar D (1994) Trastornos del comer. Barcelona: Herder.

Garfinkel, P. E. y Garner, D. M. (1982). Anorexia nervosa. A multidimensional perspective. New York. Brunner Mazel.

Herscovici, C, Bay, L (2000). Anorexia nerviosa y bulimia. Argentina. Paidós.

Jacobs, B. e Isaacs, S. (1986). Prepuberal anorexia nervosa: A retrospective controlled study. Journal of Child Psychology and Psychiatry.

Kaplan, H., Sadock B., Grebb J. (1997). Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires. Panamericana.

Toro J y Villardell E (2000) Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.

Westen, D., Harnden-Fischer. (2001). Personality Profiles in eating disorders: Rethinking the Distinction Between axis I and Axis II. American Journal of Psychiatry, 158 (4), 547-561.

Factores precipitantes de la anorexia.- Un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital en un terreno fertilizado por las dietas y actitudes extremas respecto al peso y figura, actúan como desencadenante del trastorno (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994).

Los eventos precipitantes no difieren de otros descritos en el desencadenamiento de otras enfermedades psiquiátricas. Sí se ha determinado que hay un denominador frecuente y esto se refiere a la forma en que el suceso impacta al sujeto quién experimenta la situación de dos maneras: 1. como una amenaza de pérdida de control; 2. como una amenaza o real pérdida de la autoestima. El evento precipitante puede ser una pérdida o una separación, conflictos familiares o nuevas demandas del medio (Herscivici y Bay, 2000).

También puede ocurrir que se inicie el trastorno tras la experimentación real o subjetiva de alguna forma de fracaso personal por ejemplo en el rendimiento académico o en la práctica de algún deporte. Un incremento rápido en el peso corporal puede desencadenar una anorexia, a esto se le puede sumar los comentarios críticos de familiares y amigos antes de que se inicie el cuadro.

Referencias bibliográficas

Crispo R, Figueroa E y Guelar D (1994) Trastornos del comer. Barcelona: Herder.

Herscovici, C, Bay, L (2000). Anorexia nerviosa y bulimia. Argentina. Paidós.

Factores de mantenimiento de la anorexia.- Una vez precipitada la anorexia nerviosa su curso depende de las características individuales y psicosociales diferenciales de cada individuo. Sin embargo, existen algunos factores en común que actúan manteniendo el cuadro.

A) Consecuencias psicológicas de la inanición: la desnutrición determina una serie de modificaciones biológicas de importancia para la homeostasis y la salud de los sujetos. En un estudio realizado durante la Segunda guerra Mundial (Keys y cols, 1950), 36 objetores de conciencia, psicológicamente normales, fueron expuestos durante seis meses a una dieta de semi-inanición con el fin de recabar información sobre los efectos psicobiológicos de la inanición. En un principio solo se diferenciaban de las anoréxicas en la ausencia del deseo de adelgazar. Al final de la investigación los voluntarios se tomaban un par de horas para realizar una comida, pasaban horas pensando y hablando sobre la comida y temas relacionados. También comenzaron a coleccionar recetas y a leer libros de cocina. Se produjo un aumento en el incremento del consumo de café, té, goma de mascar y cigarrillos. Sus comportamientos se fueron haciendo obsesivos-compulsivos. Los cambios psicológicos y de personalidad que aparecieron en el estudio de Minnesota fueron: irritabilidad, ansiedad, dificultad en la concentración, depresión, labilidad de humor e indecisión. Además en general, denotaban una importante reducción de sus intereses, pérdida del interés sexual y una clara tendencia al aislamiento social. En consecuencia, son bastantes las anomalías y trastornos que no deben atribuirse a la patología primaria de la anorexia. Una vez establecido el síndrome de inanición, se constituye en un importante factor de mantenimiento. El pensamiento obsesivo aumenta el tiempo dedicado a temas relacionados con la alimentación. La reducción de intereses generales magnifica los temas relacionados con la comida y el peso. La depresión o la distimia se presentan casi inevitablemente en mayor o menor intensidad. Así se constituye un círculo de autoperpetuación en el que la anorexia se refuerza a sí misma. Al iniciar su recuperación, la cual duró aproximadamente doce semanas, los voluntarios sufrieron importantes molestias gástricas, además de experimentar un apetito desaforado luego de una comida copiosa. Los mismos síntomas suelen presentar las pacientes anoréxicas al comenzar su realimentación, siendo esta sensación de hambre intenso un importante factor ansiógeno puesto que les plantea el problema de la pérdida de control.

B) Interacción familiar: ante la instalación de la problemática anoréxica las interacciones familiares se vuelven conflictivas y redundan en perjuicio del paciente, tendiendo a mantener y o a reforzar sus síntomas. El ámbito familiar es el lugar en donde se inicia la restricción alimentaria, ante esta disminución de la ingesta se desencadenará la ansiedad familiar. Una vez puesta en marcha la ansiedad se ejecutarán una serie de intervenciones con el fin de corregir la situación. Cuando estas acciones consiguen incrementar la ingesta, tales comportamientos se ven reforzados positivamente, así se ve aumentado el intervencionismo, es decir un conjunto de estímulos que van a influir sobre el comportamiento del paciente. En ese grupo enriquecido conductual, emocional y cognitivamente, la anoréxica observa que algunos de sus comportamientos resultan reforzados por la atención familiar. Como consecuencia, ciertos comportamientos anómalos se ven incrementados. Además como las experiencias más conflictivas se presentan durante las comidas, la situación en sí misma se transforma en un estímulo aversivo. En definitiva, la interacción familiar incrementa y codetermina los comportamientos desadaptados y desadaptadores del paciente. La familia afectada por esta enfermedad contribuye a mantenerla e incrementarla. Las pautas de interacción madre-hijo y padre-hijo quedan alteradas, tornándose incoherentes (Toro y Villardell, 2000)

C) Interacción social: la reducción notable de la interacción social redundaría en una disminución importante de las posibilidades de distracción de la anoréxica circunscribiendo la concentración temática en cavilaciones alimenticias, estéticas y ponderales.

D) Factores cognitivos.

Referencias bibliográficas

Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. and Taylor, H. L. (1950). The Biology of human Starvation. Minneapolis. University Press.

Toro J y Villardell E (2000) Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.

Anorexia y depresión.- "La depresión es, frecuentemente, una patología concomitante con la anorexia nerviosa. Para verificarlo, se diseñó un estudio comparativo con 50 pacientes anoréxicas, tipo restrictivo (ANP), 50 deprimidas (DP) y 50 no pacientes (NP), de edades comprendidas entre los 13 y 16 años. Se utilizaron el Test de Rorschach y el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), comparándose los resultados con las observaciones de los padres, recogidas de forma estandarizada a través del Child Behavior Checklist (CBCL). Los resultados obtenidos mostraron la existencia de dos grupos claramente diferenciados: ANP con depresión (36%) y ANP sin depresión (64%). Por lo tanto, parece que la depresión no es nuclear en la patología anoréxica. No obstante, se apreció un aumento significativo de la escala 2 del MMPI, probablemente consecutivo a la inanición y pérdida de peso. Además, en el grupo ANP se ha constatado la ausencia de ansiedad generalizada. También se encontraron diferencias entre el síndrome depresivo y las alteraciones derivadas de la indefensión social. Igualmente, se ha subrayado la importancia de investigar con distintos tests, para evitar sesgos en los resultados y conclusiones".

García-Alba C, Anorexia y depresión: comorbilidad depresiva en adolescentes anoréxicas. THE SPANISH JOURNAL OF PSYCHOLOGY. 2004; 7(1):1138-7416.

Anorexia, bulimia y personalidad.- MCP-Colombia.- "La anorexia se asocia a perfeccionistas, mientras que la bulimia es propia de personas impulsivas", explicó la profesora de Psiquiatría y Directora del Programa de Trastornos Alimentarios del Cornell Medical Center de Nueva York, Catherine A. Halmi, en el V Simposio Internacional de Avances en Psiquiatría celebrado en Madrid.

La personalidad perfeccionista obsesiva constituye un factor de riesgo para la anorexia nerviosa restrictiva, al tiempo que existe una asociación de la práctica de atracones con una conducta impulsiva. Asimismo, la doctora Halmi señaló que los estudios familiares que se han realizado hasta ahora indican una posible base genética de los trastornos alimentarios, detectándose también trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias. En esta línea, el simposio dio a conocer los últimos estudios que relacionan la disfunción del sistema de neurotransmisión serotoninérgica tanto en la bulimia como en la anorexia nerviosa. En lo referente a los posibles tratamientos a aplicar a estos pacientes, aunque no se vislumbran curaciones definitivas a corto plazo, la terapia conductual-cognitiva debe ser el tratamiento de elección para la bulimia nerviosa, según la doctora Halmi, ya que consigue la supresión de atracones y de la conducta purgativa en el 40 ó 50 por ciento de los casos, mientras que la medicación antidepresiva sólo lograba el 20 ó 30 por ciento de éxitos. "Los inhibidores de la recaptación de la serotonina presentan menos efectos secundarios que otros antidepresivos para los pacientes con trastornos alimentarios», afirmó la doctora Halmi. A pesar de los avances farmacológicos, advirtió que en el tratamiento específico de la anorexia sigue teniendo más relevancia el cuidado familiar que la terapia individual.

La anorexia se asocia a perfeccionistas, y la bulimia a personas impulsivas. Copyright 2000 Psicología.com

Generalidades.- En las últimas décadas la anorexia nerviosa se ha convertido en un área de investigación básica y clínica. La profundización en el estudio clínico ha permitido conocer la tendencia a la cronicidad de este trastorno, la resistencia presentada por los pacientes a las estrategias terapéuticas y un elevado índice de mortalidad en los casos crónicos.

Los sujetos que padecen este trastorno corren el riesgo de desarrollar problemas graves que pueden cronificarse tanto en relación a la psicopatología que acompaña este cuadro como a problemas de salud física involucrados. El impacto en la salud tanto física como mental es considerable. Los datos obtenidos por Lewinsohn, Striegel-Moore y Seeley (2000) muestran estimaciones altas de comorbilidad psiquiátrica y efectos duraderos en el funcionamiento psicosocial aún cuando la fase aguda del episodio haya remitido.

La anorexia nerviosa se asocia con un riesgo de mortalidad y suicidio considerables, las características correlacionadas con un resultado fatal son una mayor duración de la enfermedad, el empleo de purgas y vómitos, y comorbilidad con uso de drogas y trastornos afectivos (Herzog y cols., 2000)

El interés en el área se debe a la necesidad de dar una respuesta terapéutica eficiente para los individuos que presentan este síndrome. Difícilmente puede llevarse a cabo un tratamiento adecuado sin tener un abordaje global que contemple la influencia en el desarrollo del trastorno a los factores personales, sociales y culturales (Vallejo Ruiloba, 1999)

Hasta el momento no hay una teoría etiológica de la anorexia nerviosa que haya logrado una aceptación generalizada. Se han esbozado algunas teorías biológicas que van desde la disfunción hipotalámica hasta

la vulnerabilidad genética. Sin embargo la mayoría de los autores coinciden en la multideterminación de esta enfermedad, en la cual convergen factores sociales, culturales, familiares, del desarrollo, individuales y biológicos (Herscovici, Bay, 2000). Son muchos los factores que se desconocen en relación a la etiología de este trastorno, y este desconocimiento se ve reflejado en cuanto a los procedimientos terapéuticos se refiere.

La tendencia actual de los tratamientos es la confluencia multidisciplinar, ya que es importante abarcar los diversos y complejos aspectos que presenta esta patología, teniendo en cuenta la educación nutricional, la estructuración ambiental para normalizar la comida y el peso, la intervención familiar, la expresión y concientización corporal. Lo complejo es asociar de forma apropiada las diferentes intervenciones evaluando el momento más apropiado para cada una de ellas (Toro y Villardell, 1987).

Referencias bibliográficas

Herscovici, C, Bay, L (2000). Anorexia nerviosa y bulimia. Argentina. Paidós.

Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., Blais, M. A., Keller, M. B.. (2000). Mortality in eating disorders: a descriptive study International Journal of Eating Disorders, 28(1),20-26.

Lewinsohn, P., Striegel-Moore, R., Seeley, M.S. (2000). Epidemiology and Natural Course of Eating Disorders in Young Women From Adolescence to Young Adulthood. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 1284-1292.

Toro J y Villardell E (2000) Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.

Vallejo Ruiloba J (1999) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson.

Alteraciones cognitivas en la anorexia.- El estilo cognitivo presenta cogniciones distorsionadas y creencias irracionales. Garner y Bemis (1982) destacan que el pensamiento se vuelve egocéntrico, concreto y dicotómico, debido a que no hay cabida para las posturas intermedias se torna difícil para la persona regular su ingesta o su actividad física sin llegar a posturas extremas. La delgadez deviene fundamental para lograr una sensación de bienestar, y la autoestima comienza a ser regulada por un sistema de valores cuyo eje central es el peso. La patología anoréxica se nutre permanentemente del temor experimentado hacia el aumento de peso. Los pensamientos e imágenes asociadas implican en general, juicios sobre la falta de control, el exceso en el peso corporal y la autovaloración en relación a una figura delgada. Estos pensamientos se vuelven reiterativos, constituyéndose en una temática casi exclusiva que se asocia con una creciente ansiedad.

En relación con las anomalías cognitivas Garner y Bemis (1982) han enunciado las siguientes alteraciones:

1. Abstracción selectiva: basar una conclusión en aspectos parciales del tema, ignorando evidencia contradictoria.
2. Sobregeneralización: extraer una regla a partir de un hecho y aplicarla a situaciones disímiles.
3. Magnificación de posibles consecuencias negativas: connotar los hechos exageradamente.
4. Razonamiento dicotómico: pensar en términos extremos y absolutos.
5. Personalización y autorreferencia: hacer una interpretación egocéntrica de hechos impersonales.
6. Pensamiento supersticioso: creer en la relación causa-efecto de hechos no contingentes.

Estas cogniciones constituyen un importante factor de mantenimiento y son resistentes a la crítica racional.

Dentro de las alteraciones cognitivas experimentadas son relevantes las relacionadas con la alteración de la imagen corporal y las alteraciones interoceptivas (Chinchilla Moreno, 1994). Las anoréxicas tienden a no aceptarse a sí mismas, presentan una autoestima baja, creen carecer de control sobre su desarrollo corporal y valoran negativamente su aspecto en general. Las alteraciones interoceptivas se manifiestan en que la anoréxica se comporta como si no percibiera los estímulos internos relacionados con el hambre, el estado de saciedad y otras sensaciones corpóreas. Además exhiben una aparente resistencia a la fatiga y ausencia de apetencias sexuales. Se puede incluir también dentro de los fenómenos que presentan la dificultad para abordar e informar correctamente acerca de sus estados físicos y emocionales (Toro y Villardell, 1987).

Un factor importante es la preocupación por la división de las actividades en buenas y malas, sobre todo en las áreas que requieren de autocontrol por ejemplo comer versus no comer, ejercicio versus no ejercicio, abstinencia sexual versus promiscuidad, alimentos buenos versus alimentos malos.

La amenorrea es interpretado como un evento neutro e incluso beneficioso, ya que se libra de la suciedad y las molestias que le ocasionan. Las emociones y los afectos son mal interpretados. Los sentimientos le generan ansiedad porque la pueden llevar al descontrol. Además existen una cantidad de temas que le producen ansiedad, por ejemplo, miedo a que la influyan, al contagio físico, a cometer errores si es ella quién a tomado las decisiones, a fracasar en el rendimiento escolar y o profesional. Cuando alcanzan un estado más saludable pueden sentir miedo a las posibles secuelas físicas.

Referencias bibliográficas

Garner, D. M., Bemis, K. (1982). A cognitive-behavioural to anorexia nervosa. Cognitive Therapy and Research, 6, 123-150.

Toro J y Villardell E (2000) Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.

Factores cognitivos en la anorexia.- Son los siguientes:

1. Geller y cols (2000) examinaron la inhibición de la expresión de sentimientos negativos entre mujeres con anorexia nerviosa, obteniendo valores significativamente altos en la supresión de la ira (no en la expresión de la ira). Además las mujeres anoréxicas se inclinan a evitar la expresión de pensamientos y sentimientos en situaciones conflictivas con los otros. En concordancia con el punto de vista de que los trastornos de alimentación están asociados con una falta de autoconciencia Garner y Bemis (1985), sostienen que la insatisfacción corporal puede reflejar una dificultad para identificar sentimientos, y una posible tendencia a trasladar la emoción al cuerpo.

2. Bruch (1978) indica que las anoréxicas parecen haberse detenido en la fase del pensamiento preconceptual o concreto, caracterizado por el egocentrismo y por el pensamiento mágico.

3. Chapur y Mariani (1999) basados en un trabajo de investigación sobre una muestra de cien pacientes con trastornos de la alimentación concluyen que el 71% de la muestra total, presentaba alexitimia. El constructo alexitimia se refiere a un estilo cognitivo caracterizado por la dificultad para verbalizar y discriminar sentimientos, presentado la persona una tendencia a la acción frente a situaciones conflictivas.

4. Garner y Bemis (1982) sostienen que una vez instalado el síndrome se presentan las siguientes alteraciones cognitivas: abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación de posibles consecuencias negativas, razonamiento dicotómico, personalización y autorreferencia, y pensamiento supersticioso.

5. Imagen corporal y alteraciones interoceptivas: las alteraciones cognitivas en relación a la imagen corporal son notables, la paciente aún estando esquelética se percibe como gorda (Chinchilla Moreno, 1994).

La paciente se comporta como si no percibiera los estímulos internos relacionados con el hambre, el estado de saciedad y otras sensaciones corpóreas (Toro y Villardell, 1987).

Referencias bibliográficas

Bruch, H. (1978). The golden cage: The enigma of anorexia nervosa. Massachusetts. Harvard University Press.

Chapur, P.Y., Mariani, L.I. (1999). Depresión y alexitimia en trastornos de la conducta alimentaria. Alcmeon, 28 (7), 363-366.

Chinchilla Moreno A (1994) Anorexia y bulimia nerviosas. Madrid: Ergon.

Garner, D. and Garfinkel, P. (1985); Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia. New York. Guilford.

Geller, J., Cockell, S. J., Goldner, E. M. (2000). Inhibited Expression of Negative Emotions and Interpersonal Orientation in Anorexia Nervosa. International Journal of Eating disorders, 28, 8-19.

Toro J y Villardell E (2000) Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.

Cambios conductuales, emocionales y afectivos en la anorexia.- Son los siguientes:

Cambios conductuales.- A) Comportamiento de ingesta: la negativa a comer se presenta como un síntoma característico de estas pacientes. El cuadro suele iniciarse con una dieta restrictiva y voluntaria, limitando o suprimiendo los hidratos de carbono, grasas y luego reduce la ingestión proteínica. En casos graves, se llega a restringir la dieta líquida, con el consecuente peligro que esto implica. Cerca del 50 % de las anoréxicas presentan episodios bulímicos. Estos episodios implican ingestas desmesuradas que generan ansiedad, disforia, sentimiento de culpa, frecuentemente ideas de suicidio y autodesprecio. Estas conductas se producen a escondidas lo que incrementa el carácter ansiogénico de la situación. El vómito, aún percibido como una irregularidad conductual es reforzado negativamente al conseguir cierta mitigación de la ansiedad. (Toro y Villardell, 1987)

B) El uso de laxantes y diuréticos: la reducción alimenticia genera constipación, para remediarlo la paciente utiliza laxantes. La utilización de diuréticos se emplea con el fin de reducir la retención líquida y por lo tanto el peso con el consecuente riesgo para la salud.

C) Conductas extravagantes, raras y compulsivas: la anoréxica en mayor o menor intensidad y con una frecuencia variada presenta una serie de conductas que se relacionan con lecturas, conversaciones y observaciones de temas relacionados con la alimentación y el peso. Acostumbra a informarse sobre los contenidos calóricos de los alimentos, las dietas y los ejercicios físicos que faciliten la disminución del peso. También colecciona libros y recetas de cocina. Paralelamente tiene rituales que consisten en desmenuzar la comida, repartirla por el plato, esconderla en los bolsillos o en otros lugares.

D) Hiperactividad: la mayoría de las anoréxicas desarrollan una actividad física superior a la normal en intensidad y frecuencia, esta práctica suele tornarse obsesiva llegando a realizar varias actividades en el día.

E) Conducta social y sexual: Saba y Fraise de Páez (1998) analizaron una muestra de 245 pacientes con diagnóstico de anorexia o bulimia. Sus conclusiones son que en el grupo de pacientes con anorexia restrictiva se observa un mayor grado de retraimiento e inhibición, mayor distanciamiento afectivo y aislamiento social. Las disfunciones más frecuentes son el deseo sexual inhibido y la aversión sexual.

En la anorexia tipo compulsivo purgativo, en la primera etapa de la enfermedad presentan cierta tendencia a la inhibición y al retraimiento, que luego disminuye si el cuadro evoluciona positivamente. Estos pacientes establecen vínculos afectivos significativos, y pueden expresar sus emociones de manera más adaptativa que las anoréxicas restrictivas. La disfunción sexual más frecuente es el deseo sexual inhibido. A pesar de tener mejor grado de socialización un subgrupo presenta un porcentaje considerable

de evitación de la iniciación sexual. Las elecciones de pareja suelen ser conflictivas y por ende poco satisfactorias.

Cambios emocionales y afectivos.- A) Ansiedad fóbica: la ansiedad es un factor emocional que se identifica con el cuadro. A medida que el síndrome evoluciona, los agentes ansiógenos se multiplican abarcando la imagen corporal, el sobrepeso, la amenaza de descontrol, la baja autoestima, los conflictos familiares e interpersonales, el temor a enfermar y morir, la percepción de sentirse diferente, el aislamiento social y el deterioro físico. A esto se le agrega la coacción del medio sociocultural reforzando el ideal de una figura delgada. Este conjunto de factores colabora en mantener y aumentar la ansiedad. La evitación del peso actual resulta un potente reforzador, y por lo tanto se incrementa la disminución de los alimentos. Los alimentos más rechazados adquieren carácter aversivo y la respuesta fóbica se generalizará y extenderá abarcando estímulos aversivos de todo orden. Estos pueden ser objetos reales, (una parte del propio cuerpo, o una comida determinada) simbólicos verbales (cifras referidas al peso) y simbólicos cognitivos (representación mental del propio cuerpo, anticipación de la situación de comer).

B) Fenómenos obsesivos y compulsivos: los pacientes anoréxicos parecen estar compulsivamente preocupados con pensamientos reiterativos y conductas relacionadas con las dietas, el peso y la imagen corporal (Thiel y cols, 1995).

Las conductas relacionadas con la ingesta se realizan en forma reiterada y a modo de ritual por lo que se asemejan verdaderas compulsiones (Toro y Villardell, 1987).

C) Trastornos afectivos: según un estudio realizado por Herzog (1984) sobre la presencia de sintomatología depresiva en anoréxicas y bulímicas, se detectó un episodio depresivo mayor en 3 de cada 4 pacientes anoréxicas. Es fundamental considerar que los síntomas conductuales que acompañan la inanición (falta de energía, retracción social, disminución de la libido, disforia, dificultad en la concentración y anhedonia) se asemejan a los síntomas del trastorno depresivo primario (Herscovici y Bay, 2000).

Referencias bibliográficas

Herscovici, C, Bay, L (2000). Anorexia nerviosa y bulimia. Argentina. Paidós.

Herzog, D. B. (1984). Are anorectic and bulimic patients depressed?. American Journal of Psychiatry, 141, 1594-1597.

Saba, G. R., Fraise de Páez, M. M. (1998). Disfunciones sexuales en Anorexia y Bulimia Nerviosa. Vertex.

Thiel A., Brooks A., Ohlmeier M., Jacoby, G. E., y Schüler G. (1995). Obsessive-Compulsive Disorder among Patients With Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. American Journal of Psychiatry, 152, 72-75

Toro J y Villardell E (2000) Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.

Anorexia nerviosa según el enfoque sistémico – estructural.- Minuchin y colaboradores (1978) postularon que los miembros de la familia están atrapados en patrones característicos de interacción familiar en los cuales los síntomas de la hija desempeñan un rol central en la evitación del conflicto que subyace y en el mantenimiento de la homeostasis familiar.

Estas características son:

1. Familias aglutinadas con sobreinvolucramiento de los miembros entre sí. Existen intrusiones constantes en los pensamientos y sentimientos de los otros y una gran interdependencia entre las relaciones. La percepción de sí mismo y de los otros miembros de la familia está pobremente diferenciada. En esta modalidad de funcionamiento es común que un conflicto diádico genere alianzas alternantes a lo largo de toda la familia, involucrando paulatinamente a otros miembros. Las fronteras que definen los subsistemas parental, conyugal y fraterno son difusas y sujetas a transgresiones. Una de las características es que cada uno de los padres persiga objetivos diferentes con respecto a sus hijos. Esto se pone de manifiesto en la familia con una hija anoréxica cuando uno de los padres sostiene que la hija no come porque es caprichosa, en tanto que el otro dice que entiende que la hija no es que no quiere sino que no puede comer y que ello se debe a situaciones profundas de difícil solución inmediata.

2. Actitudes de sobreprotección: los miembros de estas familias detectan las señales de estrés rápidamente, están muy preocupados por todos y esta inquietud se extiende más allá del paciente designado. Las respuestas de cuidado, protección y ayuda surgen en forma continua en la interacción. Las demandas o comentarios críticos se acompañan de conductas apaciguadoras, las señales de angustia indican a la familia que se acercan a niveles peligrosos de tensión o conflicto. En estas familias la sobreprotección de los padres retarda el desarrollo de la autonomía de los hijos, es típico que inhiban la prosecución de actividades fuera del hogar (Hercovici, Bay, 2000).

3. Rigidez en el funcionamiento: existe una resistencia para llevar a cabo los cambios necesarios que impone el desarrollo, ya que hay un compromiso en el mantenimiento del status-quo. Esta inflexibilidad permite solo un limitado repertorio de respuestas interpersonales. A medida que los hijos van creciendo y se aproximan a la adolescencia, es preciso ir pasando progresivamente de una relación de complementariedad a una más simétrica. La aparición del síntoma anoréxico puede justificar la falta de autonomía, permitiendo al sistema mantener pautas de conducta que resultaban funcionales en etapas previas del desarrollo. Se niegan a modificar pautas de interacción ante las crisis evolutivas normales y no reconocen la necesidad del cambio. Ante situaciones críticas presentan una enorme dificultad para instrumentar alternativas para enfrentar las nuevas demandas. Debido a esto, desarrollan circuitos de

evitación, para los cuales un miembro sintomático resulta de utilidad. Es típico que estas familias se presenten como normales y sin mayores dificultades excepto la enfermedad del hijo.

4. Ausencia de resolución de conflictos: la combinación del aglutinamiento, la sobreprotección y la rigidez tienen como consecuencia una baja tolerancia al estrés. Debido a esto no hay negociación explícita de las diferencias. Los problemas quedan sin resolución, presentando una amenaza constante que activa una y otra vez los circuitos de evitación del conflicto. Las interrupciones y los cambios de tema conflictivo caracterizan a los sistemas aglutinados.

5. Participación del paciente designado en los conflictos familiares: el hijo enfermo juega un importante rol en las interacciones de forma que permite evitar el conflicto. El sistema utiliza al hijo como agente desviador de los conflictos conyugales, con el efecto de mantener el equilibrio. Algunas veces, el hijo está triangulado, de forma que cualquier cosa que diga o haga se interpretará como una toma de partido a favor de uno u otro padre. Otras veces, el hijo se encuentra en una coalición estable padre-hijo en contra del otro padre. En el tercer tipo de patrón, llamado desviación, la díada conyugal está unida. Los padres o bien protegen o acusan al hijo enfermo, quién es definido como el único problema de la familia.

Referencias bibliográficas

Herscovici C y Bay L (2000) Anorexia nerviosa y bulimia. Buenos Aires: Paidós.

Minuchin S, Rosman B & Baker L (1978) Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context. Cambridge, Massachusetts. USA. Harvard University Press.

Enfoque conductual de la anorexia.- Desde la orientación conductual en la patogénesis de este trastorno intervienen ciertos factores que pueden explicarse mediante un paradigma de la evitación. Los reforzadores negativos incrementan o mantienen conductas que dan por resultado la evitación del estímulo aversivo. Las conductas estereotipadas de las anoréxicas, como por ejemplo, hacer dieta, vomitar, practicar ejercicios, tomar laxantes o diuréticos, funcionan como medios a través de los cuales la paciente evita la situación temida, ya sea el estar gorda o la eliminación de las características sexuales secundarias (Calvo Sagardoy, 1994). La ansiedad a la gordura se diferencia de otras fobias ya que el sujeto no puede evitar totalmente la situación aversiva, que es, el propio peso del paciente más elevado. Su conducta se ve reforzada positivamente como consecuencia de la pérdida de peso lo que la lleva a afirmar su sentido de competencia. El control o pérdida de peso llega a ser un referente de su autoevaluación.

Referencias bibliográficas

Calvo Sagardoy, R. (1994). Modelos de tratamiento psicológico de la anorexia nerviosa, incluido en Anorexia y bulimia nerviosas. Chinchilla Moreno, A. (1994). Capítulo XII. Madrid. Ergon.

Enfoque conductista de la anorexia.- La terapia de conducta surge como una alternativa al modelo psicodinámico en la década del 50. La terapia conductual afirma que la mayor parte de la conducta es aprendida, aún la inadaptada, y toma los principios de la teoría del aprendizaje para aplicarlos en la clínica. El objetivo del tratamiento es el cambio en la conducta observable. El énfasis en la metodología científica y en la validación empírica caracterizó a esta terapéutica (Feixas, Miró, 1993).

Se considera a Watson como el fundador del conductismo. En el condicionamiento clásico, el estímulo produce o dispara la respuesta automática, mientras que en el condicionamiento operante, el estímulo indica la posible consecuencia de la emisión de una respuesta particular (Gross, 1994).

Según Skinner, la conducta se moldea y mantiene en función de sus consecuencias. El reforzamiento positivo y negativo fortalecen la conducta, haciéndola más probable. El reforzamiento negativo implica el retiro o evitación de ciertas condiciones aversivas. En este caso, el aprendizaje puede ser por huida o evitación. En el reforzamiento positivo las conductas se dan por resultado de la presentación de algo que le gusta al sujeto. El castigo tiene el efecto de debilitar una conducta (Gross, 1994).

En la década del '50 empieza a utilizarse la terapia de conducta, durante la década del 60 y el 70, a partir de los trabajos realizados por Skinner y Wolpe, se consolida como terapéutica. Wolpe desarrolló la técnica de desensibilización sistemática para el tratamiento de la ansiedad. También empleó las respuestas asertivas con el fin de inhibir la ansiedad lo que se convirtió en la base del entrenamiento asertivo (Feixas, Miró, 1993).

Un aporte importante proviene de la Teoría del Aprendizaje Social. Uno de los autores más destacados fue Albert Bandura quién sostiene que el aprendizaje observacional es diferente al aprendizaje del condicionamiento. Es el aprendizaje que se logra a través de la observación de la conducta de otra persona. Su postura difiere de los conductistas al sostener que existen variables cognoscitivas o mediadoras que intervienen entre el estímulo y la respuesta. Estas variables cognoscitivas no pueden observarse de modo directo, solo se las puede inferir (Gross, 1994). El aprendizaje observacional se produce por la sola exposición al modelo, sin la intervención de ningún reforzamiento. Sin embargo, el hecho de que el aprendizaje se revele en la conducta depende, entre otras cosas, de las consecuencias de la conducta, tanto para el modelo como para el aprendiz.

Para el conductismo operante, en el proceso de aprendizaje, el reforzamiento desempeña un papel central, mientras que para los teóricos del aprendizaje social es importante solo en función de que determina la probabilidad de que se demuestren las respuestas aprendidas.

Un aporte importante fue realizado por terapeutas conductistas que desarrollaron sus modelos terapéuticos hasta transformarlos en cognitivos, destacando a Bandura (1969) como el iniciador de una tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual. Bandura sostiene la aceptación de un determinismo recíproco entre el organismo y su entorno, lo que se aparta del determinismo ambiental del conductismo clásico, y postula que los procesos de cambio conductual implican mecanismos centrales de tipo cognitivo-simbólico.

En la década del 70, las terapias cognitivas tuvieron un auge importante al confluir los trabajos de Kelly, Beck y Ellis con el enfoque cognitivo-conductual.

La concurrencia del trabajo de autores independientes sumados al enfoque cognitivo-conductual produce un auge de la terapia cognitiva en la década del 70. Luego en la década del 80, se producen numerosos aportes, entre estos, se puede citar a Guidano, Liotti y Mahoney (1991) quién introdujo una orientación cognitivo-constructivista (Feixas, Miró, 1993).

Referencias bibliográficas

Feixas, G. Y Miró, M.T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona. Paidós Ibérica S.A.

Gross, R. D. (1994). Psicología. La ciencia de la mente y la conducta. El manual moderno. México.

Guidano, V. F. y Liotti, G. (1983). Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy. Guilford. New York.

Enfoque cognitivo de la anorexia.- Las terapias cognitivas han surgido a partir de desarrollos elaborados por diversos autores, por lo que carecen de un marco teórico unificador. Todos estos modelos concuerdan en la importancia que se otorga a los modelos cognitivos, tanto en la génesis del trastorno psicopatológico como en el proceso de cambio terapéutico. El término cognición incluye ideas, creencias, constructos personales, expectativas, atribuciones e imágenes. Este término hace referencia no solo a un proceso intelectual, sino a patrones más complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas (Feixas, Miró, 1993).

A mediados de la década del 60, surgieron las primeras formulaciones de la terapia cognitiva. Esta nueva terapéutica considera que los pensamientos erróneos e irracionales caracterizan a los sujetos con trastornos psicológicos, y el efecto de estos pensamientos erróneos afecta negativamente el estado emocional de las personas. El objetivo de esta terapéutica es modificar dichos pensamientos, y en consecuencia, los sistemas de creencias asociados, con el supuesto de que al sustituir estas creencias por otros modos de pensar, se logrará una mejora del paciente (Fernández Álvarez, 1996).

Dos de los principales fundadores de la terapia cognitiva fueron Aaron Beck y Albert Ellis. Tanto la terapia cognitiva desarrollada por Beck para el tratamiento de la depresión, como la terapia relacional de Ellis constituyeron nuevos desarrollos de la psicoterapia que apelaron a nociones cognitivas (Beck, 1976).

Ellis reemplazó la escucha pasiva por una actitud activa y directiva al dialogar con sus pacientes. Su enfoque se basa en la creencia de que la persona puede sustituir concientemente los pensamientos irracionales por otros más funcionales (Feixas, Miró, 1993).

Según Beck (1985) "la terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas". El supuesto teórico se basa en que el modo en que cada sujeto estructura el mundo determina, en gran medida sus conductas. Las cogniciones se basan en actitudes o esquemas desarrollados a partir de experiencias pasadas. Las técnicas terapéuticas tienen el objetivo de identificar y modificar las falsas creencias (esquemas) y los supuestos distorsionados. A través de la reevaluación y la modificación de su pensamiento, el paciente aprende a resolver problemas y situaciones conflictivas que no había podido superar con anterioridad. El método consiste en promover experiencias de aprendizaje con el fin de enseñar al paciente a:

1. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
2. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
3. Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
4. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

El terapeuta ayuda al paciente a pensar y a actuar de un modo más adaptativo de acuerdo a sus problemas psicológicos, y como consecuencia se reducen o eliminan sus síntomas. Las estrategias empleadas por la terapia cognitiva son tanto cognitivas como conductuales.

El paciente recibe en un comienzo una explicación teórica de la terapia cognitiva. Luego, a través de técnicas verbales aprenderá a reconocer, controlar y registrar sus pensamientos negativos. Las cogniciones y supuestos subyacentes se discutirán y examinarán desde la lógica, el valor adaptativo, y las implicancias en el mantenimiento de la conducta patológica. Se buscará identificar las cogniciones que sustentan el síntoma y se someterán a una investigación lógica y empírica. Al incorporar estas técnicas, el paciente empieza a formularse preguntas a sí mismo no solo en terapia, sino en las situaciones externas.

Referencias bibliográficas

Beck A y cols (1976) Cognitive therapy and the emotional disorders. The New American Library Inc. New York.

Beck. A .T. y Shaw. B. F: Enfoques cognitivos de la depresión (edición original: 1981). En: Ellis. A y Grieger. R: Manual de terapia racional-emotiva. Ed. D.D.B. 1985.

Feixas, G. Y Miró, M.T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona. Paidós Ibérica S.A.

Enfoque cognitivo de la anorexia.- Muchas de las estrategias elaboradas por Beck se pueden aplicar para reducir el terror al aumento de peso de las anoréxicas, pero el hecho que la conducta de la anoréxica es sostenida tanto por reforzamientos positivos como negativos requiere que componentes adicionales sean agregados al programa de tratamiento.

La teoría cognitiva postula que la patología fundamental de la anorexia nerviosa es el intento de compensar los déficits en la autoestima evaluando el self en términos de peso y silueta. De acuerdo a este modelo la búsqueda de la delgadez se vuelve un principio organizador para el sujeto. Actitudes, creencias y supuestos sobrevalúan el significado de la apariencia dominando el sentido individual del self (Garner y Bemis, 1982).

La terapia cognitiva-conductual está diseñada para ayudar a que los pacientes se vuelvan concientes de las reglas rígidas que gobiernan sus conductas, desafiarlas y adoptar un conjunto de actitudes y conductas más adaptativas. El mantenimiento del trastorno se vuelve una fuente de autovaloración.

La terapia cognitiva-conductual para pacientes con anorexia nerviosa tipo restrictivo, es simplificada por la ausencia de conductas de atracón y purga. Además, presentan problemas de conducta menos dramáticos que el tipo atracón purga. Abordar estos pacientes implica un gran desafío porque los síntomas son egosintónicos. En contraposición a esto, el tipo purga atracón presenta síntomas egodistónicos, y los pacientes refieren niveles más elevados de motivación para eliminar estas conductas, aunque la motivación para el cambio suele focalizarse solamente en estos aspectos y sin motivación para desafiar la sobrevaloración de la delgadez (Pike, Loeb y Vitousek, 2000).

Una de las mayores ventajas de la terapia cognitiva -conductual es que aborda los síntomas egodistónicos y los egosintónicos a través del desafío de los supuestos subyacentes que tuvieron un papel central en la evolución y mantenimiento del trastorno, permitiendo que el paciente pueda darse cuenta como estas creencias perpetúan la enfermedad.

El modelo de la psicopatogénesis propuesto por Garner y Bemis (1982) se centrará en la convicción de la búsqueda de una silueta delgada, investigando la influencia de la misma en el mantenimiento del cuadro.

Una vez que se establece de manera firme que la idea de la delgadez como un valor de suma importancia, las creencias y conductas de la anoréxica pueden volverse autónomas. Los refuerzos positivos contribuyen a mantener dichas conductas desde un principio, mientras la paciente experimenta el placer de haber conseguido perder peso, además de la autodisciplina que representa. Gradualmente, un corolario de ansiedad relacionada con el comer se vuelve más prominente, desarrollando el sujeto una tendencia fóbica hacia la comida y el aumento de peso. Este componente adicional fortalece la sintomatología anoréxica a través del refuerzo negativo al evitar las situaciones temidas (Calvo Sagardoy, 1994).

Las creencias irracionales que conllevan estos pacientes contribuyen a la naturaleza autorreguladora de este trastorno. Como el estímulo atemorizante es el self del sujeto, el estímulo aversivo no se puede evadir. El paciente solo tiene la posibilidad de manejarlo a través del control sobre la sensación de apetito.

Las señales en torno a la alimentación están tan extendidas y son tan prominentes en los sujetos con el síndrome de inanición que cualquier estímulo se transformará en evitativo.

La preocupación relacionada con el peso y la alimentación generan una exclusión gradual de otras consideraciones y la capacidad de respuesta a los estímulos externos se ve disminuida. El sistema de reforzamiento parece reducirse a una sola variable: el placer de la pérdida de peso como una forma de alivio. El sujeto buscará una disminución progresiva del peso más que el mantenimiento de un bajo peso. El desafío terapéutico girará en torno de la premisa que sostiene que la delgadez es un valor inestimable (Garner y Bemis, 1982).

Referencias bibliográficas

Calvo Sagardoy, R (1994) Modelos de tratamiento psicológico de la anorexia nerviosa, incluido en Anorexia y bulimia nerviosas. Chinchilla Moreno, A. (1994). Capítulo XII. Madrid. Ergon.

Garner, D. M., Bemis, K. (1982). A cognitive-behavioural to anorexia nervosa. Cognitive Therapy and Research, 6, 123-150.

Pike, K, Loeb, K and Vitousek K (2000) Cognitive-behavioural Therapy for anorexia nervosa and bulimia en Body Image, Eating Disorders, and Obesity, An Integrative Guide for Assessment and Treatment. Kevin Thompson. Washington D.C.

ANORGASMIA

Definición.- (Sinónimo = Disfunción orgásmica). "Disfunción sexual caracterizada por la dificultad o imposibilidad de alcanzar el orgasmo, tras una fase de excitación normal, durante una actividad sexual que se considera adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 459.

Definición.- El significado de la palabra anorgasmia proviene de la unión del prefijo an que proviene del griego y es la forma que toma el prefijo a, denotando privación o negación y del término orgasmo que proviene del griego orgasmos que significa "la culminación del placer sexual o la exaltación de la vitalidad de un órgano".

Todos los autores revisados concuerdan al definir anorgasmia como un bloqueo, imposibilidad o incapacidad para alcanzar un orgasmo tras una respuesta excitatoria normal. De esa manera, para Masters y Johnson, la anorgasmia es la "incapacidad para alcanzar el orgasmo".

Fuente: "Trastorno orgásmico femenino", Psiquiatría Noticias. 2005; 7(3)

Anorgasmia femenina.- Helen Kaplan define el término disfunción orgásmica como "una inhibición específica del componente orgásmico de la respuesta sexual". Para dicha autora, las mujeres que sufren sólo de un bloqueo del componente orgásmico de la respuesta sexual poseen a menudo un intenso impulso sexual. Puede que no muestren ninguna inhibición importante de los sentimientos eróticos ni del componente vasocongestivo de la respuesta sexual; no tienen por qué tener una falta de deseo sexual. Sin embargo, las mujeres anorgásmicas "se bloquean" en la fase de meseta de la respuesta sexual, o cerca de ella.

A la anorgasmia o disfunción orgásmica, la American Psychiatric Association (APA) la denomina en el manual DSM-III "Orgasmo femenino inhibido". En la actualidad la definición más aceptada y utilizada por diversos autores es la ofrecida por la APA en el manual DSM-IV-R que lo llama "Trastorno orgásmico femenino", para cuyo diagnóstico aporta tres criterios fundamentales: La característica principal viene recogida en el criterio A como "una ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo después de una fase de excitación sexual normal". Naturalmente el orgasmo debe ir precedido de una fase de excitación sexual anterior que desencadene en el orgasmo ya que de otro modo podría tratarse de un trastorno de excitación y no de orgasmo. Además, en dicho criterio se especifica que las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe efectuarse cuando la opinión médica considera que la capacidad orgásmica de una mujer es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida. Este criterio prioritario debe ser complementado por otros dos criterios secundarios, el criterio B según el cual dicha alteración provoque malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales y el criterio C en el que se especifica que el trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otro trastorno sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej, drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

Fuente: "Trastorno orgásmico femenino", Psiquiatría Noticias. 2005; 7(3)

ANORMALIDAD

Generalidades.- Conjunto de normas que designan las propiedades sobre cuya base una persona puede conceptuarse o categorizarse como psicopatológica. a) Criterio biológico: mantiene que la 'enfermedad mental' se produce por una alteración del sistema nervioso. b) Criterio estadístico: determina la anormalidad en base a una desviación de la norma estadística (distribución normal). c) Criterio social: es establecido por la normativa social que determina lo esperable (normal) y lo inadecuado (anormal) de la conducta. Se han referido varios tipos, tales como el consensual y el legal.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 87.

ANOSOGNOSIA

Definición.- "Incapacidad para percibir un déficit funcional patológico, estando relativamente preservadas las funciones intelectuales (por ejemplo, un individuo con ceguera por lesión hemorrágica del lóbulo occipital del cerebro, que afirma poder ver. Se da en lesiones cerebrales corticales extensas".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

ANSIEDAD

Ansiedad ante la muerte.- La inclusión, por parte de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) en la taxonomía 2001-2002, de la etiqueta ansiedad ante la muerte se justifica por el interés que supone la concreción de cuidados específicos dirigidos a personas en proceso de muerte. No obstante, la definición planteada no delimita el concepto de una manera precisa, ya que no establece con claridad la diferencia entre los términos de ansiedad ante la muerte y temor ante la muerte. Consecuentemente, se planteó la necesidad de diseñar un proyecto cuyo objetivo fuese la modificación de la etiqueta diagnóstica propuesta por NANDA, así como la formulación de los factores relacionados pendientes de desarrollar. En la reunión del Comité de Revisión de Diagnósticos de febrero de 2005, la NANDA sometió a consideración la propuesta realizada, aceptando tanto la modificación de la definición de la etiqueta diagnóstica como la inclusión de los factores relacionados, que serán incluidos en la taxonomía de 2007.

Joaquín Tomás-Sábado, Pilar Fernández-Narváez, Lidia Fernández-Donaire, Amor Aradilla-Herrero, Revisión de la etiqueta diagnóstica ansiedad ante la muerte. ENFERMERÍA CLÍNICA. 2007 MAY;17(3).

Ansiedad y trauma.- Resumen: La presente investigación examinó si la taxonomía de la sensibilidad de la ansiedad (AS) interactúa con los tipos traumáticos teóricamente relevantes de eventos de vida adversos para mostrar asociaciones (concurrentes) discriminantes con los síntomas de estrés postraumático, pero no en ataques de pánico o vigilancia corporal entre adultos jóvenes. La interacción entre la escala de taxonomía AS y la exposición al trauma fue considerada la variación significativa mayor y menor de la afectividad negativa y cada uno de los efectos principales en términos de una variable de criterio síntoma-severidad del trastorno de estrés postraumático (TEP), pero no para los pensamientos relacionados con el TEP y las creencias o cualquier variable de criterio relevante al pánico. Así, los resultados sugieren que aunque la taxonomía del AS puede funcionar como una diátesis cognitiva común para la TEP y los resultados del pánico, la taxonomía del AS junto con los eventos de vida traumáticos pueden conferir una vulnerabilidad emocional que es específica a los síntomas del TEP. Estos resultados se discuten en términos de las implicaciones teóricas y clínicas para el TEP y la vulnerabilidad del pánico. Amit Bernstein, Michael J. Zvolensky, Matthew T. Feldner, Sarah F. Lewis, Anna L. Fauber, Ellen W. Leen-Feldner, Anka A. Vujanovic, Taxonomía de la sensibilidad de la ansiedad y trauma: asociaciones discriminantes para el estrés postraumático y la sintomatología del pánico entre adultos jóvenes. DEPRESSION AND ANXIETY. 2005 SEP;22(3).

Ansiedad bipolar.- La ansiedad es el problema olvidado del trastorno bipolar. Nueve de cada 10 pacientes bipolares sufren un trastorno de ansiedad como comorbilidad a lo largo de su vida. Esto sucede tanto en los casos de trastorno bipolar I como en los de trastorno bipolar II, y esta frecuencia parece ser superior a la prevalencia de la comorbilidad de ansiedad en la depresión mayor (50%) o la psicosis no afectiva (63%). Parece razonable interpretar la ansiedad como una dimensión central del tratamiento bipolar y es frecuente que los síntomas de ansiedad precedan a la aparición de éste. Por último, la ansiedad es también un factor de riesgo para el aumento de los intentos de suicidio y las muertes por suicidio durante la evolución del trastorno bipolar.

¿Por qué es tan frecuente la ansiedad? La relación entre el trastorno bipolar y la ansiedad no está clara. La ansiedad puede estar determinada por factores de riesgo comunes o incluso como efecto secundario de la psicopatología primaria. Otra posibilidad es que acompañe al trastorno bipolar en el desarrollo, precediendo al inicio de éste, pero sin tener un papel directo en la polaridad en sí. Por último, los síntomas de ansiedad pueden ser un precursor necesario para el desarrollo y la plena expresión de la bipolaridad.

Guy M. Goodwin; Emily A. Holmes. Ansiedad bipolar. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2009 JUN; 2(2):95-98.

ANTIDEPRESIVOS

Prescripción de antidepresivos.- Antecedentes. La prescripción de antidepresivos debería reflejar la necesidad. La calidad y la estructura de resultados han proporcionado una oportunidad para explorar los factores que afectan la prescripción de antidepresivos en la medicina en general practicada en el Reino Unido. Objetivos. Explorar la relación entre la enfermedad física, privación social, etnia, características de las prácticas y el volumen de antidepresivos prescritos en la medicina en general. Método. Éste fue un estudio ecológico utilizando datos derivados de la estructura de calidad y resultados, la información de colaboración de las ciencias sociales, y los análisis de prescripción y datos de costos del 2004-2005. Se analizaron las asociaciones utilizando modelos de regresión lineal. Resultados. El estatus socioeconómico, la densidad étnica, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la epilepsia explicaron el 44% de la variación en el volumen de antidepresivos prescritos. Conclusiones. Los bajos volúmenes de antidepresivos son prescritos en áreas con alta densidad de población afroamericana y asiática. Esto puede sugerir una disparidad en la disponibilidad de los servicios de salud. Una enfermedad respiratoria crónica y la epilepsia pueden tener una asociación importante con la depresión en la medicina general al contrario de lo que se pensaba anteriormente.

Paul Walters; Mark Ashworth; André Tylee, Densidad étnica, enfermedad física, privación social y prescripción antidepresiva en la medicina en general: Estudio ecológico. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 SEP; 193(3):235-239.

Resultados con antidepresivos.- Antecedentes. Los antidepresivos y ansiolíticos han demostrado eficacia a corto plazo; sin embargo, poco se sabe sobre la eficacia a largo plazo de estos medicamentos. Objetivos. Investigar los resultados psiquiátricos a largo plazo después del uso de antidepresivos y/o ansiolíticos durante un episodio de trastorno mental en la edad adulta. Método. Los miembros de una cohorte británica nacidos en 1946 fueron evaluados para conocer los síntomas de depresión y ansiedad a los 43 años. De entre 157 con trastorno mental, aquellos bajo antidepresivos y/o ansiolíticos fueron evaluados con aquellos sin medicamentos en resultados psiquiátricos a la edad de 53 años. Resultados. El uso de antidepresivos o ansiolíticos se asoció con una menor prevalencia de trastorno mental a la edad de 53 (índice de probabilidad (OR) =0.3, ci 95% 0.1-1.0) después de ajustar ocho variables en un

análisis de tratamiento por propensión. Únicamente el 24% de aquellos que fueron tratados con medicamentos a la edad de 43, continuaban utilizándolos a los 53 años. Conclusiones. El uso de antidepresivos o ansiolíticos durante un episodio de trastorno mental puede tener efectos benéficos a largo plazo sobre la salud mental. Esto puede ser debido a una voluntad demostrada de buscar ayuda en lugar de una terapia de mantenimiento a largo plazo.

Ian Colman; Tim J. Croudace; Michael E. J. Wadsworth; Diana Kuh; Peter B. Jones, Resultados psiquiátricos 10 años después del tratamiento con antidepresivos o ansiolíticos. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 OCT; 193(4):327-331.

APATÍA

Definición.- Ausencia de toda emoción. No es lo mismo que desesperanza, que es una emoción definida. Según Greenson, la apatía puede ser una defensa vital en situaciones extremas, colocándose a la mente en un estado neutral donde la desesperanza como afecto puede evitarse.

Pablo Cazau (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

APLANAMIENTO AFECTIVO

En la esquizofrenia.- Resumen: Introducción: El aplanamiento afectivo está relacionado con la cronicidad y la gravedad de la esquizofrenia. La evaluación corriente por medio de escalas del aplanamiento afectivo se basa en métodos cuantitativos. En este trabajo se propone una metodología cualitativa para el estudio de la afectividad basada en la evaluación de la interrelación personal. Se entrevistaron 25 varones y 15 mujeres con diagnóstico de esquizofrenia según los criterios del DSM IV (hebefrénica según Leonhard); internados desde hace años. Las entrevistas las realizaron dos grupos de profesionales: uno recién iniciado y el otro con varios años en relación con los pacientes. Resultado: Según la PANSS todos los pacientes presentan un aplanamiento afectivo severo, y según la evaluación cualitativa presentan disturbios consistentes con una presencia inoportuna de la afectividad en la interrelación personal. Conclusión: En la esquizofrenia, más que de un aplanamiento afectivo se trataría de una presentación inoportuna de los afectos.

Vicente Felipe Donnoli, Lorena Guadalupe Santos, Tomas Sepich Almeida, Patricia Ferreira, Aplanamiento afectivo en la esquizofrenia: estudio cualitativo. ALCMEON. 2007 NOV;14(2).

APRAXIA

Definición.- Incapacidad para hacer movimientos voluntarios (por ejemplo, incapacidad para usar un objeto de manera apropiada), aunque no hay parálisis u otro deterioro en las habilidades sensoriales o motrices.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definición.- Incapacidad de realizar, al ordenarlos, movimientos conforme con el fin propuesto. Cuando un individuo no es ni paralítico ni deficiente mental y, sin embargo, es incapaz de ejecutar correctamente los actos ordenados, se dice que es apráxico.

Condemarín Mabel y Blomquist Marlys, La dislexia. Manual de lectura correctiva, Ed. Universitaria SA, Chile, 1970. p. 32.

Definición.- Según Benson y Geschwind (1985), y Assal (1994), es la inhabilidad para realizar actos motores, movimientos o habilidades aprendidas a pesar de tener un sistema motor y sensorial intactos, buena comprensión y toda la cooperación por parte del paciente.

Tamaroff L. y Allegri R., Introducción a la neuropsicología clínica, Ed. Libros de la Cuadriga, Bs. As., 1995. p. 92.

Definición.- Definiciones más modernas consideran a la apraxia como la alteración del gesto o de un conjunto de gestos del cuerpo sobre sí mismo, o hacia el mundo exterior y sus objetos. Existen diferentes tipos de apraxia, entre las cuales podemos citar la apraxia *bucofacial* o dificultad en controlar los órganos relacionados con la articulación (lengua, boca, etc.) o de emitir sonidos simbólicos. Está asociada a la afasia de Broca.

Definición.- "Dificultad para realizar actividades que requieren cierto nivel de complejidad".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 606.

Generalidades.- "Puede definirse como un trastorno de la gestualidad, debido a lesión cerebral focal, aparecido en un individuo, cuyos aparatos de ejecución de la acción están intactos (ausencia de trastornos paralíticos, atáxicos, corcoatéticos, etc) y que posee un pleno conocimiento del acto que ha de cumplir. De acuerdo con Barraquer Bordas (1983) se clasifican en: apraxias gestuales (ideatoria, ideomotora, melocinética), apraxia constructiva, apraxia del vestirse, apraxias electivas (bucofacial, de

la marcha, de la mirada). Deben distinguirse entre las apraxias del adulto (adquiridas) y las apraxias infantiles o dispraxias de evolución” (pág. 198).

Tallis J y Soprano M (1991), Neuropediatría. Neuropsicología y aprendizaje. Buenos Aires: Nueva Visión.

Definición.- La apraxia se define como la alteración de un gesto o conjunto de gestos realizados sobre el propio cuerpo o sobre objetos externos. El problema no afecta un movimiento cualquiera sino una acción coordinada en función de un resultado o una intención.

Como definiciones más operativas, se indican las siguientes: a) Falla para realizar el movimiento correcto en respuesta a órdenes verbales, b) para imitar correctamente un movimiento realizado por el examinador, c) para realizar un movimiento correcto en respuesta a un objeto visto, d) o para utilizar correctamente un objeto, cuando el rendimiento incorrecto no se puede explicar por paresia, ataxia, déficit auditivo o de la comprensión del lenguaje o deterioro de la percepción visual o táctil.

Condensado de Politis D, Alteraciones del movimiento proposicional (Apraxia). Artículo incluido en Ferreres A (1999), Introducción a la neuropsicología.

Clasificación de las apraxias.- Clasificación de Liepmann.- Dividió las apraxias según dos criterios. Primero, según la región afectada en: apraxia bucofacial y apraxia de los miembros. Segundo, las apraxias de los miembros fueron clasificadas como: ideatoria, ideomotora y mielokinética.

Clasificación de Luria.- Distinguió tres tipos de apraxias: apraxia aferente, apraxia eferente y apraxia dinámica.

Además de estos dos marcos teóricos, también se describieron otros trastornos en la ejecución de movimientos como apraxias del vestir, apraxias de la marcha, y especialmente la apraxia constructiva.

Condensado de Politis D, Alteraciones del movimiento proposicional (Apraxia). Artículo incluido en Ferreres A (1999), Introducción a la neuropsicología.

El modelo de Luria.- Luria plantea diferentes etapas en la formación del movimiento, y en base a ellas establece una clasificación de las patologías (apraxias) según el siguiente cuadro:

Etapas del movimiento normal	Área cerebral	Apraxia
1) <i>Control aferente</i> : el sujeto analiza las sensaciones provenientes de los receptores osteo-artro-musculares que le permiten saber la posición del cuerpo sin ayuda de la visión.	Área posrolándica.	<i>Apraxia aferente</i> : dificultad para el control de las posiciones corporales sin intervención de la vista.
2) <i>Control eferente</i> : el sujeto coordina en el tiempo una secuencia de movimientos rápidos.	Área promotora (lóbulo frontal).	<i>Apraxia eferente</i> : problema para la realización de movimientos secuenciales
3) <i>Control dinámico</i> : el sujeto controla los objetivos y/o intenciones del movimiento.	Área prefrontal, delante del área promotora.	<i>Apraxia dinámica</i> : pérdida del objetivo del movimiento.
4) Control basado en la síntesis de aferencias visuales, vestibulares, propioceptivas y sensitivas.	Confluencia de lóbulos parietal, temporal y occipital.	<i>Apraxia constructiva</i> : dificultad para las construcciones (rompecabezas, etc), los dibujos, etc. Es similar a la apraxia constructiva.

Condensado de Politis D, Alteraciones del movimiento proposicional (Apraxia). Artículo incluido en Ferreres A (1999), Introducción a la neuropsicología.

El modelo conexionista clásico de Liepmann.- El 1908 Liepmann propone un modelo para explicar las praxias basado en la existencia de dos centros: 1) *centro de la ideación*, donde están los engramas visuocinestésicos, o sea, las memorias de los movimientos conocidos, y 2) *centro del acto motor*, donde están los patrones inervatorios para realizar dichos movimientos.

El centro de la ideación está ubicado en el parietal posterior. Dicho centro se une mediante el fascículo arcuato al centro del acto motor, ubicado en el área prefrontal, y desde allí ya se puede realizar el movimiento o acto motor, que parte del área motora primaria.

En función de este modelo, Liepmann describió tres formas de apraxia:

a) *Apraxia Ideatoria*: dificultad tanto para la realización de actos que requieren el uso de objetos (por ejemplo cepillarse los dientes) como para los movimientos transitivos sin objetos (por ejemplo hacer como que se cepilla los dientes), y los intransitivos (simbólicos, como por ejemplo hacer la señal de la cruz, saludar a alguien, etc). Se encuentran afectados los miembros de ambos lados. Se encuentra afectado el centro de la ideación (pérdida de los engramas visuocinestésicos). En general, corresponden a daños extensos del hemisferio izquierdo o a daño difuso. b) *Apraxia Ideomotora* o apraxia por desconexión: dificultad para realizar actos transitivos sin el objeto o actos intransitivos. Corresponde a una desconexión entre los engramas visuocinestésicos y los engramas inervatorios. Se produce por lesiones del cuerpo calloso (limitada a la mano izquierda) o por lesiones parietales izquierdas. c) *Apraxia*

mielokinética: dificultad para realizar movimientos rápidos, alternativos o seriados. Suelen ser unilaterales. Pérdida de los engramas inervatorios almacenados en la región promotora.

Otras alteraciones de dudoso origen son: 1) apraxia constructiva: dificultad para la representación gráfica y espacial. Se produce por lesiones en la confluencia ténporo-parieto-occipital (apractognosia de Luria). 2) apraxia de la marcha; y 3) apraxia del vestir.

Condensado de Politis D, Alteraciones del movimiento proposicional (Apraxia). Artículo incluido en Ferreres A (1999), Introducción a la neuropsicología.

APROSEXIA

Definición.- Consiste en la falla total de atención. Se halla en la agenesia mental; en estados de coma; en los estados estuporosos profundos y graves (Betta, 1984:67).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición.- Término utilizado para designar el grado más intenso de distraibilidad y la ausencia completa de atención.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 182.

APROSODIA

Definición.- Término que "se refiere a trastornos del lenguaje afectivo (prosodia y modulación emocional), que surgen en pacientes con lesiones en el hemisferio derecho [...]. Ross identificó aprosodias motora, global, transcortical, sensorial, etc."

Vallejo Ruiloba J y otros, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Masson, Barcelona, 1999, 4ª edición, pág 234.

ASMA

Asma, ansiedad y depresión.- Introducción: Alrededor del mundo, más de cien millones de personas presentan asma. En esta población se presenta una elevada prevalencia del episodio depresivo mayor (EDM) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG); sin embargo, esta asociación no se ha estudiado en pacientes colombianos.

Objetivo: Establecer si la severidad del asma se asocia a la presencia de trastorno depresivo mayor (TDM) y el TAG en adultos de la consulta externa de neumología de Bucaramanga, Colombia.

Método: Se diseñó un estudio de casos (44 pacientes con asma severa) y controles (88 con asma leve) pareados por edad, sexo y nivel socioeconómico. Los diagnósticos de TDM y TAG actual se realizaron con la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I (SCID-I) según el DSM-IV-TR. Resultados: Las prevalencias actuales de TDM fueron 27,2% y 29,5% en los pacientes con asma leve y en aquellos con asma severa, respectivamente (OR=1,12; IC95% 0,46-2,69). Las prevalencias actuales para TAG fueron 43,1% y 45,4% en los pacientes con asma leve y en aquellos con asma severa, respectivamente (OR=1,10; IC95% 0,49-2,44).

Conclusión: No existe asociación entre TDM y TAG y el grado de severidad del asma en pacientes de Bucaramanga, Colombia.

Claudia Meneses-Jácome; Diana María Catalina Prada-Urbe; Adriana Marcela Martínez-Acevedo... (et.al) ¿Se relaciona la severidad del asma con el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor? Estudio de casos y controles. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. 2009 SEP; 38(3):464-470.

ASTENIA

Astenia primaveral.- La astenia primaveral es una patología de carácter leve, que en muchas ocasiones suele pasar desapercibida ya que su duración es breve y no requiere de ningún tratamiento médico. Síntomas como el desánimo y el malestar general para incorporarse al trabajo, la falta de apetito, la ansiedad, los cambios de tensión en los hipertensos, la depresión y la fatiga son algunas de sus principales consecuencias. Según explicó la doctora Astrich Sánchez, de USP Hospital San Jaime de Torrevieja, el origen de la astenia primaveral son las alteraciones que se producen en el metabolismo por los cambios bruscos de temperatura. Durante el invierno, éste funciona a un ritmo más lento y al pasar a un mayor ritmo, a algunas personas "les cuesta adaptarse a este cambio", apuntó. Los adultos de 25 a 45 años son los más propensos a sufrir alguno de los síntomas por este trastorno. Del mismo modo, en los alérgicos, en las personas depresivas y en los hipertensos, la astenia primaveral se puede agudizar al tratarse de un colectivo más predispuesto. Evitar el sedentarismo, las comidas pesadas y el tabaco son algunas de las recomendaciones para afrontar mejor el trastorno provocado por la llegada de la primavera.

La astenia primaveral afecta principalmente al colectivo de 25 a 45 años. LAS PROVINCIAS. 2006 MAR

Astenia primaveral.- Para el psiquiatra José María Blanco, la duración de la astenia primaveral varía de una persona a otra según su capacidad adaptativa, pudiéndose prolongar en el tiempo en algunos casos e incluso apareciendo cuadros depresivo-ansiosos.

José María Blanco Loberías, Jefe de la Sección de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra ha manifestado en una reciente entrevista que la estacionalidad supone un cambio de luz que produce en nosotros una serie de cambios neurobioquímicos frente a los cuales el organismo tarda un tiempo en adaptarse. En aquellos pacientes que tienen lo que se denomina una predisposición endógena a los cuadros depresivos ese cambio es más lento, con lo cual en primavera aparece una tasa de depresiones mucho más elevada, es lo que se denomina la depresión estacional, que está provocada por la luz y por una predisposición. La luz entra por la retina y produce una serie de cambios bioquímicos en nuestro organismo que llevarían a que la persona se adapte a esa nueva situación. Si hay algún fallo, alguna anomalía, dentro del sistema bioquímico puede aparecer un cuadro depresivo. Normalmente siempre se produce por una disminución de la serotonina o de la noradrenalina, que son los neurotransmisores más estudiados dentro de la patología depresiva.

En las personas que tienen predisposición es lo que se denomina astenia primaveral o de otoño, que son los dos cambios anuales que se producen. Esa astenia dependiendo de la predisposición puede durar más o menos, al igual que el cambio de horario que acabamos de vivir: en una persona con capacidad adaptativa mayor apenas tarda tres días o una semana en superarlo, mientras que en personas que tienen otra predisposición esa semana se transforma en un tiempo más prolongado o en una aparición de un cuadro depresivo ansioso, señala Blanco Loberías.

A nivel individual podemos hacer algo por nuestra salud mental, una inversión adecuada en el tiempo de ocio y ese tiempo de ocio intentar respetarlo al máximo. Al menos deberíamos disponer diariamente de entre 2 y 4 horas como algo sagrado que deberíamos dedicar a actividades de ocio. Alcanzar la madurez psíquica es saber lo que tenemos que hacer en cada momento, tratando de disfrutar de nuestro tiempo, limitando el trabajo a su justa medida y no como instrumento de poder para llegar a tener una economía mucho mayor, que al tiempo que permite invertir en más bienes de consumo te hace más esclavo.

FARO DE VIGO. 2006 MAR

ATAQUE

Definición.- "1. Aparición brusca de un trastorno, que suele tener un comienzo muy exacerbado, por ejemplo, una crisis cardíaca o una crisis epiléptica. Este episodio puede caracterizarse por una actividad motora o psíquica inadecuada e involuntaria. 2. Ataque de pánico".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

ATAQUE DE PÁNICO

Definición.- Es un trastorno con gran cantidad de ansiedad, pero se diferencia de otros tipos de ansiedad porque los ataques de pánico se presentan inesperadamente, sin causa alguna y frecuentemente causan incapacidad.

Cuando la persona ha experimentado un ataque de pánico el cual puede presentarse en diversas situaciones como en el carro, en una reunión, etc. se vuelve temerosa que le vuelva a suceder pues habitualmente siente que hizo el ridículo y esto la va llevando a aislarse cada vez más hasta que evita salir. Con el tiempo, esta situación va aumentando hasta el punto de que la persona no quiere salir sola, incapacitándola para su vida y sobre todo su calidad de vida tanto como cualquier otra enfermedad seria, a menos que la persona reciba tratamiento efectivo.

Fuente: Trastorno de pánico. En <http://www.psicoterapiaintegral.com/servicio/panico.htm>

Síntomas.- Los síntomas se presentan de manera intempestiva y sin causa aparente. El corazón empieza a latir, (palpitaciones), hay dolor de pecho, dificultad para respirar, sensación de miedo y muerte, palpitaciones rápidas o violentas, vértigo, mareo, náusea, cosquilleo o entumecimiento en las manos, sofoco o escalofrío, sensación de estar soñando o deformación de percepción, terror sentir que algo horrible va a pasar y que no se puede evitar, miedo de perder el control y vergüenza, en síntesis miedo de morir. Por lo general, un ataque de pánico dura varios minutos. Casi todos los que sufren un ataque sufrirán otros más. Cuando una persona sufre continuos ataques o siente una fuerte ansiedad por miedo a tener otro ataque, se dice que sufre trastorno de pánico.

Fuente: Trastorno de pánico. En <http://www.psicoterapiaintegral.com/servicio/panico.htm>

Etiología.- De acuerdo con una teoría existente sobre trastorno de pánico, el "sistema de alarma" normal de un cuerpo, o sea el conjunto de mecanismos mentales y físicos que le permiten a una persona hacer frente a una amenaza, entra en acción sin que sea necesario o sea cuando no hay peligro. Los científicos dedicados a esta clase de estudios no han podido saber exactamente cómo sucede o por qué algunas personas son más susceptibles que otras a este problema. Se ha llegado a determinar que el trastorno de pánico se extiende en la familia, lo que puede sugerir que es congénito o sea que los genes

juegan un papel muy decisivo al determinar quién lo va a heredar. Sin embargo, algunas personas sin antecedentes familiares de este mal llegan a sufrirlo. Frecuentemente los ataques se provocan por una enfermedad física, una seria tensión emocional en la vida o posiblemente por medicamentos que aumentan la actividad de la parte del cerebro responsable de las reacciones de miedo.

Fuente: Trastorno de pánico. En <http://www.psicoterapiaintegral.com/servicio/panico.htm>

Subtipos.- “*Objetivos:* Este estudio examinó la relación entre los distintos subtipos de ataques de pánico (completo vs. sintomatología límite; espontánea vs. situacional) y entre estos subtipos, los subtipos del Trastorno de Pánico, y otras características del trastorno, especialmente la agorafobia. *Método:* Los datos se obtuvieron de un gran estudio sobre el tratamiento del Trastorno de Pánico (n = 1168) en el cual los ataques de pánico fueron cuidadosamente clasificados y contabilizados, utilizando un diario. Se examinaron las relaciones entre las variables al inicio del estudio utilizando principalmente métodos no paramétricos, y se representó el curso de mejora para los subtipos de pánico entre los sujetos que finalizaron el estudio. *Resultados:* El número promedio de ataques espontáneos de pánico por semana al inicio del estudio, fue similar entre los pacientes con Trastorno de Pánico Sin Agorafobia (SA), Evitación Fóbica Limitada (EFL), y Agorafobia (PDA). El número promedio de ataques circunstanciales y de los grados promedio de agorafobia aumentó progresivamente a través de subtipos de diagnóstico. La ansiedad de anticipación, y los índices de incapacidad fueron más altos en PDA que en SA. Los síntomas de ataques de pánico, completos y limitados, correlacionaron positivamente. La proporción de los ataques totales limitados aumentó durante las primeras dos semanas del tratamiento, sugiriendo la conversión de síntomas de ataque de pánico de subtipo completo a limitado antes de la desaparición completa. Los ataques espontáneos y circunstanciales correlacionaron de forma mínima o no correlacionaron. Los grados de agorafobia correlacionaron más positivamente con ataques de pánico circunstanciales que con ataques espontáneos. Pocas de las correlaciones entre medidas iniciales fueron altas. *Conclusiones:* Los síntomas de los ataques de pánico completo y limitado se diferencian principalmente en la severidad. Los ataques espontáneos y circunstanciales son relativamente independientes, y los ataques circunstanciales se relacionan más de cerca con la agorafobia. Estos resultados son consistentes con trabajos previos que sugieren que los ataques espontáneos reflejan un componente biológico, mientras que los ataques circunstanciales reflejan un componente cognitivo en la psicopatología - y posiblemente la patogénesis - del Trastorno de Pánico. Esto proporciona un análisis racional para el uso combinado de la farmacoterapia y de la psicoterapia en el tratamiento del trastorno de pánico. Las investigaciones futuras sobre el Trastorno de Pánico deben separar cuidadosamente los subtipos de ataque de pánico”.

Uhlenhuth E y otros, Psicopatología de los ataques de pánico en el Trastorno de Pánico. FUENTE: J AFFECT DISORD. 2006 MAY; 92(1)

Ataque de pánico como factor de riesgo.- “Se examina la relación entre el ataque de pánico y el inicio de los trastornos mentales específicos y la psicopatología severa a través del espectro del diagnóstico en adolescentes y adultos jóvenes. Los datos fueron descritos desde las Etapas de Desarrollo Prematuro del Estudio de Psicopatología (N = 3,021), un estudio longitudinal anticipado de cinco años de la psicopatología entre jóvenes de 14-24 años de edad en la línea de base en la comunidad. Se utilizaron análisis de regresión logística múltiple para examinar las relaciones entre los ataques de pánico en la línea de base, los trastornos mentales comórbidos en la adolescencia, y el riesgo de trastornos mentales a través del espectro diagnóstico en el periodo de seguimiento. La gran mayoría de los sujetos con ataques de pánico en la línea de base desarrolló por lo menos un trastorno mental DSM-IV en la línea de base (89.4% vs 52.8% de sujetos sin ataques de pánico). Los sujetos con ataques de pánico en la línea de base tenían niveles perceptiblemente más altos de la línea de base de cualquier trastorno de ansiedad (54.6% vs 25.0%), trastorno del estado del ánimo (42.7% vs 15.5%), y de cualquier trastorno de consumo de sustancias (60.4% vs 27.5%), comparados con los sujetos sin ataques de pánico en la línea de base. La preexistencia de ataques de pánico aumentaron perceptiblemente del riesgo de inicio de cualquier trastorno de ansiedad, fobia social, fobia específico, trastorno de ansiedad generalizada, de cualquier trastorno por consumo de sustancias, y de cualquier trastorno por consumo de alcohol en el periodo de seguimiento en la edad adulta joven, y estas asociaciones persistieron después del ajuste de todos los trastornos mentales comórbidos determinados en la línea de base. Más de la mitad (37.6% vs 9.8%) de los sujetos con ataques de pánico en la línea de base resolvieron los criterios para al menos tres trastornos mentales durante el seguimiento durante la edad adulta joven. Los ataques de pánico se asocian a un significativo incremento de probabilidades de trastornos mentales a través del diagnóstico entre personas jóvenes y parecen ser un factor de riesgo para el inicio de trastornos específicos de ansiedad y consumo de sustancias. La investigación de familiar, ambientales, y de los factores individuales asociados al inicio de los ataques de pánico, especialmente en la juventud, pueden ser una importante dirección para las investigaciones futuras”.

Goodwin R y otros, Ataque de pánico como factor de riesgo para la psicopatología severa. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2004 DIC; 161(12):2207-2214.

Generalidades.- La experiencia más común de pánico es cuando una persona confiada, repentinamente convierte un día corriente en un suceso aterrador y desconcertante que queda muy grabado en la memoria. Al tener otros ataques de pánico (síndrome de pánico) ello puede llevarle a una limitación de su actividad diaria, produciendo una fobia.

El síndrome de pánico incluye ansiedad, fobia (especialmente agorafobia o temor a la limitación del movimiento) aislamiento y depresión. En el síndrome de pánico son típicas varias etapas consecutivas: Pérdida o separación.- A menudo aparecen antes del ataque de pánico. Por ejemplo, muerte de familiares, ruptura matrimonial, etc.

El ataque.- El ataque de pánico es aterrador, y por lo general sucede en un lugar público. La persona se siente repentinamente enferma, siente que se desmaya, etc. A veces también miedo a morir, pues creen que es un trastorno físico.

Limitación de la movilidad.- Por ejemplo, el paciente evita los lugares donde se produjeron sus ataques. Luego, cualquier lugar lo asusta (agorafobia), pues en cualquier sitio puede tener un ataque.

La ansiedad de situación.- Ansiedad generada por tener que volver al lugar donde ocurrió el ataque, y surge ante la sola idea de ir. Salir le produce al paciente ansiedad.

Aislamiento y depresión.- El agorafóbico finalmente no quiere salir a ningún lado, sintiéndose encarcelado, lo cual genera un estado depresivo.

La ansiedad está asociada con problemas cardíacos pero solo en la imaginación de los pacientes, quienes deben estar padeciendo del corazón, cuando sólo es taquicardia. La asociación de agotamiento, ansiedad y percances cardíacos como taquicardia, etc. se llama 'corazón de soldado'.

Condensado de Agras Stewart (1989) Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad. Barcelona: Labor.

Ataque de pánico y trastornos afectivos uni y bipolares.- Objetivos: En estudios anteriores se ha descrito la frecuente comorbilidad de pánico y los trastornos afectivos. Sin embargo, no está claro cómo la comorbilidad en el trastorno unipolar y el trastorno bipolar están relacionados con el curso de la enfermedad.

Métodos: Comparamos las características clínicas de la enfermedad y los aspectos de la sintomatología en muestras de individuos con trastorno bipolar I (n=290) y trastorno unipolar (n=335) de acuerdo con la presencia de ataques de pánico recurrentes.

Resultados: Encontramos diferencias significativas en el curso clínico de la enfermedad características que fueron compartidas a través de las muestras unipolares y bipolares según la presencia de ataques de pánico durante la vida. También encontramos un número de diferencias según la presencia de ataques de pánico que pueden ser específicos para el diagnóstico de grupo.

Conclusiones: El distinguir a los pacientes que tienen un diagnóstico del trastorno de estado de ánimo, especialmente trastorno bipolar I, de acuerdo con la presencia de ataques de pánico durante la vida; no sólo puede ser útil en la práctica clínica, sino también puede ser informativo para la investigación etiológica, tal como estudios de genética molecular.

Liz Forty; Daniel Smith; Lisa Jones... (et.al), Características clínicas del trastorno unipolar y el trastorno bipolar según la presencia de ataques de pánico recurrentes. BIPOLAR DISORDERS. 2009 MAY; 11 (3):307 – 315.

Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad.- Hay miedos comunes y miedos individuales o fobias. Un ataque de pánico es un fuerte estallido de ansiedad, acompañado de cambios fisiológicos notables. A las fobias acompañadas de ataques de pánico las llamamos fobias complejas.

El síndrome de pánico incluye ansiedad, fobia (especialmente agorafobia o temor a la limitación del movimiento) aislamiento y depresión, y son típicas las etapas de la pérdida o separación, el ataque en sí, la limitación de la movilidad, la ansiedad de situación y el aislamiento o depresión.

Para Freud, las fobias resultan de un conflicto oculto, pero los efectos de los medicamentos, especialmente sobre la ansiedad, hablan de que esta tiene una base orgánica en el sistema nervioso, lo cual a su vez induce a pensar que hay una predisposición a las fobias. Como las fobias tienen una base de aprendizaje y una base biológica, los tratamientos de las fobias podrán consistir en cambiar lo que se ha aprendido, o bien usar agentes químicos.

En los años 20, se vio que los miedos de los niños desaparecían, si se les asociaba alguna experiencia agradable. Dos décadas después, sobre las bases teóricas del condicionamiento, Wolpe creaba una técnica, la desensibilización sistemática: hacer relajar a los pacientes y pedirles a continuación que imaginen la situación temida. Finalmente, no temerán esa situación porque la relajación misma reduce la ansiedad.

El tratamiento del ataque de pánico no debe ser solo farmacológico, y debe estar complementado mediante la terapia de exposición al estímulo temido. El mejor modo de exponer a los pacientes a su situación temida, es hacerlo gradualmente, a fin de evitar una excesiva ansiedad, pero al mismo tiempo debe procurarse que reciban el apoyo de un cónyuge o un amigo en la difícil tarea de esta exposición. Tal relación de apoyo permite extender los beneficios de la terapia a lo largo de meses y años en lugar de solo semanas. Hay ciertos cuestionarios que pueden ayudar al lector a identificar sus miedos.

Sinopsis de Agras Stewart (1989) Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad. Barcelona: Labor.

Ataques de pánico y su relación con el funcionamiento psicológico y físico.- Objetivo: Estudios de Estados Unidos han sugerido que los ataques de pánico (PA) son comunes y se asocian con una prevalencia incrementada de trastornos mentales y peor calidad de vida, y pueden ser un marcador de psicopatología severa. Utilizando una encuesta poblacional con un mayor tamaño de muestra a la anterior utilizada, intentamos determinar las tasas de prevalencia y los correlatos de PAs entre los canadienses en edades de 15 años y mayores.

Método: Se utilizó la Cuarta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, para determinar la prevalencia del último año de PAs en la Encuesta de Salud Comunitaria Canadiense: Salud mental y Bienestar (n=36,984, en edades de 15 y mayores, tasa de respuesta = 77%). Se compararon las variables de funciones psicológicas y físicas en personas con PAs, con trastorno de pánico (PD), y sin PAs.

Resultados: La prevalencia de PAs en el último año fue del 6.4%. En comparación con las personas sin PAs, aquellos con PAs tuvieron un funcionamiento general más pobre para la discapacidad, trastornos mentales, ideación suicida, angustia psicológica, restricción de actividad, condiciones físicas crónicas, bienestar psicológico y autopercepción de salud física y mental. El PD se asoció con un funcionamiento general más pobre que PAs para múltiples variables; sin embargo, no hubo diferencias significativas entre estos 2 grupos de pánico en otras variables.

Conclusiones: Aunque se asocia con un deterioro menos severo que el PD en algunos dominios, los PAs se asocian con problemas de salud mental y a un funcionamiento psicológico y físico general reducido y puede ser un indicador de una psicopatología más severa.

D Jolene Kinley; Brian J Cox; Ian Clara... (et.al) Ataques de pánico y su relación con el funcionamiento psicológico y físico en canadienses: Resultados de una muestra nacional representativa. CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2009 FEB; 54(2):113-122.

ATAXIA

Definición.- Pérdida de coordinación muscular, en particular de las extremidades.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

ATEROSCLEROSIS

Alteraciones psíquicas en la arteriosclerosis cerebral.- Es incorrecto adjudicar a una deficiente circulación cerebral (arteriosclerosis cerebral) como causa de trastornos psíquicos como la demencia: la relación no es tan directa ni lineal. Todo dependerá si la arteriosclerosis implica un daño generalizado o localizado, y de si el síndrome se instaló bruscamente o no. En este último caso el anciano tiene tiempo de desarrollar compensaciones. También depende de la arteriosclerosis está agravada por algún problema cardíaco, alta presión o anemia, lo que todo junto puede producir demencia.

En una primera etapa, la arteriosclerosis presenta síntomas y trastornos funcionales reversibles, como cefaleas, quejas, vértigos episódicos, palpitaciones o trastornos del sueño.

Luego se instala una etapa o "período de estado" donde aparecen trastornos progresivos y parcialmente reversibles, donde se destacan dos cosas: 1) Fluctuación en la intensidad de los síntomas: durante el día fluctúa la atención, la memoria, los estados de ánimo, el nivel de comprensión. 2) Conservación de los rasgos típicos de la personalidad hasta muy avanzada la enfermedad.

Existen algunos cuadros psicopatológicos concomitantes con el deterioro arteriosclerótico. Por ejemplo, distimias a predominio depresivo, cuadros delirantes, episodios confusionales agudos inversión del ritmo nictameral (aumenta el sueño diurno).

El tratamiento: son útiles los Hospitales de Día, donde desarrollan actividades recreativas, actividades varias, rehabilitación kinésica, psicoterapia y vigilancia médica. Los aspectos incapacitantes hacen difícil su permanencia constante en el medio familiar.

Condensado de Strejilevich Mario (1985) Temas de psicogeriatría (artículo).

Aterosclerosis y emociones negativas.- "Contexto: Aunque la depresión, la ansiedad y la hostilidad/cólera, se han asociado a un riesgo creciente de la enfermedad arterial coronaria, estas emociones negativas solapadas no han sido examinadas simultáneamente como pronosticadores de la progresión de la aterosclerosis subclínica. Objetivo: Evaluar la importancia relativa de los síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, y de la hostilidad/cólera en la predicción de la progresión de la aterosclerosis subclínica durante un período de tres años. Diseño/Escenario: El proyecto de salud coronaria de Pittsburgh, un estudio de cohorte prospectivo de la salud en curso, de hombres y mujeres en edad avanzada de la comunidad en general. Al inicio del estudio se administraron cuestionarios para valorar los síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, hostilidad, experiencia del cólera, y expresión del cólera. Se valoró el grosor promedio de la carótida intima-media a través de una ultrasonografía de modo B, durante el inicio del estudio y en las visitas de seguimiento durante tres años. Participantes: De los 464 adultos enrolados en el proyecto, 324 (69.8%) fueron incluidos en esta investigación debido a que habían completado los datos del inicio del estudio y los datos del seguimiento. Principales medidas de

resultado: Cambio promedio del grosor de la carótida intima-media en los tres años. Resultados: Los análisis de regresión indicaron que los síntomas depresivos más altos durante el inicio del estudio, estuvieron asociados a un mayor cambio de tres años en el grosor de la carótida intima-media ($R^2 = 0.026$, $P = .002$), incluso después de considerar factores demográficos, factores de riesgo cardiovascular, uso de medicamentos, condiciones médicas, y otras emociones negativas correlacionadas. Las medidas de los síntomas de ansiedad, hostilidad, experiencia de cólera, y de expresión de cólera, ninguna por sí sola estuvo relacionada al cambio del grosor intima-media. Los análisis post hoc que examinaron los grupos de síntomas depresivos mostraron que los síntomas somáticos-vegetativos de la depresión ($R^2 = 0.027$, $P = .002$), pero no los síntomas cognitivo-afectivos, estuvieron asociados positivamente al cambio del grosor intima-media. Conclusión: Nuestros resultados sugieren que las características somática-vegetativas de la depresión, pero quizás no de la ansiedad y hostilidad/cólera, pueden jugar un papel importante en las primeras etapas del desarrollo de la enfermedad arterial coronaria".

Jesse C. Stewart, PhD; Denise L. Janicki, PhD; Matthew F. Muldoon, MD, MPH; Kim Sutton-Tyrrell, RN, DrPH; Thomas W. Kamarck, PhD, Emociones negativas y progresión de la aterosclerosis subclínica durante un periodo de 3 años. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2007 FEB; 64(2).

ATMÓSFERA DELIRANTE

Definición.- Idea delirante primaria que consiste en la experiencia subjetiva de que el mundo ha cambiado de un modo sutil pero siniestro, inquietante y difícil o imposible de definir. Se suele acompañar de un estado de humor alterado, ya que el paciente se siente incómodo, desasosegado e incluso perplejo. Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 331.

AUDIMUTISMO

Definición.- "Es la carencia de la palabra en niños con audición normal. Sus causas son las siguientes: 1) inteligencia inferior a la normal, 2) lesiones cerebrales sufridas en el nacimiento o primera infancia, 3) malformaciones de la boca o del aparato fonador, 4) extrema torpeza motora, 5) enfermedades extenuantes, 6) desarrollo general retrasado, y 7) causas psíquicas. En el audimutismo 'de la expresión' el niño comprende bien, pero no habla; en el 'receptivo' el niño no comprende el lenguaje".

Wallin J (1974) El niño mentalmente deficiente. Incluido en Wallin J y otros, El niño deficiente. Buenos Aires: Paidós, pág. 58.

AURA

Definición.- "Manifestación o síntoma premonitorio de un acceso convulsivo, generalmente epiléptico. Por lo común, es un síntoma conciente o semiconsciente, que a veces evita la caída y sus posibles consecuencias. Las auras pueden ser sensitivas (parestias, cefalalgias), sensoriales (silbidos, olores raros), motrices (estornudos, bostezos), vasomotoras (sudores, palidez o rubicundez) y psíquicas (alucinaciones, sobre todo olfativas)".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

AUSENCIA MENTAL

Definición.- Experiencia que implica una gran concentración sobre alguna cuestión concreta (generalmente preocupaciones sobre algún tipo de pensamiento), lo que a su vez lleva a 'desatender' el resto de los estímulos, dejando fuera gran cantidad de información externa que usualmente es accesible, y no respondiendo, por tanto, al feedback respecto a cambios en las rutinas.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 182.

AUTISMO

Definición.- "Trastorno del desarrollo caracterizado por una alteración cualitativa de la interacción social, con un uso marcado de múltiples comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros y falta de reciprocidad emocional (ausencia de la tendencia espontánea para compartir intereses con otras personas). Asimismo se observan alteraciones cualitativas de la comunicación (retraso o ausencia del desarrollo del lenguaje, lenguaje repetitivo, ausencia de juego espontáneo, etc.) junto con patrones de comportamiento estereotipados, caracterizados por manierismos motores repetitivos y rituales. Se inicia antes de los 3 años, existiendo un riesgo significativo de trastorno autista en los hermanos de los sujetos afectados por el mismo. En el 75 % de los casos existe un diagnóstico asociado de retraso mental moderado. Su curso es continuo, de forma que solo un pequeño porcentaje de individuos autistas llegan a vivir y trabajar autónomamente en su vida adulta. El tratamiento es muy complejo e incluye aproximaciones conductuales y utilización de neurolépticos".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Generalidades.- Definimos autismo como un estado centrado en el cuerpo, con predominio de las sensaciones que constituyen el núcleo del sí-mismo. El niño centra su atención sobre su cuerpo, o siente cosas próximas a él como parte de sí mismo.

Diferenciamos 'autismo' con minúsculas para designar el autismo normal o patológico, mientras usamos 'Autismo' con mayúsculas para designar el autismo infantil precoz o síndrome de Kanner.

No debemos confundir autismo y narcisismo primario: tanto para Freud como para Mahler, el autismo es una etapa previa al narcisismo primario, donde aún no hay un yo.

Hay un autismo primario normal en la primera infancia, y un autismo secundario patológico en los estados psicóticos del niño.

En el autismo normal, luego del nacimiento ya el niño experimenta objetos-sensación, o sea los vivencia como parte de sí mismo, aunque puede haber estados momentáneos de separación (o conciencia del no - sí mismo) entre el sí mismo y el ambiente.

Autismo primario normal.- Al comienzo, no hay en el bebé mucho sentido de ser un sí mismo separado de otros si mismos (los otros). Hay una conciencia global más o menos indiferenciada. El pecho es parte de sus propios ritmos, y no un objeto separado de él. Va adquiriendo una idea autosensual de la madre basándose en sus propias sensaciones. Esta idea autosensual y la madre real no están al principio diferenciadas, con lo cual se evita frustraciones intolerables. Luego, la madre real empezará a ser aceptada como separada y diferente, y comienzan las actividades transicionales descritas por Winnicott.

Conciencia del no - sí mismo.- A medida que el bebé desarrolla un sentido de vinculación con una madre "no sí mismo", ésta se convierte en una idea permanente en su mente, y puede recurrir a ella cuando la madre no está presente. Queda así establecida la constancia objetual. El niño descubre que el mundo es un lugar al cual puede adaptarse y amoldarse, y que no es una pura creación de él.

Hipersensibilidad del niño psicótico.- El autismo primario normal es un conjunto de reacciones que apuntan a la supervivencia del bebé, protegiéndolo de lo que siente como impactos perjudiciales del mundo exterior. El niño es hipersensible a lo que sucede afuera, y se protege. En el niño psicótico esta hipersensibilidad es muy alta, y se defiende de ella bloqueando la conciencia de una madre "no sí mismo", ilusionándose que está todavía fusionado con ella.

Autismo patológico.- Todo niño pequeño descubre que su madre "no sí mismo" es una fuente de frustración y desilusión, pero para el niño psicótico esto es insostenible. En estos casos encontramos un autismo patológico, que puede consistir o bien en excluir o rechazar las experiencias de "no sí mismo" como si fueran un cuerpo extraño, o bien en confundirlas.

Psicosis infantil.- La psicosis infantil surge a partir de una perturbación de la sensualidad primaria en el estadio del autismo primario normal, lo que pone en marcha el círculo vicioso del autismo patológico, donde hay inhibición y perturbación de las percepciones. Estos niños sienten una separación traumática de la madre, frente a lo cual se defiende o bien con la negación (siente que no está separado, se siente fusionado), o bien con la confusión, todo para retirarse del mundo exterior "no sí mismo" y seguir viviendo en función de la autosensualidad.

Resumen de Tustin Frances (1995) Estados autísticos en los niños. Capítulo 1.

Autismo y psicosis.- Más allá de que pueda haber causas orgánicas, interesan aquí las causas psíquicas de la psicosis, que tienen relación con una sensualidad primaria del autismo normal, que ha sido perturbada, tal vez por problemas hormonales. A veces los factores fisiológicos y los psicológicos son indistinguibles, no sabiéndose cuál de ellos puso en marcha el autismo patológico. Conociendo los factores psicógenos o psicológicos, se puede aplicar una psicoterapia.

Bases para evaluar los factores psicógenos.- Para evaluarlos se usa la terapia de juego, donde se lo ve jugar al niño un tiempo cada semana, con los mismos juguetes y para él solo. La interpretación del juego puede estar basada en deducciones lógicas, pero hay que tratar de hacerlo con ojos nuevos, libres de preconceptos teóricos. Hay que establecer también, una empatía con el niño.

Esquemas actuales de clasificación.- Autismo y psicosis no son entidades diferentes: el autismo patológico es un sistema de maniobras protectoras para evitar una realidad distinta al yo (el no sí mismo), y que da como resultado el cuadro clínico llamado psicosis. Los diversos tipos de psicosis se distinguen porque hay diferentes maniobras protectoras.

Otra clasificación es la de Mahler, que habla de psicosis autistas y psicosis simbióticas. Rimland distingue a su vez entre niños autistas y niños esquizofrénicos, a lo que Tischler agregó el niño con psicosis traumática.

Podemos hablar de dos tipos principales de reacción protectora autista patológica para evitar el no sí mismo: a) las reacciones de encapsulamiento y b) las reacciones de confusión.

Resumen de Tustin Frances (1995) Estados autísticos en los niños. Capítulo 2.

Autismo patológico.- Muchas pueden ser las causas del autismo patológico, pero la conciencia traumática de la separación corporal del mundo externo (madre) afecta niveles psicossomáticos básicos del autismo primario normal, apareciendo el funcionamiento patológico, caracterizado por maniobras

protectoras, que es algo mucho mas primitivo que las defensas (estas implican represión, lo que no hay en el autismo patológico).

Situaciones que predisponen a la psicosis infantil.- Predisponen a la psicosis infantil cuando a partir del nacimiento los niños recibieron ataques corporales de los padres o han presenciado escenas de violencia entre ellos. Otros niños tienen temor al daño corporal violento, o han sufrido manipulaciones médicas dolorosas.

Spitz habla de niños separados muy tempranamente de sus madres, produciéndose una depresión anaclítica en ellos. También influye, al revés, cuando la madre está excesivamente adherida al niño.

El tipo de maniobra protectora que predomine será usado como base para la clasificación de niños psicóticos. Maniobras protectoras son por ejemplo el caparazón, la segmentación, el engolfamiento, y la fragmentación, y por tanto la clasificación de niños psicóticos será la siguiente (ver también tablas adjuntas):

Niños autistas	Encapsulado	Primario (tipo caparazón) Secundario (tipo segmentado)
	Confusional	Primario (tipo engolfamiento) Secundario (tipo fragmentado)

Prognosis.- Los encapsulados y confusionales primarios tienen mejor posibilidad de tratamiento porque sus maniobras autistas primarias no fueron perturbadas. Los fragmentados requieren en cambio años de tratamiento, y el resultado es incierto.

Anexo 1 – Tabla para diferenciar el autismo tipo encapsulamiento y confusional (aplicable fundamentalmente a niños menores de siete años)

	ENCAPSULAMIENTO	CONFUSIONAL
Desarrollo psicológico	Detenido. La fusión imitativa persevera hasta resultar patológica.	Altamente desorganizado. La identificación proyectiva se volvió excesiva y patológica.
Tipo de integración	Relativamente a-integrado.	Desintegrado.
Estado de conciencia	Conciencia bidimensional.	Al borde de una conciencia tridimensional de tipo confuso.
Sensación del sí-mismo corporal	Escisión binaria en la sensación sí-mismo corporal.	Excesiva escisión y fragmentación y dispersión del sí-mismo corporal.
Delusión operativa	Encapsulamiento del 'yo' con sensaciones corporales y materia corporal (el 'no-yo' se experimenta como 'yo').	Confusión del 'yo' con el 'no-yo' que es arrastrado hacia el 'yo' y mezclado con él por medio de sensaciones corporales excitantes.
Utilización de objetos	Usan predominantemente objetos autistas duros	Usan predominantemente objetos confusionales blandos
Comparación aspectual	El niño es como un caracol cuyo caparazón está hecho de sus propias sustancias corporales endurecidas.	El niño es como un gusano de seda, cuyo envoltorio está hecho con una serie heterogénea de objetos sacados de la charca. Antes de obtener sus envolturas emparchadas con como amebas o anémonas de mar. El término de Bion "objeto bizarro" está bien aplicado.
Descripción coloquial	Estos niños "se apartan de lo exterior".	Estos niños "llevan todo hacia adentro".
Comparación con pacientes psicóticos adultos	No son como ellos porque su desarrollo se ha detenido prácticamente a una edad precoz.	Tienen rasgos en común con los esquizofrénicos adultos.
Efecto general	Los sentimientos de angustia, terror y rabia asociados con el dolor insoportable de la separación corporal son absolutamente evitados. El 'yo' aparece fusionado con el 'no-yo' la mayor parte del tiempo.	Los sentimientos de angustia, terror y rabia asociados con el dolor insoportable de la separación corporal son minimizados. El 'no-yo' se confunde con el 'yo' y se mezcla con él.
Experiencia de lo animado y lo inanimado	El niño vive predominantemente en un mundo inanimado. Su cuerpo es una 'cosa' inanimada, no carne y	El niño confunde lo animado y lo inanimado. El cuerpo es a veces una 'cosa' y a veces de carne y hueso. Es

	hueso vivos. Es como un autómatas mecánico.	como un sonámbulo.
Experiencia de la separación corporal	En escasas y angustiosas ocasiones en que el niño toma conciencia de la separación corporal, ésta se vive como un agujero (en una cosa inanimada) (agujero autista).	Es más conciente de la separación corporal y la vive como un agujero, y como una herida (en carne y hueso) (Agujero autista y herida narcisística).
Vínculo primario	No se establece.	Establecido en forma insegura.
Relaciones	No hay porque no hay vínculo primario.	No hay relaciones auténticas a causa del débil vínculo primario con la figura materna.
Tipo de psicosis	Psicosis autistas.	Psicosis narcisistas (resultantes de una perturbación autista subyacente).

Anexo 2 – Perturbaciones del autismo primario patológico

ENCAPSULAMIENTO		CONFUSIONAL	
PRIMARIO (TIPO CAPARAZON)	SECUNDARIO (TIPO SEGMENTADO)	PRIMARIO (TIPO ENGOLFAMIENTO)	SECUNDARIO (TIPO FRAGMENTAO)
Encapsulamiento total, global indiferenciado del 'yo' para excluir al 'no-yo'.	Encapsulamiento de segmentos del 'yo' y 'no-yo' experimentado como 'yo'. Esto excluye el 'no-yo'.	Envoltura total, global indiferenciada del 'no-yo' para sumirlo en el 'yo' y confundir y borrar su impacto.	Engolfamiento de fragmentos de 'no-yo' para llevarlos dentro y mezclarlos con el 'yo'. Esto borra y confunde el impacto del 'no-yo' pero no los encapsula ni excluye totalmente del 'no-yo'.
Conciencia bidimensional casi todo el tiempo.	Alternancia entre conciencia bi y tridimensional.	Alternancia entre conciencia bi y tridimensional.	Conciencia tridimensional de tipo confuso.
Indiferenciación relativa.	La segmentación reemplaza a la diferenciación y clasificación compartida.	Indiferenciación relativa.	La fragmentación en trozos no significantes reemplaza a la diferenciación y clasificación con sentido y compartida.
	Desarrollo cognitivo o manipulativo precoz desfasado respecto del desarrollo emocional. Por ejemplo, un interés obsesivo puede dominar la vida del niño con exclusión de todo lo demás.		Fragmentos de desarrollo rodeados por un desarrollo confuso y borroso.
	'Eliminación' o anexión de segmentos del mundo externo sobre la base de morder fuerte con los dientes. (Produce desarrollo precoz sobre base insegura. Los segmentos se separan unos de otros).		'Inclusión' de los objetos del mundo externo sobre la base de un suave 'chupeteo' con la boca.
	Exhibe una forma magnificada y precoz de 'angustia ante el extraño' (otro factor en el desarrollo precoz del yo para excluir el peligro).		Muy poca 'ansiedad ante el extraño' (con frecuencia se refriega contra la gente como un animalito o trata de meterse dentro de la gente).

Autismo encapsulado.- Tipo de autismo patológico donde el niño evita el 'no sí-mismo' mediante el encapsulamiento.

Apariencia externa.- Suelen ser niños lindos, ágiles, armoniosos, y les fascinan los objetos duros y los mecanismos, aunque parecen sordos o deficientes. El desarrollo se ha detenido precozmente, y a simple vista parecen haber cortado todo vínculo el exterior y sus padres. Rehuyen la mirada de la gente.

Para enfrentar la separación de la madre, hacen delusiones autistas de 'estar encapsulado'. Este encapsulamiento puede ser global (con caparazón) o por segmentos.

Niños 'con caparazón'.- El niño parece estar metido en un caparazón en el cual permanece inactivo, en un estado global de no integración e indiferenciación, esperando condiciones más propicias para su desarrollo.

Encapsulamiento de segmentos.- No es total como el anterior. Se encapsulan por partes o segmentos de funcionamiento. Por ejemplo las percepciones pueden ser segmentadas y quedar encapsuladas. A diferencia de los niños con caparazón, por lo general no son mudos, y suelen tener ecolalia.

Rasgos psicodinámicos de los niños 'con caparazón'.- Se comportan como si estuvieran fusionados con el mundo exterior, y los objetos los experimenta como prolongaciones de sí mismo. Para estos niños todo es "yo" y solo distingue un yo de un no-yo en momentos fugaces de conciencia durante el tratamiento.

El tacto es el sentido más desarrollado. No distinguen entre lo animado o lo inanimado, y tratan a las personas como cosas, como prolongaciones de su cuerpo. Carecen de fantasías o pensamientos, o sea son predominantemente asimbólicos. Este encapsulamiento total les crea la ilusión de un caparazón protector, y es una maniobra autista primaria patológica.

Niños 'segmentados'.- Se da un ejemplo de un niño que usa el dibujo para control del objeto y no para representarlo. Por ejemplo dibuja la boca del terapeuta para mantenerla aprisionada en el papel. Cuando escriben, hacen letras aisladas.

En general, reducen los objetos a proporciones pequeñas o simplificadas, generalmente acordes con los segmentos de la experiencia sensorial: lo que toca, o bien lo que mira, o lo que oye, etc. Los niños segmentados son más difíciles de tratar, que los que tienen 'caparazón'.

La escisión binaria en el "sí mismo corporal".- Tanto los encapsulados con caparazón como los segmentados tienen una escisión en dos partes de su sí mismo (binaria), lo que les ha evitado la confusión y desintegración propia de los niños confusionales. Ejemplo de escisión: niños con rostros cuyas dos mitades (izquierda y derecha) son muy diferentes en cuanto a expresión, etc. Sienten que 'robó' unos rasgos, y que se los pueden robar.

No debemos clasificar los niños en autistas y esquizofrénicos, pues aparece escisión en los primeros, como en la esquizofrenia.

Autismo confusional.- El autismo confusional designa niños psicóticos, algunos de los cuales tienen rasgos en común con esquizofrénicos adultos (o sea, no todos son niños esquizofrénicos). Los niños confusionales se caracterizan por defenderse de lo que Winnicott llama la depresión psicótica mediante un estado confusional.

Los niños confusionales presentan las siguientes diferencias con los niños encapsulados:

- 1) Los confusionales tienen movimientos torpes y mal coordinados, no así los encapsulados. Tienen también aspecto atontado y confuso.
- 2) Los confusionales tienen tono muscular blando y flácido, y los encapsulados músculos duros.
- 3) Los confusionales nunca apartan la mirada de las personas, los encapsulados sí lo hacen.
- 4) Los confusionales se dejan estar mansamente cuando se los levanta en brazos. Los encapsulados se ponen tensos.
- 5) Los confusionales tuvieron enfermedades respiratorias, circulatorias, metabólicas o digestivas. pero los encapsulados tienen buena constitución física.
- 6) Los confusionales son algunas veces hiperactivos, pero el encapsulado es tranquilo y pasivo.
- 7) Los confusionales parecen tener un desarrollo normal antes de la enfermedad confusional. Los encapsulados tienen una historia de retraimiento ya desde el nacimiento.
- 8) Los confusionales no hay sordera, como en los encapsulados.
- 9) Los confusionales son resistentes al cambio al igual que los encapsulados.
- 10) Los confusionales tienen alucinaciones, mientras que los encapsulados a veces, cuando avanza el tratamiento.
- 11) Los confusionales no tienen habilidades como los encapsulados (memoria, logros musicales, etc.)
- 12) Los confusionales de tipo esquizofrénico tienen antecedente familiares de la enfermedad, no así los encapsulados.

Las diferencias que se ven en la psicoterapia son:

- 1) Los confusionales no tienen una armadura protectora de la calidad homogénea del niño encapsulado. Estos unifican claramente yo y no yo, pero los confusionales es como si arrastraran el no yo hacia el yo, como si hubiera un principio de diferenciación entre ambos.

- 2) Los confusionales expresan su conciencia traumática de separación corporal como una 'herida', pero los encapsulados, al no distinguir animado de inanimado (todas son cosas), se refieren a 'agujeros'.
 - 3) Los confusionales hicieron pequeños intentos de crecimiento pero luego se precipitaron a un 'caos', en cambio, en los encapsulados las potencialidades innatas fueron preservadas manteniéndolas latentes, a la espera de condiciones propicias para su desarrollo.
 - 4) Los confusionales juegan de una forma que atrae a la gente que le rodea, pero ello no significa que tenga una vida de fantasía, como en el juego normal o neurótico. El encapsulado no juega.
 - 5) Los confusionales casi todos hablan, mientras que los encapsulados lo hacen muy raramente.
 - 6) Los confusionales por lo general dibujan desde el comienzo mismo del tratamiento, no así los encapsulados con caparazón, que lo hacen después.
 - 7) Los confusionales están al borde de darse cuenta de la tridimensionalidad, los afueras y los adentros. Pueden poner parte de sí mismos dentro de otros cuerpos (identificación proyectiva). Los encapsulados se manejan en cambio con la bidimensionalidad: solo consideran superficies, texturas.
 - 8) Los confusionales son como sonámbulos humanos, mientras que los encapsulados son como autómatas mecánicos.
 - 9) Los padres de los niños confusionales aprecian mucho la psicoterapia, pero lo interrumpen cuando ven que el tratamiento amenaza con la separación del niño de los padres. Los padres de los encapsulados aprecian la terapia y la siguen hasta el final.
- Resumen de Tustin Frances (1995) Estados autísticos en los niños. Capítulo 4.

AUTISMO INFANTIL

Introducción.- "El síndrome del autismo infantil fue descrito por vez primera por Leo Kanner en 1943 y descrito como del "síndrome de Kanner" en su trabajo clásico *Autistic disturbances of affective contact*. En él describía a los niños que mostraban una "extremada soledad autista"; ausencia de postura anticipatorio; desviación o retraso en el desarrollo del lenguaje, con ecolalia e inversión de pronombre (utilizando "tú" en vez de "yo"); monótonas repeticiones de ruidos o expresiones verbales; excelente memoria; limitada gama de actividades espontáneas; estereotipos y manierismos; "deseo obsesivo ansioso de mantener la identidad" y "pavor ante el cambio y la incompletitud"; y anormales relaciones con las personas, con preferencia por las imágenes o los objetos inanimados. Kanner sospechó que el síndrome era más frecuente de lo que parecía, y sugirió que al menos algunos de estos niños habían sido confundidos con retrasados mentales o niños esquizofrénicos.

Hay dudas sobre si el autismo infantil era la primera manifestación posible de la esquizofrenia o una entidad clínica diferente; pero las pruebas apuntan a favor de la conceptualización del autismo infantil y la esquizofrenia como entidades separadas" (pág. 754).

Kaplan H y Sadock B (1992) *Compendio de psiquiatría*. México: Salvat.

Etiología y patología.- "El autismo infantil es un síndrome conductual. Por lo general se piensa que es etiológicamente heterogéneo. Las teorías etiológicas cubren toda la gama, desde las psicodinámicas a las orgánicas. En la actualidad hay considerables pruebas de que subyacen anomalías biológicas" (pág. 754).

Kaplan H y Sadock B (1992) *Compendio de psiquiatría*. México: Salvat.

Tratamiento del autismo infantil.- "Los objetivos del tratamiento de los niños autistas son disminuir los síntomas conductuales y fomentar el desarrollo de funciones retrasadas, rudimentarias o inexistentes, como el lenguaje y las facultades de autocuidado. Además, los padres, muchas veces abrumados, necesitan apoyo y asesoramiento.

El entrenamiento en clases estructurales, unido a métodos conductuales intrusivos, constituye el tratamiento más efectivo para los niños autistas y es superior a otros tipos de enfoques conductuales. Estudios bien controlados indican que con este método se consiguen ganancias en las áreas del lenguaje y conocimiento, así como la disminución de las conductas desadaptadas. El entrenamiento paterno cuidadoso, el asesoramiento individual de los padres en los conceptos y técnicas de modificación de la conducta y la atención a los problemas y preocupaciones individuales de los padres, es una perspectiva resolutoria, pueden arrojar considerables beneficios en el lenguaje, el conocimiento y la conducta social. Sin embargo, los programas de entrenamiento son rigurosos y precisan mucha dedicación de los padres. El niño autista requiere una estructura durante todo el día y un programa diario de tantas horas de duración como sea posible.

La farmacoterapia, unida a los métodos educativos/conductuales, parece ser un valioso recurso auxiliar a los programas de tratamiento global de muchos niños autistas" (págs 759-760).

Kaplan H y Sadock B (1992) *Compendio de psiquiatría*. México: Salvat.

AUTOLESIÓN

Intervención cognitivo-conductual.- Antecedentes. Las autolesiones en personas jóvenes están ocurriendo con una frecuencia creciente. Aún se requiere que sea probada la eficacia del tratamiento

convencional hospitalizado y de pacientes no internados. Objetivos. Investigar la eficacia de una corta intervención de terapia cognitiva conductual en 90 adolescentes y adultos quienes recientemente han experimentado autolesiones. Método. Los participantes fueron asignados aleatoriamente (en edades de 15-35 años) al tratamiento común más la intervención, o al tratamiento común únicamente. Se completaron las valoraciones al inicio del estudio y a los 3, 6 y 9 meses de seguimiento. Resultados. Los pacientes que recibieron terapia cognitivo conductual, además del tratamiento usual; experimentaron reducciones significativamente mayores en la autolesión, cogniciones suicidas y síntomas de depresión y ansiedad, y mejoras significativamente mayores en la autoestima y la capacidad de resolución de problemas, en comparación con el grupo de control. Conclusiones. Estos resultados amplían la evidencia de que una intervención cognitiva conductual de tiempo limitado es eficaz para los pacientes que se autolesionan de forma recurrente y crónica.

Nadja Slee; Nadia Garnefski; Rien van der Leeden; Ella Arensman; Philip Spinhoven, Intervención cognitivo conductual para las autolesiones: Ensayo aleatorio controlado. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 MAR; 192 (3):202-211.

AUTOMATISMO

Definición.- "Actividad motora involuntaria que guarda un cierto grado de coordinación. Los automatismos se dan en forma típica en los estados crepusculares, donde se acompañan siempre de una disminución o enturbiamiento de la conciencia, y en los que el individuo adopta la misma actividad previa a la crisis en forma autónoma e incontrolada. También pueden aparecer en pacientes esquizofrénicos y en histéricos; en estos casos la conducta adoptada es extravagante, extraña o incomprensible. Se distinguen cinco tipos: masticatorios, faciales o mímicos (de perplejidad o terror), gestuales (abruptos o elaborados), ambulatorios y verbales".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

BARIGLOSLIA

Definición.- Elocución torpe, pesada, como en los estados de intoxicación o extrema debilidad.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

BARITIMIA

Definición.- Depresión de emociones, síntoma de un estado depresivo. Está generalmente acompañado por dificultades para hablar y actuar.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

BELLE INDIFÉRENCE

Definición.- Expresión francesa (feliz indiferencia), que suele usarse para describir cierta actitud del histérico hacia los síntomas de su enfermedad; aun llamándola horrible o dolorosa, el paciente parece armonizar satisfecho con la enfermedad. Tal inconsistencia superficial se exhibe vívidamente también en otros estados diagnósticos, notablemente en la esquizofrenia. Aunque generalmente confinada a la histeria, no es semejante a la jocosidad mórbida observada a veces en pacientes orgánicos cerebrales (paresis general, tumor cerebral).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

BOLO HISTÉRICO

Definición.- 1. Sensación desagradable de los histéricos causada por los movimientos, hacia arriba y abajo, de un bolo que se encuentra en el cuello. 2. Se considera como un síntoma típico de la conversión basada en deseos oral-sadísticos.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

BORDELINE

Definición.- Fronterizo, limítrofe. Cuadro Psicopatológico en el que coexisten en grado variable rasgos neuróticos, psicóticos y psicopáticos con acentuación de alguno de ellos lo cual permite por ejemplo la caracterización de la personalidad como "Bordeline a Predominio... (neurótico Psicótico o Psicopático)".

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Bordeline, personalidad.- El término borderline (en castellano: fronterizo o limítrofe) se utilizó ya en el siglo pasado para designar un trastorno psíquico, pero sólo hacia 1950 comenzó a pretender una acepción más rigurosa, a medida que el cuadro -polifacético, evanescente, casi inasible- iba siendo aislado en la clínica, se reunía una casuística y se realizaron incluso estudios estadísticos. Como el

individuo borderline presenta un collage de síntomas, ni siquiera constantes, algunos terapeutas preferían seguir arreglándoselas con la anterior *nosografía* y negaban la necesidad de agregar una entidad nueva. En general, el acuerdo era mayor en los hechos, o por lo menos se compartía la misma perplejidad. ¿Por qué los *comportamientos* y las *fantasías* de ciertas personas pasaban de neuróticos a psicóticos o psicopáticos, con algunos períodos de normalidad aparente? Al investigar, y sobre todo al encarar el tratamiento, el terapeuta ¿tendría que apelar sucesivamente y por separado a las nociones de *neurosis*, *psicosis*, *psicopatía*, etc. También eran inestables en estos pacientes las relaciones de objeto, las de trabajo, y los síntomas de creencias. Hacía falta una teoría explicativa, y ella comenzó por ser, prudentemente, una teoría de la transición (entre las psicosis, las caracteropatías, las psicopatías y las neurosis). Después se fueron dibujando líneas de desarrollo, en los EE.UU., en Gran Bretaña y en la Argentina. 1) En los EE.UU., Otto Kernberg, tratando de ceñirse al psicoanálisis y Gunderson, recurriendo a estudios estadísticos, partieron de definir el fenómeno borderline como desórdenes de la personalidad. Desórdenes que Kernberg explica por una fijación a sistemas defensivos arcaicos, una detención del desarrollo en la fase de separación-individuación, descrita y estudiada por Margaret Mahler. Un concepto clave para entender la florida sintomatología del borderline es el de la escisión del Yo. Solo un Yo escindido puede responder a manifestaciones tan caóticas. ¿Y por qué se escindiría, se quebraría el Yo? Dicho brevemente: para evitar un peligro mayor. 2) En Gran Bretaña, aplicando el método de Bion, consideraron tales desórdenes una forma de psicosis: "la psicosis borderline". El Yo tiene una parte neurótica y otra psicótica. Está pues escindido. ¿Por qué o para qué? Para defender al individuo evitando el incremento de la parte psicótica, función que está a cargo de la parte neurótica. 3) En la Argentina se intenta sintetizar aspectos de ambas escuelas. César Pelegrín propone un modelo de una escisión múltiple del self con detenciones escalonadas de partes que terminan formando una personalidad múltiple. Explica los desórdenes borderline como restitución de una psicosis infantil, una restitución incompleta, en tanto partes de la personalidad funcionan unas al modo neurótico, otras al caracterológico, otras al psicopático, con un predominio transitorio de alguna de las tres modalidades. Los tres modelos tienen en común basarse en la escisión del Yo. (César Pelegrín). Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Características.- Kernberg establece que los casos límite presentan las siguientes siete características:

- 1) Síntomas descriptivos: Si bien los síntomas y rasgos de carácter no son criterios estructurales, permiten orientarnos hacia ellos. Indicadores importantes del borderline son por ejemplo la ansiedad, la neurosis polisintomática (fobias, hipocondría, tendencias paranoides), tendencias sexuales perversas polimorfas, estructuras pre-psicóticas (paranoide, esquizoide, hipomaníaca), neurosis y adicciones por impulso (drogadicción, alcoholismo, etc) y trastornos de carácter de menor nivel.
- 2) Integración de la identidad: En el borderline aparece el síndrome de difusión de identidad. Esto significa que no hay una identidad integrada o bien una integración pobre. Puede separar el yo del no-yo, pero no puede integrar en su yo aspectos contradictorios (buenos y malos), y tiene una visión múltiple y fragmentada de sí y de los demás. Les cuesta verse a sí mismos y a los otros en forma realista.
- 3) Operaciones defensivas: Al igual que en las psicosis, en los casos límite las defensas son primitivas, especialmente la escisión, consistente en mantener separados estados contradictorios del yo, para controlar la ansiedad relacionada con dicho conflicto. Otras defensas primitivas son: la idealización primitiva, o sea ver los objetos externos como totalmente buenos o totalmente malos; ciertos tipos primitivos de proyección en especial la identificación proyectiva, donde se siente el impulso al mismo tiempo que se lo proyecta sobre el otro, al cual se teme y por tanto debe ser controlado; la negación, que implica negar la carga afectiva de las representaciones contradictorias; y la omnipotencia y devaluación, es decir un yo excesivamente sobreestimado o subestimado, respectivamente. Todas estas operaciones defensivas pueden detectarse por ejemplo en la forma de interactuar con el entrevistador.
- 4) Prueba de realidad: Si lo que distinguía los borderline de los neuróticos era el síndrome de difusión de identidad y las defensas primitivas, lo que distingue ahora los borderline de los psicóticos es que los primeros tienen intacta la prueba de realidad, en el sentido de poder discriminar el origen (intrapsíquico o externo) de estímulos y percepciones, y de evaluar la conducta propia en términos de las normas sociales ordinarias. En el caso límite no hay alucinaciones ni delirios. Durante la entrevista, un indicador de la existencia de una prueba de realidad intacta es que, cuando al paciente se le interpreta una defensa, puede corregirla en forma inmediata (aunque no duradera); en cambio en un psicótico, la interpretación empeorará su estado.
- 5) Manifestaciones no específicas de debilidad yoica: Los aspectos 'específicos' eran las defensas primitivas. Aspectos no específicos son por ejemplo la ausencia de canales de sublimación y de control de impulsos desarrollados.
- 6) Falta de integración del superyo: A diferencia del neurótico, los borderline y los psicóticos tienen un superyo muy primitivo basado en representaciones sádicas e idealizadas. Esto se manifiesta como culpas muy intensas y vaivenes depresivos del humor. Hay, no obstante, algunos casos límite con una relativamente buena integración superyoica.
- 7) Características genético-dinámicas de los conflictos instintivos: En los borderline, estas características son difíciles de discernir en las entrevistas diagnósticas. Hay una condensación patológica de luchas

instintivas genitales y pregenitales, con predominio de la agresión pregenital, y la historia que trae el paciente poco tiene que ver con su historia real, debido precisamente a esas deformaciones o condensaciones.

Hay cinco características genético-dinámicas destacables: 1) Excesivas formaciones agresivas edípicas: el rival es aterrador; 2) Exagerado amor por idealización del otro (heterosexual u homosexual, según se trate del Edipo positivo o del negativo, respectivamente); 3) el carácter irreal del rival amenazante y de la figura idealizada, hace que ambos aspectos se unan en la fantasía en una sola figura, mediante un proceso de condensación; 4) las luchas genitales sirven a importantes funciones pregenitales (el pene como algo que alimenta, la vagina como boca hambrienta, etc). Esto aparece también en otras organizaciones que no son borderline, pero si va unido a un monto grande de agresión, es típico del caso límite; 5) Los borderline muestran una edipización prematura, lo que se ve, en las entrevistas, en la rápida edipización de la transferencia.

Condensado de Kernberg O (1992) Trastornos graves de la personalidad. El Manual Moderno. Capítulo 1.

Generalidades.- Neurosis, psicosis y perversión son categorías psicopatológicas que preceden el nacimiento del psicoanálisis, aunque Freud desplace su sentido y vuelva a pensar su articulación. La aparición de los estados fronterizos [états limites], de la cosa si no de la expresión, es un acontecimiento interno a la historia de la clínica analítica, inseparable de los obstáculos, de los *límites* encontrados por ésta.

La problemática *borderline* lleva la huella indeleble de esas condiciones de nacimiento en la forma de una vacilación, nunca definitivamente resuelta: nueva entidad nosográfica o fronteras de lo analizable, ¿qué designa la expresión "estados fronterizos"? ¿En qué medida una personalidad *borderline* puede estar aislada de las condiciones de la experimentación que la hacen surgir? Uno de los indicios de la dificultad es la magnitud del "espectro de los fenómenos *borderline*", para hablar como Margaret Little. En el desorden de los registros evocaremos: la tonalidad depresiva, las soluciones adictivas y somáticas, el clivaje más que la represión, el acto (incluso asocial) más que el fantasma, la primacía de lo pregenital, el ataque contra el pensamiento más que los pensamientos evitados, el *insight* del funcionamiento más que la revelación del sentido, etc.

Contra el fondo de un debate tan enredado, cualquier esfuerzo de esclarecimiento corre el riesgo de transformarse en una simplificación abusiva. De todos modos, podemos tratar de distinguir dos grandes ejes: uno, vigorosamente representado por Otto Kernberg (y a menudo dominante en la literatura anglófona), se consagra a señalar los rasgos de una "organización fronteriza" que presenta una especificidad psicopatológica relativamente estable entre neurosis y psicosis. El otro (probablemente prevaleciente en la literatura francesa) espera que la cuestión fronteriza vuelva a poner sobre el tapete al mismo tiempo la psicopatología psicoanalítica, los conceptos de la metapsicología y la teoría de la cura; en suma, que desempeñe el papel de analizante del análisis mismo.

Si el desarrollo de la interrogación "fronteriza" es ampliamente posfreudiana, de todos modos sería un error considerar la obra de Freud al margen del debate. El narcisismo se introduce en la teoría en 1910, y con él la concepción del yo se aclara y se enturbia a la vez. Al dejar de ser el representante unívoco de las pulsiones de autoconservación, el yo participa a su vez de la investidura libidinal, hasta convertirse, en el espíritu de Freud. En su "gran reservorio". Muchas fueron las glosas sobre el desequilibrio del edificio metapsicológico provocado por el narcisismo recién llegado. Un desequilibrio que no borrará el restablecimiento del punto de vista dualista con la segunda tópica. Por mi parte, señala André, me inclinaría a concebir los desarrollos de la problemática *borderline* como una réplica (en el sentido sismológico del término) al impacto que la introducción inconclusa del narcisismo tuvo sobre la teoría.

En consecuencia, el narcisismo se introduce en la reflexión de Freud fuera del campo de las psiconeurosis, fuera del campo de lo que para él constituyen los límites de lo analizable. Con el artículo de 1914, habríamos podido esperar que el acceso del narcisismo a la normalidad, a lo psíquicamente genérico, se tradujera en una nueva interrogación del recorte psicopatológico. No sucedería así. Paradoja freudiana la de introducir un nuevo dato esencial (el yo es también una instancia libidinal), e introducirlo a través de la psicopatología, sin que el antiguo recorte (neurosis, psicosis, perversión), que sin embargo no debe nada al narcisismo, resulte modificado por ello.

Tomemos ahora las cosas por el lado de la cura. Los pacientes que forman parte del grupo *borderline*, escribe Stern, en general llegan al análisis después de haber pasado de médico en médico. La inseguridad que sienten, su temor a perder el amor: todo testimonia a través de los límites mal consolidados de su yo el origen traumático de su desarrollo patológico. La posición clave de la madre (*depriving, rejecting*, etc.) y el papel decisivo del ambiente precoz aparecen como constantes del registro *borderline*, al mismo tiempo que una respuesta privilegiada por el acto (especialmente somático) a lo que la psique no puede elaborar simbólicamente. Si el narcisismo ocupa el primer plano de la escena, lo hace menos como amor que como dolor de sí mismo.

El paciente *borderline*, poco respetuoso de las buenas viejas costumbres, pone de relieve toda arbitrariedad de la cantidad de sesiones, su duración y su modalidad de desarrollo, y en especial del hecho de saber a qué equivale decir "ya es la hora". La disposición y el mantenimiento de un encuadre confiable y estable llegan a confundirse con la dinámica del tratamiento mismo. Ejemplo personal: me

sorprendió la importancia que tenía para una paciente el hecho de tomar conciencia de que, al volver en septiembre, no tendría que pedir hora. Sería el mismo día de la semana en el mismo horario... Continuidad de la existencia, como dice Winnicott, más allá de la insoportable *vacancia* del verano.

"La parte más profunda y más libidinal del yo -escribe Fairbairn- es reprimida por su parte más superficial, en la que los procesos de pensamiento son más desarrollados". A la vez que invade la escena, el yo acapara lo inconciente mismo. La afirmación es ejemplar de la modificación metapsicológica introducida por la perspectiva *borderline*: cualquiera sean los ordenamientos que efectúen, una práctica y su correspondiente teoría no pueden seguir diciéndose "psicoanálisis" si no mantienen la referencia a lo inconciente, es decir, a ese conjunto de procesos psíquicos y representaciones que sólo son accesibles mediante el análisis como método; cualquier definición, cualquier conocimiento del "incognoscible" inconciente están amenazados por la petición de principio, pero ésa es otra cuestión.

En el artículo de 1954 ("Los aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro de la situación analítica"), que cumplió un papel histórico importante para la problemática *borderline*, Winnicott aborda frontalmente la cuestión del consuelo, la "tranquilidad" del paciente. ¿Qué es lo que lo tranquiliza y le da confianza? ¡No los gestos catalogados del consuelo -para los cuales Winnicott apela al análisis de la contratransferencia-, sino a la interpretación de la transferencia dada en el momento oportuno! La tranquilidad no pertenece a la técnica psicoanalítica, sólo la interpretación... Las palabras carecen de ambigüedad y tienen el mérito de poner en otra perspectiva que el simple "*nursing*" el punto de vista de Winnicott con respecto a la "regresión a la dependencia" del paciente *borderline*. Lo cierto es que el aporte clínico original de Winnicott concierne menos a la interpretación en sí misma que a una reflexión sobre sus condiciones de posibilidad, reflexión indisociable de una interrogación sobre la extensión del psicoanálisis más allá del registro de las psiconeurosis.

Desplazamiento, desequilibrio, sustituibilidad... la dinámica propia de lo sexual es la condición de posibilidad del cambio psíquico. Y en especial del cambio de objeto.

Este punto es verdaderamente crucial en el debate producido por la clínica *borderline* y su enfrentamiento con una psique que parece desafiar toda movilidad, rechazar cualquier cambio. La problemática de los estados fronterizos y la de la relación de objeto son históricamente tan indisociables que la cuestión del paradigma "técnico" coincide aquí con la del paradigma teórico.

Tanto en clínica como en teoría se desarrolló de manera indisociable algo sobre el tema *borderline*, a partir de dos caminos abiertos por Freud, pero desigualmente explorados por él: el narcisismo y la-madre. "La-madre" es por supuesto una manera de hablar para designar un conjunto psíquico complejo en que se intrincan la sexualidad materna y las primeras relaciones que se tejen entre el lactante, el infante y lo que Winnicott denomina "ambiente". La patología *borderline* derriba las fronteras entre el narcisismo y la-madre y hace que la fragilidad de uno no deje de cuestionar las incertidumbres de la otra. Brota de ella una queja que rechaza, a veces con furor, cualquier análisis, cualquier desplazamiento, cualquier liberación. Que rechaza que su dolor pueda ser interpretable, es decir, sexual. Ahí comienza el desafío para la práctica, la teoría y el método.

Condensado de André J, El único objeto. Incluido en André J y otros (1998) Los estados fronterizos: ¿nuevo paradigma para el psicoanálisis? Buenos Aires: Nueva Visión.

Trastorno límite y trastorno por estrés postraumático.- Se examina si los pacientes con trastorno límite de la personalidad y trastorno por estrés postraumático (TEP) comórbido presentan un perfil clínico más grave que los pacientes que sólo padecen uno de dichos trastornos. Se evaluaron pacientes extrahospitalarios con trastorno límite de la personalidad sin TEP (n = 101), TEP sin trastorno límite de la personalidad (n = 121) y trastorno límite de la personalidad y TEP comórbido (n = 48) y depresión mayor sin TEP o trastorno límite de la personalidad (n = 469) por medio de entrevistas estructuradas para evaluar los trastornos psiquiátricos y el grado de disfunción. Los pacientes extrahospitalarios diagnosticados de trastorno límite de la personalidad y TEP comórbido no difirieron de forma significativa de los pacientes extrahospitalarios con trastorno límite de la personalidad sin TEP, TEP sin trastorno límite de la personalidad o depresión mayor sin TEP o trastorno límite de la personalidad en cuanto a la gravedad de los síntomas TEP, los rasgos «límite» o el grado de disfunción. El diagnóstico adicional de TEP o de trastorno límite de la personalidad apenas contribuye a aumentar la enfermedad o la disfunción de los pacientes que presentan uno de los trastornos en ausencia del otro.

Caron Zlotnick; C. Laurel Franklin; Mark Zimmerman. Se relaciona la comorbilidad del trastorno por estrés postraumático y del trastorno límite de la personalidad con una patología o disfunción más grave? American Journal of Psychiatry. 2002 Nov; 159(11):1940-1943.

Bordeline en adolescentes.- Los autores examinaron la eficacia del diagnóstico del trastorno de la personalidad *borderline* en un grupo de adolescentes hospitalizados. Para la comparación, también fue examinada la eficacia del diagnóstico en un grupo de adultos hospitalizados.

Una muestra de (N=123) adolescentes y de (N=106) adultos fue determinada mediante el Test de Trastornos de la Personalidad, una entrevista diagnóstica semiestructurada para los trastornos de la personalidad de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-III.

65 adolescentes y 50 adultos presentaron los criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad borderline. Las probabilidades condicionales fueron calculadas para determinar qué criterios del trastorno de la personalidad borderline eran los más eficaces como criterios de inclusión y exclusión. Se analizaron a los adolescentes y a los adultos por separado, y se compararon los resultados.

No hubo diferencias significativas entre los grupos con respecto a los índices más bajos del diagnóstico del trastorno de la personalidad borderline. El mejor criterio de inclusión para los adolescentes fue el miedo al abandono, aunque para los adultos todos los síntomas fueron aproximadamente equivalentes en este respecto. El criterio más eficiente de exclusión fue la cólera incontrolada para los adolescentes y la impulsividad para los adultos.

En los pacientes hospitalizados, el trastorno de la personalidad borderline y sus síntomas parecen ser tan frecuentes tanto para los adolescentes como para los adultos. A pesar de estas semejanzas se encontraron varias diferencias a nivel de la eficacia del diagnóstico para los criterios individuales del trastorno. Estas diferencias podrían arrojar una luz en la naturaleza de la psicopatología borderline durante la adolescencia.

Daniel F. Becker; Carlos M. Grilo; William S. Edell; Thomas H. McGlashan. Diagnóstico del trastorno de la personalidad borderline en adolescentes hospitalizados. *American Journal of Psychiatry*. 2002 Dic; 159(12).

Bordeline y trastorno bipolar.- En un reciente estudio publicado en la revista "American Journal of Psychiatry" se quiso probar si el trastorno de la personalidad borderline es una variante del trastorno bipolar mediante el examen de índices de co-ocurrencia en ambos trastornos, los efectos de co-ocurrencia en un curso longitudinal, y si la presencia de cualquiera de los trastornos otorga el riesgo para nuevos comienzos del otro. Se utilizaron medidas de diagnóstico confiables, realizándose un seguimiento de 4 años para evaluar a 196 pacientes con trastorno de la personalidad borderline y 433 pacientes con otros trastornos de la personalidad. Los resultados obtenidos indicaron que los pacientes con trastorno de la personalidad borderline tuvieron una co-ocurrencia significativamente mayor de trastorno bipolar (19.4%) que el tenido por pacientes con otros trastornos de la personalidad. De todas maneras, esta co-ocurrencia no parecía afectar el subsiguiente curso del trastorno de la personalidad borderline. Aunque solamente el 8.2% de los pacientes con trastorno de personalidad borderline desarrollaron nuevos comienzos de trastorno bipolar, este índice fue mayor que en pacientes con otros trastornos de la personalidad. Pacientes con otros trastornos de la personalidad con trastorno bipolar generalmente tuvieron mayores nuevos inicios de trastorno de la personalidad borderline (25%) que los tenidos por pacientes con otros trastornos de la personalidad sin trastorno bipolar (10%). Por lo que se puede concluir que existe una modesta asociación entre el trastorno de la personalidad borderline y el trastorno bipolar.

Según indican los datos de un reciente estudio existe una moderada asociación entre el trastorno de la personalidad borderline y el trastorno bipolar. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*. 2006 JUL; 163(7)

Bordeline y familia.- Este estudio evalúa cambios en los miembros de la familia que participaron en Conexiones de Familia, un programa educacional realizado a lo largo de doce semanas para parientes de personas con trastorno límite de personalidad (TLP). Conexiones Familiares, realizado por miembros de familia entrenados, se basa en las estrategias de la Standard Dialectical Behavior Therapy (SDBT) y DBT para familias.

El programa incluye (a) información actual e investigación en TLP, (b) habilidad de manejo de la situación, (c) habilidad familiar, y (d) oportunidades para construir una red de trabajo de apoyo para miembros de la familia.

Cuarenta y cuatro participantes representaron treinta y cuatro familias completando el pre-, post- y 6 meses después de la línea base el cuestionario. Se realizó un análisis empleando modelos lineales jerárquicos que mostraron significativas reducciones en la pena y carga, y un significativo incremento en el dominio desde la pre- hacia la post- evaluación grupal. Los cambios se mantuvieron después de seis meses.

Hoffman P y otros, Conexiones de Familia: Un programa para parientes de personas con Trastorno Límite de Personalidad. *FAMILY PROCESS*. 2005 JUN; 44(2).

BOVARISMO

Definición.- Concepción de sí mismo desvinculada al extremo de todo referente real; designación proveniente del personaje protagónico de la novela de Flaubert, *Madame Bovary*.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

BRUXISMO

Definición.- "Crujir de dientes".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 399.

Definición.- "Parasomnia consistente en movimientos laterales de la mandíbula que determinan una intensa fricción entre las arcadas dentarias superiores e inferiores. Se denomina vulgarmente rechinar de dientes. Se produce de forma episódica y es de corta duración (pocos segundos), pero puede originar lesiones dentales y dolor facial. Su origen es desconocido y no se asocia a alteraciones psicopatológicas específicas. Para su tratamiento se han propuesto técnicas de relajación".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

BULIMIA

Definición.- La bulimia nerviosa es una alteración consistente en episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso, lo cual lleva a la paciente a adoptar medidas extremas para compensar los efectos de los atracones. Se mencionan dos subtipos: el subtipo no purgante, donde la paciente hace uso de otras conductas compensatorias que no sean purgantes para evitar el aumento de peso producido por el atracón, como por ejemplo ejercicios exagerados o ayuno; el subtipo purgante, en cambio, implica que la paciente intenta mitigar los efectos de los atracones a través de métodos extremos, como provocándose el vómito o tomando laxantes y diuréticos.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 554.

Diagnóstico.- La bulimia, por su parte, se diagnostica (Lofrano, 1993) cuando se dan las siguientes características: 1) episodios reiterados de atracones, es decir, rápida ingesta de grandes cantidades de comida, en tiempo restringido. 2) Una sensación de falta de control durante dichos atracones. 3) Vómitos autoinducidos o empleo de diuréticos o laxantes. 4) Dietas reiteradas, ayunos y ejercicio excesivo, alternadas regularmente con los atracones. 5) Dos atracones, como mínimo, por semana (durante tres meses). 6) Obsesión permanente con el peso y la forma del cuerpo.

Lofrano Amanda (1993) El alimento como arma, Revista Psicologías en Buenos Aires, Septiembre 1993, número 17.

Diagnóstico.- El DSM-IV diagnostica la bulimia nerviosa en los siguientes términos:

A. Episodios recurrentes de voracidad. Un episodio recurrente de voracidad se caracteriza por los dos siguientes elementos:

1) Comer, en un periodo discreto de tiempo (ejemplo: en un periodo de dos horas) una cantidad de comida que es definitivamente mayor de lo que la mayoría de las personas comerían en un periodo similar de tiempo y bajo circunstancias similares.

2) Una sensación de falta de control durante el episodio (ejemplo, una sensación de que uno no puede dejar de comer, o controlar lo que come o cuánto come).

B. Comportamiento recurrente inapropiado para prevenir el aumento de peso, como vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, diuréticos, cremas u otro tipo de medicación, dietas estrictas, o ayunos o ejercicios excesivos.

C. Los episodios de voracidad y el comportamiento inapropiado ocurren ambos en promedio, al menos dos veces a la semana por tres meses.

D. La propia evaluación del sujeto es influenciada por la silueta corporal y el peso.

E. El disturbo no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Tipos:

Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona regularmente se autoprovoca vómitos o abusa de laxantes, diuréticos o enemas.

Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona ha usado otros comportamientos inapropiados, como ayunos o ejercicios excesivos, pero no se empeña regularmente en vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, diuréticos o enemas.

Los episodios bulímicos son seguidos de una depresión de ánimo y sentimientos de autodesprecio.

Las personas que sufren de esta enfermedad y que acuden a un tratamiento son, por lo general, mujeres veinteañeras que han desarrollado tal patología en su adolescencia tardía.

American Psychiatric Association (1995) DSM-IV. Barcelona: Masson.

Bulimia y anorexia.- Ambos cuadros suelen presentar algunas complicaciones (Haller, 1992). Por ejemplo, en la anorexia puede haber hipotermia, hipotensión, bradicardia, infertilidad y osteoporosis. En la bulimia, en cambio, suelen encontrarse trastornos electrolíticos, gastritis, esofagitis, edema, erosión dentaria, parotiditis y gingivitis.

Se trata de enfermedades que van evolucionando paulatinamente, ya que lo que avanza es un cuadro progresivo de desnutrición: la anoréxica no come porque teme engordar, la bulímica come mucho pero al vomitar o usar laxantes, la comida no puede ser asimilada por el organismo, y por lo tanto tampoco se está alimentando. Esta alimentación deficiente termina en un cuadro consuntivo. Por ejemplo, si una persona cualquiera, sea por ser anoréxica o por estar en un desierto donde no tiene alimentos, empieza a no comer, el organismo recurre a sus reservas de hidratos de carbono, como fuente de energía para

mantenerse vivo. Cuando se agotan los hidratos de carbono (azúcares), el organismo recurre a sus reservas de lípidos (grasas), con lo cual empieza el adelgazamiento.

Afortunadamente suele haber muchas reservas de lípidos, pero cuando estas se acaban, el organismo recurre a su última posibilidad: empieza a consumir sus propias proteínas, contenidas fundamentalmente en los músculos (el organismo literalmente, se come a sí mismo), y entra en un estado llamado consunción. En las últimas etapas de una persona anoréxica vemos toda la musculatura 'comida', viéndose prácticamente sólo piel y huesos. Lamentablemente la consunción es un estado irreversible: aún cuando la persona vuelva a comer normalmente, no hay una restitución o regeneración de proteínas como sería deseable. En cambio cuando el proceso se revierte en la etapa de los hidratos de carbono o en los lípidos, se puede volver al estado original.

En general, tanto anoréxicos como bulímicos mantienen sus padecimientos en secreto, y consultan al médico únicamente bajo la presión de terceros. Se trata de trastornos compulsivos crónicos que no ceden de modo espontáneo. Requieren ineludiblemente tratamiento médico, y su conducta autodestructiva puede llevar a la muerte. Son casos difíciles de detectar, y muchas veces cuando las personas van a una consulta por cualquier otro motivo, suelen pasar desapercibidas para los médicos. Pero empiezan a aparecer en cuanto este último comienza a interrogarlas sobre sus hábitos alimenticios. En el caso de la anorexia, por lo menos en las primeras etapas de la enfermedad, no hay síntomas ni malestar, ni fiebres ni dolores. Sólo la desaparición de tres menstruaciones seguidas permite, a menudo, descubrir su existencia. En los prepúberes, los genitales de los varones y los pechos de las niñas anoréxicos no se desarrollan.

En cuanto al sexo, la bulimia y la anorexia es bastante más frecuente entre las mujeres. La anorexia, por ejemplo, es diez veces menos frecuente en los varones. En general, y en cuanto se refiere a las clases sociales, suelen estar afectados los estratos medio y alto. Resulta patético ver morir de hambre a jóvenes en buena posición económica, por lo que es pertinente la pregunta: ¿qué particular fragilidad presentan ellas que terminen adquiriendo patologías tan graves como las indicadas?

Condensado de Haller E, Eating Disorders. A review and update, West J. Medic 1992.

Bulimia y anorexia: tratamientos.- En los últimos años se ha intensificado la búsqueda de tratamientos efectivos para la anorexia y la bulimia. Algunos de ellos estuvieron y están basados en tratamiento farmacológicos, los cuales dieron resultados dispares y nunca fehacientemente comprobados. Por ejemplo, el 'cyproheptadine' en un estudio realizado (Fichner, 1993) mejoró el incremento de peso en las anoréxicas sin bulimia, pero empeoró la situación en anoréxicas con bulimia (estos dos cuadros pueden, como se ve, coexistir).

Hoy en día se acepta que los tratamientos de estas patologías deben reunir dos requisitos básicos: a) El diagnóstico previo debe ser muy preciso. Ya hemos indicado que resulta de por sí muy difícil detectar estas patologías, pero, una vez detectadas, debe completarse el diagnóstico a fin de detectar los conflictos dinámicos que subyacen a estos trastornos, o sea, realizar un diagnóstico psicodinámico. Particularmente importantes son los diagnósticos diferenciales, que permiten distinguir la anorexia y la bulimia de ciertas enfermedades con características similares. Por ejemplo (Rovira, 1990:2), el síntoma de la abstinencia alimenticia puede tener su origen en un trastorno endocrino, y también puede aparecer en el síndrome esquizofrénico, cuando por ejemplo el paciente hace un delirio donde su condición 'divina' le permite prescindir del alimento. b) A partir de allí, el tratamiento operará en dos frentes: uno psicológico, y otro médico. Este último está a cargo de un nutricionista, mientras que el primero utilizará diversos recursos o técnicas, que van, según el enfoque utilizado, desde las terapias individuales o familiares, hasta diversas técnicas hipno-terapéuticas como relajación general, visualizaciones guiadas, reestructuración cognitiva, resignificación del síntoma, prescripción sintomática, regresión y abreacción, etc. También son cada vez más frecuentes los grupos de autoayuda, donde los enfermos tienen la oportunidad de confrontar sus padecimientos y aunar esfuerzos para vencerlos.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Fichner M, Cuaderno de Actualizaciones sobre Bulimia y Anorexia, Buenos Aires, 1993.

Rovira B, Anorexia nerviosa: curioso no comer para vivir, Buenos Aires, Revista Vertex, Volumen I, 1990.

CÁNCER

Cáncer, esquizofrenia y trastorno bipolar.- Resumen: Contexto: Hay pruebas contradictorias acerca de si las personas con esquizofrenia tienen un riesgo de cáncer diferente del de la población general. Objetivo: Determinar el riesgo de 6 cánceres comunes en pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar. Diseño: Estudio poblacional, jerarquizado, caso-control. Escenario: Un total de 454 prácticas contribuyendo a la base de datos de práctica general QRESEARCH. Participantes: Se analizaron a 40.441 casos de incidentes de 6 cánceres (pecho, colon, rectal, gastroesofágico, próstata y pulmonar) y hasta 5 controles por cada caso emparejados por edad, sexo, práctica general y tiempo. Principales medidas de resultado: Los índices de probabilidades (ORs) para el riesgo de cáncer, asociados a la esquizofrenia y al

trastorno bipolar, ajustados por fumar, índice de masa corporal, estatus socioeconómico, comorbilidades y medicamentos prescritos, incluyendo los antipsicóticos.

Resultados: Para el cáncer de mama, se identificaron 10.535/ 50.074 casos/controles; cáncer de colon, 51.08/ 24.458; cáncer rectal, 3.248/ 15.552; cáncer gastroesofágico, 3.854/ 18.477; cáncer de próstata, 10.190/ 48.748; y cáncer pulmonar, 7.506/35.981. Después de realizar los ajustes, los pacientes con esquizofrenia tenían un riesgo creciente del 190% de cáncer de colon, un riesgo creciente marginal de cáncer de mama (OR ajustado, 1.52; ci 95%, 1.10-2.11), y un 47% de riesgo decreciente de cáncer pulmonar (OR ajustado, 0.53, ci 95%, 0.34-0.85). Los pacientes con esquizofrenia bajo antipsicóticos tuvieron un riesgo creciente del 308% de cáncer de colon (OR ajustado O, 4.08; CI 95%, 2.43-6.84). Los pacientes con trastorno bipolar tenían riesgos de cáncer similares a los pacientes sin ninguna condición después del ajuste.

Conclusiones: Los pacientes con esquizofrenia tienen un riesgo significativamente mayor de padecer cáncer de colon y un riesgo menor de padecer cáncer pulmonar en comparación con los pacientes sin esquizofrenia, después del ajuste de factores de confusión. En contraste, los riesgos de cáncer en pacientes con y sin trastorno bipolar son similares, sugiriendo que la confusión residual es poco probable para explicar los resultados. El riesgo creciente del cáncer de colon está marcado particularmente en pacientes con esquizofrenia bajo medicamentos antipsicóticos.

Julia Hippisley-Cox; Yana Vinogradova; Carol Coupland; Chris Parker, Riesgo de cáncer en pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2007 DIC;64(12).

CAPGRAS, SÍNDROME DE

Recibe su nombre de J. Capgras, psiquiatra francés. La ilusión de los "dobles". El paciente cree que esa persona que actualmente es, no es de hecho tal persona, sino un doble.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Etiología.- Introducción y objetivos. Se repasan las características del delirio de Capgras, el más frecuente de los síndromes de falsa identificación delirante. Se describe su fenomenología en trastornos psiquiátricos y orgánicos, su prevalencia y la comorbilidad con otros fenómenos reduplicativos. Se revisan los modelos etiológicos que tratan de explicar el origen del delirio, tanto desde la perspectiva de la psicología cognitiva y de presupuestos psicodinámicos, como de la neuropsiquiatría y las bases neuroanatómicas.

Desarrollo. Según los modelos cognitivos, el delirio de Capgras no puede entenderse únicamente como una disfunción del reconocimiento facial, sino de la persona globalmente considerada. La sensación de familiaridad está ausente por la incapacidad para integrar recuerdos sucesivos sobre una persona a lo largo de experiencias episódicas, generándose dobles delirantes de acuerdo con las necesidades y motivaciones del paciente. Desde el punto de vista neuropsiquiátrico, el delirio de Capgras aparecería por el fallo en conciliar la información sobre el reconocimiento y las emociones, producto de la desconexión entre el lóbulo frontal y las regiones temporales y límbicas (hipocampo) derechas, junto con el daño bilateral del lóbulo frontal. Los delirios se producen con más frecuencia tras lesiones derechas, porque se afectan funciones como la automonitorización, la monitorización de la realidad, la memoria y la sensación de familiaridad, considerando, además, la necesaria preservación del hemisferio izquierdo para su aparición.

Conclusiones. La etiología del delirio de Capgras implica la consideración conjunta de datos clínicos, neuropsiquiátricos y neuropsicológicos integrados con los diversos modelos teóricos.

A. Madoz-Gúrpide; R. Hillers-Rodríguez. Delirio de Capgras: Una revisión de las teorías etiológicas. REVISTA DE NEUROLOGÍA. 2010 ABR;50(7):420-430.

CARACTEROPATÍA

Generalidades.- Básicamente se definen por la exageración de los rasgos de carácter de casi todas las personalidades prototípicas. Centramos lo patológico de estos caracteres a nivel clínico y dinámico en : a) el sufrimiento que imponen a sus familiares y ambiente, b) el sufrimiento indirecto sobre ellos mismos por el monto de frustración al que están sometidos, c) dificultad para soportar cambios, d) el núcleo psicótico (caracteropatías graves) o neurótico (caracteropatías leves) subyacente que amenaza con aflorar (no tienen síntomas hasta que rompen el equilibrio caracteropático), y e) la exageración de los rasgos genitales, fállicos, anales u orales.

Ejemplos de caracteropatías son la histeria de conversión, fobia, depresión y neurosis obsesiva. Las dos primeras son neurosis típicas ó edípicas, y las dos últimas neurosis atípicas o preedípicas. Cuando fracasan las primeras, surgen las segundas, donde prima la represión de la hostilidad: hay una modalidad masculina (bloqueo de la agresión) que aparece como neurosis obsesiva, y otra femenina (manejo melancólico de la agresión) que aparece como depresión neurótica.

Condensado de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión.

Tipología.- Cabe distinguir las caracteropatías histérica, compulsiva, contrafóbica, masoquista, fálico-narcisista, impulsiva y esquizoide.

Caracteropatía histérica: Señala un conflicto edípico, y tiende a dramatizar lo genital no asumido. Exaltados con la oculta intención de llamar la atención y seducir a alguien para evitar ser excluido. Superficialidad y teatralidad.

Caracteropatía obsesiva: Formación reactiva anal. Inexpresivos, ordenados, obstinados, conservadores, muchas veces expresan la cristalización de una duda entre la expulsión y la retención anal.

Caracteropatía contrafóbica: Temerarios, impulsivos, exhibicionistas, exageran los rasgos fálicos para evitar la angustia de castración.

Caracteropatía impulsiva: Impulsivos, no toleran la frustración. Sus acciones impulsivas evitan la oralidad sádica que amenaza con la culpa. Viven bajo el principio de placer y suelen tener adicciones.

Caracteropatía fálico-narcisista: Arrogancia y autosuficiencia. Dominantes, reaccionan así ante experiencias pasivo femeninas en relación con una madre fálica con la que luego se identifican negando así la ausencia del padre (culpa) y el castigo (identificación fálica) concomitante. Agresivos y vengativos.

Caracteropatía masoquista: Gran frustración oral real o fantaseada que lleva a exigir cariños imposibles. Hay placer en el sufrimiento y placer por el fracaso del otro que no lo puede calmar. Así, proyecta la culpa derivada de la rabia ante la frustración.

Caracteropatía esquizoide: Forma de reaccionar ante la amenaza de ser tratados como objetos (madres despersonalizantes). Des-afectivizan la relación objetal, y hay omnipotencia, aislamiento y preocupación excesiva por la vida interior.

Condensado de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión.

Caracteropatías y neurosis de carácter.- En las caracteropatías, los sujetos son vulnerables a las situaciones críticas por lo exagerado de sus rasgos reactivos y la rigidez ante los cambios, mientras que en las neurosis de carácter los sujetos hacen de su vida su neurosis, caracterizándose por la precariedad de la represión y dando expresión más directa en la acción a las pulsiones inmodificadas. El conjunto de las conductas caracteropáticas en un tiempo determinado son como un síntoma (compulsión a la repetición), mientras que los trastornos de carácter son, como conjunto, reacciones de comportamiento que tienen como fin deformar las pulsiones, manteniendo así el equilibrio en un momento determinado, entre el Yo y el medio ambiente que se impone.

Condensado de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión.

Caracteropatías y fronterizos.- El siguiente esquema marca diferencias en cuanto a como aparece en cada una el trastorno en la formación del núcleo del Yo (o identidad "enajenada"). El núcleo del Yo es aquella parte del Yo que constituye el centro integrador desde donde se autoobserva con identidad. Está constituido por identificaciones asimiladas, poco imitativas, lo que señala buenas experiencias de separación en la primera infancia (buenas representaciones de objeto):

Fronterizos	Caracteropatía
Identificaciones negativas y carencia de identificaciones estructurantes, situación compensada por identificaciones con objetos idealizados (enquistados). Identificaciones enquistadas son identificaciones no asimiladas al Yo, fomentadas por las malas experiencias. Se forman por identificación proyectiva intrapsíquica, en "objetos" rechazados para negarlos como partes constitutivas del Yo. El Yo observa estos aspectos del self como rechazados y necesita compensarlos con autorrepresentaciones idealizadas, tampoco asimiladas al Yo (296).	Identificaciones negativas (núcleo psicótico) negadas por identificaciones con objetos impuestos por el ambiente (enquistados).
Experiencias infantiles de abandono compensadas con la estructura yoica narcisista.	Experiencias infantiles de castración controladas con una estructura yoica imitativa o "reactiva".
"Estado esquizoide" (objetos idealizados).	"Seudoidentidades" (objetos enquistados).
Defensa en la adolescencia: la flexibilidad cristalizada (de la actuación a la inhibición).	Mecanismo defensivo en la adolescencia: formación reactiva y sometimiento. "Equilibrio caracteropático".

Condensado de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión.

CATAFASIA

Perturbación del lenguaje oral que consiste en el uso excesivo de palabras aproximadas de las cuales se intenta expresar una idea determinada.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CATALEPSIA

Definición.- Mantenimiento por parte del paciente de una postura impuesta externamente durante largo tiempo, a veces hasta que no se le indique que cese. Es un fenómeno característico de la esquizofrenia catatónica. "Estado de actitud inmóvil en el que el individuo permanece con una posición forzada, incómoda y antigravitatoria".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 606.

Definición.- "Condición en la cual una persona histérica o degenerada mental permanece indefinidamente inmóvil en la posición en la que se le coloca" (Speck, 1966:68).

Speck G (comp) (1966) Diccionario científico ilustrado. New York: Editors Press Service.

CATAPLEXIA

Definición.- "Síntoma de la narcolepsia que consiste en una disminución repentina del tono muscular, que suele ser precipitada por una emoción fuerte".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 399.

CATATIMIA

Definición.- Acción que las tendencias afectivas ejercen sobre la percepción de la realidad. Mediante la catatimia, los datos psíquicos sobre los que opera el pensamiento son arbitrariamente seleccionados y destacados del conjunto ambiental o del campo de la sensibilidad interna, en tal forma que las percepciones sensoriales y las vivencias son deformadas en la dirección que señala la actitud de reacción predominante en el sujeto. El interés positivo o negativo (deseo o temor) dirige la atención conciente hacia determinada zona de la realidad, a la vez que atribuye a las formas percibidas un valor y una jerarquía subjetiva que están de acuerdo con la orientación reaccional del sujeto. El miedo, la cólera o el amor son los más poderosos factores catatímicos. La catatimia encierra un peligro, pues al apartar al sujeto de la realidad objetiva, si bien lo pone de acuerdo consigo mismo, puede ponerlo en conflicto con sus semejantes y aun conducirlo a conductas patológicas (Hinsie and Shatzky).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

CATATONIA

Definición.- "Síndrome que incluye varios síntomas: catalepsia, estupor, mutismo, estereotipias y ecosíntomas".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 606.

Generalidades.- Taylor y Fink han evaluado el lugar que ocupa actualmente la catatonía en los sistemas de clasificación diagnósticos y consideran las ventajas de atribuir a la catatonía una categoría diagnóstica independiente con unos criterios perfectamente definidos. Siguiendo los pasos lógicos para determinar la validez diagnóstica cuando se desconoce la etiología de un síndrome, los autores efectuaron una revisión bibliográfica de las características que otorgan un carácter sindrómico a la catatonía, la prevalencia, la respuesta terapéutica y las enfermedades que la acompañan. La catatonía es un síndrome perfectamente definido que puede determinarse de forma fiable. Aunque se conocen más de 40 signos motores de la catatonía, la presencia de dos rasgos destacados durante un mínimo de 24 horas es suficiente para identificar el síndrome. La catatonía se identifica en alrededor del 10 % de los pacientes hospitalizados por un trastorno psiquiátrico agudo y se observa con mayor frecuencia en personas con trastorno del estado de ánimo que en los pacientes con esquizofrenia. Se constata en muchas enfermedades y adopta, habitualmente, un patrón de excitación-delirio o estupor-negativismo. La catatonía responde a determinados tratamientos, incluyendo los anticonvulsivantes con efecto sedante (barbitúricos y benzodiazepinas) y la TEC. La catatonía puede diferenciarse de otros síndromes comportamentales por un conjunto de rasgos clínicos perfectamente reconocibles. La catatonía es suficientemente frecuente para merecer ser clasificada como un síndrome independiente. Se puede identificar de forma fiable, presenta un curso clínico característico cuando se trata adecuadamente, responde a determinados tratamientos y empeora con otros. Se relaciona con muchos procesos fisiopatológicos y, fundamentalmente, con los trastornos del estado de ánimo. Estos hallazgos, que concuerdan con los métodos ya establecidos de definir los diferentes agrupamientos diagnósticos, avalan la propuesta de una categoría independiente para la catatonía dentro de los sistemas diagnósticos psiquiátricos.

Taylor M y Fink M, Catatonía en la clasificación psiquiátrica: un trastorno con identidad propia. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2003 JUL; 160(7):1233-1241.

Generalidades.- La catatonía, un clásico síndrome psiquiátrico, ha pasado por diversas vicisitudes desde su descripción en el siglo XIX. En la pasada década de los 70, un grupo de autores norteamericanos conceptualiza la catatonía como un síndrome plurietiológico (orgánico, el más frecuente, aproximadamente un 76% del total; afectivo, a continuación; esquizofrénico; y tóxicoinducido), siendo la causa más frecuente la lesión o disfunción del SNC.

Su fisiopatología implica alteraciones D2 y en el balance GABA/ glutamato-NMDA. Su diagnóstico diferencial pasa por una adecuada exploración somática, psicopatológica y pruebas complementarias, incluyendo drogas de abuso y descartando Sdme. Neuroléptico Maligno y Sdme. Serotoninérgico Central. Las complicaciones derivadas de la inmovilidad (tromboembolismo pulmonar, aspiración, úlceras de decúbito) deben prevenirse o tratarse precozmente. El tratamiento incluye tto. etiológico, benzodiacepinas y/o TEC.

Sergio Ruiz-Doblado; Antonio Baena-Baldero; Guadalupe Espárrago. La catatonía emerge de nuevo. PSIQUIATRIA BIOLÓGICA. 2010 MAR;17(1):37-41.

CEFALEA

Definición y clasificación.- Dolor de cabeza en el sector de cráneo, que puede ser difuso o localizado. No confundir con las neuralgias, que se manifiestan en regiones correspondientes a los nervios, como el trigémino.

Las cefaleas pueden ser vasculares o no vasculares. En las cefaleas vasculares el dolor es producido o influenciado por la modificación del calibre y la pared de las arterias de la cabeza. En cambio, las cefaleas no vasculares son sintomáticas y secundarias a otra patología:

Cefaleas vasculares	Cefaleas no vasculares	
a- Jaqueca o migraña b- Cefalea histamínica o de Morrow c- Cefalea por hipertensión arterial d- Arteritis temporal	a- Psicógena b- Postraumática c- Por sinusitis d- Oftálmica	e- Metabólica f- Meníngea g- Tumoral h- Cervical i- Hormonal

Cefaleas vasculares

Jaqueca o migraña.- Es una cefalea paroxística que se instala sobre una base constitucional generalmente heredada, donde el dolor es hemicraneal y pulsátil. Tiene dos periodos: prodrómico y doloroso.

Periodo prodrómico: La jaqueca puede expresarse en forma común, oftálmica o acompañada. En la forma común el pródromo es inespecífico y de tipo vegetativo (mareos, malestar general). En la oftálmica antes del dolor el paciente ve lucecitas, escotomas centelleantes, estrellitas y manchitas con rayos y bordes dentados. En la forma acompañada el pródromo es de tipo motriz y sensitivo: parestias en brazos y piernas, pérdida de fuerza (se le caen las cosas de las manos), etc. También se le puede trabar la lengua, y esto produce disartria o dificultad para articular las palabras. La forma común implica una isquemia cortical transitoria, la segunda una isquemia occipital, y la tercera una frontal. En general, el pródromo dura entre 10 y 30 minutos.

Periodo doloroso: Comienza frecuentemente por la mañana al despertar. Es hemicraneano y puede comenzar en la zona fronto-orbitaria y temporal y luego irradiar hacia la zona occipital. Es de tipo pulsátil, o sea late en forma sincrónica con los latidos cardíacos. Evoluciona por ondas sucesivas. Al paciente le molesta la luz, los ruidos y trata de aislarse. Tiene palidez, e incluso puede sentir constricción en las arterias superiores del cuello cabelludo. Al examen neurológico da más o menos normal. En el EEG pueden aparecer anomalías inespecíficas sin carácter local durante la crisis.

Etiopatogenia de la jaqueca: a) base constitucional: el 70% de los sujetos con cefaleas vasculares tienen antecedentes familiares; b) personalidad: es obsesivo, detallista, ordenado, autoexigente y en el fondo inseguro; c) factor vasculo-humoral: es la histamina, que aumenta la permeabilidad neuromuscular. Esto es especialmente importante en la cefalea histamínica.

Cefalea histamínica o de Morrow.- De aparición nocturna, es más frecuente en el hombre. Presenta un dolor en la zona orbitaria (ojos), que irradia hacia la frente y la región parietal. El dolor quemante obliga al sujeto a levantarse porque en decúbito el dolor es más fuerte, incluso que en la jaqueca o migraña. Se acompaña de fenómenos vasosecretorios: lagrimeo y enrojecimiento del lado afectado. No suele tener aura y su aparición y desaparición es brusca. Su Etiopatogenia es igual a la de la jaqueca, sólo que son importantes los factores humorales (histamina).

Arteritis temporal.- Aparece el dolor en las zonas temporal y occipital, como así también en la articulación témporo-maxilar, sobre todo al masticar. La arteria temporal aparece dura, dolorosa y dilatada. En cuanto a su Etiopatogenia, se trata de una colagenopatía que afecta las arterias de mediano calibre. Afecta a personas mayores de 50 años y generalmente llega a la ceguera del ojo afectado pues la arteria se tromboliza o emboliza. Luego de un pródromo de varios días bastante inespecífico (cuadros febriles, dolores difusos), aparece en forma súbita. El dolor puede también tener una localización difusa. Palpando la arteria temporal se la siente engrosada (la arteria temporal superficial). Es un dolor pulsátil y puede llegar a ser bilateral. En la biopsia, todas las capas de la arteria se ven afectadas. Mejora con corticoides.

Cefaleas no vasculares

Psicógena.- No es hemicraneal, sino toma toda la cabeza. Generalmente hay un predominio occipital, desde donde se irradia al cuello, hombros y parte posterior de la columna cervical. Son cefaleas tensionales. Generalmente ligadas a factores emocionales, tienen intensidad y duración variables. Aparecen a cualquier hora y cede con relajantes musculares ansiolíticos. Son el 80% de las cefaleas.

Postraumática.- Debidas a un traumatismo craneano, y puede durar desde diez días hasta un mes.

Por sinusitis.- O sea por inflamación de los senos etmoidales y esfenoidales, que al acumular mucus se torna una sinusitis crónica.

Oftálmica.- Por ejemplo por glaucoma o aumento de la presión intraocular.

Metabólica.- Por intoxicaciones, problemas hepáticos, etc.

Meníngea o por síndrome meníngeo.- El examen neurológico da positivo. Hay un cuadro febril con rigidez en la nuca.

Tumoral.- Tumores cerebrales producen dolores difusos y permanentes.

Cervical.- Insuficiencia vascular cerebral por trastornos cráneo-cervicales. Comienza con una cefalea occipital (dolor de nuca), que luego irradia hacia las zonas parietal y frontal. Se acompaña de vértigos y zumbido en los oídos. Puede desencadenarse por la rotación de la cabeza o por problemas emocionales.

Hormonal.- Producida por una hormona.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Etiopatogenia.- La arteria carótida tiene dos ramas principales, la interna y la externa, que irrigan respectivamente los territorios profundos y superficiales del cerebro. La vasoconstricción en el territorio profundo puede afectar la corteza cerebral y dar como síntomas pródromos o auras. La vasodilatación del territorio superficial es la responsable del dolor. Hay también un factor humoral que es la liberación de determinados mediadores químicos, como la histamina y la serotonina.

Hay dos teorías que explican la etiopatogenia de las cefaleas en general: la humoral, bioquímica o clásica, y la neuro-humoral.

Teoría bioquímica.- Todo comenzaría con una descarga descendente de la corteza cerebral, que produce dos tipos de efectos: a) actúa sobre la glándula suprarrenal y ésta, estimulada, provocaría la vasoconstricción responsable del pródromo o primera etapa. Por la vasoconstricción llega menos sangre y por tanto menos oxígeno (isquemia con hipoxia), causantes del aura. Esta puede ir desde una simple alteración de la visión, hasta una hemiparesia; b) actúa sobre las plaquetas sanguíneas y estas liberan una gran cantidad de serotonina. El exceso de serotonina activa una enzima, la MAO, que destruye la serotonina provocando su disminución en sangre, que es lo que causa la vasodilatación y por tanto el dolor. Por otro lado la vasodilatación aumenta la permeabilidad de las paredes arteriales permitiendo el ingreso de plasmakininas, sustancias que al bajar el umbral de dolor acentúa a éste. El umbral de dolor que baja es el de los receptores ubicados en las paredes de las arterias de gran calibre (carótidas, por ejemplo).

Teoría neuro-humoral.- El proceso se da en dos etapas: nerviosa y neuro-humoral.

Etapas nerviosa: Un estímulo desencadenante produce una descarga descendente desde la corteza (o el tálamo) hacia el hipotálamo. Desde aquí se descarga sobre la sustancia gris periacueductal, y desde aquí sigue descendiendo hacia el locus ceruleus (a nivel de la protuberancia). Desde este locus parte una descarga esta vez ascendente hacia la corteza, lo que produce isquemia e hipoxia, o sea el aura. La velocidad de esta descarga vasoconstrictora es de 3 centímetros por segundo.

Etapas neuro-humoral: El locus ceruleus se descarga además en otros dos lugares. Primero produce una descarga noradrenérgica sobre las carótidas. Segundo, una descarga simpática sobre las glándulas suprarrenales, desde donde se retoma la teoría bioquímica anterior: las suprarrenales liberan gran cantidad de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), que producirán la liberación de gran cantidad de serotonina plasmática. Esta estimula la liberación de MAO, la cual destruye mucha serotonina produciéndose la vasodilatación responsable del dolor. Además de todo esto se estimula también la liberación de un polipéptido neurotransmisor del dolor, lo que hace que éste se acentúe.

Recordar que los dos sistemas supresores del dolor son la serotonina, que procede de la sustancia gris periacueductal termina en los núcleos sensitivos de los pares craneales, y la noradrenalina, que partiendo del locus ceruleus termina en los núcleos sensitivos del quinto par.

CICLOTIMIA

Definición.- "En 1882, el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum, utilizando el término "ciclotimia", describió la manía y la depresión como estados de la misma enfermedad" (pág. 531).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Definición.- "Enfermedad crónica del estado de ánimo que no alcanza la gravedad de una depresión mayor o una manía, y no se acompaña de síntomas psicóticos. El estado de ánimo es alternante entre períodos depresivos e hipomaniacos, pudiendo el paciente experimentar un ánimo normal en los intervalos. Los rasgos característicos de los ciclotímicos comprenden los siguientes aspectos: a) marcada irregularidad en la cantidad y calidad de la productividad laboral; b) períodos de contacto social desinhibido, alternando con aislamiento extremo; c) intermitentes extravagancias financieras; d) deficiente autoestima, alternando con actitudes de prepotencia ingenua; y f) frecuente abuso de alcohol y drogas. Aunque todavía no se ha determinado del todo si se trata o no de una forma ligera de enfermedad bipolar (trastorno bipolar IV) varios datos avalan esta interpretación: frecuencia de la personalidad previa ciclotímica en sujetos con trastornos maniaco-depresivos, mayor incidencia en sujetos con antecedentes familiares de trastorno afectivo mayor y, generalmente, buena respuesta al litio".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Ubicación nosográfica.- Origen: Históricamente, el concepto de ciclotimia se ha utilizado en términos generales para referirse tanto al temperamento (Kretschmer) o el rango entero de los trastornos bipolares. Dentro de este espectro, no es cierto que caracteriza las formas "duras" (o maniaco-depresivas) (como Karl Schneider argumentan) o sus expresiones "blandas" (bipolar II y depresiones altamente recurrentes); la última perspectiva está en línea con la opinión de Falret de que las expresiones melancólicas de su folie circulaire ("demencia circular") fueron altamente frecuentes en la comunidad.

Métodos: Ochocientos cuarenta y tres pacientes externos fueron entrevistados con el Programa para Trastornos Afectivos y esquizofrenia "sin" reglas de exclusión.

Resultados: Se compararon 630 pacientes externos entrevistados psiquiátricamente (que no padecían ciclotimia) y 163 ciclotímicos. Los segundos correlacionaron significativamente como más proclives a tener la mayoría de los trastornos enumerados en el SADS en análisis uni-variable. Al eliminar las variables discriminantes las puntuaciones significativas estaban asociadas a la personalidad voluble, el trastorno bipolar II, la depresión intermitente, la depresión secundaria, el trastorno hipomaniaco y la manía esquizoafectiva.

Limitación: El constructo de la ciclotimia es bastante extenso.

Conclusiones: A pesar de tal amplitud operacional, la ciclotimia fue no obstante en gran parte limitada en el trastorno bipolar donde predominan los estados de ánimo volubles y las repeticiones depresivas. En este sentido, es natural ubicarla en el borde de la psicosis maniaco-depresiva. Aunque Karl Schneider fue el primero en describir al "psicópata voluble" [personalidad], él creía que no estaba relacionado a su limitado concepto de ciclotimia, el cual utilizó como sinónimo con psicosis maniaco-depresiva. Nuestros datos no respaldan su posición. En cambio, sí apoyan ambas opiniones de Kretschmer y Falret.

Van Valkenburg C y otros, La ciclotimia y la personalidad lábil: ¿es todo una demencia circular? J AFFECT DISORD. 2006 DIC; 96(3).

CLEPTOMANÍA

Definición.- "Cleptomanía (del griego κλέπτω, 'robar' y μανία, 'locura') es un desorden de la personalidad que lleva a robar compulsivamente. Una persona con este desorden se siente obligada a robar cosas, generalmente pequeñas o de poco valor, como lapiceros, adornos o decoraciones de pared. A menudo no es consciente de realizar el hurto hasta que ha pasado aproximadamente una hora.

Cuando esta obsesión provoca excitación sexual, se utiliza el término cleptofilia. El cleptómano, a diferencia del ladrón, roba por necesidad de satisfacer un desorden mental, mientras que el último roba, por diversión, o necesidad de satisfacer un bienestar material, económico o social llegando incluso al profesionalismo. Un ladrón puede pasar horas, días e incluso años planeando un gran golpe, mientras el cleptómano obedece generalmente a un impulso relativo dependiendo del lugar y tiempo en que se encuentre.

En la actualidad es muy común confundir un cleptómano con un ladrón, ya que ambos roban. Ya sea de manera profesional o amateur. Sin embargo los ladrones, por el tiempo invertido en planificar un robo, tiene más probabilidades de escape e impunidad. Mientras los enfermos de cleptomanía son atrapados en los almacenes y tiendas de prestigio tratándoles como delincuentes y privándoles de la libertad".

Generalidades.- El DSM-IV ubica a la cleptomanía como un trastorno del control de los impulsos, siendo su característica esencial la dificultad recurrente para controlar los impulsos de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor económico. El individuo 1) experimenta una sensación de tensión creciente antes del robo, seguida de bienestar, gratificación o liberación cuando lo lleva a cabo, 2) el robo no se comete para expresar cólera o venganza, 3) no aparece como consecuencia de una idea delirante o alucinación, y 4) no se explica mejor por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maníaco y un trastorno antisocial de la personalidad (1995:628).

Desde el punto de vista psicoanalítico, autores como Fenichel (1966:417) ubican la cleptomanía dentro del grupo de las neurosis impulsivas. Señala que la cleptomanía "en principio, significa apropiarse de cosas que otorgan la fuerza o el poder necesarios para combatir supuestos peligros, y en especial supuestos peligros de pérdida de autoestima o de afecto. Su fórmula inconciente es la siguiente: *si ustedes no me lo dan, lo tomaré yo mismo*".

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995). Barcelona: Masson

Fenichel O (1966) *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.

En niños.- Se han consignado casos de cleptomanía en niños.

Chadwick M (1925), A Case Cleptomania in a Girl of Ten Years. International Journal of Psychoanalysis, VI.

Generalidades.- Hay ciertos hurtos que no configuran cleptomanía. Un niño podría hurtar objetos por ira o venganza, como hurtar un juguete a su hermanito, o bien porque es obligado a hacerlo por un adulto bajo algún tipo de amenaza, pero ninguno de ambos casos configura cleptomanía, porque en el primer caso hay una motivación conciente (en la cleptomanía el sujeto no puede dar una razón de su acto) y en el segundo caso porque la acción obedece a una presión exterior (en la cleptomanía domina un impulso de origen interno).

Cazau P (2002), Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

COMORBILIDAD

Definición.- Grado de asociación entre dos patologías diferentes en un mismo sujeto.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Generalidades.- "La comorbilidad puede ser entendida de tres formas posibles:

1. *Comorbilidad en sentido estricto*: aparecería cuando a un síndrome perfectamente delimitado se añade otro sin relación etiopatogénica conocida con el anterior. Este concepto de comorbilidad supone una mera coincidencia, no tiene interés para la investigación de la naturaleza de ninguno de los dos cuadros comórbidos y sí, por el contrario, tiene una gran importancia a la hora de establecer una estrategia de tratamiento y determinar el pronóstico. Puede afirmarse que, en estos casos, el paciente y el profesional se enfrentan a dos trastornos diferentes cuyos efectos nocivos pueden potenciarse.

2. *Comorbilidad como complicación*: se produce cuando un cuadro clínico aparece sobre otro distinto como consecuencia de éste, aunque no presenten una etiopatogenia común. El segundo cuadro es mas bien una complicación del primero y no habría aparecido sin él. Aunque no presenten una etiopatogenia común en sentido estricto, su curso generalmente corre parejo y el tratamiento del segundo cuadro no es totalmente efectivo si el cuadro originario no es resuelto o paliado. En estos casos siempre hay un cuadro primario y otro secundario.

3. *Comorbilidad aparente*: es más un artefacto que una verdadera comorbilidad y se produce por deficiencia en la validez y especificidad del diagnóstico. Aparece cuando un proceso etiopatogénicamente común (y por lo tanto una única enfermedad) es susceptible de dos o más diagnósticos".

Cervera Enguix S Bennisar M y Bobes García J, (1998) Fobia social. Barcelona: Masson, págs. 66-67.

COMPULSIÓN

Definición.- "Alteración de la voluntad de acción caracterizada por un impulso irrefrenable de efectuar conductas reiterativas en respuesta a una obsesión o a determinadas reglas. La conducta no persigue un fin en sí misma, sino que está destinada a producir o prevenir un determinado estado de cosas. En el primer momento, la sensación subjetiva de compulsión se asocia al deseo de resistirse a actuar o a comportarse de una forma que el sujeto reconoce como irracional y sin propósito. La realización del acto no es placentera, pero permite un cierto alivio de la ansiedad. El ejemplo más claro de compulsión son los rituales obsesivos, a menudo de carácter complejo. Este tipo de rituales se observa también en sujetos normales que siguen un patrón rígido de conducta, en la esquizofrenia y en el autismo".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

CONDUCTA ANTISOCIAL

Conducta antisocial en el niño.- Asocialidad, delincuencia y criminalidad como categorías diagnósticas en la niñez son categorías diagnósticas tienen implicaciones jurídicas, por cuanto hay que ver hasta qué edad el niño puede ser considerado inimputable por sus actos delictivos. Pero también hay implicaciones psicoanalíticas y educacionales: hasta qué punto podemos considerar delincuente o criminal a un niño? La adaptación social depende, para el psicoanálisis, del progreso en el desarrollo. El niño en desarrollo tendrá entonces manifestaciones de no adaptación social.

El recién nacido es una "ley en sí mismo" pues se rige sólo por sus propias necesidades sin tener en cuenta el entorno. Posteriormente, la madre aparecerá como el primer legislador externo, por ejemplo imponiendo al niño ciertos horarios y cantidad de satisfacciones.

Luego, el control externo se extiende a los impulsos del niño, se le restringen sus instintos desde fuera para socializarlo, con lo cual aparece desobediencia, berrinches, etc.

Finalmente se produce la internalización del control externo de los impulsos, o sea se accede a la madurez, donde la persona misma juzga sus propias acciones, sin depender del juicio ajeno.

El principio del placer domina durante la infancia, pero el principio de realidad gobierna todas las finalidades normales del yo durante las últimas etapas de la niñez y la edad adulta.

El principio del placer no tiene en cuenta la regla moral: busca satisfacerse sí o sí, y entonces está más vinculado con lo antisocial y la conducta irresponsable. El principio de realidad tiene en cuenta la regla moral y se relaciona con la adaptación social.

Si la socialización del individuo depende mucho del progreso desde el principio del placer al de realidad, esto último depende a su vez del progresivo desarrollo del yo y sus funciones, como la percepción, que permite probar la realidad, el lenguaje (y con él la razón y la lógica), y la motricidad para controlar sus acciones.

Hay ciertos mecanismos del yo que favorecen la socialización, como la imitación (el niño se coloca en el rol de los padres para controlar mágicamente sus satisfacciones), la identificación (apropiarse de aspectos deseables del otro en forma permanente, como por ejemplo, identificarse con los padres ideales) y la introyección (de la autoridad externa para formar el Superyó).

Las tendencias sexuales y agresivas del ello son obstáculos para la socialización del niño, como por ejemplo la voracidad exagerada, los celos, los impulsos de matar al rival, etc, que son normales en el niño pero que luego en la adultez deberán ser canalizados hacia la sublimación para permitir la adaptación social.

Las fallas en el proceso de socialización pueden deberse a factores cualitativos (por ejemplo falla en el desarrollo de los aspectos más refinados y superiores del yo), o cuantitativos (por ejemplo un yo debilitado que da rienda suelta al ello, o un ello muy fuerte contra el cual el yo no puede, etc).

En el proceso normal de socialización, el niño comienza incorporando los estándares o normas de la familia, cosa que hace por imitación, identificación e introyección (antes, durante y después del Edipo), pero luego también deberá incorporar los estándares de la sociedad en su conjunto, desde que empieza la primaria en adelante. Ya desde la pubertad estas normas empiezan a ser impersonales y no derivadas de alguien a quien se ama e idealiza (padre o madre).

Condensado de Freud Anna (1975) Normalidad y patología en la niñez. Capítulo 5.

Tendencia antisocial.- La tendencia antisocial no es necesariamente delincuencia, pues la primera aparece en el niño normal o casi normal. Winnicott menciona dos ejemplos: primero, el de un niño que no debió ser sometido a un psicoanálisis sino que debió haber sido colocado en un ambiente adecuado. Segundo, otro caso donde muestra con qué facilidad podemos tratar a veces una tendencia antisocial, si la terapia es complementaria de una asistencia ambiental adecuada.

La tendencia antisocial no es un cuadro aparte al lado de la neurosis o la psicosis, puesto que se la puede encontrar en ambas patologías. En el origen de la tendencia antisocial encontramos un problema o una expresión de esperanza. La falta de esperanza del niño antisocial es la característica básica del niño privado. Winnicott dice que quien se comporta antisocialmente, en realidad está esperando (esperanza) de encontrar un ambiente que se ocupe de él. Son importantes sus tendencias destructivas y agresivas. El niño provoca reacciones ambientales valiéndose de su destructividad, como si buscar un marco de constante expansión, que originalmente fueron los brazos de su madre. El niño que roba un objeto no busca el objeto sino a la madre, sobre la que tiene ciertos derechos. La madre fue de alguna forma creada por él, y la madre se convirtió en su objeto.

Condensado de Winnicott D (1994) Realidad y juego. Barcelona: Gedisa.

CONFUSIÓN MENTAL

Definición.- Estado mental morbozo que se manifiesta por una sucesión ilógica y desordenada de palabras, sin sentido conceptual en las representaciones, influidas por una exagerada emotividad y revelando desorientación psíquica. Hay tendencia a ordenar las palabras por asonancia, y según un ritmo. Según sus génesis y síntomas concomitantes, la confusión mental puede ser: maníaca, estuporosa o alucinatoria (o amencia). (Hinsie and Shatzky).

CONVERSIÓN

Definición.- “Denominamos «conversión» a la transformación de la excitación psíquica en síntomas somáticos permanentes, característica de la histeria. El caso de Emmy de N. muestra un escaso montante de conversión; la primitiva excitación psíquica permanece circunscrita en él, casi por completo, al sector psíquico, haciéndole así presentar una gran analogía con los de neurosis no histéricas. Existen casos de histeria en los que la conversión afecta a todo el incremento de excitación, de manera que los síntomas somáticos de la histeria emergen en una conciencia aparentemente normal. Sin embargo, es más corriente la conversión incompleta, de suerte que por lo menos una parte del afecto concomitante al trauma perdura en la conciencia como componente del estado de ánimo”.

Freud S (1895), Historiales clínicos: La señora Emmy de N.

COPROLALIA

Definición.- “Utilización compulsiva y sistemática de palabras obscenas. Es un síntoma frecuente en el trastorno de Gilles de la Tourette”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

COSTO DE ENFERMEDAD

Definición.- “Se denomina “costo” de una enfermedad al impacto económico que ésta genera en las personas que la padecen, sus familias y la sociedad. Puede motivar resistencias el pensar el sistema ligados a la salud en términos económicos; sin embargo este modo de analizar el impacto de una enfermedad permite reflejar explícitamente cuál es la carga que una persona enferma y su familia deben afrontar por el hecho de padecer determinado problema de salud. Al calcular los costos de una enfermedad se los suele dividir en Costos Directos e Indirectos. Los Costos Directos son aquellos que están determinados por los recursos que se destinan a la atención de la propia enfermedad (consumo de medicamentos, días de internación, consultas profesionales, etc). En los Costos Indirectos se suman aquellos que están determinados por el lucro cesante, la falta de productividad de la persona enferma, los días de ausentismo laboral de los familiares, la muerte prematura, el costo de viáticos y personal auxiliar, entre otros gastos” (Strejilevich S, 2001).

Strejilevich S, El costo del trastorno bipolar: la situación en nuestro medio. Buenos Aires. Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, 2001, Vol. XII: 27:32.

DAÑO PSÍQUICO

El daño psíquico en los fueros civil y laboral.- Últimamente se tiende a distinguir el daño psíquico del daño moral y del sufrimiento por incapacidad física. Tradicionalmente, no se admitían patologías psíquicas a menos que hubiera una organicidad evidente o una psicosis claramente diagnosticable.

En nuestro país –Argentina– la inclusión de peritos en psiquiatría que no fueran médicos legistas contribuyó a cambiar este enfoque tradicional, lo mismo que la inclusión del “daño psíquico post-trauma” (ocasionado por accidente de cualquier índole) como entidad nosológica, a nivel mundial.

Sobre este fondo en esta cátedra se inició una investigación destinada a obtener un mejor conocimiento del daño psíquico en los fueros civil y laboral, y de como se utilizaba esta idea en los tribunales en nuestro país.

En los últimos años se dio nuevo impulso a la categoría “daño psíquico”, incluso distinguiéndola de la sinistrosis (daño simulado).

El concepto de daño psíquico significa cosas diferentes en el lenguaje universitario corriente y en la especialidad médico-legal y psicológico-forense.

Para el diccionario, daño remite a perjuicio, menoscabo, pero también a maltratar o echar a perder, esto último relacionable con el uso forense de detrimento o destrucción de bienes, o sea de algo a lo que la persona tenía derecho, a diferencia del lucro cesante.

Consideramos daño a todo menoscabo que, debido a algún acontecimiento, sufre una persona en sus bienes vitales naturales, propiedad o patrimonio. Un bien vital natural es el psiquismo, y por tanto si este es afectado hablamos de daño psíquico (si no se afecta el patrimonio, es daño no patrimonial directo). Este daño puede ocasionar algún daño en el patrimonio, y entonces hablamos de daño patrimonial indirecto.

Hablaremos de daño psíquico cuando haya disfunción o disturbio en las esferas afectiva, intelectual y/o volitiva que limite a la persona en su capacidad de goce individual, familiar, laboral, social y/o recreativa. Distinguimos daño psíquico de sufrimiento: el daño psíquico es lesión a las facultades mentales, incluyendo lo afectivo, mientras que sufrimiento es de orden psico-físico y no implica conformación patológica alguna. Por ejemplo el duelo normal es sufrimiento, pero el duelo patológico es daño psíquico.

El daño psíquico implica entonces patología: creación de patología si había antes, incremento de alguna preexistente, o actividad de una personalidad predispuesta a lo patológico.

Dentro del daño psíquico se detectó que el 63% eran neurosis reactivas, el 32% eran duelo patológico, el 14% síndromes psíquico post-traumático, el 14% síndromes psicopatológicos post-traumatismo craneano, y el 4% psicosis post-traumáticas.

Es frecuente encontrar malas peritaciones. Debe hacerse un peritaje que surja de un "discurso integral" que incluya historia clínica, familiar, socioambiental. La tarea se obstaculiza también cuando a los peritos se les niega con alguna excusa el acceso al expediente, y cuando deben ir un montón de veces para el trámite de ser aceptados como peritos (en el caso Capital Federal, Argentina).

El daño psíquico implica cuatro cosas: Un dañador, un dañado, un nexo causal entre ambos, y una demanda judicial por daño psíquico. Como forenses, debemos buscar solo un dañado, un dañador, un nexo entre ambos y un daño que puede encuadrarse en cualquier de estos casos:

1) Estrés agudo: reacción ante una situación traumática que remite a los pocos meses. Causas posibles: un accidente, choque, etc, por haberlo vivido o por haberlo presenciado.

2) Estrés post-traumático: Idem anterior pero más duradero. Por ejemplo, la guerra que deja secuelas permanentes.

3) Proceso traumático: como por ejemplo estar trabajando en una fábrica en condiciones estresantes.

4) Trastornos adaptativos: Hay dos típicos: el duelo del que uno no se recupera, y las fobias específicas (por ejemplo fobias a frenadas de auto, rememoración del hecho traumático). Estas fobias se ven en el estrés agudo.

5) Trastornos mentales por conmociones cráneo-encefálicas: con síntomas similares al episodio psicótico breve, pero no iguales.

Existen diversas técnicas para detectar daño psíquico (o grado de victimización, como se dice en otros países):

1) Entrevista grabada donde el sujeto cuenta desde el accidente en adelante. Lo escucharán tres psicólogos, y harán tres informes que luego se confrontarán.

2) Tests objetivos para medir atención y memoria, pues son funciones que se alteran en situaciones estresantes (pero debe hacerse diagnóstico diferencial con demencias tempranas, donde también están alteradas esas funciones). Al ser pruebas objetivas, tienen menos posibilidades de ser impugnadas que la entrevista libre, más sujeta a interpretaciones subjetivas. Ejemplo: el test de la figura compleja de Rey, donde luego de mirarla, el sujeto la copia de memoria y luego de 5-10 minutos, vuelve a dibujarla de memoria.

Condensado de Castex Mariano, El daño psíquico en los fueros civil y laboral (Publicación interna de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996).

Daño y daño psíquico.- "Habrà daño siempre que se causare a otro algún perjuicio susceptible de apreciación pecuniaria, o directamente en las cosas de su dominio o patrimonio, o indirectamente por el mal hecho a su persona o a sus derechos o facultades" (artículo 1068 Código Civil Argentino). El daño puede consistir en la pérdida efectiva de bienes (daño emergente) o en una ganancia frustrada (lucro cesante). La responsabilidad civil frente al daño tiene un aspecto subjetivo (sancionar al culpable) y un aspecto objetivo (reparar el daño a la víctima) (Travacio, 1996:214).

El daño psíquico es un trastorno psicopatológico producido o desencadenado por un suceso traumático, que da lugar al reclamo de un resarcimiento de quien lo padece al que resulte civilmente responsable del mismo. Para que haya daño psíquico debe haber: 1) trastorno psicopatológico (a diferencia del daño moral), 2) un tercero responsable, y 3) un nexo causal entre el hecho generador y el daño producido.

Travacio M (1996) Manual de psicología forense. Buenos Aires: Oficina de publicaciones del CBC, Universidad de Buenos Aires.

DEBILIDAD MENTAL

Definición.- Es la forma más leve de la *oligofrenia*, correspondiente a niveles intelectuales definitivos que oscilan entre los siete y diez años (C.I. entre 70 y 90). En la debilidad mental se unen con facilidad las alteraciones oligofrénicas con otras de carácter psicopático, engendrando las diversas formas de desadaptación escolar. Los débiles mentales suelen presentar rasgos psicopáticos, psicóticos o antisociales, cuya aparición puede ser evitada por medio de una educación terapéutica precoz.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DEFICIENCIA MENTAL

Definición.- 1. Según el *British Mental Deficiency Act* (1913) se diferencian cuatro grupos: a) *Idiotas*. Personas profundamente defectuosas desde el nacimiento o desde una temprana edad, que son incapaces de guardarse de los peligros físicos comunes; b) *Imbéciles*. Persona en cuyo caso existe desde el nacimiento o desde una temprana edad, deficiencia mental que no llega a la idiotez. Son incapaces de dirigirse o dirigir sus asuntos, o, en el caso de niños, ser enseñados para eso. c) *Débiles mentales*.

Personas en cuyo caso existe desde el nacimiento o desde temprana edad deficiencias que no llegan a la imbecilidad, Necesitan cuidado, supervisión y control para su propia protección o la protección de los demás, o en el caso de niños, por razón de estas deficiencias, son incapaces de recibir beneficios de la instrucción en escuelas ordinarias. d) *Imbéciles morales*. Personas que desde temprana edad un defecto mental permanente aparejado a vicios fuertes o propensiones criminales y en cuyo caso el castigo tiene poco o ningún efecto.. 2. Los conceptos americanos, según las definiciones de la American Association of the Study of the Feeble-minded son: a) *Oligofrenia (Feeble-minded)* es usado genéricamente para incluir en un grupo todos los grados de defecto mental debidos a una detención o imperfección del desarrollo mental, de resultados de los cuales la persona así afectada es incapaz de competir en condiciones de igualdad con sus compañeros normales o de gobernarse a sí misma y a sus intereses con la prudencia debida. b) *Idiotas* son aquellos tan profundamente deficientes que su desarrollo mental nunca excede al de un niño normal de unos dos años. c) *Imbéciles* son aquellos cuyo desarrollo mental es mayor que el de los idiotas, pero que nunca excede de un niño normal de siete años. d) *Débiles mentales (Morons)* son aquellos cuyo desarrollo es más elevado que el de un imbecil, pero nunca exceden a un niño normal de doce años. 3. Basado en el C.I. la división de los deficientes mentales es: El Idiota tiene un C.I. de 0 a 20; el imbecil, de 20 a 40, y los débiles mentales (morons), de 40 a 70. Los C.I. se basan en la revisión de Stanford de Terman. 4. Pintner (The feeble-minded or oligofrenic child) resume los conceptos actuales así: "El conocimiento de la deficiencia mental se remonta a los tiempos más antiguos, sin embargo sólo en los últimos cien años ha sido estudiada científicamente y ha recibido una atención sistemática. La definición de la demencia mental se apoya al mismo tiempo sobre aspectos psicológicos de la misma. En ella se hace resaltar la falta de desarrollo mental y la incapacidad para adaptarse convenientemente a la sociedad. Cada vez nuestras ideas sobre la oligofrenia aparecen más influenciadas por la medición de la inteligencia, Las opiniones moderadas colocan como límite superior de la deficiencia mental a nivel de la EM. (edad media) de 8-6 años y del C.I. de 60, considerando los 14 años como edad límite en individuos de edad superior a la misma. Otros, sin embargo, consideran como oligofrénicos a aquellos cuya EM. es inferior a 9-11 años. En cuanto a la frecuencia de la deficiencia mental, los moderados calculan que 1%, otros 2-3% de la población se halla afectado de la misma. Según pruebas demostrativas hay más deficientes entre los varones que entre las mujeres. Los oligofrénicos se clasifican en idiotas, imbeciles y débiles mentales respectivamente, según el grado de defecto mental presentado. Un grupo reducido con características especiales se llama: tipo clínico. La característica principal de los deficientes mentales es el retardo de su desarrollo mental. Tienen el mismo ritmo de aprensión que los normales, pero a medida que crecen, en el C.I. se muestra una tendencia a disminuirse. Cualitativamente no son diferentes de los normales. El mismo crecimiento retardado aparece también en las características físicas y motoras, si bien en menor extensión que para las características mentales. Tienen más defectos físicos, poseen más predisposiciones a enfermarse y mueren en edades más tempranas, en general. La causa principal de deficiencia mental es la herencia. Solo una pequeña parte de casos ha de ser atribuida a enfermedad o accidente. En la actualidad no es posible curarla. El cuidado, el control de la deficiencia mental consiste en la educación, la segregación y la esterilización. Sin.: *amencia, oligofrenia, defecto animi, deliquium animi* (Tredgold, A. *Testbook of Mental Deficiency y Handbook of the Departament of Mental Higiene*, New York State, 1939).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- "Esta expresión se usa comúnmente como sinónimo de debilidad mental, infranormalidad mental y amencia, aunque la última denominación debería aplicarse sólo a las formas inferiores de deficiencia mental, reservándose 'debilidad mental' para las formas más elevadas. La clasificación de los deficientes mentales (que constituyen alrededor del 1% de la población), se basa principalmente en los resultados de los tests de inteligencia. Dicha clasificación incluye a los retardados (CI 50-70), imbeciles (CI 20-50) e idiotas (CI inferior a 20). En la mayoría de los casos (90%, según ciertos investigadores) es probable encontrar taras hereditarias. Sin embargo, la deficiencia mental unida a mal nacimiento, hidrocefalia, epilepsia y sífilis, por regla general debe considerarse adquirida congénitamente o después del nacimiento".

Wallin J (1974) El niño mentalmente deficiente. Incluido en Wallin J y otros, El niño deficiente. Buenos Aires: Paidós, pág. 50.

Generalidades.- "En ocasiones se utiliza el término deficiencia mental de forma intercambiable con retraso mental. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado el uso del término subnormalidad mental, que divide en dos categorías separadas y distintas: retraso mental y deficiencia mental. Según esta nosología, el retraso mental se reserva para el funcionamiento subnormal producido por causas patológicas. La deficiencia mental se utiliza a menudo como término legal, aplicándose a personas con CI menor de 70. En el pasado la literatura norteamericana utilizaba el término debilidad mental, que actualmente se utiliza todavía en Gran Bretaña, donde generalmente denota las formas leves de retraso mental. El término oligofrenia es de uso común en URSS, en los países escandinavos y en otros países de Europa occidental" (pág. 732).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

DELINCUENCIA SEXUAL

Tratamiento psicológico.- Los objetivos de este artículo son dos: En primer lugar, describir el tratamiento psicológico que se aplica con los delinquentes sexuales en España. En segundo término, evaluar la efectividad de dicho tratamiento en la prisión Brians de Barcelona. Con este propósito se seleccionaron dos grupos: un grupo de tratamiento integrado por 49 sujetos que habían recibido el programa de tratamiento completo, y un grupo de control constituido por 74 sujetos que no habían recibido dicho tratamiento. Ambos grupos se crearon teniendo en cuenta diversos factores de riesgo con la finalidad de asegurar la equivalencia de los grupos. Los principales resultados obtenidos no sólo muestran una buena eficacia del tratamiento cognitivo-conductual aplicado con los delinquentes sexuales, sino también que dicho tratamiento supera, en esta evaluación, la efectividad promedio de programas similares en las evaluaciones que se han realizado con anterioridad.

Santiago Redondo Illescas; Vicente Garrido Genovés. Eficacia de un tratamiento psicológico para delinquentes sexuales. PSICOTHEMA. 2008;20(1):4-9.

Tratamiento.- Este artículo presenta una revisión sistemática de los resultados de evaluaciones controladas acerca del tratamiento psicosocial y orgánico de los delinquentes sexuales. Un estudio exhaustivo de la literatura destacó 80 comparaciones independientes entre grupos de delinquentes sexuales tratados y no tratados (N= 22.181). La mayoría de los estudios mostraron un efecto positivo. En conjunto, los delinquentes tratados reincidieron el 11,1%, mientras que los no tratados llegaron al 17,5% (es decir, un 37% de diferencia). Los hallazgos en reincidencia violenta y no violenta fueron parecidos. Los efectos más grandes los obtuvo la castración quirúrgica, aunque ciertas variables metodológicas y de los sujetos contaminan ese dato. Los tratamientos no conductuales no mostraron ser efectivos. Otras variables moderadoras como el tamaño pequeño de la muestra, la relación de los autores de los informes con el programa, acabar o no el mismo, o el tipo de resultado analizado tuvieron un efecto significativo. Las características metodológicas de los estudios explicaron la mayor parte de varianza de los resultados. En conjunto, los resultados son prometedores, aunque se necesitan evaluaciones diferentes de alta calidad.

Martin Schmucker; Friedrich Lösel. ¿Es efectivo el tratamiento de los delinquentes sexuales? Una revisión sistemática de los resultados evaluados. PSICOTHEMA. 2008;20(1):10-19.

DELIRIO

Definición.- Es una creencia personal errónea que se basa en inferencias incorrectas a partir de la realidad externa, sostenida con firmeza a pesar de lo que los demás crean y en abierta oposición a pruebas obvias o evidencias incontrovertibles. La creencia no es ordinariamente aceptada por otras personas del mismo grupo cultural o subcultural: por ejemplo, no es un artículo de fe religiosa.

American Psychiatric Association, DSM-IV, 1988, pág. 471.

Definición.- "Es una creencia firmemente sostenida pero con fundamentos inadecuados, que no se puede modificar con argumentos racionales ni con la demostración de lo contrario, y no es una creencia convencional que la persona podría justificar por sus antecedentes culturales y su nivel de educación".

Gelder M y otros, "Oxford Psiquiatría", Marban, Madrid, 1999, 2º edición, pág. 10.

Clasificación francesa.- La clasificación francesa ordena los delirios teniendo en cuenta los siguientes elementos de juicio: a) La existencia o no existencia de una tara mórbida hereditaria. b) Estructura del delirio, que dará el grado de sistematización o de polimorfismo. c) La existencia o no existencia de alucinaciones. d) La evolución de la enfermedad (Betta, 1984:471).

1º) *Delirios de los normalmente constituidos:* El estudio de la personalidad revela que no existe tara mórbida y, por consiguiente, que no se puede pensar en la presencia de predisposiciones constitucionales. En este grupo se incluye un solo delirio que, por estructura, es sistematizado con alucinaciones y, por su evolución, es crónico y progresivo. Se trata del delirio sistematizado, alucinatorio, progresivo de Magnan.

2º) *Delirio de los disarmónicos constitucionales:* El estudio de la personalidad revela la existencia de una tara hereditaria que conduce a una predisposición constitucional. Estos delirios se clasifican, por su estructura, en polimorfos y sistematizados.

Entre los polimorfos se ubican los delirios de evolución aguda designados: buffée delirante de los degenerados. Los sistematizados a su vez se agrupan en: "sin alucinaciones" y "con alucinaciones". Los sistematizados sin alucinaciones comprenden tres grupos: de interpretación, de reivindicación y de imaginación. Los sistematizados con alucinaciones pueden ser agudos y crónicos: delirio alucinatorio agudo y delirio alucinatorio crónico que comprenden una forma megalómana y una forma fantástica.

Más concretamente:

En los normalmente constituidos	Delirio sistematizado, alucinatorio, crónico, progresivo de Magnan.		
En los desarmónicos o degenerados hereditarios	Sistematizados	Sin alucinaciones	Interpretativo (Seriux, Capgrás) De reivindicación (Pasionales de Clerambault) De imaginación (Dupré y Logre)
		Con alucinaciones	Agudos (Delirio alucinatorio agudo) Crónicos (Delirio alucinatorio crónico: megalomanía fantástica)
	Polimorfos	Bouffée délirante de los degenerados	

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Clasificación.- Kraepelin, teniendo en cuenta la forma de repercusión de los delirios sobre la integridad de la personalidad y el grado de sistematización que ostenta, clasificó los delirios en dos grandes grupos: crónicos constitucionales y agudos (Betta, 1984:472):

Delirios crónicos constitucionales	Delirios paranoicos	Sistematizados, interpretativos. Sin alucinaciones, no dementizan.
	Delirios parafrénicos	Polimorfos, alucinatorios, varios mecanismos psicológicos. Megalomanía, no dementizan pero hay mayor defecto.
	Delirios paranoides	Inconexos, sin sistematización, absurdos, incoherentes, dementizan.
Delirios agudos	Tóxicos Infecciosos Traumáticos Reactivos (en débiles mentales y en personalidades psicopáticas).	

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Clasificación.- Betta propone una clasificación siguiendo las corrientes modernas, tomando como referencia los criterios siguientes (Betta, 1984:473):

Por su "evolución": agudos, crónicos.

Por su "estructura": sistematizados, polimorfos.

Por su "mecanismo": interpretativo, alucinatorio, ilusorio, imaginativo, intuitivo, sugestivo, onírico.

Por el tipo de "ideas": persecutorias, megalómanas, eróticas, místicas, reivindicatorias, etc.

Por el grado de "verosimilitud": inverosímiles, verosímiles.

Por el grado de "deterioro de la personalidad": escaso defecto grave defecto, desintegración de la personalidad.

Por la "edad de comienzo": de la edad adulta, de la edad juvenil.

El cuadro resultante es el siguiente (Betta, 1984:478):

Agudos	Sintomáticos	Tóxicos Infecciosos Traumáticos Tumorales	Mecanismo onírico	Con confusión mental
	Reactivos	Débiles mentales	Mecanismo interpretativo intuitivo alucinatorio	Sin confusión mental
		Personalidades psicopáticas	Mecanismo imaginativo Fabulación Mitomanía	
Crónicos	Bien sistematizados	Intensa sistematización. Mecanismo interpretativo. Razonamiento vigoroso; inductivo-deductivo; tendencioso. Escaso desmedro de la personalidad. Responden a la “paranoia” de Kraepelin y a los “delirios sistematizados interpretativos” de Seriux y Capgrás		
	Mal sistematizados	De sistematización pobre, poco vigorosa. Al comienzo mecanismo interpretativo o imaginativo; luego se agregan otros, alucinatorios. Contenido al comienzo persecutorio; Tienen cabida: la “parafrenia sistemática”; los “delirios sistematizados alucinatorios crónicos”; el “delirio alucinatorio crónico, progresivo de Magnan”, las “parafrenias fabulatorias” y los “delirios sistematizados imaginativos de Dupré y Logre.		

	Polimorfos	De la edad adulta	Después de los 25 años. Varios tipos de ideas, dominando las megalómanas; místicas y eróticas. Concepciones inverosímiles; religiosos, etc. En algunos casos gran exaltación afectiva. Dominan los mecanismos alucinatorio e imaginativo. También el intuitivo y el sugestivo. Grave defecto y deterioro de la personalidad. En este grupo entran las "parafrenias expansivas" y las "parafrenias fantásticas", ambas equivalentes respectivamente: a los "delirios alucinatorios crónicos de forma megalómana" y los "delirios crónicos de forma fantástica" de Gilbert-Ballet.
		De la edad juvenil	Aparecen antes de los 25 años. De precaria duración. Elaborados por mecanismos interpretativo, alucinatorio, imaginativo e intuitivo. Contenido persecutorio, en ocasiones con componentes eróticos y místicos. Delirios desorganizados, inconexos y fragmentarios; empobrecen hasta desaparecer.

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Delirio primario.- Ideas delirantes que se caracterizan por ser autónomas, originales, inderivables e incomprensibles desde el punto de vista psicológico.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 331.

Delirio primario.- Delirio "que aparece en forma brusca, con convicción completa, y sin ninguna otra alteración mental que le haya conducido a él".

Gelder M y otros, "Oxford Psiquiatría", Marban, Madrid, 1999, 2º edición, pág. 11.

Delirio secundario.- Ideas delirantes que surgen como intentos de explicación de experiencias anómalas previas y, en este sentido, son comprensibles psicológicamente.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 331.

Delirio secundario.- "El delirio secundario surge comprensiblemente de una experiencia anormal previa". Esta experiencia puede ser una alucinación (por ejemplo, una persona escucha una voz y cree que la están siguiendo), un estado de ánimo (por ejemplo, una persona con depresión importante cree que los demás piensan que es un inútil), otro delirio (por ejemplo, una persona con el delirio de que no tiene dinero cree que la encerrarán por no pagar una deuda).

Gelder M y otros, "Oxford Psiquiatría", Marban, Madrid, 1999, 2º edición, pág. 12.

Generalidades.- La idea delirante es según Pereyra, es una idea generalmente falsa, que choca con la realidad, que está dotada de convicción, que es necesariamente irreductible y que cuenta con un potencial afectivo que, de ordinario, orienta la conducta de quien lo padece. O sea, el delirio implica un juicio desviado por la afectividad.

El delirio, según el psicoanálisis, es lo mejor que tiene un psicótico porque es un intento de curación. Se trabaja con él, y a lo sumo se lo acota para que no entorpezca su vida cotidiana, pues no se puede borrar. Para Freud, en el delirio triunfa la restitución, mientras que en la alucinación triunfa mas bien la regresión. Nos interesa sin embargo la definición de Pereyra, porque estamos dentro de la semiología psiquiátrica.

Para que haya delirio en la idea debe haber entonces falsedad, convicción, irreductibilidad y afectividad: las cuatro cosas. Falsedad solamente no es delirio: por ejemplo una superstición depende mucho de cada cultura, no es delirante. Para determinar si es un delirio también debemos determinar quién lo dice, cómo lo dice, porqué lo dice y para qué lo dice.

Condensado de López Susana y Hemmingsen Isabela, Trastornos de la percepción y el pensamiento. Clases de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Setiembre/Octubre 1995.

Generalidades.- Introducción: A los delirios se los define como creencias y se los evalúa en términos de verdad y falsedad; sin embargo, hay muchos problemas conceptuales, empíricos y pragmáticos derivados de esta caracterización.

Método: Se evalúan las creencias, los conocimientos y las certezas de la imagen del mundo de Wittgenstein; las creencias religiosas; así como las ideas políticas, éticas y estéticas, y se encuentra que los delirios son diferentes a todas ellas. Para saber acerca de los delirios se examina el lenguaje utilizado para expresar en primera persona lo que se experimenta de sí mismo y de las interacciones con los demás. No es el lenguaje de la psicología como disciplina, que al fin al cabo es de tercera persona, sino

frases, oraciones y narraciones que el sujeto emite y dan cuenta desde su punto de vista sobre lo que percibe, siente y piensa.

Conclusión: Los delirios no son creencias; son expresiones verbales de experiencias anómalas relacionadas con percepciones somáticas, emociones vinculadas a la interacción con otros seres humanos y emociones vinculadas con la manera en que uno se encuentra en el mundo.

Marco Fierro Urresta. Los delirios no son alteraciones primarias del pensamiento. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. 2009 DIC; 38(4):761-766.

Delirio, temperamento y carácter.- En numerosos estudios y desde diferentes modelos se ha especulado sobre la relación entre personalidad y psicosis. El objetivo de este trabajo es estudiar si las dimensiones o rasgos de personalidad, evaluados con el Modelo de Cloninger y presentes en pacientes psicóticos, están relacionados con niveles de sintomatología delirante.

Participaron en el estudio una muestra de 105 pacientes diagnosticados dentro del grupo de esquizofrenias u otros trastornos psicóticos no orgánicos según criterios DSM-IV. La evaluación de los delirios se realiza con la entrevista SCAN.

Tras estudiar posibles relaciones y vínculos, nuestros resultados nos podrían llevar a pensar que exista relación entre síntomas delirantes y personalidad de acuerdo con una congruencia afectiva semejante. Así, Evitación del daño presentaría relación con síntomas que cursan con un estado de ánimo depresivo, y Búsqueda de novedades con síntomas que implican un ánimo expansivo.

María José Cortés Ruiz; Alfonso Gutiérrez-Zotes; Joaquín Valero Oyarzábal... (et.al) Delirios y su relación con el temperamento y carácter en pacientes con trastorno psicótico. PSICOTHEMA. 2010; 22(1):84-91.

Delirios y fobia social.- "Aunque en la mayoría de los casos es pasado por alto clínicamente, la ansiedad o fobia social parece ser común en la esquizofrenia y puede representar una barrera para la calidad de vida y la salud de estos pacientes. Con el fin de explorar las causas posibles de la fobia social en la esquizofrenia, valoramos la presencia de delirios utilizando la "Positive and Negative Syndrome Scale", la flexibilidad del pensamiento abstracto utilizando "Wisconsin Card Sorting Test" la capacidad para las relaciones interpersonales utilizando la "Quality of Life Scale" y la ansiedad/fobia social utilizando la "Liebowitz Social Anxiety Scale" entre 71 participantes esquizofrénicos o con algún trastorno esquizoafectivo.

La ANOVA reveló que los participantes clasificados tanto aquellos con delirios significativos como con problemas en la flexibilidad del pensamiento abstracto (n 11), tenían niveles significativamente más altos de ansiedad social y pocos recursos psicológicos para las relaciones interpersonales que los participantes con solamente una o ninguna de estas dificultades. Los grupos no diferenciaron en variables demográficas, conocimiento de la enfermedad o síntomas negativos. Se discuten las implicaciones clínicas y teóricas".

Lysaker P and Hammersley J, Asociación entre los delirios y la carencia de flexibilidad cognitiva unida a la fobia social en los trastornos esquizofrénicos. SCHIZOPHR RES. 2006 SEP; 86(1)

Definición.- Estado más o menos obnubilado de la conciencia, con nociones vagas e incoherentes, ilusiones y alucinaciones, desasosiego o estupor, muy común en la fiebre o en los estados tóxicos, generalmente con escaso recuerdo de la experiencia. (Fr.: el término *délire* significa generalmente "engaño" y no "delirio".)

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Mecanismo cognitivo.- Las personas con delirios prestan atención de manera selectiva a información amenazante, en su razonamiento realizan saltos hacia las conclusiones a partir de información insuficiente, atribuyen a causas externas los acontecimientos negativos y tienen dificultad para hacerse una idea de las intenciones de los demás, motivaciones o estados de la mente.

Sumarroca Hernández X y Cirici Amell R, Modelos teóricos sobre la formación y el mantenimiento de los delirios y las alucinaciones. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2006; 22(5).

Delirio y razonamiento.- En este estudio se investigó el papel de los sesgos del razonamiento en la formación y el mantenimiento del delirio. Se ha demostrado que los juicios del razonamiento están influidos por el conocimiento previo, las creencias y la experiencia –es decir, la información almacenada en la memoria semántica. Se ha hipotetizado que la esquizotipia elevada manifestaría un estilo de razonamiento de «saltar a las conclusiones», como resultado de no utilizar la información implícita referente a las relaciones de causa-efecto.

La investigación sobre el razonamiento humano, tradicionalmente, ha adoptado la lógica como marco normativo para evaluarlo. Las tareas de inferencia condicional son las pruebas para evaluar directamente el funcionamiento lógico, y nosotros utilizamos un diseño establecido que depende de la capacidad del razonador para acceder y utilizar la información implícita.

En un esfuerzo por anular algunas de las dificultades de la investigación con pacientes esquizofrénicos, se emplearon las medidas de esquizotipia en una población normal. Los resultados confirmaron que las

personas que obtenían puntuaciones elevadas en una dimensión de esquizotipia (Inconformismo Impulsivo) no lograban tener en cuenta el número de ejemplos en contra que caracterizaban la premisa condicional de causa-efecto.

Estas observaciones confirmaron la investigación previa que demostraba un estilo de razonamiento de salto a las conclusiones, que se ha sugerido que desempeña un papel en la formación y el mantenimiento de los delirios. Además, estos hallazgos sugieren la existencia de un posible vínculo entre la memoria semántica y los sesgos del razonamiento.

Sellen J y otros, Esquizotipia y razonamiento condicional. SCHIZOPHRENIA BULLETIN. 2006 ENE; 1(1).

Delirio de abstinencia.- Cuando un estado de delirio, generalmente delirium tremens, sigue al retiro inmediato del alcohol de un alcoholista crónico, se conoce bajo el nombre de Delirio de abstinencia. Este síndrome puede ser observado en cualquier forma de afición a drogas.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Delirio de negación.- "Otra forma interesante de ilusión deprimida es la de negación (delirio de negación generalizado) que tiene usualmente origen en la idea de haber pecado. El paciente cree que su pecado es tan grande, que él es el diablo mismo, por lo tanto no morirá jamás y deberá sufrir eternamente; entonces con la idea creciente de la enormidad de su pecado, llega a creer que Dios y la humanidad y el mundo no existen más." (Church y F. Patterson, *Nervous and Mental Diseases*).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Delirio místico.- Forma de la *Actividad Delirante* caracterizada por un fondo afectivo erótico-masoquista que conduce a estados de éxtasis generalmente de tonalidad religiosa. Se observa con mucha mayor frecuencia en el sexo femenino. Cuando está acompañado de pseudopercepciones procedentes de la esfera genital toma el nombre de *Delirio de Posesión*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Fenomenología del delirio.- "Antecedentes: La fenomenología del delirio es poco estudiada. Objetivos: Investigar la relación entre los síntomas del delirio cognitivos y no cognitivos y probar la primacía de la no atención en el delirio. Método: Se valoraron a personas con delirio (n=100) utilizando la Escala de Valoración del Delirio-Revisión 98 (DRS-R98) y la prueba cognitiva para el delirio (CTD). Resultados: Las anomalías del ciclo dormir-despertarse y la no atención fueron más frecuentes, mientras que la desorientación fue el déficit cognitivo menos frecuente. Los pacientes con psicosis tenían disturbios perceptivos o ilusiones pero no ambos. Ni las ilusiones ni las alucinaciones estuvieron asociadas a daños cognitivos. La ausencia de atención estuvo asociada a la severidad de otros trastornos cognitivos pero no a los aspectos no cognitivos. La agudeza de la CTD correlacionó muy de cerca con las características no cognitivas del delirio.

Conclusiones: La fenomenología del delirio es consistente con la amplia disfunción de los centros corticales mayores, caracterizada en particular por la ausencia de atención y disturbios del ciclo dormir-despertar. La atención y la comprensión juntas son los aspectos cognitivos que mejor explican el síndrome del delirio. La psicosis en el delirio difiere de ésta en la psicosis funcional".

David J. Meagher, Maria Moran, Bangaru Raju, Dymphna Gibbons, Sinead Donnelly, Jean Saunders, Paula T. Trzepacz, Fenomenología del delirio: Valoración de 100 casos adultos utilizando medidas estandarizadas. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 FEB; 190 (2).

Delirio de Ekbom.- En este caso clínico, se comenta la historia de una mujer de 69 años, con enfermedad orgánica principalmente hepática, que acude al hospital refiriendo picores incoercibles por su cuerpo debidos a unos bichos. Tras descartar cualquier tipo de alteración orgánica que pudiera ser la etiología del cuadro, se considera que se trata de un cuadro psicótico, con una ideación delirante de tipo dermatozoico (delirio de Ekbom). Se pauta antipsicótico (dosis moderadas de risperidona) y ansiolítico (dosis bajas de lorazepam), y gradualmente el cuadro remite. Es importante comentar que el delirio dermatozoico no es un trastorno habitual y su mal diagnóstico conlleva peor pronóstico y peor tratamiento, lo que perjudica al paciente y desconcierta a los profesionales.

Covadonga Huergo Lora, Graciano Fernández García Delirio de Ekbom. PSIQUIATRIA BIOLÓGICA. 2007 NOV;14(6).

Delirio esquizofrénico: fases.- Se puede analizar el delirio esquizofrénico en tres fases: trema, fase apofánica y fase apocalíptica.

1) *Trema*.- Estado 'extraño' que precede típicamente al delirio. Es un estado de ánimo del paciente que a ellos mismos les cuesta describir: unos lo describen como presión o tensión, inquietud, angustia, y a veces como animación alegre (esperanza). Otros lo experimentan como culpa, como si fuesen a ser castigados. Otros simplemente están inhibidos, apáticos, abandonados, mientras que otros más viven una atmósfera de desconfianza, como si estuvieran rodeados de enemigos. En cada caso depende de la personalidad e historia del paciente.

En el trema aparece una pérdida de la libertad: el enfermo ya no se mueve libremente y se ve rodeado de barreras. Se encuentra rechazado a un mundo que es sólo suyo y del que no puede salir. Si ello genera tensión entonces aparecen reacciones de urgencia. El trema tiene cinco características principales:

1) Conductas sin sentido: por el aumento de tensión el enfermo reacciona anormalmente frente a una situación que no la justifica. Por ejemplo, reaccionar con violencia ante una situación banal.
2) Depresión inicial: el aumento de la afectividad corporal suele manifestarse como culpa, angustia o depresión. En la vivencia de culpa hay una división del campo del paciente: de un lado él y del otro sus acusadores (vivencia de estar excluido): está desterrado de su propio mundo y la posibilidad de trascender se anula. Otras manifestaciones son depresión, inhibición, incapacidad de decisión, de no poder participar en conversaciones, malhumor, ideas de suicidio, vivencias de fracaso de la voluntad. El trema puede adoptar el carácter de una depresión endógena.

3) Factores reactivos: la aparición de la esquizofrenia no implica que haya situaciones de conflicto donde el individuo deba decidir, o sea factores reactivos. El liberarse de tomar decisiones no impide la aparición del cuadro esquizofrénico.

4) Desconfianza: el enfermo destaca el fondo sobre la figura, ya que no lo moviliza lo que los demás hacen o dicen sino lo que no dicen, lo que ocultan, lo que maquinan. La neutralidad del trasfondo (típico de la normalidad) se ha perdido.

5) Humor delirante: basado en una vivencia del paciente de 'clima extraño'. Es como si dijera '*pasa algo, pero no sé qué. Dígame usted lo que me pasa*'. Ya que objetivamente no ocurrió nada, el enfermo cuestiona su propia existencia como ser-en-el-mundo. Este cambio en el modo de vivenciar lo ve como una amenaza (humor delirante).

2) *Fase apofánica*.- La apofanía es la percepción delirante o representación delirante, o como diría Jaspers es la conciencia de significación anormal por parte del mismo enfermo. La apofanía tiene nueve características sobresalientes:

1) Apofanía de lo encontrado (espacio exterior): el paciente vivencia que el mundo externo ha cambiado: el teléfono que suena es una llamada para él, un grito es una amenaza para él, etc, es decir, no puede cambiar sus sistemas de referencia (no puede ubicarse en la situación del otro y decir que el teléfono suena para el otro por ser el dueño de casa, etc). Cambia los significados de las cosas y acontecimientos, y termina entendiendo el espacio exterior como una escena de teatro, un campo de prueba o una trampa o emboscada.

2) Percepción delirante: se distinguen tres escalones: a) el objeto percibido indica al enfermo que se refiere a él, pero no puede decir en qué sentido; b) el objeto se refiere a él pero sabe porqué (para probarlo, para llamar su atención, etc); y c) el objeto percibido significa algo bien determinado; aquí está la expresión más intensa de la apofanía.

3) Vivencias de reconocimiento y extrañamiento: falso reconocimiento delirante de personas (llamar papá al tío). El extrañamiento implica vivenciar como extraño lo familiar.

4) Vivencia de omnipotencia: creencia que todo lo que ocurre en la realidad es para él, y que todo está dirigido por alguien todopoderoso.

5) Anastrophé: vivencia de '*tengo la sensación de que todo gira en torno a mí*'. Mientras que la apofanía es alteración del mundo en relación al sujeto, anastrophé es la forma en que el yo se manifiesta a sí mismo, o sea como eje del mundo. Siempre que hay una vivencia apofánica, el yo se transforma anastróficamente.

6) Estructuras del tiempo y estados de ánimo: los estados de ánimo cambian la percepción del tiempo, como si este se detuviera o marchara hacia atrás. Por ejemplo un paciente dice que x murió, y luego habla con él como si estuviera vivo.

7) Apofanía de lo actualizado (del espacio interior): mientras en la apofanía de lo encontrado la conciencia de significación anormal se limita sólo a objetos exteriores, aquí se vivencian alteraciones internas: difusión de pensamiento, seudopercepciones, etc. Por ejemplo aparecen delirios proféticos (psicosis de inspiración): el paciente no piensa él, sino que alguien le transmitió un pensamiento importante. Difusión de pensamiento significa creer que el pensamiento es visible y pueden verlo los demás. También encontramos la sonorización del pensamiento, cuando el paciente escucha un diálogo interno entre el pensamiento inspirado y el suyo propio.

8) Estructura de pensamiento: el pensamiento aparece como disgregado, alógico y confuso. No se distingue lo fundamental de lo accesorio, se repiten frases iguales, se usan mal las palabras, etc.

9) Sensaciones corporales: los pacientes suelen experimentar en su cuerpo corrientes eléctricas, o que su cuerpo está envenenado, a lo que suma que ello fue provocado desde afuera.

3) *Fase apocalíptica*.- Defecto común final a todas las formas de esquizofrenia: incoherencia de comportamiento, mucha angustia o 'embriaguez', disgregación total del pensamiento, etc.

Condensado de Conrad, La esquizofrenia incipiente.

DELIRIUM TREMENS

Definición.- "Proceso que puede aparecer en algunos alcohólicos con el síndrome de abstinencia y que se caracteriza por desorientación, fluctuación del nivel de conciencia, alucinaciones, miedo intenso, temblores con agitación motora e hiperreactividad vegetativa".
Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 487.

Definición.- 1. La más grave de las manifestaciones psicópatas que pueden observarse en los alcohólicos habituales. Es un accidente casi exclusivo del sexo masculino y raramente se presenta antes de los treinta años de edad. 2. (Psicoanálisis) Según Freud, el Delirium tremens demuestra la misma estructura etiológica que la amnesia. La insoportabilidad de la vida externa corresponde a la falta de alcohol. Sin.: *Delirium Alcoholucum* (Lat.) *Delirium pitatorum* (Lat.) *Delirium tremefaciens* (Lat.). (Fr.: *délire alcoolique, délire crapuleux, délire tremblant*, etc.).
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DEMENCIA

Definición.- Término legal para un trastorno del juicio o el comportamiento en el cual una persona no puede distinguir entre el bien y el mal (*regla McNaghten*) o no puede controlar o manejar sus acciones o asuntos.
Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definición.- "Una clase de trastornos degenerativos del cerebro que produce un declive gradual en la función intelectual y de la que los problemas de memoria son el primer síntoma. A medida que avanza la enfermedad, el deterioro intelectual y emocional se hace más general y grave hasta llegar a un estado de demencia profunda".
Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 271.

Definición.- "La demencia es un deterioro generalizado del intelecto, memoria y personalidad, sin afectar a la conciencia. Es un trastorno adquirido, se distingue del retraso mental en que en este último el deterioro está presente desde el nacimiento. Aunque la mayoría de las demencias son irreversibles, un pequeño pero importante grupo de casos son reversibles. La demencia antes de los 65 años se dice que es presenil".
Gelder M y otros, "Oxford Psiquiatría", Marban, Madrid, 1999, 2ª edición, pág. 189.

Definición.- Pérdida primaria y permanente de la inteligencia, ocurrida después de los primeros años de vida y ligada a la existencia de lesiones en los centros encefálicos. Lo que se pierde no es el "material", los conocimientos, sino la actividad funcional misma. Las alteraciones demenciales son irreparables, dado que las neuronas no pueden reponerse. Desde el punto de vista anátomo-patológico, y en cuanto a su localización, hay tres tipos de demencia: a) Las originadas por lesión focal grosera (trauma, hemorragias, etc.). b) Las debidas a procesos difusos (arteriosclerosis, lúes parenquimatosa del encéfalo, degeneración senil, etc.). c) Las producidas por lesión de órganos que tienen un influjo indirecto sobre la actividad intelectual (lesiones endócrinas, neurovegetativas, etc.). El primer tipo corresponde a la *Demencia lacunar*, en que el déficit siempre es parcial. El segundo a la *Demencia orgánica global* o propiamente dicha. El tercero es en realidad una pseudodemencia, si hemos de atenernos al criterio de la naturaleza "primaria" e "irreductible" de la pérdida intelectual. Desde el punto de vista de la lesión productora, las demencias pueden dividirse en: a) *Demencias Atróficas*. Son aquellas en las que predomina la desaparición de las células neuronales por disgregación protoplasmática, vacuolización y cromatilis. b) *Demencias Esclerosís*. Se observa en ellas la obliteración vascular, por esclerosis circunscripta, con isquemia y atrofia secundaria, sustituida por proliferación glial. c) *Demencias Tóxicas*. En éstas se pueden producir ulteriormente las lesiones de las anteriores, pero en su comienzo se observa la pérdida más o menos completa de la actividad funcional específica de las células con gran elevación de su cronaxia, debida a perturbaciones del metabolismo intracelular. (Al.: Achwachsinn)
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Clasificación.- Betta establece la siguiente clasificación de demencias (Betta, 1984:304):

1º) Demencias primitivas: Cuando se trata de los procesos que se instalan como tales desde el comienzo.	Demencia senil. Demencia arteriosclerótica. Demencias preniles. Demencia paralítica (PGP). Demencia coreica (Corea de Huntington). Demencia precoz.
2º) Demencias secundarias: Son las que se instalan secundariamente a otros procesos psicóticos.	Demencias postconfusionales. Demencia alcohólica. Demencias vesánicas (etapa final de la manía, melancolía y delirio). Demencias postraumáticas (por traumatismos sobre el encéfalo). Demencia epiléptica (consecutiva a la epilepsia).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

DEPENDENCIA

Diferencia entre uso, abuso y dependencia de drogas.- Uso de drogas: Utilización de la misma droga frente a un mismo estímulo pero sin regularidad en el tiempo. Abuso de drogas: Utilización de la misma droga o variación de la droga frente a diferentes estímulos pero aún sin regularidad en el tiempo. Dependencia de drogas: Uso permanente y compulsivo de una droga determinada por modificaciones en el organismo que son el hábito, el acostumbamiento, y que siempre se acompaña de un deterioro orgánico y psíquico y un componente de perjuicio social.
Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

DEPRESIÓN

Definición.- "Bajo la denominación de depresión se designa habitualmente tanto al cuadro clínico caracterizado por la presencia de elementos diversos: tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches, visión pesimista de la vida, etc, como al estado afectivo de la tristeza" (Bleichmar H, 2002:11). El autor señala que se interpreta el síntoma, la tristeza, como la causa de los otros elementos que configuran el síndrome. Sin embargo puede haber tristeza y no haber inhibición, predominando en cambio la excitación psicomotriz, como en la depresión ansiosa o agitada.
Bleichmar H (2002) La depresión: un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Nueva Visión. 11º edición.

Definición.- La depresión es un trastorno depresivo que afecta al cuerpo, al estado de ánimo y a los pensamientos. Puede afectar o alterar radicalmente la alimentación, el sueño y la manera de pensar, pero no es lo mismo que sentir tristeza o estar decaído, ni tampoco es indicio de debilidad personal ni constituye un estado que pueda disiparse o modificarse a voluntad. Las personas que sufren una enfermedad depresiva no pueden simplemente "recobrar el ánimo" y reponerse. A menudo es necesario el tratamiento que, a veces, es incluso decisivo para la recuperación.
Las depresiones pueden clasificarse en tres grupos principales: Depresión grave (depresión clínica), Síndrome maniaco depresivo (trastorno bipolar), y Distimia (trastorno distímico).
Fuente: <http://www.mmhs.com/clinical/adult/spanish/mentalhealth/dysthym.htm>

Definición.- No existe un acuerdo universal acerca de la definición de este concepto: algunos lo consideran simplemente un síntoma que puede formar parte de un cuadro neurótico, psicótico u otro, mientras que otros entienden la depresión un cuadro aparte, un síndrome por derecho propio.
Así, por ejemplo, Rojtenberg considera la depresión como "el conjunto de manifestaciones ideativas, conductuales y afectivas caracterizado principalmente, por la disminución de la autoestima, la angustia y sus diferentes expresiones somáticas, y la inhibición psicomotora" (Rojtenberg S, 1994).
"Bajo la denominación de depresión se designa habitualmente tanto al cuadro clínico caracterizado por la presencia de elementos diversos: tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches, visión pesimista de la vida, etc, como al estado afectivo de la tristeza" (Bleichmar H, 2002:11). El autor señala que se interpreta el síntoma, la tristeza, como la causa de los otros elementos que configuran el síndrome. Sin embargo puede haber tristeza y no haber inhibición, predominando en cambio la excitación psicomotriz, como en la depresión ansiosa o agitada.
El contenido del pensamiento del depresivo es la representación de un deseo irrealizable, deseo al que se está intensamente fijado. La tristeza o la inhibición no son más que manifestaciones de esa idea de un deseo irrealizable (Bleichmar H, 2002:35). Es posible indicar que uno de estos deseos que una persona puede sentir como irrealizable es su desarrollo como persona a través de una actividad laboral, lo cual nos permite explicar la asociación detectada entre la desocupación y el estado de ánimo depresivo.
Bleichmar S (2002) *Dolor país*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
Rojtenberg S (1994) ¿Fracasa la psicofarmacología frente a la depresión? Revista Prensa Psicológica, Número 2, Buenos Aires, Mayo/Junio 1994.

Perspectiva psicoanalítica.- La necesidad de un abordaje de los aspectos propiamente psicodinámicos de la depresión justifica la referencia a los autores psicoanalíticos. En particular haremos referencia a Sigmund Freud, Erick Erikson, Harry Sullivan y Christopher Bollas.

La depresión desde la perspectiva freudiana.- El estado de ánimo depresivo es tratado por Freud especialmente en "Duelo y Melancolía" (Freud S, 1917), donde es vinculado a situaciones de pérdida real o imaginaria.

El duelo y melancolía, sobrevienen como consecuencia de la pérdida de algún objeto o situación amada; en ambos casos existe un estado de ánimo doloroso, una pérdida de interés por el mundo exterior, una pérdida de la capacidad de amar y una inhibición general de todas las funciones psíquicas (empobrecimiento anímico). Dentro de estas últimas cabe incluir la actividad laboral.

La depresión en el contexto del ciclo vital de Erikson.- Nos interesa aquí la depresión en el caso de la persona adulta, ya que es aquella que está expuesta a la desocupación. Erikson define dos estadios

adultos: la juventud y la adultez propiamente dicha (Erikson E, 1985:84). En líneas generales, ambos constituyen el séptimo estadio del ciclo vital, al cual Erikson le asignará la antítesis crítica de generatividad versus estancamiento. La generatividad abarca, para ser más precisos, la procreatividad, la productividad y la creatividad.

Estos conceptos aluden a la posibilidad que normalmente debe actualizarse en la adultez en cuanto a la generación de nuevos seres (los hijos) pero también a la producción de ideas, incluyendo un tipo de autogeneración que se relaciona con un mayor desarrollo de la identidad. Alternativamente, el estancamiento es la tendencia opuesta, que puede llegar a abrumar totalmente a quienes se encuentran inactivados en cuestiones generativas.

El adulto empieza a asumir un compromiso de 'cuidar' de las personas a su cargo, así como de los productos e ideas por los cuales ha aprendido a preocuparse (Erikson E, 1985:85).

¿Cómo podríamos entender la depresión en este contexto? Al respecto habría que discriminar entre dos situaciones depresivas: una normal y otra patológica. Cuando una persona atraviesa una situación de crisis vital, inevitable, como por ejemplo pasar de la adolescencia a la adultez, hay un sentimiento depresivo que forma parte natural de ese proceso de crisis, por cuanto hay toda una etapa previa que es experimentada como una pérdida, por ejemplo, la pérdida del cuerpo potente de la adolescencia. Lo mismo sucede en las situaciones de crisis accidentales como la desocupación.

A priori, podríamos considerar que un estado depresivo no configura necesariamente una patología, salvo que, si consideramos las ideas de Erikson, dicho estado inhiba a la persona en crisis para afrontar y desarrollar sus nuevas capacidades como en este caso la generatividad y la productividad. Dicho estado depresivo se exacerbará y poco a poco llevará al sujeto al estancamiento, en la medida en que sea capaz de reactivar, como un factor desencadenante actual, una situación conflictiva mal resuelta en etapas o estadios anteriores. "El estancamiento, indica Erikson, señala la patología básica de la adultez e implica alguna regresión a conflictos previos" (Erikson E, 1985:86) todo lo cual implica remontar el pasado e iniciar una exploración de la niñez y de los procesos que han quedado sepultados -pero no inactivos- en el inconciente.

Sin embargo, hay un problema adicional, que es el de la realimentación del estado depresivo. Esto significa que, cuando dicho estado se instala y produce una situación de estancamiento que predomina sobre la generatividad, puede provocar a su vez una experiencia de frustración por no poder cuidar a sus hijos, por no poder producir ideas, etc., cayendo en el estado de inhibición propio de la depresión.

Tal experiencia de frustración generativa, tiene para Erikson a su vez un efecto patogénico, y podemos entender que producirá nuevamente depresión por la pérdida de su capacidad generativa. Aparecerá por ejemplo una de las características del estado depresivo descritas por el DSM-IV, como los sentimientos de inutilidad. El proceso puede seguir realimentándose y, consecuentemente, agravándose cada vez más, pudiendo seguir tres posibles caminos: o bien se logra revertir la situación hacia la normalidad, o bien la depresión se hace crónica (o incluso alternada con fase maníacas), o bien termina con el suicidio.

Debemos reconocer también la incidencia de los factores sociales y ecológicos en el surgimiento de la depresión en la adultez, entendiendo por factores ecológicos el conjunto de los factores culturales que influyen sobre el comportamiento del individuo. Por ejemplo, hoy en día y debido a cierta conciencia ecológica hay una aceptación general del control de la natalidad, y entonces la presión social que se ejerce sobre el individuo para que procreé hijos no es tan intensa, y la frustración generativa no se verá incrementada por este factor. Consecuentemente, su influencia sobre el estado depresivo será menor.

Alternativamente, el consenso social puede valorar mucho el trabajo y la producción de ideas en el adulto, y entonces una situación de estancamiento debida a conflictos infantiles en el adulto hará que este incremente el monto de su depresión. Esto tiene relación directa con el planteo que hará Sullivan acerca de la etiología de los trastornos mentales (Thompson C, 1966).

La depresión considerada desde la teoría interpersonal de H. Sullivan.- Una idea central en la teoría de Sullivan es aquella según la cual la personalidad es modelada sobre la base de sus experiencias interpersonales infantiles, fundamentalmente con sus padres, relaciones que pueden quedar enmarcadas como de aprobación o de reprobación por parte de estos.

Así, una persona valorará sus experiencias conforme a las manifestaciones que reciba de sus padres y de otras personas ligadas a él. Si los padres lo consideran, lo quieren, lo aprueban, el niño tendrá consideración por sí mismo, pero si la actitud de ellos es de menosprecio, será imposible que el niño se tenga consideración (Thompson C, 1966).

Podríamos imaginar la historia de un niño que crece en medio de experiencias de desaprobación por parte de los padres. Llega a la adultez, sus padres fallecieron, y tiende a repetir su vínculo con ellos en otras personas produciéndose lo que Sullivan llama una distorsión paratáctica, es decir, establece relaciones interpersonales donde el otro es fantaseado como alguien que oprime, desaprueba, castiga, más allá de su comportamiento real y efectivo.

Frente a esa persona así fantaseada, el adulto reaccionará entonces con automenosprecio, tal como había reaccionado en su niñez, lo que justificaría por ejemplo el síntoma del autorreproche mencionado por el DSM-IV. La persona poco a poco pierde confianza en sus posibilidades, se siente inútil, y al menospreciarse y fantasearse a sí mismo juzgará que es 'incapaz' de hacer cosas, de producir, de

generar hijos o ideas, sumiéndose así en el estado depresivo. Así, si está deprimido es porque tuvo una experiencia de pérdida, y lo que el paciente siente aquí que ha perdido es su capacidad para hacer cosas, aquella omnipotencia infantil de la que hablaba Freud y que configuraba el narcisismo original. De aquí también la posibilidad de entender la pérdida de la autoestima en la experiencia depresiva.

La curación consiste en la gradual discriminación que hace el paciente de lo que ocurre realmente en sus vínculos inter-personales, insistiendo especialmente en los aspectos paratáxicos. Esto significa, que el paciente pueda ir discriminando la diferencia que hay entre la persona fantaseada y la persona real, y entre sus capacidades fantaseadas y sus capacidades reales.

La depresión y el objeto transformacional de Bollas.- El objeto transformacional propuesto por Christopher Bollas está referido al primer objeto que se ocupa del cuidado del niño desde el momento de nacer, que normalmente es la madre. Esta madre es experimentada por el bebé no tanto como un objeto recortado y separable de él, porque aún no está individualizada plenamente como 'otra', sino que es vivenciada como un objeto transformacional (Bollas C, 1989:30). es decir como un objeto identificado con transformaciones acumulativas tanto externas como internas del bebé. La madre, con sus cuidados, sus caricias, etc. está continuamente alterando o transformando el ambiente del niño, y estas transformaciones externas hacen que también se produzcan cambios internos, los cuales no solo tienen que ver con el desarrollo de su motricidad (la madre juega con él y esto estimula los movimientos infantiles), sino también con su desarrollo mental, porque el bebé va encontrando afecto y seguridad en ella.

Recién después, sobre esta base vivencial, el niño podrá representarse el objeto materno y establecer un vínculo con él como con un otro diferente. Hasta entonces, el vínculo es simbiótico, hay una indiferenciación, la madre no es aún representada sino vivida, experimentada. Es, para usar una expresión de Bollas, un algo 'sabido no pensado', un saber anterior a toda representación.

Cabe rescatar, entonces, lo importante del objeto transformacional: es el objeto que, con sus estimulaciones adecuadas, lo está transformando al bebé externa e internamente. De esto puede desprenderse que si una persona no contó con este objeto en su función transformadora, sobrevendrá la patología. El sujeto seguirá buscando ese objeto transformacional en el ambiente. "Este aspecto de existencia temprana -indica Bollas- pervive en ciertas formas de búsqueda de objeto en la vida adulta, en que este es requerido por su función de significante de transformación" (Bollas C, 1989:30).

Bollas (Bollas C, 1989:35), refiere el caso de Peter, un paciente que le llegó por derivación de otro profesional con un diagnóstico de depresión.

Por la sintomatología descrita por Bollas, Peter presenta varias de las características del depresivo según el DSM-IV, las suficientes como para justificar el diagnóstico indicado: expresión y estado de ánimo triste, aspecto desaliñado, trabaja a su pesar y no encuentra placer en ello, tiene grandes dificultades para relacionarse con los demás, etc. De los diversos acontecimientos cotidianos que relata Peter, a Bollas le llamó la atención el hecho de que invariablemente, cada semana, iba a visitar a su madre, lo cual empezaría a revelar la posibilidad de una conducta adulta de búsqueda del objeto transformacional.

Bollas planteó así una hipótesis de trabajo: Peter no ha tenido un objeto transformacional lo suficientemente estimulador como para provocar en él los cambios que requieren el desarrollo de su personalidad. Hoy, de adulto, los busca en aquella madre, pero sin embargo no obtiene resultados, porque hace varios años que se encuentra en la misma situación. Por lo demás, su madre, ya anciana, está en menos condiciones aún de proveer ese objeto.

Por lo tanto, debemos dotar a Peter de un objeto transformador en la situación terapéutica, y es así que el mismo analista se erige en tal (del mismo modo que por ejemplo puede erigirse como objeto transicional según Winnicott, o en objeto del self según Kohut).

El objeto transformacional, dice Bollas (Bollas, 1989), es entonces un objeto disponible para el uso del paciente. El analista presta su persona para vincularse con el paciente, lo cual no significa que el analista deba hacer exactamente lo mismo que la madre que no tuvo como acariciarlo o cuidarlo, sino generar transformaciones externas, estimulaciones, palabra mediante, para que se activen en Peter las transformaciones internas que tiene postergadas. Pero, simultáneamente con esto, la interpretación debe estar orientada a que el paciente reconozca interiormente la necesidad de reparación de su self.

Resulta así una explicación psicodinámica de la depresión. El cuadro depresivo expresa una inhibición general para las actividades experimentadas como no placenteras, porque precisamente su vínculo simbiótico original estaba empobrecido en cuanto a cuidados maternos, que son precisamente la fuente del placer. En esa temprana edad, el niño debía realizar actividades para su subsistencia, indudablemente, pero no estaban teñidas del placer derivado de la estimulación y del afecto.

Freud S (1917), *Duelo y melancolía*, en Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968.

Erikson E (1985) *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.

Thompson C (1966) *El psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica, 4ª edición.

Bollas C (1989) *La sombra del objeto*. Buenos Aires: Amorrortu.

Depresión según M. Klein.- "Estado de ánimo en que se experimentan parcial o totalmente los dolorosos sentimientos de la posición depresiva. Puede ser una reacción normal a experiencias de pérdida, o una reacción patológica de carácter neurótico o psicótico".
Segal H, "Introducción a la obra de Melanie Klein", Buenos Aires, Paidós, 1987, pág. 122.

Incidencia de la depresión.- "Un informe del Instituto Nacional de Salud Mental sobre The Depressive Disorders (Los trastornos depresivos), de Secunda, Katz, Friedman y Schuyler (1973), manifiestan que la depresión es la causa del 75 % del total de hospitalizaciones psiquiátricas y que, a lo largo de un año dado, un 15 % de los adultos entre 18 y 74 años puede sufrir síntomas depresivos de cierta consideración. En otro orden de cosas, los autores indican unos costes que oscilan entre 0,3 y 0,9 billones de dólares. Asimismo, los autores subrayan que "de cara a la terapia, el peso de la gran proporción de casos de depresión (el 75 % del total de hospitalizaciones psiquiátricas) incide de lleno sobre las modalidades terapéuticas psicosociales" (Beck A, 1984:11).
Beck Aaron (et al.) (1984) Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Historia.- "La depresión existe desde la antigüedad, puesto que pueden encontrarse descripciones de lo que hoy conocemos como trastornos del estado de ánimo en textos muy antiguos. La historia del rey Saúl en el Viejo Testamento describe un síndrome depresivo, así como lo hace también el suicidio de Ajax en la *Ilíada* de Homero. Aproximadamente en el 400 a. de C., Hipócrates utilizó los términos de "manía" y "melancolía" para designar trastornos mentales. En el 30 s. de C. Aulus Cornelius Celsus describió la melancolía en su texto *De re medicina* como una depresión causada por la bilis negra. El término siguió siendo utilizado por otros autores médicos, como Areteo (120-180), Galeno (129-199), y Alexander de Tralles en el siglo VI. El médico judío Moses Maimónides en el siglo XII consideró la melancolía como una enfermedad concreta. En 1686 Bonet describió una enfermedad mental a la que llamó *maniaco-melancholicus*.
En 1854 Jules Falret describió una patología a la que llamó *folie circulaire [locura circular]*, y casi al mismo tiempo, otro psiquiatra francés, Jules Baillarger, definió la *folie à double forme* en la cual los pacientes se iban deprimiendo cada vez más y entraban en un estado estuporoso del cual finalmente se recuperaban. En 1882, el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum, utilizó el término "ciclotimia", para describir la manía y la depresión como estados de la misma enfermedad" (pág. 531).
Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Psicoterapia de la depresión.- En el texto de Kaplan y Sadock (pág. 557) se transcribe un cuadro con las características básicas de tres aproximaciones psicoterapéuticas a la depresión.

<i>Característica</i>	<i>Aproximación psicodinámica</i>	<i>Aproximación cognitiva</i>	<i>Aproximación interpersonal</i>
Principales teóricos	Freud, Abraham, Jacobson, Kohut	Platón, Adler, Beck, Rush	Meyer, Sullivan, Klerman, Weissman
Conceptos de patología y causa	Regresión del yo: autoestima dañada y conflicto no resuelto debido a una pérdida del objeto en la infancia y frustración	Pensamientos distorsionados: disforia debida a la visión negativa aprendida sobre uno mismo, los demás y el mundo	Relaciones interpersonales dañadas: ausencia de relaciones sociales significativas o insatisfacción con las mismas
Principales objetivos y mecanismos de cambio	Promover un cambio de personalidad a través del entendimiento de los conflictos pasados: conseguir percepción interna sobre las defensas, distorsiones del yo, y efectos del superyó; proporcionar un modelo de rol; permitir la liberación catártica de la agresividad	Proporcionar alivio sobre los síntomas a partir del cambio de pensamientos clave: identificar cogniciones autodestructivas; modificar creencias específicas erróneas; promover el autocontrol sobre los patrones de pensamiento	Proporcionar alivio sintomático a través de la resolución de los problemas interpersonales actuales; reducir el estrés relacionado con la familia o trabajo; mejorar las habilidades de comunicación interpersonal
Principales técnicas y prácticas	Expresiva-empática: análisis completo o parcial de la transferencia y la resistencia; confrontación de defensas; clarificación de las distorsiones del yo y el superyó	Conductual-cognitivo: recoger y controlar las cogniciones; corregir los pensamientos distorsionados mediante pruebas lógicas y experimentales; proporcionar contenidos de	Comunicativa-ambiental: clarificar y manejar las relaciones maladaptativas y aprender otras a través de la comunicación y el entrenamiento en habilidades sociales; proporcionar información

		pensamiento alternativos; tareas para casa	sobre la enfermedad
Rol del terapeuta	Intérprete-reflector: establecimiento y exploración de la transferencia: alianza terapéutica para una dependencia benigna y un entendimiento afectivo	Educador-formador: relación positiva en vez de transferencia: empirismo colaborativo como base para articular las tareas científicas (lógicas)	Explorador-prescriptor: relación transferencial positiva sin interpretación: rol activo del terapeuta para influenciar y promover el cambio
Papel del cónyuge-familiar	Confidencialidad individual completa; exclusión de las otras personas significativas excepto en situaciones amenazantes para la vida	Utilización del cónyuge como observador e informador objetivo: terapia de pareja para las cogniciones distorsionadas sostenidas en la relación matrimonial	Rol integral del cónyuge en el tratamiento: examen del papel del cónyuge en la predisposición del paciente a la depresión y efectos de la enfermedad sobre el matrimonio

Cuadro de TB Karasu: Toward a clinical model of psychotherapy for depresión: I. Sistematic of three psychotherapies, Am J Psychiatry 147: 141, 1990. Utilizado con permiso de los autores.

Kaplan y Sadock (págs. 558-559) transcriben el siguiente cuadro acerca de las ventajas y limitaciones de tres sistemas psicoterapéuticos de la depresión:

<i>Característica</i>	<i>Aproximación psicodinámica</i>	<i>Aproximación cognitiva</i>	<i>Aproximación interpersonal</i>
Ventajas de la teoría	El tratamiento profundo individual alienta al paciente a mirar en su interior para encontrar soluciones, más que depender de fuentes externas	La aproximación cognitivo-conductual es tangible y objetiva	La orientación interpersonal se dirige al contexto social o familiar para poder centrarse en las relaciones hombre-mujer
Limitaciones	El centrarse en el fenómeno intrapsíquico puede oscurecer otros factores (interpersonales, ambientales). La teoría de la agresión-depresión puede sobregeneralizarse y llevar a una sobredependencia de la catarsis	El énfasis en lo cognitivo-conductual puede ignorar algunos aspectos como el componente afectivo de la persona; la perspectiva orientada al síntoma pasa por alto la historia pasada, áreas problemáticas y conflictos ocultos	El énfasis sobre cuatro problemas interpersonales concretos puede desviarse hacia temas preconcebidos; la orientación interpersonal puede poner en tensión factores maritales/familiares, mientras siguen existiendo los problemas intrapsíquicos
Ventajas de los objetivos	Buscar el cambio estructural va más allá de la mejoría sintomática; reforzar las capacidades adaptativas puede ser útil más allá de la patología depresiva	El objetivo principal de aliviar los síntomas es conveniente en sí mismo y es el primer paso para cambiar el estilo cognitivo	La mejoría de las relaciones interpersonales es suficiente en sí misma y puede producir la mejoría de los síntomas
Limitaciones	El cambio de personalidad puede ser demasiado ambicioso y excesivo e innecesario para la mayoría de las depresiones	La reducción de los síntomas puede ser insuficiente, superficial o temporal; centrarse en los problemas actuales puede impedir la modificación de la personalidad o la función profiláctica del tratamiento	La mejoría de los síntomas puede ser frágil y temporal si depende en gran medida de factores externos
Ventajas de la estructura	La duración indefinida permite objetivos flexibles o a largo plazo*	La duración breve o limitada es efectiva desde el punto de vista económico y puede fomentar resultados en un corto período de tiempo, aumentar la	La duración predeterminada es eficaz desde el punto de vista económico; el tratamiento afecta a la familia y puede tener un efecto preventivo

		expectación de un cambio rápido y alentar el optimismo	
Limitaciones	El tratamiento abierto o de larga duración es caro y difícil de evaluar	La duración corta o limitada puede ser insuficiente o inflexible	La duración de tiempo predetermina la amplitud del crecimiento personal y la independencia
Ventajas del rol del terapeuta	La actitud neutral y aceptadora asegura la objetividad: la escucha receptiva fomenta la formación de la transferencia y favorece el proceso analítico	Un terapeuta activo puede intervenir o interrumpir los esquemas depresivos y sugerir alternativas al pensamiento distorsionado	La posición del terapeuta, entre la actividad y la reactividad, puede reafirmar al paciente y proporcionarle el apoyo que necesite
Limitaciones	La regresión de la transferencia puede producir una sobreidealización del terapeuta y una infravaloración del paciente: el silencio del terapeuta puede ser malinterpretado como un rechazo, puede perpetuar la depresión y causar una finalización prematura	La sugerencia activa y la dirección pueden socavar la responsabilidad del paciente y su autoestima por la imposición de los puntos de vista y valores del terapeuta	El rol interpersonal de apoyo puede reforzar la dependencia y el miedo al abandono por parte del terapeuta
Ventajas de las técnicas	La asociación libre proporciona una catarsis verbal: las interpretaciones proporcionan nuevos conocimientos sobre los conflictos depresógenos y los sucesos históricos	Existe un tratamiento específico directamente orientado hacia los pacientes depresivos y sus síntomas clave; la identificación de las creencias depresógenas y las tareas para ponerlas a prueba inducen la modificación cognitiva	Existe un tratamiento específico directamente diseñado para la población deprimida, que también puede dirigirse a los problemas interpersonales actuales
Limitaciones	No se ha desarrollado ninguna técnica específica; centrarse en los sucesos pasados y en las asociaciones espontáneas puede reforzar la letanía repetitiva de las quejas depresivas a expensas del trabajo actual del terapeuta	Si en énfasis se pone sobre los esquemas cognitivos concretos esto puede desviar hacia ciertos temas preconcebidos; la simplicidad de las técnicas puede producir una infraestimación de las habilidades necesarias para desarrollarlas	La identificación de áreas problemáticas específicas puede ser muy restrictiva, incluso si las técnicas son relativamente inespecíficas: la legitimación de la enfermedad del paciente para potenciar su pasividad
Ventajas del tipo de investigación	Los estudios longitudinales con casos son útiles para el examen y seguimientos detallados de un solo paciente	El manual operativo permite reproducir el tratamiento y el entrenamiento, y a la vez se establece la eficacia de forma empírica	Lo mismo que para la aproximación cognitiva
Limitaciones	El procedimiento ideográfico no puede utilizarse en la investigación controlada o comparativa	Los procedimientos comparativos orientados a la investigación pueden resultar sobreesimplificados en algunos casos clínicos complejos	Lo mismo que para la aproximación cognitiva
Relación con otras modalidades,	La integridad de la transferencia se mantiene a través de la eliminación de	La competición con la farmacología potencia la investigación sobre la	Este tratamiento está diseñado para ser utilizado solo o con fármacos: es

ventajas	influencias externas	eficacia, en especial cuando la terapia cognitiva en sí misma es la más efectiva	especialmente recomendable la combinación con la terapia de pareja
Limitaciones	La necesidad de neutralidad puede limitar el uso de otras estrategias terapéuticas útiles (por ejemplo, terapia familiar y farmacoterapia)	La competición con la farmacoterapia aumenta la polarización de los dos tratamientos y la resistencia a la integración de ambos	El que se recomiende la combinación de modalidades o el eclecticismo requiere un modelo teórico integrador, un clínico experto en más de una modalidad, y la capacidad de colaborar con otras disciplinas que pueden conducir a una gran dispersión del terapeuta insuficiente
Población de pacientes, ventajas	Algunos requisitos especiales en el paciente (por ejemplo, orientación verbal y sentirse inclinado hacia lo psicológico) aseguran la máxima introspección	El pensamiento lógico asegura la mejor forma de enfrentarse a los problemas, cambiando las creencias y pensamientos depresógenos	La orientación hacia las relaciones interpersonales, especialmente la interacción de la pareja, puede reequilibrar los roles genéricos, tema importante dada la alta prevalencia de mujeres deprimidas
Limitaciones	Los requisitos especiales del paciente pueden limitar la utilidad de estas técnicas para otros pacientes	La población que sufre alteraciones cognitivas puede no beneficiarse; los pacientes introspectivos y sofisticados pueden pensar que este tratamiento es demasiado simple y superficial	La orientación interpersonal puede poner demasiado énfasis sobre el matrimonio: la población no casada puede sentirse marginada

* Las ventajas y limitaciones de la psicoterapia breve (de orientación psicodinámica) son similares a las de las cognitivas e interpersonales.

Cuadro de Karasu TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depression: I. Systematic comparison of three psychotherapies. Am J Psychiatry 1990; 147; 142. Utilizado con permiso de autores.

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Según la psicología cognitiva.- "El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

1) La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrásico. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente.

2) Un segundo componente del modelo cognitivo es el que se refiere a modelos de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso va en contra de la evidencia de que existen factores positivos en su vida. Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Éste categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas. Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales

como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones, se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes.

3) Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria:

1. *Inferencia arbitraria* (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

2. *Abstracción selectiva* (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda experiencia en base a ese fragmento.

3. *Generalización excesiva* (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

4. *Maximización y minimización* (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

5. *Personalización* (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

6. *Pensamiento absolutista, dicotómico* (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo" (Beck A, 1984:19-22).

Beck Aaron (et al.) (1984) Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Definición.- 1. Condición emocional de actividad psicofísica disminuida y desagradable, ya sea normal o patológica. Para la manifestación normal se prefiere el término *Abatimiento*, refiriéndose a un estado de ánimo desalentado o descorazonado; el uso patológico se refiere a un estado de ánimo de pronunciada desesperanza y una abrumadora sensación de insuficiencia o desmerecimiento. Término contrapuesto: *Manía*, o sea extrema actividad emocional: las dos condiciones se alteran frecuentemente en la *psicosis maniaco-depresiva* (Warren). 2. (Psicoanálisis) Según la escuela kleiniana, reproducción total o parcial de los sentimientos de la *posición depresiva*: dolor, culpa y sentimientos de pérdida. La pérdida puede ser real o fantaseada. En el primer caso, el estado de aflicción es una reacción normal (*duelo*). En el segundo, es atribuible a tendencias neuróticas o psicóticas previas a la pérdida.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- La depresión es un estado que tiene como condición la pérdida de una relación objetal, y el la cual el contenido ideativo es el de que dicha pérdida torna imposible la realización de un deseo al que se está intensamente fijado (Bleichmar) y que se caracteriza, psiquiátricamente, por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de la autoestima (Salvareza, 2002:77).

Salvareza, Leopoldo (2002) Psicogeriatría. Teoría y clínica. Barcelona: Paidós, 2ª edición.

Generalidades.- La depresión es el trastorno más común, junto a la angustia, que se ve en la práctica psicoterapéutica. La depresión de origen psicológico se explica por la autoagresión, la pérdida del ser querido, deterioro de la autoestima, etc. No obstante la depresión debe ser un rasgo dominante en la epilepsia. La depresión endógena, más profunda, es similar a la que se observa en el período prodrómico de la epilepsia. La depresión puede venir después del ataque. Es raro que la depresión epiléptica lleve al suicidio, y sí frecuente que esto ocurra en la depresión endógena.

La depresión puede aparecer también al comienzo de una esclerosis múltiple, y también se observa en la arteriosclerosis cerebral difusa, las paresias y los tumores del cuerpo calloso.

Algunos vinculan la depresión con un déficit de catecolaminas en el cerebro, y la euforia con un exceso de norepinefrina. Asimismo ciertas drogas producen estados depresivos.

Condensado de Small Leonard (1974) Psicoterapia y neurología (Problemas de diagnóstico diferencial). Buenos Aires. Amorrortu.

Clasificación.- El DSM distingue varios grados de depresión de acuerdo a la gravedad, y así se refiere a la depresión mayor y la menor, y más específicamente habla de trastornos afectivos mayores y depresiones menores. Dentro de los primeros ubica a su vez los trastornos bipolares y la depresión mayor.

La depresión mayor se caracteriza por un estado de ánimo disfórico, presente durante al menos una semana, junto con otros síntomas de depresión grave (pérdida de apetito, dificultades de sueño, pérdida de peso, disminución de la energía, falta de interés y disfrute de actividades, y pensamientos de muerte o suicidio).

Dentro de las depresiones menores se ubican los ciclotímicos (estados de ánimo oscilantes) y los disfóricos (depresión crónica y recurrente). Se habla también de un trastorno de adaptación con características depresivas cuando sobrevienen cambios vitales.

Los límites entre un estado de ánimo depresivo y uno normal no son siempre tan evidentes, especialmente entre los ancianos.

Condensado de Baltes y otro (1992) Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Capítulo 4.

Prevalencia.- La depresión es el mayor problema emocional de ocurrencia en la vejez. Si bien la mayor proporción de depresión se encuentra entre los 45 y los 55 años, en la población anciana (después de los 65 años) encontramos más que cuadros depresivos completos, sintomatología menor de cuadros depresivos.

Condensado de Baltes y otro (1992) Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Capítulo 4.

Modelos teóricos de la depresión.- Muchos autores son partidarios de un enfoque biopsicosocial que permite abordar y evaluar los diversos factores que interactúan en la depresión: el biológico, el psicológico y el social.

Perspectiva biológica.- Los estudios sobre gemelos revelaron la importancia de los factores genéticos en la depresión, especialmente en los trastornos afectivos bipolares. Esto no se nota tanto en las depresiones menores, llamadas también reactivas o neuróticas.

De las teorías biológicas, la bioquímica es la que más parece verificarse ya que se ha constatado la influencia de medicamentos en la depresión y además la presencia de ciertas sustancias del sistema nervioso central que varían en un depresivo y en un no depresivo, especialmente neurotransmisores como la dopamina o la serotonina.

Teorías conductuales.- Para Ferster, la depresión está funcionalmente relacionada con una tasa baja de refuerzos. Así, dándole al depresivo estímulos reforzantes se puede intervenir eficazmente en la depresión.

Para Lewinsohn, la depresión es el resultado de una escasa participación de la persona en actividades reforzadas por otros o intrínsecamente reforzantes. La falta de refuerzo positivo lleva a un estado de ánimo disfórico, fatiga, culpa y poca actividad. La depresión así parece depender de tres cosas: del número de acontecimientos potencialmente reforzadores, de la disponibilidad de reforzantes existentes en su medio, y del repertorio básico de conductas del sujeto para obtener reforzadores.

El modelo de la 'indefensión adquirida' muestra que las personas deprimidas tienden a adjudicar sus éxitos a la buena suerte, mientras que las no deprimidas a sus propias habilidades.

Condensado de Baltes y otro (1992) Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Capítulo 4.

Clasificación.- Psiquiátricamente se detectan tres tipos de depresión: neurótica, psicótica o melancólica y trastorno bipolar. Psicosomáticamente se encuentra otra forma: la Depresión Corporal y en el psicoanálisis ontológico existe la Depresión Espectral. Sus características dinámicas son:

La depresión neurótica.- Esta depresión contiene síntomas de la índole psíquica que se han formado desde el complejo de Edipo y específicamente denuncia el complejo de castración. Sus síntomas son: bradipsiquia, pesimismo, cansancio, tristeza, irritabilidad, trastornos del sueño, hipo sexualidad, etc. debido a que la libido está amonestada desde el interior del conflicto psíquico. Son síntomas de trastorno del desplazamientos en la semántica simbólica de la libido; pero si en vez de ser sólo amonestada es castigada cruelmente por la moral destructiva introyectada de los padres tiende a ser coartada, escindida y transformada en odio, por eso la sintomatología psíquica puede transformarse en psiquiátrica y a los síntomas anteriores se unen intensos sentimientos de culpabilidad, auto reproche y tendencia al suicidio.

La depresión psicótica.- Esta también es de naturaleza psíquica pero la libido -a diferencia del cuadro anterior- está poco y mal estructurada dando lugar al nacimiento del deseo bizarro y con ello a su realización alucinatoria debido a una sobrecarga por repliegue narcísico ante una ruptura objetual actual. Aparecen síntomas psiquiátricos del tipo: alucinaciones, anafectividad, delirio, autismo, ambivalencia del pensamiento y del afecto hacia sí mismo como hacia los objetos, etc. síntomas que avanzan más allá de sí mismo hasta ser trastornos del comportamiento social.

La depresión bipolar.- Antes fue designada como psicosis maniaco depresiva, tiene una libido también perturbada precozmente por ello se estructura como depresión psicótica que vira con facilidad a la elación maniaca debido a que escapa a la naturaleza del conflicto y se libera de éste no sin salirse del ámbito de lo real. Ya allí, los síntomas ciclan bipolarmente es decir, van de un polo a otro con tendencia al suicidio en ambos estados.

La depresión corporal.- Esta depresión junto a la que le sigue a continuación es la que se descubre actualmente gracias a los que estudiamos y tratamos a pacientes psicosomáticos. Presenta una sintomatología que pertenece básicamente al ámbito corporal, casi nada o muy poco al psíquico. La libido en esta depresión tiene la particularidad de no estar en lo psíquico o si está posee poca estructuración debido a que ha ido a formar parte del Yo dejando atrás a un psiquismo pobre y atrofico; otra característica es la tendencia libidinal a su deshilachamiento o retorno de la libido a energía somática excitada porque es en ésta energía donde aconteció el trauma depresor. En aquel momento el paciente hizo un estado depresivo clínico en el psicósoma (unidad primordial del hombre antes de formarse el psiquismo) que evito formar el psiquismo enfermo gestándose en su lugar la Mente la misma que está no solo bien forjada y preservada sino aparentemente sana, razón por la cual cuando se la estudia

psicopatológicamente es difícil el diagnóstico de depresión en la clínica médica y psiquiátrica porque toda vez que se la quiera encontrar en sus presentaciones psíquicas habituales éstas no existen.

También podemos llamarla de Depresión Vacía que designa la ausencia psíquica y la formación mental hasta con hipertrofia yoica.

Los síntomas de ésta depresión corporal anuncian por un lado la corporización del trauma depresor en el individuo y por otro lado la formación del lenguaje depresivo de órgano. Estos dos fenómenos traen consigo la localización de la depresión corporal en dos niveles, uno en el sistema músculo esquelético, tendinoso y articular donde existe la adinamia, cansancio corporal y dolor físico de diversa índole, y reactivamente irritabilidad, mal humor, tristeza; y el otro nivel, el que señala que esta depresión se ubica más profundamente, en el sistema neurovegetativo, dando síntomas selectivos en cada tejido, órgano, aparato y sistema. De allí que existan dos polos en este tipo de depresión, uno que corresponde a los dolores de diversa índole y otro a los trastornos viscerales y disfunciones vegetativas del tipo: colitis, úlceras, neuritis, trastornos inmunológicos que favorecen la presencia de infecciones micóticas, bacteriales y virales, sin que exista atipia y desorganización celular. Conjunto etiopatogénico que funciona semejante al modo bipolar en ciclaje lento o rápido pero en el cuerpo y que a la postre se ve cómo forman las bases para la organicidad y el ingreso del paciente a medicina interna o cirugía para los tratamientos orgánicos correspondientes.

Ya allí ante el estudio sólo cognitivo-conductual no se verá enfermedad alguna psíquica, pero si se hace el estudio psicoanalítico psicósomático se descubre la depresión vacía.

La depresión espectral.- Esta depresión y la anterior son las más frecuentes en el mundo actual. El trastorno se dio antes de aparecer la energía somática excitada, es decir genéticamente es anterior a la depresión corporal. El trastorno originario se ubica en el polo sensorial el mismo que se haya incrustado por la espectralidad, generalmente horrorosa. Cada espectro es una imagen fea, tenebrosa, tanática, poco organizada (bizarra) que causa temor como también amor-odio y repudio. La persona que posee espectralidad trata de reprimir los espectros pero constantemente vuelven porque el sensorio está fijado a ellos. Generalmente crean imágenes en tren asociativo paralelo a las percepciones externas a quienes contaminan y significan por desplazamiento de carga. No produce trastornos clínicos del pensamiento del tipo psicótico pero sí -por la fijación neuro-psicológica en el sensorio- psicosis dinámica bajo la forma de fantasmagoría (del fr. fantasmagorie: "Ilusión de los sentidos o figuración vana de la inteligencia, desprovista de todo fundamento") razón por la cual tiene valor de ilusión o pseudo percepción y comúnmente se le llama de locura para diferenciarla de la psicosis. El paciente aún sabiendo que se trata del sistema imaginativo y representacional cree en ellos como realidad en sí mismo. Se sabe loco. De allí nacen síntomas que dan lugar al espanto, esto es miedo, sobresalto y ansiedad fantasmal sin tristeza ni depresión aparente; persistentes con tendencia a ser más intensos cada vez hasta ser temor generalizado al vivir, al expresarse, a ser. Atrapa tanto al paciente que se paraliza de susto, y su energía -que no puede elaborarse psíquicamente como pensamiento- se desborda fuera del yo y crea ansiedad de allí que avance hacia el pánico en los ámbitos familiar, social y existencial. Otras veces se estructura como miedo al encierro (claustrofobia), a los espacios abiertos (agorafobia), a estar aprisionado e inerme a la maldad de los demás, a la mala suerte, al mal destino, etc. Este susto permanente que llega a ser espanto trata de infundirse en los demás generándoles miedo, dicen que el paciente hace el aojamiento o mal de ojo, daño por hechicería, etc. Son proclives a crear formas de metempsicosis es decir el mundo de los fantasmas, a la influencia de una persona muerta, al espiritismo, a las películas de terror a fin de crear sueños espectrales y espantosos. Allí la energía onírica, no es libido sino energía somática aun no excitada que se expresa espectralmente por el sensorio con el afán de excitarse a fin de descargarse, razón por la cual no tienen elaboración simbólica ni hay el deseo libidinal. Temen dormir y soñar. Cuando niños al sufrir de pesadillas espectrales en sus hogares la vida era fuente de terror. Se entristecen, sufren de pena por la espectralidad y saben atinadamente que es un tipo de depresión pero no le dan nombre. Tradicionalmente los chamanes atienden a estos pacientes y a su padecimiento la llaman enfermedad del susto, donde dicen que el espíritu está espantado, y creen en su fuerza espiritual que pueden lidiar con la espectralidad y curar. En realidad el buen chamán hace lo que nadie hizo en el niño a su debido tiempo: espantar los espectros con la fuerza del amor.

Motta Torres D, La depresión. Sus tres formas de expresión. INTERPSIQUIS. 2007.

Definición.- Estado de ánimo donde aparece un desinterés por el mundo externo y una inhibición general de la actividad, como consecuencia de la pérdida, real o imaginada, de un objeto muy querido (persona, empleo, etc). Las depresiones pueden ser exógenas o reactivas (la pérdida es real), y endógenas (la pérdida no es real). La depresión es un fenómeno complejo, pero en lo básico incluye humor triste, inhibición física y mental, y disminución de la autoestima (dolor moral). Puede entenderse como una entidad nosográfica aparte, o como síntoma de otra patología como la neurosis o la psicosis. Cazau P (2000) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Generalidades.- La palabra 'depresión' puede hacer referencia tanto a un estado de ánimo normal y pasajero, como a un estado de ánimo patológico. Desde este último punto de vista, la depresión puede

ser considerada como un simple síntoma, como un síndrome, o bien como una enfermedad con entidad propia.

Sin embargo, la diferencia entre la depresión normal y la patológica puede a veces no ser bien clara: por ejemplo, una persona puede estar deprimida porque perdió un empleo o falleció un ser querido (depresión normal), pero si este estado se prolonga excesivamente y la persona no puede recuperarse, comenzaremos a pensar en una depresión patológica.

La palabra 'depresión' tiene originalmente un significado físico: una superficie deprimida es una hondonada, que a veces es utilizada por la misma persona cuando dice estar 'bajoneada'.

La depresión, según Kaplan (1996), existe desde la Antigüedad, puesto que pueden encontrarse descripciones de lo que hoy conocemos como trastornos del estado de ánimo en textos muy antiguos. Así, la historia del rey Saúl en el Viejo Testamento describe un síndrome depresivo, así como lo hace también el suicidio de Ajax en la Ilíada de Homero.

Rojtenberg considera la depresión como "el conjunto de manifestaciones ideativas, conductuales y afectivas caracterizado principalmente, por la disminución de la autoestima, la angustia y sus diferentes expresiones somáticas, y la inhibición psicomotora" (Rojtenberg, 1994).

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Kaplan H. Sadock B y Grebb J (1996) Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría clínica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Rojtenberg S, ¿Fracasa la psicofarmacología frente a la depresión? Revista Prensa Psicológica, Número 2, Buenos Aires, Mayo/Junio 1994.

Manifestaciones clínicas.- En la depresión aparece una disminución o descenso de la actividad funcional acompañada de sensaciones de pesimismo o tristeza. A nivel físico puede haber pérdida de peso, pérdida de apetito o insomnio. A veces también se hacen ostensibles remordimientos o sentimientos de culpa, y el enfermo suele referirse a sus accesos depresivos, como 'bajones', ilustrando con ello claramente el descenso de actividad y el desinterés por las cosas que antes atraían su atención.

A nivel de conciencia, puede haber desorientación alopsíquica, es decir, cierto desconocimiento de la persona con respecto a su ubicación, por ejemplo en el tiempo: no saber qué día de la semana es, o qué día del mes. Esto podría estar relacionado por un lado con su desinterés por el mundo exterior, y por el otro con el hecho de que, al no desarrollar ninguna o casi ninguna actividad, esto puede desorientarlo respecto de la fecha actual. En efecto, nuestras propias actividades están pautadas temporalmente: tal día hacemos tal cosa, tal día otra, etc., y, si no hacemos nada, podemos perder esta orientación temporal.

Con respecto a la atención, hay hipoprosexia, es decir, disminución de la atención, en este caso por desinterés del mundo externo. Esta característica puede verse, aunque por razones diferentes, también en la demencia y la oligofrenia.

Como alteración cuantitativa de la percepción, encontramos un retardo perceptivo, también consecuencia del desinterés del depresivo por los acontecimientos externos. Este desinterés hace que también pueda presentar dificultades en la función mnémica, concretamente, en la etapa de fijación de los estímulos.

A nivel de la actividad psíquica global, encontramos en el depresivo bradipsiquia, es decir, una lentificación de todos los procesos, incluyendo el pensamiento y la actividad motora. En este último sentido, existe hipoactividad, que se refiere a una disminución de la actividad motora.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Diagnóstico.- Antiguamente, la depresión se diagnosticaba como melancolía, nombre que le habían puesto los griegos porque suponían que la depresión era causada por la bilis negra. Posteriormente, la psiquiatría clásica y aún el psicoanálisis continuó utilizando esta misma denominación, pero algunos psiquiatras introdujeron otros términos, como locura circular y psicosis maniaco-depresiva, pues observaron que los estados depresivos alternaban con estados de manía o euforia. El psicoanálisis, específicamente, dio su propia versión acerca de la etiología de la depresión. Freud, en "Duelo y Melancolía", desarrolla una concepción psicodinámica: el paciente melancólico se ha identificado con el objeto que ha perdido, lo que explica los autorreproches, típico en esta enfermedad. Melanie Klein, en la misma línea psicoanalítica, relacionó la depresión con la posición depresiva infantil. Ella entendía los ciclos de depresión y manía con la expresión de un fracaso del sujeto por establecer vínculos afectivos en la infancia. Más recientemente, H. Kohut redefinió la depresión en términos de su psicología del self, señalando que la depresión sobreviene cuando hay una insuficiencia de ciertas respuestas del ambiente que sirven para sostener la autoestima y el sentimiento de plenitud.

Llegamos finalmente, a la clasificación que establece el DSM en su última versión, el DSM-IV. Esta clasificación incluye los estados depresivos dentro de los llamados 'trastornos del estado de ánimo', que se caracterizan principalmente por una alteración del humor.

En su edición revisada (DSM-III-R), se considera que hay depresión cuando se presentan, además del estado de ánimo deprimido o la imposibilidad de disfrutar placenteramente sus actividades, por lo menos cuatro de los siguientes síntomas:

- 1) Pérdida o aumento de apetito o peso sin dietas especiales.
- 2) Insomnio o hipersomnia.
- 3) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- 4) Pérdida del placer o interés por las tareas habituales.
- 5) Pérdida de energía o fatiga.
- 6) Sentimientos de inutilidad, autorreproche o culpas excesivas o inapropiadas.
- 7) Lentificación del pensamiento, disminución de la concentración e indecisión.
- 8) Ideación de muerte, suicidio o deseos de estar muerto.

Téngase presente que la depresión suele manifestarse en muchos trastornos diferentes, incluyendo la esquizofrenia y otros. Por lo tanto, hacer un diagnóstico de depresión resulta a veces difícil pues debemos considerar muchos aspectos: el aspecto afectivo (por ejemplo el sentirse triste), el aspecto cognitivo (pensar que nada es importante, pensar que uno 'no sirve para nada'), y el aspecto conativo o relativo a la actividad (el depresivo no hace nada, permaneciendo, por ejemplo, largo tiempo sentado o tirado en la cama).

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

American Psychiatric Association (1992) DSM-III-R. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (1995) DSM-IV. Barcelona: Masson.

Etiología.- La depresión está asociada con alteraciones bioquímicas a nivel de los neurotransmisores, así como a conflictos intrapsíquicos y acontecimientos externos desencadenantes, de orden ambiental y especialmente social. Resulta importante tener presente los factores sociales, económicos y políticos que pueden acentuar una depresión existente, o hacerla aparecer. Un problema económico puede ser por ejemplo la pérdida del empleo, y un problema social la discriminación: quien es discriminado por cualquier motivo puede entrar en un estado depresivo, ya que se activan ideas de disminución de la propia autoestima. Se trata entonces de un síndrome multideterminado.

Desde un punto de vista etiológico se suele dividir las depresiones, según las características del acontecimiento desencadenante, en depresiones reactivas y depresiones endógenas. Las primeras constituyen una 'reacción' frente a una situación de pérdida, reacción que aparece como racionalmente justificada. Por ejemplo, las depresiones frente a la pérdida de la propia salud, del trabajo, de una pareja (sea por fallecimiento o por abandono), e inclusive frente a la pérdida de alguna oportunidad para progresar o desarrollarse en la vida.

En cambio, las depresiones endógenas aparecen o bien espontáneamente, sin una causa que las justifique, o bien, el acontecimiento desencadenante es pequeño y no guarda relación proporcional con el estado depresivo. Una depresión reactiva puede tener su continuación en una depresión endógena. Las depresiones endógenas tienen en general peor pronóstico que las depresiones reactivas, donde la persona puede superar su estado depresivo, su duelo, volviendo a dirigir su atención hacia nuevos objetos y actividades.

Sin embargo, debemos distinguir la depresión del duelo. Señala Kaplan que "tanto la depresión como el duelo pueden manifestarse con tristeza, llanto y tensión expresada en forma de retardo o agitación psicomotriz". También son comunes a ambas condiciones la pérdida de apetito o peso, el insomnio, la pérdida de interés sexual y el abandono de actividades externas. Asimismo, la conducta normal de la persona que experimenta el duelo suele despertar instintivamente sentimientos de simpatía, apoyo o consuelo en los otros, y ella misma demuestra algún tipo de respuesta y agradecimiento hacia ellos. En contraste, las quejas y los lamentos de las personas deprimidas pueden irritar y aburrir a la persona que las oye.

De la depresión endógena hay descripciones muy antiguas. Los filósofos griegos la llamaban melancolía y mencionan en sus escritos estados depresivos que alternaban con episodios maníacos. Claramente, los antiguos se están refiriendo a lo que hoy en día se suele denominar la psicosis maníaco-depresiva, un trastorno bipolar del humor con alternancia de episodios depresivos y maníacos. Sin embargo, el DSM-III-R intenta diferenciar el síndrome depresivo de esta psicosis melancólica, estableciendo un cuadro denominado "depresión mayor", cuyos criterios de identificación son básicamente dos: a) hubo un solo episodio de depresión mayor o bien varios separados por periodos de normalidad, y b) nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco inequívoco.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Kaplan H. Sadock B y Grebb J (1996) Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría clínica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

American Psychiatric Association (1992) DSM-III-R. Barcelona: Masson.

Depresión y autoestima.- "La depresión se basa en la misma predisposición que la adicción y los impulsos patológicos. Una persona fijada al estado en que su autoestima es regulada por suministros externos, o a quien los sentimientos de culpa han hecho regresar a ese estado, tiene una necesidad vital de tales suministros. Recorre este mundo en una situación de constante voracidad. Si sus

necesidades narcisísticas no son satisfechas, su autoestima desciende hasta un punto peligroso. Para evitarlo, está dispuesta a hacer cualquier cosa. Intentará por todos los medios inducir a los demás a dejarle participar en su supuesto poder. Por un lado, la fijación pregenital de estas personas se manifiesta en una tendencia a reaccionar a las frustraciones con la violencia. Su dependencia oral, por otro lado, les impulsa a tratar de conseguir lo que necesitan por medio de la propiciación y de la sumisión. El conflicto entre estas dos formas contradictorias de conducta es característico de las personas que presentan esta predisposición" (Fenichel, 1986:437).

Fenichel Otto (1986) Teoría psicoanalítica de las neurosis. México: Paidós.

Depresión y pregenitalidad.- "La pregenitalidad de estos pacientes se exhibe ante todo en su orientación anal. Abraham demostró que la personalidad los maníacos-depresivos en sus intervalos de remisión, se asemeja en gran medida a la de los neuróticos obsesivos. Las combinaciones de depresiones y neurosis obsesiva son frecuentes. Muy a menudo el dinero juega un papel significativo en el cuadro clínico (el temor a la pérdida del dinero y de poder, en las depresiones). Detrás de esta orientación anal siempre resultan visibles las tendencias propias de una fijación oral. La negativa a comer no es solo el síntoma clínico más extendido de la melancolía. Es concomitante de toda depresión. Ocasionalmente alterna también con la bulimia" (Fenichel, 1986:438).

"Es fácil demostrar la existencia de fantasías canibalísticas en los delirios de la melancolía así como también en casos menos graves de depresión, donde pueden ser observados en los sueños o como significado inconciente de uno u otro síntoma. Los pacientes depresivos vuelven con frecuencia a actividades eróticoorales de la infancia, tales como, por ejemplo, la succión del pulgar. Además, las personas deprimidas ostentan en su carácter diversos rasgos de índole oral".

"Las ideas inconcientes de las personas deprimidas, y a menudo también sus pensamientos concientes, están llenos de fantasías sobre personas que ellos pueden haberse comido. Para aquellos que carecen de experiencia en el análisis no cabe excederse en destacar hasta qué punto esta incorporación oral es concebida literalmente como un acto de devorar" (Fenichel, 1986:439).

Fenichel Otto (1986) Teoría psicoanalítica de las neurosis. México: Paidós.

Reseña de los problemas que atañen a los mecanismos de la depresión.- "Los acontecimientos que precipitan una depresión representan o bien una pérdida de autoestima o una pérdida de suministros que el paciente confiaba que habían de asegurar o acaso elevar su autoestima. Tanto pueden ser experiencias tales que también para una persona normal implicarían una pérdida de autoestima -fracasos, pérdida de prestigio o de dinero, un estado de remordimiento- o bien implican la pérdida de ciertos suministros externos, como ser un desengaño en el amor o la muerte de un partenaire amoroso. O aun puede tratarse de tareas que el paciente debe realizar, y que objetiva o subjetivamente le hacen sentir más claramente su 'inferioridad' y sus necesidades narcisísticas. Paradójicamente, incluso ciertas experiencias que para una persona normal significarían un aumento de autoestima, pueden precipitar una depresión si el paciente teme el éxito como una amenaza de castigo o de represalia, o como una imposición de tareas ulteriores que significaría, a su vez, un aumento de la necesidad de suministros".

"En la fenomenología de la depresión hallamos en primer plano una pérdida más o menos grande de autoestima. La fórmula subjetiva es: 'Lo he perdido todo; ahora el mundo está vacío', si la pérdida de autoestima se debe principalmente a una pérdida de suministros externos. Si se debe en primer lugar a una pérdida de suministros internos del Superyó, la fórmula es esta otra: 'Lo he perdido todo porque no soy merecedor de nada'" (Fenichel, 1986:440).

"Los pacientes tratan de influir sobre las personas de su contorno para que les devuelvan su pérdida autoestima. A menudo tratan de cautivar a sus objetos de una forma que es peculiar de los caracteres masoquistas, demostrándoles su desdicha y acusándoles de ser causantes de esa desdicha, y forzando su afecto, incluso a veces por la extorsión, a la manera de la conducta antes mencionada de Federico Guillermo de Prusia. Esto se observa más frecuentemente en las depresiones neuróticas que en las psicóticas, porque la actitud de propiciación del neurótico se dirige más hacia los objetos externos".

"Esto mismo puede observarse incluso en el caso de simples sentimientos neuróticos de inferioridad o en el caso de 'mal humos', que muy a menudo toman esta forma: 'no soy bueno'. Los sentimientos latentes de culpa son corrientes en los neuróticos porque éstos se sienten que los 'malos' impulsos rechazados siguen actuando desde adentro".

"Aun en las personas psicóticamente deprimidas se da la propensión a acusar a sus objetos de falta de amor y a actuar sádicamente con los objetos externos. Esto puede verse en ciertas formas de conducta de estos pacientes, que contradicen abiertamente su sentimiento conciente de ser las personas peores del mundo. El paciente deprimido, que en apariencia es tan extremadamente sumiso, logra a menudo, de hecho, dominar a todos los que le rodean. El análisis muestra que esto es manifestación de un intenso sadismo anal".

"Una vez más tenemos que insistir en que la líneas de separación entre las depresiones neuróticas, con sus luchas ambivalentes entre el paciente y los objetos, en torno a los suministros narcisísticos, y las depresiones psicóticas, en las que el conflicto se ha internalizado, no es muy neta. Los conflictos entre

el Superyó y el Yo existe en todo aquel que tiene necesidades narcisísticas. Y los restos de una esperanza de ayuda externa pueden aun hallarse en casos de graves psicosis depresivas”.

“Es característico de la depresión, especialmente de la depresión psicótica, que los intentos de restablecer el equilibrio narcisístico perdido, por medio de la introyección de los objetos, estén destinados al fracaso. A causa de su carácter sádico, la introyección es percibida como un peligro o como culpa, y las luchas antes mantenidas con los objetos externos re prolongan dentro del ‘estómago’, del paciente, con los objetos introyectados. El hecho de que dentro del Superyó ya existe otro objeto introyectado, que queda involucrado en esta lucha, complica el cuadro. La persona deprimida, después de la introyección del objeto, no siente una rabia como la que se expresa por ‘quiero matarlo (Yo)’, sino esto otro: ‘merezco que me maten’. Es el Superyó, por regla general, el que se vuelve contra el Yo en su lucha contra el objeto. El Yo, a su vez, se comporta con este Superyó como antes lo había hecho con el objeto. El resultado es que la lucha del *sujeto vs. objeto introyectado* se complica en dos sentidos: en primer plano aparece la lucha del *Superyó vs. Yo + objeto introyectado*; pero el Yo, en su ambivalencia hacia el Superyó, cambia ésta por una lucha del *Yo vs. Superyó + objeto introyectado*” (Fenichel, 1986:441-442).

Fenichel Otto (1986) Teoría psicoanalítica de las neurosis. México: Paidós.

Depresión y diálisis.- Introducción: La prevalencia de la insuficiencia renal crónica se encuentra en aumento en todo el mundo. El adecuado abordaje de las patologías afectivas que la acompañan exige realizar un diagnóstico diferencial y tomar en cuenta las complejas interacciones psicosociales y biológicas que las originan.

Método: Revisión de la literatura sobre trastornos afectivos en pacientes que reciben diálisis.

Resultados: En esta población, los trastornos psiquiátricos más frecuentes son la ansiedad y la depresión, en sus distintas presentaciones. La evaluación de esta última se complica por su traslape sintomatológico con la insuficiencia renal crónica, clínicamente difícil de diferenciar. Por ello los distintos estudios muestran prevalencias muy diferentes, dependiendo de la escala utilizada, su modo de aplicación y enfoque diagnóstico.

Conclusiones: El abordaje del paciente que recibe diálisis debe incluir equipos multidisciplinarios que empleen estrategias psicoterapéuticas y consideren elementos individuales, familiares y las interacciones desde el punto de vista sistémico, que se generan dentro de la unidad de diálisis. Además, se debe analizar el círculo vicioso entre depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y enfermedad cerebro-vascular. Podría tratarse de una patología mucho más compleja de lo que inicialmente se consideró, que al tener elementos de lesión cerebral permanente en los pequeños vasos explican, al menos en parte, la pobre respuesta a los antidepresivos en estos pacientes.

Ricardo Millán González. Una entidad polimorfa y multifactorial: Depresión en pacientes que reciben diálisis. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. 2009 SEP; 38(3):522-533.

Depresión y duelo.- “Para aclarar esta introyección y sus consecuencias, Freud comparó la depresión con un fenómeno normal que le es afín: el duelo. Cuando un niño pierde un objeto, sus tendencias libidinosas, desligadas del objeto, ‘inundan’ al niño y pueden crear pánico. En la ‘aflicción’, el adulto ha aprendido a controlar esta inundación retardando el inevitable proceso de la pérdida. El vínculo con el objeto perdido está representado por centenares de recuerdos separados. La disolución del vínculo se va operando separadamente para cada uno de estos recuerdos, y esto requiere tiempo. Freud llamó a este proceso ‘trabajo de duelo’. La realización de este trabajo es una tarea difícil y desagradable que muchas personas tratan, además, de retardar, aferrándose a la ilusión de que la apersona perdida aun vive y postergando con ello el necesario trabajo de duelo. Una aparente falta de emoción en los casos de duelo puede deberse también a una identificación con la persona fallecida”.

“La ilusión de que la persona perdida sigue viviendo y la identificación con la misma se hallan íntimamente relacionadas. Toda persona en trance de duelo trata de simplificar su tarea mediante la creación de una especie de objeto sustitutivo dentro de sí mismo una vez que el objeto real ha desaparecido. Utiliza para esto el mismo mecanismo que emplea toda persona que ha sufrido un desengaño, inclusive los deprimidos: la regresión del amor a la incorporación, de la relación de objeto a la identificación. Se puede observar a menudo que una persona que está de duelo empieza a parecerse en un detalle o en otro, a la persona que motiva el duelo. Así, por ejemplo, como en un caso referido por Abraham, su cabello empieza a ponerse canoso como el de la persona fallecida. O desarrolla síntomas cardíacos, si la persona falleció de una enfermedad del corazón, o adopta alguna de las peculiaridades del habla o determinados gestos de la persona fallecida. Freud destacó el hecho de que este proceso no se limita al caso de una pérdida por fallecimiento, sino que es válido igualmente para el caso de una pérdida puramente imaginaria. Se refirió al caso de las mujeres que, a continuación de una separación, adoptan rasgos pertenecientes a sus amantes. La bulimia (institucionalizada bajo forma de comidas funerales, que traen a la memoria los festivales totémicos de los salvajes), que inconscientemente representa la idea de comerse a la persona fallecida, y por otro lado, el rechazo de alimentos, que significa el rechazo de esta idea, caen dentro de los límites de la aflicción normal. Todo esto comprueba la existencia de una identificación con la persona fallecida, percibida subjetivamente

como una incorporación oral que ocurre en el mismo plano que la identificación psicótica, pero de menor intensidad" (Fenichel, 1986:443-444).

"Puede establecerse, en resumen, que el duelo se caracteriza por una introyección ambivalente del objeto perdido, la persistencia, en relación con los objetos introyectados, de sentimientos que alguna vez fueron dirigidos al objeto y la participación de sentimientos de culpa a lo largo del proceso" (Fenichel, 1986:445).

"Los tipos más arriba descritos como predispuestos al desarrollo de una depresión reúnen las tres características citadas: una necesidad narcisista aumentada, una ambivalencia aumentada y una moralidad aumentada. Cuando una persona como ésta pierde un objeto, odia el objeto por haberla abandonado, trata de obligarlo, mediante violentos recursos mágicos, a compensarle su pérdida, prosigue con tales intentos luego de introyectar en forma ambivalente el objeto, y en sus esfuerzos por disminuir sus sentimientos de culpa, en realidad los intensifica. La continuación de esta lucha con el objeto introyectado, caracterizada por una elevada catexis, constituye la depresión. La depresión es un intento desesperado de obligar a un objeto incorporado oralmente a conceder perdón, protección, amor y seguridad. Los elementos destructivos liberados por esta coerción crean ulteriores sentimientos de culpa y temores de represalia. El deprimido se halla en una situación insostenible, dado que teme que la concesión de estos suministros, no necesita de una manera tan desesperada, pueda significar al mismo tiempo la venganza del objeto, o del objeto introyectado" (Fenichel, 1986:446).

Fenichel Otto (1986) Teoría psicoanalítica de las neurosis. México: Paidós.

Depresión y Superyó.- "Después de la introyección, el sadismo se pone de parte del Superyó y ataca al Yo, que ha sido modificado por la introyección. No es rabia lo que se siente, sino sentimiento de culpa. El sadismo del Superyó, en la depresión, es mayor que el sadismo del Superyó que hallamos en los neuróticos obsesivos, tanto como la ambivalencia del deprimido excede a la del neurótico obsesivo. El Superyó trata al Yo de la misma manera que el paciente, inconcientemente, había querido tratar al objeto que ha perdido" (Fenichel, 1986:448).

Fenichel Otto (1986) Teoría psicoanalítica de las neurosis. México: Paidós.

Depresión y angustia.- "Tanto la depresión como la angustia son expresiones de conflicto de la personalidad altamente significativas. Ambas constituyen reacciones básicas del Yo del individuo, pero con contenidos diametralmente opuestos. La angustia consiste esencialmente en una reacción frente al peligro en la que el Yo evidencia su deseo de sobrevivir y se prepara para la lucha o para la fuga si ello es necesario. En la depresión ocurre precisamente lo contrario: el Yo se encuentra paralizado porque se siente incapaz de enfrentarse con el peligro; en ocasiones, el deseo de vivir se encuentra reemplazado por el deseo de morir por considerarse impotente para superar el riesgo que lo amenaza. La angustia se exterioriza como un estado afectivo displacentero acompañado de síntomas fijos característicos que corresponden a los aparatos respiratorio y circulatorio (disnea, palidez, aceleración del pulso y latidos cardíacos, etc.). La depresión se manifiesta por apatía, tristeza, decaimiento moral y físico con sensaciones de impotencia y desesperanza" (Grimberg, 1978:79).

Grimberg León (1978) Culpa y depresión: estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós.

Primacía de los factores cognitivos en la depresión.- Como señala Schreiber (1978, citado por Beck y otros, 2006:25), las distorsiones cognitivas podrían ser equiparadas con los síntomas afectivos, motivacionales, conductuales o vegetativos, es decir, conceptualizadas simplemente como manifestación o síntoma de la depresión. "De hecho, muchas descripciones contemporáneas consideran la depresión simple y llanamente como un trastorno afectivo, ignorando por completo los aspectos cognitivos" (Beck y otros, 2006:25-26).

En su conceptualización de la depresión, Beck ha intentado dar algún sentido a los diversos fenómenos que abarca la depresión, sistematizándolos en una secuencia lógica coherente. "El modo como los signos y síntomas de un trastorno pueden ordenarse para dar lugar a relaciones con significado (aunque sean hipotéticas) puede ilustrarse con una analogía" (Beck y otros, 2006:25-26).

Beck, A. y otros (2006) Terapia cognitiva de la depresión. Biblioteca de Psicología. Descleé de Brower. Impreso en España. Bilbao.

Prevención primaria.- El abordaje preventivo de la depresión es, indudablemente, muy difícil y problemático dado los múltiples factores que influyen sobre ella. De alguna manera, cabe encarar la prevención a partir de ejercer alguna influencia sobre los factores desencadenantes (entorno social favorable, economía estable, etc) o sobre los factores predisponentes constituidos por las primeras experiencias infantiles, es decir, una educación adecuada que minimice la instauración de factores patógenos de estados neuróticos o psicóticos, patologías donde suele aparecer la depresión.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Tratamiento.- Respecto de la terapéutica del estado depresivo, las polémicas surgidas entre los investigadores, la observación continua de pacientes, los medicamentos, la investigación farmacológica y

las consultas de psicólogos y psiquiatras han hecho posibles los modernos tratamientos con notables mejorías en los pacientes. Muchas personas salen de su estado depresivo gracias a la psicoterapia, cuando no pueden hacerlo por sí solos. En los casos severos, donde suele haber riesgo de conductas suicidas, se impone el tratamiento coyuntural con fármacos que restablezcan los niveles normales de ciertos neurotransmisores. Sobre esta base, se puede iniciar o retomar el tratamiento psicoterapéutico. Como psicólogos, está en nuestras manos el tratamiento psicoterapéutico de la depresión, con la precaución de mantener al depresivo bajo un control médico si el curso de su enfermedad alcanza picos peligrosos donde es preciso medicar.

En la actualidad, las técnicas terapéuticas están bastante perfeccionadas y estandarizadas, y se ha demostrado que son eficaces para tratar las depresiones menores y muchas de las endógenas. Las depresiones menores no incluyen ideas suicidas, y le permiten al paciente desarrollar ciertas actividades, aunque muy empobrecidas.

Básicamente hay tres terapias básicas que se utilizan: la conductista, que parte de la idea de que el paciente se deprime cuando no recibe estímulos o apoyo positivo a sus esfuerzos; la terapia cognitiva, basada en la idea de que la depresión surge cuando la persona proyecta su futuro en forma pesimista, y lo que intenta el terapeuta es contrarrestar tales creencias; y por último el psicoanálisis, que intenta indagar procesos y conflictos inconcientes que se manifestarían como estados de ánimo depresivos.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Tratamiento a largo plazo.- La depresión es la más común de las enfermedades mentales y la principal causa de incapacidad. Actualmente se considera que la depresión mayor es un trastorno crónico, con tasas muy elevadas de recurrencia a lo largo de la vida.

En el presente artículo se ha realizado una revisión de la literatura publicada sobre el tratamiento a largo plazo de la depresión. Se ha hecho especial hincapié en las cuestiones no resueltas en el tratamiento a largo plazo, la prevención de recaídas y recurrencias y la duración óptima del tratamiento de mantenimiento.

Las recomendaciones actuales sobre el tratamiento de la depresión mayor incluyen tres fases: la fase aguda (4-8 semanas), cuyo objetivo es lograr la remisión; la fase de continuación, cuyo objetivo es preservar la remisión, y la fase de mantenimiento, para prevenir las posibles recurrencias. La mayoría de los estudios revisados apoyan el tratamiento con antidepresivos durante las fases de continuación y/o mantenimiento en pacientes que han respondido al tratamiento agudo y/o de continuación con antidepresivos.

La evidencia científica actual sugiere que el efecto del tratamiento persiste al menos durante los 2 años de tratamiento de mantenimiento con antidepresivos.

Situación actual del tratamiento a largo plazo de la depresión. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2007 SEP; 35(5):285-299.

Viñeta clínica.- "M., mujer de 43 años, tiene desde hace algunos meses cambios en su estado de ánimo; pero el último 'bajón' ya le dura algunas semanas, y esto la preocupa demasiado".

En primer lugar los síntomas de la depresión al principio no llaman la atención del paciente, y este considera que es un estado pasajero. Esto contrasta con otros síntomas, como por ejemplo alucinaciones, donde el paciente o quienes lo rodean advierten mucho más rápidamente una situación grave. El comienzo insidioso de la depresión atenta contra las posibilidades de tratamiento, pues cuanto más tarde se ataca el problema más difícil podrá ser su curación.

No necesita haber ni un factor desencadenante visible (M. no encontraba motivos para estar así), ni una edad determinada (pues solía asociarse la depresión con la vejez), ni un estado particular, como el puerperio o el climaterio (M. no estaba en ninguna de estas situaciones). La depresión aparece en cualquier momento de la vida, y si es más frecuente en los ancianos es por una cuestión de aislamiento social, pero no es exclusiva de ellos.

"M. comienza a notar que su relación con su esposo e hijos se resiente; ya no quiere salir con amigas; no tiene ganas de escuchar problemas de sus chicos; no tiene deseos de hacer el amor con su marido. Si por ella fuera se quedaría en cama todos el día sin ocuparse de nada, pues no encuentra motivación para sus actividades habituales, que cumple a regañadientes. Esta sensación no tiene nada que ver con algún cambio en las circunstancias que la rodean. Empieza a pensar que el problema es de ella misma".

Se ve aquí el desinterés por las actividades que antes atraían su atención, y se advierte también cómo un estado depresivo influye sobre la dinámica familiar. Aparece también un comienzo de concientización de la enfermedad, cuando piensa que no puede culpar a nadie ni a nada de su estado depresivo, y que es 'ella' quien está mal.

"M. no encuentra justificativo a su nuevo estado de ánimo. Comienza a sentir un concepto negativo de sí misma, a echarse culpas; se vuelve inapetente, y no quiere ni puede comer. Por las noches le cuesta conciliar el sueño, y a veces cuando despierta hacia la madrugada, le cuesta retomarlo".

Aparecen aquí síntomas físicos como falta de apetito e insomnio. Aparecen también sentimientos de culpa.

"M. se da cuenta de que ella sola no va a poder superar esta crisis. ¿Tendrá que ver con su menopausia? No lo sabe, pero siente que sola no puede, comienza a pensar que está enferma, o peor aún, ¿se estará volviendo loca, como ocurrió con su abuela? De todos modos, decidió pedir ayuda".

Este es el primer paso de su recuperación. La falta de explicaciones hace que pida la ayuda de un profesional para que él le pueda dar una explicación y, consecuentemente, tener posibilidades de curarse. El paciente depresivo por lo general acude a la consulta por propia decisión, aunque a veces ocurre que el paciente consulta por otro motivo diferente (angustia, impotencia, etc) y el psicólogo detecta episodios recurrentes de depresión que habían pasado inadvertidos para el mismo paciente. Como decía, la depresión tiene a veces manifestaciones que no preocupan demasiado al paciente. Después de todo, ¿quién alguna vez no tuvo 'bajones'?, es un ejemplo de justificativo.

Si se les pregunta qué les pasa, responderán que nada. El depresivo tiene el rostro contraído con expresión triste y como si algo lo preocupara. Su actividad intelectual es torpe, es apático y da una sensación de debilidad física. Estas son algunas de las manifestaciones psicósomáticas que alertan acerca de la presencia del trastorno.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Viñeta clínica.- Mariana G, 47 años, argentina, casada, es contadora pero no ejerce, y su actividad es la de ama de casa. Consulta en el mes de abril 1998, y refiere que en el mes de enero de este año comenzó a sentirse desganada, triste e irritable. "Todo me molestaba, hasta que mi marido se acercara..." Asegura que las molestias comenzaron en el mes de enero.

Recuerda que las fiestas de fin de año las pasó muy bien y con muchas ganas de preparar todo y de comprar regalos. A pesar de salir de vacaciones a la playa, que a ella le gusta mucho, esta vez no pudo disfrutarla. Dice: "Por mí me hubiera vuelto a mi casa, no podía tolerar que los otros estuvieran alegres..." Cada vez se fue sintiendo peor, ya no tiene ganas de nada, ni de higienizarse, le "tira la cama", pasa muchas horas acostada, y a veces, dice es donde mejor se siente, pero que no la dejan, con el argumento de que si se abandona no se levantará más.

Llora sin motivos, y evita que sus hijos la vean llorar. Ya casi no cocina, y cuando lo hace, hace lo mínimo y sin ganas. Siente la cabeza abombada, y todos los pensamientos son negros. Presenta pesimismo, sentimientos de incapacidad, dificultad de concentración, cefaleas, estreñimiento y pérdida de apetito, y bajó 4 kilos en estos meses. A partir de las 18 horas, empieza a sentirse mejor, el momento de irse a acostar es cuando le parece que nunca tuvo nada, y que al otro día se va sentir mejor...

Dice que siempre fue muy activa, que las tareas de la casa la tenían ocupada casi todo el día. "Tal vez, dice, un poco exagerada, ya que limpiaba sobre lo limpio". En la familia le dicen que es maniática de la limpieza, y que hasta los cansa, por que "los tengo locos con el orden y el mantenimiento de la limpieza, es más fuerte que yo...". Refiere que nunca estuvo enferma, salvo las enfermedades propias de los niños, y una fractura de codo, al caer de una escalera mientras descolgaba las cortinas del dormitorio, hace 10 años. Sus menstruaciones son normales en cantidad y en frecuencia, salvo que esta vez tiene un atraso de 25 días, y que no puede estar embarazada.

Interrogada sobre dificultades en su familia, comenta que su esposo trabaja en una fábrica de artefactos domésticos y que en el mes de diciembre se enteraron de que la empresa se vendería a un grupo español, que no se sabe si traerían de España al personal jerárquico, en ese caso, sí puede haber problemas por que es difícil a la edad de él conseguir nuevo trabajo.

Podemos recortar los siguientes aspectos de la entrevista y que pueden ser considerados indicadores de depresión:

- a. Se siente desganada, triste e irritable.
- b. Le molesta que su marido se le acerque (desinterés sexual).
- c. No puede disfrutar de situaciones, por ejemplo del estar en la playa.
- d. No tiene ganas de hacer nada, y le "tira" mucho estar en la cama. Cocina a desgano.
- e. Llora sin motivos.
- f. Pesimismo, baja autoestima, estreñimiento, pérdida del apetito.

Cualquiera de estos síntomas, por sí solo, no nos autoriza a hablar de un estado depresivo, pero todos ellos juntos aumenta mucho la presunción de la existencia de depresión. Por ejemplo, la sola presencia de desgano puede referir a otras causas, como cierto tipo de medicación, mientras que el desinterés sexual puede referir a un trastorno de la sexualidad y no a un trastorno del estado de ánimo, como es la depresión.

El caso clínico presentado puede ser categorizado como un episodio depresivo mayor, ya que:

A) La mujer presenta por lo menos cinco síntomas durante un periodo de dos semanas, y que representan un cambio respecto a su actividad previa (anterior al mes de enero): tiene un humor depresivo durante la mayor parte del día, acusa disminución de placer en muchas actividades diarias, tuvo una pérdida de peso, y presenta sentimientos de inutilidad.

B) Los síntomas antes indicados no cumplen los criterios para un episodio mixto. Esta mujer refiere que a partir de cierta hora del día se siente mejor, pero ello no significa un estado maniaco o eufórico, típico del episodio mixto.

C) Los síntomas le provocan a esta persona un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral y de su vida cotidiana.

D) Sus síntomas parecen no deberse a medicación o a drogas.

E) Sus síntomas no se explican mejor por la presencia de duelo. Esta mujer señala que sus síntomas depresivos comenzaron luego de las fiestas, pero sin referir ella ninguna pérdida importante (por ejemplo la pérdida de un ser querido) que justificase su estado depresivo.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

American Psychiatric Association (1995) DSM-IV. Barcelona: Masson.

La depresión en el contexto del ciclo vital de Erikson.- Considerando la depresión en el caso de la persona adulta, Erikson define dos estadios adultos: la juventud y la adultez propiamente dicha (Erikson, 1985:84). En líneas generales, ambos constituyen el séptimo estadio del ciclo vital, al cual Erikson le asignará la antítesis crítica de generatividad versus estancamiento. La generatividad abarca, para ser más precisos, la procreatividad, la productividad y la creatividad.

Estos conceptos aluden al la posibilidad que normalmente debe actualizarse en la adultez en cuanto a la generación de nuevos seres (los hijos) pero también a la producción de ideas, incluyendo un tipo de autogeneración que se relaciona con un mayor desarrollo de la identidad. Alternativamente, el estancamiento es la tendencia opuesta, que puede llegar a abrumar totalmente a quienes se encuentran inactivados en cuestiones generativas.

El adulto empieza a asumir un compromiso de 'cuidar' de las personas a su cargo, así como de los productos e ideas por los cuales ha aprendido a preocuparse (Erikson, 1985:85).

Para entender la depresión en este contexto, deberíamos discriminar entre dos situaciones depresivas: una normal y otra patológica. Cuando una persona atraviesa una situación de crisis vital, inevitable, como por ejemplo pasar de la adolescencia a la adultez, hay un sentimiento depresivo que forma parte natural de ese proceso de crisis, por cuanto hay toda una etapa previa que es experimentada como una pérdida, por ejemplo, la pérdida del cuerpo potente de la adolescencia. Lo mismo sucede en las situaciones de crisis accidentales como la muerte de un ser querido.

A priori, podríamos considerar que un estado depresivo no configura necesariamente una patología, salvo que, si consideramos las ideas de Erikson, dicho estado inhiba a la persona en crisis para afrontar y desarrollar sus nuevas capacidades como en este caso la generatividad y la productividad. Dicho estado depresivo se exacerbará y poco a poco llevará al sujeto al estancamiento, en la medida en que sea capaz de reactivar, como un factor desencadenante actual, una situación conflictiva mal resuelta en etapas o estadios anteriores. "El estancamiento, indica Erikson, señala la patología básica de la adultez e implica alguna regresión a conflictos previos" (Erikson, 1985:86), todo lo cual implica remontar el pasado e iniciar una exploración de la niñez y de los procesos que han quedado sepultados -pero no muertos- en el inconciente.

Sin embargo, hay un problema adicional, que es el de la realimentación del estado depresivo. Esto significa que, cuando dicho estado se instala y produce una situación de estancamiento que predomina sobre la generatividad, puede provocar a su vez una experiencia de frustración por no poder cuidar a sus hijos, por no poder producir ideas, etc, cayendo en el estado de inhibición propio de la depresión.

Tal experiencia de frustración generativa, tiene para Erikson a su vez un efecto patogénico, y podemos entender que producirá nuevamente depresión por la pérdida de su capacidad generativa. Aparecerá por ejemplo una de las características del estado depresivo descritas por el DSM-III, como los sentimientos de inutilidad. El proceso puede seguir realimentándose y, consecuentemente, agravándose cada vez más, pudiendo seguir tres posibles caminos: o bien se logra revertir la situación hacia la normalidad, o bien la depresión se hace crónica (o incluso alternada con fase maníacas), o bien termina con el suicidio. Los datos empíricos de la clínica han confirmado la posibilidad de estos tres caminos.

Debemos reconocer también la incidencia de los factores sociales y ecológicos en el surgimiento de la depresión en la adultez, entendiendo por factores ecológicos el conjunto de los factores culturales que influyen sobre el comportamiento del individuo. Por ejemplo, hoy en día y debido a cierta conciencia ecológica hay una aceptación general del control de la natalidad, y entonces la presión social que se ejerce sobre el individuo para que procrea hijos no es tan intensa, y la frustración generativa no se verá incrementada por este factor. Consecuentemente, su influencia sobre el estado depresivo será menor.

Alternativamente, el consenso social puede valorar mucho el trabajo y la producción de ideas en el adulto, y entonces una situación de estancamiento debida a conflictos infantiles en el adulto hará que este incremente el monto de su depresión. Esto tiene relación directa con el planteo que hará Sullivan acerca de la etiología de los trastornos mentales (Thompson C, 1966).

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Erikson E (1985) El ciclo vital completado. Buenos Aires: Paidós.

Thompson C (1966) El psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica. Cuarta edición.

La depresión desde la teoría interpersonal de H. Sullivan.- Una idea central en la teoría de Sullivan es aquella según la cual la personalidad es modelada sobre la base de sus experiencias interpersonales infantiles, fundamentalmente con sus padres, relaciones que pueden quedar enmarcadas como de aprobación o de reprobación por parte de estos.

Así, una persona valorará sus experiencias conforme a las manifestaciones que reciba de sus padres y de otras personas ligadas a él. Si los padres lo consideran, lo quieren, lo aprueban, el niño tendrá consideración por sí mismo, pero si la actitud de ellos es de menosprecio, será imposible que el niño se tenga consideración (Thompson C, 1966).

Podríamos imaginar la historia de un niño que crece en medio de experiencias de desaprobación por parte de los padres. Llega a la adultez, sus padres fallecieron, y tiende a repetir su vínculo con ellos en otras personas produciéndose lo que Sullivan llama una distorsión paratáxica, es decir, establece relaciones interpersonales donde el otro es fantaseado como alguien que oprime, desaprueba, castiga, más allá de su comportamiento real y efectivo.

Desde esta particular óptica de Sullivan, cabe por ejemplo entender la transferencia no en el sentido freudiano como reactivación de un vínculo infantil con los padres, sino como un vínculo paratáxico, donde el paciente ve al analista según sus propias expectativas y fantasías.

Frente a esa persona así fantaseada, el adulto reaccionará entonces con automenosprecio, tal como había reaccionado en su niñez, lo que justificaría por ejemplo el síntoma del autorreproche mencionado por el DSM-III. La persona poco a poco pierde confianza en sus posibilidades, se siente inútil, y al menospreciarse y fantasearse a sí mismo juzgará que es 'incapaz' de hacer cosas, de producir, de generar hijos o ideas, sumiéndose así en el estado depresivo. Así, si está deprimido es porque tuvo una experiencia de pérdida, y lo que el paciente siente aquí que ha perdido es su capacidad para hacer cosas, aquella omnipotencia infantil de la que hablaba Freud y que configuraba el narcisismo original. De aquí también la posibilidad de entender la pérdida de la autoestima en la experiencia depresiva.

La estrategia terapéutica de la depresión, conforme el análisis realizado, no se circunscribe entonces a un simple tratamiento farmacológico, debiendo considerar toda una constelación de factores psicológicos, sociales y ecológicos. Sullivan comprobó al respecto que la curación consiste en la gradual discriminación que hace el paciente de lo que ocurre realmente en sus vínculos inter-personales, insistiendo especialmente en los aspectos paratáxicos. Esto significa, que el paciente pueda ir discriminando la diferencia que hay entre la persona fantaseada y la persona real, y entre sus capacidades fantaseadas y sus capacidades reales.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

American Psychiatric Association (1992) DSM-III-R. Barcelona: Masson.

Thompson C (1966) El psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica. Cuarta edición.

Depresión, salud y memoria.- Se ha observado una correlación entre depresión y otros factores, como la salud general y la memoria.

Depresión y salud.- La asociación entre enfermedad y depresión está influida por ciertos parámetros como un buen servicio de salud, asistencia social, jubilación satisfactoria y buen ambiente social y familiar. La depresión disminuye en estos casos a pesar de haber enfermedad física.

Depresión y memoria.- La depresión ejerce efectos negativos sobre funciones como la memoria. En depresivos se observa disminución en la adquisición y recuerdo de nueva información, incremento del número de errores, disminución de la atención, etc. La influencia de la depresión sobre la memoria es mayor en ancianos hospitalizados, con bajo nivel educativo, con problemas económicos y con graves problemas de salud.

La depresión lleva al sujeto a la inactividad, y por tanto a no memorizar, que es una cuestión de actividad. La correlación entre depresión y memoria parece depender más de factores motivacionales.

Condensado de Baltes y otro (1992) Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Capítulo 4.

Depresión y enfermedad médica.- Antecedentes: Pocos estudios han examinado los índices de trastornos físicos en aquellos con depresión recurrente. Objetivos: Examinar trastornos físicos auto-reportados en personas con depresión recurrente en comparación con un grupo de control psiquiátrico sano. Método: Como parte de un estudio de asociación genético de caso de control, 1546 participantes con depresión recuente y 884 controles se les entrevistó para determinar cualquier tratamiento de 16 diferentes trastornos de salud física durante la vida. Resultados: El grupo de casos tuvo una frecuencia significativamente mayor de 14 trastornos físicos y de mayor obesidad que el grupo de control. Después de controlar la edad, género, índice de masa corporal (IMC) y prueba múltiple, aquellos en el grupo de casos tuvo índices significativamente mayores de úlcera gástrica, rinitis/fiebre de heno, osteoartritis, enfermedad de tiroides, hipertensión y asma. Conclusiones: Las personas con depresión recurrente muestran altas tasas de varios trastornos físicos comunes. Aunque en parte esto puede ser explicado por el IMC, las vías etiológicas compartidos tales como la disfunción del eje hipotalámico-pituitario pueden jugar un papel importante en esto.

Anne Farmer; Ania Korszun; Michael J. Owen; Nick Craddock; Lisa Jones; Ian Jones; Jo Gray; Richard J. Williamson; Peter McGuffin. Trastornos médicos en personas con depresión recurrente. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 MAY;192(5):351-355.

Depresión y derrame cerebral.- Contexto. La investigación anterior sugiere que la depresión es un factor de riesgo para el derrame cerebral. Sin embargo, la confiabilidad de esta investigación es limitada por la falta de documentación sobre la presencia de una enfermedad cardiovascular preexistente y por el uso de medidas de depresión limitadas o de derrame cerebral. Objetivos. Probar las hipótesis de que (1) los síntomas depresivos clínicos relevantes son un factor de riesgo independiente del derrame cerebral incidental en pacientes cardíacos y no cardíacos y (2) que los síntomas depresivos más crónicos y severos están asociados al derrame cerebral incidental. Diseño. Se dio seguimiento a una cohorte de holandeses mayores (en edades de 55 años) durante 9 años en el Estudio Longitudinal de Vejez de Amsterdam (las medidas iniciales fueron tomadas en 1992 o 1993, y el estudio concluyó en el 2001 o 2002, respectivamente). Escenario. Comunidad en general. Participantes. Muestra poblacional (N=2965) sin historial de derrame cerebral, seleccionada aleatoriamente. Principales medidas de resultado. El punto final del estudio fue un primer derrame cerebral (no fatal o fatal). La depresión fue medida utilizando el Programa de Entrevista de Diagnóstico del Instituto Nacional de Salud Mental y la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos. Se realizaron análisis de regresión multivariados de peligros proporcionales de Cox de la incidencia de derrame cerebral. Se estudio la asociación de la cronicidad y severidad de los síntomas depresivos en modelos extendidos con variables dependientes del tiempo. Resultados. La edad promedio de la muestra (SD) fue de 70.5 (8.7) años, 52.1% fueron mujeres, y el seguimiento promedio (SD) fue de 7.7 (3.1) años. La inclusión de una interacción entre la enfermedad cardíaca y los síntomas depresivos clínicos relevantes mejoró el modelo para el derrame cerebral ($P = .03$). En participantes con enfermedad cardíaca preexistente, pero no en participantes sin enfermedad cardíaca, los síntomas depresivos clínicos relevantes al inicio del estudio (índice de peligro [HR], 2.18; intervalo de confianza del 95% [CI], 1.17-4.09) y la severidad (rango, 0-60; HR, 1.08; CI del 95%, 1.02-1.13) y cronicidad (HR, 3.51; CI del 95%, 1.13-10.93) de los síntomas durante el seguimiento estuvieron asociados al derrame cerebral. Conclusiones. La enfermedad cardíaca preexistente modera la asociación entre los síntomas depresivos y el derrame cerebral incidental. En pacientes cardíacos, los síntomas depresivos iniciales y la severidad y cronicidad de los síntomas durante el seguimiento están asociados al derrame cerebral incidental.

Lonneke Wouts, MD; Richard C. Oude Voshaar, MD, PhD; Marijke A. Bremmer, MD; Jan K. Buitelaar, MD, PhD; Brenda W. J. H. Penninx, MD, PhD; Aartjan T. F. Beekman, MD, PhD. Enfermedad cardíaca, síntomas depresivos y derrame cerebral incidental en una población mayor. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2008 MAY;65(5):596-602.

Depresión endógena en la vejez.- La depresión no es simplemente tristeza: es una enfermedad. Aparece miedo, fobias, reducción de la actividad psicomotriz, dificultad para tomar decisiones. Es difícil hacer el diagnóstico en ancianos pues estos sufren habitualmente muchas pérdidas. Además problemas orgánicos como la arterioesclerosis, están asociados con cuadros depresivos. Hay alrededor de un 4% de ancianos con depresiones endógenas, y hay un predominio ligero en el caso de las mujeres, La dificultad del diagnóstico de depresión es debida a que la depresión es una sensación subjetiva desagradable, extraña y difícil de describir, por parte del paciente. Algunos ancianos se sienten mal por la mañana y van mejorando durante el día, pero el arteriosclerótico es al revés.

Los síntomas que se toman en cuenta para diagnosticar depresión endógena son generalmente inhibición psicomotriz, angustia, abulia matutina, insomnio, pérdida de peso, constipación, etc. No debe confundirse con psicosis maníaco-depresiva, pues la depresión endógena puede tener períodos de depresión y otros no.

Los psicofármacos dan buenos resultados en las depresiones endógenas, aunque en dosis altas tienen algunos efectos secundarios.

En parte, las depresiones se desarrollan a partir de factores bioquímicos, pero debe tenerse en cuenta la personalidad previa también. Contra lo que habitualmente se cree, ni la jubilación ni la soledad determinan necesariamente un cuadro depresivo, y son alternativas que pueden ser superadas. Las enfermedades físicas o las operaciones suelen producir un síndrome depresivo endógeno al segundo o tercer mes.

La depresión endógena puede tener complicaciones, como por ejemplo, el suicidio, y la baja de las defensas, que los hace proclives a enfermarse.

Los cuadros depresivos no se corrigen con facilidad, si la persona no "aprendió a envejecer". Los fármacos y la psicoterapia son valiosos elementos para tratarla. Deben hacerse asimismo controles periódicos sobre la memoria y el lenguaje, así como análisis de laboratorio.

Condensado de Strejilevich Mario (1985) Temas de psicogeriatría (artículo).

Factores genéticos.- "Hasta la fecha, las investigaciones que examinaban la relación entre los genes transportadores de la serotonina y la depresión ha rendido resultados positivos y negativos. Este estudio intentar añadir evidencias adicionales al cuerpo de la literatura existente examinando la relación entre el

gen transportador de la serotonina y los antecedentes familiares de la depresión mientras que se controlan los antecedentes familiares de suicidio completado. Cuarenta y siete voluntarios respondieron a los cuestionarios con respecto a los antecedentes familiares de depresión y de suicidio, y proporcionaron esponjas bucales para permitir analizar el polimorfismo 5-HTTLPR. Los individuos con el genotipo s/s eran significativamente más propensos para tener dos o más parientes del primer grado con una historia de depresión incluso al controlar los antecedentes familiares de suicidios completados. El pequeño tamaño de la muestra, particularmente en el grupo de individuos con el genotipo s/s, es una limitación de este estudio. La evaluación de los antecedentes familiares fue conducida de manera abreviada. La información con relación a la historia personal de los participantes con la depresión y el suicidio no fue recogida. Se encontró una relación significativa entre los antecedentes familiares de depresión y el genotipo s/s, a pesar del pequeño tamaño de la muestra y mientras se controlaban los antecedentes familiares de suicidio”.

Joiner T y otros, ¿Hay una asociación entre el polimorfismo del gen transportador de la serotonina y los antecedentes familiares de la depresión?: J AFFECT DISORD. 2003 DIC; 77(3):273-275

Depresión en la mujer.- “Al saber que la identificación de la mujer con el rol femenino es señalada en diversas investigaciones, cómo un de los factores más importantes en la depresión femenina y teniendo cómo base una investigación anterior sobre mujer y depresión, que apuntó el rango de 40-60 años lo de mayor incidencia de mujeres depresivas en la ciudad de Recife, la presente investigación tuvo la intención de contestar una cuestión que suscitaba profundo interés: ¿La identificación con el rol femenino es un factor relevante en mujeres consideradas depresivas en la ciudad de Recife?. Para tanto, la investigación fue dividida en dos etapas. Inicialmente fue aplicada la CES-D, en 800 mujeres residentes en la ciudad de Recife (provincia de Pernambuco-Brasil) en la franja de edad de 40-60 años. Así, de acuerdo con la puntuación en la CES-D un total de 495 mujeres presentaron indicios de Depresión Mayor, Depresión Leve o Moderada En la segunda etapa, en 10% de las 495 mujeres fueron aplicados los instrumentos: Inventario BEM (BRSI) del rol sexual, Inventario para Depresión Beck y un cuestionario psicosocial. Al analizar los datos, es visto que: 65% de las mujeres presentaron identificación con el rol femenino; 2) 20% presentaron síntomas de depresión grave, 27,5% de depresión moderada y 35% de depresión leve. Basándose en estos resultados se puede concluir que la identificación de la mujer con el rol femenino es un factor relevante en la predisposición para la depresión”.

Cabral, M y otros, Identificación femenina y depresión: ¿una relación posible? INTERPSIQUIS. 2004; (2004).

Depresión y abuso infantil.- “Las investigaciones que examinan la relación entre el abuso infantil y los trastornos depresivos han evaluado con frecuencia el abuso categóricamente, no permitiendo así el discernimiento del impacto acumulado de múltiples tipos de abuso. Dado que investigaciones anteriores han documentado que las experiencias adversas en la niñez (ACEs) correlacionan altamente, en este trabajo se examina la relación entre el número de tales experiencias y el riesgo de trastornos depresivos. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de 9460 adultos miembros de la organización del mantenimiento de la salud en una clínica de atención primaria en San Diego, los cuales completaron un examen que trataba una variedad de aspectos relativos a la salud, que incluía evaluaciones estandarizadas del curso de la vida y recientes trastornos depresivos, abusos en la niñez y disfunción del hogar. El predominio durante el curso de la vida de trastornos depresivos fue del 23%. El abuso emocional infantil incrementó el riesgo para los trastornos depresivos en el curso de la vida, con cocientes de probabilidad ajustados (ORs) de 2.7 [intervalo de confianza 95% (CI), 2.3-3.2] en mujeres y 2.5 (CI 95%, 1.9-3.2) en hombres. Se encontró una fuerte relación, de dosis-respuesta entre el marcador ACE y la probabilidad de trastornos depresivos en el curso de la vida y recientes ($P < 0.0001$). Esta relación se atenuó levemente cuando una historia de crecimiento ascendente con un miembro del hogar mentalmente enfermo se incluyó en el modelo, pero seguía siendo significativa ($P < 0.001$). El número de ACEs tiene relación con los trastornos depresivos en el curso de la vida y recientes. Estos resultados sugieren que la exposición a las ACEs está asociada a un riesgo creciente de trastornos depresivos varias décadas tras su ocurrencia. El reconocimiento prematuro del abuso infantil y de la intervención apropiada puede así desempeñar un papel importante en la prevención de los trastornos depresivos en la vida”.

Chapman D y otros, Experiencias adversas en la niñez y riesgo de trastornos depresivos en la etapa adulta. En J AFFECT DISORD. 2004 OCT; 82(2):217-225

Depresión y padres.- “Los descendientes de padres depresivos experimentan deterioro en distintos dominios del funcionamiento. Pocos estudios han examinado el impacto de la depresión maternal y paternal y de la psicopatología comórbida en el funcionamiento de los descendientes. A los participantes, pertenecientes al Proyecto de Depresión Adolescente de Oregon, se les administraron entrevistas diagnósticas y completaron medidas del funcionamiento psicosocial durante la adolescencia (media=16.6, S.D.=1.19) y otra vez durante la etapa adulta joven (media=24.5, S.D.=0.51). Las entrevistas diagnósticas también fueron conducidas con las madres y los padres. Después de controlar las características demográficas relevantes, parentales, psicopatología comórbida, y la psicopatología del descendiente, la depresión maternal estuvo asociada a niveles más altos de síntomas físicos ($\beta = 0.14$,

S.E.=0.07) durante la adolescencia, y niveles más altos de estresores de menor importancia ($\beta=2.52$, S.E.=1.07) y un mayor riesgo para utilizar los servicios médicos mentales (OR 1.86, CI 1.14-3.03 del 95%) en la etapa adulta joven. La depresión paternal se asoció en los descendientes con experimentar más estresores importantes ($\beta=0.27$, S.E.=0.07), tener una percepción de la capacidad social más baja ($\beta=0.17$, S.E.=0.08), y más probabilidades de intentos suicidas (OR 2.65, CI 1.19-5.92 del 95%) durante la adolescencia, así como una capacidad social percibida más baja ($\beta=1.21$, S.E.=0.49) en la etapa adulta joven. Los descendientes de padres depresivos muestran deterioros en una variedad de dominios, incluso después de controlar los efectos de su propia psicopatología. Se autorizan investigaciones adicionales sobre los mecanismos que conducen a estos deterioros, así como el papel de estas debilitaciones en el desarrollo subsiguiente de la psicopatología".

Peter M. Lewinsohn; Thomas M. Olino; Daniel N. Klein. Deterioro psicosocial en descendientes de padres depresivos. PSYCHOLOGICAL MEDICINE. 2005 OCT; 35(10):1493-1503.

Depresión y cáncer.- "La depresión severa aumenta en un 2,6 veces el riesgo de muerte en los pacientes con cáncer, según un estudio realizado por investigadores del Hospital Clínico de Barcelona, que destaca la importancia de la detección precoz de los trastornos psicopatológicos en los enfermos oncológicos. La investigación se llevó a cabo durante tres años sobre 199 enfermos de leucemia que habían recibido un trasplante de médula ósea y habían sobrevivido al período crítico de los 90 días posteriores. El doctor Jesús María Prieto, responsable del trabajo, explicó ayer en rueda de prensa que, del total de los enfermos estudiados, el 9 por ciento -18- sufría depresión mayor, el 8,5 por ciento -17- tenía síntomas de depresión menor y el 82,5 por ciento restante -164- no evidenciaba ningún estado depresivo. Los porcentajes de supervivencia de los enfermos con depresión aguda después del trasplante de médula fueron del 50, el 33 y el 33,3 por ciento al cabo de uno, tres y cinco años respectivamente. En cambio, los mismos índices en pacientes sin depresión fueron significativamente más elevados, con un 77,4, un 60,4 y un 53 por ciento respectivamente. «En los años posteriores, los pacientes con depresión tienen un riesgo de morir 2,6 veces superior que los pacientes sin depresión», afirmó Prieto, quien destacó que es importante la duración del estado depresivo, ya que «cuanto más crónico se vuelve, peor incidencia tiene en el enfermo». A pesar de que no se puede explicar con exactitud la asociación entre depresión y mortalidad, los investigadores recalcan que se debería impulsar la creación de un protocolo de tratamiento psiquiátrico y oncológico integrado, dirigido no sólo a las personas con cuadro depresivo, sino a los enfermos a los que la noticia les ha entristecido sobremanera".

Un estudio revela que la depresión duplica el riesgo de mortalidad en enfermos de cáncer. ABC. 2005 SEP.

Depresión y clase social.- "Los objetivos del estudio fueron: a) determinar si había diferencias en la semiología depresiva según la clase social (CS); b) averiguar si estas diferencias, en caso de existir, se debían fundamentalmente a la CS o más bien a otras variables clínicas o sociodemográficas. Se estudiaron 140 pacientes ambulatorios de Galicia con el CET-DE, el 61% rurales, diagnosticados de depresión según criterios DSM-III-R. Se elaboró una escala de CS a partir de la ocupación del cabeza de familia, los ingresos familiares y los estudios del paciente. Los pacientes de los niveles inferiores de CS referían con mayor frecuencia síntomas físicos y ansiedad; y los de las superiores, deterioro cognitivo y culpa. En el análisis logístico se observó que las variables socioeconómicas y la residencia eran las que en mayor medida explicaban estas diferencias".

Benavente Martín, J. L.; Mateos Álvarez, R.; Pérez Vilariño, J.; Cerdá Mota, T.; Carbonell Masía, C. Diferencias clínicas en la depresión según la clase social. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2004 DIC; 20(10):413-421

Depresión y apoyo social.- "A diferencia de los varones, las mujeres disfrutaban de un sistema de relaciones sociales más extenso y más cercano y presentan índices más altos de depresión mayor. Estudios anteriores indicaron que las mujeres eran más vulnerables a los efectos depresogénicos de la falta de apoyo social, pero la mayoría de estos estudios presentan importantes limitaciones metodológicas. En dos tandas de entrevistas separadas por al menos un año se evaluaron 1.057 parejas de gemelos dicigóticos de sexo opuesto procedentes de un registro poblacional. Los autores pronosticaron el riesgo de depresión mayor durante el año que precedió a la segunda tanda de entrevistas a partir de los niveles de apoyo social evaluados en la primera tanda de entrevistas. Las mujeres refirieron un nivel más alto de apoyo social global que sus gemelos de sexo masculino. El apoyo social global determinado en la primera evaluación pronosticó en mayor medida el riesgo de depresión mayor, determinado en la segunda tanda de entrevistas, en las mujeres que en los varones de las parejas de gemelos, observándose el mismo efecto cuando el análisis controló los antecedentes de depresión mayor correspondiente al año que precedió a la primera tanda de entrevistas. Las mujeres fueron más sensibles que los varones a los efectos depresogénicos de un bajo nivel de apoyo social, especialmente del gemelo, de otros familiares, de los padres y de los cónyuges. Los niveles de apoyo social no explicaban las diferencias de sexo en cuanto al riesgo de depresión mayor. El apoyo emocional que proporcionan las relaciones sociales protege en mayor medida a las mujeres que a los varones de la depresión mayor. Aunque estos efectos no explican las diferencias de sexo en la prevalencia de depresión

mayor, sí sugieren importantes diferencias de sexo en cuanto al desarrollo del riesgo. Se debe esclarecer el origen de las relaciones causales entre el escaso soporte social y la depresión en las mujeres”.

Kendler K; Myers J; Prescott C, Diferencias de sexo en la relación entre el apoyo social y el riesgo de depresión mayor: un estudio longitudinal de parejas de gemelos de sexo opuesto. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2005 FEB; 162(2):250-256.

Depresión, género y apoyo social.- “En un reciente estudio publicado en la revista “American Journal of Psychiatry” se evalúan las diferencias de la depresión en gemelos de sexo opuesto. Los autores pretendían evaluar la relación entre el apoyo social y la depresión en hombres y mujeres. Para ello evaluaron a 1.057 pares de gemelos de sexos opuestos en un intervalo de 1 año. Los autores predijeron el riesgo de depresión antes del año. Los resultados obtenidos, transcurrido el año, indicaron que las gemelas mujeres precisaban de niveles más altos de apoyo social que sus gemelos masculinos. Por lo que el apoyo y la ayuda social recibida se relacionó más fuertemente en el caso de las gemelas féminas que en los gemelos masculinos. Por lo que los autores concluyen que los niveles obtenidos de apoyo social juegan un papel protector contra la depresión en el caso de las mujeres, al ser más sensibles a este tipo de ayuda”.

Kenneth S. Kendler, M.D., John Myers, M.S., and Carol A. Prescott, Ph.D, En las mujeres con depresión el apoyo social juega un papel protector más importante que en los hombres. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2005 FEB; 162(2)

Depresión y personalidad.- “Los estudios previos han encontrado una relación entre el estrés relacionado con el trabajo y los síntomas depresivos en diversos grupos ocupacionales, y que la personalidad podría modificar el riesgo de desarrollar síntomas depresivos. Los autores se centraron en examinar la relación de la personalidad y de otras condiciones individuales y laborales con los síntomas depresivos. Una muestra de 498 profesores contestó a un cuestionario relativo a las características individuales y laborales, algunas percepciones relativas al trabajo, y sobre el deseo de cambiar de trabajo. Los síntomas depresivos se midieron con la escala para la depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) y la personalidad se evaluó con el Inventario del Temperamento y del Carácter (TCI-125). Los síntomas depresivos se asociaron al género femenino, la edad, satisfacción profesional baja, alto nivel de estrés laboral, al deseo de cambiar de trabajo, trabajar en una escuela pública, y a cuentas más altas en evitación del daño y búsqueda de la novedad y a cuentas más bajas en la autodirección. Los resultados subrayan la influencia de los rasgos de la personalidad en el desarrollo de los síntomas depresivos independientemente de otras características individuales y del contexto ocupacional”.

Jurado D; Gurpegui M; Moreno O; Fernández M; Luna J; Gálvez R., Relación de la personalidad y las condiciones de trabajo con los síntomas depresivos. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2005; 20(3):213-222.

Depresión y estilo de personalidad.- Resumen: El objetivo de este trabajo es analizar la contribución de las variables de personalidad en el impacto psicológico de la experiencia de maltrato así como identificar los estilos de personalidad que se asocian a un mayor o menor nivel de sintomatología depresiva, evaluada a través del Inventario de Depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), en una muestra de 105 mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja residentes en centros de acogida. Para ello se utiliza el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) (Millon, 1994), junto con medidas referidas a la situación de violencia sufrida, estresores adicionales y apoyo social. Los resultados indicaron que el nivel de síntomas evaluados muestra correlaciones significativas con las escalas del MIPS, una vez controlado el efecto de las variables contextuales y de la situación de maltrato, comprobando su influencia en el impacto psicológico de la experiencia de maltrato. Se analizan asimismo aquellas escalas del MIPS asociadas a un mayor y menor nivel de sintomatología depresiva.

Rosa Patró Hernández, Francisco Javier Corbalán Berná y Rosa M^a Limiñana Gras, Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. ANALES DE PSICOLOGÍA. 2007 JUN; 23(1).

Depresión en adolescentes.- “El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de manifestaciones depresivas en adolescentes, así como las variables sociodemográficas asociadas con las mismas. Diseño: estudio observacional descriptivo transversal. Emplazamiento: tres centros de enseñanza urbanos. Participantes: 389 alumnos de enseñanza secundaria obligatoria entre los 12 y 16 años que contestaron de forma libre y anónima el cuestionario. Mediciones: Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), autocumplimentable, validado en su adaptación española para su aplicación individual y colectiva. Cuestionario APGAR familiar. Variables relativas a circunstancias sociodemográficas, rendimiento académico y presencia de enfermedades crónicas. Se excluyeron 10 sujetos que contestaron de forma incompleta. En los 379 sujetos a estudio, 39 presentaron puntuaciones del CDS en rango depresivo (decatipo ≥ 8): 10,29 % (IC 95 %: 7,2-13,3 %). En el análisis bivalente sólo encontramos diferencias para la presentación de manifestaciones depresivas en relación con la existencia de disfunción familiar diagnosticada por el test de APGAR: 24,4 frente a 6,1 % ($p < 0,0001$). En el análisis de regresión logística el modelo que mejor predice la presencia de un diagnóstico de depresión incluye las variables disfunción

familiar, con una OR de 4,27 (IC 95 %: 1,98-9,21) para disfunción leve y OR de 14,44 (IC 95 %: 4,61-45,17) para disfunción grave, y número de hermanos con OR de 0,56 (IC 95 %: 0,33-0,93). La prevalencia de manifestaciones depresivas entre adolescentes es elevada, siendo más frecuente en miembros de familias disfuncionantes, mientras que un mayor número de hermanos tendría un efecto protector”.

R. Escribá Quijada; C. Maestre Montoya; P. Amores Laserna; A. Pastor Toledo; E. Miralles Marco; F. Escobar Rabadán, Prevalencia de depresión en adolescentes. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2005 SEP; 33(5):298-302.

Prevención.- “Pocos estudios utilizan estrategias no farmacológicas para prevenir la recurrencia de la depresión. Se ha demostrado que el tratamiento cognitivo-conductual de los síntomas residuales obtiene un índice de recaídas significativamente menor que la atención clínica del paciente en la depresión recurrente a los 2 años de seguimiento. El objetivo de esta investigación consistió en administrar al paciente terapia cognitivo-conductual frente a estrategias de atención clínica durante 6 años de seguimiento. Cuarenta pacientes con depresión mayor recurrente tratados satisfactoriamente con fármacos antidepresivos fueron asignados, de forma aleatorizada, a un tratamiento cognitivo-conductual de los síntomas residuales (complementado por técnicas de modificación del estilo de vida y terapia del bienestar) o a atención clínica. En ambos grupos se efectuó una reducción progresiva de los antidepresivos hasta suspenderlos y se inició un seguimiento de 6 años de duración. Durante este período no se utilizaron antidepresivos, excepto en caso de recaída. El tratamiento cognitivo-conductual comportó un índice de recaídas significativamente menor (40 %) que la atención clínica del paciente (90 %) durante un período de seguimiento de 6 años. Cuando se analizaron las diversas recurrencias, el grupo tratado con terapia cognitivo-conductual mostró un número de recaídas significativamente menor que el grupo que recibió atención clínica. Los resultados indican que la utilización secuencial de la terapia cognitivo-conductual después de la farmacoterapia podría mejorar los resultados de la depresión recurrente a largo plazo. Un porcentaje significativo de pacientes con depresión recurrente podría suspender con éxito la medicación y permanecer estable durante, al menos, 6 años con un procedimiento basado en la psicoterapia”.

Giovanni A. Fava; Chiara Ruini; Chiara Rafanelli; Livio Finos; Sandra Conti; Silvana Grandi, Resultados de 6 años de terapia cognitivo-conductual para la prevención de la depresión recurrente. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2004 OCT; 161(10):1872-1876.

Psicoterapia y terapia combinada.- Origen: Las revisiones de la eficacia relativa de la psicoterapia y de la terapia combinada (psicoterapia con farmacoterapia) para la depresión han producido conclusiones contradictorias. Esto puede ser explicado por la heterogeneidad clínica de los estudios revisados.

Objetivo: Llevar a cabo un meta-análisis con un nivel aceptable de homogeneidad con el fin de investigar la relativa eficacia de la psicoterapia y de la terapia combinada en el tratamiento agudo de la depresión.

Método: Se realizó una búsqueda sistemática por RCTs publicados entre 1980 y 2005 que comparaban la psicoterapia y la terapia combinada en pacientes externos psiquiátricos adultos con trastorno depresivo mayor unipolar no-psicótico. Los estudios se clasificaron de acuerdo a la cronicidad y a la severidad de la depresión. Se realizó un meta-análisis y pruebas estadísticas para medir la heterogeneidad.

Resultados: El meta-análisis incluyó siete estudios que evaluaban a un total de 903 pacientes. Ninguna de las pruebas de heterogeneidad establecieron significado. Esto indica una falta de evidencia para la heterogeneidad de los resultados. Los índices de abandono no difirieron significativamente entre las dos modalidades de tratamiento (25% en terapia combinada y 24% en psicoterapia, $p = 0.77$). Al término del tratamiento, el índice de remisión para la terapia combinada (46%) fue mejor que para psicoterapia (34%) ($p = 0.0007$); Riesgo Relativo 1.32 (95% CI: 1.12–1.56), Proporción de Probabilidades 1.59 (95% CI: 1.22–2.09). En la depresión moderada, la diferencia entre el índice de remisión para la terapia combinada y la psicoterapia fue estadísticamente significativa (47% comparada al 34% respectivamente, $p = 0.001$). Este no fue el caso en la depresión mayor leve (42% comparado al 37% respectivamente, $p = 0.29$). La diferencia fue también estadísticamente significativa en depresión mayor crónica (48% comparada al 32%, $p < 0.001$), pero no en depresión mayor no-crónica (43% comparada al 37%, $p = 0.22$). En un nivel más específico, no se encontraron diferencias en los índices de remisión para las modalidades de tratamiento en depresión no-crónica moderada o leve. La terapia combinada llevó a resultados significativamente mejores que psicoterapia sola en depresión crónica moderada (48% comparada al 32%, $p < 0.001$).

Conclusiones: En el tratamiento agudo de pacientes externos psiquiátricos adultos con trastorno de depresión mayor, la conformidad del paciente con la terapia combinada encaja con la conformidad con la psicoterapia sola. La terapia combinada es más eficaz que la psicoterapia sola. Sin embargo, estos resultados dependen de la severidad y de la cronicidad. La terapia combinada superó a la psicoterapia solamente en la depresión crónica moderada. No se encontraron diferencias en la depresión no-crónica moderada y leve. No se encontraron datos para la depresión crónica leve y para la depresión severa.

Saskia M. de Maat, Jack Dekker, Robert A. Schoevers and Frans de Jonghe, Eficacia relativa de la psicoterapia y de la terapia combinada en el tratamiento de la depresión: Un meta-análisis. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2007 ENE; 22(1).

Depresión y enfermedad cardiovascular.- La evidencia de varios estudios epidemiológicos ha establecido que la depresión es un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular (EC) y que la comorbilidad de la depresión con la enfermedad cardiovascular preexistente empeora el pronóstico para los pacientes con EC. La depresión también se ha asociado a otros comportamientos que afectan a la EC, tal como el incumplimiento de la medicación, y la declinación para adoptar un programa de ejercicios, lo que reduce la probabilidad de una rehabilitación exitosa de la EC. En esta investigación se revisa la literatura publicada sobre el conocimiento actual de la asociación entre la depresión y la enfermedad cardiovascular.

McConnell, Stephen; Jacka, Felice N.; Williams, Lana J.; Dodd, Seetal; Berk, Michael. La relación entre la depresión y la enfermedad cardiovascular. *INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHIATRY IN CLINICAL PRACTICE*. 2005 SEP; 9(3).

Depresión y enfermedad orgánica.- "El objetivo de este examen ha sido comparar los síntomas depresivos en la depresión con y sin una enfermedad orgánica concomitante. Los resultados basados en las escalas HAD y CES-D demostraron que, comparados con aquellos con una depresión aislada, los pacientes con una enfermedad orgánica crónica asociada tienen marcadores más elevados en dos ítems de la HAD. Tres variables en la escala CES-D también ayudaron a distinguir a los dos grupos de pacientes depresivos. No se encontró ninguna diferencia significativa entre los dos grupos en términos de ansiedad o síntomas cognitivos, fatiga o sensaciones de incapacidad. Nuestros resultados no indican ningún síntoma que sea específico a una combinación de la depresión y las enfermedades somáticas. La culpabilidad y la hostilidad mostraron un nivel inferior en la depresión asociada a una enfermedad somática concomitante que en la depresión aislada".

J.D. Guelfi; C. Rousseau; S. Lancrén. Depresión y enfermedades orgánicas asociadas: ¿hay síntomas depresivos específicos? *EUROPEAN PSYCHIATRY*. 2004; 19(7):446-449.

Depresión y estrés.- "Antecedentes. El presente estudio examina el papel moderador de la severidad global de la depresión en relación a la depresión melancólica versus depresión no melancólica a niveles severos y no severos de estrés.

Método. Se entrevistó a una muestra de 50 mujeres con trastorno depresivo mayor unipolar, del cual el 54% cumplieron los criterios de diagnóstico de la investigación para la depresión melancólica, con respecto a los eventos de vida estresantes que experimentaron antes de su inicio. Los eventos fueron codificados como severo o no severo basado en el sistema riguroso de clasificación contextual de la universidad de Bedford.

Resultados. La mayor severidad de la depresión fue relacionada con una alta probabilidad de un evento severamente estresante antes del inicio, solamente para mujeres con depresión importante no melancólica. Por el contrario, la mayor severidad de la depresión fue relacionada con una probabilidad más alta de un evento de depresión no severo, de menor importancia, antes del inicio; solamente para mujeres con depresión melancólica importante.

Limitaciones. El presente estudio fue limitado por su uso de una muestra de voluntarias femeninas, el cual puede no ser completamente representativo de la población de individuos con depresión mayor. Además, el estudio empleó un diseño seccionado transversalmente, el cual limita conclusiones referentes a la relación causal del estrés en la depresión melancólica versus depresión no melancólica.

Conclusiones. Lejos de ser autónomos del estrés, los individuos con depresión melancólica severa pueden ser especialmente sensibles al estrés, tal que sus episodios son influenciados por eventos estresantes de menor importancia, en contraste con los de individuos con depresión no melancólica".

Kate L. Harkness and Scott M. Monroe, La depresión melancólica severa es más vulnerable a los eventos vitales que la depresión no-melancólica. *J AFFECT DISORD*. 2006 ABR: 91(2).

Depresión y acontecimientos vitales.- "Pocos estudios comunitarios han examinado las repercusiones de los acontecimientos vitales, las condiciones de vida y los cambios vitales en el curso de la depresión. Este artículo examina las asociaciones de los acontecimientos vitales en el comienzo, la mejoría y la estabilidad de los síntomas depresivos. Se utilizan datos directos de la entrevista con el Estudio de los Estadios Evolutivos Tempranos de las Manifestaciones Psicopatológicas (EDSP), un diseño prospectivo longitudinal de 4-5 años basado en una muestra comunitaria representativa de adolescentes y adultos jóvenes con 14-24 años en la línea de base. Los acontecimientos vitales se midieron utilizando el Cuestionario de Acontecimientos de Munich (MEL) que consta de 83 elementos explícitos de diversas áreas de rol social y subescalas para la evaluación de grupos de acontecimientos vitales clasificados según dimensiones como positivo y negativo y controlable e incontrolable. Los trastornos depresivos se evaluaron con la versión del DSM-IV de la Entrevista Diagnóstica Compuesta de Munich (M-CIDI). Análisis de regresión logística múltiple examinaron los efectos de 22 predictores en el curso (el comienzo, la mejoría y la estabilidad) de la depresión. Una menor edad, la clase social baja y los acontecimientos vitales negativos y cargados de estrés relacionados con la familia se asociaban con un aumento del riesgo de depresión de nuevo comienzo. La ansiedad era un predictor independiente significativo de la depresión de nuevo comienzo. La ausencia de acontecimientos escolares y familiares cargados de estrés se relacionaban con la mejoría en la depresión. El número total ponderado de acontecimientos vitales

predecía depresión estable. La asociación entre los acontecimientos vitales y el curso de la depresión parece variar según la respuesta clínica que se examina, prediciendo diferencialmente distintos grupos de acontecimientos vitales el comienzo, la mejoría y la estabilidad”.

Robert H. Friis, Hans-Ulrich Wittchen; Hildegard Pfister; Roselind Lieb. Acontecimientos vitales y cambios en el curso de la depresión en adultos jóvenes. EUR. PSYCHIATRY ED. ESP. 2003 ABR; 10(3):162-176.

Depresión en ancianos.- “Se comparan los aspectos clínicos y pronósticos de la depresión entre pacientes hospitalizados mayores y menores de 65 años. Estudio observacional retrospectivo.- La muestra inicial se compone de 214 pacientes que han requerido hospitalización por depresión de forma consecutiva en 2 años. Se excluyen los reingresos producidos durante el período observacional. Cumplían criterios DSM-IV de trastorno depresivo mayor 143 pacientes. En éstos se comparan las siguientes variables por grupos de edad: sexo, existencia de episodios previos, presencia de síntomas melancólicos o psicóticos, comorbilidad en el eje II, coexistencia de alguna enfermedad médica severa y evaluación de la actividad global en el ingreso y el alta. Entre los pacientes con trastorno depresivo mayor (n = 143) se observa una mayor proporción de mujeres respecto a varones (2:1), sin diferencias significativas entre los grupos de edad comparados. Los pacientes ancianos con trastorno depresivo mayor (n = 71) presentaron con más frecuencia que los menores de 65 años (n = 72) episodios depresivos previos (no significativos [NS]), características melancólicas (p < 0,001), síntomas psicóticos (p = 0,021), más enfermedades médicas asociada (NS) y una menor comorbilidad con diagnósticos en el eje II. Los pacientes ancianos con trastorno depresivo mayor ingresaron con puntuaciones en la evaluación de la actividad global más bajas que los menores de 65 años (p = 0,003), que en el momento del alta se equipararon entre ambos grupos de edad. Los resultados obtenidos orientan a una mejoría alcanzable similar en la actividad global en el momento del alta hospitalaria y a la posible existencia de aspectos clínicos diferenciales en los episodios depresivos entre pacientes menores y mayores de 65 años hospitalizados”.

V Soria Tomás; J Labad Arias; R Hernández Ribas; L Morillas López; M Urretavizcaya Sarachaga; J Vallejo Ruiloba. Aspectos clínicos diferenciales de la depresión en pacientes ancianos hospitalizados. PSIQUIATRIA BIOLÓGICA. 2003 JUL; 10(4):111 - 115.

Depresión y enfermedad coronaria.- Chicago, EE.UU. (CNN, AP).- Un nuevo estudio da a los hombres deprimidos un motivo más para entristecerse: tienen mayor riesgo que las mujeres de morir a consecuencia de enfermedades cardíacas.

Aunque investigaciones anteriores han vinculado la depresión en ambos sexos con problemas coronarios, un estudio publicado en la revista *Archives of Internal Medicine* señala que los hombres tienen un riesgo mayor de morir a consecuencia de esos problemas.

Los autores analizaron datos procedentes de 5.007 mujeres y a 2.886 hombres que participaron en un estudio nacional de 10 años de duración sobre salud y nutrición y no presentaban inicialmente problemas cardíacos.

Cerca de una sexta parte de las mujeres y una décima de los hombres sufrían depresión clínica al comienzo.

Síntomas de enfermedades cardíacas no fatales aparecieron en 187 hombres y 187 mujeres, mientras que 137 mujeres fallecieron a consecuencia de problemas coronarios en comparación con 129 hombres.

Mientras que las mujeres con depresión enfrentaban un 73 por ciento más de riesgo de padecer problemas cardíacos que las no depresivas, no presentaban un mayor riesgo de fallecer por ello. Entre los hombres, los depresivos tenían un riesgo un 71 por ciento mayor de padecer dolencias coronarias, además de un riesgo 2,34 veces mayor de morir por enfermedades cardíacas que los no deprimidos.

“Hemos demostrado que el efecto de la depresión en el riesgo de sufrir enfermedades coronarias varía en hombres y mujeres”, escribieron los autores, dirigidos por la investigadora Amy Ferketich, de la Universidad del estado de Ohio. Se desconocen los motivos para estas diferencias.

La depresión se midió únicamente al principio, una limitación del estudio ya que se desconoce si algunos pacientes desarrollaron la enfermedad durante el período de estudio, indicaron los autores.

Aunque no estudiaron cómo la depresión afectó al corazón, otras investigaciones anteriores han demostrado que las hormonas que podrían activarse con la depresión pueden estrechar los vasos sanguíneos y provocar el bloque de las arterias.

Hombres deprimidos y alto riesgo de morir de enfermedades coronarias. Copyright 2000 Psicologia.com

Depresión y trabajo.- La depresión será la segunda causa de incapacidad laboral en el año 2020. Sólo será superada por los problemas coronarios. El actual estilo de vida, especialmente en el terreno laboral, está causando cada vez más personas depresivas. Y eso es grave.

«Las causas del espectacular aumento del número de personas afectadas por episodios depresivos aún no están claras, pero todo indica que se debe al estrés diario. La gente tiene que hacer todo más rápido, le queda menos tiempo libre, no desconecta de los problemas y la competitividad es demasiado frecuente», apunta Francisco Artigas, investigador del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) en Barcelona y especialista en Neuroquímica.

Pues si las empresas son las culpables del estrés diario, las empresas serán las perjudicadas del estrés diario. Una persona con depresión por estrés suele estar una media de nueve meses de baja. «La repercusión económica de la depresión es cada día mayor en las empresas. Tienen que entender que el actual modelo no es bueno ni para el trabajador ni para la empresa», dice Artigas, que asegura que «fingir una depresión es casi imposible. Una persona depresiva presenta un cuadro sintomático muy amplio y es casi imposible fingir esta enfermedad». Tristeza, falta de concentración, trastornos del sueño, ansiedad, agitación, falta de apetito, desaparición del deseo sexual o sentimiento de culpabilidad son algunos de esos síntomas.

La depresión será la segunda causa de incapacidad laboral en quince años. IDEAL.ES. 2004; 9-SEPTIEMBRE

Depresión y hormonas.- Las personas que sufren depresiones durante el invierno modifican instintivamente sus niveles de melatonina según las estaciones. Según una investigación que publica el último 'Archives of General Psychiatry', esta hormona –liberada en respuesta a la oscuridad nocturna y que se encarga de regular el sueño– podría ser, de este modo, la 'culpable' de los trastornos emocionales que se producen durante esta estación.

Investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental de Bethesda (EEUU) han llegado a esta conclusión tras comparar los niveles de melatonina de 55 pacientes que sufrían depresión en invierno con otros 55 participantes sanos.

Los voluntarios pasaron 24 horas en una habitación oscura. Cada media hora se medían los niveles de la hormona, primero durante el invierno y posteriormente en verano. De este modo, los autores constataron que en aquellos pacientes que sufrían depresión durante el invierno, la secreción de la hormona duraba más en invierno que durante el verano (nueve horas frente a poco más de ocho). Sin embargo, a los participantes sanos, no parecía afectarles que los días fuesen más cortos: la emisión de melatonina duraba una media de nueve horas tanto en invierno como en verano.

Causas.- Los investigadores explican que este fenómeno es similar al que se produce en los animales que invernán. Así, en los pacientes del primer colectivo «la duración de la secreción de melatonina era mayor en invierno que en verano, tal y como sucede» en estos mamíferos. Asimismo, los autores consideran que sus hallazgos indican que una medicación que acorte la secreción de esta hormona durante el invierno podría ser un tratamiento eficaz para estos pacientes.

La depresión durante el invierno, relacionada con la hormona que regula el sueño. ELMUNDOSALUD.COM Psiquiatría Investigación.

Predictores de depresión.- Este trabajo publicado en la edición de Mayo del "Journal Affective Disorders" examina la relación entre cinco variables teóricas y la severidad de la depresión. Estas variables fueron el autoconcepto, la hostilidad de uno mismo y del cónyuge, el nivel de depresión de los cónyuges, y la implicación en las actividades domésticas. De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV y los marcadores del Inventario de Depresión de Beck (IDB), 75 parejas de esposas depresivas y 59 parejas de maridos depresivos fueron incluidos en el estudio. Además del IDB, ambos cónyuges completaron cuestionarios referentes al autoconcepto, a la hostilidad de uno mismo y del cónyuge, y a la implicación en las actividades domésticas. Los análisis de regresión múltiple para los pacientes masculinos y femeninos y los cónyuges revelaron en los cuatro grupos el concepto que tenían de sí mismo fue relacionado perceptiblemente con la severidad de la depresión. Independiente del estado clínico, la implicación en las actividades domésticas se asoció perceptiblemente a la severidad de la depresión en las mujeres. La relación entre la hostilidad del cónyuge y el nivel de depresión en ambos cónyuges en las parejas de maridos depresivos se acercó de modo. En las parejas de maridos depresivos la asociación entre el nivel de depresión de los cónyuges alcanzó grados significativos. Los factores predictores compartidos y relacionados con el género de la severidad de la depresión apoyan una aproximación teórico integrante a la depresión y ofrecen implicaciones prácticas.

Teichman Y; Bar-El Z; Shor H; Elizur A, Predictores cognitivos, interpersonales, y del comportamiento en la depresión de los pacientes y sus cónyuges. J AFFECT DISORD. 2003 MAY;74(3):247-56.

Depresión y género en adolescentes.- Los trastornos depresivos (TD) en la adolescencia se diagnostican a menudo erróneamente y no se reconocen lo suficiente. Un problema clínico importante se refiere a la elevada tasa de comorbilidad con otros trastornos, a saber, el abuso de sustancias.

El propósito de este estudio era evaluar el poder discriminatorio del Inventario de Depresión II de Beck (BDI-II) para caracterizar las variables sociodemográficas relacionadas con los TTDD en la adolescencia.

Se administró una versión portuguesa del BDI-II y un cuestionario sociodemográfico a 775 adolescentes portugueses (312 varones, 463 mujeres, edad media: 16,9 años); ochenta y tres adolescentes realizaron una entrevista clínica según los criterios del DSM-IV.

La puntuación total media de la versión portuguesa del BDI-II (BDI-II-P) fue 10,31 (desviación típica: 8,4) comunicando las mujeres más síntomas depresivos que los varones ($P < 0,001$). El bajo logro académico, las perturbaciones de sueño y el consumo de alcohol se asociaron uniformemente con los síntomas depresivos para ambos géneros. El consumo más alto de tabaco se asoció significativamente con los síntomas depresivos en las mujeres.

Los factores familiares no parecían asociarse con los síntomas depresivos en los varones. Sin embargo, una frecuencia más alta de hermanos, tener los padres separados así como una percepción más extrema del estilo educativo de la madre se asociaban uniformemente con los síntomas depresivos en las mujeres. El BDI-II-P mostró poder discriminatorio para caracterizar las variables sociodemográficas relacionadas con los TTDD, especialmente en las mujeres adolescentes.

R. Coelho; A. Martins; J. Barros, Comprobación de los perfiles clínicos que relacionan el género y los síntomas depresivos entre adolescentes por el Inventario de Depresión II de Beck. Eur. Psychiatry Ed. Esp. 2002 Nov; 9(8).

Escala de Hamilton.- Se publicaron amplias variaciones en la frecuencia de depresión en la demencia degenerativa primaria (DDP) y en la demencia vascular (DV). Esto puede deberse quizás a una inadecuación de los instrumentos diagnósticos habituales a la hora de detectar la depresión sobre la base encubierta por el deterioro cognitivo. Evaluamos aquí la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (HAMD) en pacientes dementes con DDP y DV. Examinamos 50 pacientes consecutivos con DDP y 50 con DV. Todos los pacientes fueron sometidos a una exploración neurológica y su depresión fue evaluada usando los criterios DSM-III-R y la HAMD. Los datos obtenidos fueron analizados según la distribución de depresión y el patrón de respuestas obtenido en la HAMD. Se calculó la sensibilidad, especificidad e índices J de Youden para las diferentes puntuaciones de corte de la escala HAMD en su capacidad para detectar depresión en esta población. La demencia se asoció con depresión en el 38% de los pacientes (Criterios DSM-III-R). Las puntuaciones HAMD fueron mayores en los pacientes deprimidos ($z = -5,7$, $P < 0,0001$) con una puntuación de corte HAMD de 10 como indicador de depresión en pacientes dementes. Los síntomas relacionados con los componentes afectivos de la HAMD (como por ejemplo, el humor depresivo y la ansiedad) se asociaron poderosamente con el diagnóstico de depresión (tests de Mann-Whitney, $P < 0,0001$). La depresión es frecuente en los pacientes dementes. La HAMD tiene una buena validez de criterio en la evaluación de la depresión de los pacientes dementes.

Semion G Kertzman; Ilan A Treves; Therese A Treves; M Vainder; Amos D Korczyn. Escala de depresión de Hamilton en demencia. Int. J. Of psychiatry in cli. Practice (Ed. esp). 2002 OCT;1(4):185-188.

Tratamiento.- Distintos pacientes acosados por pensamientos o gesto repetitivos fueron analizados durante 8 semanas por R. Friedman, del Centro Médico Ewill Corner de Nueva York. Luego de hacer psicoterapia y farmacoterapia con antidepresivos, mostraron las mismas modificaciones en su cerebro y en su conducta.

En los cerebros, tanto la palabra como los antidepresivos inhibieron la alteración de serotonina. Los antidepresivos y la charla entre los pacientes y sus terapeutas impidieron que los pensamientos reiterados y violentos alcanzaran la corteza cerebral y la conciencia. Lo mismo ocurrió con depresivos tratados por A. Brody de la Universidad de California en Los Angeles. La psicoterapia de charla y el antidepresivo actuaron indistintamente: ambas 'técnicas' inhibieron la serotonina eliminando la tristeza y negatividad. Algo similar ocurrió en otros casos.

Una de las conclusiones que surgió de estas investigaciones fue que la mente humana ya no es más el escenario del enfrentamiento entre biólogos (que apoyaban los psicofármacos) y culturalistas – vincularistas (que reivindicaban la psicoterapia). Hoy la tendencia sugiere que ambos enfoque son complementarios cuando se trata de abordar estas patologías.

Condensado de: Psicoterapia y farmacoterapia en la depresión. Diario Clarín, Buenos Aires, 13 de octubre de 2002, pág. 46.

Depresión y riesgo cardíaco.- "La depresión está asociada con acontecimientos clínicos y mortalidad prematura entre pacientes con enfermedad de arteria coronaria establecida (CAD). Los estudios anteriores en esta área se basan solamente en la severidad del síntoma y faltan datos acerca de la duración del síntoma o historia del síntoma. *Objetivos:* Describir y comparar las relaciones entre 2 medidas de depresión, evaluadas en la forma de severidad del síntoma e historia de tratamiento reportada, con factores de riesgo de arteriosclerosis y acontecimientos clínicos graves en una muestra de mujeres con isquemia de miocardio sospechada. *Diseño:* Se realizó un estudio de seguimiento de mujeres, las cuales completaron un protocolo de diagnóstico CAD, incluyendo síntomas cardíacos, angiografía coronaria, isquemia, y evaluaciones de severidad del síntoma e historia del tratamiento reportada. *Escenario:* La Evaluación del Síndrome de Isquemia de las Mujeres (WISE), tuvo lugar en el Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre (NHLBI). *Participantes:* Se evaluaron quinientas cinco mujeres (edad promedio 53.4 años) inscritas en la evaluación WISE y se realizó un seguimiento por un tiempo promedio de 4.9 años. *Medidas de Resultado Principal:* La incidencia de acontecimientos cardíacos, incluyendo el infarto de miocardio, la apoplejía, y la insuficiencia de corazón, y mortalidad total. *Resultados:* Las mujeres con síntomas de depresión elevados y una historia de tratamiento reportada mostraron mayores índices en el hábito de fumar, hipertensión, pobre educación y una incidencia incrementada de muerte y acontecimientos cardíacos (proporción de riesgo de ajuste multivariable, 3.1; 95% intervalo de confianza, 1.5-6.3; $P = .001$). *Conclusiones:* Entre las mujeres con isquemia de miocardio sospechada, una combinación de severidad del síntoma depresivo e historia de tratamiento fue un fuerte vaticinador de un perfil de riesgo CAD elevado y riesgo incrementado de

acontecimientos cardíacos comparado con aquellos sin depresión o con sólo 1 de los 2 marcadores de medida de depresión. Estos hallazgos refuerzan la importancia de evaluar factores de salud mental en mujeres en elevado riesgo CAD. Centrándose solamente en la severidad del síntoma de la depresión se puede proveer un panorama incompleto del riesgo de CAD”.

Rutledge T y otros, Severidad de los síntomas depresivos e historia de tratamiento reportada por mujeres con riesgo cardíaco e isquemia de miocardio sospechada. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2006 AGO; 63(8).

Definición.- Como ocurre con otros fenómenos psicopatológicos, el término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar otros trastornos psíquicos, como las neurosis de angustia; como síndrome agrupa procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital, y como enfermedad, desde la óptica del modelo médico, se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico. La escasa precisión de los términos y conceptos obliga a que determinada obliga a que en determinadas áreas (por ejemplo, estudios epidemiológicos) se distingan tres grupos de estados afectivos claros: síntomas depresivos (presentes incluso en la población normal), depresiones unipolares (que engloban endógenas y neuróticas) y trastornos bipolares (Vallejo, 1998:508).

Vallejo J (1998) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson.

Clasificación.- Las controversias básicas sobre los sistemas de clasificación de las depresiones se centran en:

1. *¿Clasificaciones unitarias, binarias o múltiples?* Algunos autores como Kennedy (1977), siguiendo las directrices de Mapother (1926) y Lewis (1934), defienden una posición unitaria de los trastornos depresivos, partiendo de un modelo de continuo, en el que las depresiones psicóticas y neuróticas ocupan ambos polos, en función de una distribución unimodal, más que bimodal. La mayor parte de clasificaciones adoptan, sin embargo, un modelo dicotómico, aunque algunas se inclinan por las categorías múltiples.

2. *¿Clasificaciones categoriales y dimensionales?* La concepción categorial, de tradición hipocrática, usada con frecuencia en medicina, considera clases nosológicas independientes y en general excluyentes, que pueden ser identificadas en forma de trastornos específicos. Roth y la escuela de Newcastle son los defensores más relevantes de esta posición, aunque en los últimos trabajos aceptan que, si bien las depresiones endógenas son categoriales, las depresiones neuróticas pudieran corresponder a un modelo dimensional. La aproximación dimensional, defendida por Kennedy (una dimensión: psicótico-neurótica) y Eysenck (dos dimensiones: psicoticismo y neuroticismo), aunque no incompatible con un modelo etiológico y médico, incorpora variables dimensionales, como la gravedad de los síntomas, tipos de síntomas, acontecimientos vitales o apoyo social. El mayor problema de esta concepción es su complejidad.

Vallejo J (1998) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson.

Generalidades.- Señala Vega (2003) que la prevalencia de depresión varía de acuerdo a la población estudiada, oscilando su valor entre 2.9% y 12.6%. Hay algunas características que predisponen a presentar depresión, por ejemplo, el sexo femenino (la depresión es aproximadamente 2 veces más frecuente en mujeres que en hombres) y los antecedentes familiares (las personas que tienen parientes de primer grado con depresión tienen 2 a 3 veces mayor riesgo). En algunos países se ha encontrado que el periodo postparto se asocia a un mayor riesgo de depresión.

La depresión interfiere de forma importante con la vida del paciente, pudiendo afectar el trabajo, los estudios, y la relación con su familia y con sus amistades. Además, es una causa importante de discapacidad con las repercusiones económicas y sociales de ésta implica (Vega, 2003).

Por otro lado, la depresión tiene consecuencias importantes sobre la salud física del paciente, poniéndolo en mayor riesgo de desarrollar problemas del corazón (enfermedad coronaria) y debilitamiento de los huesos (osteoporosis). Las personas deprimidas están en mayor riesgo de morir no sólo por la posibilidad de cometer suicidio, sino también por las complicaciones físicas mencionadas (Vega, 2003).

La depresión es un trastorno frecuente y con consecuencias importantes. Afortunadamente, en la actualidad hay tratamientos eficaces y con pocos efectos colaterales; sin embargo, la gran mayoría de pacientes no recibe tratamiento. El conocimiento de este problema por parte de los médicos no psiquiatras y por la población en general es esencial para que esta importante población de personas deprimidas no tratadas llegue a beneficiarse (Vega, 2003).

Vega J (2003) La depresión. Disponible en <http://www.app.org.pe/depresion.htm>

Factores de riesgo.- Vallejo (1998:510) ha sintetizado los factores de riesgo en los siguientes apartados:

A. *Biológicos:*

1. *Genéticos*. La historia familiar no solo diferencia tipos de depresiones unipolares (trastorno depresivo puro-espectro depresivo-trastorno afectivo no familiar), sino que predice endogenidad en depresiones aparentemente neuróticas.

2. *Marcadores biológicos*. Todavía en fase de estudio. La persistencia de MHPG urinario y 5-HIAA en LCR, disminuidos tras la recuperación clínica, indican un riesgo de recidivas. La latencia REM acortada, junto a otros datos (hipersomnía), caracteriza un grupo de depresiones aparentemente caracteriales, pero que son de base biológica (Akiskal, 1980). Especial interés tienen los estudios que han demostrado que los pacientes depresivos, incluso recuperados, tienen un umbral bajo de descarga del sueño REM frente a la arecolina, lo cual se interpreta como una vulnerabilidad genética ligada al sistema colinérgico y a los mecanismos neurobiológicos en general (Sitaram y cols., 1982).

3. *Síndrome premenstrual*. Acumulación entre mujeres con trastornos afectivos de antecedentes con síntomas depresivos premenstruales.

B. Variables sociodemográficas:

1. *Sexo*. Predominancia en mujeres de trastornos afectivos no bipolares. Aunque se discute la causa, posiblemente se debe a factores psicológicos y sociales (Wilhelm y Parker, 1989). El suicidio consumado es más frecuente en varones. Si bien el posparto y el período premenstrual son épocas de más alto riesgo de padecer depresión.

2. *Edad*. Los trastornos bipolares comienzan más pronto que los no bipolares.

3. *Estado civil*. Aunque los trabajos de Kaplan sugieren un alto riesgo para las mujeres casadas, ya que las diferencias desaparecían al comparar los sexos de otros estados (soltería, viudedad), es un tema discutido y en cualquier caso la diferencia solo se mantiene en los trastornos no bipolares. Separación y divorcio están ligados a la sintomatología depresiva.

4. *Otras variables*. Los datos sobre *educación y nivel socioeconómico* son contradictorios. Existe una relación inversa entre *clase social* y trastornos no bipolares, en tanto que los bipolares prevalecen en clases altas. La depresión se produce en todas las *culturas*, aunque en las primitivas adquiere una expresión sintomática peculiar (más somatizaciones, hipocondría y vivencias paranoides, y menor sentimiento de culpa). La *religión* no parece ser un factor de riesgo específico, pero entre los católicos y judíos el índice de suicidios es más bajo. La relación *trabajo*-depresión es curvilínea, de forma que la mayor incidencia se da en los puestos más altos y más bajos de la escala.

C. Aspectos psicosociales:

1. *Personalidad y estilo cognitivo*

2. *Pérdidas parentales*. Las clásicas teorías de Freud y Abraham sobre pérdidas parentales infantiles han tomado consistencia con los estudios de Brown y Harris (1978) en Camberwell, donde estos hechos en mujeres, junto a una escasa relación interpersonal, desempleo y presencia en el hogar de 3 o más hijos menores de 14 años, constituyen factores de vulnerabilidad que en presencia de desencadenantes abocan a la depresión. Sin embargo, la cuestión es controvertida, ya que no todos los trabajos confirman estos datos.

3. *Soporte social*. La escasa relación interpersonal, especialmente con la pareja, constituye un factor de vulnerabilidad y mal pronóstico para la depresión.

4. *Acontecimientos de vida* (live events). Varios autores han constatado la alta frecuencia de eventos significativos, acaecidos meses antes del inicio de un cuadro depresivo. Paykel (1982) ha subrayado la naturaleza negativa (pérdidas) de estos acontecimientos, aunque enfatizando la interacción que se establece con otros factores (herencia, personalidad, contexto familiar, relación interpersonal, estilo de vida, pérdidas parentales, etc.), lo que propicia un modelo polifactorial. Los acontecimientos vitales son numerosos tanto en trastornos bipolares como unipolares, y tan frecuentes en depresiones endógenas como en neuróticas. Sin embargo, en aquéllas (endógenas) tiene más relevancia en el primer episodio que en los siguientes. (Silverstone y Romans, 1989).

Vallejo J (1998) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson.

Síntomas.- Según Vallejo (1998:512) el eje nuclear afectivo de la depresión es la *tristeza vital y profunda* que envuelve al sujeto hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal. A partir de aquí podríamos describir varios tipos de clínicas diferentes: la que caracteriza las depresiones endógenas (Hamilton, 1989, citado por Vallejo, 1998), la típica de las depresiones neuróticas e incluso la que enmarca las depresiones orgánicas.

De hecho, la clínica de la depresión queda condensada en cinco grandes áreas: afectividad, pensamiento-cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos (Vallejo, 1998:516):

Actividad	Pensamiento-cognición	Conducta	Ritmos biológicos (melancolías)	Trastornos somáticos
Tristeza.	Enlentecimiento (melanolía).	Abandono personal.	Inicio en primavera/otoño.	Anorexia. Pérdida de peso.
Anhedonia.	Monotemático.	Hipotonía general.	Mejoría vespertina.	Insomnio/hipersomnía.
Apatía.	Negativo.	Inhibición/agitación (melancolías).	Despertar precoz.	Trastornos digestivos.
Indiferencia.				

Ansiedad. Irritabilidad (depresiones tardías y neuróticas) Anhedonia total (melancolías) o parcial (distimias) Anestesia afectiva (15%)	Pérdida de autoestima. Desesperanza. Ideas de suicidio. Ideas (¿delirantes?) de culpa, ruina e hipocondría (melancolía). Déficit de concentración- atención.	Aislamiento. Llanto. Intentos de suicidio.		Estreñimiento. Algias. Astenia. Disfunciones sexuales.

Vallejo J (1998) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson.

Teorías.- Veamos a continuación las principales teorías etiopatogénicas que permiten entender los presupuestos fisiológicos y psicológicos de la depresión (Vallejo, 1998:521).

Genética.- Existen datos suficientes que avalan una participación genética en los trastornos afectivos, aunque quedan cuestiones por dilucidar, como el modo de transmisión. La síntesis sobre los estudios de gemelos realizados hasta 1979 (Nurnberger y Gershon, 1992) sugiere un factor genético, ya que la concordancia en monocigóticos es del 65% frente a la de los dicigóticos que solo alcanza el 14% (Vallejo, 1998:521).

Bioquímica.- Este es uno de los campos más fructíferos de la investigación biológica, aunque los hallazgos no son concluyentes. La *hipótesis noradrenérgica* de la depresión, que propugnó Schildkraut en 1965, según la cual los trastornos afectivos depresivos serían el resultado de un déficit central de noradrenalina (NA), es una de las más conocidas y admitidas (Vallejo, 1998:522-523).

Neuroendocrinología.- Existen claras pruebas de que el complejo hipotálamo-hipofisario se encuentra alterado en las depresiones endógenas. Todas estas anomalías han sido relacionadas con las aminas biógenas que de alguna manera controlan estas hormonas y los factores liberadores correspondientes (Vallejo, 1998:524).

Neurofisiología y neuroanatomía.- Tiende a señalarse en las depresiones un estado de *hiperactivación neurofuncional*, secundario en parte a la acumulación de sodio intraneuronal, lo cual facilita la descarga del potencial de membrana neuronal (Vallejo, 1998:525).

Modelos experimentales y conductistas. Teorías cognitivas.- Desde el ámbito del conductismo también se han esbozado diferentes hipótesis explicativas de la conducta depresiva. Posiblemente, el fenómeno denominada *learned helplessness* (desesperanza aprendida o indefensión) es uno de los que mejor se ajusta al paradigma conductista de la depresión. En efecto, Seligman y su equipo de la Universidad de Pennsylvania (Seligman, 1981) descubrieron en 1967, mientras estudiaban una teoría particular de aprendizaje en perros, un fenómeno que denominaron *learned helplessness* (Vallejo, 1998:526).

El paradigma experimental conlleva dos fases: durante la primera el perro sufre una repetida estimulación aversiva (choques eléctricos), pero se le impide cualquier respuesta que pueda aliviar o evitar tal estimulación. Durante la segunda fase se despoja al animal del collar que le impide moverse y huir del estímulo punitivo, de tal manera que se le permite desplazarse y evitarlo. Curiosamente, en contra de lo que haría un animal sin ataduras no sometido a estímulos previos, el perro acepta pasivamente la experiencia traumática, de manera que parece haber perdido las reacciones adaptativas que le permitirían escapar de la experiencia aversiva. Sin que puedan extrapolarse al hombre los resultados obtenidos en esta experiencia, es indudable que la pasividad, la falta de agresividad, la inhibición social, la pérdida de apetito y peso, etc., que se observan en estos animales, son aspectos que recuerdan los aspectos psicopatológicos de la depresión humana (Vallejo, 1998:526).

Los distintos modelos experimentales, aplicables a las depresiones neuróticas, pueden sintetizarse en los siguientes procesos: 1) disminución de la cantidad o frecuencia del refuerzo positivo; 2) aprendizaje social por imitación; 3) desesperanza aprendida (indefensión), y 4) control por los estímulos (un dato, evento, lugar, etc. pueden representar un estímulo discriminativo simbólico que entraña respuestas depresivas). Por otra parte, el refuerzo social y el aislamiento sitúan al paciente en la espiral del no refuerzo mutuo, lo que contribuye al mantenimiento del estado patológico.

En otro orden de cosas, pero con indudable relación con el modelo descrito, Beck (1964, citado por Vallejo, 1998) ha destacado los aspectos cognitivos de la depresión que en su opinión son la base del trastorno afectivo. En este sentido un *estilo cognitivo alterado*, caracterizado por expectativas negativas respecto al ambiente, sería, junto con la desesperanza y la incapacidad, el núcleo de la depresión humana e incluso el estilo de pensamiento de la personalidad predepresiva. Así pues, una concepción peyorativa de sí mismo, interpretaciones negativas de las experiencias propias y una visión pesimista del futuro, constituirían la tríada cognitiva básica del paciente depresivo, que queda reforzada por otros elementos cognitivos (emergencia de pensamientos negativos automáticos, errores sistemáticos en la percepción y el procesamiento de la información, y suposiciones disfuncionales básicas y tácitas, en

formas de esquemas o creencias. La psicoterapia propugnada por Beck se basa precisamente en modificar y fortalecer al sujeto frente a futuras situaciones distorsionantes (Vallejo, 1998:527).

Teorías psicodinámicas.- Desde los estudios ya clásicos de Freud y Abraham, la escuela psicoanalítica tiende a considerar la melancolía como una situación de "pérdida del objeto amado". La depresión constituye un estado de duelo por el objeto libidinoso perdido, en el que se produce una internalización del instinto agresivo que, por alguna razón, no se dirige hacia el objeto apropiado. La retroflexión de la hostilidad se pone en marcha a partir de la pérdida de un objeto ambivalentemente amado. En el melancólico tal objeto es incorporado, según la *actitud canibalística* de la etapa oral, por lo que queda introyectado formando parte del propio sujeto que se encontraría, por tanto, en un grave conflicto, por cuanto desarrolla su autoagresión contra un objeto internalizado con el que el Yo se identifica (Vallejo, 1998:527).

Acontecimientos de vida y entorno social.- En los últimos años se ha intentado objetivar la importancia de los acontecimientos de vida y el soporte social en la etiopatogenia de la depresión. Aunque alguno de estos factores (pérdidas parentales) se haya cuestionado, lo cierto es que acontecimientos más o menos importantes (generalmente negativos que implican pérdidas afectivas) se constatan con cierta frecuencia en el año previo al inicio de un cuadro depresivo, incluso melancólico (Vallejo, 1998:528).

Vallejo J (1998) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson.

Depresión y matrimonio.- La insatisfacción matrimonial y la depresión tienen una relación estrecha. Los descubrimientos de un gran número de estudios indican que a la depresión a menudo la preceden problemas matrimoniales. Bruce y Kim (1992, citados por Barlow, 2004:234) recopilaron datos de 695 mujeres y 530 hombres y los volvieron a entrevistar un año más tarde. Durante este período, un gran número de participantes se separó o se divorció del cónyuge, aunque la mayoría informó de estabilidad matrimonial. Aproximadamente el 21% de las mujeres que dieron cuenta de una ruptura matrimonial durante el estudio experimentaron una depresión grave, tasa tres veces más elevada que la de las mujeres que permanecieron casadas (Barlow, 2004:232).

Barlow D (2004) Psicopatología. Barcelona: Thompson. 3ª Edición.

Depresión y apoyo social.- En un primer estudio que marcó un hito, G. W. Brown y Harris (1978, citados por Barlow, 2004:235) sugirieron por primera vez que el apoyo social desempeña una función importante en la aparición de la depresión. En un estudio de un gran número de mujeres que habían experimentado un intenso estrés debido a acontecimientos vitales, descubrieron que solo se deprimió un 10% de las que contaban con alguna amistad en la que podían confiar, en comparación con un 37% de las que no tenían una relación de apoyo cercano.

Barlow D (2004) Psicopatología. Barcelona: Thompson. 3ª Edición.

Depresión y pérdida.- En sus intentos por explicar las diferencias individuales en la respuesta de los adultos ante la pérdida, la mayoría de los clínicos han adoptado un tipo de teoría que atribuye importancia a los hechos y las respuestas de la infancia. Empero, en otros sentidos sus opiniones están muy divididas, por ejemplo, con respecto a la naturaleza de los hechos relevantes, a las fases del desarrollo durante las cuales se considera que ejercen mayor efecto y a la mejor manera de conceptualizar los hechos y las respuestas. Poco después de la publicación de "La aflicción y la melancolía", Abraham (1924, citado por Bowlby, 1993:54) sugirió una hipótesis que ha influido sobre todos los psicoanalistas posteriores. Luego de tratar a varios pacientes melancólicos, llegó a la conclusión de que "en última instancia, la depresión melancólica deriva de las experiencias desagradables en la infancia del paciente" (Bowlby, 1993:54).

Una contribución más importante de Melanie Klein (1935, 1940, citada por Bowlby, 1993:46) es haber establecido esa relación. Los lactantes y los niños pequeños experimentan procesos de duelo y atraviesan fases de depresión, según sostiene esta autora, y su modo de responder en tales circunstancias determina la forma en que responderán a la pérdida más adelante.

Bowlby John (1993) La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Barcelona: Paidós.

Depresión y pérdida.- La depresión como estado de ánimo que experimenta en ocasiones la mayor parte de la gente, acompaña de manera inevitable, a todo estado en que la conducta se hace desorganizada, como suele ocurrir después de sufrir una pérdida: "Mientras haya un intercambio activo entre nosotros mismos y el mundo exterior (en el pensamiento o en la acción), nuestra experiencia subjetiva no es la depresión: puede experimentarse esperanza, temor, ira, satisfacción, frustración o cualquier combinación de estas cosas. Cuando cesa el intercambio es cuando se da la depresión, que continúa hasta el momento en que llegan a organizarse nuevos patrones de intercambio enderezados a un nuevo objeto o a una nueva meta..." (Bowlby, 1993:257).

Esta desorganización y la depresión que la acompaña, aunque penosa y acaso desconcertante, no deja por eso de tener su función de potencial adaptación. En efecto, hasta que no se hayan desmantelado los patrones de conducta organizados para interacciones que ya no son posibles, no se pueden construir nuevos patrones organizados para nuevas interacciones. Es característico de la persona mentalmente

sana el hecho de que pueda tolerar esta fase de depresión y desorganización y emerger de ella al cabo de cierto tiempo con una conducta, pensamientos y sentimientos que comienzan a reorganizarse para interacciones de un nuevo tipo. Aquí tampoco el sentido de su competencia y de su valor personal sufre menoscabo (Bowlby, 1993:257).

De conformidad con este punto de vista, suponemos que el determinado tipo de trastorno depresivo que desarrolle una persona dependerá del determinado patrón de las experiencias que haya tenido en la niñez y también de la naturaleza y circunstancias del suceso adverso por el que pasó recientemente (Bowlby, 1993:259).

Bowlby John (1993) La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Barcelona: Paidós.

Depresión y pérdida.- Brown y sus colegas se propusieron estudiar los papeles que desempeñaban hechos sociales de importancia emocional en la etiología de los trastornos depresivos. En su labor tuvieron en cuenta no solo sucesos recientes y condiciones del momento sino también ciertas clases de sucesos anteriores. Nosotros trataremos la influencia de solo dos de las muchas variables que Brown tuvo en cuenta. Estas dos variables son, primero el papel desempeñado por hechos recientes acaecidos en la vida del sujeto y, segundo, el papel de una pérdida sufrida en la niñez (Bowlby, 1993:261).

Brown y Harris llegaron a la conclusión que la experiencia de la pérdida puede contribuir de manera causal a crear trastornos depresivos en cualquiera de las tres maneras siguientes (Bowlby, 1993:269).

a) como agente *provocante* que aumenta el peligro de trastornos depresivos y determina el momento en que se dan: una mayoría de las mujeres, tanto del grupo de pacientes como del grupo de casos de iniciación reciente, había sufrido una pérdida importante por muerte u otras razones durante los nueve meses anteriores a la aparición de síntomas;

b) como un factor de *vulnerabilidad* que aumenta la sensibilidad de un individuo a tales sucesos: en el estudio de Brown y también en otros estudios, la pérdida de la madre experimentada antes de los 11 años es muy importante;

c) como factor que influye tanto en la *gravedad* como en la *forma* de cualquier trastorno depresivo que pueda desarrollarse.

Bowlby John (1993) La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Barcelona: Paidós.

Percepción de la depresión.- Este documento describe un estudio en el que investigaron las percepciones de la depresión en términos de la severidad percibida. Participaron 128 estudiantes a los que se les presentaron viñetas que describían a individuos con síntomas de depresión basados en el DSM-IV. Las descripciones fueron variadas en términos de género, estatus social y de una manera auto-referenciada de comunicar la sintomatología depresiva. Se pidió a los participantes clasificar el grado en el cual percibían que los caracteres de la viñeta eran depresivos en una escala de tipo Likert. Los resultados indican que un estilo no auto-referenciado de comunicar los síntomas depresivos por los caracteres de la viñeta femeninos fueron considerados como un indicativo de niveles elevados de depresión, y estos resultados se discuten en referencia a la literatura.

Heim Derek, Smallwood Jonathan, Davies John B, Variabilidad en las percepciones de la depresión: Un estudio de viñetas. PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY: THEORY, RESEARCH AND PRACTICE. 2005 SEP; 78(3).

Depresión severa.- "Entre los factores, que hacen difícil el reconocimiento de la depresión severa por parte de los médicos, se encuentran la naturaleza heterogénea de la condición, la falta de definiciones estandarizadas, y las comorbilidades concomitantes que confunden el diagnóstico diferenciado de los síntomas. El espectro de la severidad en los trastornos depresivos es extraordinariamente amplio, y la valoración de la severidad abarca varias métricas incluyendo la intensidad del síntoma, los subtipos de diagnóstico, los riesgos de suicidio, y el estatus de hospitalización. En general el diagnóstico se logra a través de la consideración de los tipos y severidades del síntoma en conjunto, con el grado de daño funcional valorado por la entrevista psiquiátrica. Es probable que ningún defecto neurobiológico fundamental sea la base de la depresión severa. La cronicidad y la heterogeneidad de este trastorno conducen a visitas clínicas frecuentes y a un curso de tratamiento más largo; por lo tanto, los enfoques exitosos pueden requerir de un arsenal de tratamientos con mecanismos de acción diversos. Aquí se detallan las categorías de fármacos usados para tratar la depresión severa, al igual que varias opciones no farmacológicas incluyendo un número de tratamientos experimentales. Las farmacoterapias incluyen los antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos rápidos de la serotonina, antidepresivos atípicos tales como los inhibidores rápidos de la serotonina y la norepinefrina y los inhibidores de la oxidasa monoamina, y terapias de combinación e incremento. Las sustancias dentro de cada clase no son equivalentes, y la eficacia puede variar con la severidad del síntoma. La adhesión del paciente hace que la tolerabilidad sea otra consideración crítica en la opción antidepresiva. El papel de los tratamientos no farmacológicos tales como la terapia electroconvulsiva, la estimulación del nervio vago, la estimulación magnética transcraneal, y la estimulación cerebral profunda; siguen siendo opciones activas en la investigación. Se requiere de un mayor conocimiento y enfoques de tratamiento de la depresión severa, para facilitar la remisión y tratamiento objetivo ideal".

Charles B. Nemeroff, La carga de la depresión severa: Una revisión de los retos diagnósticos y las alternativas en el tratamiento. JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH. 2007 ABR; 41(3).

Depresión en personas mayores.- "Objetivos: Estimar la prevalencia de los síntomas depresivos en personas mayores de 64 años y analizar su asociación con variables sociodemográficas, marcadores de fragilidad y enfermedades incapacitantes. Métodos: Estudio descriptivo transversal mediante encuesta. La muestra estuvo constituida por 417 personas mayores de 64 años del área sanitaria de Guadalajara, seleccionados a partir de la tarjeta sanitaria. Para estimar los síntomas depresivos se utilizó el test de Yesavage, con un punto de corte de 6 o superior. El cuestionario contenía variables sociodemográficas, clínicas y escalas evaluativas sobre deterioro cognitivo, discapacidad y riesgo social. Los criterios de fragilidad estudiados fueron: edad mayor de 80 años, ser mujer, deterioro cognitivo, discapacidad, polifarmacia, comorbilidad y riesgo social. Resultados: La prevalencia de síntomas depresivos fue del 19,7% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 15,9-23,4) y tenían diagnóstico de depresión clínica el 5% (IC del 95%, 2,3-7,7). Los síntomas eran más frecuentes en el medio rural ($p < 0,05$), aumentaban con la edad (p de tendencia lineal $< 0,001$) y estaban asociados con el riesgo social ($p < 0,001$), la comorbilidad ($p < 0,001$), el deterioro cognitivo ($p < 0,01$) y la discapacidad ($p < 0,05$). En el análisis multivariante a partir de modelos de regresión logística, sólo la comorbilidad (odds ratio [OR] = 2,38; IC del 95%, 1,35-4,20) y el riesgo social (OR = 2,69; IC del 95%, 1,50-4,83) mostraron una asociación estadísticamente significativa. Conclusiones: La prevalencia de síntomas depresivos es muy elevada en las personas mayores de 64 años, 4 veces superior a la frecuencia de depresión clínica, y se asocia con el riesgo social y la comorbilidad".

Juan Román Urbina Torija, José Miguel Flores Mayor, María Pilar García Salazar, Luis Torres Buisán, Rosa María Torrubias Fernández, Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. GACETA SANITARIA. 2007 ENE; 21(1).

Madres depresivas.- Existen pocos datos sobre el efecto de la depresión materna a la hora de generar lesiones y mal comportamiento en sus hijos. Para examinar esta relación, científicos del Departamento de Pediatría del Hospital de Cincinnati, analizaron la depresión materna de 1.106 mujeres y sus hijos que, entre 1992 y 1994, que participaron en una investigación llamada "Estudio Longitudinal de la Juventud a nivel Nacional".

Según los investigadores, el peligro de lesiones o heridas en niños era el doble con madres con alta depresión, comparado al de mujeres de bajo nivel depresivo. Asimismo, tenían un alto nivel de mal comportamiento o se mostraron rebeldes. Este fue todavía más evidente en los niños que en las niñas.

En un análisis más profundo, los científicos determinaron que, por cada aumento de un punto en el nivel de depresión, el riesgo de lesiones subía en un 4% y el nivel de mal comportamiento en un 6%.

Los científicos indicaron en la revista "Injury Prevention" que estos resultados se mantuvieron al tomarse en cuenta otros factores, como el ingreso económico en el hogar o el nivel de educación de los padres.

Según los científicos, la depresión materna podría aumentar el riesgo de problemas de conducta infantil, lo cual los haría más proclives a las lesiones o heridas. Además, la depresión en las madres podría tener como resultado una supervisión menos eficiente de los niños y, posiblemente, un mayor número de factores de riesgo en el hogar para ellos.

Los niños de madres depresivas son más proclives a sufrir lesiones y a tener problemas de comportamiento, según revela un estudio. INJURY PREVENTION. 2007 DIC;13(6):403-408.

Factores de riesgo y predictores de evolución en la depresión a largo plazo.- Los estudios evolutivos señalan diversas variables basales sociodemográficas como predictores en mayor o menor medida de la evolución crónica de los trastornos depresivos: sexo, edad de comienzo y presencia de antecedentes familiares, aunque pueden citarse otros muchos más controvertidos. Los estudios de neuroimagen han mostrado por lo general asociaciones positivas entre la presencia de alteraciones estructurales y un pronóstico adverso de la depresión, tanto una evolución hacia la cronicidad como hacia la aparición de un síndrome demencial. Se revisan otros grandes tipos de factores. Un grupo relacionado con el curso de la enfermedad: número de episodios y persistencia de los síntomas. Otro grupo de factores reúne los que tienen que ver con las características clínicas propiamente dichas: presencia o ausencia de determinados síntomas o conjuntos de síntomas. Finalmente, un tercer factor clínico de gran importancia es la comorbilidad, tanto somática como psiquiátrica. Los problemas de reconocimiento y diagnóstico de la depresión y el empleo de herramientas terapéuticas inadecuadas o insuficientes son todavía demasiado frecuentes. Por otra parte, la mala adherencia al tratamiento sigue constituyendo un problema crucial en el tratamiento a largo plazo de la depresión.

M. Martín , E. Baca Baldomero , E. Álvarez , M. Bousoño , I. Eguiluz , M. Roca , M. Urretavizcaya, Factores de riesgo y predictores de evolución en la depresión a largo plazo. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2008 MAR;36(2).

Factores cognitivos en la depresión.- Resumen: El objetivo del siguiente trabajo es investigar los aspectos cognitivos involucrados en los estados depresivos, desde la teoría de los constructos personales, buscando un mejor entendimiento de los procesos de construcción del sí mismo de las personas con

depresión. La muestra utilizada consistió en un grupo clínico (n=111) formado por sujetos que cumplían los criterios del DSM-IV en trastornos del estado del ánimo o con trastorno adaptativo depresivo o mixto, y un grupo control (n=310). A todos los sujetos se les aplicó la Técnica de la rejilla (TR), un instrumento de evaluación de las dimensiones y estructura del significado personal ideada por Kelly (1955). De la TR se pueden derivar medidas de la construcción del sí mismo (también en relación a como construye los demás) y medidas de la estructura cognitiva (sistema de constructos del sujeto). Los resultados sugieren que los pacientes depresivos presentan una baja autoestima (correlación "yo actual"- "yo ideal"), un sentimiento de distanciamiento frente a los demás (correlación "yo actual"- "otros") y una pobre imagen de los que le rodean. Estas características cognitivas las hemos denominado como un perfil de resentimiento.

Erazo-Caicedo, Maria Isabel; Feixas, Guillem; Harter Stephanie, Lewis, Factores cognitivos en la depresión. INTERPSIQUIS. -1; (2008),

Depresión en estudiantes de medicina.- Resumen: Objetivo: Determinar la presencia de manifestaciones depresivas y las diferencias en la proporción de estas, en dos muestras independientes de estudiantes de medicina de diferente grado académico. Método: Se aplicó el IDB a un total de 251 estudiantes de medicina de primero y cuarto año de la Facultad de Medicina "Dr. Alberto Romo Caballero" de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. De acuerdo al ciclo académico se conformaron dos muestras de estudio independientes para establecer la diferencia de proporciones entre las manifestaciones depresivas, pero además se estableció el factor prevalencia de estas manifestaciones en cada grupo así como las características sociodemográficas. Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de manifestaciones depresivas entre ambas muestras independientes, pero el 26.9% y el 27.2% de estudiantes de primero y cuarto año respectivamente presentaban sintomatología depresiva. Conclusiones: Un importante porcentaje de estudiantes presentan manifestaciones depresivas.

Víctor Manuel Joffre-Velázquez, Gerardo Martínez-Perales, Gerardo García-Maldonado, Lucero Sánchez-Gutiérrez de Lara, Depresión en estudiantes de medicina: Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems.

Depresión y acontecimientos vitales.- Resumen: Objetivo: Los autores trataron de determinar si, en una muestra de la población general, diferentes categorías de acontecimientos vitales adversos se asociaban a diferentes patrones de síntomas depresivos. Método: En cuatro oleadas durante un máximo de 12 años se evaluó un total de 4.856 individuos (53 % mujeres) que habían presentado síntomas depresivos en el año previo. En cada oleada, los participantes refirieron la gravedad de 12 síntomas derivados de los nueve criterios de depresión mayor según el DSM-III-R y la causa de estos síntomas identificada por ellos mismos, que se clasificaron en nueve categorías de acontecimientos vitales adversos. Resultados: Los patrones de síntomas depresivos asociados a las nueve categorías de acontecimientos vitales adversos fueron significativamente diferentes. La muerte de un ser querido y las rupturas de pareja se caracterizaron por niveles elevados de tristeza, anhedonia, pérdida del apetito y (las rupturas de pareja) por culpa. El estrés crónico y, en menor grado, los fracasos se asociaron a fatiga e hipersomnia, pero menos a tristeza, anhedonia y pérdida del apetito. Los individuos que refirieron que ningún acontecimiento vital adverso había causado sus episodios disfóricos presentaron fatiga, aumento del apetito y pensamientos de autolesionarse, pero menos tristeza o problemas para concentrarse. Estos patrones de síntomas se detectaron en los análisis entre los participantes que presentaron un único episodio disfórico, y se reprodujeron en un análisis independiente intraindividual de las desviaciones de síntomas específicos del episodio entre individuos con múltiples episodios. Se obtuvieron resultados similares limitando la muestra a los individuos que cumplían los criterios diagnósticos de depresión mayor según el DSM-III-R. Conclusiones: La depresión es un síndrome patoplástico. Diferentes tipos de acontecimientos vitales están relacionados con distintos perfiles de síntomas depresivos. Los resultados de los análisis intraindividuales sugieren que estas relaciones son causales.

Matthew C. Keller, Michael C. Neale, Kenneth S. Kendler, Asociación de diversos acontecimientos vitales adversos con diferentes patrones de síntomas depresivos. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 OCT;164(10).

Depresión prenatal: abordaje psicosocial y psicológico.- Antecedentes Aunque alguna vez se pensó el embarazo como un tiempo de bienestar emocional para muchas mujeres, que confería "protección" contra los trastornos psiquiátricos, un metanálisis reciente de 21 estudios indica que la tasa de prevalencia media para la depresión durante el período prenatal es del 10,7%, con una variación del 7,4% en el primer trimestre y hasta un 12,8% en el segundo trimestre. Debido a las preferencias de tratamiento maternas y las posibles preocupaciones por los resultados de salud fetal e infantil, se necesitan opciones de tratamiento no farmacológico.

Objetivos El objetivo principal de esta revisión es evaluar los efectos, sobre las madres y sus familias, de las intervenciones psicosociales y psicológicas, en comparación con la atención anterior al parto habitual, en el tratamiento de la depresión prenatal.

Estrategia de búsqueda Se realizaron búsquedas en el Registro de Ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register) (septiembre de 2006), los Registros de Ensayos de la Colaboración Cochrane del Grupo Cochrane de Depresión, Ansiedad y Neurosis (CCDANCTR, Cochrane Collaboration Depression Anxiety and Neurosis Group's Trials Registers (CCDANCTR-Estudios y CCDANCTR-Referencias) (julio de 2006), el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (The Cochrane Library 2006, Número 3), MEDLINE (1966 a julio de 2006), EMBASE (1980 a julio de 2006) y CINAHL (1982 a julio de 2006). También se examinaron referencias secundarias y se estableció contacto con expertos en la materia para identificar otros ensayos publicados o no publicados.

Criterios de selección Todos los ensayos controlados aleatorios publicados, no publicados y en curso sobre intervenciones preventivas psicosociales y psicológicas, en las cuales el objetivo primario o secundario es el tratamiento de la depresión prenatal. Se excluyeron del análisis los ensayos cuasialeatorios (p.ej., los ensayos con asignación al azar según la fecha del parto o los números de historia clínica pares versus impares).

Recopilación y análisis de datos Todos los revisores participaron en la evaluación de la calidad metodológica y la extracción de datos. Los resultados se presentan por medio del riesgo relativo para los datos categóricos y la diferencia de medias ponderada para los datos continuos.

Resultados principales En esta revisión, se incluyó un ensayo de los EE.UU., con 38 pacientes prenatales ambulatorias que cumplían los criterios de depresión mayor, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-IV). La psicoterapia interpersonal, comparada con un programa de educación para padres, se asoció con una reducción del riesgo de sintomatología depresiva inmediatamente después del tratamiento, según la Clinical Global Impression Scale (escala de impresión clínica general) (un ensayo, $n = 38$; riesgo relativo [RR] 0,46; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,26 a 0,83) y la Hamilton Rating Scale for Depression (escala de calificación de la depresión de Hamilton) (un ensayo, $n = 38$; RR 0,82; IC del 95%: 0,65 a 1,03).

Conclusiones de los autores Las pruebas no son concluyentes como para permitir hacer recomendaciones de la psicoterapia interpersonal para el tratamiento de la depresión prenatal. El único ensayo incluido era muy pequeño, con una muestra no generalizable, como para hacer cualquier recomendación.

Dennis C-L, Ross LE, Grigoriadis S. Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión prenatal. BIBLIOTECA COCHRANE PLUS. 2008;(1).

Depresión, personalidad y temperamento en niños y adolescentes.- El presente trabajo analiza la relación entre factores temperamentales y personales con la sintomatología depresiva de niños y adolescentes. El temperamento fue evaluado con el Dimensions of Temperament Survey Revised (DOTS-R), la personalidad con el Big Five Questionnaire Children (BFQ-C) y la sintomatología depresiva con el Children's Depression Inventory (CDI). La muestra se compone de 535 sujetos (274 varones y 261 mujeres) con edades comprendidas entre los 8 y 15 años.

Los resultados muestran que el temperamento y la personalidad presentan relaciones significativas con la sintomatología depresiva infantil y adolescente. Los sujetos con temperamento difícil mostraron más sintomatología depresiva, al igual que aquellos niños con altos niveles de inestabilidad emocional o bajos niveles de extraversión, apertura, agradabilidad o conciencia. Los análisis de regresión múltiple mostraron una mayor relevancia de las variables de personalidad que las de temperamento.

Miguel Ángel Carrasco Ortiz; María Victoria del Barrio Gándara, Variables de personalidad y temperamento en la sintomatología depresiva de niños y adolescentes. PSICOTHEMA. 2007; 19(1):43-48.

Depresión y terapia cognitivo-conductual en ancianos.- Este estudio examinó el efecto de la terapia de cognitivo conductual (CBT), una terapia de intervención diseñada para reducir la depresión en pacientes de edad avanzada con riesgo de enfermedad cardiovascular elevada (CVD). 48 pacientes depresivos con riesgo de enfermedad cardiovascular elevada fueron aleatoriamente asignados a una intervención individual cognitivo conductual durante 16 semanas ($n = 23$) o a un grupo control en lista de espera (WLC) ($n = 25$). Se obtuvieron las medidas de depresión pre- y post-tratamiento durante las visitas, y se obtuvieron las medidas de efecto positivo y negativo durante la evaluación del estrés psicológico en el laboratorio y en cinco puntos diferentes durante el día. En el post-tratamiento, los sujetos que obtuvieron la terapia cognitivo conductual (CBT) fueron significativamente menos depresivos que los sujetos control en lista de espera (WLC) en el inventario de depresión de Hamilton ($F = 52.8$, $P < .001$, $ES = 1.85$) y en el inventario de depresión de Beck ($F = 17.1$, $P = < .001$, $ES = 0.85$).

El 57% de los sujetos (13/23) que recibieron la terapia fueron considerados en remisión (en base a una entrevista clínica) en el post-tratamiento, en comparación a únicamente el 4% (1/25) en el grupo control en lista de espera ($2 = 9.0$, $P = .003$). Los sujetos en tratamiento reportaron un estrés significativamente menor en la escala de estrés percibida ($F = 23.2$, $P < .001$). La intervención cognitiva conductual mejoró significativamente el afecto positivo promedio durante el día ($F = 12.7$, $P = .0001$) pero no hubo diferencias significativas en el afecto negativo promedio ($F = 1.8$, $P = .19$), además redujo significativamente el afecto negativo ($F = 7.1$, $P = .01$) durante la prueba de estrés psicológico pero no afectó el afecto positivo.

El tratamiento cognitivo conductual es efectivo en la reducción de la depresión y el incremento del afecto positivo en pacientes en riesgo de enfermedad cardiovascular elevada, pero el resultado varía al momento de la medición y el escenario.

Diane Strachowski; Anna Khaylis; Ansgar Conrad; Eric Neri; David Spiegel; C. Barr Taylor, Efectos de la terapia cognitivo conductual sobre la depresión en pacientes en edad avanzada con un riesgo cardiovascular. *DEPRESSION AND ANXIETY*. 2008 AGO; 25 (8).

Prevención de la depresión.- Objetivo: Un número creciente de estudios han probado la eficacia de intervenciones preventivas en la reducción de la incidencia de los trastornos depresivos. Hasta ahora, ninguna meta-análisis ha integrado los resultados de estos estudios. Método: Los autores realizaron una meta-análisis. Después de una amplia búsqueda bibliográfica se identificaron 19 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión. Los estudios tuvieron que ser estudios aleatorios controlados en los que la incidencia de los trastornos depresivos (basado en los criterios diagnósticos) en un grupo experimental podría compararse con el grupo control. Resultados: El índice promedio de tasa de incidencia fue de 0.78, indicando una reducción de la incidencia de los trastornos depresivos de un 22% en el grupo experimental en comparación con los grupos de control. La heterogeneidad fue de baja a moderada ($I^2=33\%$). El número necesario para tratar de prevenir un caso de trastorno depresivo fue de 22. Los análisis moderadores no revelaron ninguna diferencia sistemática entre las poblaciones objetivo o los tipos de prevención (universal, selectivo, o indicado). Los datos incluyeron indicios de que la prevención basada en psicoterapia interpersonal puede ser más eficaz que la prevención basada en la terapia cognitivo conductual. Conclusiones: La prevención de nuevos casos de trastornos depresivos parece ser posible. La prevención podría convertirse en una importante vía, además del tratamiento, para reducir la enorme carga que supone la depresión en la salud pública en los próximos años.

Pim Cuijpers; Annemieke van Straten; Filip Smit; Cathrine Mihalopoulos; Aartjan Beekman, Prevención de la aparición de trastornos depresivos: Una revisión meta-analítica de intervenciones psicológicas. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*. 2008 OCT; 165 (10):1272-1280.

Depresión y maltrato emocional.- Antecedentes: Hasta la fecha, la mayoría de la investigación sobre el papel de las experiencias de maltrato en la depresión se ha enfocado en el maltrato físico y sexual. Sin embargo, varios investigadores han teorizado que el maltrato emocional puede estar más fuertemente vinculado a la depresión. Además hacen falta estudios prospectivos en esta área. Este estudio abordó estos aspectos examinando si las experiencias de maltrato emocional actual predijeron el desarrollo de nuevos episodios prospectivos de depresión mayor (MD) o depresión menor (MiD) y el subtipo desesperanza de la depresión (HD) en adultos jóvenes. También evaluó si el maltrato emocional actual por parte de compañeros y de figuras de autoridad, predijo por separado la aparición de episodios depresivos.

Método: Se dio seguimiento prospectivo durante 2.5 años a 165 participantes del Proyecto de Vulnerabilidad Cognitiva a la Depresión. Se evaluó el maltrato emocional actual y los episodios depresivos nuevos con los acontecimientos vitales y entrevistas de diagnóstico administradas cada 6 semanas.

Resultados: Un mayor maltrato emocional general predijo un periodo de tiempo más corto para el inicio de nuevos episodios de MD, MiD y HD. El maltrato emocional perpetrado por compañeros y autoridades, predijeron por separado un tiempo más corto de desarrollo de nuevos episodios de HD.

Conclusiones: Un mayor maltrato emocional en adultos jóvenes predice de forma prospectiva el inicio de la depresión, particularmente HD. Estos resultados destacan la importancia de las experiencias de maltrato emocional en la edad adulta en la determinación de los objetivos para la prevención y tratamiento.

Richard T. Liu; Lauren B. Alloy; Lyn Y. Abramson; Brian M. Iacoviello; Wayne G. Whitehouse. Maltrato emocional y depresión: Predicción prospectiva de episodios depresivos. *DEPRESSION AND ANXIETY*. 2009 FEB;26(2):174-181.

Depresión tardía.- La literatura ofrece una amplia variedad de información sobre la ingesta de alimentos, enfermedades físicas y trastornos psicológicos en la población de personas mayores. La depresión de inicio tardío es uno de los problemas de salud mental más comunes en los adultos mayores de 60 años.

El propósito principal de este trabajo es investigar la relación entre la depresión de los últimos años de la vida y la nutrición entre los adultos mayores. En segundo lugar, la literatura ha señalado que la depresión en los últimos años de la vida está influenciada por factores genéticos, situacionales y las enfermedades relacionadas con factores biológicos y psico-sociales. Sin embargo, la depresión en los últimos años de vida, en relación con la depresión de inicio temprano, parece estar menos influenciada por la genética y más por factores ambientales.

Hay modelos psicológicos que postulan que la depresión tardía vida surge de la pérdida de la autoestima, la pérdida de roles significativos, la pérdida de otras personas importantes, la disminución de los contactos sociales, la reducción de la capacidad física, las dificultades financieras y la disminución de las habilidades de afrontamiento. Por estas razones, los factores sociales, físicos y psicológicos son brevemente revisados en relación con aspectos nutricionales.

Por lo tanto, el alcance de este trabajo es examinar las cuestiones sociales, físicas, psicológicas que afectan directa o indirectamente a la ingesta de alimentos y, por consiguiente, la depresión en la población anciana.

Sefa Bulut. Una revisión de los factores que contribuyen a la depresión en los últimos años de vida. ANALES DE PSICOLOGÍA. 2009 JUN; 25(1):21-26.

Psicoterapia versus farmacoterapia en depresión.- Antecedentes: Un gran número de estudios han mostrado que los tratamientos psicológicos tienen efectos significativos sobre la depresión. Aunque varios estudios han examinado los efectos relativos de los tratamientos psicológicos y combinados, esto no ha sido estudiado satisfactoriamente en recientes meta-análisis estadístico.

Método: se realizó un meta-análisis de estudios aleatorios en los cuales un tratamiento psicológico fue comparado con un tratamiento combinado que consistía en el mismo tratamiento psicológico con una terapia farmacológica. Para cada uno de éstos estudios calculamos el tamaño de efecto que indica la diferencia entre el tratamiento psicológico y el combinado.

Resultados: Todos los criterios de inclusión se cumplieron por los 18 estudios, con un total de 1,838 sujetos. El tamaño promedio del efecto que indicaba la diferencia entre el tratamiento psicológico y combinado fue de 0.35 (CI 95%: 0.24-0.45; $P < 0.001$), con una heterogeneidad baja. Los análisis de subgrupo indicaron que la diferencia entre los tratamientos psicológicos y combinados fue significativamente menor en estudios en los cuales la terapia cognitivo conductual fue examinada. También encontramos una tendencia ($P < 0.1$) que indica que la diferencia entre el tratamiento psicológico y combinado fue algo mayor en los estudios dirigidos a poblaciones específicas (adultos mayores, depresión crónica, pacientes VIH) que en estudios con adultos, y en estudios en los cuales se examinaron los antidepresivos tricíclicos o SSRIs, en comparación a estudios en los cuales se utilizó un protocolo de medicación u otro antidepresivo. Durante el seguimiento, no se encontró ninguna diferencia entre los tratamientos psicológicos y combinados.

Conclusión: Concluimos que el tratamiento combinado es más eficaz que el tratamiento psicológico por sí solo. Sin embargo, no está claro si esta diferencia es relevante desde una perspectiva clínica.

Pim Cuijpers; Annemieke van Straten; Lisanne Warmerdam; Gerhard Andersson. Psicoterapia versus combinación de psicoterapia y farmacoterapia en el tratamiento de la depresión: Un meta-análisis. DEPRESSION AND ANXIETY. 2009 MAR; 26(3):279-288.

Intervenciones preventivas.- Objetivo: Un número creciente de estudios ha evaluado la eficacia de las intervenciones preventivas en la reducción de la incidencia de los trastornos depresivos. Hasta ahora, ningún metaanálisis ha integrado los resultados de estos estudios.

Método: Los autores llevaron a cabo un metaanálisis. Tras una exhaustiva búsqueda en la bibliografía científica, se identificaron 19 estudios que cumplían los criterios de inclusión. Debían ser estudios comparativos y aleatorizados en los que fuera posible comparar la incidencia de los trastornos depresivos (según los criterios diagnósticos) en un grupo experimental con los de un grupo de comparación.

Resultados: El cociente medio de las tasas de incidencia fue de 0,78, lo que refleja una reducción de la incidencia de los trastornos depresivos del 22 % en los grupos experimentales en comparación con los grupos de control. La heterogeneidad fue baja-moderada ($I^2 = 33\%$). El número de individuos que fue necesario tratar para prevenir un caso de trastorno depresivo fue 22. Los análisis de efectos moderadores revelaron la existencia de diferencias no sistemáticas entre las poblaciones diana o los tipos de prevención (universal, selectiva u orientada). Los datos señalaron asimismo que la prevención basada en la psicoterapia interpersonal podría ser más efectiva que la prevención basada en la terapia cognitivo-conductual.

Conclusiones: La prevención de nuevos casos de trastornos depresivos parece posible. La prevención podría convertirse en una importante herramienta, junto al tratamiento, para reducir en los próximos años la enorme repercusión de la depresión en la salud pública.

Pim Cuijpers; Annemieke van Straten; Filip Smit...(et.al). Prevención del inicio de los trastornos depresivos: Revisión metaanalítica de las intervenciones psicológicas. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 OCT; 165(10):1272-1280.

Síntomas residuales de la depresión.- A pesar de la efectividad de la respuesta a los antidepresivos, la persistencia de síntomas subsindrómicos tras el tratamiento de los episodios depresivos es un fenómeno frecuente. Más del 30% de los pacientes que responden a un tratamiento antidepresivo presentan síntomas residuales, sobre todo los que sufren episodios depresivos más graves al inicio. Los síntomas residuales más frecuentes son los síntomas subsindrómicos de las esferas afectiva, somática y cognitiva, y las alteraciones del sueño. La presencia de síntomas residuales empeora el pronóstico del trastorno depresivo, con recaídas más frecuentes y más rápidas y déficits en la funcionalidad que se asocian con alteraciones neuroanatómicas.

A la vista de los datos a la hora de enfocar el tratamiento de un trastorno depresivo es necesario tener en cuenta la posibilidad de persistencia de síntomas residuales y buscar, con todos los medios al alcance, la recuperación del paciente.

Incidenia en mujeres.- La prevalencia del trastorno depresivo unipolar es dos veces mayor en mujeres que en hombres.

Las mujeres son más vulnerables a los trastornos depresivos durante la edad reproductiva (entre 15 y 44 años de edad), pues a lo largo de esos años asumen más roles y responsabilidades; están más expuestas a experiencias sexuales, abuso sexual y violencia doméstica, y frecuentemente están en desventaja tanto en el estatus social como en el financiero.

Además, los factores endocrinos durante el ciclo reproductivo pueden incrementar la vulnerabilidad a la depresión.

Silvia Lucía Gaviria A. Algunas consideraciones respecto a la depresión en las mujeres. CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE. 2008 SEP; (39):9-14.

Diagnóstico.- Antecedente: La depresión es una carga importante para el sistema sanitario en todo el mundo. La mayor parte del cuidado de la depresión es administrado por médicos generales (GPs). Evaluamos las tasas de verdaderos positivos y negativos y falsos positivos y negativos en atención primaria, cuando los médicos generales hacen el diagnóstico rutinario de la depresión.

Método. Se realizó una meta-análisis de 118 estudios que evaluaron la exactitud del diagnóstico de la depresión sin ayuda por parte de los médicos generales. 41 de estos estudios se incluyeron porque tenían un resultado sólido estándar de una entrevista estructurada o semi-estructurada.

Resultados. 50.371 pacientes fueron agrupados en 41 estudios y examinados. Los médicos identificaron correctamente la depresión en el 47 • 3% (IC del 95%: 41 • 7 • 53% a 0%) de casos y registra ron la depresión en sus notas en 33 • 6% (22% • 4 a 45 • 7%). 19 estudios, evaluaron tanto las normas y reglas de precisión, a partir de estos estudios, la sensibilidad ponderada fue del 50 • 1% (41% • 3 • 59 a 0%) y la especificidad fue del 81 • 3% (74 • 5% a 87 • 3%). Con una tasa de 21 • 9%, el valor predictivo positivo fue de 42 • 0% (39% • 6 a 44 • 3%) y el valor predictivo negativo fue de 85 • 8% (84 • 8% a 86% • 7). Este hallazgo sugiere que por cada 100 casos no seleccionados vistos en atención primaria, hay más falsos positivos (n = 15) que uno u otro (n = 10) o casos identificados (n = 10). La precisión se mejoró con un examen prospectivo durante un período prolongado (3-12 meses) en vez de depender de una sola evaluación de los expedientes.

Interpretación. Los médicos generales puede descartar la depresión en la mayoría de las personas que no están deprimidas, sin embargo, la prevalencia moderada de la depresión en atención primaria significa que los errores de identificación superan los casos perdidos. El diagnóstico podría mejorarse mediante re-evaluación de los individuos que pudieran tener depresión.

Alex J Mitchell; Amol Vaze; Sanjay Rao. Diagnóstico clínico de la depresión en atención primaria: Un meta-análisis. THE LANCET. 2009 AGO; 374(9690):609 - 619.

Depresión en hombres y mujeres.- Introducción: Las mujeres están en mayor riesgo de depresión que los hombres, especialmente durante los años reproductivos. La diferencia en la depresión varía a través del ciclo vital, con un predominio de las mujeres sobre los hombres, que comienza al principio de la adolescencia y persiste en la madurez. Durante esos años las mujeres pueden asumir innumerables funciones y responsabilidades, es más probable que experimenten violencia sexual y doméstica y, con frecuencia, se encuentran en desventaja en términos de condición social y económica.

Método: En este artículo se reseñan siete factores de vulnerabilidad para depresión en las mujeres: hipótesis de artefacto, factores hormonales, factores genéticos, ansiedad preexistente, estilos de socialización y de acoplamiento específicos de las mujeres, acontecimientos vitales traumáticos y condición social y roles.

Conclusiones: Las investigaciones acerca de las diferencias entre sexos y depresión deben evaluar la importancia relativa de los factores de riesgo desde diferentes dominios: aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales; además, dado que las mujeres tienen diferentes necesidades de atención durante su ciclo vital, los servicios de atención deben prestarlos equipos de salud mental interdisciplinarios, a fin de contribuir a su salud mental y bienestar.

Silvia Lucía Gaviria A. ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. 2009 JUN; 38 (2):316-324.

Predictores de depresión.- Se han propuesto distintos modelos para explicar el fenómeno depresivo, tales como la teoría de las actitudes disfuncionales, la teoría de la desesperanza, el modelo conductual sobre el nivel de actividad o modelos temperamentales.

Este artículo presenta datos sobre el papel de esos modelos en la predicción del nivel de depresión en una muestra de 414 estudiantes universitarios, con un intervalo temporal de seis meses. Se evaluaron las actitudes disfuncionales, los estilos atributivos, el nivel de actividad y los cinco factores de personalidad. Como medida de depresión se administró el BDI-II.

Los resultados muestran que tales variables predicen los niveles de depresión, pero con coeficientes bajos. Especialmente la dimensión de Necesidad de Logro (actitud disfuncional) y la dimensión de Neuroticismo fueron las variables con mayor peso en la predicción, pero sólo el Neuroticismo parece comportarse como un elemento de vulnerabilidad. Los estilos atribucionales no contribuyeron significativamente en la predicción de la depresión. El nivel de actividad pierde su capacidad predictiva en el intervalo de seis meses.

Estos resultados se discuten de acuerdo con el papel de los modelos propuestos y la necesidad de profundizar en la explicación de un mayor porcentaje de la varianza de las puntuaciones en depresión.

Wenceslao Peñate; Lilisbeth Perestelo; Juan Manuel Bethencourt; Gustavo Ramírez. La predicción del nivel de depresión por variables cognitivas, conductuales y temperamentales en un intervalo de seis meses. PSICOTHEMA. 2009; 21(3):341-346.

La cognición como predictor depresivo.- Objetivo: Los estudios anteriores han reportado una asociación entre la depresión y el funcionamiento cognitivo pobre. Se desconoce en qué medida tales asociaciones están meramente relacionadas con el estado o reflejan una vulnerabilidad duradera de la depresión. Este estudio examinó si los déficits cognitivos predicen los síntomas depresivos (sub)clínicos actuales y/o de seguimiento en la población general.

Método: Una muestra poblacional de 569 gemelos femeninos y 43 de sus hermanas completaron una batería neuropsicológica. Se midieron las asociaciones seccionales-transversales y prospectivos entre los síntomas depresivos medidos a nivel subclínico [Lista de Comprobación de síntoma-90 (SCL-90)] y a nivel clínico (entrevista clínica estructurada para los trastornos DSM-IV) y factores neuropsicológicos (memoria episódica y velocidad del procesamiento de la información).

Resultados: Los síntomas depresivos en la línea base de la entrevista clínica estructurada para los trastornos del DSM-IV, estuvieron significativamente asociados con la velocidad de procesamiento de información pero no con la memoria episódica. La memoria episódica estuvo significativamente asociada con síntomas depresivos en el seguimiento de SCL-90.

Conclusión: El estar deprimido está acompañado por procesamiento de la información más lento. El pobre funcionamiento de la memoria puede ser un predictor para la aparición de los síntomas depresivos subclínicos.

C. J. P. Simons; N. Jacobs; C. Derom... (et.al) La cognición como predictor de síntomas depresivos actuales y de seguimiento en la población general. ACTA PSYCHIATR SCAND. 2009 JUL; 120(1):45-52.

Lenguaje de la depresión.- El estudio de comunicación on-line puede dar a conocer la expresión de la depresión a través de las culturas, sugiriendo una posible información y/o ayuda necesaria y tópicos que necesitan ser discutidos en psicoterapia. Esta investigación explora esta idea mediante dos estudios.

En el Estudio 1 se observaron cuáles son los indicadores lingüísticos de depresión extrayendo textos de personas deprimidas (N=160) y personas no deprimidas (N=160) de foros de discusión en inglés y español. Se utilizó un programa de computadora (LIWC2001) para comparar categorías lingüísticas a través de los grupos (i.e., personas deprimidas vs. personas no deprimidas) en cada una de las lenguas.

En el Estudio 2 se analizaron los temas que las personas usan cuando hablan de su depresión en foros de discusión en inglés y en español. Se colectaron textos de personas deprimidas de foros en español (N=400) y foros en inglés (N=400). Se utilizó un método automático inductivo y se comparó cómo las personas hablan de su depresión a través de las lenguas.

Los resultados del Estudio 1 mostraron que en ambas lenguas los marcadores lingüísticos asociados a la depresión, fueron utilizados más en textos de personas deprimidas que en los textos de las personas no deprimidas. Los resultados del Estudio 2 mostraron que las personas deprimidas que escribieron en español sobre su depresión utilizaron temas relacionados a procesos sociales, que las personas que escribieron en inglés, los cuales a su vez escribieron más acerca de temas relacionados con procesos médicos.

Nairán Ramírez-Esparza; Cindy K. Chung; Gisela Sierra-Otero; James W. Pennebaker. El lenguaje de la depresión: Categorías lingüísticas y temas usados en foros de discusión en internet en inglés y en español. REV DE LA ASOCIACIÓN DE PSICOTERAPIA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. 2009 JUL; 2(2)

Estado civil, satisfacción de pareja y síntomas depresivos en hombres y mujeres mayores.-

Objetivos: Determinar si el estado civil se asocia con síntomas depresivos en hombres y mujeres, y determinar si la satisfacción de la pareja está asociada con síntomas depresivos.

Métodos: La muestra estaba compuesta por adultos comunitarios (n= 1751) en edades de 65 años y mayores de un registro poblacional representativo. La edad, sexo, educación y estado civil fueron auto-reportados. Se evaluó la satisfacción de vivir en pareja con un ítem de la escala terrible-encantador. El Centro para Estudios Epidemiológicos de Depresión se utilizó para evaluar los síntomas depresivos, con una puntuación de 15 o más indicando síntomas depresivos.

Resultados: Únicamente el 3% de la muestra se sentía insatisfecho con su pareja, y aquellos que estaban insatisfechos con su pareja tenían mayores niveles de síntomas depresivos. Las proporciones de hombres con síntomas depresivos fueron: 20.6% para los que nunca se casaron; 19.2% para los separados o

divorciados; 17.3% para los viudos; 7.3% para los casados (satisfechos); y 38.1% para los casados (insatisfechos) ($X^2 = 32.98$, $df = 4$, $P < 0.001$). En las mujeres, los resultados fueron diferentes: 11.8% para las que nunca se casaron; 23.1% para las separadas o divorciadas; 15.4% para las viudas; 14.4% para las casadas (satisfechas); y 41.9% para las casadas (insatisfechas) ($X^2 = 18.33$, $df = 4$, $P < 0.001$). En modelos de regresión logística, se observó un término de interacción significativa para el estado civil Sexo.

En modelos estratificados, ajustando por edad y educación, se observó un efecto del estado civil en hombres, pero no en las mujeres.

Conclusiones: Los efectos del matrimonio sobre los síntomas depresivos en hombres y mujeres pueden ser diferentes, con niveles menores de síntomas depresivos en hombres casados, en comparación con hombres solteros, pero tasas similares en mujeres casadas, en comparación con mujeres solteras. La insatisfacción con su pareja fue poco común, pero altamente asociada con síntomas depresivos.

Philip Donald St John; Patrick Roy Montgomery. Estado civil, satisfacción de pareja y síntomas depresivos en hombres y mujeres mayores. CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2009 JUL; 54(7):487-492.

Uso de los tratamientos antidepresivos. La percepción del paciente.- Introducción. Un determinante fundamental de la respuesta al tratamiento antidepresivo es cómo el paciente lo toma. Nuestro objetivo es observar el uso de los antidepresivos en una muestra real de pacientes.

Métodos. Para determinar que factores pueden ser relevantes para un buen uso del tratamiento se recogieron datos sociales, demográficos, relativos a la enfermedad y al tratamiento de 550 pacientes que estaban siendo tratados con antidepresivos por cualquier motivo. El cuestionario elaborado incluía dos ítems, la dificultad percibida por el paciente para seguir las indicaciones del tratamiento y el nivel de reconocimiento de falta de cumplimiento, lo que puede ser considerado como una forma indirecta y poco culpabilizadora de aproximarse al uso real del medicamento por parte del paciente.

Resultados. El cumplimiento fue peor en el grupo con un nivel inferior de educación, así como en aquellos que vivían en zonas rurales y en los que recibían otro tratamiento concomitante para enfermedades orgánicas. El uso era bueno en el 61,5 % y, particularmente bueno, entre aquellos diagnosticados de un trastorno afectivo (69,8 %). Entre los pacientes que no respondían al tratamiento, la incidencia del no-cumplimiento (49,1 %) era superior a aquellos que sí referían haber mejorado (31,2 %).

Conclusiones. Es importante explorar y reforzar un buen uso del tratamiento antidepresivo en todos los dispositivos asistenciales y estar seguro de que este tipo de tratamiento es necesario si la indicación no está clara.

M. J. Martín; M. García-Toro; F. Campoamor... (et.al) Uso de los tratamientos antidepresivos. La percepción del paciente. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2009 OCT; 37(5):276-281.

Depresión anaclítica.- Se observó depresión anaclítica en los monitos separados del contacto físico con sus madres, a pesar de que podían jugar con otros compañeros. Se vio una primera fase de protesta y luego una de desesperación, a las 48 horas, cuando aparecían postrados y poco dispuestos a vocalizar. Dejaron de jugar, pero volvieron a hacerlo cuando ocurrió el reencuentro con la madre.

Cuando se reúne a muchas crías con una madre, manifiestan hacia esta un rechazo. Bowlby llamó a esto un fenómeno de separación. Cuando los monos son separados de sus compañeros de juego, verifican las tres fases de la depresión anaclítica: protesta, desesperación y separación o distanciamiento. Persistieron conductas como autolamido y apretón de manos, que normalmente desaparecen antes.

En los adolescentes socializados, la separación de sus compañeros de edad no produjo depresión en ellos. Tras liberarlos, tendían a exhibir locomoción inhibida. y a no manifestar las normales conductas de aplauso, reunión, etc.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 3, punto 4.

Depresión anaclítica.- "La depresión anaclítica, también llamada hospitalismo, fue descrita por primera vez por René Spitz en niños que habían establecido vínculos normales y, de repente, fueron separados de sus madres por distintos períodos de tiempo e ingresados en instituciones u hospitales. Se deprimieron, se aislaron, perdieron la capacidad de respuesta y se hicieron vulnerables a las enfermedades físicas. Se recuperaron cuando sus madres volvieron o cuando dispusieron de madre adoptiva" (página 169).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Depresión senil.- En la vejez, adquieren importancia en la aparición de la depresión factores físicos, familiares y sociales. Como estos factores pueden ser distintos, conviene hablar de depresiones, y no de una depresión. Cuando el estado de ánimo depende de varios de esos factores, hablamos de depresiones superpuestas. Por ejemplo hay ancianos muy autoexigentes que a su depresión original suman otra depresión por verse deprimidos.

No entenderemos aquí depresión como un simple estado de ánimo triste, que puede deberse a un duelo por la pérdida de un ser querido.

Las depresiones pueden deberse a haber ingerido durante varios años medicamentos diversos, muchas veces automedicándose. Los remedios antidepresivos no suelen evitar ulteriores fases depresivas. Los

medicamentos deben usarse en proporción adecuada, y uno de ellos eficaz es el carbonato de litio, combinado con otros antidepresivos.

Después de los 70 años tienden a ser menos frecuentes las depresiones reactivas y aumentar las endógenas. Muchos ancianos pueden hacer duelos mejor que los jóvenes sin hacer importantes cuadros depresivos.

Muchas personas sufren en su vida neurosis subliminales, adaptándose a la vida con defensas precarias. Esas personas en la vejez suelen hacer cuadros depresivos llamados caracteropatías melancólicas.

Algunas conclusiones son importantes:

1. No hay razón valedera para mantener el cuadro de melancolía involutiva, pues son similares a los de la gente joven. 2. A los dos o tres meses de alguna enfermedad u operación, suele aparecer en los ancianos depresión endógena. 3. No hay relación en la vejez, entre arterioesclerosis cerebral y depresión. 4. El suicidio por estados depresivos suele ser más frecuente en los ancianos. 5. Algunas depresiones son el primer síntoma de un Parkinson.

6. Hay psisocis maníaco-depresivas cuya primera fase depresiva puede aparecer durante el envejecimiento. 7. Hoy se pueden detectar mejor las pseudodemencias y las pseudodepresiones. Existen formas estuporosas de las depresiones que simulan cuadros demenciales, y son curables con electroshock. En la mayoría de los casos, la depresión en la vejez debe incluir al grupo familiar, pues muchas veces las reacciones de este a la depresión del abuelo agravan su depresión.

Strejilevich Mario, "Temas de psicogeriatría (II)", "Algunas características de las depresiones durante el envejecimiento".

Depresión postnatal.- Antecedentes. Sólo algunas mujeres con trastorno depresivo mayor recurrente experimentan episodios postnatales. La personalidad y/o los estilos cognitivos podrían incrementar la probabilidad de experimentar depresión postnatal.

Objetivos. Establecer si la personalidad y el estilo cognitivo predice la vulnerabilidad a los episodios postnatales más allá de conocer su relación con la depresión en general.

Método. Comparamos la personalidad y el estilo cognitivo en mujeres con trastorno depresivo mayor recurrente, quienes habían experimentado uno o más episodios postnatales (grupo depresión postnatal (PND), n=143) con la de mujeres controles sanas (grupo de control, n=173). También examinamos a mujeres con trastorno depresivo mayor recurrente de parto reciente, quienes no experimentaron episodios perinatales (grupo depresivo no postnatal (NPND), n=131).

Resultados. El grupo PND tenía niveles más altos de neuroticismo y creencias disfuncionales, y una autoestima más baja que el grupo de control. Sin embargo no hubo diferencias significativas entre los grupos PND y NPND.

Conclusiones. Las mujeres con un historia de depresión postnatal reportaron una personalidad establecida y vulnerabilidades cognitivas para la depresión, pero no hubo evidencia de que alguno de estos rasgos o estilos confiere un riesgo específico para el inicio de episodios en la etapa postnatal.

Lisa Jones; Jan Scott; Caroline Cooper...(et.al) Estilo cognitivo, personalidad y vulnerabilidad a la depresión postnatal. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2010 MAR;196(3):200-205.

Disposición genética de depresión mayor y trastorno de estrés postraumático.- Fundamento. La depresión mayor (DM) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se caracterizan por su elevada comorbilidad. No se ha cuantificado el grado hasta el cual una predisposición genética común explica la etiología de su asociación y tiene importantes implicaciones para la investigación y la prevención.

Métodos. Este artículo presenta un análisis de los datos de 6.744 miembros del Vietnam Era Twin Registry. La DM y el TEPT se evaluaron mediante el Diagnostic Interview Schedule-III-R en 1991-1992. Se efectuó un modelado bivalente de gemelos para determinar la etiología genética y ambiental de la asociación DM-TEPT.

Resultados. El modelo con el mejor ajuste de la asociación DM-TEPT incluyó una correlación genética sustancial ($r=0,77$; IC95%, 0,50-1,00) y una correlación modesta ambiental específica individual ($r=0,34$; IC del 95%, 0,19-0,48). Una predisposición genética común explicó el 62,5% de la comorbilidad DM-TEPT. Las influencias genéticas comunes a la DM explicaron el 15% de la varianza total en el riesgo de TEPT y el 58% de la varianza genética en el TEPT. Las influencias ambientales específicas individuales comunes a la DM solo explicaron el 11% de la varianza ambiental individual específica en el TEPT.

Limitaciones. Los participantes del presente estudio eran veteranos de la guerra de Vietnam y los hallazgos no pueden generalizarse a civiles, mujeres u otras cohortes.

Conclusiones. La comorbilidad DM-TEPT se explica en gran parte por influencias genéticas comunes. La superposición genética sustancial entre ambos implica que los genes involucrados en la etiología de la DM son potentes candidatos para el TEPT y al contrario. Las influencias ambientales en ambos explican un menor grado su covariación y parecen ser en su mayor parte específicas de trastorno. Se requiere más investigación para identificar los factores ambientales que influyen en el desarrollo de la DM comparado con el TEPT en el contexto de una predisposición genética común.

Karestan C. Koenen; Qiang J. Fu; Karen Ertel...(et.al) Predisposición genética común en la depresión mayor y el trastorno de estrés postraumático en hombres. *PSIQUIATRIA BIOLÓGICA*. 2010 MAR;17(1):1-5.

Activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva.- Se presenta el tratamiento de un sujeto varón de 44 años con síntomas de depresión. La intervención se organizó a partir del análisis propuesto por la Activación Conductual (AC), que contempla algunos tipos de depresión como formas elaboradas de evitación. Entre los componentes del tratamiento se incluyó la recuperación de tareas abandonadas, el replanteamiento de nuevos objetivos vitales, la extinción de conductas de evitación, la programación horaria y la recuperación de obligaciones domésticas, laborales y sociales. Después de siete meses de intervención se apreciaron cambios significativos en las medidas pretratamiento (BDI-II, AAQ, ATQ, EROS y BADS), así como en el número y el tipo de actividades desarrolladas. Tras este tiempo el cuadro depresivo podía considerarse remitido y el paciente había recuperado un trabajo productivo. Los beneficios terapéuticos se mantuvieron durante los siguientes cinco meses de seguimiento. A pesar de la gravedad del cuadro, el sujeto no deseaba tomar medicación antidepressiva, por lo que ésta no se empleó en ningún momento.

Los buenos resultados obtenidos no obstante esta circunstancia y la duración relativamente breve de la intervención suponen un aval importante para el modelo de terapia propuesto por la AC para este tipo de casos.

Barraca Mairal, Jorge. Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *CLÍNICA Y SALUD*. 2010; 21(2):183-197.

DEPRESIÓN MAYOR

Factores de riesgo.- "Tres poderosos factores de riesgo de depresión mayor son el sexo femenino, los rasgos de personalidad típicos del Neurotismo, y la adversidad que resulta de la exposición a eventos estresantes de la vida. Poco se conoce de cómo se interrelacionan estos factores en la etiología de la depresión. Con la finalidad de estudiar esta interacción, los autores estudiaron 7.500 gemelos provenientes de la población, empleando el riesgo proporcional de Cox para predecir el comienzo de episodios de depresión mayor según el DSM-III.R en el año previo a las entrevistas sobre la base de las evaluaciones previas de Neurotismo, sexo y adversidad durante el último año. Los resultados mostraron que el neurotismo, el sexo femenino, y la mayor adversidad aumentaron fuertemente el riesgo de depresión mayor. Se observó una interacción entre neurotismo y adversidad tal que los individuos con alto neurotismo presentaron un mayor riesgo de depresión mayor y fueron más sensibles al afecto depresogénico de la adversidad y el sexo, ya que el exceso de riesgo de depresión mayor en las mujeres estuvo confinado a individuos con exposición a poco o bajo stress. En conclusión, la adversidad psicosocial interactúa tanto con el neurotismo como con el sexo en la etiología de la depresión mayor. El impacto del neurotismo sobre el riesgo de la enfermedad es superior con mayores niveles, mientras que el efecto del sexo sobre la probabilidad de comienzo es lo opuesto, es decir, que es mayor a menores niveles de stress. Los autores concluyen que los modelos etiológicos de depresión mayor deberían incorporar las interacciones entre las clases de factores de riesgo".

KS. Kendler y cols, La interrelación de neuroticismo, sexo y eventos estresantes de la vida en la predicción de episodios de depresión mayor. *Am J Psychiatry* 161:631-636. Abril de 2004.

Factores de riesgo.- "Los datos de estudios familiares de una amplia muestra de la comunidad de adultos jóvenes y sus parientes del primer grado fueron utilizados para examinar tres preguntas en función de la relación existente entre la depresión subliminal (SubD) y el trastorno depresivo mayor (MDD): (a)¿ hay un índice elevado de MDD en los parientes de probandos con la SubD? (b)¿Se agrega la SubD en las familias de los probandos con el MDD y la SubD? (c)¿Es la relación entre la SubD y la psicopatología familiar específica para el MDD? Un total de 941 probandos fue evaluados dos veces durante la adolescencia y después a la edad 24 años. La información directa y del informador fue obtenida de los 2750 parientes de primer grado de 840 probandos. El índice del MDD en los parientes de los probandos con la SubD (24,3%) fue perceptiblemente más bajo que en los parientes de los probandos con el MDD (31,9%) pero perceptiblemente más alto que en los parientes de probandos sin historia de trastornos del estado del ánimo (NMD; 20,2%). Los parientes de los probandos con el MDD, la SubD y la NMD no difirieron en los índices de la SubD (9,0, 9,4 y 9,0%, respectivamente). La agregación familiar de la psicopatología en los probandos con la SubD fue específica para el MDD. La principal limitación podría ser la ausencia de un procedimiento estandarizado de definición y evaluación para la categoría de la SubD. Además, el tamaño de muestra, aunque es amplia, podría haber sido inadecuado para detectar asociaciones más pequeñas o los efectos moderados del sexo. Los datos de los resultados obtenidos apoyan la visión de que la depresión subliminal (SubD) ocupa una posición más leve respecto a una serie continua con el trastorno depresivo mayor (MDD)".

Peter M. Lewinsohn; Daniel N. Klein; Emily C. Durbin; John R. Seeley; Paul Rohde, Estudio familiar de los síntomas depresivos subliminales: ¿factor de riesgo para el trastorno depresivo mayor? *J AFFECT DISORD*. 2003 NOV; 77(2):149-157.

Factores predictores.- “La identificación de factores predictores de la depresión mayor en la transición a la edad adulta tiene una aplicación directa para la prevención y la intervención de esfuerzos diseñados para prevenir la depresión en este período de elevado riesgo. El actual estudio identificó factores de la niñez y la adolescencia familiares y del comportamiento emocional que predecían la depresión durante esta etapa de desarrollo crítico. Los 354 participantes eran parte de una muestra de edad única de una comunidad predominantemente caucásica de clase obrera cuyo desarrollo psicosocial se remontó prospectivamente desde la edad de 5 años. En estos análisis, los datos recogidos durante la niñez y la adolescencia fueron relacionados con el diagnóstico de la depresión mayor a la edad de 18- 26 años. Durante la transición a la edad adulta, 82 participantes (23.2%) experimentaron depresión mayor. Los indicadores bivariates de una depresión tardía incluyeron antecedentes familiares de depresión o consumo de sustancias, de la composición familiar, y del ambiente de la familia en la niñez percibidos como violentos y careciendo de cohesión. También fueron significativos los comportamientos de internación auto manifestados y por parte de la madre, así como la ansiedad auto clasificada y los síntomas depresivos. Los análisis multivariantes mostraron la violencia familiar, la composición de la familia, los problemas de internación durante la adolescencia, y la baja cohesión de la familia por ser los factores más sobresalientes. Estos resultados destacan los factores predictores comportamentales-emocionales y familiares de la depresión que pueden servir como focos para identificar la juventud con necesidad de intervención”.

Helen Z. Reinherz; Angela D. Paradis; Rose M. Giaconia; Cecilia K. Stashwick; Garrett Fitzmaurice. Factores predictores en la niñez y adolescencia de la depresión mayor en la transición a la etapa adulta. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2003 DIC; 160(12):2141-2147.

Funcionamiento cognitivo.- “El déficit cognitivo es común en el trastorno depresivo mayor, pero su naturaleza es confusa. La hipótesis del esfuerzo indica que el funcionamiento en tareas que requieren un esfuerzo desproporcionado está deteriorado comparado con el funcionamiento en tareas automáticas. La hipótesis cognitiva de la velocidad indica que la depresión se caracteriza por la lentitud cognitiva, que es una fuente de deterioro cognitivo. El actual estudio investigó ambas teorías en pacientes depresivos adultos no medicados. También se investigó si el déficit cognitivo se puede atribuir de forma general a síntomas físicos o específicamente vinculados al trastorno depresivo. Se compararon a treinta pacientes depresivos no psicóticos no internados con 38 sujetos sanos control y 25 pacientes con rinitis alérgica severa. Los efectos del grupo en los aspectos más automáticos y que requerían más esfuerzo de las tareas cognitivas, que medían la velocidad cognitiva y la recuperación de la memoria, fueron evaluada por MANCOVA. La edad, el sexo, la educación y la inteligencia premórbida fueron tratadas como covariantes. El grupo depresivo tenía déficit cognitivos en el proceso automático de la subtask de Stroop, en la exploración de la memoria y en la envergadura de la memoria. El funcionamiento en tareas que requerían mayor esfuerzo no estuvo deteriorado. Los resultados son más constantes con la hipótesis cognitiva de la velocidad. El funcionamiento cognitivo en el trastorno depresivo parece estar caracterizado por una velocidad reducida del procesamiento de la información en las subtasks automáticas”.

H. M. Den Hartog; M. M. A. Derix; A. L. Van Bemmelen; B. Kremer; J. Jolles. Funcionamiento cognitivo en los pacientes no internados jóvenes y de mediana edad no medicados con la depresión mayor. PSYCHOLOGICAL MEDICINE. 2003; 33(8):1443 - 1451.

Riesgo de depresión mayor.- El trastorno depresivo mayor (MDD) es altamente comórbido con otros trastornos del eje I, que preceden comúnmente su inicio. En este artículo publicado en la última edición de la revista “Psychological Medicine” se intenta determinar el nivel y los períodos del riesgo para la depresión mayor presentada con prioridad o coexistencia de trastornos psiquiátricos. Utilizando datos retrospectivos de una muestra longitudinal, basada en la población de 2926 sujetos gemelos adultos masculinos y 1929 femeninos, se predijo la tasa de riesgo para la depresión mayor desde el modelo de riesgo proporcional de Cox en el mismo año o con inicio anterior de trastornos comórbidos del eje I. Todos los trastornos del eje I estudiados (trastorno de ansiedad generalizada, pánico, fobia, dependencia al alcohol, los trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de conducta) predijeron perceptiblemente el riesgo creciente para desarrollar la depresión mayor. Las tasas de riesgo más altas ocurrieron en los inicios del trastorno depresivo mayor que coexistía con los trastornos comórbidos. Sin embargo, el riesgo para el inicio de la depresión mayor subsiguiente al de trastornos anteriores también se incrementó significativamente y permaneció inalterable en un cierto plazo. Aunque el riesgo para el inicio de la depresión mayor es perceptiblemente más alto en las mujeres que en los hombres, esto no se explicó por las diferencias de género en el predominio de los trastornos anteriores ni aumentó la sensibilidad en las mujeres para los efectos de los trastornos anteriores en el riesgo de la depresión. Los trastornos psiquiátricos previos son factores de riesgo significativos para el desarrollo de la depresión mayor, independientemente de la duración del período que interviene entre el inicio del primer trastorno y el de la depresión mayor.

J. M. Hettema; C. A. Prescott; K. S. Kendler, Los efectos de la ansiedad, el consumo de sustancias y los trastornos de la conducta en el riesgo para padecer la depresión mayor. *Psychological Medicine*. 2003; 33(8):1423 - 1432.

Remisión.- Origen: Los criterios actuales de los resultados del tratamiento para la depresión mayor evalúan solamente la remisión desde el punto de vista de resolución del síntoma. La evidencia reciente, sin embargo, sugiere que los pacientes depresivos consideran otros factores más allá de la resolución del síntoma como importante para definir su remisión. El objetivo de este estudio fue examinar la influencia de tres pronosticadores según la opinión de los pacientes de los factores importantes para alcanzar remisión: el género, la edad y el estado depresivo actual (por ejemplo, remitido o depresivo).

Método: Quinientos sesenta y dos pacientes psiquiátricos depresivos externos completaron una encuesta evaluando la importancia de 16 factores de remisión. El estado depresivo fue evaluado por la "Standardized Clinical Outcome Rating scale for Depression" (SCOR-D), una escala de estimación clínica basada en los criterios del DSM-IV para el episodio depresivo mayor y el nivel de daño psicosocial presente durante la semana anterior.

Resultados: En relación con los pacientes masculinos, las mujeres mostraron una mayor probabilidad para clasificar los factores de remisión relativos a la estabilización emocional (por ejemplo, conseguir control emocional, ser capaz de sobrellevar el estrés normal) como muy importantes. En relación a los cohortes más jóvenes, los pacientes depresivos más mayores sugirieron un gran número de factores de remisión como muy importantes y enfatizaron más estados de salud mental positivos (por ejemplo, sentimientos de satisfacción, tener una sensación general de bienestar). No hubo diferencias significativas entre los pacientes remitidos y los depresivos al clasificar la importancia de los factores de remisión.

Conclusión: Los puntos de vista en cuanto al concepto de remisión pueden ser percibidos de forma diferente por los pacientes hombres en comparación con las pacientes mujeres y por los pacientes de mayor edad frente a los pacientes más jóvenes.

Limitaciones: El estudio fue llevado a cabo en una única práctica clínica de paciente externo.

McGlinchey J y otros, La influencia del género, la edad y el estado depresivo en la perspectiva de remisión de los pacientes. *J AFFECT DISORD*. 2006 OCT; 95(1).

Depresión mayor, enfermedad cardiovascular y sistema autónomo.- Introducción. Los resultados de varios estudios epidemiológicos han revelado que la depresión mayor está asociada con un riesgo incrementado de desarrollar enfermedades cardiovasculares (ECV) y presentar complicaciones y nuevos eventos en sujetos con ECV establecida. Los mecanismos fisiopatológicos responsables de este aumento del riesgo cardiovascular en la depresión mayor aún no se han esclarecido.

Desarrollo. El objetivo del presente trabajo es revisar la literatura sobre los posibles mecanismos fisiopatológicos involucrados en la relación entre la depresión mayor y las ECV, con énfasis en los estudios relacionados con disfunción autonómica cardiovascular y variabilidad de la frecuencia cardíaca. Asimismo, se exponen hipótesis recientes acerca de los mecanismos neurales que subyacen en la disfunción autonómica en sujetos con depresión mayor.

Conclusiones. La evidencia disponible permite establecer la hipótesis de que sujetos con depresión mayor presentan anormalidades en el funcionamiento de la red neuronal autonómica central, específicamente en el hipocampo, corteza prefrontal y núcleos del tallo cerebral, que asociadas a la disminución de los niveles centrales de serotonina ocasionan un predominio del flujo simpático y una pérdida del tono vagal cardíaco. La disfunción autonómica cardiovascular resultante podría ser la causa principal del riesgo cardiovascular aumentado observado en la depresión mayor. En el futuro, el estudio del sistema nervioso autónomo puede ser una herramienta útil en el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas enfocadas a disminuir la morbilidad y mortalidad cardiovascular en sujetos deprimidos.

Ronald G. García Gómez, Patricio López Jaramillo, Carlos Tomaz. Papel del sistema nervioso autónomo en la relación entre depresión y enfermedad cardiovascular. *REVISTA DE NEUROLOGÍA*. 2007 FEB; 44(4).

Depresión mayor y pérdida de un ser querido.- Contexto: Los síntomas de tristeza intensa relacionadas a la pérdida de un ser querido pueden asemejarse a los síntomas del trastorno depresivo mayor (TDM), pero estos pueden no indicar un trastorno mental. Para evitar un diagnóstico falso-positivo, los criterios DSM para el TDM excluyen la pérdida de breve duración y la severidad modesta. Sin embargo, el DSM no exime de manera semejante las reacciones depresivas debidas a otras pérdidas, incluso cuando éstas no son de complejidad en duración y severidad.

Objetivo: Probar la validez de la exclusión DSM de los síntomas depresivos no complejos, sólo en respuesta a la pérdida de un ser querido y no en respuesta a otras pérdidas.

Diseño: Estudio epidemiológico comunitario.

Participantes: De la Encuesta Nacional de Comorbilidad (ENC) participaron 8098 personas en edades comprendidas entre los 15 y 54 años representativas de la población de los E.E.U.U., identificamos a individuos que cumplieron con los criterios de síntoma para el TDM y cuyos episodios se iniciaron ya sea por una pérdida de un familiar (n=157) u otra pérdida (n=710).

Intervención: Dividimos los grupos de pérdida de un familiar y otras pérdidas en casos complicados y no complicados aplicando el algoritmo ENC para la pérdida de un familiar no complicado a las reacciones a otras pérdidas. Posteriormente comparamos la pérdida de un familiar no complicado y las reacciones no complicadas a las otras pérdidas en una variedad de indicadores y síntomas del trastorno.

Principales medidas de resultado: Nueve indicadores del trastorno, que son: número de síntomas, depresión melancólica, tentativa de suicidio, duración de los síntomas, interferencia con la vida, recurrencia y 3 variables de uso de servicio.

Resultados: Los episodios de depresión no complicados iniciados por la pérdida de un familiar y por otras pérdidas tienen perfiles sintomáticos similares y no son significativamente diferentes para 8 de 9 indicadores del trastorno. Por otra parte, las reacciones no complicadas, iniciadas ya sea por la pérdida de un familiar u otra pérdida, son significativamente menores que las reacciones complicadas en casi todos los indicadores del trastorno.

Conclusión: Los datos de la ENC no soportan la validez de exclusividad del diagnóstico para el TDM, excepto la pérdida de un ser querido no complicado pero no de las reacciones no complicadas por otras pérdidas.

Jerome C. Wakefield, PhD, DSW; Mark F. Schmitz, PhD; Michael B. First, MD; Allan V. Horwitz, PhD, Ampliando la exclusión de pérdida de un ser querido en la depresión mayor a otras pérdidas. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2007 ABR; 64(4).

Comorbilidad.- Introducción. La comorbilidad psiquiátrica influye en el impacto, el pronóstico y el manejo de la depresión.

Objetivos. Determinar la prevalencia de otros trastornos mentales comunes en pacientes con depresión mayor y analizar sus relaciones de comorbilidad.

Diseño. Estudio transversal en doble fase: a) cribado (test de Zung), y b) entrevista psiquiátrica estandarizada.

Emplazamiento. 10 centros de salud de la provincia de Tarragona.

Pacientes. Se cribó a 906 pacientes consecutivos. En la segunda fase fueron evaluados los 209 pacientes con resultado positivo y 97 con resultado negativo (1/7 aleatorio).

Análisis. En el análisis estadístico se usaron ponderaciones atendiendo al muestreo en doble fase. Se determinó la frecuencia con que la distimia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el trastorno de somatización se presentaban concomitantemente con la depresión mayor. Se compararon las características de los pacientes deprimidos según diversos grados de comorbilidad.

Resultados. En el 45,7% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 32,8–59,2) de los pacientes con depresión mayor coexistía un trastorno mental más, dos en el 19,9% (IC del 95%, 13,7–27,9) y tres trastornos mentales más en el 8,3% (IC del 95%, 4,5–14,8). El trastorno de ansiedad generalizada estaba presente en el 55,2% de los deprimidos (IC del 95%, 41,6–68), el trastorno de pánico en el 33,8% (IC del 95%, 21,1–47,1), la distimia en el 15,7% (IC del 95%, 10,3–23,4) y el trastorno de somatización en el 6,6% (IC del 95%, 3,3–12,8). En los grupos de pacientes con comorbilidad la depresión fue más severa y con mayor impacto funcional. No hubo diferencias en las variables relacionadas con el manejo clínico.

Conclusiones. La comorbilidad psiquiátrica de la depresión es común en atención primaria. En la mayoría de los pacientes deprimidos coexisten otros trastornos, frecuentemente de ansiedad.

Enric Aragonès; Josep Lluís Piñol; Antonio Labad. Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. ATENCIÓN PRIMARIA. 2009 OCT; 41(10):545-551.

Comorbilidad.- Antecedentes: La depresión mayor (MD) y los trastornos de ansiedad tales como el trastorno de pánico (PD), agorafobia (AG) y fobia social (SP) son hereditarios y altamente comórbidos. Sin embargo, no está clara la importancia relativa de la etiología genética y ambiental de la covariación entre estos trastornos, particularmente la relación entre el PD y la AG.

Métodos: Este estudio midió la MD, PD, y AG en una muestra poblacional de 5.440 pares de gemelos y 1.245 gemelos únicos, de los cuales alrededor del 45% también puntuaron para SP. Se informó de las prevalencias, dentro de las comorbilidades individuales y las probabilidades de los gemelos para la comorbilidad. Se llevó a cabo un análisis genético de los cuatro trastornos utilizando el diseño de gemelos clásico.

Resultados: Las probabilidades para la MD, PD, AG y SP en gemelos de individuos diagnosticados con uno de los cuatro trastornos se incrementaron. Las estimaciones de heredabilidad bajo un modelo de umbral de responsabilidad para la MD, PD, AG y SP fueron .33 (CI: 0.30-0.42), .38 (CI: 0.24-0.55), .48 (CI: 0.37-0.65) y .39 (CI: 0.16-0.65), respectivamente, sin ninguna evidencia de ninguna variación explicada por el medio ambiente común compartido por los gemelos. Encontramos que un factor genético común explica una proporción moderada de la variación en estos cuatro trastornos. La correlación genética entre el PD y AG fue de .83.

Conclusión: La MD, PD, AG y SP fuertemente co-agregadas dentro de las familias y en los factores genéticos comunes; explica una proporción moderada de la varianza en estos cuatro trastornos. La alta correlación genética entre el PD y AG y las probabilidades incrementadas para PD y AG en hermanos de aquellos con AG sin PD, sugiere una etiología genética común para el PD y AG.

Miriam A. Mosing; Scott D. Gordon; Sarah E. Medland...(et.al) Influencias genéticas y ambientales sobre la comorbilidad entre la depresión, trastorno de pánico, agorafobia y fobia social: Un estudio de gemelos. DEPRESSION AND ANXIETY. 2009 NOV; 26(11):1004-1011.

Depresión mayor y matrimonio.- Antecedentes: El estado civil es importante para la epidemiología de los trastornos psiquiátricos. Particularmente está muy bien documentada la alta prevalencia de la depresión mayor en individuos con un estatus de separado, divorciado o viudo. Sin embargo, la literatura está dividida en si la ruptura matrimonial da lugar a una depresión mayor y/o viceversa. Examinamos si la depresión mayor influye en los cambios del estado civil, e, inversamente, si el estado civil influye en la incidencia de este trastorno.

Métodos: Empleamos los datos de la Encuesta Longitudinal de Salud Poblacional Nacional Canadiense (1994-2004), y modelos de riesgo proporcional con covariables de tiempo variable.

Resultados: La depresión mayor no tuvo ningún efecto sobre la proporción de individuos que cambiaron de estado de solteros a convivencia legal, solteros a casados, o convivencia legal a casados. En contraste, la exposición a la depresión duplicó la proporción de transiciones de convivencia legal o casados a un estado de separado o divorciado (HR=2.0; CI 95% 1.4-2.9 P<0.001). Inversamente, una proporción mayor de individuos no deprimidos con un estado de separado o divorciado experimentó posteriormente una depresión mayor (hazard ratio, HR=1.3; CI 95% 1.0-1.5 P<0.04).

Conclusión: La alta prevalencia de depresión mayor en individuos separados o divorciados se debe a un riesgo creciente de ruptura matrimonial en aquellos con depresión mayor, y también al riesgo mayor de este trastorno en aquellos con estado civil divorciado o separado. Así pues, existe una interacción clínica significativa entre la depresión mayor y el estado civil. Los doctores deben ser conscientes del impacto de la depresión mayor en las relaciones maritales. El manejo proactivo de los problemas conyugales en escenarios clínicos puede ayudar a minimizar el impacto psicosocial que algunas veces está asociado a este trastorno.

Andrew G. Bulloch; Jeanne V. Williams; Dina H. Lavorato; Scott B. Patten. La relación entre la depresión mayor y la ruptura matrimonial es bidireccional. DEPRESSION AND ANXIETY. 2009 DIC; 26(12):1172-1177.

Depresión mayor y edad.- La depresión mayor es típicamente un trastorno crónico en el cual la probabilidad de sufrir un solo episodio no recurrente es muy baja. Hasta el momento ha permanecido incierto cómo el factor «edad» modera el pronóstico. Especialmente ha sido difícil separar el efecto de la edad de comienzo de la enfermedad del efecto global de la edad en el momento de inclusión o reclutamiento para los estudios. Desde un punto de vista metodológico esta cuestión se estudia mejor mediante estudios incidentes (inception cohort studies) que mediante estudios naturalísticos (naturalistic studies).

En los estudios incidentes todos los pacientes reciben tratamiento bajo condiciones controladas y, por tanto, los efectos del factor edad (si existe alguno) pueden ser más aparentes. También la mejor evidencia se consigue a través de estudios comparativos que examinen pacientes de la tercera edad y de la edad adulta más joven en el mismo estudio.

Tras haber llevado a cabo una exhaustiva revisión de la literatura hemos encontrado tres estudios de episodios de remisión en pacientes en la tercera edad en comparación con la edad adulta más joven, comparativos y de incidencia. Sólo hemos encontrado uno, comparativo y de incidencia, de recaída y recurrencia en pacientes de tercera edad en comparación con edad adulta más joven. Éstos sugieren que la depresión en la tercera edad (refiriéndonos a la edad cronológica) responde igualmente al tratamiento inicial, si bien, presenta una trayectoria longitudinal más adversa que la depresión en la edad adulta más joven.

La presencia de una edad más temprana de comienzo de la enfermedad también parece afectar de manera adversa al pronóstico en comparación con el comienzo en edad más avanzada, esto es, en aquellos pacientes que no presentan comorbilidad médica. El efecto de la edad en el pronóstico podría explicarse fundamentalmente por factores como la presencia de episodios previos y la comorbilidad médica.

A. J. Mitchell; A. Izquierdo de Santiago. Pronóstico de la depresión en la tercera edad en comparación con la edad adulta. ¿Existe una diferencia clínica significativa? ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2009 OCT; 37(5):289-296.

Pronóstico.- Antecedentes: Este artículo analiza datos del aspecto de intervención de un ensayo de tratamiento grande, para demostrar la importancia de la severidad clínica, curso, comorbilidad y respuesta al tratamiento en el pronóstico de pacientes.

Métodos: Éste es un análisis secundario de datos de un ensayo grande de un tratamiento de depresión geriátrica en atención primaria, que analiza los resultados del grupo de intervención de atención escalonada (pacientes N=871) para determinar: si los niveles crecientes de severidad de la depresión en la línea base están vinculados a otros factores asociados a resultados pobres de la depresión tales como una depresión doble, ansiedad, trastornos médicos y altos niveles de neuroticismo y dolor; y si los pacientes con niveles crecientes de severidad depresiva realizarían mayores visitas de intervención y ensayos de tratamiento basados en un algoritmo de atención escalonada, pero serían menos probables

de lograr una remisión y de tener una mayor probabilidad de resurgimiento de la depresión un año después de la intervención.

Resultados: El aumento de los niveles de severidad de la depresión fueron un predictor robusto de falta de remisión y estuvieron asociados con otras variables clínicas que han sido asociadas con la falta de remisión en estudios anteriores tales como depresión doble, ansiedad, comorbilidad médica, altos niveles de neuroticismo y dolor crónico. Los pacientes con altos niveles de severidad recibieron significativamente más visitas de intervención, más meses de tratamiento antidepresivo y más ensayos antidepresivos, sin embargo tuvieron pocos días libres de depresión durante la intervención de doce meses y en el año post-intervención.

Conclusión: Los pacientes con altos niveles de severidad depresiva tuvieron peores resultados clínicos a pesar de recibir una mayor intensidad de tratamiento. Se propone una nueva clasificación de la depresión en base a la severidad clínica, curso de la enfermedad y experiencia de tratamiento.

Wayne Katon; Jürgen Unützer; Joan Russo. Depresión mayor: La importancia de las características clínicas y la respuesta al tratamiento para el pronóstico. DEPRESSION AND ANXIETY. 2010 ENE; 27(1):19-26.

Mejoría precoz.- Fundamento. El inicio lento de acción de los antidepresivos y la elevada proporción de pacientes con una respuesta insuficiente, o no respondedores, son retos clínicos bien conocidos. Por esta razón, parece necesario identificar las variables predictoras de la respuesta e incluso, lo que es más importante, de la remisión. Se ha sugerido que la reducción de los síntomas depresivos en un estadio precoz del tratamiento antidepresivo podría predecir su resultado. El objetivo del presente estudio fue examinar si en un estudio naturalista a mayor escala, efectuado en una cohorte de pacientes hospitalizados con depresión mayor, se confirmaría esta hipótesis derivada de los ensayos aleatorizados y controlados (EAC), efectuados en pacientes ambulatorios. Los pacientes fueron tratados con diversos antidepresivos y medicación concomitante de acuerdo con el protocolo desarrollado a partir de las directrices clínicas basadas en la evidencia.

Métodos. La presente investigación fue un estudio naturalista prospectivo, a gran escala. Todos los pacientes (n=795) fueron hospitalizados y cumplían los criterios DSM-IV de depresión mayor de acuerdo con la structured clinical interview (SCID, 'entrevista clínica estructurada'). Las evaluaciones se efectuaron cada 2 semanas. En dos visitas diferentes se examinaron diversas definiciones de mejoría precoz (reducción del 20, 25 y 30% en las puntuaciones totales basales obtenidas en la escala de depresión de Hamilton [HAMD-21]). Para las diferentes definiciones de mejoría precoz se calcularon la sensibilidad, especificidad y los valores predictivos. Se efectuaron análisis ROC (curva de eficacia diagnóstica), al igual que modelos de regresión logística. La respuesta se definió como una mejoría del 50% de la puntuación basal total obtenida en la escala HAMD-21 y la remisión como una puntuación ≤ 7 en el momento del alta. Además, se analizó el tiempo transcurrido hasta la respuesta calculando las estimaciones de supervivencia de Kaplan-Meier para la definición de la mejoría precoz «óptima» en comparación con ninguna. Se efectuaron análisis de subgrupo para examinar si los resultados eran homogéneos a través de los subgrupos de tratamiento.

Resultados. El 48,8% de pacientes de la muestra del presente estudio manifestó remisión. La tasa de respuesta global fue del 79,6%. Una disminución del 20% en la puntuación basal total obtenida en la escala HAMD-21 en el día 14 proporcionó una sensibilidad del 75% y una especificidad del 59% para la predicción de la respuesta. Esta definición de mejoría precoz fue una variable predictora incluso más sensible de remisión (80%), con una especificidad limitada (43%). Un valor de la AUC de alrededor de 0,68 de la respuesta precoz (mejoría del 20%) indica una «predictividad» satisfactoria para ambos intervalos de tiempo examinados (día 14 y 28) y solo cambió ligeramente con los porcentajes más altos en la reducción de la puntuación (AUC=0,71 y 0,73, respectivamente). Más de un tercio (37%) de todos los pacientes que no habían mostrado mejoría en el día 14 seguían sin manifestarla en el curso tardío del tratamiento (casi la mitad de todos los pacientes [43%] en el día 28).

Resultados. Se obtuvieron resultados similares mediante los análisis de supervivencia de Kaplan-Meier. La prueba del log-rank reveló un tiempo significativamente más prolongado hasta la respuesta en pacientes sin mejoría precoz ($p < 0,0001$).

Limitaciones. Los resultados se evaluaron mediante un análisis post-hoc basado en datos obtenidos prospectivamente. Es preciso mencionar diversos problemas del diseño naturalista, en especial la ausencia de un grupo de control y que tan solo pudo considerarse un número limitado de factores de estratificación.

Conclusión. Los resultados respaldan los hallazgos previos de que la mejoría precoz en las 2 primeras semanas puede predecir con una elevada sensibilidad la respuesta y la remisión posterior, incluso en pacientes hospitalizados que presentan una depresión más grave. Puesto que empleamos un diseño de estudio naturalista, los datos pueden considerarse la replicación de los resultados previos extraídos de los EAC en un contexto naturalista. Encontramos un efecto antidepresivo global que fue constante a través de los subgrupos de tratamiento con respecto a los valores de sensibilidad. No obstante, somos conscientes de la imposibilidad de los estudios sobre efectividad para extraer relaciones causales del tratamiento a partir de una estrategia no controlada. Sin embargo, es posible que la replicación de los

estudios previos indique que durante el tratamiento, en caso de ausencia de mejoría precoz, puede acelerarse un cambio de fármaco.

Verena Henkel; Florian Seemüller; Michael Obermeier... (et.al) ¿Predice la mejoría precoz inducida por los antidepresivos la respuesta/remisión? Análisis de los datos de un estudio naturalista en una muestra a gran escala de pacientes hospitalizados con depresión mayor. *PSIQUIATRIA BIOLÓGICA*. 2010 JUN; 17(2):45-53.

Depresión mayor y trauma infantil.- Objetivo: Hay cada vez más pruebas científicas que vinculan el trauma infantil y los trastornos psicóticos primarios, pero hay poca investigación sobre los pacientes con trastornos afectivos primarios con características psicóticas.

Método: La muestra estaba compuesta de pacientes adultos ambulatorios diagnosticados con trastorno depresivo mayor (MDD) en la admisión clínica utilizando una entrevista clínica estructurada. Se comparó a los pacientes con MDD con (n=32) vs sin características psicóticas (n = 591) en cuanto a sus tasas de distintos tipos de trauma en la niñez.

Resultados: Los pacientes con MDD con características psicóticas fueron significativamente más probables a informar de historias de violencia física (OR=2,81) o abuso sexual (OR=2,75) en comparación con los pacientes con MDD no psicóticos. Estas relaciones se mantuvieron después de controlar las diferencias en la línea base. Dentro de la submuestra con trastorno de estrés post-traumático comórbido, los pacientes con MDD psicótico fueron significativamente más probables a informar abuso físico infantil (OR=3,20).

Conclusión: Los resultados apoyan y amplían las investigaciones previas al demostrar que la relación entre trauma infantil y psicosis se encuentra entre los grupos de diagnóstico.

Gaudiano BA; Zimmerman M. La relación entre el historial de trauma en la infancia y el subtipo psicótico de depresión mayor. *ACTA PSYCHIATR SCAND*. 2010 JUN; 121(6):462-470.

DEPRESIÓN POLAR

Depresión polar, autoestima, adaptación social y suicidalidad.- La autoestima (AE) y la adaptación social (AS) se deterioran a menudo durante el curso de los trastornos afectivos; este deterioro se asocia con el comportamiento suicida. El propósito del presente estudio era investigar la AE y la AS en los pacientes unipolares o bipolares en relación con las características demográficas y clínicas, especialmente la presencia de suicidalidad (ideación suicida, intento de suicidio o ambas cosas).

Se examinó a 44 pacientes, 28 bipolares y 16 unipolares, en remisión durante 3 meses al menos, y a 50 individuos sanos por medio de una entrevista clínica estructurada. La AE y la AS se evaluaron por la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Adaptación Social, respectivamente. Los resultados han mostrado que los pacientes bipolares no diferían de los controles desde el punto de vista de la AE, mientras que los pacientes unipolares tenían una AE más baja que los bipolares y los controles. No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones medias de AS entre los tres grupos. La suicidalidad durante la depresión se asociaba sólo en los pacientes bipolares con AE más baja en la remisión; la asociación de la suicidalidad con la AS era similar pero no tan pronunciada.

Se concluye que la AE baja que permanece en la remisión parece estar relacionada con la expresión de suicidalidad durante los episodios depresivos de los pacientes unipolares, mientras que ningún patrón similar es evidente en los pacientes unipolares.

E. G. Daskalopoulou; D. G. Dikeos; G. N. Papadimitriou; D. Souery; S. Blairy; I. Massat; J. Mendlewicz; C. N. Stefanis, Autoestima, adaptación social y suicidalidad en los trastornos afectivos. *Eur. Psychiatry Ed. Esp*. 2003 Feb; 10(1):28-35.

DEPRESIÓN POSPARTO

Depresión y posparto.- "El actual estudio investiga la predicción prenatal de la ocurrencia de la depresión durante el primer año de posparto y el curso de la depresión en poblaciones en diversos grados de riesgo. Los autores de este trabajo, publicado en la última edición del "Journal of Affective Disorders" llevaron a cabo un estudio prospectivo basado en la población, donde 1618 mujeres fueron seleccionadas durante la mitad del embarazo para analizar los factores de riesgo en relación con la depresión. Para ello identificaron a las mujeres en riesgo elevado y las que tenían poco riesgo, y la depresión (según los Criterios diagnósticos, RDC) fue determinada a las 32 semanas de gestación y a los 3, 6, y 12 meses posparto. En el grupo con elevado riesgo (n=97), el 25% de las mujeres tuvieron depresión durante el primer año tras el parto comparado con el 6% de las mujeres con poco riesgo (n=87). En los 3 meses posteriores al parto, las mujeres significativamente en riesgo elevado (el 17%) que las que tenían menor riesgo (1%) tuvieron la depresión. Mientras que los índices de prevalencia disminuyeron después de 3 meses tras el parto en el grupo del riesgo elevado, no se encontró ninguna fluctuación significativa de los índices de prevalencia en el grupo con poco riesgo. Dos factores de riesgo fueron independientemente predictivos de la depresión durante el período posparto: una historia personal de depresión, y alta sintomatología depresiva durante la mitad del embarazo. Los autores señalan que puede detectarse durante embarazo a las mujeres con elevado y bajo riesgo para la depresión durante el período

premature post parto. Las mujeres con riesgo elevado se encuentran solamente en riesgo particular durante los primeros 3 meses del período posparto”.

Gerda J. M. Verkerk; Victor J. M. Pop; Maarten J. M. Van Son; Guus L. Van Heck. Predicción de la depresión en el período posparto: un estudio longitudinal de seguimiento en mujeres con alto y bajo riesgo. *J AFFECT DISORD.* 2003 NOV; 77(2):159-166.

Depresión posparto.- La depresión posparto (DPP) se sabe que tiene efectos negativos importantes en la relación de la madre, del bebé y de la madre-bebé. En este estudio publicado en la última edición de la revista “*European Child & Adolescent Psychiatry*” se presenta un estudio de caso controlado de 35 madres y de sus bebés de 18 meses. Estas madres sufrieron los síntomas de la depresión posparto (DPP) cuando los bebés tenían tres meses de edad, según lo señalado por la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Se evaluó a un grupo control de 35 madres sin los síntomas de la depresión posparto también con sus bebés de 18 meses. Los bebés fueron evaluados utilizando el Registro Infantil de Comportamiento de las Escalas de Bayley para el Desarrollo Infantil. 15 meses después, las madres con la depresión posparto eran menos cariñosas y más ansiosas que las madres sin el trastorno. Los hijos de madres con la depresión posparto demostraron menos interacción tanto verbal como para el juego. Solamente algunos resultados fueron ligados al estado depresivo de las madres diagnosticado a los 18 meses (por ejemplo sensibilidad hacia las personas). Los importantes efectos negativos observados a los 18 meses en las madres y en los bebés de la DPP maternal a los 3 meses confirman la necesidad de una identificación anticipada y de intervenciones terapéuticas o preventivas.

Marion Righetti-Veltema; Arnaud Bousquet; Juan Manzano. Impacto de los síntomas de la depresión posparto en la madre y su hijo de 18 meses. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2003; 12(2):75-83.

Depresión posparto.- Los datos epidemiológicos basados en la comunidad acerca de la depresión posparto en países en vías de desarrollo son escasos. Es por ello que este trabajo publicado en la última edición del “*British Journal of Psychiatry*” determina la incidencia y los factores de riesgo para desarrollar depresión post-parto en una muestra de mujeres que viven en la zona rural del sur de la India.

Se evaluó a una muestra de 359 mujeres al final del primer trimestre de embarazo y a las 6-12 semanas posteriores del parto para observar el grado de la depresión y de los factores de riesgo.

La incidencia de la depresión post-parto fue del 11%. Una renta baja, el nacimiento de una hembra cuando se deseaba a un hijo varón, las dificultades de las relaciones con la suegra y los padres, acontecimientos adversos durante embarazo y la carencia de la ayuda física eran factores de riesgo para el inicio de la depresión post-parto.

La depresión se manifestó con la misma frecuencia al final del embarazo y después del parto como en los países desarrollados, pero hubo diferencias culturales en cuanto a los factores de riesgo. Estos resultados tienen implicaciones para las políticas que se dirigen a crear programas de ayuda maternal y de cuidado infantil.

Autores: Mani Chandran; Prathap Tharyay; Jayaprakash Muliylil; Sulochana Abraham. La depresión post-parto en mujeres hindúes. *British Journal of Psychiatry.* 2002 dic; 181 bjp.rcpsych.org/

Depresión posparto y diversidad cultural.- “Antecedentes. Actualmente se considera que la prevalencia de la depresión posparto (PPD) es del 10 al 15%. La mayoría de los estudios fueron realizados con pocos instrumentos unidimensionales (sobre todo la “*Edinburgh Postnatal Depression Scale—EPDS*”) enfocándose a la depresión y no a otros síntomas y trastornos. La mayoría de los estudios citados, fueron conducidos en países occidentales económicamente desarrollados.

Métodos. Revisamos la literatura sobre prevalencia de depresión posparto y síntomas depresivos en una amplia gama de países.

Resultados. Se identificaron 143 estudios que divulgaban prevalencia en 40 países. Se demuestra que hay una amplia gama de prevalencia divulgada de PPD que oscila de casi 0% al casi 60%. En algunos países como Singapur, Malta, Malasia, Austria y Dinamarca, existen muy pocos reportes de PPD o síntomas depresivos posparto; mientras que en otros países (ejemplo: Brasil, Guyana, Costa Rica, Italia, Chile, Sudáfrica, Taiwán y Corea) los reportes de síntomas depresivos posparto son muy frecuentes.

Conclusiones. Creemos que el promedio global de la prevalencia citada de la depresión posparto del 10-15%, no es representativa de la actual prevalencia global y de la magnitud del problema, debido a la amplia gama de reportes. La variabilidad en la depresión posparto reportada puede ser debida a variables multiculturales, estilo de reporte, diferencias en la percepción de la salud mental y de su estigma, diferencias en los ambientes socioeconómicos (ejemplo: pobreza, niveles de ayuda social o de su percepción, nutrición, estrés), y de factores de vulnerabilidad biológicos. La aclaración de los procesos subyacentes de esta variabilidad así como de la diversidad del post-parto normal contra expresiones anormales de los síntomas puede contribuir a una mejor comprensión de los diversos fenómenos ante, peri- y post-parto”.

Uriel Halbreich, and Sandhya Karkun, Diversidad multicultural y social en la prevalencia de la depresión posparto y los síntomas depresivos. *J AFFECT DISORD.* 2006 ABR; 91(2).

DEPRESIÓN VACACIONAL

Generalidades.- "La entrada de la primavera y la llegada del invierno son las épocas del año más duras. Sin embargo, el verano es la temporada con menor incidencia de problemas emocionales porque los días son más largos, hay más luz, se vive más en la calle y, en definitiva, el individuo está más motivado. Pese a que el buen tiempo suele funcionar como una inyección de adrenalina, no todo el mundo es capaz de encajar el cambio de estación con la misma predisposición. Así entre junio y julio las llamadas al servicio habilitado por el Teléfono de la Esperanza en Compostela se incrementaron más de un 40%. Las peticiones de ayuda se han disparado especialmente durante los fines de semana, asegura la directora de esta ONG en Santiago, Carmen Vázquez.

La organización está preparando una serie de cursos de formación para voluntarios que atiendan a los que necesitan ayuda tanto por teléfono como en persona. Además, el servicio, prevé impartir unas jornadas de educación interfamiliar para padres y educadores.

Detrás de una consulta al Teléfono de la Esperanza, se esconde habitualmente un perfil depresivo, una persona sola y con dificultades de comunicación y problemas psicológicos. También es frecuente que acudan a este servicio los recién divorciados, parejas con problemas afectivos o aquéllos que arrastran las dificultades de un trastorno mental anterior".

La depresión vacacional eleva las alteraciones anímicas sufridas por determinadas personas a raíz del cambio de estación y dispara las llamadas al Teléfono de la Esperanza. EL CORREO GALLEGO. 2006 AGO.

DESORDEN ALIMENTICIO

Clasificación.- Los tres principales desórdenes alimenticios son: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. De los tres, la obesidad es la más fácil de diferenciar. Sin embargo está sumamente multideterminada, y los factores psicológicos son sólo uno de los aspectos de una etiología que incluye una predisposición genética, así como factores hormonales, metabólicos o fisiológicos. La bulimia es el trastorno en la alimentación más desconcertante, en la medida en que puede coexistir ya sea con la obesidad o con la anorexia nerviosa, o presentarse como entidad separada. Por trastornos alimenticios no debemos entender aquí simplemente enfermedades derivadas de una mala alimentación (esto es solo una consecuencia), sino sobre todo una particular actitud mental que toma la persona frente a la alimentación, en base a qué representa simbólicamente para ella.

Cazau (1993) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Enfoque constructivista.- Vittorio Guidano plantea la existencia de distintas organizaciones de *significado personal*. Este es el sentido de sí mismo y al mismo tiempo la manera de ser en el mundo. Es una *construcción*, un proceso gradual. Para el desarrollo de este significado personal debemos tener en cuenta el vínculo con una persona significativa. Guidano plantea que ese vínculo de proximidad física y emotiva con el otro es el medio para que el ser humano logre desarrollar su identidad personal, el sentido de sí mismo. Si ese vínculo con la figura significativa está lleno de ambigüedades, nada se expresa directamente: se aprende a vivenciar al ser querido identificándose con la imagen de lo que la figura significativa quiere de ella/él. Se forma un sentido de sí mismo sin límites claros, definido solamente cuando se tiene la sensación de que corresponde con las expectativas del otro. A estos tipos de organización se les dio el nombre de *Trastornos Alimenticios* (del inglés Eating Disorders).

Construcción de una identidad e importancia de la imagen.- El elemento central de este tipo de organización de significado es la dificultad en construir una identidad basada en la propia experiencia, por excesiva atribución de importancia a la imagen. La base de la organización Trastornos Alimenticios estaría en la importancia atribuida por la familia (y la sociedad) a la imagen, es decir se valora mucho el juicio de los demás por sobre la propia vivencia o experiencia.

La gran incidencia de anorexia en el sexo femenino se ve favorecida por todas las exigencias externas de la figura de modelo femenino delgado. Hay un modelo femenino impuesto culturalmente, pero hay otros factores significativos. Según Guidano los padres intentan dar una imagen de ser los mejores padres del mundo. Todos los conflictos se mantienen escondidos y nunca hay expresión directa de emociones o de opiniones. De esta manera, al niño o a la niña se le niega lo que en realidad ha percibido. Lo que este tipo de experiencias produce es una sensación de no poder confiar en lo que se percibe, no se puede estar seguro de lo que se percibe hasta que se de una confirmación externa.

En la descripción de Guidano, se alude de manera más clara a los problemas que se manifiestan como consecuencia de la relación. Vínculo ambiguo con la figura significativa de la infancia y la dificultad para consolidar una imagen de sí coherente y validada a partir de la propia experiencia. Según la psicóloga M. Inés Winkler, este tipo de funcionamiento (o construcción de identidad e imagen del mundo) aparece en personas que necesitan de terapias más largas de lo habitual y en las cuales la relación terapéutica juega un papel claro. El trabajo de ayudar a los pacientes a que aprendan a valorar sus propias vivencias, en vez de seguir confirmando su imagen desde fuera, es lento y difícil. En el caso del hombre, la inseguridad y problemas de identidad se manifiestan mas que nada respecto a su potencia sexual. El problema de identidad se traduciría entonces en una sintomatología sexual.

Cazau (1993) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Enfoques psicoanalíticos.- Según el planteo psicoanalítico, los trastornos alimenticios (anorexia, bulimia, obesidad, etc) tienen por lo menos una raíz psicológica que se instala ya en las primeras experiencias infantiles vinculadas con la alimentación. El psicoanálisis, y especialmente la orientación lacaniana, distinguen al respecto 'necesidad' y 'deseo'. La necesidad es básicamente fisiológica, y es patrimonio de todo ser viviente. Por ejemplo la necesidad de comer (hambre). El deseo es exclusivamente humano, y es ante todo un deseo de naturaleza incestuosa. Por ejemplo, en el niño varón el deseo consiste en poseer el cuerpo total de la madre, y en la niña consiste en tener un hijo del padre.

Dada la prohibición esencial del incesto, este deseo no puede cumplirse nunca realmente, y es, por definición, insatisfaceable. La necesidad puede satisfacerse, pero el deseo no. Así, entonces, un niño de pecho puede quedar satisfecho desde el punto de vista de su hambre, pero estar insatisfecho desde el punto de vista del deseo. Ya no tiene hambre fisiológica, pero mentalmente conserva el apetito del deseo. Desde ya, si bien este deseo no puede satisfacerse realmente, sí pueden buscarse satisfacciones sustitutivas, como por ejemplo la alucinación del pecho materno, la cual viene a sustituir lo que es imposible de realizar: la posesión incestuosa del cuerpo materno.

Dadas estas premisas teóricas, ¿qué sucedería por ejemplo en la anoréxica? La mujer anoréxica no puede admitir que haya satisfacción del hambre e insatisfacción del deseo. Según Nasio (citado por Baravelle y otros, 1993:11), quiere que la insatisfacción reine por todas partes, que solamente haya insatisfacción, tanto de la necesidad fisiológica como del deseo. Es como si la anoréxica razonara del siguiente modo: "No quiero comer para estar siempre insatisfecha, porque estando insatisfecha me aseguro de que mi deseo está siempre intacto". La anorexia es el mantenimiento obstinado de un estado de insatisfacción para preservar el deseo, pues cuanto más se sacie su hambre, menos podrá mantener despierto su deseo.

Sin embargo, al indagar las causas de la anorexia comprobamos que no hay una sola de ellas, y que el entorno familiar viene a entramarse con las raíces de un deseo insatisfecho. La familia de las paciente anoréxicas es sobreprotectora, con expectativas personales muy altas, gran necesidad de aprobación externa y poca respuesta a las necesidades internas, y los padres son muy perfeccionistas y escrupulosos, muy preocupados por el éxito y la apariencia externa (Lofrano, 1993b:10). Las hijas mujeres buscan cumplir este ideal o imposición familiar, hasta que llega el momento de la autocrítica frente a los deseos paternos. Es como si al aproximarse a este deseo, éste pudiese quedar satisfecho, pero, como ha dicho Nasio, la anoréxica busca mantenerse en la insatisfacción, y devienen así los síntomas de no comer. Una familia muy rígida y cerrada sobre sí misma, podríamos pensar, es como un clan donde la fantasía incestuosa corre peligro de realizarse. Frente a ello la anoréxica dice 'no' para mantener vivo su deseo, siendo la comida que el padre le ofrece un símbolo de los deseos incestuosos.

Además de estos factores familiares, están los factores sociales, que aparecen ejerciendo influencia mediante los medios de comunicación masivos. Estos exaltan una figura delgada como sinónimo de éxito y felicidad, para lo cual, entonces, engordar es sinónimo de fracaso y desdicha. Se trata de otro factor más que se agrega a los anteriores y que lleva a la conducta desesperada y compulsiva a no comer para mantener la silueta. Esto nos conduce a pensar que la imagen corporal es un factor fundamental en la etiología de estas patologías.

Cazau (1993) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Baravelle G, Jorge C, y Vaccarezza L (1993) Anorexia, teoría y clínica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.

Lofrano Amanda (1993b) Obsesión de delgadez, Revista Psicologías en Buenos Aires, Septiembre de 1993, número 17.

DESORIENTACIÓN

Definición.- "Alteración de la comprensión de las relaciones temporales, topográficas o personales. El individuo afectado puede ser incapaz de identificar la hora, el día, el lugar y las personas (desorientación temporal-espacial o alopsíquica). En los casos severos, se puede también perder el sentido de la identidad personal (desorientación autopsíquica). Se da en cuadros de demencia, delirium y otros trastornos mentales de tipo orgánico".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

DESPERSONALIZACIÓN

Definición.- 1. Es el proceso de disolución, de pérdida de la identidad, la personalidad, el Yo. Es un proceso mental caracterizado por la pérdida de sentido de la realidad de uno mismo. Puede ir acompañado por la pérdida del sentido de la realidad de los demás y del medio ambiente, como sucede en los esquizofrénicos. La despersonalización puede ser parcial o completa. Entre ciertos individuos psicopáticos (epilépticos, p. ej.), puede haber pérdida de la propia identidad y de los intereses primitivos de la vida, con retención de la realidad del Yo físico y del medio ambiente. Son las llamadas "víctimas de la amnesia", siendo la amnesia producto de fuerzas emocionales, más que de cambios en el tejido cerebral. En la esquizofrenia la despersonalización puede ser completa y final. El paciente niega todo lo

existente, incluso él mismo, pero se coloca a la cabeza del Universo. Propiamente la palabra despersonalización se refiere a la pérdida del sentido del medio se denomina "extrañamiento". 2. (*Psicoanálisis*) Una forma de la *neurosis actual*, en contraposición al hipocondríaco que se caracteriza por una excelente pero angustiosa y permanente autoobservación. El despersonalizado reconoce como fundamento un extrañamiento de lo interno y lo externo; el enfermo pierde el sentido de la realidad, de las percepciones y sensaciones internas y externas. Del mismo modo que el mundo exterior aparece ante sus ojos extraño, irreal, y "fantasmagórico", así también sus propias ideas, sensaciones y sentimientos han perdido su valor real. La negación de la realidad de las percepciones, sensaciones y sentimientos representa la consecuencia inmediata de tentativas de desplazar la libido de los objetos y adaptarla a otra posición. Llama la atención en estos enfermos, la intensa sensación de angustia y desamparo producida por la pérdida de la realidad. (Nunberg).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "Es la experiencia de irrealidad, separación e incapacidad de sentir emociones. La pérdida de las respuestas emocionales puede ser muy angustiosa. Las personas encuentran muy difícil describir su síntoma y suelen usar similitudes como 'es como si estuviera incomunicado por una pared de cristal'. La despersonalización y la desrealización pueden aparecer en personas sanas (con frecuencia cuando están cansados), y también como síntomas de cualquier trastorno psiquiátrico, sobre todo trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, y esquizofrenia. También pueden aparecer en la epilepsia del lóbulo temporal".

Gelder M y otros, "Oxford Psiquiatría", Marban, Madrid, 1999, 2º edición, pág. 6.

Despersonalización en pacientes quemados.- Introducción: Las tasas de mortalidad en pacientes que sufren quemaduras ha disminuido, el reto ahora es la calidad de vida de los supervivientes, en quienes se han encontrado altas prevalencias de trastornos mentales.

Objetivo: Describir la prevalencia de trastorno de despersonalización en pacientes quemados.

Método: Revisión de la literatura médica publicada sobre el tema, utilizando las bases de datos MedLine, Ovid y Tripdatabase.

Resultados: Está bien documentado que los síntomas disociativos, entre ellos la despersonalización, acompañan las reacciones de estrés agudo que se desencadenan por traumas mayores, y que ciertos estilos cognitivos predisponen a los individuos que se exponen a traumas a desarrollar psicopatología, primordialmente trastorno por estrés postraumático.

Conclusión: A pesar de estos conocimientos, escasos estudios se han realizado para establecer la prevalencia de los fenómenos de despersonalización-desrealización en pacientes quemados, un campo de estudio que ofrece infinidad de oportunidades.

Jorge Andrés Niño García. Despersonalización en pacientes quemados. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. 2010 MAR; 39(1):168-177.

DESREALIZACIÓN

Definición.- Es una experiencia donde "las personas que rodean al individuo parecen no tener vida ('como si estuvieran hechas de cartón') y los objetos pierden sus cualidades emotivas. La despersonalización y la desrealización pueden aparecer en personas sanas (con frecuencia cuando están cansados), y también como síntomas de cualquier trastorno psiquiátrico, sobre todo trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, y esquizofrenia. También pueden aparecer en la epilepsia del lóbulo temporal".

Gelder M y otros, "Oxford Psiquiatría", Marban, Madrid, 1999, 2º edición, pág. 6.

DESVIACIÓN

Definición.- "Conducta percibida por el resto de la sociedad como anormal o aberrante, sin que ello implique necesariamente la consideración de trastorno o patología con relación al hecho observado. / *Desviación estándar o típica*, medida estadística de desviación utilizada para estudiar la variación promedio con respecto a las puntuaciones de las medias de un grupo. Se obtiene extrayendo la raíz cuadrada de la media aritmética del cuadrado de la desviación de cada una de las puntuaciones del conjunto. (La desviación estándar se representa por la letra sigma. Es una de las medidas de desviación mas útiles, puesto que se utiliza en otro cálculos estadísticos). / *Desviación media*, medida estadística de variación que se determina dividiendo la suma de las desviaciones del conjunto de variables por el número de casos. / *Desviación sexual*, expresión hoy día poco aceptada por la psicología y la psiquiatría y que equivale a parafilia. / *Desviación social*, divergencia de un individuo o colectivo de personas con respecto a los valores aceptados por una comunidad social en un momento histórico determinado".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

DIABETES MELLITUS

Generalidades.- El artículo revisa la investigación del problema de la interrelación entre diferentes factores físicos y psicosociales en la diabetes melitus tipo 1 (DM1). Los autores consideran los principios de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes de DM1 y ponen de manifiesto la necesidad de un abordaje biopsicosocial integrado del manejo de la enfermedad. La DM1 es una enfermedad metabólica crónica con una necesidad absoluta de terapia de reemplazo de insulina.

La naturaleza estresante de la DM1 se asocia con su aparición inesperada y dramática durante los años de juventud, la naturaleza peligrosa de las hipo e hiperglucemias y las complicaciones a largo plazo, con la carga del auto-cuidado de la diabetes, la amenaza de discapacidad laboral, problemas de empleo y carrera, etc. Estas características de la DM1 aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad y depresivos que, a su vez, pueden afectar negativamente el curso de la diabetes y, en particular, el auto-cuidado de la diabetes. Esto requiere un diagnóstico temprano de los trastornos emocionales y comportamentales en los enfermos de DM1, empleando instrumentos de auto-informe además de la evaluación clínica. La evidencia sugiere que el comportamiento de afrontamiento activo centrado en los problemas y el apoyo social adecuado promocionan la adherencia a los regímenes diabéticos y pueden amortiguar los efectos negativos de la enfermedad en la CVRS en los pacientes con DM1.

El elemento esencial en la estructura de la CVRS es el cuadro clínico personal (en contraste con el cuadro clínico objetivo)— el complejo cognitivo-afectivo-conductual que refleja la percepción personal que tiene el paciente de su enfermedad. El examen del cuadro de enfermedad personal y la actitud hacia la enfermedad en los pacientes con DM1 puede mejorar la comprensión de los mecanismos de desadaptación. Los problemas en la adaptación a la enfermedad también pueden detectarse por medio de la evaluación de la CVRS específica para la diabetes. Las medidas de CVRS pueden aplicarse como instrumentos de criba útiles para incrementar la efectividad de las interacciones paciente-cuidador y del cuidado de la diabetes.

Wasserman L y Trifonova E, La Diabetes Mellitus como modelo de interrelaciones psicosomáticas y somatofísicas. THE SPANISH JOURNAL OF PSYCHOLOGY. 2006 MAY; 9(1).

DIAGNÓSTICO

Definición.- "Fase final de una serie de procedimientos evaluadores que permite fundamentar un juicio acerca de la existencia de un trastorno. En medicina, consiste en asignar a los sujetos unas categorías determinadas (síndrome, enfermedad) a partir de unos síntomas. En psicología se habla de psicodiagnóstico para distinguirla del diagnóstico médico. La evaluación psicológica se ocupa del análisis del comportamiento humano mediante la aplicación de diversos instrumentos de medida, entre los que se destacan el registro de variables psicofisiológicas, la entrevista, los autoinformes, los autoregistros, las escalas y los cuestionarios. Los denominados tests, en la mayoría de los casos no son otra cosa que cuestionarios o autoinformes. El principal objetivo de la realización de tests es detectar los déficits o disfunciones existentes en un sujeto o grupo a fin de proponer una intervención para subsanarlos".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Generalidades.- Dentro de la psicoterapia, el diagnóstico no es valorizado correctamente, y generalmente se indica un tratamiento sin hacerlo. Una de las razones de esta desvalorización, es el hecho de que la nostalgia (clasificación de enfermedades) no ha logrado dar significado a la etiología, ni servir como guía en la selección de los métodos de tratamiento, ni orientar el pronóstico ni comprender el drama particular de cada paciente. Así. Diagnosticar por ejemplo, una esquizofrenia, esto tranquiliza y calma la ansiedad del terapeuta, pero no lo ayuda en el proceso psicoterapéutico.

Otro obstáculo es pensar que el tratamiento puede progresar sin un plan predeterminado, y que el diagnóstico se va haciendo poco a poco y es interminable. Otros dicen que el diagnóstico deshumaniza ya que emplea métodos deductivos que hacen perder el "contacto" con la realidad del paciente. En rigor, no es el método el que deshumaniza ni el diagnóstico en sí, sino la actitud del terapeuta cuando lo elabora.

Para algunos psicoanalistas solo se puede hacer un diagnóstico hacia el final del tratamiento, porque allí los datos se hicieron concientes. Otros psicoanalistas plantean el diagnóstico al principio, pero lo hacen dentro del límite de lo psicogénico, sin considerar factores físicos, neurológicos, sociales, y por lo tanto en diagnóstico no es efectivo.

Condensado de Small Leonard (1974) Psicoterapia y neurología (Problemas de diagnóstico diferencial). Buenos Aires. Amorrortu.

Generalidades.- Es preferible formular un psicodiagnóstico que establecer un rótulo diagnóstico. Para ello el terapeuta debe encarar la respuesta a las siguientes preguntas básicas: 1) ¿Cuál es el problema que presenta el paciente? 2) ¿Cuál es el factor desencadenante del problema 3) ¿Hay antecedentes análogos a la atención actual? 4) ¿Cuál es el significado de los síntomas) 5) ¿Cuál es el estado del sistema yoico? 6) Qué cambios pueden restablecer la homeostasis? (Descarga del efecto traumático, incremento o debilitamiento del Superyó, etc.) 7)¿Qué tipo de terapia tiene mayores posibilidades para

lograr los cambios necesarios para restablecer la homeostasis? 8) ¿Con qué aliados terapéuticos se cuenta? (Motivación del paciente, familiares que lo estimulan, etc. 9) ¿Cuál sería el procedimiento general en esta terapia? Es aconsejable o no un diagnóstico neurológico? 10) ¿Cuál es el pronóstico? La respuesta al pronóstico dependerá en lo respondido en las 9 preguntas anteriores.

Condensado de Small Leonard (1974) Psicoterapia y neurología (Problemas de diagnóstico diferencial). Buenos Aires. Amorrortu.

Clasificación.- Una tarea básica de la práctica profesional es establecer si la persona que llega a la consulta es normal, neurótica, psicótica, etc., o si se trata de un caso límite entre la neurosis y la psicosis. El diagnóstico estructural de Otto Kernberg nos suministra elementos de juicio que nos ayudarán a tomar estas decisiones.

Hablar de un diagnóstico estructural implica que hay otros tipos de diagnóstico que no son estructurales, tales como el diagnóstico descriptivo y el diagnóstico genético. Si ya existen estos dos últimos, ¿para qué Otto Kernberg introduce un tercer tipo de diagnóstico, que él llama estructural? Respondamos primero a esta pregunta, distinguiendo los tres tipos de diagnóstico citados por este autor.

1) Diagnóstico descriptivo: Es el que se realiza sobre la base de las conductas y síntomas observables. Ciertas conductas y ciertos conjuntos de síntomas son típicos de ciertas patologías, y esto debe ser tenido en cuenta para diagnosticar.

2) Diagnóstico genético: Es el que se realiza en base a la historia familiar del sujeto. Ciertas experiencias infantiles en relación con los padres y otros objetos importantes configuran posteriormente determinados cuadros clínicos.

3) Diagnóstico estructural: Es el realizado en base a las características estructurales intrapsíquicas de las personas. El diagnóstico estructural no pretende reemplazar a los dos primeros, sino complementarlos. Ejemplos: a) solamente el análisis de los síntomas (diagnóstico descriptivo) no bastan muchas veces para ubicar a la persona en una categoría, pues personas impulsivas existen tanto entre los borderline como entre los histéricos; del mismo modo solamente el diagnóstico genético también resulta insuficiente. b) El diagnóstico estructural es especialmente útil en aquellos casos donde existe la posibilidad de un caso límite entre neurosis y psicosis (llamado borderline). Este tipo de diagnóstico, que siempre es más difícil de realizar que los otros dos tipos, permite diagnosticar un borderline aún cuando el paciente, por drogadicción u otra causa esté pasando por un episodio psicótico temporal. Kernberg reconoce sin embargo que este problema debe aún ser más investigado, al igual que el problema de la diferenciación entre los bordelines y las esquizofrenias crónicas en remisión (que están dentro de las psicosis).

El diagnóstico estructural, como complemento de las otras formas de diagnóstico, resulta útil no solamente para clasificar al paciente (como neurótico, como borderline, o como psicótico, y sus correspondientes sub-variedades clínicas) sino también, y sobre esa base, establecer su pronóstico (cómo evolucionará) y su tratamiento (cómo se curará). Por ejemplo si el resultado del diagnóstico nos da una esquizofrenia simple, esto nos da la pista para decir que el pronóstico es más desfavorable que una neurosis fóbica, y que exige una estrategia terapéutica diferente.

Condensado de Kernberg O (1992) Trastornos graves de la personalidad. El Manual Moderno. Capítulo 1.

La complejidad del diagnóstico: un caso clínico.- En un Ateneo fue presentado un caso muy interesante con importantes dificultades diagnósticas. Fue una de las internaciones más largas que los expositores manifiestan haber tenido, excediendo incluso los límites que ellos mismos pusieron para internación psiquiátrica.

Quienes recibieron al paciente en Psiquiatría partieron de una situación donde el paciente estaba en muy mal estado general, estuporoso, medicado únicamente con 400 gramos de fenobarbital, y a partir de allí se abrieron dos líneas de análisis: hacia atrás para ir recopilando información hasta la actualidad, y hacia adelante como un paciente que se estudia desde cero sin preconceptos.

La complejidad del caso permite diversos diagnósticos, que pueden sostenerse en forma individual con la debida fundamentación. Desde el punto de vista neurológico tampoco puede darse un diagnóstico más o menos seguro, ya que se espera ver cómo el paciente seguirá evolucionando.

El paciente fue derivado del área Clínica, había pasado por Cirugía, por terapia intensiva y llega finalmente a Psiquiatría. Había sido examinado por varios especialistas, y llegaba sin un diagnóstico firme, ni clínico ni neurológico.

Historia de enfermedad actual y de su internación.- Carlos es hijo único y con aspecto de haber sobrevivido a muchas situaciones traumáticas. Tiene 18 años, es soltero, hijo único, y vive en San Juan con sus padres.

Carlos empieza el 12 de abril, en su provincia de origen con un episodio que retrospectivamente es interpretado luego como una convulsión parcial simple. Llega a un avión sanitario desde la provincia de San Juan, donde decidieron derivarlo porque no entendían el cuadro.

Ingresa con un shock hipovolémico después de una hemorragia aguda digestiva desencadenada al parecer provocada antes de partir de San Juan. De la guardia del hospital es trasladado a terapia intensiva.

El 5 de junio presenta convulsión tónico clónica generalizada de 20 minutos que duración que no responde a la medicación, requiriendo goteo de fenobarbital e inducción cenestésica con tiopental. Carlos continúa febril y se hacen diversas pruebas ante la sospecha de una infección bacteriológica. Se le administran antibióticos.

Desarrolla episodios de excitación psicomotriz y fenómenos alucinatorios varios, con lo cual es medicado con motivo de ello.

El 15 de junio es derivado a terapia médica, donde se le suspenden los antibióticos. Padece un estado de conciencia alternante, hallándose por momentos confuso y por momentos obnubilado.

El 22 de junio de 1998 ingresa a la sala de internación del Hospital de Clínicas tras 19 días de internación en el hospital. Fue trasladado en camilla desde la sala 3 del piso 11. Excepcionalmente se autorizó a los padres a permanecer con él las 24 horas.

El 1º de julio se disminuye la dosis de fenobarbital, evolucionando entonces en su sintomatología psicótica: estrechamiento del campo de la conciencia con un estado crepuscular oniroide, alucinaciones, pensamiento interceptado e ideas delirantes. Sus delirios no tienen un tema central dominante sino que son muy diversos.

En los días subsiguientes se lo medica con otras drogas y luego se le interrumpen, de acuerdo a la evolución de la sintomatología. La madre refiere en cierto momento que las convulsiones eran una novedad, que nunca las había tenido. En otras ocasiones el mismo paciente manifiesta al médico que estuvo fingiendo sobre su sintomatología.

Historia y antecedentes del paciente.- La derivación que hacen en San Juan tiene relación con la dificultad para establecer un diagnóstico. Allá lo habían catalogado como un paciente psiquiátrico y, de hecho, había estado internado en una clínica psiquiátrica, donde luego tiene una complicación clínica muy importante. En la clínica se lo había medicado con Halopidol, y evoluciona con un importante deterioro general, con pérdida del control esfinteriano y requiriendo asistencia permanente para todas las funciones básicas. Inmediatamente antes de su derivación a Buenos Aires, presenta episodios de excitación psicomotriz, negativismo, oposicionismo, etc.

Examen psiquiátrico.- Estado mental: Estuporoso y somnoliento (oniroide). Estrechamiento del campo de la conciencia.

Pensamiento: Por momentos, interceptación del pensamiento.

Contenido del pensamiento: Ideas delirantes de tipo imaginativo y contenido persecutorio, fantástico y mítico.

Afectividad: Presenta una fuerte ambivalencia. Labilidad afectiva (crisis de llanto).

Inteligencia: Los resultados dieron un CI de 73.

Sensopercepción: Padece alucinaciones audiovisuales y auditivas y delirios.

Motricidad: Estereotipias motoras simples. Convulsiones parciales simples. En ocasiones, falta de control esfinteriano.

Lenguaje: Disartria (dificultad para articular el lenguaje).

Verbigeraciones.

Diagnóstico.- A lo largo del tratamiento, Carlos recibió distintos diagnósticos diferenciales, que intentaban ubicarlo como esquizofrénico a diferencia de otras psicosis como la bouffé delirante, o ubicarlo como epiléptico para distinguirlo de la confusión mental y algunos otros trastornos de índole orgánica como la porfiria intermitente aguda (enfermedad de la sangre con síntomas orgánicos y psicóticos), y el síndrome de Ganser. Incluso algunos antecedentes recogidos en la entrevista con los padres hacían pensar en una debilidad mental.

Se le hicieron exámenes complementarios para investigar el estado y funcionamiento de su sistema nervioso, como EEG, 3 RMN cerebral y otras pruebas como el SPECT y 2 TAC, así como también una punción lumbar. Se le hicieron radiografías de tórax, ecografías, radiografías varias, múltiples cultivos y exámenes bioquímicos de laboratorio. Se le observó una lesión en el lóbulo temporal izquierdo.

Tratamiento.- Fue internado durante tres semanas, en el curso de las cuales sufrió muchas complicaciones médicas y lo derivaron a Psiquiatría en un muy mal estado general. Frente a cada nueva sospecha de los médicos acerca de la etiología de sus males, cada uno les administraba el medicamento que más le parecía en ese momento, de manera que no hubo un tratamiento planificado ni organizado, precisamente porque lo que fallaba era la fase diagnóstica.

Psicodiagnóstico.- Se toma HTP, Desiderativo, Bender, Rorschach y Wais.

Las actitudes durante la entrevista fueron variables, oscilando entre la colaboración y la falta de ella. Por momentos parecía somnoliento y cabeceaba, y en otros Carlos refería alucinaciones visuales y auditivas, con lo cual la toma se debía interrumpir.

Siempre presentó lentitud patológica al responder, y lo hacía en voz baja y monocorde, aunque respondió a todas las consignas. Los tests de inteligencia hicieron sospechar una lesión orgánica cerebral. Se observó también que no mantenía la ilación del pensamiento, saltando de una idea a otra. Hay contenidos paranoides detectados por ejemplo con el Rorschach. En su relación social, aparecen respuestas de inhibición y retraimiento, así como conductas explosivas. Hay una desproporción entre su alto nivel de aspiración y la pobreza de sus recursos internos.

El psicodagnóstico concluye una alteración profunda a nivel de la identidad, con vivencias de desintegración, un mundo interno poblado de objetos destruidos y atemorizantes, una gran labilidad afectiva y alteraciones en la percepción y el pensamiento.

Diagnóstico psiquiátrico multiaxial.- Eje I: Esquizofrenia tipo indiferenciado F20.30. Eje II: Trastorno de la personalidad no especificado F60.9. Eje III: Epilepsia. Lesión en lóbulo temporal izquierdo. Eje IV: Servicios médicos inadecuados. Eje V: EEAG 21 (actual).

Conclusión.- Hay una consideración importante que conviene destacar en el presente caso. Uno de los rasgos característicos de este paciente, Carlos, es la multiplicidad y diversidad de signos y síntomas, una de las fuentes de confusión para establecer un diagnóstico más o menos firme. Otra de las fuentes de dificultades es la información insuficiente o inadecuada sobre la anamnesis.

Si partimos del supuesto de que no hay en principio ningún cuadro patológico que incluya toda esta diversidad sintomatológica, debemos considerar tres posibilidades: a) o bien hay varios cuadros superpuestos en el mismo paciente: una esquizofrenia y una epilepsia no son incompatibles y pueden coexistir; b) o bien hay un solo cuadro dominante y el resto de la sintomatología obedece a los efectos colaterales secundarios de la gran diversidad de medicamentos administrados (el paciente iba variando su sintomatología a medida que se administraban y retiraban drogas terapéuticas); o c) a un efecto combinado de los dos factores mencionados a) y b).

Desde la información recibida en el Ateneo no hay suficientes elementos de juicio para pensar en un diagnóstico, no tanto por la complejidad de la sintomatología del paciente como por la diversidad de opiniones sobre los mismos. El presente caso ilustra mejor que un caso de difícil diagnóstico, un caso patético de iatrogenia médica: el desconcierto de los distintos profesionales que lo atendían implicaba que cada cual medicaba lo que le parecía, sin que pudiese haber un funcionamiento eficaz de un equipo interdisciplinario coordinado, lo cual, más allá de la buena voluntad que pudiesen haber tenido los profesionales, redundaba en un deterioro aún mayor de la condición de Carlos.

Cazau P (1997) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Según Kernberg.- ¿Cómo nos damos cuenta si una persona tiene una organización estructural neurótica, psicótica o límite? Para ello debemos analizar ciertos aspectos específicos, que Kernberg llamará criterios estructurales, y que básicamente son cuatro y pueden detectarse tanto a nivel manifiesto como latente:

- 1) El grado de integración de la identidad.
- 2) Las operaciones defensivas que habitualmente emplea.
- 3) La capacidad para la prueba de realidad.
- 4) Criterios estructurales adicionales, como las manifestaciones no específicas de debilidad yoica, la capacidad de sublimación, el modo de control de los impulsos, etc.

Kernberg desarrollará especialmente los tres primeros. A estos criterios estructurales, Jubany los denomina también criterios de diferenciación clínica, porque precisamente nos permiten diferenciar los casos clínicos entre sí: un neurótico utilizará cierto tipo de defensas, un psicótico otro, etc, y del mismo modo cada organización de la personalidad tendrá su propio grado de integración de la identidad, su propia capacidad para la prueba de realidad, etc. Las diferencias entre los tres cuadros clínicos indicados en cuanto a integración de la identidad, operaciones defensivas y prueba de realidad aparecen resumidos en el esquema 1. Sintetizando hasta aquí: el diagnóstico estructural consiste en identificar organizaciones estructurales de la personalidad, sobre la base de ciertos criterios estructurales.

Herramientas del diagnóstico estructural.- Para llevar a cabo un diagnóstico estructural, contamos con dos herramientas fundamentales: la entrevista estructural y la batería de tests.

- 1) La entrevista estructural, como su nombre lo indica, rastreará ciertas características del sujeto que nos ayuden a identificar qué tipo de organización estructural tiene su personalidad. Buscará identificar, por ejemplo, síntomas, conflictos y formas peculiares de interactuar en un aquí y ahora con el entrevistador. En base a estos datos obtenidos en la entrevista, podremos ubicar al paciente como neurótico, psicótico o caso límite.

Según Kernberg, hay cuatro puntos importantes a tener en cuenta en la entrevista estructural: clarificación, confrontación, interpretación y transferencia.

Clarificación significa aclarar con el paciente alguna información vaga, incompleta o extraña que aquel suministre durante la entrevista. Un segundo paso es la confrontación, que consiste en llamarle la atención al paciente sobre datos contradictorios o incongruentes, ya que estos elementos son indicadores de un posible conflicto. La interpretación va más allá pues busca explorar a nivel inconciente los orígenes del conflicto. De alguna manera busca conectar la conducta manifiesta con ansiedades subyacentes, y hacer que el paciente tome conciencia de los motivos y las defensas inconcientes, lo cual hará parecer lógico lo que antes resultaba contradictorio. El último paso es la interpretación de la transferencia, donde se muestra al paciente que su actitud hacia el entrevistador es una forma de actuar suya arraigada desde la infancia en relación con sus padres.

2) La batería de tests es un conjunto de pruebas orientadas a explorar aquellos aspectos de la personalidad útiles para hacer el diagnóstico, en este caso estructural. Algunos tests que resultan aptos para este propósito son, según Jubany, las pruebas gráficas (Bender, HTP, etc), el test desiderativo, el WAIS, las pruebas temáticas (TRO, TAT), y el test de Rorschach.

Conceptos articuladores psicodiagnósticos.- Cuando nos dicen que debemos analizar la integración de la identidad, la prueba de realidad y las operaciones defensivas, podemos replicar que eso es muy teórico, y que necesitamos averiguar cómo aparecen esos criterios en lo que el sujeto dice o hace en las entrevistas o en los tests. Para ello debemos concretizar más, lo cual es posible realizar en dos etapas sucesivas (esquema 2): primero, discernimos los aspectos o dimensiones más abstractos de cada criterio diagnóstico llamados ejes, y segundo, dentro de cada eje discernimos sus aspectos más empíricos y concretos, llamados fenómenos indicadores.

Estos tres elementos, que desde los más abstractos a los más concretos son entonces los criterios diagnósticos, los ejes y los fenómenos indicadores, reciben en conjunto el nombre de conceptos articuladores psicodiagnósticos, así llamados porque permiten articular o conectar la teoría con la realidad, o si se quiere la organización estructural de la personalidad con los fenómenos y discursos concretos recolectados en el proceso psicodiagnóstico (entrevistas y tests).

Por ejemplo, un aspecto más concreto de las operaciones defensivas es la represión primaria. Pero este eje todavía tiene cierto nivel de abstracción, y debemos buscar entonces un aspecto de la conducta todavía más concreto, por ejemplo si hay mantenimiento o pérdida de la conciencia de interpretación, lo cual sí ya es detectable empíricamente. En el esquema 2 se indican los diferentes ejes y fenómenos indicadores de los tres criterios estructurales de Kernberg.

ESQUEMA 1 - DIFERENCIACION DE LA ORGANIZACION DE LA PERSONALIDAD (Preparado a partir de Kernberg, 1992).

CRITERIOS ESTRUCTURALES	NEUROTICO	 LIMITE	 PSICOTICO
PRUEBA DE REALIDAD	La capacidad de prueba de realidad se preserva: diferenciación del sí-mismo y el no sí-mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de percepciones y estímulos.	Ocurren alteraciones en relación con la realidad y en los sentimientos de realidad.	La capacidad de prueba de realidad se pierde.
INTEGRACION DE LA IDENTIDAD	Existe capacidad para evaluar al sí mismo y a los demás en forma realista y con profundidad.		
	Representaciones del sí mismo y de los objetos precisamente limitados.	Difusión de identidad: aspectos contradictorios del sí mismo y de los demás pobremente integrados y mantenidos aparte.	
	Identidad integrada: imágenes contradictorias del sí mismo y de los demás integradas en concepciones comprensivas.		Las representaciones del sí mismo y de los objetos están delimitados pobremente, o de otro modo hay una identidad de delirio.
OPERACIONES DEFENSIVAS	Represión y defensas de alto nivel: formación reactiva, aislamiento, anulación, racionalización, intelectualización.	Principalmente defensas de escisión y de bajo nivel: idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia, devaluación.	
	Las defensas protegen al paciente del conflicto intrapsíquico. La interpretación mejora el funcionamiento.		Las defensas protegen al paciente de la desintegración y de la fusión sí-mismo/objeto. La interpretación conduce a la regresión.

ESQUEMA 2 - CONCEPTOS ARTICULADORES PSICODIAGNOSTICOS (Jubany, 1993:58).

Criterios de diferenciación clínica	Analizables en Ejes	Fenómenos indicadores en batería y entrevistas

1) Prueba de realidad (sentido y juicio de realidad)	a) Congruencia	a) Dimensión congruencia expresada en: congruencia con consignas, congruencia con estímulos (distorsiones pp), congruencia con interpretaciones (orientación en el tiempo y el espacio), distorsiones del sentido, etc.
	Pensamiento	b) Dimensión cualidad del pensamiento, reconocible en conciencia de interpretación, en las administraciones e interrogaciones, evaluación, capacidad de rectificación, capacidad de anticipación de consecuencias, influencias relativas a los procesos primario y secundario, etc.
2) Integración de la identidad y relaciones objetales	a) Representaciones de identidad	Integrada, fragmentada, difusa, yuxtapuesta. Discriminada-confusa. Contradicciones: resueltas-contrapuestas, autoestima y representación de sí. Imagen corporal, según se manifiesten en el proceso psicodiagnóstico.
	b) Representaciones de vínculos	Diferenciados, indiferenciados, simbióticos, parcial-total, elección de objeto anaclítico, narcisista, según proyectados en la batería, constancia objetal, Superyó, integrado-no integrado.
3) Operaciones defensivas	a) Represión primaria (función barrera)	Censura, operaciones prerrepresivas o posrerrepresivas, su rigidez o flexibilidad, su éxito o fracaso, mantenimiento de la conciencia de interpretación, tono emocional, moderación temática y equilibrio versus proyecciones masivas, coartación, fracasos, transgresiones en clisés y fenómeno de procesos primarios de pensamiento, bizarrerías, pérdidas de la conciencia de interpretación, etc.
	b) Regulación de impulsos	Dirección y control: capacidad de demora y persecución de un objetivo, capacidad de tolerancia frente a emociones intensas: ansiedad, angustia, frustración y pérdida, capacidad o grado de incapacidad de experimentar tales emociones, etc.
	c) Funcionamiento sublimatorio y creatividad	Creatividad y disponibilidad de energía libidinal para fantasear y crear. Capacidad de trabajo: participación, colaboración, logros, humor- goce: placer, satisfacción en ejecuciones. Capacidad de reparación. Capacidad de utilizar recursos y experiencia, disponibilidad para nuevos aprendizajes, etc.

Articulación entre los esquemas 1 y 2.- Podemos diagnosticar neurosis, psicosis o caso límite analizando en el paciente integración de la identidad, operaciones defensivas y prueba de realidad (esquema 1). A su vez, para analizar cada uno de estos tres criterios debemos detallarlos aún más con el fin de acercarnos al plano empírico, recurriendo a los ejes y los fenómenos indicadores (esquema 2).

Cazau P (2004) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Kernberg O (1992) Trastornos graves de la personalidad. El Manual Moderno. Capítulo 1.

Lunazzi de Jubany H (1993) Lectura del Psicodiagnóstico, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Diagnóstico a través de tests.- Necesidad de las pruebas psicológicas para el diagnóstico y sus fundamentos en la teoría psiquiátrica.- Cuál es la naturaleza de la necesidad psiquiátrica de verificación diagnóstica?

Una primera respuesta es: necesidad de "objetividad" en el diagnóstico. Pero, son objetivos de los tests? Los tests son objetivos en la medida en que están libres de las selecciones subjetivas que hacemos de los distintos aspectos del paciente: siempre elegimos algún aspecto, y los tests registran un segmento limitado de la conducta. Un buen test hace un registro completo de un segmento de comportamiento, por oposición al método clínico, que toma sólo lo que le interesa.

Otra ventaja es que mediante los tests se obtienen de los pacientes todas las mismas categorías de reacción, y entonces pueden ser comparados entre sí. La tercera ventaja surge de todo lo anterior: permiten cuantificar, y por lo tanto medir los aspectos del paciente.

Pero la objetividad tiene sus límites: los tests, al tomar sólo un segmento de comportamiento, no consideran todo lo demás, de allí que deba utilizarse una batería de tests y no unos solo.

Dado que los métodos clínicos obtienen una muestra de conducta amplia pero poco sistemática, y los procedimientos de tests obtienen una muestra estrecha pero sistemática, la buena práctica exige considerar ambos, para así compensar mutuamente sus desventajas.

Otro peligro de la objetividad es confiar demasiado en la estadística para compensar la dificultad de la comprensión psicológica más allá de los números. Los tests psicodiagnósticos que apuntan a la comprensión psicológica pueden aquí ser ventajosos para esclarecer los hallazgos clínicos, no para reemplazarlos.

Dónde están, en la teoría de la psiquiatría, los fundamentos de los tests diagnósticos? En los tests proyectivos (Rorschach, TAT, etc.) hay un fundamento teórico: una teoría sobre la organización del pensamiento (el paciente responde tal o cual cosa porque suponemos que antes realizó tal operación de

pensamiento). Los primeros intentos de hacer esta fundamentación son de Kraepelin y Bleuler. Desde entonces interesó ver la relación entre la psicodinámica dada por la teoría, y los síntomas dados por la práctica. Los tests de diagnóstico reconstruyen la psicodinámica a partir de la organización del pensamiento que se infiere de los datos del test. En suma: los tests no tienen sólo un interés pragmático, sino también teórico, pues permiten investigar los fenómenos patológicos.

Los fundamentos teóricos específicos de los tests de diagnóstico en la teoría de la psicología dinámica y la psiquiatría.- a) Relación de los segmentos de comportamiento con la organización de la personalidad.- Segmentos de comportamiento son por ejemplo las respuestas al Rorschach o las historias del TAT. Se supone que estos segmentos llevan la impronta de la organización de la personalidad del sujeto, y por lo tanto se espera que la ejecución del test revele la personalidad. La psicología dinámica y psiquiatría suponen un completo determinismo de todos los segmentos de conducta, y Freud mismo ha señalado esto. Este planteo es válido siempre y cuando el segmento de conducta no sea cualquier parte arbitraria de la conducta sino algo delimitado y con una autocomprensión o cierre. O sea, los segmentos de comportamiento deben ser molares, no moleculares: estos últimos no revelan el funcionamiento de la personalidad necesariamente. Además, los segmentos de comportamiento deben reunir otros requisitos para ser reveladores de la personalidad: no deben ser conscientes por parte del sujeto o sea no debe ser qué busca el psicólogo cuando le hace el test. Deben ser no estructurados, para permitir la expresividad máxima de la personalidad, pero no demasiado, o sea, deben ser poco estructurados. En tercer lugar, el segmento deseable de comportamiento debería ser una reacción abierta ante un estímulo normal, y poder el sujeto hacer introspección respecto de su reacción. En cuarto lugar el segmento debe poder medirse y cuantificarse con un puntaje, como quedó dicho más arriba.

b) Organización y patología de la personalidad.- Pensar que lo patológico es una exageración o deformación de lo normal puede ser una ventaja o un problema cuando se trata de hacer diagnósticos: muchas veces se considera esquizofrénico simplemente a un excéntrico: este logró adaptarse al entorno social, aquel no. Todo esto plantea la necesidad de aclarar bien qué es salud, ajuste adaptación, normalidad, y diferenciarlo bien de lo patológico, anormal, etc. Los tests estructurados revelan más los aspectos adaptados de la personalidad, y los poco estructurados los aspectos conflictivos. Lo ideal es obtener muestras de ambos tipos y poder distinguir los rasgos de personalidad abiertos, los latentes, y los controlados de los desequilibrados.

c) La psicodinámica y la teoría de los procesos que subyacen a la ejecución del test.- El problema teórico es cuál es la relación entre la psicodinámica (por ejemplo una regresión) y los resultados del test (por ejemplo aparición de contaminaciones conceptuales en la lámina) por el otro. Para descubrir esta vinculación se debe recurrir a variables "intercurrentes" entre la conducta enferma o síntoma y su explicación psicodinámica, y las actuaciones del test por el otro. Tales variantes intercurrentes constituyen las teorías sobre los procesos del pensamiento, unos de los campos menos explorados por el psicoanálisis. Procesos del pensamiento son por ej. memoria, percepción, concentración, anticipación, etc., todo lo cual se puede explorar mediante tests, tanto son normales como patológicos, o si usa criterios psicodinámicos o estadísticos.

Una sinopsis teórica de los tests para el psicodiagnóstico.- Suele distinguirse entre tests proyectivos y no proyectivos diciéndose que unos son poco estructurados y otros muy estructurados. En los no proyectivos para cada prueba hay una respuesta única y verificable, pero en los proyectivos el criterio de validez es externo a la prueba, y cada prueba o pregunta admite muchas posibilidades, que dependerán tanto de la pregunta-estímulo como de factores intrapsíquicos.

En general, debemos considerar la proyección como todo modo de organizar el mundo externo según como esté organizado el mundo interno del sujeto (esto es más amplio que proyección como defensa, como modelo de identificación, como fenómeno transferencial, etc.). La diversidad de sentidos del término muestra que este concepto de proyección es muy rico, y útil para considerarlos en los tests proyectivos. Sugiere la idea que la mente es muy compleja y que más de un conjunto de fuerzas intrapsíquica es más bien una superposición jerárquica de todos ellos, también lo mostró Piaget en el terreno de la psicología de la inteligencia.

Aún cuando la dicotomía entre tests proyectivos y no proyectivos sea arbitrarias, la mantendremos hasta encontrar una distinción más elaborada.

Tal arbitrariedad está en que lo proyectivo es un continuo, y en realidad en los tests no proyectivos no es que no haya proyección, sino que se proyecta menos (de igual modo que en los proyectivos la proyección no es nunca total). Cuánto y qué se proyecte depende del grado de estructuración del test, grado que incluso puede ser variado por el administrador del test. Por ej. se puede disminuir la estructuración presentando una lámina en menos tiempo.

No se trata en suma de inventar nuevos tests, sino de explorar los ya conocidos para hacer una exploración teórica sistemática de todos estos problemas.

Perspectivas.- Las próximas tareas de los tests de diagnóstico en relación con la teoría psicológica y psiquiátrica son tanto de índole teórica como práctica.

Las de índole teórica implican no crear nuevos tests para identificar enfermedades, sino crearlos para explorar mejor la teoría por ejemplo, Shafer diseñó tests para explorar la oralidad y la pasividad,

Rapaport y otros crearon tests para ver ciertos procesos del pensamiento, y G. Klein para estudiar procesos perceptivos indicadores del funcionamiento de la personalidad.

En cuanto a las tareas prácticas, la idea es que en base a teorías disponibles se creen nuevos tests de aplicación práctica los que a su vez evaluarán y sistematizarán esas teorías. Por ejemplo crear test de motricidad, pero para detenerse a examinar la motricidad en sí sino como puerta para verificar hipótesis psicodinámicas como por ejemplo, el principio económico de descarga de las pulsiones.

Condensado de Rapaport David (1988), Implicaciones teóricas de los procedimientos de verificación diagnóstica.

DIMORFISMO SEXUAL

Definición.- “Estudio de las diferencias entre individuos de la misma especie según sean machos o hembras. En el ser humano, el concepto más importante es el de identidad sexual, que engloba cuatro aspectos: a) sexo biológico, determinado por la información genética, de acuerdo con el cual el bebé nace con genitales masculinos o femeninos (pene y escroto o vulva); b) identidad de género o condición que tiene el individuo de pertenecer a uno u otro sexo; c) papel sexual social, según el comportamiento femenino o masculino que la sociedad espera para cada sexo; y d) orientación sexual, que indica hacia quien se dirige el deseo sexual. Las alteraciones en el dimorfismo sexual pueden afectar a la identidad del género (transexualismo)”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

DISARTRIA

Definición.- Perturbación de la pronunciación de un fonema por causa motriz: el niño no puede realizar correctamente el movimiento o postura requerida por el fonema, sea por una razón central (parálisis o paresia) o periférica (malformación ósea o muscular de los órganos articulatorios). El educador deberá evitar que este defecto altere la integración social del niño.

Monfort Marc y Juárez Sánchez Adoración, "El niño que habla", Ed. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, Madrid, 1993. p. 75.

Definición.- “Trastorno del lenguaje ocasionado por perturbaciones centrales motoras de los músculos fonadores. A menudo se la denomina ‘habla espástica’ por estar relacionada con la parálisis espástica de los músculos de la articulación”.

Wallin J (1974) El niño mentalmente deficiente. Incluido en Wallin J y otros, El niño deficiente. Buenos Aires: Paidós, pág. 61.

DISCAPACIDAD

Definición.- Déficit que impide el normal desarrollo o funcionamiento de las capacidades humanas. Las llamadas discapacidades se agrupan generalmente en tres tipos, según qué tipo de función sea afectada: sensoriales (por ejemplo la ceguera), motoras (por ejemplo la apoplejía) y mentales (por ejemplo el síndrome de Down). Algunas patologías, como por ejemplo el Síndrome X Frágil, involucran los tres tipos de discapacidad.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

DISCURSO AUTOMÁTICO

Se aplica a términos que se relacionan en serie y pueden expresarse irreflexivamente respetando esta relación consecutiva, por la mayoría de los miembros de un grupo para el cual esa serie es significativa.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DISESTESIA

Alteración de la recepción de estímulos sensoriales, en que ésta es exagerada, debilitada o perversa. Las principales formas de disestesia son la anestesia, la hiperestesia, la hipoestesia y la parestesia.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DISFASIA

Alteración del lenguaje en cualquiera de sus formas, a causa de heridas o enfermedades del cerebro; los órganos vocales permanecen intactos. Hay cinco formas: alexia, afasia articulatoria, afasia auditiva, afasia mixta y taquifemia.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DISFORIA

Definición.- "Etimológicamente significa malestar [...]. Se usa para referirse a una sensación de malestar general y más específicamente a un estado de ánimo depresivo, si bien las definiciones al uso incluyen ansiedad e inquietud".

Vallejo Ruiloba J y otros, "Introducción a la psicopatología y la psiquiatría", Masson, Barcelona, 1999, 4º edición, pág 234.

DISFUNCIÓN

Definición.- "Deterioro o perturbación del funcionamiento de un órgano, sistema de órganos, conducta o cognición. / *Disfunción-cerebral mínima*, síndrome caracterizado por disminución de la atención, hiperkinesia, impulsividad, labilidad emocional, trastornos de la percepción y alteraciones en el desarrollo del lenguaje, observado en niños y adolescentes que no presentan signos de un trastorno neurológico o psiquiátrico importante. / *Disfunción sexual*, perturbación del deseo sexual y de los cambios psicofisiológicos que caracterizan el ciclo de la respuesta sexual. Se trata de una dificultad más o menos permanente para experimentar alguna de las fases de la respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo) o para realizar algún acto sexual, en especial el coito. Las disfunciones sexuales pueden ser primarias o secundarias, según se presenten al inicio de la vida sexual o tras un período previo de buen funcionamiento; totales o parciales, cuando afectan a la totalidad o a parte de la respuesta implicada; continuas, episódicas o recurrentes, si se mantienen durante todo el tiempo, aparecen muy aisladamente o lo hacen con cierta regularidad; y globales o situacionales, según se produzcan en todas las situaciones sexuales o en algunas determinadas. Se clasifican en: a) inhibición o incremento del deseo sexual; b) trastornos de la excitación en el hombre (disfunción eréctil o impotencia) o en la mujer (trastornos de la lubricación); c) disfunción orgásmica (anorgasmia femenina y masculina, y trastornos de la eyaculación); d) trastornos por dolor (dispareunia y vaginismo). Las causas pueden ser tanto psicógenas como orgánicas o mixtas. Los trastornos más frecuentes de la población en general son la eyaculación precoz (36 %) y las dificultades para mantener la excitación en las mujeres (33 %). Todos ellos causan importantes perturbaciones psíquicas y de adaptación interpersonal y son una de las causas de consulta más importantes en centros hospitalarios de atención primaria y salud mental".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Disfunción cerebral mínima.- La disfunción cerebral mínima o daño cerebral mínimo (DCM) implica un retardo para aprender y para madurar el sistema nervioso, que pueden desaparecer hacia la adultez o convertirse en crónicos. Pueden dar o no un EEG (electroencefalograma) anormal, y pueden o no mostrar anomalía leve en los reflejos. Los signos pueden ser tan variados que es muy difícil el diagnóstico. Mientras este último sea más precoz, más posibilidades de beneficio para el paciente. El síndrome de DCM no es homogéneo ni refleja una sola causa, ya que hay elementos de juicio para sostener causas genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, anatómicas, bioquímicas, etc. Las posibles causas son casi tantas como sus síntomas y signos. De éstos, los principales son incapacidad específica para el aprendizaje (dislexia, malos cálculos aritméticos, etc.), trastornos motores (temblores, ataxias, hiperkinesia, trastornos que tienden a desaparecer con la maduración), trastornos sensoriales (visuales, auditivos, etc.), trastornos de la atención (facilidad de distracción, etc.), dificultad para controlar esfínteres, o sea retrasos madurativos, trastornos del lenguaje, el habla y la conceptualización, y problemas emocionales y de conducta.

Los métodos diagnósticos de DCM deben incluir estudios de maestros, pediatras, neurólogos, psicólogos, psiquiatras, electroencefalografistas, trabajadores sociales, fonoaudiólogos y oftalmólogos. El método fundamental del neuropsicodiagnóstico es el análisis de sistema informal, el cual aplicado al DCM, debe incluir lo siguiente: anamnesis (descubrir en la experiencia vital del sujeto retrasos madurativos, trastornos de conducta, etc.), exploración neurológica y electroencefalográfica, y exploración psicológica mediante baterías de tests y evaluación de la capacidad para leer.

El tratamiento del síndrome de DCM es específico para cada sujeto, pues cada uno tiene déficit específicos (o sea, tratamientos grupales no sirven). Además debe incluir todas las modalidades terapéuticas, desde la medicación hasta el manejo ambiental, psicoterapia, pedagogía curativa, etc. En este último caso debe empezarse por enseñar lo más fácil. Por su lado la medicación busca reducir la hiperactividad y la irritabilidad, y mejorar el tiempo de atención sostenida. La psicoterapia buscará tratar la pérdida de la autoestima y sus modos de compensación como las actitudes grotescas, negativismo, etc. No tiene sentido aquí una terapia psicoanalítica profunda.

En cuanto al pronóstico, los cambios se advierten con lentitud, pero en condiciones óptimas el desarrollo y la maduración pueden mejorar en forma significativa.

Small cita finalmente varios casos de DCM en adolescentes, cuyos signos también se ven en niños: dificultades de aprendizaje, problemas de conducta, autoestima disminuida, depresión y conducta aversiva.

Condensado de Small Leonard (1974) Psicoterapia y neurología (Problemas de diagnóstico diferencial). Buenos Aires. Amorrortu.

Disfunción sexual.- Genéricamente, los trastornos sexuales abarcan una amplia gama de problemas, entre los cuales están las disfunciones sexuales, las perversiones y los trastornos de la identidad sexual. Las disfunciones sexuales, específicamente, "se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales" (DSM-IV, 1995).

La disfunción sexual puede afectar una o varias de las fases del ciclo sexual. En el siguiente esquema describimos estas cuatro fases (ligeramente modificado de DSM-IV, 1995), y las disfunciones que pueden aparecer en cada una de ellas:

FASES DEL CICLO SEXUAL	DISFUNCIONES POSIBLES
Deseo: Tener fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.	Deseo sexual hipoactivo Aversión al sexo
Excitación: Sensación subjetiva de placer sexual acompañada de cambios fisiológicos. En el varón, los cambios más importantes son la tumescencia peneana y la erección, mientras que en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos.	Trastorno de la excitación sexual en la mujer Trastorno de la erección en el varón
Orgasmo: Punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el varón aparece una sensación de inevitabilidad eyaculatoria, seguida de emisión de semen. En la mujer se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. En ambos sexos el esfínter anal se contrae rítmicamente.	Disfunción orgásmica femenina Disfunción orgásmica masculina Eyaculación precoz
Resolución: Sensación de relajación muscular y bienestar general. Durante esta fase los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un tiempo variable, mientras que las mujeres pueden responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.	Déficit o ausencia de relajación o bienestar.

Antes, durante o después del acto sexual puede también aparecer o no, *dispareunia* (dolor en los genitales, afectando tanto a varones como mujeres), o también *vaginismo* (contracción involuntaria de los músculos externos de la vagina ante una estimulación cualquiera).

La dispareunia y el vaginismo, así como cualquiera de los trastornos asociados a determinada fase del ciclo sexual, pueden deberse a factores psicológicos, enfermedades médicas, ingesta de drogas o medicamentos, o a factores combinados.

DSM-IV (1995) Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Repercusiones de la disfunción sexual.- Las disfunciones sexuales (DS) suponen, por su magnitud y repercusiones, un auténtico problema de salud pública. Repercute en la calidad de vida de quienes la presentan, tanto en varones como en mujeres, y hay una significativa menor satisfacción en sus relaciones íntimas y unos peores índices de calidad de vida. Como consecuencia de ello, y a nuestro entender, queda reconocido que el o la paciente con trastornos en su sexualidad tiene derecho a recibir una adecuada atención sanitaria, tanto en atención primaria como en atención especializada, debido precisamente a esa repercusión de las DS en el estado general de la salud.

Aunque cualquiera de estas alteraciones pueden darse y afectar a la pareja, los trastornos más frecuentes que aparecen suelen ser trastornos relacionados con el deseo tanto en ella como en él, trastornos en la fase de excitación (disfunción eréctil en el varón, sequedad vaginal en la mujer) y trastornos en la fase de orgasmo, tanto en ella (anorgasmia) como en él (eyaculación precoz, eyaculación retardada, eyaculación retrógrada y anorgasmia).

Este trabajo de revisión nos permite concluir que la sexualidad forma parte integral de la salud. Por tanto las DS, en sus diferentes manifestaciones, repercuten en la salud y el bienestar del propio paciente y su pareja. El papel que debe desempeñar la atención primaria es básico en la detección, el diagnóstico y el eventual tratamiento de este grupo de trastornos, tanto de los denominados masculinos como de los femeninos. La comunicación, es decir, indagar y preguntar, es fundamental, y la atención primaria está en el lugar idóneo para todo ello.

Finalmente, la edad no es límite para el disfrute de una sexualidad plena, y aquí de nuevo la atención primaria está especialmente situada para entender y manejar esta situación, por su interconexión con la geriatría y la medicina sexual.

Antonia Ortega Osuna; Pedro Ramón Gutiérrez Hernández. Disfunción sexual: Repercusión en la pareja, envejecimiento e implicaciones en atención primaria. REVISTA INTERNACIONAL DE ANDROLOGÍA. 2008; 6(2):121-126.

DISGRAFIA

Clasificación.- De acuerdo al proceso cognitivo dañado, las disgrafias pueden ser *disgrafias centrales* (la lesión se produce en los componentes léxicos) y *disgrafias periféricas* (trastornos de tipo motor).

1) Dentro de las disgrafias centrales se distinguen la *disgrafía superficial*, donde el daño está en la ruta léxica (hay dificultad para escribir palabras irregulares, errores ortográficos, buena escritura de las pseudopalabras), la *disgrafía fonológica*, donde el daño está en la ruta fonológica (dificultades para escribir pseudopalabras, errores derivativos, lexicalizaciones), la *disgrafía de acceso semántico*, cuando hay lesión en el sistema semántico o en el acceso a él, pero el léxico ortográfico está intacto (puede escribir palabras irregulares y pseudopalabras, no comprende el significado de las palabras que escribe), y la *disfasia profunda*, que se da cuando se lesionan ambas rutas, la léxica y la fonológica (incapacidad para escribir pseudopalabras, errores semánticos en la escritura, errores derivativos, mayor dificultad para escribir palabras funcionales que palabras de contenido, mayor dificultad para escribir palabras abstractas que concretas).

2) Respecto de las disgrafias periféricas, hay diversos tipos, según cual sea el estadio afectado del proceso que va desde el almacén grafémico hasta la escritura en el papel. Encontramos tres tipos: *disgrafía por alteración de alógrafos*, *disgrafía apráxica* y *disgrafía aferente*.

En la *disgrafía por alteración de alógrafos*, el trastorno es a nivel de los alógrafos: los pacientes tienen dificultades con los diferentes tipos de letra (cursiva, etc) y formatos (mayúsculas, etc) por lo que pueden mezclar esos tipos de letra (por ejemplo CaSa). En la *disgrafía apráxica*, la lesión produce pérdida de los programas motores que controlan la formación de letras (por ejemplo letras muy deformadas). Y en la *disgrafía aferente* las dificultades son perceptivas, de ahí que los pacientes pueden tener dificultades para mantener las letras en una línea horizontal, o una tendencia a omitir o duplicar rasgos y letras.

Cuetos Vega F, Evaluación y rehabilitación de las afasias. Aproximación cognitiva. Editorial Médica Panamericana. El material es una síntesis del punto 3.5

DISGREGACIÓN

Alteración del curso del pensamiento, síntoma de la esquizofrenia, aunque también se lo observa en diversas psicosis orgánicas. El pensamiento disgregado es desplazado, desorganizado, fragmentado y en él no solamente se encuentran destruidas las conexiones asociativas normales, sino que se observa la sucesión de ideas híbridas, resultantes de la yuxtaposición fortuita de contenidos pertenecientes a asociaciones muy distantes en el campo significativo. El pensamiento disgregado carece de coherencia lógica, no solo en su conjunto, sino también término a término.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DISLALIA

Definición.- Lenguaje defectuoso sin lesiones demostrables en el sistema nervioso, y con o sin anomalía en el mecanismo periférico del lenguaje. Existen seis formas: *agitología*, *alalia*, *barbaralalia*, *idíolalia*, *paralalia* y *uraniscolalia*. Distinto de *disartria*, causada por lesiones centrales.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "La dislalia, frecuente en la niñez, significa incorrección en los sonidos o falta de alguno de estos. Mientras el niño está aprendiendo a hablar, las omisiones, sustituciones y defectos son normales, pero a su debido tiempo deben haberse superado. El uso del balbuceo por las personas de la familia es indudablemente dañoso".

Wallin J (1974) El niño mentalmente deficiente. Incluido en Wallin J y otros, El niño deficiente. Buenos Aires: Paidós, pág. 59.

Definición.- Trastorno funcional permanente (incluso en repetición de fonemas aislados) de la emisión de un fonema sin que exista causa sensorial ni motriz a dicho fenómeno, en un sujeto mayor de 4 años (antes es normal que el niño tenga dificultades con los fonemas más complejos).

Monfort Marc y Juárez Sánchez Adoración, "El niño que habla", Ed. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, Madrid, 1993. p. 73.

DISLEXIA

Definición.- Imposibilidad repentina de continuar la lectura; síntoma grave de enfermedad nerviosa. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Trastorno de la lectura asociado a un deterioro en la habilidad para interpretar relaciones especiales o para integrar información auditiva y visual.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definición.- Situación en la cual el niño es incapaz de leer con la misma facilidad con que leen sus iguales, a pesar de poseer una inteligencia normal, salud y órganos sensoriales intactos, libertad emocional, motivación e incentivos normales, e instrucción adecuada.

Condemarín Mabel y Blomquist Marlys, "La dislexia. Manual de lectura correctiva", Ed. Universitaria SA, Chile, 1970, p. 22.

Neurológicamente, dislexia significa perturbación de la lectura por lesión cerebral (a diferencia de la alexia, donde en vez de perturbación hay supresión de la lectura).

Condemarín Mabel y Blomquist Marlys, "La dislexia. Manual de lectura correctiva", Ed. Universitaria SA, Chile, 1970, p. 32.

Clasificación.- La lectura de palabras exige múltiples procesos cognitivos susceptibles de lesionarse, y dando lugar a distintos tipos de dislexias.

1) *Dislexias periféricas.-* Hay varios tipos. Si está afectado el primer proceso cognitivo (percepción como análisis visual), tenemos un tipo de dislexia llamado *ceguera verbal*, pero es infrecuente. Si está afectada el proceso cognitivo atencional, se produce la *dislexia por negligencia* (los pacientes negligen parte de la palabra: omiten una parte), y también la *dislexia atencional* (identifican bien las palabras pero tienen problemas para leer frases o textos). Ya de tipo perceptivo y/o lingüístico es la *dislexia visual* (por ej. leen 'casa' donde dice 'cara').

El primer tipo de dislexia debido a problemas lingüísticos es la dislexia llamada *alexia pura* (identifican bien las letras individuales, pero no las palabras completas; para poder leer una palabra deben nombrar, generalmente en voz alta, las letras que la componen; pueden leer bien cualquier palabra si les dan tiempo suficiente).

2) *Dislexias centrales.-* Se llaman así las que resultan de problemas en los procesos de reconocimiento de las palabras. Hay dos rutas para este reconocimiento: la fonológica y la léxica. Si falla la ruta fonológica aparece la *dislexia fonológica*, donde el paciente utiliza entonces la ruta léxica: esta sólo le permite reconocer las palabras familiares, pero tiene dificultad con las raras o las pseudopalabras, y tienen errores derivativos (como leer 'apareció' como 'aparición').

Si lo que no funciona es la ruta léxica, el paciente sólo puede usar la fonológica. Es la *dislexia superficial*, donde puede leer las palabras regulares pero tiene problemas con las irregulares, ya que estas solo se pueden leer cuando se consulta su pronunciación en el léxico. También tienen problemas para comprender los homófonos (no distingue "hola" o "ola" porque suenan igual). Tienen errores para regularizar palabras irregulares. Hacen omisiones, adiciones, sustituciones de letras que convierten palabras en pseudopalabras. Se pueden distinguir tres tipos de dislexia superficial: la dislexia superficial de input, la dislexia superficial central y la dislexia superficial de output, según que el componente dañado sea respectivamente el léxico visual, el sistema semántico o el sistema fonológico. Si lo que falla es la conexión entre el sistema léxico visual y el semántico, se da la *ceguera para el significado de las palabras* (no comprende las palabras escritas, buena ejecución en decisión léxica, buena comprensión oral), mientras que si la lesión alcanza simultáneamente la conexión del léxico visual con el sistema semántico, y a la ruta fonológica, los pacientes solo podrán leer con la ruta directa y esto se llama *dislexia de acceso semántico* (incapacidad para comprender las palabras escritas, buena lectura en voz alta incluso de palabras irregulares, baja ejecución en decisión léxica visual).

Si la lesión daña totalmente la ruta fonológica y parcialmente la léxica, el trastorno es *dislexia profunda* (peor lectura de las palabras abstractas que de las concretas, peor lectura de las palabras funcionales que de las de contenido, mejor lectura de los sustantivos que de los adjetivos y estos mejor que los verbos, incapacidad para leer pseudopalabras, errores semánticos, visuales y derivativos, sustitución de palabras funcionales).

Cuetos Vega F, *Evaluación y rehabilitación de las afasias. Aproximación cognitiva*. Editorial Médica Panamericana. El material es una síntesis del punto 3.4

Dislexia específica.- Sinónimo: Dislexia de evolución. Conjunto de síntomas reveladores de una disfunción parietal o parietal occipital generalmente hereditaria, o a veces adquirida, que afecta el aprendizaje de la lectura en un continuo que va de leve a severo. La dislexia se acompaña con suma frecuencia de trastornos en el aprendizaje de la escritura, ortografía, gramática y composición. En una mayor proporción, la dislexia específica afecta a los varones.

Condemarín Mabel y Blomquist Marlys, "La dislexia. Manual de lectura correctiva", Ed. Universitaria SA, Chile, 1970, p. 22.

DISLOGIA

Definición.- Alteración del lenguaje causada por alteraciones mentales. Hay seis formas: agramatología, alogia, bradilogia, catalogia (=verbigeración), palalogia y polilogia. Distinto de *disartria*, debida a lesiones locales en el sistema nervioso.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DISMEGALOPSIA

Definición.- Distorsión perceptiva visual que consiste en que los objetos se perciben más grandes o más pequeños de lo que en realidad son.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 227.

DISMNESIA

Definición.- Alteración en la calidad del recuerdo: se aprecian alucinaciones y fenómenos de deja vu o 'ya vivido'. En el síndrome de Korsakoff el circuito de Papez se interrumpe bilateralmente, aparecen 'lagunas' que se busca llenar con fabulaciones, pero como al mismo tiempo falla la fijación, el sujeto tampoco puede fijar su propia fabulación, inventando cada vez algo nuevo.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Definición.- Alteración cuantitativa de la memoria consistente en una "disminución característica de la memoria; es una falla evocativa; las vivencias se evocan en forma caprichosa y alternante" (Betta, 1984:162).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

DISMORFIA

Definición.- "Alteración significativa en la percepción del propio cuerpo o en partes del mismo. Se denomina también dismorfofobia. Se da típicamente en la anorexia nerviosa, en la que se produce una percepción crítica y distorsionada respecto a la forma o el tamaño del cuerpo (los enfermos se ven <<gordos>> incluso con un peso muy inferior al normal). Constituye el síntoma principal del trastorno dismórfico corporal".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

DISMORFOPSIA

Definición.- Distorsión perceptiva visual que consiste en que los objetos se perciben con una forma diferente a la que tienen en realidad.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 227.

DISOCIACIÓN

Curso de la disociación.- Objetivo: No se han efectuado estudios previos en la población general sobre la estabilidad de los síntomas disociativos. El objetivo del presente estudio es examinar el curso y los cambios de los síntomas y factores disociativos relacionados con dichos cambios durante un seguimiento de 3 años de una muestra de la población general finlandesa.

Método: La muestra de la población general incluyó una cohorte de 1.497 individuos. Los síntomas disociativos se evaluaron con la escala de experiencias disociativas (Dissociative Experiences Scale [DES]) y la categoría taxonómica DES-taxón (DES-t). Los síntomas depresivos y la ideación suicida se evaluaron con el cuestionario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory [BDI]). La muestra se clasificó en disociadores bajos con puntuaciones obtenidas en la escala DES < 20 y disociadores altos con puntuaciones ≥ 20.

Resultados: En el periodo basal, 98 individuos eran disociadores altos. En el seguimiento, 28 de ellos seguían siendo disociadores altos, mientras que, entre 70 individuos, la puntuación DES disminuyó por debajo del punto de corte. Durante el periodo de seguimiento, 28 de 1.399 individuos llegaron a ser nuevos disociadores altos, y los disociadores constantemente bajos fueron 1.371 de 1.399 individuos. Los pertenecientes a la categoría taxonómica disociativa se detectaron en 39 individuos en el periodo basal o en el seguimiento, pero sólo 4 de ellos cumplieron los criterios en ambas evaluaciones. La disociación alta estable se asoció con un aumento de la puntuación obtenida en el BDI en el seguimiento, ideación suicida en el periodo basal, y una disminución de la capacidad para trabajar. Entre los disociadores altos en el periodo basal, el restablecimiento de la disociación alta se asoció con una disminución de la puntuación

BDI en el seguimiento y con la ausencia de pensamientos suicidas, una edad más avanzada y una capacidad satisfactoria de trabajar en el periodo basal.

Conclusiones: Sólo se identificaron niveles constantemente altos de síntomas disociativos en una proporción reducida de la población general. La estabilidad en la categoría taxonómica disociativa fue más débil que la de las variables continuas de disociación. Las experiencias disociativas tuvieron tendencia a cambiar, y estos cambios se asociaron con variaciones en la puntuación obtenida en el BDI. Se requieren estudios adicionales que revelen los factores relacionados con los cambios de los síntomas disociativos.

Päivi Maaranen; Antti Tanskanen; Jukka Hintikka...(et.al) Curso de la disociación en la población general: estudio de seguimiento de 3 años de duración. *PSIQUIATRIA BIOLÓGICA*. 2009 JUL; 16(2):47-53.

DISPAREUNIA

Definición.- "Disfunción sexual distinguida por un dolor genital recurrente o persistente que se produce antes, durante o después del coito. Corresponde descartar etiologías orgánicas (endometriosis, vaginitis y otros trastornos pelvianos). El dolor pelviano crónico es un síntoma frecuente en las mujeres con antecedente de violación o abuso sexual infantil. Otras causas corresponden a factores educativos de relación o psicopatologías (ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad). Junto con el vaginismo, se considera que afecta a un 8 % de las mujeres. Descartadas las causas orgánicas, el tratamiento es fundamentalmente psicológico, con ejercicios del músculo pubococcígeo y desensibilización sistemática. El pronóstico es excelente. La dispareunia es infrecuente en hombres y se suele vincular generalmente a una causa orgánica".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

DISTIMIA

Generalidades.- El término "distimia" fue empleado inicialmente por Kalhbaum para referirse a las alteraciones de las emociones, hablándose desde entonces de distimias miedosa, ansiosa, irritable, etc. En la actualidad se suele utilizar para definir un diagnóstico, que sustituye al clásico de "depresión neurótica". De este modo, la distimia comenzó su andadura a partir de la tercera edición del DSM (1980), y su aparición se conecta con la intención de pasar de un término que enfatizara los aspectos descriptivos sin referirse a los etiológicos. Las depresiones a las que hacemos referencia presentan la característica de una alteración del humor de carácter crónico, no hallándose en su transcurso síntomas psicóticos y mostrando, a menudo, un cortejo sintomático neurótico. Nuestra pretensión en esta comunicación consiste en analizar psicodinámicamente a estos pacientes a quienes hemos sometido a tratamiento psicoterapéutico (de corte analítico). Con esta finalidad, hemos tomado una muestra abundante de ellos en los que se descubrió la presencia de un "duelo no vivenciado" que condicionaba la alteración anímica. El análisis efectuado nos mostró: a) que no todo duelo es consciente, como suele creerse (una pérdida real por muerte o separación) y b) existen duelos inconscientes (los "otros duelos"), como los aquí estudiados, en los que la pérdida no es reconocida por la persona implicada (tampoco por el psiquiatra) y que se refieren a una desinserción afectiva del "objeto", fenómeno que sólo se hace consciente a lo largo del tratamiento. En nuestro desarrollo, nos dedicamos ampliamente a detallar los pormenores de esa "desinserción", que tiene que ver con los "fundamentos inconscientes de la distimia".

García Arroyo J y otros, Los "otros duelos" o los fundamentos inconscientes de la distimia. *INTERPSIQUIS*. 2007.

Distimia y personalidad depresiva.- "Antecedentes. La personalidad depresiva (DP) está siendo evaluada para su futura inclusión en el DSM. Otro trastorno de especial interés ha sido la distimia (DD).

Métodos. La superposición del síntoma y el síndrome de DP y DD fueron probados en una muestra clínica (N = 25), utilizando tanto los auto-reportes como las clasificaciones clínicas.

Resultados. Los análisis de factor confirmatorio del DP y los síntomas DD indicaron que los modelos, los cuales separan a estos dos síndromes, tuvieron un ajuste mejor que un modelo en el cual todos los síntomas fueron clasificados juntos, particularmente para los datos clínicos valorados. Al mismo tiempo, los síndromes fueron altamente correlacionados. El análisis de diagnóstico binario demostró que más del 80% de los individuos que cumplían con los criterios para el DP también cumplían los criterios para la DD. Según lo predicho, el mejor ajuste fue obtenido cuando los síntomas psicológicos de DD -autoestima baja y sentimientos de desesperación- fueron permitidos como parte de ambos síndromes, y el 82% de los pacientes que cumplían con los criterios para el DP y la DD apoyaban estos dos síntomas.

Limitaciones. Se utilizaron clasificaciones clínicas en lugar de entrevistas de diagnóstico estructuradas. También, algunos modelos requirieron una modificación para mejorar el ajuste.

Conclusiones. Los rasgos depresivos de personalidad pueden ser empíricamente separados de los síntomas de DD, pero el incluir el DP como diagnóstico categórico conducirá a un alto grado de la superposición del diagnóstico. Mucha de esta solapación es debida al compartimiento de características psicológicas en común. Las revisiones en el sistema de diagnóstico deben encontrar una manera de

incorporar los rasgos de personalidad depresivos sin insistir en que sean diagnosticadas de una manera categórica”.

Andrew G. Ryder, Deborah R. Schuller and R. Michael Bagby, Personalidad depresiva y distimia: Evaluando la superposición entre el síntoma y el trastorno. J AFFECT DISORD. 2006 ABR; 91(2).

DISTONÍA

Distonía psicógena.- Objetivos: Las distonías pertenecen a un grupo de patologías que se clasifican dentro de los trastornos del movimiento. Se pueden agrupar de diversas maneras, que exponemos en función de su localización o de su etiología. La distonía psicógena es un diagnóstico de exclusión, que está infradiagnosticado en ocasiones, dada la dificultad añadida para filiar correctamente el cuadro. Se propone una revisión sobre su manejo en la práctica clínica actual, en relación a sus síntomas, dificultades diagnósticas, pronóstico y tratamiento.

Desarrollo: La inconsistencia de los síntomas y la incongruencia con el cuadro clásico, así como la pobre respuesta terapéutica a los tratamientos habituales, lleva a plantearse este diagnóstico. Su comorbilidad psiquiátrica con trastornos de ansiedad, depresión, somatizaciones, sintomatología conversiva o rasgos personalidad previa, apoyaría este cuadro; pero el que no aparezca patología psiquiátrica no invalidaría el diagnóstico. Las características psiquiátricas son en ocasiones vistas sobre la base de trastornos del movimiento de origen neurológico. Síntomas de depresión o ansiedad se relacionan con un pronóstico favorable, mientras que la cronificación, el inicio insidioso, el diagnóstico de hipocondriasis, trastorno facticio o simulación están asociados a un pronóstico sombrío. Se recomienda un abordaje terapéutico combinado farmacológico-psicoterapia. Recientes estudios con antidepresivos han dado resultados alentadores.

Conclusiones: Es fundamental la realización de un diagnóstico diferencial adecuado que permita abordar el trastorno correctamente para evitar iatrogenia o realización de pruebas invasivas innecesarias.

González Bardanca, M. S.; Ávila González, M. J. ; Fontela Vivanco, E. ; Amboage Paz, M. T. ; Díaz Allegue, M., Distonía psicógena: un diagnóstico complejo. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2007;23(6).

DISTRÉS

Generalidades.- “El *distrés* es la consecuencia a situaciones y experiencias desagradables y negativas para el bienestar psicofísico. Se produce cuando las demandas del entorno psicosocial son excesivas, intensas y prolongadas”. Puede definirse como “la respuesta patológica tanto fisiológica como psicológicamente frente a la exposición de un sujeto en forma recurrente a estímulos que sobrepasan su capacidad de respuesta”.

Específicamente, el *distrés laboral* sería “la consecuencia de la exposición del trabajador a exigencias desmedidas, a exigencias que no respetan límites de tiempo ni de espacio, donde el trabajo produce una ruptura del límite entre la organización y la vida privada del sujeto, por ejemplo teléfonos celulares encendidos los fines de semana o durante las vacaciones o un uso abusivo del correo electrónico”

Barimboim D y Ferrari R (2003) Del estrés necesario al distrés laboral. Publicación interna de la Cátedra de Psicología de los vínculos laborales, Buenos Aires, Universidad Argentina de la Empresa.

Distrés en estudiantes universitarios.- El distrés psicológico entre estudiantes universitarios representa una seria preocupación de la salud. El objetivo de este estudio fue investigar, por vez primera, si las interacciones entre la reflexión y las diferentes medidas de estrés pudiesen diferencialmente predecir los componentes del distrés psicológico, dentro de un marco de diátesis-estrés. Este estudio de auto-reporte empleó un diseño longitudinal, que comprendió un período de 6 meses. Participaron 161 estudiantes universitarios que completaron medidas seleccionadas de distrés, reflexión, y estrés psicológico en dos ocasiones en un lapso de diferencia de 6 meses. Se examinaron ambos efectos de independencia e interacción con análisis de regresión jerárquicos. Se encontró que el pensamiento (reflexión) y el estrés interactúan significativamente para predecir los componentes de la disfunción social del distrés psicológico. También se reportan otros efectos principales. La evidencia soportó el modelo propuesto de diátesis-estrés e incrementó la investigación anterior a través de la relación del pensamiento con diferentes componentes del distrés psicológico prospectivamente.

Rebecca Morrison, Rory C. O'Connor, Predicción del distrés psicológico en estudiantes universitarios: El papel de la reflexión y el estrés. JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY. 2005 ABR; 64(1).

DOBLE

Definición.- 1. (*Psicoanálisis*) Freud da por base dos causas. El doble representa el mismo Yo, que en esta otra existencia debe protegerlo contra la muerte. En este caso el doble significa una “negación enérgica del poder de la muerte”. El segundo motivo de la formación del doble es la instancia crítica y la autoobservación que cargan el doble con el desprecio del mismo Yo. Los deseos no satisfechos reciben a veces por el doble de la persona su satisfacción. 2. Se habla de *Doppelgänger* (Al.) cuando una

personalidad está dividida en dos partes, sin llegar a la esquizofrenia. El Yo normal habla de su "otro Yo" como de una persona completamente ajena, que no solamente tiene su otra aparición física, sino sus propios recuerdos. El problema de doble lo elaboró Dessoir en sus *Das Doppel Ich* y Rank en *Der Doppelgänger*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DOLOR

Prevalencia de dolor inexplicado en pacientes con depresión.- Introducción: la combinación entre los síntomas emocionales y somáticos, como el dolor, de la depresión puede tener un enorme impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes pero hay pocos datos que sensibilicen a los psiquiatras para abordar el dolor como parte del tratamiento antidepressivo.

Objetivos: conocer la prevalencia del dolor de etiología desconocida o de etiología conocida pero de intensidad desproporcionada, en el conjunto de pacientes con depresión atendidos en el ámbito de la psiquiatría, y evaluar posibles diferencias en subgrupos.

Metodología: se estudiaron 3566 pacientes mayores de 18 años que acuden por primera vez a la consulta del especialista y en los que se confirmó el diagnóstico de depresión según criterios del DSM-IV. Se evaluó la intensidad de depresión mediante la escala HAM-D y se recogió el tipo de dolor, si lo padecía, valorando la intensidad mediante el empleo de Escalas Analógicas Visuales (EVA's).

Se preguntó sobre la interferencia del dolor con la cantidad y calidad del sueño y se registraron los tratamientos farmacológicos, analgésicos y psicofármacos.

Resultados: la edad media fue de 49,43 años y la distribución por sexos fue de 71% varones y 29% mujeres. La prevalencia de dolor en pacientes con depresión fue de 59,1%, mostrando un aumento significativo en relación con la edad y el sexo femenino (63% vs 47%), mostrando diferencias significativas la intensidad de la depresión según la localización del dolor en el caso del dolor de las articulaciones.

Conclusiones: esta elevada prevalencia de dolor en pacientes con depresión pone de manifiesto la importancia de indagar sobre los síntomas dolorosos en los pacientes con depresión y abordar el tratamiento de una manera global.

L. Agüera Ortiz; J. Cervilla, Prevalencia de dolor inexplicado en pacientes con depresión. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2008 NOV.

DROGADICCIÓN

Tratamiento: sus fundamentos psicológicos.- Existe un amplio soporte científico que avala la eficacia de las técnicas psicológicas en el tratamiento de la drogadicción. Dicha eficacia se fundamenta en la evidencia empírica que ha demostrado que las conductas de uso y abuso de drogas son conductas operantes y que las contingencias juegan un papel determinante en la explicación de las mismas. La terapia de conducta cuenta con tratamientos empíricamente validados que se consideran estrategias esenciales para el tratamiento efectivo de la drogadicción. Las técnicas operantes (manejo de contingencias), de condicionamiento clásico (exposición), las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades) y las distintas combinaciones entre ellas se muestran como los componentes críticos de estos programas. No obstante, a pesar de esta relativa eficacia, las tasas de recaídas a largo plazo (más de un año de seguimiento) siguen siendo altas en todos los tipos de conductas adictivas. Por tanto, las futuras líneas de investigación han de ir dirigidas a resolver algunas deficiencias que mejoren los resultados a largo plazo de estos programas.

Roberto Secades-Villa, Olaya García-Rodríguez, José Ramón Fernández-Hermida y José Luis Carballo, Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. PAPELES DEL PSICÓLOGO. 2007 ENE; 28(1).

Drogadicción y familia.- "El alcohol y el abuso de drogas han mostrado una fuerte transmisión familiar. Los autores del presente trabajo se han propuesto estudiar la relación del alcoholismo y/o la drogadicción de los padres sobre la personalidad de los hijos en una muestra basada en la población de hermanos gemelos de 17 años (568 mujeres y 479 varones) pertenecientes al estado de Minnesota. Con esta finalidad la personalidad fue evaluada con el cuestionario de personalidad multidimensional; el uso de sustancias fue determinado en persona por medio de entrevistas diagnósticas. Los resultados mostraron tanto en los hijos varones como mujeres, con historia parental de dependencia alcohólica, la presencia de emocionalidad negativa, agresión, reacción de stress, y alineación con mayor frecuencia y menor bienestar. En el caso de historia parental de drogadicción, se encontró que los hijos tenían una menor restricción/coerción, control, evitación del daño y tradicionalismo pero una mayor potencia social. La exclusión del análisis de los hijos con abuso de sustancias no afectó la significación estadística de los resultados. En conclusión, por el contrario a los hallazgos en algunas muestras adultas, las características de personalidad asociadas con la historia familiar de abuso de sustancias se encuentran aun en los hijos adolescentes que todavía no han desarrollado estas alteraciones en sí mismos, lo cual sugiere que la personalidad podría ser un indicador de riesgo familiar de abuso de sustancias durante este estadio del

desarrollo. Los perfiles de personalidad de los hijos de padres con alteraciones o desórdenes por abuso de sustancias también muestran algunos diagnósticos específicos, con personalidad asociada con restricción/coerción en el caso de drogadicción parental, y con una personalidad emocionalmente negativa en el caso de alcoholismo parental”.

IJ, Elkins y cols. El efecto del alcoholismo y/o drogadicción de los padres sobre la personalidad de los adolescentes. Am J Psychiatry 161:670-676. Abril de 2004.

Drogadicción y familia.- “Los niños hijos de padres con problemas de drogodependencia poseen un aumento del riesgo de psicopatologías, que incluyen desórdenes de conducta, desorden de hiperactividad y déficit de atención (ADHD), depresión mayor y desórdenes de ansiedad. El presente estudio examinó la influencia del desorden por uso de sustancias por los padres y otras patologías en la transmisión del riesgo de psicopatologías en sus hijos. Para ello, los autores estudiaron 1.167 niños con edades de 6 a 14 años, 62 % varones y 38 % mujeres, de 613 familias reclutadas de acuerdo con un paradigma de alto riesgo. De estas familias, 194 tuvieron padres con un desorden por uso de sustancias (grupo de alto riesgo), y 319 tuvieron padres sin este tipo de alteración u otra alteración mental (grupo de bajo riesgo). En todas las familias, los padres, las madres y sus hijos fueron evaluados en forma directa. Los datos fueron analizados empleando análisis de regresión controlados. Los resultados mostraron para las alteraciones de conducta, ADHD, depresión mayor y ansiedad que el predictor predominante de alteraciones mentales específicas en los hijos fue la historia clínica de los desórdenes predominantes en ambos padres. Estos resultados apoyan la hipótesis de transmisión específica de padres a hijos de psicopatología de la niñez”.

DB. Clark y cols, Riesgo de transmisión de psicopatología de padres con desórdenes por uso de sustancias. Am J. Psychiatry 161:685-691. Abril de 2004.

Ley de estupefacientes (Nº 23.737 de 1990).- Hasta 1989, existía una ley de drogas que no penaba la tenencia para uso personal, invocándose para ello los derechos individuales constitucionales. Con la nueva ley 23.737 sí se la pena, invocándose que afecta el derecho de terceros. Se legisla esta ley no por una cuestión de Salud Pública, sino para control social. Como antecedentes, están la ley del opio en EEUU. De ahí en más se asociaron ciertas drogas con grupos étnicos: la cocaína con los negros, la marihuana con mejicanos, y la heroína con los portorriqueños. En América Latina (salvo en Uruguay) la ley de drogas es muy dura, lo que hace subir el precio de la misma.

Veamos algunos artículos de la ley 23.737:

Art 14) Se prohíbe la tenencia para uso personal. Se refiere a las drogas ilegales (inhalar pegamento no es delito).

Art 15) El coqueo no está prohibido en toda la Argentina (pues no se puede permitirlo solamente en el NO argentino, donde es cultural).

Art 16) Si el ladrón es drogadependiente, el juez impone una medida de seguridad "curativa" compulsiva (obligatoria), mediante la cual se lo busca desintoxicar. Como toda medida de seguridad, tiene un lapso mínimo pero no máximo, dependiendo su terminación del juez.

Art 17) Se puede suspender la aplicación de la pena si hace el tratamiento curativo. Si este da resultado, no se aplica la pena. Si a los dos años no se recuperó por su falta de colaboración, se le aplica la pena pero continúa el tratamiento.

Para algunos, la drogadicción es un síntoma, para otros una enfermedad.

Art 18) Antes de la condena, durante la instrucción del sumario, se puede suspender este para aplicar el tratamiento, pero con el consentimiento del acusado. Si el tratamiento resultare satisfactorio, hay un sobreseimiento definitivo. Si a los dos años no hay resultados buenos, se reanuda el sumario.

Debe diferenciarse entre el delincuente que se droga, y el drogadicto que se hace delincuente.

Art 21) Habla de medidas de seguridad "educativas" para los que se drogan por primera vez. Nadie aplica algo tan ambiguo como lo "educativo". Si no colabora, hay pena.

Art 22) Una vez concluida satisfactoriamente la medida de seguridad, si pasaron tres años y el sujeto pudo reinsertarse socialmente, (para determinar esto la pericia es vinculante), se le sacan los antecedentes.

En suma, el sujeto está controlado socialmente como 5 años. Como no se los puede controlar mediante políticas de empleo, etc (la mayoría de los drogadictos están entre 16 y 21 años), se los controla con esta ley. Para esto desde ya, se requiere la complicidad de la ciencia, quien determinará si se recuperó o no.

Condensado de Álvarez C, Clases teóricas de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2º cuatrimestre de 1996.

Intervención psicológica.- Las preguntas del médico se encuadran en un contexto de búsqueda de la enfermedad, para terminar rotulando al paciente, pero la situación es distinta cuando se trata de una intervención psicológica, donde hay un sufrimiento individual o de grupo. Aquí todos los datos son potencialmente relevantes, y se trata de buscar no un mero diagnóstico sino de hacer una construcción (en el sentido de Freud) de hipótesis acerca de la historia de vida y de los vínculos interpersonales.

Las preguntas deben orientarse hacia los objetivos de una intervención psicológica que considere la conducta toxicómana como:

- a. la expresión de la búsqueda de un equilibrio interno de la personalidad individual.
- b. la expresión de la búsqueda de un equilibrio interpersonal: a nivel familiar o de los pequeños grupos de los cuales el toxicómano forma parte.
- c. la expresión de la búsqueda de un equilibrio entre el sujeto, su familia y los agentes sociales (instituciones diversas, pedagógicas o de rehabilitación, etc.) a los que se confía el pedido de ayuda para el toxicómano.

A partir de allí, se procurará leer la situación en el interior de cierta óptica (historia individual, familiar, institucional), y a partir de allí elaborar una respuesta útil en el interior de esa óptica.

A continuación el autor presenta algunos casos, los cuales merecen los siguientes comentarios. Los casos planteados son útiles para proponer la necesidad de ir al encuentro del toxicómano o de quien se ocupa de él sin ninguna receta previa para la intervención. La fórmula organizativa debe elegirse dentro de un abanico de posibilidades y la terapia debe llevarse adelante, en su interior, teniendo en cuenta las características únicas e irrepetibles de cada caso.

Resumen de Cancrini Luigi (1991) Los temerarios en las máquinas voladoras: estudio sobre las terapias de los toxicómanos. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 7: Hipótesis interpersonal y organización de un servicio. Análisis de una experiencia italiana.

Drogadependencia y esquizofrenia.- Introducción. Gran parte de la investigación actual en el campo de la esquizofrenia se ha dirigido a comprender sus mecanismos etiológicos y a la detección de marcadores de vulnerabilidad en personas con riesgo de padecer el trastorno. Esta vulnerabilidad, denominada esquizotipia, puede identificarse en personas que no estén clínicamente afectadas.

Objetivo. Comprobar si el trastorno esquizotípico de la personalidad como marcador de vulnerabilidad de los trastornos del espectro esquizofrénico predice la presencia de síntomas psicopatológicos y el consumo de alcohol y drogas.

Sujetos y métodos. De una población de 442 estudiantes universitarios a los que se aplicó el cuestionario de personalidad esquizotípica, se seleccionó una muestra que incluyó el 20% superior e inferior de las puntuaciones en los factores que corresponden a síntomas positivos (cognitivo-perceptual), síntomas negativos (interpersonal) y trastorno del pensamiento (desorganizado) característicos de la esquizofrenia. Además, se evaluó la presencia de problemas y síntomas psicopatológicos y la información sobre consumo de alcohol y drogas como una estrategia de afrontamiento pasiva ante el estrés.

Resultados. Los sujetos altos en trastorno esquizotípico de la personalidad, comparados con los bajos, muestran significativamente mayor presencia de problemas y síntomas psicopatológicos y mayor consumo de alcohol y drogas, principalmente en los síntomas asociados al trastorno del pensamiento y a los síntomas negativos, como el retraimiento y el aplanamiento emocional.

Conclusiones. El trastorno esquizotípico de personalidad, con el apoyo de su consideración como vulnerabilidad, parece ir acompañado de un mayor volumen de síntomas, tanto somáticos como psicopatológicos, y por un mayor consumo de alcohol y drogas.

A. Fumero; C. Santamaría; G. Navarrete. Predisposición al consumo de alcohol y drogas en personas vulnerables a la esquizofrenia. REVISTA DE NEUROLOGÍA. 2009 JUL; 49 (1):8-12.

ECO

Definición.- Eco o sonorización del pensamiento es un trastorno del pensamiento, un anormal fenómeno perceptivo del mismo. Sensación de oír sus propios pensamientos (Betta, 1984:88).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

ECOACUSIA

Definición.- Perturbación de la sensibilidad auditiva que consiste en percibir dos sonidos seguidos cuando en realidad no hay más que uno.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ECOCINESIA

Definición.- 1. Tendencia patológica a imitar inconcientemente los movimientos de las demás personas. 2. (*Psicoanálisis*) Algunos tics se basan también en la ecocinesia. Según Ferenczi, se debe a una tentativa vaga de recuperar el Yo ideal perdido.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ECOLALIA

Definición.- Repetición relativamente automática de determinadas palabras o frases, con frecuencia de las que han sido dirigidas al enfermo. Constituye una característica especial en los estados catatónicos.

Sin.: *ecofrasia*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ECONIMIA

Definición.- "Copia automática e inconciente de los gestos faciales de otra persona que aparece en la esquizofrenia".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

ENCOPRESIS

Tratamiento.- White (1986:55) describe algunos procedimientos conductistas para tratar la encopresis. Señala que dichos procedimientos, basados en principios condicionantes operativos, generalmente requieren que los padres provean refuerzo inmediato frente a ciertos comportamientos. La "mayor dificultad que se enfrenta con esta maniobra está en la falta de acatamiento por parte del niño y/o en la falta de cooperación de los padres" (White, 1986:55).

White M, Pseudoencopresis: desde la avalancha hasta la victoria, desde el ciclo vicioso hasta el círculo virtuoso. Buenos Aires: Revista Sistemas familiares. Abril 1986, páginas 55-65.

ENFERMEDAD

Clasificación.- "La Psicopatología y la Clínica Psiquiátrica plantean el problema del doble aspecto de la unidad psicofísica que constituye la personalidad humana. En general se consideran: 1) Enfermedades somáticas: cuya etiología y evolución se hacen en el terreno somático y cuya sintomatología objetiva y subjetiva es física; orgánicas y funcionales. 2) Enfermedades psíquicas: La etiología y la evolución también son somáticas, pero la sintomatología, objetiva y subjetiva, es psíquica; orgánicas y funcionales. La clasificación es solo aceptable en cuanto a la sintomatología, por ser el somatismo el carácter dominante y común de todas ellas. Según la sintomatología, la clasificación también es incierta: equivalentes psíquicos y somáticos respectivamente. En ambos casos la afectividad, mediante las descargas emocionales, es el mecanismo productor" (Betta, 1984:25).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Evolución.- La enfermedad tiene TRES PERIODOS: un periodo de comienzo, un periodo de estado y un periodo terminal. En la esquizofrenia estos tres periodos están bien diferenciados. El periodo de estado es importante porque es lo que da el diagnóstico, es lo PATOGNOMONICO, que es lo típico de una enfermedad, como el trastorno del curso del pensamiento en la esquizofrenia o el delirio sistematizado en la paranoia (las alucinaciones no, pues pueden estar en otras enfermedades).

Condensado de López Susana y Hemmingsen Isabela, Trastornos de la percepción y el pensamiento. Clases de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Setiembre/Octubre 1995.

Concepciones.- Hacia los años '70 se empieza a poner en evidencia el paradigma biológico individual de la enfermedad a partir de ciertos hechos básicos, que son tres:

1) Empieza a verse el carácter de clase que tiene la enfermedad: o sea, las únicas causas de enfermedad no son biológicas.

2) A pesar de los avances tecnológicos, la medicina no puede resolver problemas de salud colectiva, aunque pueda resolver los casos de enfermedad individual.

3) El desarrollo económico no va acompañado necesariamente por la desaparición de ciertas enfermedades, sino que mas bien tiende a redistribuirla y provocar nuevas patologías.

La salud-enfermedad debe ser considerada no como problema individual sino de la colectividad. Tal lo que sostiene la epidemiología, sólo que la mayoría de los epidemiólogos ven en la salud colectiva una simple suma de fenómenos individuales, con lo cual pierden de vista el problema de salud comunitaria, reduciéndola a la individual, o sea, la que sostiene una causalidad biológica.

Debemos entonces considerar la enfermedad como un hecho social, y pensar que el concepto de salud-enfermedad colectiva no puede reducirse al fenómeno biológico individual.

Enfermedad biológica individual y salud-enfermedad.- Considerar la enfermedad como un proceso puramente biológico implica no tomar en cuenta su carácter histórico y social. El fenómeno de la salud-enfermedad debe ser estudiado, por lo tanto, en diferentes niveles, cada uno con su propia especificidad y forma de teorización. Estos niveles son tres:

1) La enfermedad como proceso biológico del individuo: El bacilo de Koch produce la tuberculosis, pero esto no explica porqué algunos grupos tienen el bacilo pero no enferman.

2) La enfermedad como producto de la interacción entre tres factores biológicos, que son el huésped, el agente y el ambiente: aquí hay una causalidad más compleja que da cuenta de porqué unos enferman y otros no, ya que enfermar no depende sólo que el huésped tome contacto con el agente sino también de las condiciones ambientales que hacen posible ese contacto, entre las que hasta a veces se incluyen condiciones sociales. No obstante, sigue considerando la enfermedad como fenómeno individual no social.

3) La enfermedad como fenómeno social y, por tanto, colectivo: Generalmente se reduce este problema al primer factor, o a lo sumo al segundo, es decir, se pretende reducir lo colectivo a un problema individual. Este tercer nivel incluye a los anteriores, reformulándolos, y no alude al hecho de que cierta situación socioeconómica determina tal o cual enfermedad, sino que indaga qué determinados procesos sociales causan varias enfermedades biológicamente distintas.

Hacia un modelo de causalidad social.- Hay correlaciones constatadas entre ciertas condiciones sociales e índices de morbi-mortalidad, pero faltan teorizaciones para explicarla. Hubo algunos intentos alrededor del concepto de estrés, pero refieren categorías muy relativas e inespecíficas como pobreza, cambio, etc. Otras explicaciones distinguen entre causas biológicas y estructurales, pero no son aún suficientes.

Lo que debe hacerse en primero, determinar qué tipo de fenómeno es la salud-enfermedad como hecho histórico y social, y segundo, formular leyes generales que relacionan la enfermedad con la estructura y los procesos sociales mediante el estudio de situaciones concretas.

La autora propone concretamente analizar el problema salud-enfermedad desde las categorías del materialismo histórico: el grado de desarrollo de las fuerzas productivas determina el grado de control que el hombre ejerce sobre la naturaleza y el alcance de su proceso de transformación.

Una aplicación concreta: el caso de México.- Al final, la autora cita una aplicación concreta con el ejemplo de México, de lo que concluye que no se puede ver la salud como efecto de la riqueza o la enfermedad como efecto de la pobreza, por ser estas categorías estáticas: el tipo de patología y su distribución en la población están determinados por las relaciones sociales de producción, la lucha política y el desarrollo de las fuerzas productivas y de las condiciones que resultan de estas, porque transforman y desencadenan los fenómenos biológicos.

Condensado de Laurell Cristina, Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. Ficha de la Cátedra de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

Generalidades.- La enfermedad de Huntington (EH) es una afección hereditaria que produce disfunción del núcleo estriado y sus conexiones, caracterizándose clínicamente por la triada de demencia de patrón subcortical sin afasia, movimientos anormales (coreicos) y síntomas psiquiátricos no cognitivos. Estos últimos presentan una prevalencia del 35-70% de los casos, siendo habitual su insuficiente exploración por parte de los clínicos. Asimismo, la bibliografía suele también concentrarse en los movimientos anormales, encontrándose escasamente reflejados los síntomas psiquiátricos no cognitivos: clínica ansiosa o depresiva, obsesivo-compulsiva, maniaca o delirante-alucinatoria (esquizofrenia-like). Los síntomas específicamente psiquiátricos son difíciles de diferenciar de los correspondientes trastornos psiquiátricos idiopáticos, y pueden, ocasionalmente, preceder al deterioro cognitivo y los movimientos anormales.

Presentamos un caso de EH con clínica esquizofrenia-like, discutiendo acerca de la importancia de la historia clínica y la anamnesis como pilar fundamental del diagnóstico, que se completa con el estudio genético (número de repeticiones del triplete de bases inestable CAG en el brazo corto del cromosoma 4, que suele correlacionar con el pronóstico). El paciente fue tratado con 20 mg/día de olanzapina, con buena respuesta de los síntomas psiquiátricos y mejoría parcial de los movimientos anormales.

Sánchez-Araña Moreno T y otros, Enfermedad de Huntington: síntomas psiquiátricos no cognitivos preexistentes a los movimientos anormales. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2006; 22(7).

ENFERMEDAD MENTAL

Evolución del concepto de enfermedad mental.- La explicación de las enfermedades mentales sigue una secuencia parecida a la siguiente: 1) Como castigo divino (concepción mágico-religiosa). 2) Como posesión diabólica (época de la inquisición). 3) Como enfermedad médica (Waldeyer, Vives, etc).

4) Como alteración de la estructura cerebral (Griensinger, Wernicke, Kleist, etc). 5) Como transmisión hereditaria en familias "degeneradas" (Morel-Magman). 6) Como resultado de conflictos psíquicos (psicoanálisis). 7) Como reacción de desadaptación social (Adolf Meyer). 8) Como trastorno de la comunicación familiar (Bateson, Sistémicos). 9) Como refugio ante la presión social (Laing, Cooper). 10) Como trastorno en el procesamiento de la información (cognitivos). 11) Como alteración de la bioquímica cerebral (aminas, etc). 12) Como alteración de las estructuras cerebrales (los trabajos con TAC, RNM, PET). 13) Como manifestación de una alteración genética (Maritán, 1991:214-215).

Marietan H, Sobre los conceptos de salud, enfermedad, normalidad y anormalidad. Buenos Aires: Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Año 2, Vol 1, nº 2, Abril 1991.

Niveles de gravedad.- Otto Kernberg divide las patologías mentales en tres niveles de gravedad, que desde el menos grave al más grave llama niveles superior, medio e inferior. Las diferencias entre los tres niveles tienen en cuenta varios aspectos. 1) Defensas: más elaboradas o en el nivel superior, como represión, racionalización, etc. En el nivel medio a las anteriores se agrega la formación reactiva para

controlar la agresión, y en el nivel inferior las defensas son muy primitivas. 2) Impulsos y ansiedades: genitales en el nivel superior, y mezclados con pregenitales en el nivel medio, dominantes en el nivel inferior. 3) Superyó: en el nivel superior está bien estructurado, aunque puede engendrar mucha culpa; en el nivel medio está parcialmente estructurado, y en el nivel inferior el deterioro produce ausencia de culpa, salvo en el borderline. 4) Relaciones objetales: estables en el nivel superior, inestables en el nivel medio e inferior. Ejemplos de patologías: en el nivel superior están las neurosis, en el nivel medio las personalidades narcisistas, sadomasoquistas y desviaciones sexuales estables (por ejemplo con pareja estable en homosexualidad), y en el nivel inferior la personalidad impulsiva infantil, el borderline y las psicosis.

Fernández Álvarez H (1998), Clases de Métodos y técnicas psicoterapéuticas. Cátedra de Métodos y técnicas psicoterapéuticas. Buenos Aires, Universidad de Belgrano.

Clasificación.- Excluyendo demencias y toxicomanías, existen tres grandes tipos de patología mental: las psicosis (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, psicosis exógenas), los trastornos no psicóticos (patologías sexuales, alimentarias, psicosomáticas), y los trastornos de personalidad (personalidad evitativa, dependiente, histriónica, narcisista, esquizoide, antisocial, limítrofe). Los dos primeros tipos de patología se expresan mediante síntomas, y el último bajo la forma de conflictos interpersonales. Respecto de la etiología, en las psicosis predomina el componente biológico, en los trastornos de la personalidad el componente psicosocial, y en los trastornos no psicóticos ambos tienen importancia.

Fuente: Apuntes de clase de la cátedra de Psicopatología del Dr. H. Gobbi. Facultad de Psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 2001.

Clasificación.- El siguiente cuadro sintetiza la clasificación de las alienaciones mentales según el Prof. Borda (Betta, 1984:267):

Alienación mental congénita	Debilidad mental Imbecilidad Idiocia		
Alienación mental adquirida	Disarmónicos (psicopatías de los degenerados hereditarios)	1) Excitación maníaca. 2) Depresión melancólica. 3) Delirios polimorfos (con alucinaciones). 4) Delirios sistematizados (sin alucinaciones). a) Delirio de interpretación de Serieux y Capgras (místico, celoso, persecutorio, erótico). b) Delirio de reivindicación. c) Delirio de perseguidos y perseguidores.	
		Normalmente constituidos	
	Normalmente constituidos	Psicopatía sin demencia: vesanías	Manía esencial. Melancolía esencial. Locuras periódicas (locura maníaco-depresiva de Kraepelin). Delirio sistematizado progresivo (tipo Magnan). Locuras: infecciosas, tóxicas, neuróticas, traumáticas
		Psicopatía con demencia	<i>Primitiva:</i> Demencias: precoz, paralítica (PGP), senil, coreica, orgánica (hemorragia, reblandecimiento, sífilis, tumores, traumatismos). <i>Secundarias:</i> Demencias: vesánica, terminales de algunas psicopatías de los degenerados, tóxicas, post-infecciosas, neuropática, epiléptica.

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Clasificación.- El Prof. Ameghino establece seis síndromes fundamentales en los que ubica a todos los enfermos mentales (Betta, 1984:269):

Síndromes funcionales (sin lesión anatomopatológica)	1) Manía 2) Melancolía 3) Delirios	
Síndromes orgánicos (con lesión anatomopatológica)	4) Confusión mental	
	5) Demencias	Primitivas: precoz, senil, paralítica, coreica, focales. Secundarias: vesánicas, posconfusionales.
	6) Frenastenia	

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Clasificación.- Los profesores Bosch y Ciampi establecen cinco grupos tomando como base el grado de autonomía psíquica (Betta, 1984:269):

Inestabilidad de la autonomía psíquica	Constituciones o personalidades premorbosas	Hipofrénica asténica (Bosch) Ciclotímica (hipertímica e hipotímica) Perversa Hiperemotiva Hipomaniaca Esquizofrénica Paranoica	
Debilitamiento de la autonomía psíquica	Neurosis	Psiquiasténica Neurasténica Histérica Emotiva (neurosis de angustia) Epiléptica Paralítica (período premonitorio Bosch) Esquizofrénica (período premonitorio Bosch)	
Pérdida completa de la autonomía psíquica, pero temporaria	Psicosis	Psiquiasténica Neurasténica Histérica Distímica (maníaco-depresiva) Epiléptica Esquizofrénica Paralítica (P.G.P.)	
		Por infección, intoxicación, traumatismo	Confusión mental Delirio agudo Delirio onírico (no alcohólico) Delirio alcohólico Delirio morfínico Delirio febril
Falta de desarrollo de la autonomía psíquica	Frenastenia	Por causa	Biopática Cerebropática Biocerebropática
		Tipo clínico	T. idiótico T. imbecílico T. débil mental o vesánico
		Disglandularismos	Mixedema, cretinismo Mogolismo Disgenitalismo
Pérdida definitiva de la autonomía psíquica	Demencias	Infantiles juveniles	Precocísima infantil Precoz o juvenil
		Preseniles	Enfermedad Alzheimer Enfermedad Pick
		Seniles	Senil Arteriosclerótica
		Por infección, intoxicación, traumatismo, afecciones cerebrales	Demencias: Paralítica Luética (no paralítica) Epiléptica Coreica Meningítica Alcohólica Traumática
	Delirios	Parafrenéticos Alucinatorio crónico sistematizado Paranoicos Paranoides	

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Clasificación.- Betta propone una clasificación de los enfermos mentales respetando, desglosando y recopilando conceptos de tres indiscutidos maestros argentinos, los profesores Borda, Ameghino y Bosch (Betta, 1984:272):

Alienados (juicio alterado)	Orgánicos	Juicio insuficiente (falta de desarrollo y de autonomía)	Síndrome oligofrénico o frenasténico	Idiotas Imbéciles Débiles mentales (en las formas

		psíquica)		leves existe autonomía psíquica)
		Juicio debilitado (pérdida autonomía psíquica)	Síndrome demencial	<i>Demencias primitivas:</i> Senil Arteriosclerótica Paralítica Coreica Preseniles (Alzheimer, Pick).
		Juicio suspendido (autonomía psíquica suspendida)	Síndrome confusional	<i>Demencias secundarias:</i> Alcohólica Post-confusional Post-traumática Epilepsia Vesánica (Estado final distímicos y delirantes)
		Juicio debilitado y disloque psíquico (pérdida de la autonomía psíquica)	Síndrome esquizofrénico	La autonomía psíquica al comienzo puede desaparecer temporariamente por las remisiones.
	Funcionales	Juicio desviado	Exaltación afectiva (falta temporaria de autonomía psíquica)	<i>Placentera:</i> Síndrome de excitación psicomotriz. <i>Displacentera:</i> Síndrome de depresión psicomotriz.
			Exaltación ideoaffectiva (falta temporaria o definitiva de autonomía psíquica)	Síndrome delirante: Delirios agudos o reactivos, y delirios crónicos.
No alienados (juicio sin desviación ni debilitación)	Debilitación temporaria autonomía psíquica (juicio de escasa firmeza)	Neurosis	Psicastenia Neurastenia Histeria Neurosis de angustia	
	Inestabilidad (periodos de descontrol del juicio)	Personalidades Psicopáticas	Paranoica Esquizofrénica Esquizotímica Perversa Mitomaníaca Hiperemotiva Hipofrénica asténica (Bosch)	

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Actitud de las personas hacia la enfermedad mental.- En varios estudios se ha señalado que las actitudes de estigmatización respecto a la enfermedad mental están muy difundidas en todas las comunidades del mundo. Sin embargo, no se ha determinado si a partir de los puntos de vista relativos a la etiología de los trastornos mentales es posible identificar a las personas con actitudes más negativas. A través de los datos obtenidos en un estudio de carácter comunitario realizado para conocer las actitudes frente a la enfermedad mental en Nigeria, hemos evaluado las relaciones existentes entre los puntos de vista relativos a las causas de estas enfermedades y las actitudes hacia ellas. Las personas que sostienen exclusivamente puntos de vista biopsicosociales con respecto al origen de la enfermedad mental no presentaron características diferentes -en cuanto a sus características sociodemográficas- de las que sostienen exclusivamente puntos de vista de carácter religioso-mágico, y ambos grupos no fueron muy diferentes cuando se comparó su conocimiento general acerca de la naturaleza de la enfermedad mental.

Sin embargo, los puntos de vista de carácter religioso-mágico se asociaron con mayor frecuencia a actitudes negativas y de estigmatización de los enfermos mentales. Los resultados obtenidos en este estudio demuestran las dificultades que conllevan el desarrollo y la aplicación de un programa educativo para modificar las actitudes sociales frente a la enfermedad mental.

Gureje O, Oladapo Olley B, Ephraim-Oluwanuga O, Kola L, ¿Influyen las creencias respecto a la etiología de la enfermedad mental en las actitudes personales frente a ella? WORLD PSYCHIATRY. 2006 SEP; 4(2).

Clasificación.- Kraft-Ebbing habló de un "estado neurótico basal" que abarca cuatro tipos de trastornos (Freud tomó mucha terminología de este autor):

- 1) Neurosis: afección nerviosa con manifestaciones somáticas (histeria, hipocondría, epilepsia, neurastenia).
- 2) Neuropsicosis: Trastornos psíquicos permanentes, donde influye mucho la predisposición.
- 3) Psicosis: Accidentes de agravamiento mental que irrumpen en los centros nerviosos superiores.
- 4) Psiconeurosis: Afecciones desencadenadas por causas ocasionales (similares al trauma). Ocurren en personas normales, o sea, el factor predisposición tiene menos incidencia.

Condensado de Grunfeld, Nosologías freudianas. Clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995-1996.

Clasificación.- Winnicott describe tres estructuras psicopatológicas:

1) *Disociación esquizoide*.- Al fallar el sostenimiento ambiental, el bebé queda expuesto a los ataques del medio y se ve obligado a reaccionar contra ellos. Se producen vivencias de aniquilamiento del self, que busca recuperarse mediante el aislamiento, lo que da origen a la disociación esquizoide. Así, el sujeto puede por ejemplo refugiarse en las fantasías, donde se siente protegido y a salvo. Se ve en la esquizofrenia y en los neuróticos.

2) *Falso self*.- Es una organización defensiva en la cual se asumen prematuramente las funciones de cuidado y protección maternas. El falso self permite al niño adaptarse a su ambiente y cuidar y proteger a su verdadero self, o sea aquel self que es la fuente de sus impulsos personales y su espontaneidad y creatividad. La patología aparece cuando el falso self impide totalmente al verdadero self manifestarse, quedando oculto e inmaduro y perdiendo la oportunidad de tener experiencias ricas, vivas y creativas. El verdadero self primitivo debe evolucionar hacia la adquisición de un mundo interno original y personal. El verdadero self puede quedar expuesto al desamparo y al abandono, y al ataque de experiencias frustrantes. La función del falso self es evitar esto, pero al mismo tiempo permitir que el verdadero self pueda manifestarse.

3) *Tendencia antisocial*.- Se origina en la etapa de la dependencia relativa: en la dependencia absoluta hay privación del objeto, mientras que en la dependencia relativa hay desposesión: el niño tuvo alguna vez el objeto y por una falla ambiental, le fue sustraído. Hay una falla de apoyo materno, lo que hace aparecer las angustias primitivas. El yo reacciona con defensas ante estas angustias, y pierde capacidad para establecer contacto afectivo con otras personas, adoptando una conducta antisocial. Los fallos más graves y los fracasos repetidos en la búsqueda de un ambiente continente, producirán un estado de profunda decepción y desesperanza, cuyo resultado será una psicopatía.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Enfermedad mental según Aulagnier.- Aulagnier considera a los fenómenos psicopatológicos como el conjunto de soluciones más o menos disfrazadas que el Yo logró brindar a su conflicto identificadorio. Resulta original su concepto de 'potencialidad' para entender los cuadros clínicos, lo que se refiere a los 'posibles' funcionamientos del Yo y sus posiciones identificatorias, habiendo una potencialidad neurótica, psicótica y polimorfa, según la respuesta del Yo a su conflicto.

La construcción psicótica implica crear una nueva significación que no respeta la lógica y el orden causal del discurso de los demás. El Yo inventa porque no puede encontrar en el discurso un 'pensamiento' del que apropiarse para poder teorizar sobre sus orígenes.

El Yo normalmente debe invertir un espacio tiempo por venir, usando la experiencia de lo vivido. El 'Yo advenido' busca asegurarse un saber sobre su futuro, con toda su precariedad e imprevisibilidad.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Enfermedad mental y salud física.- Hemos examinado los índices de salud de personas con graves enfermedades mentales. Se seleccionó una muestra de 100 adultos con esquizofrenia y 100 adultos con trastornos del humor importantes entre los pacientes ambulatorios seleccionados aleatoriamente que estaban recibiendo un tratamiento psiquiátrico basado en la comunidad. Se realizó un seguimiento de los participantes de los indicadores de la salud, para lo cual se utilizaron el National Health and Nutrition Examination Study III y el National Health Interview Survey. Sus respuestas se compararon con las obtenidas en muestras idénticas de estudios realizados en la población general. En comparación con un 10 % de la muestra de población general, sólo un 1% de las personas con enfermedad mental grave

cumplía los criterios de los cinco indicadores de salud seleccionados: ausencia de tabaquismo, ejercicio conforme a los estándares recomendados, buena dentadura, ausencia de obesidad y ausencia de la enfermedad médica concomitante grave. Dentro del grupo de enfermos mentales, el grado educacional, pero no el diagnóstico de esquizofrenia, se asoció con un parámetro compuesto de conductas de salud. Hemos concluido que puede utilizarse un examen de múltiples indicadores de salud para medir el estado global de salud en personas con enfermedades mentales graves.

Faith B. Dickerson, Clayton H. Brown, Gail L. Daumit, Fang LiJuan, Richard W. Goldberg, Karen Wohlheiter, Lisa B. Dixon, Estado de salud de los individuos con enfermedades mentales graves. SCHIZOPHRENIA BULLETIN. 2006 JUL; 32(3).

Violencia y estigmatización.- Objetivos: Analizar el tratamiento que actualmente se está dando a los temas relacionados con la enfermedad mental (EM) y violencia en los medios de comunicación escritos y valorar su influencia sobre la estigmatización pública de la enfermedad. Métodos: Se analizaron las noticias relacionadas con la EM (332) que aparecieron en los tres diarios de mayor difusión en España durante un periodo de tres meses en 2005. Resultados: Un 23,19% de las noticias hacía referencia a la violencia, apareciendo el enfermo mental como agresor en un 76%. Las noticias con componente violento se relacionaban con más frecuencia con trastornos psicóticos, con un mayor cuestionamiento de la seguridad pública y con una mayor referencia al contexto sociofamiliar del individuo. Conclusiones: El porcentaje de noticias que relacionan enfermedad mental y violencia sigue siendo importante; la forma en que la EM es presentada puede contribuir a la perpetuación de la estigmatización de estos pacientes. Galdeano Mondragón, A; Ocio León, S; Barbadillo Izquierdo, L; López Fernández, I; Antolín Suárez, J; Txarterina Montero, E. Prensa: violencia y estigmatización de la enfermedad mental. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2008 JUN;24(3).

Enfermedad mental en la población mayor.- No existen en nuestro país muchos estudios que analicen de modo global los trastornos mentales que más aquejan a la población mayor. El objetivo del presente estudio se centró en analizar los trastornos más frecuentes por los que requieren ayuda psicológica/ psiquiátrica, las personas en edad senil o presenil. Para ello se han analizado las historias clínicas de 2.054 personas mayores de 60 años que acudieron al Equipo de Salud Mental de Distrito en los últimos 10 años, diagnosticadas en base a los Criterios diagnósticos de la CIE-10. Los resultados obtenidos señalan que los trastornos por los que acuden con más frecuencia la población mayor son los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; trastornos del humor (afectivos) y trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos. Los hombres sólo se sitúan por encima de las mujeres en la presencia de trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas, y trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Por su parte, los divorciados y separados se caracterizan por una mayor presencia del consumo de sustancias psicotrópicas junto con diversos trastornos de personalidad. Existe una relación directa entre el aumento de edad y la presencia o prevalencia de trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

José Jesús Gázquez Linares; María del Carmen Pérez Fuentes; Francisca Lucas Acién; Nazario Yuste Rossell, Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. ANALES DE PSICOLOGÍA. 2008 DIC; 24(2):327-333.

Enfermedad mental y seguridad vial.- Introducción. Los trastornos psiquiátricos, bien por su psicopatología o por los tratamientos farmacológicos que precisan, pueden producir cambios en la percepción, en el procesamiento e integración de la información y en la actividad psicomotora que pueden alterar y/o interferir con la capacidad para una conducción segura.

Método. El presente estudio valora la competencia para la conducción de vehículos de una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios, con licencia de conducir y que conducen asiduamente, que cumplieron la batería psicotécnica computarizada homologada LNDTER 100 en diferentes situaciones clínicas.

Resultados. De los 120 pacientes estudiados, únicamente 24 superaron las cuatro pruebas requeridas para la concesión o renovación del permiso de conducción, mientras que el 80 % fracasó en al menos una de las pruebas exigidas. Ninguno de los participantes en el estudio declaró su enfermedad o su tratamiento a las autoridades de tráfico ni a los centros de reconocimiento existentes. Ningún paciente dejó de conducir, aunque un 10% de ellos consideró que su capacidad estaba en algún modo deteriorada. Conclusiones. Los pacientes psiquiátricos con un funcionamiento psicomotor alterado deben ser una preocupación para los psiquiatras y médicos generales en la precisión de su competencia para la conducción de vehículos. Se discuten las consideraciones clínicas, éticas y legales de los hallazgos del estudio.

C. de las Cuevas Castresana; E. J. Sanz Álvarez, Enfermedad mental y seguridad vial. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2008; 36.

Enfermedad mental y seguridad vial.- Introducción. Los trastornos psiquiátricos, bien por su psicopatología o por los tratamientos farmacológicos que precisan, pueden producir cambios en la

percepción, en el procesamiento e integración de la información y en la actividad psicomotora que pueden alterar y/o interferir con la capacidad para una conducción segura.

Método. El presente estudio valora la competencia para la conducción de vehículos de una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios, con licencia de conducir y que conducen asiduamente, que cumplieron la batería psicotécnica computarizada homologada LNDETER 100 en diferentes situaciones clínicas.

Resultados. De los 120 pacientes estudiados, únicamente 24 superaron las cuatro pruebas requeridas para la concesión o renovación del permiso de conducción, mientras que el 80% fracasó en al menos una de las pruebas exigidas. Ninguno de los participantes en el estudio declaró su enfermedad o su tratamiento a las autoridades de tráfico, ni a los centros de reconocimiento existentes. Ningún paciente dejó de conducir, aunque un 10% de ellos consideró que su capacidad estaba en algún modo deteriorada.

Conclusiones. Los pacientes psiquiátricos con un funcionamiento psicomotor alterado deben ser una preocupación para los psiquiatras y médicos generales en precisión de su competencia para la conducción de vehículos. Se discuten las consideraciones clínicas, éticas y legales de los hallazgos del estudio.

C. de las Cuevas Castresana; E. J Sanz Álvarez. Enfermedad mental y seguridad vial. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2009 ABR; 37(2):75-81.

Estigmatización.- Las personas que viven con enfermedades mentales se encuentran entre los grupos más estigmatizados de la sociedad. En 1996, habiéndose reconocido la carga especialmente gravosa causada por la estigmatización asociada a la esquizofrenia, la WPA inició un programa global antiestigma, el programa «Puertas abiertas» (Open-the-Doors).

En 2005 se creó la Sección de estigmas y salud mental de la WPA con el objetivo más amplio para reducir la estigmatización y la discriminación causadas por las discapacidades mentales en general. A la vista de estos importantes desarrollos y al creciente interés de la salud pública en la reducción de la estigmatización, este artículo reflexiona acerca de las perspectivas pasadas que han llevado a la posición actual, revisa las actividades y los logros actuales e identifica las dificultades que los miembros de la Sección de estigmas y salud mental deberán enfrentar, en sus futuros esfuerzos para reducir la estigmatización causada por los trastornos mentales.

H. Stuart. Lucha contra la estigmatización causada por trastornos mentales: Perspectivas pasadas, actividades presentes y direcciones futuras. WORLD PSYCHIATRY. 2008 OCT; 7(3):185-188.

Trastorno mental y atención comunitaria.- Los trastornos mentales son un problema de primera magnitud en nuestra sociedad, no sólo por su elevada incidencia, sino por el impacto que, en sufrimiento y desestructuración, sufren los pacientes, sus familias y su entorno cercano; afectando a un gran número de personas.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2006, un 20,1% de la población mayor de 15 años presenta riesgo de padecer alguna patología mental, siendo el porcentaje en hombres de un 14,6% y en mujeres de un 25,4%. En cuanto a la población infantil, el riesgo de padecer alteraciones en la salud mental es de un 21,7% de menores entre 4 y 15 años (25,7% de niñas y 17,8% de niños). Además de esta alta incidencia epidemiológica, debemos considerar que no siempre las patologías que producen mayor índice de mortalidad son las que tienen mayor impacto sobre la salud global de la población. Este es el caso de los trastornos mentales, cuyas cifras de mortalidad suelen ser bajas -aunque no existen datos epidemiológicos fieles al respecto- y, sin embargo, son los que generan una gran cantidad de años vividos con discapacidades y limitaciones en el ejercicio de la autonomía de los pacientes; toda vez que aparecen con una alta pérdida de años de vida ajustados según discapacidad (AVAD)...

Antonio Morales Romero; Rosa María Clares Coronado. Trastorno mental y atención comunitaria. PRESENCIA. 2010 JUN; 6(11)

ENFERMO MENTAL

Clasificación.- "a) Enfermos mentales no alienados: Conservan la autocrítica y la heterocrítica, la autoconducción y la autonomía de la personalidad, el juicio no está perturbado. Este grupo comprende las "neurosis": los enfermos son responsables de sus actos. b) Pierden la autocrítica y la autonomía de su personalidad por alteración del juicio, debido: a) "A insuficiente desarrollo". Situación irreparable. "Síndrome oligofrénico". b) "A debilitación": situación definitiva e irreparable. "Síndrome demencial". c) "A desviación": situación temporal o definitiva. Síndromes de excitación psicomotriz; de depresión psicomotriz y delirante. d) "A suspensión": situación transitoria o definitiva. "Síndrome confusional". En general, "es alienado todo enfermo mental cuyo juicio alterado aleja la función psíquica de la lógica formal; la personalidad desadaptada desconoce su estado patológico y permanece ajena a su situación real" (Betta, 1984:26).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Examen del enfermo mental.- Betta (1984:50) resume del siguiente modo los diferentes aspectos a tener en cuenta en el examen del enfermo mental:

1ª Parte: Estudio de los antecedentes	Antecedentes hereditarios	<i>En los antecesores:</i> 1) Taras mórbidas 2) Infecciones: sífilis y tuberculosis 3) Intoxicaciones: (alcohol); oligofrenias y epilepsias 4) Nacionalidad y raza (genotipo)	
	Antecedentes personales	<i>Aspectos:</i> Mórbido, Psíquico, Físico, Ambiental, Sexual, Cultural.	
	Antecedentes enfermedad actual	Cuándo comenzó Cómo comenzó Cómo evolucionó Alternativas (remisiones y recrudecimientos) Tratamientos realizados Repercusión en la conducta	
2ª Parte: Estudio del enfermo mismo	Exámenes	1) Psíquico. 2) Clínico general. 3) Neurológico. 4) Complementarios (radiología, laboratorio, electroencefalografía, neumoencefalografía)	
	Examen psíquico	Hábito externo	<i>Indumentaria, porte</i> 1) Condecorados 2) Extravagantes (maníacos) 3) Pulcros y sobrevalorados 4) Sucios, desordenados
			<i>Aspecto psíquico</i> 1) Excitado 2) Deprimido 3) Indiferente 4) Obnubilado
			<i>Actitud psíquica</i> 1) Activa 2) Pasiva
		Interrogatorio	<i>Orientación autopsíquica</i> 1) Nombre y apellido 2) Edad, fecha de nacimiento 3) Estado civil 4) Familia 5) Profesión; salarios; escolaridad
			<i>Orientación alopsíquica</i> 1) En el tiempo (fechas) 2) En el espacio 3) En el lugar (domicilio)
			<i>Conciencia. Situación el momento en que está actuando</i> ¿Qué hace usted aquí? ¿Quiénes son estas personas?
			<i>Conciencia de enfermedad</i> Si está enfermo: ¿de qué? Si no está enfermo ¿qué hace en este lugar?

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Actitudes de la población.- El trabajo de investigación que presentamos sobre las actitudes frente al enfermo mental de la población general de Vizcaya es en cierto modo la continuación de una línea de investigación que comenzamos en 1979. Material y métodos. Hemos utilizado el mismo cuestionario que entonces (Cohen y Struening) modificado ligeramente para adaptarlo a las circunstancias actuales, siendo la muestra totalmente aleatoria. El alfa de Cronbach de fiabilidad es de 0,8236 y el intervalo de confianza para la diferencia es del 95%.

La actitud hacia el enfermo mental es mejor ahora que hace unas décadas, probablemente por los cambios en profundidad que ha habido en dicha población, habiendo pasado de tener una actitud estereotipada y de prejuicio a una mayor diversidad de opiniones seguramente con más conocimiento de causa por la mejor información de que dispone hoy día el ciudadano y cuya síntesis en factores explica en total el 32,9% de la varianza. Con el trabajo actual los factores son: a) actitud negativa frente al enfermo mental (explica el 14 % de la varianza); b) etiología interpersonal/social (explica el 7,2% de la varianza); c) autoritarismo (explica el 4,8% de la varianza); d) restrictividad (explica el 3,1% de la varianza), y e) prejuicio (explica el 3% de la varianza).

La población tiene una idea de la enfermedad mental menos mágica y prejuiciosa y más informada que antaño, lo que hace que los contenidos factoriales estén mucho más diseminados, por lo que éstos explican mucho menos el porcentaje de varianza.

L. Yllá; A. González-Pinto Arrillaga; J. Ballesteros; V. Guillén, Evolución de las actitudes de la población frente al enfermo mental. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2007 SEP; 35(5).

ENURESIS

Definición.- Se define como enuresis cuando, pasados los cinco años, no existiendo patología orgánica (en cuyo caso se habla de incontinencia urinaria), el niño no controla su esfínter vesical. Se denomina enuresis primaria al retraso en manifestarse el control vesical, y secundaria cuando el descontrol reaparece luego de un año o más de control sin interrupción. Según datos estadísticos antes del año y medio controlan del 7 al 8% de los niños, y a los cinco años lo hace el 70%.

Burrone T y Capelluto D, Terapia familiar y enuresis. Buenos Aires: Revista Sistemas familiares. Diciembre 1987, página 10.

Definición.- Incontinencia de orina. Específicamente la enuresis nocturna ocurre durante el sueño, apareciendo la cama mojada.

EPILEPSIA

Generalidades.- La epilepsia es considerada un trastorno del sistema nervioso central de tipo metabólico, y sus síntomas van desde las convulsiones con pérdida de conciencia hasta las interrupciones muy breves de la atención o conductas "raras", donde se hace más difícil el diagnóstico.

Desde el punto de vista etiológico, la epilepsia puede ser sintomática o idiopática. En el primer caso tiene un origen conocido y en el segundo, desconocido. Cuando el origen se conoce, este origen puede residir en una descarga eléctrica iniciada en el sistema nervioso, o bien puede haber un problema pulmonar o cardíaco que impida el flujo normal de oxígeno al cerebro y provoque el ataque convulsivo.

Se han descrito 4 (cuatro) tipos principales de crisis epilépticas, y generalmente cada paciente tiene uno solo de estos tipos: gran mal, pequeño o petit mal, crisis jacksoniana, y crisis psicomotora. El gran mal es el más frecuente, y tiene una fase previa o pródromo y un aura. Hay sacudidas espasmódicas y contracciones musculares, y luego pérdida de conciencia, terminando en un sueño profundo de duración variable.

En el petit mal no hay por lo general pródromo ni aura, ni una fase inidentificable de recuperación. Solo hay una interrupción muy breve de la conciencia, y también temblores muy imperceptibles.

En la crisis jacksoniana no hay pérdida de conciencia sino lucidez: puede comenzar con hormigueo en las manos y movimiento involuntario de un dedo que luego se extiende por todo el brazo. El miembro debilitado puede quedar debilitado por horas o días.

La crisis psicomotora es más frecuente luego del gran mal. La descarga eléctrica se difunde muy lentamente sin producir convulsiones. Se ve una conducta extraña y a menudo agresiva. Hay alteraciones sensoriales y sensaciones de déjà vu (volver a experimentar vívidamente escenas infantiles) o de jamás vu (extrañeza aun estando en lugar familiar).

Hay también estados subcomiciales (epilepsia sin crisis), que pueden ser confundidos con histeria, hipocondría, psicopatía y psicosis.

Etiología: la epilepsia puede surgir de tumores cerebrales malignos, lesiones traumáticas (parto, etc.), defectos congénitos, enfermedades infecciosas infantiles, meningitis, parasitosis, accidentes vasculocerebrales, trastornos endócrinos y metabólicos, etc. El stress psicológico puede precipitar la crisis.

La epilepsia tiene importantes consecuencias psicológicas, ya que acarrea frustración por la disminución física, los prejuicios sociales, dificultades para el control emocional, etc.

Las perturbaciones epilépticas de la actividad cerebral pueden provocar alucinaciones, ilusiones perceptivas, trastornos en el ánimo y la actividad e ideas obsesivo-compulsivas, todo lo cual puede confundirse con síntomas psicogénicos. Los síntomas indicados provienen de una disfunción del lóbulo temporal.

La epilepsia se trata con medicación permanente, aunque las dosis se reducen gradualmente cuando desaparecen los síntomas. Se emplean fundamentalmente anticonvulsivos.

Los trastornos que más frecuentemente pueden confundirse con trastornos psicogénicos son la epilepsia temporal y los estados subcomiciales. Small cita varios casos donde aparece difícil el diagnóstico, y donde es difícil detectar si es epilepsia o ansiedad, psicosis, histeria, depresión, diabetes o hipertensión arterial.

Condensado de Small Leonard (1974) Psicoterapia y neurología (Problemas de diagnóstico diferencial). Buenos Aires. Amorrortu.

Generalidades.- Conjunto de manifestaciones clínicas paroxísticas acompañadas o no de pérdida de conciencia o convulsiones, y producidas por una descarga anormal de neuronas a través del sistema reticular, de alto voltaje.

Según donde se produzcan las descargas, las epilepsias se clasifican en dos grandes grupos: las epilepsias generalizadas (afectan toda la corteza cerebral) y las epilepsias focalizadas (afectan ciertas zonas donde hay un foco irritativo).

Epilepsias generalizadas	Gran Mal (pérdida de conciencia y convulsiones) Petit Mal (generalmente pérdida de conciencia. Siempre sin convulsiones).	
Epilepsias focalizadas	Con sintomatología simple	Somato-motriz o jaksoniana (área 4) Somato-sensitiva (áreas 1-2-3) Adversiva (área premotora 6-8) Visual (lóbulo occipital)
	Con sintomatología compleja	Psicomotora (sector anterior de lóbulo temporal) Vegetativa (centro vegetativo en el cerebro límbico)

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Epilepsia generalizada.- Epilepsias cuya descarga inicial es centro-cefálica, o sea difunde ascendentemente por el sistema reticular hacia los tálamos ópticos y desde allí se irradia siguiendo las proyecciones hacia ambas cortezas cerebrales en forma simultánea, simétrica (hacia ambas hemisferios) y sincrónica (idéntico voltaje).

Etiología.- Es idiopática, y parecería haber una predisposición hereditaria. En muchos casos se reconocen factores desencadenantes de la crisis: en general, cualquier factor que lleve a una hipocalcemia, ya que el descenso de calcio aumenta la excitabilidad neuromuscular. Al EEG se ven trazados anormales en todos los puntos de la cabeza, a diferencia de las epilepsias focalizadas, donde el registro patológico se da sólo en ciertas áreas.

Clasificación.- Existen dos variedades clínicas: el Gran Mal y el Petit Mal. En el Gran Mal la descarga ascendente se combina con una descarga descendente (diencefalo-mesencefalo-bulbar) y por ello hay convulsiones. En el Petit Mal sólo hay descarga ascendente, sin convulsiones.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Epilepsia focalizada.- Epilepsias donde la descarga inicial se produce en determinado punto de la corteza, llamado foco, sin pérdida de conciencia.

Etiología.- Cualquier factor que irrite las neuronas, que entonces producen una descarga anormal. Entre estos factores que presionan el tejido nervioso encontramos tumores, golpes con hematomas subdurales, abscesos cerebrales como en la encefalitis, etc.

Diagnóstico.- En general las epilepsias focalizadas ofrecen un EEG normal fuera de las crisis, y por ello para saber si el sujeto padece este tipo de epilepsia hay que hiperventilarlo, ya que al respirar profundamente baja el nivel de Ca, se produce alcalosis y ello favorece la aparición de la crisis si es que realmente el sujeto es epiléptico. Toda epilepsia mejora administrando calcio, pues este mejora el potencial de membrana. No obstante, hay antiepilepticos específicos para cada tipo de epilepsia.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Clasificación de epilepsias focalizadas.- Según donde esté ubicado el foco, habrá diferentes sintomatologías. En general, se clasifican en epilepsias con sintomatología simple (tienen un solo síntoma), y epilepsias con sintomatología compleja (varios síntomas).

Epilepsias con sintomatología simple.- Hay cuatro tipos:

1) *Somato-motriz o jaksoniana*: El foco irritativo está en el área 4, prerrolándica. Da convulsiones del lado opuesto al foco, pues la vía piramidal es cruzada. Según el lugar puede afectar la cara, la pierna o el brazo. Habitualmente comienza en la parte distal del miembro y se extiende hasta la proximal, con tendencia a generalizarse a todo el cuerpo. No hay hiperextensión del miembro afectado y es siempre unilateral.

2) *Somato-sensitiva*: El foco irritativo está en las áreas 3-1-2, posrrolándicas, con lo cual la sintomatología es sensitiva: sensaciones de quemadura, frío, dolor o pinchazos. Puede afectar la cara, la pierna o el brazo del lado opuesto al foco. Comienza y termina bruscamente y progresa desde el extremo distal hacia el proximal.

3) *Adversiva*: El foco irritativo está en las áreas 6-8 o premotoras del lóbulo frontal. El síntoma es la rotación de la cabeza y el ojo del lado opuesto al foco y a veces se acompaña con elevación del brazo. Estos síntomas se deben a que en el área premotora está el centro óculo-céfalo-giro. Si también rota todo el cuerpo, se habla de una epilepsia rotatoria.

4) *Visual*: El foco irritativo está en el lóbulo occipital, y el sujeto ve estrellitas, lucecitas y manchitas de diferentes colores.

Epilepsias con sintomatología compleja.- Hay dos tipos:

1) *Psicomotora*: Es la más importante, y común en niños y ancianos. El foco irritativo está en el lóbulo temporal (parte anterior), aunque a veces sólo toma una pequeña parte y da un solo síntoma. Por ejemplo, el auditivo (el paciente escucha ruidos, música).

La sintomatología se divide en motriz, sensorial y psíquica. A nivel *motriz* encontramos automatismos, o sea movimientos inadecuados sin un fin útil. Pueden ser automatismos simples o complejos. Simples son el chupeteo, la succión, la deglución, y complejo es el llamado automatismo de la fuga epiléptica, que puede durar hasta días y el sujeto cometer actos que habitualmente no hace. Mientras le dura habla perfectamente y nadie se da cuenta, y es el caso típico del conductor que maneja incluso respetando las reglas de tránsito pero cuando termina el automatismo no sabe cómo llegó a determinado lugar. No hay pérdida de conciencia sino un estado de conciencia obnubilada. La sintomatología *sensorial* se debe a que en la zona temporal está el uncus, donde están los centros olfativo y auditivo, de allí que aparezcan crisis uncinadas donde siente olores inexistentes, generalmente feos, así como sonidos, notas musicales y hasta sensaciones gustativas. Como sintomatología *psíquica* hay trastornos de la conciencia con fenómenos ilusorios, como el 'dejá vu' (situación nueva que siente ya haber vivido) o el 'jamais vu' (desconocer una situación conocida), fenómenos que son persistentes. También hay sensación de estar soñando despierto, ensoñamiento y sensación de que lo que está viviendo no es real. También hay trastornos de conducta como impulsividad, irritabilidad y ataques de furia que no puede controlar. Al EEG el lóbulo temporal presenta un ritmo más lento que el normal (o sea 3-4 ciclos por segundo), mientras que el ciclo normal de ondas beta es 14-20 ciclos por segundo.

2) *Vegetativa*: Epilepsia donde el foco irritativo está a nivel del cerebro límbico (cuerpo calloso y quinta circunvolución temporal). Como síntomas tiene crisis vegetativas: dolores abdominales, crisis diarreicas, cefaleas, sialorrea (mucho salivación), etc.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

La psicosis en epilepsia.- Introducción: Los síndromes psicóticos pueden presentarse de forma frecuente durante el curso de la epilepsia, tanto en las crisis como en el período inmediatamente posterior o libre de estas; asociado con su pobre control sintomático, por refractariedad, cambio o abandono del tratamiento anticonvulsivo. También se han descrito luego del tratamiento quirúrgico de epilepsia especialmente en lobectomía temporal.

Objetivo: Describir los aspectos generales, clasificación, clínica y tratamiento de las psicosis asociadas a la epilepsia.

Método: Búsqueda de información relevante en diferentes bases de datos.

Resultados y conclusiones: Las psicosis epilépticas ocasionan una mayor morbilidad en los pacientes epilépticos, pueden generar hospitalizaciones psiquiátricas, prolongar el tiempo de internación neurológica y hacer complejo el manejo farmacológico. Dentro de estas se encuentran la psicosis ictal, interictal y postictal, además de la normalización forzada y posquirúrgica; las últimas menos prevalentes. En su clínica pueden compartir aspectos con otros trastornos psiquiátricos como la manía y la misma esquizofrenia, situación que debe conducir al clínico a entender mejor sus hallazgos semiológicos y lo que representan en relación con las convulsiones, para asegurar un diagnóstico y manejo adecuados, que deberían de requerir el trabajo interdisciplinario entre psiquiatría y neurología.

Constanza Mendoza Bermúdez; Bety Gómez Arias. La psicosis en epilepsia. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. 2009 DIC; 38(4):739-760.

EPISODIO AFECTIVO

Generalidades.- Para poder entender adecuadamente los diferentes tipos de trastornos del estado de ánimo, es preciso conocer antes los episodios afectivos. Estos no tienen asignados códigos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes: sólo sirven como fundamento para el diagnóstico de los trastornos. Se mencionan cuatro episodios afectivos: episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco.

American Psychiatric Association (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson.

Episodio afectivo y trastorno del estado de ánimo.- Desde el punto de vista del DSM, deben diferenciarse dos conceptos distintos: los 'episodios afectivos' de los 'trastornos del estado de ánimo'. Los primeros no tienen asignados códigos diagnósticos y por lo tanto no pueden diagnosticarse como entidades independientes. Sin embargo, sirven como fundamento para hacer el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo, que sí tienen un código asignado.

Por ejemplo, una cosa es un episodio depresivo mayor, y otra el trastorno depresivo mayor. Para definir o caracterizar este último recurrimos al primero. Así, el DSM-IV dice que el trastorno depresivo mayor se

caracteriza "por uno o varios episodios depresivos mayores (por ejemplo, al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión)".

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

Episodio depresivo mayor y duelo.- Desde la publicación del DSM-III en 1980, la postura oficial de la Psiquiatría norteamericana ha sido que la presencia de un cuadro de duelo por el fallecimiento de un ser querido es un criterio de exclusión para el establecimiento del diagnóstico de episodio de depresión mayor. Sin embargo, la validez empírica de este criterio de exclusión no ha sido bien establecida. Dado que en la actualidad ya se está planificando el DSM-V, es el momento de reexaminar el criterio de exclusión del duelo, especialmente a la vista de los nuevos datos contenidos en las últimas revisiones de esta cuestión. En el artículo presente se evalúa la validez relativa de dos hipótesis contrapuestas: 1) el duelo como criterio de exclusión del diagnóstico de episodio de depresión mayor no es válido debido a que, mediante el uso de criterios de validación, la depresión relacionada con el duelo durante los 2 primeros meses tras el fallecimiento de un ser querido es similar al cuadro de depresión no relacionada con duelo; 2) el duelo como criterio de exclusión del diagnóstico de episodio de depresión mayor es válido debido a que, mediante el uso de criterios de validación, la depresión relacionada con duelo durante los 2 primeros meses después del fallecimiento de un ser querido no es similar a la depresión no relacionada con duelo. La evidencia apoya con mayor firmeza la hipótesis 1 que la hipótesis 2. Así, es posible que ya no esté justificado el duelo como criterio de exclusión del diagnóstico de episodio de depresión mayor.

Sidney Zissok , Katherine Shear , Kenneth S. Kendler, Validez del duelo como criterio de exclusión del diagnóstico de episodio de depresión mayor. WORLD PSYCHIATRY. 2007 JUN; 6(2).

EPISODIO PSICÓTICO

Inicio del episodio psicótico.- Introducción: En la última década, los estudios sobre primeros episodios psicóticos han alcanzado relevancia. En nuestro estudio se analizan las diferencias por sexo en la edad de inicio, así como las diferencias en el tipo y la gravedad de los síntomas psicóticos en función de la edad de inicio, en varones y mujeres con un primer episodio psicótico.

Material y método: Estudio transversal de 24 casos consecutivos con un primer episodio psicótico. Criterios de inclusión: dos o más síntomas psicóticos; edad comprendida entre 7 y 65 años; primera consulta en el centro de estudio; menos de 6 meses desde el primer contacto con los servicios. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario clínico y sociodemográfico, la PANSS y la ICG-ESQ. Para el análisis de los datos se ha utilizado la prueba de U Mann-Whitney para datos no paramétricos, del SPSS.

Resultados: En nuestra muestra, el 66,7% eran varones y el 41,7% tenía una edad < 18 años. No se observan diferencias por sexo significativas en la edad de inicio del episodio ($p = 0,580$). Se obtienen resultados significativos en la dimensión excitativa ($p = 0,015$) y tendencias en la dimensión positiva de la PANSS ($p = 0,079$) en los varones adultos respecto a los adolescentes. Además encontramos diferencias significativas en adultos frente a adolescentes en los ítems de la PANSS negativa: retraimiento emocional ($p = 0,021$) y contacto pobre ($p = 0,036$); sin embargo, sólo encontramos tendencia a la significación en la dimensión negativa de la PANSS ($p = 0,080$) en varones adolescentes respecto a adultos.

Conclusiones: Se evidencia un patrón de inicio del episodio psicótico en varones adolescentes con predominio de sintomatología negativa. Este patrón de inicio con síntomas negativos se suma a las evidencias encontradas en otros estudios a lo largo de los años que apoyan la hipótesis del neurodesarrollo.

Ana Barajas, Iris Baños, Susana Ochoa, Judith Usall, Vicky Villalta, Montse Dolz, Bernardo Sánchez, Josep María Haro, Grupo GENIPE. Edad de inicio del primer episodio psicótico: ¿hay diferencias clínicas entre varones y mujeres? PSQUIATRIA BIOLÓGICA. 2007 JUL; 14(4).

ESCOPTOFILIA

Definición.- Tendencia a hallar placer sexual en la observación de objetos o procesos relacionados con la sexualidad. Sin.: *Inspeccionismo*; *Visionismo*. Es la contraparte pasiva de: *Exhibicionismo*. (Alemán: *Schaulust*; Francés: *Voyeurisme*).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ESQUIZOFRENIA

Generalidades.- La esquizofrenia es una enfermedad del sistema nervioso central que suele comenzar entre los 20 y los 30 años de edad. Su causa no se conoce de manera completa todavía pero se sabe de

la importancia de factores concretos genéticos y otros que afectan al desarrollo del tejido nervioso. El curso crónico y deteriorante de esta enfermedad afecta seriamente el curso vital de pacientes desde su juventud y frustra muchas veces las expectativas fundamentales del ser humano que la padece. Cuando, fuera de los episodios agudos, los pacientes perciben este destino capaz de menoscabar su proyecto vital no es raro que se depriman.

Síntomas.- Los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en positivos y negativos.

Se denominan síntomas positivos a las alteraciones psicopatológicas que no existían antes de la enfermedad (básicamente las alucinaciones y los delirios). Las alucinaciones de los pacientes esquizofrénicos son principalmente auditivas (de manera característica, son voces que comentan los actos del individuo, o que le recriminan u ordenan hacer cosas, aunque ocasionalmente pueden hacer comentarios agradables, contar chistes, etc.). No son raras tampoco las alucinaciones referidas a sensaciones del propio cuerpo (como si tuviera "microchips", o cables que le recorren el cuerpo, etc.). Las alucinaciones visuales, y más todavía, las olfativas o las gustativas son raras en la esquizofrenia (estas alucinaciones son más frecuentes en psicosis asociadas a enfermedades neurológicas como tumores cerebrales, etc.).

Los delirios más frecuentes en la esquizofrenia son los de persecución y perjuicio (el paciente se siente perseguido por extraterrestres, la mafia, conspiraciones mundiales, etc., o bien cree firmemente que todo el mundo está en contra de él) pero los hay también con otros contenidos (místico-religioso, genealógico, etc.). Aunque se ha dicho ya que los delirios son creencias erróneas que no pueden ser rebatidas por la argumentación, en realidad, tienen su propia lógica no compartida con la de los demás. De esta forma el paciente psicótico puede, por ejemplo, encontrar la certeza de que los extraterrestres le persiguen en un hecho banal para los demás como cruzarse con un coche blanco en la calle (se llama a estos fenómenos percepciones delirantes e interpretaciones delirantes).

Otro síntoma psicótico positivo es considerar que todo lo que sucede alrededor se refiere a uno (autorreferencialidad).

Se denominan síntomas negativos o defectuales a ciertas secuelas de la enfermedad: pérdida de habilidades sociales, falta de interés, incapacidad para experimentar placer, incapacidad para expresar emociones, pensamiento y lenguaje empobrecidos (se hacen simples, concretos y circunstanciales –es decir, dan vueltas y vueltas sobre un tema sin llegar a ningún punto-, o repiten las palabras o frases y, en los casos más graves o evolucionados, el pensamiento y el lenguaje se desorganiza hasta la incoherencia). Los síntomas negativos suelen ser los que más deterioran al paciente y los más difíciles de tratar; la investigación de muchos nuevos fármacos para la esquizofrenia tiene hoy como objetivo principal el alivio de estos síntomas negativos que son todavía un reto para el que no hay una solución farmacológica suficientemente satisfactoria.

En la esquizofrenia también puede haber síntomas motores como la catatonia que puede cursar con síntomas muy diversos como la agitación psicomotriz, negativismo (hacer lo contrario de lo que se le pide), flexibilidad cerea (se deja mover por el examinador sin oponer resistencia y se queda quieto en la postura incomoda que se le dejó), oposicionismo (opone resistencia al movimiento pasivo) y posturas anormales.

Formas clínicas.- Clásicamente se describen varias formas de esquizofrenia: a) La esquizofrenia paranoide suele cursar con más síntomas positivos que negativos, suele responder mejor al tratamiento farmacológico que otras formas y deteriorar menos a los pacientes. b) La esquizofrenia hebefrénica suele cursar con menos síntomas positivos y más negativos y responder peor al tratamiento farmacológico. c) La esquizofrenia catatónica en la forma cuyos principales síntomas son motores y es hoy una forma pura rara. En la práctica muchas esquizofrenias tienen formas mixtas.

La esquizofrenia tiene un curso y un pronóstico variable según pero es siempre una enfermedad crónica y deteriorante en algún grado; después de cada episodio (o "brote") de la enfermedad el paciente puede no alcanzar el nivel de funcionamiento previo y sentirse cada vez peor.

Tratamiento.- El tratamiento de la esquizofrenia se prolonga años; si aparecen recaídas frecuentes puede ser necesario de modo ininterrumpido. Hoy hay evidencia científica de que la combinación de tratamiento farmacológico y psicosocial en la esquizofrenia mejora el pronóstico y el nivel de funcionamiento del paciente. Como muchos pacientes con esquizofrenia no son capaces de darse cuenta de su enfermedad resulta imprescindible que se informen y conciencien al respecto. Las familias necesitan también información específica al respecto (ellos y sus familias). Es preciso que todos sepan que si se deja el tratamiento la recaída es muy frecuente así como la aparición de nuevos déficits que, seguramente, hará necesario aplicar dosis más altas de los fármacos que se estaban tomando. Una razón habitual de abandono del tratamiento son los efectos secundarios molestos (y algunos peligrosos) que tienen algunos de los medicamentos utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia; pero es posible tratar muchos de estos efectos secundarios y, además, los medicamentos nuevos presentan muchos menos efectos secundarios.

<http://salud.discapnet.es/guias+de+salud/guia+sobre+salud+mental/trastornos+psicoticos/>

Historia.- El pensamiento psiquiátrico y psicoanalítico del siglo XX consideraba a la esquizofrenia como una enfermedad irreversible e intratable. En ese entonces la psiquiatría orgánica se encontraba

representada por Emil Kraepelin. Este autor consideraba que la demencia precoz era debido al deterioro neurológico lo cual producía una desintegración de la personalidad. "A principios de siglo se publican dos obras de excepcional importancia para la psiquiatría contemporánea. La primera, en 1911, Demencia precoz o grupo de las esquizofrenias de Eugen Bleuler (1857 -1939), como colaboración al tratado de Aschaffenburg; la segunda, en 1913, la Psicopatología general de Jaspers (1883 - 1969). Ambas surgen como un intento de romper con el molde rígido establecido por la psiquiatría Kraepeliana" (Vallejo Ruiloba, 1998:12).

"En la obra de Bleuler se produce una reordenación de los cuadros delimitados por Kraepelin. El término demencia precoz es sustituido por el de esquizofrenia (división-ruptura), por considerarlo más fiel a la realidad clínica" (Vallejo Ruiloba, 1998:12).

Kraepelin observó que éstas tres últimas formas patológicas (psicosis alucinatoria crónica, hebefrenia y catatonía), que intervienen muy tempranamente en el desarrollo, tienden a la demencia, es decir, a la total desorganización de la vida psicológica (el delirio se desmorona, las alucinaciones dejan su sitio a un onirismo desordenado, la personalidad se hunde en la incoherencia), y por ello las agrupó bajo la común denominación de demencia precoz. Es la misma entidad nosográfica que Bleuler retomó ampliándola hasta ciertas formas de la paranoia, dándole al conjunto del nombre de esquizofrenia: de un modo general la caracteriza como una perturbación de la normal coherencia de las asociaciones -como una fragmentación (Spaltung) de la corriente del pensamiento- y por una ruptura del contacto afectivo con el medio ambiente por una imposibilidad de entrar en comunicación espontánea con la vida afectiva de los demás (autismo).

Vallejo Ruiloba J y otros (1998), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, Masson, Barcelona.

Historia.- Bleuler introdujo el término esquizofrenia de clara orientación psicoanalítica y que significa etimológicamente escisión de la mente considerando que el trastorno fundamental y común a estas enfermedades era disociación o disgregación de las funciones psíquicas con perturbación del mecanismo asociativo.

<http://matap.dmae.upm.es/cienciaficcio/DIVULGACION/12/ESQUIZOFRENIA%20PARANOIDE.html>

Etiopatogenia.- En relación a la etiopatogenia de la esquizofrenia, se debe señalar que es la más frecuente de las psicosis crónicas, aparece con mayor frecuencia en adultos jóvenes y adolescentes, se da con igual frecuencia en ambos sexos. Existen distintas teorías que explican su origen o causa entre ellas tenemos las siguientes:

Teoría Genética: Existe una disposición hereditaria y congénita, comprobándose mayor incidencia en hijos y hermanos de esquizofrénicos y sobre todo en gemelos homocigóticos. Estudios de Linkage, muestran datos referentes a la transmisión vía cromosoma 5 y 11.

Teoría Dopaminérgica: Se produce hiperactividad del sistema dopaminérgico por alteración funcional en los subsistemas mesolímbico y mesocortical.

Teoría del Neurodesarrollo: Se ha encontrado evidencia de asociaciones de variantes alélicas del gen responsable de la síntesis de neurotrofina 3 y ciertas formas de esquizofrenia.

No existe relación con trastornos metabólicos, endocrinos, cardiovasculares o neurobiológicos en general.

<http://matap.dmae.upm.es/cienciaficcio/DIVULGACION/12/ESQUIZOFRENIA%20PARANOIDE.html>

Pensamiento esquizofrénico.- "Dejando a un lado el efecto del ambiente externo, la personalidad esquizofrénica depende de la existencia en el paciente de cuatro características: a) un conflicto nunca resuelto entre los instintos de vida y muerte; b) un predominio de impulsos destructivos; c) odio a la realidad interna y externa; d) una relación de objeto frágil pero tenaz. Estas características extrañas hacen que el paciente esquizofrénico progrese de la posición esquizoparanoide a la depreiva de una manera muy distinta de la personalidad no psicótica. Esta diferencia surge del hecho de que este conjunto de características conduce al uso masivo de la identificación proyectiva [...]. Una parte de "la personalidad es recortada, dividida en fragmentos pequeños, y entonces usando la identificación proyectiva es expulsada de la personalidad" (Bion, 1996:58).

"Dentro de la fantasía del paciente las partículas expulsadas del yo tienen una existencia independiente e incontrolada fuera de la personalidad... Por consiguiente, el paciente se ve rodeado de objetos grotescos. Cada partícula es sentida como si fuera un objeto real externo que es encapsulado en un fragmento de la personalidad, que lo ha envuelto. El carácter de esta partícula completa dependerá en parte, del objeto real; por ejemplo, un gramófono, y, parcialmente, del carácter de la partícula de la personalidad que los envuelve. Si el fragmento de la personalidad es relacionado con la vista, el gramófono al pasar el disco se ve como mirando al paciente; si es relacionado con el oído, entonces el gramófono al pasar el disco se ve como escuchando al paciente" (Bion, 1996:60).

"El paciente se mueve ahora no en un mundo de sueños, sino en un mundo de objetos que ordinariamente son los accesorios de los sueños [...]. Mientras la personalidad no psicótica, o una parte de la misma, emplea la represión, la psicótica ha empleado la identificación proyectiva. Por consiguiente, no hay represión, y lo que debería ser su 'inconciente', es reemplazado por el mundo de accesorios de los sueños" (Bion, 1996:62).

Bion W (1996) Volviendo a pensar. Buenos Aires: Lumen-Hormé, 5ta edición.

Esquizofrenia paranoide.- En las esquizofrenias paranoides predominan las ideas delirantes y las alucinaciones unida a una conservación relativa de las funciones cognoscitivas y de la afectividad. Los temas de delirio y de alucinación pueden ser muy variados, entre ellos se pueden observar los siguientes: Temas autorreferenciales: creen que la gente murmura, cuchichea y habla de ellos, lo que les puede llevar a agresiones en respuesta a esas amenazas.

Temas de influencia: siente que su pensamiento, sentimientos y sensaciones están siendo manipuladas por otros que los controlan, lo que les puede llevar a adoptar medidas de aislamiento físico o a dirigir agresiones contra esas supuestas personas.

Temas de persecución: se sienten perseguidos, amenazados y que su vida corre peligro.

Temas de grandeza.

Temas religiosos.

Temas de celos.

A todas estas ideas delirantes se suman las alucinaciones generalmente auditivas y generalmente en relación con el tema de la idea delirante. En este tipo paranoide el sujeto continua con buen rendimiento intelectual y no se pierde la lógica para otras actividades sociales o laborales no relacionadas con el contenido del delirio.

<http://matap.dmae.upm.es/cienciaficcion/DIVULGACION/12/ESQUIZOFRENIA%20PARANOIDE.html>

Recuperación.- En contra de los que se pensaba antes, con los tratamientos actuales, algunos o muchos de los pacientes con esquizofrenia pueden mostrar intervalos de restablecimiento. En la investigación que se presenta a continuación, con un diseño prospectivo de seguimiento a 15 años, en la que se comparó a pacientes esquizofrénicos con otros tipos de pacientes psicóticos y no psicóticos, se estudiaron cuántos pacientes esquizofrénicos presentaban algún intervalo de recuperación. Un total de 274 pacientes psiquiátricos adultos jóvenes, procedentes del Estudio de seguimiento de Chicago, entre los que se encontraban 64 pacientes esquizofrénicos, 12 pacientes esquizofreniformes, 81 pacientes con otras psicosis y 117 pacientes no psicóticos, fueron evaluados, primero, durante su ingreso y posteriormente, cinco veces a lo largo de un período de 15 años. Se valoraba la recuperación de los pacientes durante un año o más, empleando para ello una definición operativa de la recuperación. De forma acumulada, durante el período de 15 años, poco más del 40% de los pacientes con esquizofrenia presentó uno o más períodos de restablecimiento. Sin embargo, la esquizofrenia sigue siendo un trastorno de pronóstico relativamente malo, presentando una peor evolución en comparación con otros tipos de trastornos psicóticos y no psicóticos. La mayoría de los pacientes esquizofrénicos no presentaban el grave aislamiento social que solía describirse antes de la era de los tratamientos modernos. Los pacientes esquizofreniformes tenían tendencia a presenta evoluciones más favorables que los pacientes con esquizofrenia. Más del 50% de los pacientes esquizofrénicos no tenía un trastorno que fuera crónico y continuo. Más bien, su trastorno era episódico, aunque, para muchos pacientes esquizofrénicos más vulnerables y menos resistentes, los episodios eran más frecuentes y más graves, con recuperaciones más lentas.

Harrow M y otros, Los pacientes con esquizofrenia: ¿alguna vez presentan períodos de recuperación? Un estudio de multiseguimiento a 15 años. SCHIZOPHRENIA BULLETIN. 2005; 31(3).

Rasgos premórbidos.- "El estudio publicado en la revista "British Journal of Psychiatry" evalúa los rasgos premórbidos que se dan en los pacientes que desarrollan finalmente esquizofrenia. Para ello evaluaron a una población de alto de riesgo en Edimburgo. La muestra de riesgo estaba formada por 163 adultos jóvenes con parientes esquizofrénicos, éstos fueron comparados con 36 personas controles sanas sin antecedentes de esquizofrenia. Los resultados obtenidos indicaron que 20 pacientes de los 163 con riesgo elevado de padecer esquizofrenia la desarrollaron en un periodo de 2 años. Los que desarrollaron esquizofrenia se diferenciaban del resto en la presencia de ansiedad o fobia social y características esquizotípicas. Por lo que los autores concluyen que la genética juega un importante papel en el desarrollo de la esquizofrenia y además se dan rasgos premórbidos característicos años antes de su inicio".

Los factores predictivos de desarrollar esquizofrenia se manifiestan años antes de su inicio. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2005 ENE; 18.

Estado prodrómico.- Objetivo: Revisar los instrumentos de valoración utilizados para detectar el riesgo de trastorno mental o estado prodrómico, así como también discutir su papel en la investigación actual.

Método: Se condujo una investigación literaria electrónica sistemática, complementada con una investigación manual. Se seleccionaron todas las escalas relevantes con el propósito de ser revisadas.

Resultados: Se encontraron seis entrevistas y cuatro instrumentos de examinación, de los cuales, entre los más comunes son: "The Attenuated Positive Symptoms approach" (El enfoque de síntomas positivos atenuantes) y "The Basic Symptoms approach" (El enfoque de síntomas básicos).

Conclusión: Los instrumentos detectaron a los individuos con un alto riesgo de padecer psicosis en las poblaciones clínicas, pero las medidas de confiabilidad y validez de predicción son insuficientes. Se deben conducir estudios que incluyan instrumentos tradicionales y no tradicionales, con el fin de obtener una base empírica de las hipótesis de relaciones entre los instrumentos. Los instrumentos que aclaran los aspectos fenomenológicos de anomalías en las experiencias personales pueden contribuir con datos valiosos sobre la fase de pre-inicio en la psicosis.

K. A. Olsen, B. Rosenbaum, Investigaciones prospectivas del estado prodrómico de la esquizofrenia: Instrumentos de valoración. ACTA PSYCHIATR SCAND. 2006 ABR; 113(4).

Estado prodrómico.- "Objetivo: El estudio presenta una descripción comprensiva de estudios prospectivos de monitoreo o intervención en la fase de pre-inicio del primer episodio de psicosis.

Método: Se condujo una investigación literaria sistemática y se complementó con una búsqueda manual. Todos los estudios relevantes fueron ordenados y revisados a detalle de acuerdo a los criterios especificados. Se discuten aspectos metodológicos y conceptuales.

Resultados: Se encontraron reportes de 23 estudios prospectivos, algunos de los cuales describían submuestras de muestras más grandes. Existen grandes divergencias metodológicas y conceptuales.

Conclusión: Los criterios aplicados detectaron a individuos con alto riesgo significativo de psicosis dentro del espectro esquizofrénico, pero estos criterios solamente están validados en poblaciones clínicas. Las diferencias significativas no son claras en las muestras. En la mayoría de los estudios las muestras son pequeñas. Estos resultados son preliminares y necesitan mayor investigación antes de considerarse como base de conocimiento realista. No se deben de subestimar los temas metodológicos y conceptuales".

K. A. Olsen, B. Rosenbaum. Investigaciones prospectivas del estado prodrómico de la esquizofrenia: revisión de estudios. ACTA PSYCHIATR SCAND. 2006 ABR; 113(4).

Evolución.- "Previamente se ha divulgado la estabilidad relativa en funciones neuropsicológicas en periodos de 4- 5 años después del inicio de un primer episodio de esquizofrenia, con los pacientes mostrando menos mejoras que los controles en algunas funciones. El actual estudio fue conducido para ampliar las evaluaciones de seguimiento a lo largo de 10 años de enfermedad y determinar si las funciones neuropsicológicas siguen estando estables o deterioradas en un período más amplio. 21 pacientes con un primer episodio y 8 controles fueron reevaluados 10 años después de una evaluación inicial a cerca de las medidas neuropsicológicas y clínicas. Los análisis de las medidas repetidas no demostraron ninguna diferencia entre los pacientes y los controles respecto al cambio en este período ni al cambio en los síntomas asociados confiablemente a la mejora o al deterioro en las capacidades cognitivas. Sin embargo, el nivel en la línea de base del funcionamiento cognitivo estuvo correlacionado con el grado de cambio. Así, cuando el nivel de funcionamiento en la línea de base estuvo controlado en los análisis, la menor o la falta de mejora fue observada en los pacientes comparados con los controles en el funcionamiento intelectual verbal, memoria verbal diferida y no verbal, e inhibición cognitiva (prueba de la palabra y del color de Stroop). En ninguna prueba los pacientes aparecieron considerablemente más deteriorados que los controles. Los autores concluyen que la mayoría de los pacientes con un primer episodio han tenido un considerable declive cognitivo en el momento de su primera hospitalización y que continúan relativamente estables por lo menos a los 10 años de la enfermedad. El cambio cognitivo se produce prematuramente en esta enfermedad, antes de la primera hospitalización, pero su exacta sincronización todavía sigue siendo desconocida".

Anne L. Hoff; Christine Svetina; Gail Shields; John Stewart; Lynn E. DeLisi. Estudio longitudinal de diez años sobre el funcionamiento neuropsicológico subsecuente a un primer episodio de esquizofrenia. SCHIZOPHR RES. 2005 OCT; 78(1):27-34.

Esquizofrenia infantil y adulta.- Respecto a la esquizofrenia, veremos separadamente la infantil y la adulta.

En la esquizofrenia infantil se plantean muchas causas posibles y sus combinaciones: desde problemas orgánicos hasta problemas de familias patológicas y madres muy absorbentes, pasando por trastornos bioquímicos y genéticos. El tratamiento debe considerar todas estas posibles causas, que entonces pueden ser neurológicas, genéticas, psicológicas y sociales, causas que actúan interdependientemente, pues por ejemplo, un buen ambiente psico-social puede hacer desaparecer el síntoma.

En la esquizofrenia adulta también hay una multiplicidad de causas posibles. En general se sostiene que la enfermedad es el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales. Algunos autores distinguen proceso esquizofrénico (larga evolución, marcado retraimiento, frecuente compromiso orgánico) de reacción esquizofrénica.

La única constante real en la esquizofrenia son sus manifestaciones: un yo débil resultante de la interacción de factores familiares, culturales, genéticos, fisiológicos, neurológicos, etc. En algunos pacientes puede aparecer en forma clara y segura una sola etiología, en otros dos o más, y en un reducido grupo la etiología puede ser indeterminable.

Donde hay que tener más cuidado es en el diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y lesión cerebral, sobre todo en lo referente a las alteraciones de conciencia y las alucinaciones.

Condensado de Small Leonard (1974) Psicoterapia y neurología (Problemas de diagnóstico diferencial). Buenos Aires. Amorrortu.

Esquizofrenia y calidad de vida.- "La edad joven y la integración en la comunidad de los pacientes se han asociado a una mejor calidad de vida (CV). El elevado tiempo de evolución de la enfermedad y la institucionalización se correlacionarán inversamente con la CV. Demostrar que las diferencias en la CV de los pacientes esquizofrénicos en relación con el lugar de residencia, el tiempo de hospitalización previa total, el número de ingresos realizados y la edad, son debidas al azar. Estudio transversal en que la población (104 pacientes) se dividió en grupos según la variable independiente analizada (lugar de procedencia, tiempo de hospitalización total, número de ingresos previos y edad). Para determinar la CV (variable dependiente) se utilizó— la Quality of life scale de Heinrichs y cols. (QLS). Los pacientes obtienen puntuaciones decrecientes en su CV según procedan de consulta externa, Agudos, recursos intermedios y Unidades de Media-Larga Estancia, mostrándose las diferencias estadísticamente significativas. La CV también se asocia de forma inversa y estadísticamente significativa con el tiempo total de hospitalización previo. Los niveles más altos de CV pueden deberse tanto a una mayor integración socio-familiar de los pacientes como a una menor gravedad de su enfermedad, lo cual haría posible dicha integración".

Mínguez Martín, L.; González Pablos, E.; Alonso del Teso, F.; Sanguino Andrés, R. M.; García Sánchez, F. J, Residencia y tiempo de hospitalización en relación con la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2005; 21(1)

Disfunciones perceptuales en la esquizofrenia.- "Partiendo de los estudios de Conrad sobre la esquizofrenia incipiente, cuantificamos la alteración gestáltica por él descrita a través de un test gestáltico visomotor (test de Bender) en pacientes esquizofrénicos agudos y crónicos. Observamos qué distorsiones y rotaciones presentaron diferencias altamente significativas en pacientes crónicos y perseveraciones en agudos. Puntaciones globales y tiempo de ejecución mostraron diferencias significativas en ambos grupos comparados con controles. El tiempo se ha señalado clásicamente como un mecanismo de compensación frente a un déficit. Observamos que el test de Bender permite cuantificar alteraciones en la percepción compatibles con una pérdida de la estructura objetiva de los fenómenos percibidos en los pacientes esquizofrénicos. A partir de estos hallazgos, propusimos un estudio en el que se manipuló farmacológicamente la neurotransmisión del núcleo accumbens septi (Acc), tradicionalmente relacionada con la fisiopatogenia y terapéutica de las psicosis esquizofrénicas, en modelos animales. Así, desarrollamos un modelo de discriminación de formas en palomas entrenadas, implantadas bilateralmente con cánulas en el Acc. Con la inyección de antagonistas del receptor glutamatérgico de tipo NmetilDaspártico (NMDA), las palomas dejaron de discriminar las formas y aumentaron significativamente los ensayos de corrección, denotando con esta última conducta perseverante una inflexibilidad conductual en respuesta a cambios en el ambiente. En ratas, se observó a través de pruebas de evitación pasiva que el bloqueo glutamatérgico del Acc produce un déficit en la adquisición, y en el test de encrucijada elevada, una disminución de los niveles de ansiedad, lo que sugiere homologías adicionales con las psicosis esquizofrénicas".

Pascual Ángel Gargiulo. Aproximaciones experimentales a la disfunción perceptual en la esquizofrenia. REVISTA DE NEUROLOGÍA. 2003 SEP; 37(6):545.

Esquizofrenia, género y duración del tratamiento.- "Este estudio, publicado en la última edición de la revista "European Psychiatry" examinó las diferencias de género en el curso a corto plazo (2 años) de la esquizofrenia en una muestra de 200 pacientes no internados esquizofrénicos, según los criterios diagnósticos del DSM-IV (74 mujeres y 126 hombres). El número y la duración de las hospitalizaciones durante el período de seguimiento prospectivo fueron registrados. Después de 2 años, los autores encontraron que los hombres tenían más hospitalizaciones y estancias más largas que las mujeres. Entre los sujetos que tenían por lo menos una hospitalización (12 mujeres y 38 hombres), los hombres contaban con una mayor duración de las estancias hospitalarias. En la conclusión, las mujeres esquizofrénicas tenían unos resultados a corto plazo perceptiblemente mejores".

J. Usall; S. Ochoa; S. Araya; M. Márquez. Diferencias de género y resultados en la esquizofrenia: un estudio complementario de dos años en una amplia muestra de la comunidad. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2003; 18(6):282-284.

Cumplimiento de la medicación en la esquizofrenia.- Uno de los principales problemas clínicos en el tratamiento de personas con esquizofrenia es el cumplimiento subóptimo de la medicación. La mayor parte de la investigación que se centra en los determinantes de la falta de cumplimiento utiliza métodos de investigación cuantitativa. Estos estudios tienen algunas importantes limitaciones a la hora de explorar el proceso que lleva a los pacientes a tomar decisiones frente a la medicación. En este estudio exploramos los factores que influyen en la conducta de adhesión a la medicación en personas con esquizofrenia utilizando el mapeado de conceptos. El mapeado de conceptos es un método cualitativo estructurado y se efectuó en cuatro países europeos. Los participantes fueron 27 pacientes con esquizofrenia, 29 cuidadores y 28 profesionales dedicados a pacientes con esquizofrenia. Se identificaron

5 temas clínicamente relevantes que influyen en el cumplimiento: eficacia de la medicación, factores externos (como apoyo del paciente y alianza terapéutica), concienciación o insight, efectos secundarios y actitudes frente a la medicación.

Martijn J. Kikkert, Aart H. Schene, Maarten W. J. Koeter, Debbie Robson, Anja Born, Hedda Helm, Michela Nose, Claudia Goss, Graham Thornicroft, Richard J. Gray, Cumplimiento de la medicación en la esquizofrenia: exploración de las opiniones de pacientes, cuidadores y profesionales. SCHIZOPHRENIA BULLETIN. 2006 AGO;32(4).

Historia.- Es difícil encontrar en los libros de historia de la psiquiatría los inicios de la esquizofrenia como una enfermedad diferente de las otras en las épocas remotas, ya que la nomenclatura y descripción empleadas, solo nos permiten encontrar síntomas que en la actualidad podrían corresponder a esta enfermedad. Sin embargo, ha sido objeto de estudio por numerosos médicos, psicólogos, filósofos, sacerdotes y artistas a través del tiempo.

Ya en el año de 1400 A.C. en el Ayur-Veda de la antigua India se describe una condición que podría corresponder a la actual esquizofrenia y para la que recomendaba "meditación" y "técnicas de encantamiento" para su tratamiento.

Durante la Edad Antigua y hasta el siglo XIX, no ocurre nada sobresaliente en el campo de la esquizofrenología.

En el año de 1856, Morel que fue un contemporáneo de Krepelin, introduce el término demencia precoz, para catalogar a un adolescente que era brillante activo y que luego se volvió aislado, apático y callado.

En el año 1868, se introduce el término catatonia para designar un cuadro clínico en el que predomina la tensión motora (muscular) y que posee dos fases: una estuporosa o inhibida (estupor catatónico) y otra excitada (agitación catatónica). Es este mismo año que Sander introduce el término paranoia para catalogar a un grupo de personas en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados.

En 1870, Hecker introduce el término hebefrenia para describir un cuadro de inicio en la adolescencia, en donde hay una perturbación mental y que irremisiblemente conduce al deterioro del individuo.

En 1896, Krepelin utiliza nuevamente el término demencia precoz y hace una descripción de esta condición mental cuya descripción aún tiene vigencia en la actualidad. Pone de manifiesto su inicio temprano, su evolución hacia el deterioro y su oposición a la psicosis maniaco-depresiva en donde éste no existe: Identifica tres subgrupos: paranoide, catatónica y hebefrénica.

En 1911, Bleuler introduce el término esquizofrenia para sustituir al de demencia precoz ya que éste se consideró inexacto porque no siempre conduce al deterioro y el mismo Krepelin aceptaba que un 13% se recuperaban. Esquizofrenia significa mente dividida (mente escindida), poniendo un énfasis mayor en la fragmentación de la personalidad que en la evolución. Para Bleuler la esquizofrenia era la enfermedad de cuatro Aes: autismo, ambivalencia, asociaciones laxas y efecto incongruente.

En 1933, Kasanin introduce el término esquizoafectivo para designar un grupo de esquizofrenias en las que además del trastorno formal de pensamiento, presentan alteraciones afectivas importantes tanto en el sentido de la manía como en el de la depresión.

En 1939, Langfeldt hace distinción entre proceso esquizofrénico que significa para él inicio temprano, una gran desorganización mental y un curso irremisible hacia el deterioro y la reacción esquizofrénica que consiste en un cuadro menos severo, con una personalidad premórbida más adecuada, mejor ajuste social y laboral y capaz de remitir parcial o totalmente sin conducir a un deterioro progresivo.

En 1949., Polatín introduce el término pseudoneurótica para designar un tipo de esquizofrenia en las que el trastorno del pensamiento no era tan sobresaliente, pero se mostraban con un frente de síntomas ansiosos que podían hacer pensar en una neurosis de ansiedad pero que no evolucionaban como ella.

En 1952 en la primera edición del "Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders de la Asociación Psiquiátrica Americana se clasifica a la esquizofrenia como "reacciones esquizofrénicas" y se incluyen los tipos: simple, tipo hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizo-afectivo, tipo infantil y tipo residual.

Zoch, Carlos E, Esquizofrenia: Temas en psiquiatría. Capítulo VI. Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.

Concepto popular.- Se remitió por correo una encuesta a una muestra representativa de adultos británicos. Se preguntó a los participantes: «¿Qué entiende usted por el término "esquizofrenia"?»

Se recibieron 404 cuestionarios completados (índice de respuesta: 81 %). El 42 % de las personas que respondieron señaló al menos uno de los síntomas principales de la esquizofrenia o hizo una descripción que se aproximaba razonablemente a alguna de las características diagnósticas de la esquizofrenia recogidas en la CIE-10.

El 40 % mencionó los términos de personalidad «dividida» o «múltiple».

El 38 % de los encuestados describió alucinaciones auditivas o que los pacientes «oyen voces».

El 15 % mencionó «ideas delirantes» o describió síntomas de pasividad.

Sólo el 6 % de los encuestados mencionó la violencia en su respuesta.

Luty J y otros, Comprensión del término «esquizofrenia» por parte de la sociedad británica. WORLD PSYCHIATRY. 2006 DIC; 4(3).

Esquizofrenia y minorías étnicas.- En un estudio publicado esta semana en la revista 'British Medical Journal' se demuestra que la incidencia de esquizofrenia en minorías étnicas no blancas es mayor cuando estos individuos pertenecen a grupos muy pequeños dentro de la proporción local. El estudio se realizó en Londres y estudió a los individuos diagnosticados de esquizofrenia entre los años 1988 y 1997. Además del grupo étnico al que pertenecían se valoraron aspectos como el status socioeconómico, si los individuos trabajaban, si había hacinamiento, si ganaban poco dinero, si disponían de coche y su nivel educativo. Todas estas variables, junto con la edad y el sexo se consideraron como potenciales confusores. Se hizo el diagnóstico de esquizofrenia a 126 varones y 96 mujeres en ese periodo de tiempo. La edad media de los individuos era 35 años y el 57% de los diagnosticados eran no-blancos. Entre los pacientes blancos 10 habían nacido en la República de Irlanda y 5 fuera de Gran Bretaña. Fuente: La esquizofrenia es más frecuente entre las minorías étnicas. ELMUNDOSALUD.COM Psiquiatría Investigación. 1997

Esquizofrenia y funcionamiento cognitivo.- El objeto del actual estudio fue probar el modelo de Brenner del funcionamiento cognitivo en la esquizofrenia. Se asume que los trastornos cognitivos elementales (atención y codificación) y los trastornos cognitivos complejos (memoria, formación del concepto) se refuerzan. Los trastornos cognitivos se supone que causan efectos perjudiciales sobre el resultado funcional. En el estudio publicado en la revista "Schizophrenia Research" los autores utilizaron la rehabilitación cognitiva como una estrategia para inducir cambios cognitivos en 27 pacientes asignados a los grupos de tratamiento que seguían los módulos cognitivos del Tratamiento Psicológico Integrado (IPT).

Diez pacientes esquizofrénicos sin deterioro cognoscitivo trabajaron como grupo de control. Con solamente un cambio conceptual de menor importancia (substituyendo la formación del concepto por la función ejecutiva, una construcción más comprensiva), encontramos que nuestros datos cuadraban con el modelo de Brenner. Se ha encontrado una relación entre las mejoras neuropsicológicas y los niveles más altos de autonomía y funcionamiento social. Estos resultados tienen implicaciones importantes no solamente para la evaluación cognitiva sino también para seleccionar metas en la rehabilitación cognitiva. Rafael Penadés; Teresa Boget; Rosa Catalán; Miquel Bernardo; Cristóbal Gastó; Manel Salamero, Mecanismos cognitivos, funcionamiento psicosocial, y rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia. SCHIZOPHR RES. 2003 OCT; 63(3):219-227.}

Esquizofrenia y funcionamiento cognitivo.- La esquizofrenia se caracteriza por un deterioro cognitivo global, con grados que varían del déficit en todos los dominios de la capacidad. Puesto que los factores genéticos son importantes en la etiología de la esquizofrenia se investiga si los padres de pacientes esquizofrénicos también demuestran déficit cognitivo, particularmente en esos dominios de la capacidad cognitiva que son más seriamente afectados en estos pacientes. Tanto los padres biológicos de 37 pacientes con la esquizofrenia (sujetos N = 74) y 28 parejas casadas de controles sanos comparados (sujetos N=56) fueron incluidos. Se utilizó una batería cognitiva comprensiva y estandarizada incluyendo pruebas que medían la memoria verbal, el funcionamiento ejecutivo, el lenguaje, la atención, y el funcionamiento psicomotor.

Los padres de pacientes se diferenciaron de las parejas de controles en esas construcciones cognitivas que se consideran generalmente más deterioradas en los pacientes esquizofrénicos, es decir memoria verbal global, habilidad bilateral motora, funcionamiento continuo, y fluidez de palabra. Además, los padres se diferenciaron perceptiblemente de las parejas de controles en algunas otras construcciones cognitivas en las cuales los pacientes demostraron una pequeña pero también significativa diferencia comparada con los controles sanos, es decir habilidades motoras. Los resultados sugieren que las construcciones cognitivas en las cuales los pacientes demuestran relativamente la mayoría de los deterioros severos puedan probarse de modo apropiado como marcadores endofenotípicos en la esquizofrenia.

Melanie C. M. Appels; Margriet M. Sitskoorn; Paul Westers; Elleke Lems; René S. Kahn, Las disfunciones cognitivas en los padres de pacientes esquizofrénicos son paralelas a los déficits encontrados en los pacientes. SCHIZOPHR RES. 2003 OCT; 63(3):285-293.

Esquizofrenia y apatía.- La apatía se considera como uno de los síntomas negativos de la esquizofrenia, pero su historia natural y relación con otras características clínicas no se han estudiado sistemáticamente. El propósito de este estudio transversal publicado en la última edición de la revista "Schizophrenia Research" fue medir el nivel de la apatía en la esquizofrenia y su relación con otros síntomas y resultados funcionales. Para ello los autores evaluaron a veintiocho pacientes esquizofrénicos, que recibieron tratamiento antipsicótico, mediante la Escala de Evaluación de la Apatía. El nivel medio de la apatía en pacientes con la esquizofrenia, según lo evaluado por la Escala era perceptiblemente más alto que entre los sujetos sanos del grupo control. En los pacientes, la apatía no fue correlacionada perceptiblemente con los síntomas positivos o síntomas depresivos. Sin embargo si estuvo correlacionada perceptiblemente con el ítem "abstinencia emocional" en la subescala negativa de la Escala de síntomas Positivos y Negativos pero no estuvo correlacionada con los marcadores totales de la subescala. Los

autores concluyen que la apatía tuvo una relación más alta con el resultado funcional que con otras medidas sintomatológicas, y estuvo independientemente asociada al resultado funcional más allá que a otros síntomas negativos.

Michael Kianga; Bruce K. Christensen; Gary Remington; Shitij Kapur, La apatía en la esquizofrenia: correlatos clínicos y relación con el resultado funcional. SCHIZOPHR RES. 2003 SEP; 63(1):79-88.

Esquizofrenia y ambiente.- La esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de múltiples alteraciones cognitivas. Por ello, es habitual el establecimiento de pautas generales de intervención que aparentemente facilitan el procesamiento de la información por parte del paciente, tales como la realización de terapias en lugares tranquilos y estructurados. En este trabajo se analizan los resultados obtenidos en diferentes pruebas de evaluación neuropsicológica de tres personas diagnosticadas de esquizofrenia con el objetivo de reconocer la importancia de la individualidad de los perfiles cognitivos para optimizar las intervenciones. Algunos pacientes parecen funcionar mejor en ambientes que demandan mayores recursos atencionales que en ambientes menos demandantes.

López Luengo, B. Ambientes tranquilos y estructurados para las personas diagnosticadas de esquizofrenia. Anales de Psiquiatría. 2003; 19(1):29-35.

Esquizofrenia y síntomas prodrómicos.- Existen unos síntomas prodrómicos que pueden anunciar el inicio de las psicosis, entre ellas, la esquizofrenia. Descubrir la diferencia entre los síntomas que conducen a la enfermedad de los que no permitiría identificarlos y empezar a tratar la enfermedad de forma precoz.

Metodología. Análisis retrospectivo de una muestra extraída de la base de datos informatizada de las historias clínicas del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. Esta muestra consta de 689 pacientes esquizofrénicos. Los datos se analizan con el paquete estadístico SPSS versión 9.0.

Resultados. En esta muestra los síntomas prodrómicos más frecuentes son los delirantes, los desorganizados y los neuróticos. Respecto al sexo, los síntomas prodrómicos se distribuyen de forma uniforme. En cuanto al subtipo, los paranoides muestran más síntomas delirantes y los no paranoides presentan más síntomas desorganizados. Los inicios agudos tienen síntomas prodrómicos más delirantes y los insidiosos más desorganizados.

Conclusiones. En las fases prodrómicas de la esquizofrenia también se reflejan las prevalencias neuróticas comunitarias en cuanto al género. La mayor frecuencia de síntomas neuróticos en el subtipo no paranoide se explicaría por la inclusión de la categoría esquizoafectiva, mientras que la mayor frecuencia de síntomas desorganizados se debería a las categorías hebefrénica y simple. Esto último también explicaría las diferencias prodrómicas del tipo de inicio.

L. Rofes; A. Bueno; J. Valero; A. Labad. Estudio retrospectivo de los síntomas prodrómicos en la esquizofrenia. Aceptado Actas Españolas de Psiquiatría. 2003 Feb; 31(1):31-4.

Aspectos genéticos.- Contexto: El uso de los endofenotipos, rasgos biológicos que incrementan la posibilidad de un trastorno, representa una estrategia para facilitar la detección de los genes susceptibles para trastornos del comportamiento complejos tales como la esquizofrenia. Al establecer que un rasgo candidato es hereditario y ligado genéticamente a la esquizofrenia, es integral a su validez como un marcador endofenotípico. Los déficits neurocognitivos se encuentran entre los indicadores más significativos de un riesgo creciente para desarrollar la esquizofrenia; sin embargo, no está claro en qué medida estos déficits genéticos se encuentran ligados al trastorno.

Objetivos: Cuantificar las contribuciones genéticas y ambientales a la variabilidad de las medidas neurocognitivas seleccionadas y estimar la relación genética entre éstos y la esquizofrenia.

Diseño: Modelo genético adecuado a los datos de gemelos monocigóticos y dicigóticos.

Escenario: Instituto de Investigación Psiquiátrica del Reino Unido.

Participantes: 267 gemelos monocigóticos y dicigóticos concordantes y discordantes para la esquizofrenia, y gemelos sanos como grupo control.

Principales Medidas de Resultado: Se estimó la herencia de inteligencia, memoria funcional, velocidad de procesamiento, organización perceptiva y comprensión verbal, y se cuantificó la relación genética entre cada uno de éstos y la esquizofrenia.

Resultados: Las influencias genéticas contribuyeron sustancialmente a todos los dominios cognitivos, sin embargo la inteligencia y la memoria funcional fueron las más hereditarias. Se encontró una correlación significativa entre la inteligencia y la esquizofrenia, con una varianza genética compartida que explicó el 92% de la covarianza entre las dos. Las influencias genéticas también explicaron la mayoría de la covarianza entre la memoria funcional y la esquizofrenia. También se encontró que las porciones de covarianza, pocas pero significativas, entre los otros dominios cognitivos y la esquizofrenia están genéticamente compartidas. Los efectos ambientales, aunque estuvieron ligados por separado a la neurocognición y la esquizofrenia, no contribuyeron de forma general a su covariación.

Conclusión: Las investigaciones genómicas utilizando diseños factoriales que estratifican los niveles de inteligencia y memoria funcional, servirán de ayuda en la búsqueda del locus de rasgos cuantitativos para la esquizofrenia.

Timothea Touloupoulou; Marco Picchioni; Fruhling Rijdsdijk; Mei Hua-Hall; Ulrich Ettinger; Pak Sham; Robin Murria, Coincidencia genética sustancial entre la neurocognición y la esquizofrenia: Modelo genético en muestras de gemelos. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2007 DIC;64(12).

Esquizofrenia y enfermedades médicas.- Introducción: Numerosos trabajos demuestran un aumento de enfermedades médicas en las personas que padecen esquizofrenia. Los fármacos antipsicóticos, junto a sus grandes beneficios, también parece que pueden contribuir a aumentar algunas enfermedades.

Objetivo: Estudiar las enfermedades médicas más frecuentes en un grupo de pacientes esquizofrénicas crónicas, así como estudiar la relación existente con los antipsicóticos que tomaban las pacientes.

Metodología: Población: 66 pacientes diagnosticadas de esquizofrenia según CIE-10. Con una edad media de 57,85 años y con un tiempo medio de internamiento de 27,3 años. Se distribuyeron según tomaran antipsicóticos típicos, atípicos, ambos o ninguno. Material: se recogieron datos de la historia clínica, de las enfermedades más frecuentes y como instrumento evaluativo de la salud física usamos el índice acumulativo de enfermedad (IAE). Método: estudio transversal de carácter descriptivo. El test de la Chi cuadrado y el análisis de la varianza se utilizaron para estudiar la asociación entre el tratamiento recibido, las enfermedades más frecuentes y el IAE.

Resultados: Según el IAE, el total del nº de categorías incluidas arroja una media de 3,36 por paciente, con un índice de gravedad medio por paciente de 1,9. Son destacables los porcentajes siguientes: 72,7% de sobrepeso u obesidad, 28,8% de fumadoras, 27,3% de hipertensión, 18% de diabetes, 90,9% de otras enfermedades y el 30,3% más de dos. No se observó una asociación entre los fármacos que tomaban y las enfermedades más frecuentes.

Conclusiones: Nuestras pacientes presentan una elevada tasa de otras enfermedades médicas: obesidad, hipertensión, diabetes y consumo de tabaco. La toma de fármacos antipsicóticos no parece estar asociada estadísticamente a las enfermedades médicas.

González Pablos, E. ; Alonso del Teso, F. ; Sanguino Andrés, R. ; Rodríguez-Monsalve Herrero, M. ; González Hortigüela, E, Esquizofrenia: enfermedades médicas y antipsicóticos. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2007;23(7).

Aspectos psicosociales en la esquizofrenia.- El manejo psicosocial del paciente esquizofrénico, se inicio en los años 50s para apoyar los logros de la psicofarmacología de una forma integral para disminuir discapacidades y aumentar habilidades conservadas. Liberman (1994) consideró que el diseño de un modelo terapéutico psicosocial tiene tres características: la forma, el modo y el lugar, los objetivos de un programa debe incluir: vulnerabilidad, factores estresantes, disminución de síntomas, y déficit relacionados con la enfermedad, tres aspectos interactúan en un sistema psicosocial: el paciente, las personas y el medio ambiente, siendo importante que el esquizofrénico presenta un déficit en su desarrollo bio-psico-social y por lo tanto del funcionamiento humano, el manejo psicosocial implica un proceso para recuperar habilidades para vivir en una comunidad "interacción de sistemas", el sujeto deberá ser capaz de desempeñar diferentes roles en diferentes épocas de su vida, existen diferentes modelos enfocados a estas metas de maneras diferentes, sin embargo para evaluar la eficiencia de algún modelo psicosocial en la esquizofrenia se requiere considerar diversos aspectos: grado de deterioro por la enfermedad, respuesta farmacológica, consideraciones culturales, económicas, laborales, educativas, familiares, sintomáticas, asistenciales, así como su funcionamiento global premórbido.

Sergio Francisco Kuhliger Osuna, Aspectos psicosociales en la esquizofrenia. Interpsiquis. 2003.

Tratamiento de la esquizofrenia.- Aunque los fundamentos clínicos y administrativos para el uso de guías para el tratamiento de la esquizofrenia son convincentes, su puesta en práctica ha sido lenta. Las propias características de las guías influyen en su puesta en marcha.

Los autores examinan tres guías de amplia distribución y un conjunto de algoritmos para comparar las características que probablemente influyen en la puesta en marcha, incluyendo su grado de rigor científico, comprensión, y aplicabilidad clínica (facilidad de uso, idoneidad, especificidad, y fácil operatividad).

Las tres guías son: «Treatment of Schizophrenia» de la Expert Consensus Guideline Series; la «Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia» de la American Psychiatric Association, y las recomendaciones para el tratamiento de la Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). Los algoritmos son los de la Texas Medication Algorithm Project (TMAP). Los autores describen brevemente las ventajas de cada una de ellas y sugieren los puntos sobre los que podría elaborarse una futura guía.

Karen K. Milner; Marcia Valenstein. Comparación de las guías para el tratamiento de la esquizofrenia. Psychiatric Services (ed esp). 2002 oct;1(3)

Esquizofrenia y funcionamiento cognitivo.- A causa de la heterogeneidad de la esquizofrenia, este estudio investigó los diferentes patrones cognitivos en los distintos subtipos de pacientes esquizofrénicos. Se incluyó a 35 pacientes esquizofrénicos según el Manual Diagnóstico y Estadístico IV (DSM-IV) y a 35 controles sanos. Se clasificó a los pacientes en los subtipos de déficit, desorganizado y positivo con el Inventario para el Síndrome de Déficit (SDS) y la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS). Las funciones ejecutivas/ atencionales se evaluaron con el Test de Clasificación de Tarjetas Modificado

(MCST), un test de fluidez verbal, el Test de Realización de Pistas (TMT) y el Test de Colores- Palabras de Stroop (Test de Stroop). La memoria episódica se exploró por medio del Test de Aprendizaje Verbal de California (CVLT).

El subtipo positivo rendía en el rango normal en algunas pruebas ejecutivas/ atencionales (los test de fluidez y de Stroop) y mnésicas, lo que indica la conservación de buenas destrezas cognitivas. Por contraste, los subtipos de déficit y desorganizado tenían disfunciones mnésicas y ejecutivas/ atencionales importantes comparado con los sujetos sanos. El subtipo de déficit comparado con el grupo de control rindió predominantemente peor en el MCST y en fluidez, mientras que el subtipo desorganizado tenía las puntuaciones más bajas en el TMT y el Test de Stroop.

Este estudio mostró patrones cognitivos distintos en los pacientes con síndrome de déficit, desorganizado y positivo en comparación con los controles, lo que hace pensar en una disfunción cognitiva heterogénea en la esquizofrenia.

P. Brazo; R. M. Marié; I. Halbecq... (et.al), Patrones cognitivos en los subtipos de la esquizofrenia. Eur. Psychiatry Ed. Esp. 2002 OCT; 9(7)

Esquizofrenia y abuso de sustancias.- Diversos estudios que examinaban los efectos del abuso de sustancias en pacientes con esquizofrenia han producido resultados contradictorios. El objeto de esta investigación fue examinar los efectos comórbidos del abuso de sustancias en los síntomas, el funcionamiento social y el uso de servicios en pacientes con esquizofrenia. Para ello se compararon a los pacientes (n=316) con y sin problemas por abuso de sustancias procedentes de tres centros participantes en el Estudio Comórbido Escocés, utilizando entrevistas de investigación y revisiones de casos, medidas de los síntomas, el funcionamiento social y el uso del servicio. Los pacientes con problemas por abuso de sustancias eran más jóvenes, presentaban más probables de ser hombres y tenían una duración más corta de la enfermedad. La presencia del problema por el consumo de sustancias tenía solamente un impacto modesto en la utilización del servicio, en los síntomas o en el funcionamiento social para este grupo de pacientes con esquizofrenia. Esto tiene implicaciones importantes para que el desarrollo del servicio resuelva las necesidades percibidas de este grupo.

Roch Cantwell, Abuso de sustancias y esquizofrenia: efectos sobre los síntomas, el funcionamiento social y la utilización del servicio. American Journal of Psychiatry. 2003. 160(4):324-329.

Esquizofrenia y genética.- El inicio en la niñez de los trastornos psiquiátricos del "adulto" puede deberse en parte, a un riesgo genético más sobresaliente. En este estudio, fueron comparados los índices de los trastornos de espectro esquizofrénico entre padres de pacientes con esquizofrenia de inicio en la niñez y en la etapa adulta y padres de sujetos comparados de la comunidad. Para determinar la presencia de los trastornos del eje I y del eje II asociados a la esquizofrenia, los padres de pacientes con esquizofrenia de inicio en la niñez (95 padres), de pacientes con esquizofrenia al inicio de la etapa adulta (86 padres), y de sujetos comparados (123 padres) fueron entrevistados directamente utilizando instrumentos semiestructurados. Se obtuvo información adicional de otros 19 padres (padres de pacientes con esquizofrenia al inicio de la niñez N = 2; padres de pacientes con esquizofrenia al inicio de la etapa adulta N = 11; padres de sujetos comparados N = 6) utilizando una entrevista de los antecedentes familiares con los mismos instrumentos. Los padres de pacientes con esquizofrenia de inicio en la niñez tenían un riesgo mórbido perceptiblemente más alto de padecer trastornos de espectro esquizofrénico (24,74%) que los padres de pacientes con la esquizofrenia de inicio en la etapa adulta (11,35%), y los padres de ambos grupos de pacientes tenían un mayor riesgo de trastornos de espectro esquizofrénico que los padres de los sujetos comparados (1,55%). Todo esto es constante con la hipótesis que afirma que el inicio de la esquizofrenia en la niñez es debido, por lo menos en parte, a una mayor diátesis familiar para el trastorno.

Rob Nicolson; Frances B. Brookner; Marge Lenane (et.al). Trastornos parentales de espectro esquizofrénico al inicio del trastorno en la niñez y comienzo de la etapa adulta. American Journal of Psychiatry. 2003 Mar; 160(3):490-495.

Predisposición familiar y ajuste premórbido.- Valoramos el funcionamiento premórbido durante la niñez y la adolescencia en 50 personas con esquizofrenia de familias múltiples afectadas, 39 de sus hermanos no afectados, 69 personas con esquizofrenia sin antecedentes familiares de la psicosis, 67 de sus hermanos no afectados y 83 controles. Las personas con esquizofrenia presentaron un ajuste social y académico premórbido más pobre y exhibieron una decadencia entre la niñez y la adolescencia, en comparación con los controles. Los hermanos no afectados de familias múltiples afectadas también presentaron un desempeño académico pobre en la adolescencia, con una decadencia entre la niñez y la adolescencia. Esto puede representar un efecto familiar (presuntamente genético).

Muriel Walshe, Mark Taylor, Katja Schulze, Elvira Bramon, Sophia Frangou, Daniel Stahl, Eugenia Kravariti, Eileen Daly, Paul Fearon, Robin M. Murray and Colm McDonald, Predisposición familiar a la esquizofrenia y ajuste premórbido. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 SEP; 191(3).

Componentes genéticos.- Antecedentes: Los estudios epidemiológicos de la esquizofrenia sugieren que este trastorno tiene un componente genético substancial. Se ha encontrado que las capacidades

cognitivas y sociales, así como los volúmenes de las regiones cerebrales implicadas en el procesamiento de la emoción, se encuentran distribuidos a lo largo de una serie continua al comparar a pacientes, hermanos y controles, con hermanos con índices intermedios.

Objetivos: Establecer si el reconocimiento de la expresión facial se encuentra dañado en hermanos no afectados de pacientes con esquizofrenia.

Método: La emoción y el reconocimiento de género fueron evaluados en un diseño de estudio pre-post de tres grupos de pacientes con esquizofrenia de primer episodio bajo medicación (n=40) y sus hermanos no afectados (n=30), en comparación con controles (n=26).

Resultados: Los pacientes y sus hermanos sanos mostraron un reconocimiento dañado de la emoción, pero con un reconocimiento normal del género en comparación con los controles. El desempeño de los pacientes no mejoró a pesar de la estabilización clínica efectiva.

Conclusiones: El desempeño dañado en los hermanos sanos y la estabilidad temporal en los pacientes, proporciona una evidencia de daño en el reconocimiento de la emoción facial como un fenotipo real de la esquizofrenia.

Benoit Bediou, Fatima Asri, Jerome Brunelin, Pierre Krolak-Salmon, Thierry D'amato, Mohamed Saoud, Imane Tazi, Reconocimiento de la emoción y vulnerabilidad genética para la esquizofrenia. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 AGO; 191(2).

Esquizofrenia y salud física.- Una investigación examinó la salud respiratoria y cardiovascular de personas con enfermedades mentales severas (SMI) y comparar los hallazgos con las encuestas de salud realizadas en Inglaterra. Se realizó la observación en varios centros de 602 pacientes con psicosis (esquizofrenia) llevadas a cabo en seis ubicaciones a lo largo del Reino Unido en un período de veinticuatro meses. Comparadas con sujetos en general de la población, las personas con SMI reportaron tasas más altas de angina y síntomas respiratorios y tenían un funcionamiento pulmonar pobre. Mucho de este riesgo incrementado podría ser explicado por los factores de riesgo del estilo de vida; hubo niveles incrementados de obesidad entre las personas jóvenes con SMI. En conclusión, los factores claves de la salud respiratoria y cardiovascular de las personas con SMI son peores comparadas con aquellas personas de la población en general. Los planes de cuidado deberían priorizar las intervenciones para atenuar factores de riesgo en el estilo de vida. La evidencia de obesidad incrementada en pacientes jóvenes es de particular preocupación, prediciendo una mayor necesidad de salud en el futuro.

Filik R y otros, La salud respiratoria y cardiovascular en los pacientes con esquizofrenia. ACTA PSYCHIATR SCAND. 2006 ABR; 113(4).

Esquizofrenia y enfermedades médicas.- Introducción: Las pacientes que padecen esquizofrenia presentan más enfermedades médicas que las mujeres que no la padecen.

Objetivo: Estudiar las enfermedades médicas presentes en un grupo de pacientes esquizofrénicas y compararlas con la población general.

Población: Un grupo de 66 pacientes esquizofrénicas de 57,85 años de edad media y 27,3 años de media de internamiento.

Material y método: Se recoge la presencia de las enfermedades más frecuentes en nuestras pacientes y se compara con dos recientes estudios en la población general, uno nacional y otro regional.

Resultados: El 18,3% de las pacientes son diabéticas, el 27,3% hipertensas, el 72,7% tienen sobrepeso y el 28,8% son fumadoras. Son cifras superiores a las de las mujeres de los estudios de la población general, sobre todo en diabetes (7,65% nacional y 5,29 regional) y sobrepeso (56,18% nacional y 41,64% regional).

Conclusiones: Las pacientes esquizofrénicas presentan una elevada tasa de diabetes, hipertensión, obesidad y consumo de tabaco. Superior a las mujeres no esquizofrénicas. E incluso con el aumento de edad estas diferencias se mantienen.

González Pablos, E. / Alonso del Teso, F. / Sanguino Andrés, R, Enfermedades médicas en esquizofrenia y comparación con la población normal. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2007; 23(1).

Generalidades.- Hacia 1850 Morel habla por primera vez de 'demencia precoz' para referirse a una inquietante detención de las facultades intelectuales, antes brillantes. En años siguientes se delimitan la 'hebefrenia' y la 'catatonía' como cuadros aparte, pero luego se integrarán como formas clínicas de la esquizofrenia, cosa que hace Kraepelin hacia 1893. Este psiquiatra delimita así cuatro formas clínicas: 'simple', 'hebefrénica', 'catatónica' y 'paranoide', incluyendo dentro de esta última a las parafrenias, aunque luego en 1912 la separará como entidad aparte de la esquizofrenia. Una persona puede tener rasgos de esas diversas formas clínicas, y entonces el pronóstico es más favorable.

Kraepelin delimita el campo de la psiquiatría en lo demencial y lo psicótico. Lo demencial tiene base orgánica y suele comenzar con problemas de memoria. En cambio en la demencia precoz no hay alteración de la memoria ni un déficit del entendimiento (aunque sigue usando el término 'demencia' en demencia precoz). A esta demencia precoz Bleuler la llamó luego 'esquizofrenia', y se asignó tres características fundamentales: disociación de ideas, ambivalencia y autismo. El 'delirio autístico' implica que el esquizofrénico vive encerrado en su mundo, desconectado de los demás.

A diferencia de la paranoia, en la esquizofrenia hay una ruptura marcada con la personalidad anterior, cosa que no se ve tanto en la forma simple, que tiene comienzo más insidioso. Se suelen describir cuatro formas de comienzo de la enfermedad: 'delirante' (en la esquizofrenia paranoide), 'melancólico', 'confusional' y 'excitado', pero siempre implica una ruptura con la personalidad anterior. El comienzo excitado puede confundirse con una manía, que es distinto.

En general, el esquizofrénico tiene una afectividad paradójica: puede ser indiferente o muy irritable. Suelen ser abúlicos: no tienen proyectos o esperanzas, y son más bien monótonos (a diferencia de la paranoia, donde hay una actitud de lucha).

En la esquizofrenia hay también trastornos de la percepción, del pensamiento y del lenguaje, ya vistos antes (ver). Son típicas las alucinaciones auditivas, y también aparecen alucinaciones psíquicas, las cenestésicas y las extracampiles.

Como trastornos del pensamiento, son importantes la disgregación y la interceptación. La enfermedad suele comenzar con una vivencia de despersonalización, que el paciente adjudica a causas corporales, y de allí que se ocupa de sus órganos. Aparece también el 'signo del espejo', que implica no poder reconocerse en éste.

Como trastornos del lenguaje hay muchos y variados, y entre ellos las pararrespuestas, la estereotipia, los neologismos, etc.

Retomando las cuatro formas clínicas, en primer lugar está la *hebefrénica*, que comienza en la adolescencia y aparece tanto en varones como en mujeres, mientras que la forma paranoide es más tardía, entre 20-30 años. La hebefrenia suele incluir trastornos hipocondríacos, y puede tener un comienzo melancólico o excitado, pero evoluciona siempre deficitariamente.

La forma *simple* tiene comienzo insidioso: a lo sumo pueden verse algunas conductas extravagantes, y pueden pasar desapercibidos. Sus delirios son muy pobres, a diferencia de las otras donde los delirios son más ricos en contenido.

La forma *catatónica* se caracteriza por su sintomatología psicomotora: por la tiesura de los músculos se la llamó locura de la rigidez. Esta rigidez muscular aumenta por estímulos exteriores. Una forma de catatonía es la catatonía estuporosa: el estupor es una alteración de la conciencia que puede durar meses: están quietos, tirados en la cama, sin dormir, comer o hablar, no obstante lo cual persiste la actividad psíquica en forma de alucinaciones o delirios. Del estado catatónico pueden salir con crisis de excitación donde se fugan y vagabundean, abandonando sus actividades. Típico de la catatonía es también la obediencia automática: hace todo lo que le sugieren: se habla de una 'flexibilidad cérea' donde el paciente adopta la forma que le imprimen de afuera (le levantan un brazo y se queda con el brazo en alto, incluso durante horas).

La forma *paranoide* es la de aparición más tardía y, en general, no tiene evolución deficitaria: es la forma delirante por excelencia. El delirio es 'robusto y persistente' pero deshilvanado, es decir, polimórfico.

Condensado de López Susana y Hemmingsen Isabela, Trastornos de la percepción y el pensamiento. Clases de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Setiembre/Octubre 1995.

Esquizofrenia y factores sociales. - "El psicólogo y director de Psicología Clínica en la Universidad de Auckland (Nueva Zelanda) John Read ha afirmado, en una entrevista, que la esquizofrenia no es una enfermedad, sino que está causada socialmente. Read ha visto recientemente traducido al español el libro "Modelos de locura, del cual es coeditor y autor de algunos textos, y que ha sido polémico y celebrado a partes iguales.

La tesis más espectacular de Read es la que relaciona esquizofrenia y abusos físicos y sexuales, tanto en la infancia como en la edad adulta, hasta el punto de que, según los estudios comparados de este psicólogo, dos tercios de los pacientes psicóticos han sufrido abusos. Read insiste en que ésta es, sin duda, una causa importante, pero "no es la única", sino que es una forma de enfatizar las causas sociales, en detrimento de la teoría de la influencia genética que se habían sostenido hasta hoy.

Otra idea de Read que ha hecho temblar los cimientos de la psicología clásica es el cuestionamiento del uso de medicamentos en los tratamientos contra la psicosis. "Distintas personas necesitan distintas cosas", asegura, "y no estamos dando ninguna elección".

El psicólogo neozelandés, que asegura que "no soy anti-medicamentos, soy anti-profesionales que no seleccionan el tratamiento en función del paciente", explica que para mucha gente el mayor problema es "algún lugar para vivir, o un poco más de dinero".

John Read aún tiene otro dato rompedor que revelar: se curan más esquizofrénicos en los países en vías de desarrollo que en los países occidentales. En occidente, con todos nuestros medicamentos, las tasas de recuperación son de un tercio, mientras que en el Tercer Mundo son de dos tercios, explica el psicólogo.

No sabemos del todo qué diferencia hay, confiesa John Read, "pero seguramente tiene que ver con menos estigma, más apoyo familiar y que allí nadie dice que hay que temer a los locos".

El psicólogo John Read afirma que la esquizofrenia no es una enfermedad, sino que está causada socialmente.

ESTRELLA DIGITAL. 2006 SEP.

Esquizofrenia y trabajo.- "Objetivo: Desarrollar una escala autoaplicable de las experiencias subjetivas de percepción de enfermedad que impactan en el funcionamiento laboral, como alternativa a la perspectiva diagnóstica para anticipar las necesidades de asistenciales de vocación de personas con esquizofrenia o con trastorno esquizoafectivos. *Método:* Un estudio piloto de medidas repetidas ($n_1 = 26$, $n_2 = 21$) de una comunidad con esquizofrenia identificó un grupo de experiencias subjetivas relativas a la percepción del desarrollo del trabajo. Los ítems con las mejores propiedades psicométricas fueron aplicados en una encuesta longitudinal de doce meses en residentes urbanos con esquizofrenia o con trastorno esquizoafectivo ($n_1 = 104$; $n_2 = 94$; $n_3 = 94$). *Resultados:* Se produjeron resultados favorables en la validez de constructo, estructura del factor, respuesta, consistencia interna, estabilidad e investigaciones de validez de criterio. Las experiencias subjetivas relacionadas con el trabajo aportan información sobre la situación de la persona, el trastorno, y las expectativas del desarrollo del empleo, las cuales contribuyen como nuevas oportunidades para los profesionales vocacionales para explorar y discutir las necesidades asistenciales individuales. *Conclusión:* Se recomienda llevar a cabo nuevas investigaciones psicométricas de fiabilidad test-retest, validez predictora y discriminativa, investigación en empleo y en rehabilitación vocacional. Sujetas a propiedades psicométricas adecuadas, las nuevas medidas prometen facilitar la exploración de las experiencias subjetivas específicas individuales, cómo cada uno es percibido para contribuir a las singularidades del empleo y las correspondientes implicaciones para el tratamiento especializado, las intervenciones vocacionales y la adaptación al lugar de trabajo".

Waghorn G y otros, Las experiencias subjetivas en el trabajo en pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. FUENTE: AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2005 ABR; 39(4)

Esquizofrenia y depresión.- Objetivo: Medir prospectivamente el nexo entre los síntomas depresivos y los resultados funcionales en el tratamiento a largo plazo de las personas con esquizofrenia.

Métodos: Los datos se obtuvieron de un estudio prospectivo, grande, multi-sitio, naturalista y observacional, de tres años, en el cual los sujetos con esquizofrenia fueron valorados al enrolarse en el estudio y después en intervalos de doce meses. Aquellos individuos "depresivos" (definido como un índice total ≥ 16 en la escala de valoración de la depresión de Montgomery-Asberg) al inicio del estudio, fueron comparados con aquellos "no depresivos" en resultados funcionales, utilizando medidas de autoinforme, clasificaciones de los doctores, y en información de expedientes médicos. Los análisis estadísticos incluyeron la Ecuación de Estimación Generalizada y análisis de regresión mixtos, ajustados según las características individuales. Se argumentaron las comparaciones longitudinales grupales en los tres años del estudio con una comparación grupal seccional transversal al inicio del estudio.

Resultados: Al inicio del estudio, un 39.4% (877/2228) de los participantes fueron clasificados como depresivos. Durante el estudio de tres años, la cohorte depresiva fue significativamente más probable a utilizar servicios médicos mentales relacionados a la recaída (servicios psiquiátricos de emergencia, sesiones con psiquiatras); a ser un problema de seguridad (violencia, arresto, víctimas, suicida); tener mayores problemas relacionados con el abuso de sustancias; y reportar una pobre satisfacción con la vida, calidad de vida, desempeño mental, relaciones familiares, y adhesión a la medicación. Además, los cambios en el status depresivo estuvieron asociados con los cambios en los resultados funcionales.

Conclusiones: Las personas con esquizofrenia y síntomas depresivos concurrentes tienen resultados funcionales a largo plazo más pobres en comparación a los no depresivos. Su calidad de vida es pobre, hacen un mayor uso de los servicios médicos mentales, y tienen un mayor riesgo de involucrarse con las agencias de aplicación de la ley, subrayan la necesidad de intervenciones de tratamiento especiales. El tratamiento de las dimensiones no psicóticas de la esquizofrenia es una parte crítica de la recuperación.

Robert R. Conley, Haya Ascher-Svanum, Baojin Zhu, Douglas E. Faries, Bruce J. Kinon, Efecto de los síntomas depresivos en el tratamiento a largo plazo de pacientes con esquizofrenia. SCHIZOPHR RES. 2007 FEB; 90(1).

Detección temprana.-La investigación relativa a la evolución temprana de la esquizofrenia ha permitido identificar una fase prodrómica prepsicótica (duración media: 4,8 años) y una prefase psicótica (duración media: 1,3 años). Las comparaciones entre muestras apareadas por separado han puesto en evidencia síntomas prodrómicos comunes a la esquizofrenia y a la depresión de grados moderado y grave. La distinción entre una psicosis y un trastorno del estado de ánimo no es posible hasta que aparecen los síntomas positivos. En ambas enfermedades la fase prodrómica temprana produce una alteración funcional inicial, con las consecuencias sociales correspondientes. Por lo tanto, la intervención temprana tiene una gran relevancia en salud pública. Esta intervención se dirige hacia los síntomas manifiestos y no hacia el proceso patológico subyacente, todavía desconocido. La aplicación de la terapia cognitivo-conductual en la fase prodrómica prepsicótica parece influir de manera favorable en la evolución a corto plazo de la enfermedad. En la prefase psicótica, la combinación de dicha terapia con la administración de dosis bajas de fármacos antipsicóticos parece tener una cierta eficacia. El objetivo del diagnóstico temprano con los instrumentos considerados en este artículo es la identificación del mayor número posible de personas con riesgo en las fases lo más tempranas posibles, así como la aplicación del tratamiento apropiado.

Häfner H y Maurer K, Detección temprana de la esquizofrenia: datos actuales y perspectivas futuras. WORLD PSYCHIATRY. 2006 DIC; 4(3).

Esquizofrenia y salud física.- Los pacientes esquizofrénicos presentan una tasa elevada de morbilidad de otras enfermedades médicas, particularmente: obesidad, diabetes, hipertensión, consumo de tabaco y otras sustancias, etc. Así mismo, presentan una conducta más pasiva, aislamiento social y contactos deficientes con los servicios sanitarios.

Se estudió la comorbilidad y la conducta de salud de un grupo de pacientes esquizofrénicos, crónicas e institucionalizados.

Población: 66 pacientes diagnosticadas de esquizofrenia según CIE-10. Con una edad media de 57,85 años y con un tiempo medio de internamiento de 27,3 años.

Material: se recogieron datos de la historia clínica y como instrumento evaluativo de la salud física usamos el Índice Acumulativo de Enfermedad (IAE). Se utilizó también la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y la Escala de Impresión Clínica Global (CGI).

Método: estudio transversal de carácter descriptivo.

Resultados: La puntuación media de la EEAG es de 34,24 y según la CGI el 89,4% de las pacientes son severa o extremadamente enfermas. Según el IAE, el total del número de categorías incluidas arroja una media de 3,36 por paciente, con un índice de gravedad medio por paciente de 1,9. En cuanto a las enfermedades más habituales destacan las de sistemas: cardíaco, vascular y endocrinometabólico. La demanda de asistencia sanitaria está elevada. La conducta es muy deteriorada, con un número importante de pacientes que no reciben visitas, o no salen, o no participan en programas terapéuticos.

Conclusiones: Nuestras pacientes presentan una elevada tasa de otras enfermedades médicas: obesidad, hipertensión, diabetes, consumo de tabaco. Así como una conducta muy pasiva y deteriorada.

González Pablos E y otros, Estado de salud de un grupo de pacientes esquizofrénicas crónicas internadas. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2006; 22(3).

Esquizofrenia: diferencias culturales.- Los estudios transculturales sobre la esquizofrenia se han centrado en comprobar las diferencias epidemiológicas, clínicas o evolutivas de los pacientes esquizofrénicos en diversas culturas. El acercamiento que aquí se hace parte de la hipótesis de que el núcleo básico de la esquizofrenia, más ligado al componente genotípico, tendría que ser común en todas las culturas y, por tanto, sus manifestaciones clínicas tendrían que ser similares en diferentes culturas. Se analizan dos grupos, cada uno de 30 pacientes esquizofrénicos, nacidos en la provincia de Sevilla (grupo andaluz) y en la provincia de Fez (Marruecos), grupo marroquí. El instrumento utilizado es el Inventario Psicopatológico de Frankfurt (IPF).

Resultados: Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que ambos grupos se diferencian en las alteraciones cognitivas y son similares en las alteraciones emocionales y de automatismo.

Conclusiones: Se desprende de estos resultados que el núcleo básico de la esquizofrenia residiría más en los componentes emocionales y de automatismo, que en las áreas cognitivas.

Camacho Laraña M y otros, Esquizofrenia: diferencias culturales. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2006; 22(1).

Esquizofrenia según el género.- La prevalencia e incidencia de la esquizofrenia es aproximadamente igual para hombres y mujeres, sin embargo existen diferencias de género en varios aspectos de la enfermedad como son: edad de comienzo, fisiopatología, síntomas, curso y respuesta al tratamiento. Estas diferencias de género sugieren la posibilidad del papel clave que desempeñan las hormonas gonadales, concretamente los estrógenos en la enfermedad así como la posible aplicación terapéutica de los mismos. Varios estudios han considerado la posibilidad de añadir estrógenos en el tratamiento de las pacientes esquizofrénicas cuyos síntomas están claramente relacionados con las fluctuaciones de los niveles hormonales durante el ciclo menstrual o en aquellas pacientes con formas resistentes al tratamiento convencional. Actualmente es un tema polémico, ya que el uso de la THS (Terapia Hormonal Sustitutiva) esta siendo cada vez más restringido, siendo fundamental sopesar los beneficios/ riesgos de la misma.

Juan de Dios Molina; S. González; M. Cuartero; N. Parga; C. Andrade; H. Blasco; I. Lerma, Esquizofrenia: del género a la diferencia. REVISTA NORTE DE SALUD MENTAL. 2008 FEB;7(30).

Esquizofrenia de inicio en infancia y adolescencia.- La esquizofrenia es uno de los trastornos psiquiátricos más devastadores que afectan a niños y adolescentes. La evidencia apoya la idea de que la esquizofrenia en infancia y adolescencia muestra una continuidad con la forma adulta del trastorno a nivel de síntomas, curso clínico y neurobiología subyacente. En este estudio hacemos una revisión bibliográfica sobre la esquizofrenia de inicio en la infancia y adolescencia. Se han recogido los datos utilizando los artículos publicados los últimos cinco años en las revistas de mayor impacto incluidas en bases de datos bibliográficas.

Actualmente no existen categorías diagnósticas específicas de la infancia y adolescencia distintas a las de los adultos, siendo las diferencias fundamentalmente cuantitativas. La esquizofrenia de inicio en la infancia y adolescencia se caracteriza por un pobre funcionamiento premórbido y precoces retrasos del

desarrollo, siendo más frecuentes y persistentes los síntomas negativos en la fase prodrómica y los síntomas afectivos. Los fenómenos de pasividad, trastornos formales del pensamiento y los delirios son menos frecuentes.

Evolución del concepto de esquizofrenia en infancia y adolescencia.- Tanto Kraepelin como Bleuler creían que la esquizofrenia se presentaba de forma similar, aunque con menor frecuencia, durante la infancia y la adolescencia. Kraepelin (1919) encontró que el 3.5 % de los casos de demencia precoz se daban por debajo de los 10 años y remarcó que los casos de inicio en la infancia tenían un inicio insidioso. Bleuler (1911/1950) sugirió que alrededor del 5 % de los casos de esquizofrenia tenían su inicio antes de los 15 años.

En el siglo XX se estableció un debate a cerca de cómo categorizar mejor la esquizofrenia en la infancia. Durante el primer tercio del siglo XX predominaron las visiones de Kraepelin y Bleuler. Durante este periodo, la esquizofrenia en niños y adultos fue considerado esencialmente el mismo trastorno con una sintomatología similar en términos generales. En los años 30, sin embargo, coincidiendo con la emergencia de la psiquiatría infantil como una disciplina a parte, se propuso una visión "unitaria" y alternativa de la psicosis infantil que incluía los conceptos actuales de autismo, esquizofrenia, trastorno esquizotípico de la personalidad y trastorno límite de la personalidad (Potter 1933; Fish & Rivito 1979). Esta amplia definición de la "esquizofrenia infantil" dominó el segundo tercio del s.XX. Desde mediados de los años 30 hasta los años 70 los conceptos de autismo y esquizofrenia infantil fueron sinónimos, considerándolos, junto a otros trastornos del desarrollo, como manifestaciones precoces de la esquizofrenia del adulto. Así se mantuvo hasta el DSM-II y la CIE-8, en los que se estableció el grupo de psicosis de inicio en la infancia y en los que se consideraba al autismo con una categoría separada de la esquizofrenia infantil.

Kolvin (1971) y Rutter (1972) demostraron que el autismo y la esquizofrenia de inicio en la infancia se podían diferenciar en términos de edad de inicio, fenomenología e historia familiar. No obstante, en el último tercio del s.XX se volvió a la idea de que había que definir la esquizofrenia en niños y adolescentes usando los criterios diagnósticos del adulto sin modificaciones. Visión que fue aprobada por el DSM-III y la CIE-9 y que se ha mantenido en el DSM-IV.

Características clínicas.- La esquizofrenia de inicio en la infancia y la adolescencia se caracteriza por un pobre funcionamiento premórbido y precoces retrasos del desarrollo (Alaghband-Rad et al. 1995; Hollis 1995). En esquizofrenia de inicio en infancia y adolescencia aproximadamente un tercio de los casos presentan dificultades significativas en el desarrollo social afectando a la habilidad para hacer y mantener amigos (Hollis 1995).

Procesos activos del neurodesarrollo durante el periodo de la adolescencia han sido hipotetizados como participantes en el deterioro del funcionamiento asociado al inicio de la esquizofrenia. Recientes trabajos realizados con gemelos y familias indican que algunas de las alteraciones en el funcionamiento y la estructura cerebral en la esquizofrenia están mediadas genéticamente y también aparecen en parientes de primer grado no afectados por la enfermedad.

El CI premórbido parece ser menor en los casos de esquizofrenia de inicio en la infancia y la adolescencia que en la forma adulta del trastorno.

En la esquizofrenia de inicio en la infancia y la adolescencia son más frecuentes y persistentes los síntomas negativos en la fase prodrómica.

Muchos de los adolescentes con trastornos psicóticos no sólo tienen síntomas psicóticos sino también síntomas depresivos, que ocurren especialmente durante el primer episodio y son más severos. Sin embargo, es cuestionable si los trastornos del sueño, el retardo psicomotor y los problemas de atención en psicosis se relacionan con síntomas depresivos o bien con síntomas negativos.

En los primeros brotes de esquizofrenia son más frecuentes los síntomas afectivos (ánimo lábil).

En este grupo de edad los síntomas de las psicosis afectivas son muy similares a los de las psicosis esquizofrénicas, lo cual hace que la enfermedad presente un alto porcentaje de infradiagnóstico y lleva a una limitada estabilidad de las clasificaciones.

Los fenómenos de pasividad, trastorno formal del pensamiento e incoherencia son menos frecuentes. También son menos frecuentes los delirios y menos complejos, además de que la temática delirante es adecuada a la edad.

Moreno Menguiano C y otros, Psicosis tempranas. Esquizofrenia de inicio en infancia y adolescencia. INTERPSIQUIS. 2007.

Remisión.- "Resumen: Objetivo: Se han propuesto criterios de remisión de la esquizofrenia, que consisten en un criterio temporal y un criterio de remisión de los síntomas. Con los datos longitudinales de un grupo representativo de pacientes (n = 317; seguimiento mediano: 1.132 días), se investigó la validez del criterio de remisión sintomática.

Método: En un grupo de 145 pacientes que cumplían el criterio de remisión sintomática en la evaluación inicial y en un grupo de 172 pacientes que no lo cumplían en la evaluación inicial, se evaluó el cambio del estado de remisión a lo largo del tiempo en relación con cambios en diferentes criterios funcionales.

Resultados: En ambos grupos, el cambio a lo largo del tiempo en el criterio de remisión sintomática se asoció a cambios importantes en las necesidades no satisfechas, en las puntuaciones en la Escala de

Evaluación de la Actividad Global, en la satisfacción con los servicios sanitarios y, en menor grado, en la calidad de vida. El hecho de modificar el criterio de remisión sintomática para que incluyera la depresión y el fenómeno del suicidio no afectó a los resultados.

Conclusiones: El criterio de remisión sintomática propuesto tiene validez clínica y comporta un equilibrio adecuado entre parquedad e inclusividad”.

Van Os J y otros, Validación de los criterios de remisión de la esquizofrenia. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2006 NOV; 163(11).

Esquizofrenia y volumen cerebral.- En pacientes con esquizofrenia se sabe que los volúmenes cerebrales son más pequeños que en el resto de la población, concretamente en las estructuras de materia gris y el lóbulo temporal. Aunque varios estudios han investigado los volúmenes cerebrales en parientes no psicóticos de pacientes con esquizofrenia, los resultados han sido inconsistentes.

Heleen B. M. Boos, MS; André Aleman, PhD; Wiepke Cahn, MD, PhD; Hilleke Hulshoff Pol, PhD; René S. Kahn, MD, PhD, Los volúmenes cerebrales en los parientes de pacientes con esquizofrenia. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2007 MAR; 64(3).

Intervención precoz.- “Son muchos los estudios que en los últimos quince años han demostrado la efectividad de los programas de intervención precoz en la esquizofrenia y su impacto sobre el pronóstico de la enfermedad. De hecho, la intervención preventiva en la fase prodrómica y posterior al primer episodio se ha convertido en una de las líneas principales de investigación y de aplicación clínica para el abordaje de la esquizofrenia. Durante la fase inicial de la esquizofrenia, quedan paralizadas muchas áreas de actividad y relacionales a las cuales el paciente deberá enfrentarse durante la fase de recuperación. Su grado de motivación en esta fase será de vital importancia para el tratamiento. En el presente trabajo se presenta una revisión y algunas consideraciones a cerca de las intervenciones motivacionales en la esquizofrenia”.

Carol Palma Sevillano, Núria Farriols Hernando, Jordi Cebrià Andreu y Jordi Segura Bernal, Las intervenciones motivacionales en el tratamiento psicoterapéutico de la fase inicial de la esquizofrenia. PAPELES DEL PSICÓLOGO. 2007 JUN; 28(2).

Antecedentes infantiles.- Resumen: Antecedentes: Se ha sugerido que las anomalías del crecimiento son un precursor de la esquizofrenia, pero los estudios anteriores no han valorado los patrones de crecimiento utilizando medidas repetidas. Objetivos: Valorar la asociación entre los patrones de crecimiento a edad temprana/finales de la niñez y el riesgo de esquizofrenia. Métodos: Utilizando datos prospectivos recogidos de una cohorte de nacimiento (nacida entre 1959-1967), se analizaron las medidas de altura, peso e índice de masa corporal (IMC) para comparar patrones de crecimiento a edad temprana y a finales de la niñez en 70 individuos con trastorno del espectro de la esquizofrenia (SSD) y 7710 sin dicho trastorno.

Resultados: Para las mujeres, el crecimiento en el grupo SSD fue aproximadamente 1 cm/año más lento a edad temprana ($P<0.01$); pero no se observó ninguna asociación en los hombres. El crecimiento a finales de la niñez no estuvo asociado al SSD. Los patrones de peso no estuvieron asociados al SSD, sin embargo se observó un cambio más lento en el IMC en el grupo SSD a finales de la niñez.

Conclusiones: La asociación entre un crecimiento más lento a edad temprana y la esquizofrenia en mujeres, sugiere que los factores responsables de la regulación del crecimiento pueden ser importantes en la patogénesis del trastorno esquizofrénico.

Megan A. Perrin, Henian Chen, David E. Sandberg, Dolores Malaspina, Alan S. Brown, Trayectoria del crecimiento en los primeros meses de vida y el riesgo de esquizofrenia en la edad adulta. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 DIC;191(6).

Esquizofrenia y experiencias prenatales.- Contexto. La mayoría de las sociedades cree que el estado psicológico de una madre puede influir a su bebé en su estado prenatal. Constantemente los eventos de vida adversos severos durante el embarazo han sido asociados a un alto riesgo de bajo peso y a nacimientos prematuros. También, tales eventos durante el primer trimestre han sido asociados a un riesgo de malformaciones congénitas. Objetivo. Valorar el efecto de una exposición maternal prenatal en descendientes, a una medida objetiva de estrés sobre el riesgo de neurodesarrollo adverso, específicamente de esquizofrenia. La hipótesis fue que existiría una relación estrecha a las exposiciones maternas durante el primer trimestre. Diseño. Estudio poblacional. Escenario. Dinamarca. Participantes. En una cohorte de 1.38 millones de nacimientos daneses de 1973 a 1995, las madres fueron consideradas expuestas si uno (o más) de sus parientes cercanos murió o fue diagnosticado con cáncer, infarto de miocardio agudo, o síndrome de apoplejía hasta 6 meses antes de la concepción o durante el embarazo. Se dio seguimiento a los descendientes desde su décimo aniversario hasta su muerte, migración, inicio de esquizofrenia; las admisiones fueron identificadas por la vinculación con el Registro Central de Psiquiatría. Principal Medida De Resultado. Esquizofrenia. Resultados. El riesgo de esquizofrenia y trastornos relacionados incrementaron en descendientes cuyas madres estuvieron expuestas a la muerte de un pariente durante el primer trimestre (riesgo relativo ajustado, 1.67 [intervalo de la confianza 95%, 1.02-2.73]). La muerte de un pariente durante otros trimestres o hasta 6

meses antes del embarazo no estuvo ligada a un alto riesgo de esquizofrenia. Conclusiones. Nuestro estudio poblacional sugiere que el estrés severo en una madre durante el primer trimestre puede alterar el riesgo de esquizofrenia en los descendientes. Este hallazgo es consistente con evidencia ecológica de poblaciones enteras expuestas a factores de estrés severos y sugiere que el ambiente puede influir en el neurodesarrollo en el interfaz feto-placentario-maternal.

Ali S. Khashan; Kathryn M. Abel; Roseanne McNamee; Et al, Riesgo mayor de esquizofrenia en descendientes después de una exposición maternal prenatal a acontecimientos de vida adversos severo. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2008 FEB; 65(2):146-152.

Generalidades.- La esquizofrenia sigue siendo uno de los trastornos mentales más misteriosos y costosos en términos de sufrimiento humano y gastos sociales. Aquí, nos centramos en los desarrollos en biología, epidemiología y farmacología de la esquizofrenia y proporcionamos un marco sindrómico en el que estos aspectos se puede entender juntos.

Los síntomas suelen aparecer en la adolescencia y la adultez temprana (o en el inicio de la etapa adulta). La incidencia de la enfermedad varía considerablemente a través de lugares y grupos migratorios, así como los síntomas, el curso y la respuesta al tratamiento a través de los individuos. La vulnerabilidad genética es compartida en parte con el trastorno bipolar y los recientes descubrimientos de genética molecular indican también una superposición con los trastornos del desarrollo como el autismo.

El diagnóstico de la esquizofrenia se asocia con alteraciones demostrables en la estructura cerebral y cambios en la neurotransmisión de la dopamina, estando esta última directamente relacionada con las alucinaciones y delirios.

Los tratamientos farmacológicos, que bloquean el sistema de la dopamina, son eficaces para los delirios y las alucinaciones, pero no tanto para desactivar los deterioros cognitivos y motivacionales. Las intervenciones específicas profesionales y psicológicas, en combinación con la medicación antipsicótica en un contexto de tratamiento comunitario, puede mejorar el resultado funcional, pero no están ampliamente disponibles.

100 años después de ser llamado así, la investigación está empezando a comprender los mecanismos biológicos que subyacen a los síntomas de la esquizofrenia y los factores psicosociales que moderan su expresión. Aunque los tratamientos actuales proporcionan un control más que una cura, la hospitalización a largo plazo no es necesaria y el pronóstico es mejor que lo que tradicionalmente se asume.

Jim van Os; Shitij Kapur. Esquizofrenia. THE LANCET. 2009 AGO; 374(9690):635-645.

El concepto de esquizofrenia.- Todos los clínicos que atendemos a personas con esquizofrenia somos maestros, puesto que enseñamos a los pacientes y a sus familias acerca de la enfermedad y su tratamiento. ¿Qué debemos decirles, pues? ¿Qué clase de enfermedad es la esquizofrenia?

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association, la esquizofrenia se clasifica como un trastorno psicótico, y el modelo que los clínicos describen con mayor frecuencia es el de un trastorno psicótico que se debe principalmente a una función anormal de la dopamina. Este modelo ha dominado las ideas acerca del trastorno durante décadas. Aunque la dopamina desempeña un papel central en el mecanismo de acción de los antipsicóticos actuales, hay otros sistemas de neurotransmisores que desempeñan un papel importante en la fisiopatología de la psicosis.

Si se hubieran introducido antes agentes terapéuticos con otro mecanismo de acción, la teoría de la dopamina no habría dominado las ideas acerca de la enfermedad como actualmente sucede. En pocas palabras, la simple ecuación de esquizofrenia = anomalía de la dopamina = psicosis es en cierto modo una aberración histórica, y se debe a que los antagonistas de la dopamina fueron el primer tratamiento del que se dispuso de clara evidencia de eficacia y durante muchos años han sido (aparte de la posible contribución de la serotonina a su eficacia) la única clase de fármacos con tal evidencia disponible. Compárese esta situación con, por ejemplo, el tratamiento de la hipertensión, para la que hemos dispuesto de diuréticos, bloqueadores beta, inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina y otros fármacos...

Brian Kirkpatrick El concepto de esquizofrenia. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2009 SEP; 2(3):105-107.

Coordinación motora infantil y trastornos del espectro de la esquizofrenia en la edad adulta.-

Objetivo: Los autores examinaron si las dificultades de la coordinación motora evaluadas en la niñez predicen los resultados del espectro de la esquizofrenia posteriores en la edad adulta.

Método: Se administró un examen neurológico estandarizado infantil a una muestra de 265 niños daneses en 1972, cuando los participantes tenían 10-13 años. La información de diagnóstico adulta estaba disponible para 244 miembros de la muestra. Los participantes se dividieron en tres grupos: niños cuyas madres o padres tenían un diagnóstico psiquiátrico hospitalario de esquizofrenia (N=94); niños que tenían al menos un padre con un expediente psiquiátrico de hospitalización por un trastorno no psicótico (N=84); y niños con padres sin expedientes de hospitalización psiquiátrica (N=66). Se evaluaron los resultados psiquiátricos de los descendientes a través de entrevistas psiquiátricas en 1992 cuando los participantes tenían 31-33 años de edad, así como también con una búsqueda de registros psiquiátricos nacionales completados en mayo de 2007.

Resultados: Los niños que desarrollaron un trastorno del espectro de la esquizofrenia en una etapa posterior (N=32) exhibieron puntuaciones significativamente más altas en una escala de déficits de coordinación en comparación con aquellos que no desarrollaron una enfermedad mental en esta categoría (N=133).

Conclusiones: Los resultados de este estudio proporcionan un apoyo adicional para la hipótesis del neurodesarrollo de la esquizofrenia y subrayan el papel potencial de las anomalías del cerebelo y/o ganglios basales en la etiología y fisiopatología de la esquizofrenia.

Jason Schiffman; Holger J. Sorensen; Justin Maeda... (et.al), Coordinación motora infantil y trastornos del espectro de la esquizofrenia en la edad adulta. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2009 SEP; 166(9):1041-1047.

Esquizofrenia y trastorno bipolar.- **Objetivos:** En la esquizofrenia, se hace una distinción entre la psicosis con deterioro del desarrollo y cognitivo por un lado y la psicosis sin deterioro del desarrollo y síntomas positivos por otro. En este estudio, investigamos si este modelo puede extenderse al trastorno bipolar evaluando la hipótesis de que el funcionamiento neurocognitivo está inversamente relacionado con síntomas psicóticos positivos en el trastorno bipolar.

Métodos: Se evaluaron el funcionamiento neurocognitivo y la psicopatología en (i) 76 pacientes con trastorno bipolar, (ii) 39 de sus parientes sanos de primer grado, y (iii) 61 controles sanos. Se investigó el rendimiento cognitivo de los pacientes bipolares y de sus familiares de primer grado, considerando el efecto de moderación posible del nivel de expresión de la psicosis en pacientes y familiares.

Resultados: Los pacientes bipolares mostraron un rendimiento cognitivo deteriorado en varios dominios cognitivos, mientras que el rendimiento de sus familiares fue comparable con el de los controles. Una historia de síntomas psicóticos en los pacientes fue sugestiva de menor probabilidad de alteraciones cognitivas en los familiares, y la presencia de síntomas psicóticos subclínicos dentro del grupo de familiares predijo un mejor rendimiento cognitivo.

Conclusiones: El hallazgo de asociaciones similares psicosis-cognición en el trastorno bipolar de acuerdo a lo implicado por las dos vías que conducen a trastornos psicóticos no afectivos sugiere que este modelo podría extenderse a la continua expansión de psicosis afectiva y no afectiva. Esto coincide con la idea de una vulnerabilidad parcialmente superpuesta del trastorno bipolar y la esquizofrenia y proporciona una explicación para las diferencias aparentes en las alteraciones cognitivas en aquellas personas con riesgo para los dos trastornos.

Nienke Jabben; Baer Arts; Lydia Krabbendam; Jim van Os, Investigando la asociación entre neurocognición y psicosis en el trastorno bipolar: Evidencia adicional para la superposición con la esquizofrenia. BIPOLAR DISORDERS. 2009 MAR; 11(2):166-177.

Temperamento y carácter en esquizofrenia.- La evidencia preliminar muestra que los rasgos de la personalidad son importantes para determinar la conducta violenta en la esquizofrenia. Debido a que únicamente algunos pacientes con esquizofrenia presentan un mayor riesgo para la violencia, este riesgo puede por lo tanto ser considerado como dinámico, variando en función del grado en el cual ciertas dimensiones de la personalidad están presentes y el grado en que los eventos ambientales moderan o exacerban su expresión.

Objetivo. Comparar las dimensiones de temperamento y carácter entre pacientes esquizofrénicos violentos y no violentos y determinar qué dimensiones de temperamento y carácter son predictoras del comportamiento violento en la esquizofrenia.

Método. Reclutamos a 102 pacientes esquizofrénicos sin abuso concomitante de sustancias, 4 meses antes de la evaluación. Los diagnósticos se basaron sobre SCID-I. Se evaluaron las dimensiones de personalidad con el Inventario de Temperamento y los comportamientos violentos con la Escala de Agresión Manifiesta.

Resultados. Los niveles más altos de la dimensión de temperamento en búsqueda de novedad y un menor cooperativismo, como dimensión de carácter, fueron factores de riesgo para la conducta violenta en pacientes esquizofrénicos.

Discusión. Nuestros datos indican que los pacientes esquizofrénicos mostrarán un mayor riesgo para la violencia de acuerdo a ciertas configuraciones de personalidad y el grado en los cuales los eventos ambientales moderan o exacerban su expresión.

A. Fresán; R. Apiquian; H. Nicolini; J.J. Cervantes. Temperamento y carácter en los pacientes esquizofrénicos violentos. SCHIZOPHR RES. 2007 AGO; 94(3):74-80.

Meta-análisis de la edad de inicio y cognición en la esquizofrenia.- Antecedente. La relación entre la cognición y la edad de inicio de la esquizofrenia es en gran parte desconocida.

Objetivos. Comparar los déficits cognitivos en individuos con un inicio de esquizofrenia a una edad joven y a una etapa tardía con aquellos adultos con esquizofrenia de primer episodio.

Método. Se buscó información en veintinueve bases de datos (incluyendo EMBASE, MEDLINE y PsycINFO) desde 1980 hasta 2008. Las publicaciones seleccionadas tenían que incluir a controles sanos y analizar por separado a individuos diagnosticados con esquizofrenia o un trastorno relacionado y a individuos con esquizofrenia de primer episodio, con inicio en la juventud o inicio tardío. Se extrajeron datos

descriptivos y cognitivos y este último se agregó dentro de 22 medidas cognitivas. Se generó el tamaño del efecto de Cohen y las medidas ponderadas de los déficits cognitivos y se compararon en los tres grupos.

Resultados. Los individuos con esquizofrenia de inicio en la juventud y los de primer episodio, muestran mayores déficits (tamaño de efecto promedio ≥ 0.8) en casi todas las medidas cognitivas. Los individuos con esquizofrenia de inicio en la juventud muestran mayores déficits en aritmética, función ejecutiva, IQ, velocidad psicomotora de procesamiento y memoria verbal que aquellos con esquizofrenia de primer episodio. En contraste, aquellos con esquizofrenia de inicio tardío muestran déficits mínimos en aritmética, codificación simbólica digital y vocabulario, pero déficits mayores en atención, fluidez, cognición global, IQ y construcción viso-espacial.

Conclusiones. Los individuos con esquizofrenia de inicio en la juventud presentan déficits cognitivos severos, mientras que aquellos con esquizofrenia de inicio tardío presentan algunas funciones cognitivas relativamente preservadas. Este hallazgo apoya el punto de vista de que la severidad del proceso de la enfermedad está asociada con diferentes edades de inicio. Además, el patrón cognitivo de las personas con esquizofrenia de inicio tardío sugiere que sus déficits son específicos como resultado del envejecimiento y de factores relacionados.

T. K. Rajji, Z. Ismail; B. H. Mulsant. Edad de inicio y cognición en la esquizofrenia: Meta-análisis. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2009 OCT; 195 (4):286-293.

Marco evolutivo de la esquizofrenia.- Son misteriosos los orígenes evolutivos de uno de los fenotipos conductuales más dramáticos y al parecer deteriorantes: el síndrome conocido como esquizofrenia. La esquizofrenia se presenta en todas las culturas y es hereditaria. Si bien la mayoría de los fenotipos se considera "seleccionada" a partir de calidades adaptativas, resulta complicado comprender en qué medida puede haber operado la base genética de la esquizofrenia dentro de un marco similar.

Este hecho ha inducido a diversos teóricos a analizar los orígenes evolutivos propuestos para otros estados patológicos con los de la esquizofrenia. Hasta la fecha, se han aplicado varios modelos. Hemos intentado conceptualizar la esquizofrenia dentro de un marco de beneficio compensatorio, en el que la penetración incompleta de todo el trastorno o, de forma alternativa, la herencia de alelos de riesgo en número insuficiente para manifestarse como síndrome clásico, se presenta como un fenotipo conductual con beneficios adaptativos (p.ej., conducta creativa o ideas de iluminación nuevas).

Se ha planteado la idea de que incluso la penetración plena puede ser ventajosa si se aplica a la experiencia religiosa y a la antigua posición social, aunque sea poco probable. ¿Pueden explicarse los fenotipos conductuales complejos como la esquizofrenia y en particular, los que parecen puramente deteriorantes, a través de los mecanismos de psiquiatría darwiniana? ¿Resulta posible aplicar con éxito modelos de otras clases de enfermedades a la esquizofrenia? Este tipo de planteamientos ha generado una intensa especulación, aunque con frecuencia sin modelos demostrables.

Godfrey D. Pearson; Bradley S. Folley. Esquizofrenia, genética psiquiátrica y psiquiatría darwiniana: Marco evolutivo. SCHIZOPHRENIA BULLETIN. 2008 JUL; 34(4):722-733.

Esquizofrenia y aspectos somáticos.- Objetivos. Comparar los somatotipos de pacientes esquizofrénicos y controles sanos y examinar algunas asociaciones entre condiciones somáticas (laxitud articular, somatotipo) y psicopatológicas (ansiedad, gravedad clínica y tipos de esquizofrenia).

Método. La muestra ($n = 66$) se compone de pacientes entre 18 y 50 años ingresados con el diagnóstico DSM-IV de esquizofrenia ($n = 34$) valorados mediante la SCID-I. Se añade otro grupo de población general no clínica ($n = 32$). Para el somatotipo se utiliza el método Heath-Carter y para la laxitud, las cinco preguntas para detectar hiperlaxitud articular. Se miden al alta las escalas STAI rasgo y BPRS.

Resultados. No se han hallado diferencias significativas entre las medias de los somatotipos de ambos grupos (casos: $4\frac{1}{2} - 5\frac{1}{2} - 1\frac{1}{2}$; controles: $5 - 5 - 1\frac{1}{2}$). Los pacientes esquizofrénicos resultan significativamente más divergentes entre ellos respecto a su propia media común [$t = 1,98$; $gl = 64$; $p = 0,05$] y llegan a representar más categorías ectomórficas que el grupo control. Los tipos paranoide y desorganizado presentan significativamente unas medias del somatotipo más homogéneas (con valores más elevados de ectomorfismo) que el tipo indiferenciado [$F(2, 66) = 6,61$; $gl = 2$; $p = 0,037$]. Existe una tendencia a favor de la asociación entre laxitud articular y ansiedad, y entre ectomorfismo y ansiedad, aunque sin llegar a la significación estadística.

Conclusiones. A pesar de sus limitaciones, estos resultados aportan datos sugerentes para la identificación de subgrupos de enfermedades psiquiátricas útiles para un avance nosológico o incluso como potenciales indicadores de riesgo.

G. Pailhez; A. Rodríguez; J. Ariza... (et.al) Somatipo y esquizofrenia. Un estudio caso-control. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2009 OCT; 37(5):258-266.

Deterioro esquizofrénico.- Los déficits en las habilidades para la vida cotidiana y habilidades sociales están asociados con la discapacidad generalizada observada en la esquizofrenia. Los deterioros cognitivos son determinantes de estos déficits de habilidades y se sabe que los síntomas positivos y negativos se añaden a la influencia de deterioros cognitivos para la predicción de los resultados del mundo real.

Este estudio examinó la importancia relativa de los deterioros cognitivos medidos con una batería neuropsicológica, basada en el rendimiento de las medidas de habilidades sociales y cotidianas, y los síntomas positivos y negativos para la predicción de resultados del mundo real en los ámbitos sociales y residenciales. En contraste con la mayoría de los estudios anteriores, examinamos la importancia de los síntomas individuales así como el total de las puntuaciones de la subescala, para predecir los resultados evaluados por médicos; en 194 pacientes ambulatorios mayores con esquizofrenia.

Los síntomas fueron clasificados con la Escala de Síndrome Positivo y Negativo; las habilidades para la vida cotidiana fueron medidas a través de la Evaluación de Habilidades basadas en el Desempeño UCSD; y las habilidades sociales fueron medidas con la Evaluación de Desempeño de Habilidades Sociales. Para la predicción de los resultados sociales del mundo real, el embotamiento afectivo y el retraimiento social pasivo-apático explicaron toda la variación prevista, mientras que la competencia social y deterioros cognitivos no se ajustaron a la ecuación final.

Para el funcionamiento residencial, las habilidades cotidianas fueron el predictor más importante, seguido por la falta de espontaneidad. Los síntomas positivos de la conducta alucinatoria y la suspicacia también predijeron los resultados residenciales del mundo real. Estos resultados sugieren que la discapacidad del mundo real es el producto de un conjunto complejo de déficits de capacidades y síntomas, indicando que las intervenciones deben ser cuidadosamente escogidas.

Para los resultados de la vida social y cotidiana, la variación explicada por el conjunto completo de variables predictoras fue menor del 40%, sugiriendo que otros factores también están involucrados, como las influencias sociales y culturales.

Feea R. Leifker; Christopher R. Bowie; Philip D. Harvey. Factores determinantes de resultados diarios en la esquizofrenia: Las influencias del deterioro cognitivo, capacidad funcional y síntomas. SCHIZOPHR RES. 2009 NOV; 115(1):82-87.

Escala Pronóstica para la Esquizofrenia.- Introducción: El objetivo del estudio fue adaptar y validar en castellano la de Strauss y Carpenter (Strauss y Carpenter, 1977).

Método: Se trata de un estudio multicéntrico, longitudinal y descriptivo. Se realizó una traducción y una retrotraducción de la escala. La muestra se compuso de sujetos de 18-65 años diagnosticados de esquizofrenia. Se calculó la fiabilidad entre evaluadores, la validez de constructo con las escalas EEAG, SLDS, ICG, WHO-DAS y PANSS, y la validez predictiva respecto a 3 variables criterio al año medidas con las escalas ICG, EEAG y WHO-DAS.

Resultados: El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) fue 0,70. El coeficiente de correlación intraclass osciló entre 0,54 y 0,99, excepto en el ítem 5 (Recursos para el tratamiento utilizados actualmente), que fue -0,13. Respecto a la validez de constructo, la correlación fue significativa entre las diferentes escalas, con una $p < 0,01$, excepto con la escala SLDS, donde la correlación fue igualmente significativa, pero con un valor mayor ($p < 0,05$). Respecto a la validez predictiva, la puntuación total de la Strauss-Carpenter correlaciona con un alfa $< 0,01$ con las tres puntuaciones criterio al año (ICG, EEAG y WHO-DAS).

Conclusiones: La adaptación española de la escala pronóstica de esquizofrenia de Strauss-Carpenter es fiable, válida y permite predecir un curso deteriorado de la enfermedad.

Maribel Ahuir; Miquel Bernardo; Elena de la Serna... (et.al) Adaptación y validación española de la Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2009 DIC; 2(4):150-159.

Origen prenatal.- Cada vez hay más evidencias que favorecen el comienzo prenatal de la esquizofrenia. Estas evidencias apuntan hacia factores medio ambientales intrauterinos que actúan específicamente durante el segundo trimestre de embarazo produciendo un daño directo del cerebro del feto.

La tecnología disponible actualmente no permite observar que sucede a nivel celular ya que el cerebro humano no está expuesto a un análisis directo en esa etapa de la vida. La mayor parte de las técnicas que han acumulado evidencias de daño cerebral prenatal han sido de poco poder de resolución y mediante métodos indirectos.

Es necesaria una técnica con alto poder de resolución que permita obtener la información necesaria del cerebro del feto y de los factores ambientales que le rodean. En 1977 comenzamos una investigación directa del cerebro en la esquizofrenia con técnicas de microscopía electrónica. Fueron objeto de esta investigación: cerebros de adultos esquizofrénicos fallecidos, animales experimentalmente inoculados con líquido céfalo-raquídeo de pacientes esquizofrénicos y fetos de madres esquizofrénicas.

Los resultados obtenidos orientan hacia una etiología viral de la enfermedad. Resultados posteriores de otros autores utilizando otras técnicas y diseños de investigación relacionan el daño del cerebro, bien por la acción directa del virus o indirectamente a través del daño inmunológico. El objetivo de nuestra investigación actual fue estudiar no sólo el cerebro del feto sino también el medio ambiente que le rodea, haciéndose un estudio del cerebro del feto y de la placenta durante el segundo trimestre de un embarazo interrumpido por razones médicas de una madre esquizofrénica paranoide.

Segundo Mesa Castillo. Origen prenatal de la esquizofrenia. Estudios con técnicas de microscopía electrónica. ALCMEON. 2010 MAR;16(2):140-149.

Esquizofrenia y enfermedad cardiovascular.- Objetivo. Evaluar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (CV-RF) y enfermedad cardiovascular (CV-D) en personas con esquizofrenia.

Método. Llevamos a cabo un estudio de período-prevalencia utilizando una cohorte poblacional de bases de datos administrativas de Alberta. La esquizofrenia se identificó utilizando códigos de facturación siendo el resto de individuos controles no esquizofrénicos. Se identificaron los CV-RF modificables (hipertensión, dislipemia, diabetes) y CV-D establecidas (síndrome coronario agudo (ACS), enfermedad cardíaca isquémica crónica (IHD), paro cardíaco (HF), derrame cerebral, arritmia) utilizando métodos previamente validados. Los análisis se realizaron mediante regresión logística multivariable.

Resultados. De 1995 al 2006, se identificaron a 28,755 personas con esquizofrenia (1.2%) y fueron comparadas con 2, 281,636 controles no esquizofrénicos. Los individuos con esquizofrenia fueron mayores (edad media 47.6 años versus 45.3) y tenían un estatus socioeconómico menor (59% recibieron subsidios de atención médica versus 21%; OR: 5.55; CI 95%: 5.42-5.69) que los controles. De los CV-RF, la diabetes fue más común en las personas con esquizofrenia que en los controles, particularmente en varones jóvenes (edad 30-39, 3.8% versus 1.4%, aOR: 1.57; CI 95%: 1.30-1.91) y mujeres (edad 30-39, 5.8% versus 2.4%, aOR: 1.72; CI 95%: 1.44-2.04). La prevalencia de CV-D fue significativamente mayor en personas con esquizofrenia que en los controles (27% versus 17%, OR: 1.76; CI 95%: 1.72-1.81).

Conclusiones. En un área poblacional a gran escala, las personas con esquizofrenia tenían una mayor prevalencia de diabetes y de enfermedad cardiovascular que aquellos sin esquizofrenia, particularmente a una edad más joven. El sexo femenino no ofreció protección cardiovascular en aquellas con esquizofrenia. Nuestros datos sugieren que el control de la diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular deberían empezar en el momento del diagnóstico de la esquizofrenia, particularmente en las mujeres con esquizofrenia.

Lauren C. Bresee; Sumit R. Majumdar; Scott B. Patten; Jeffrey A. Johnson. Prevalencia de factores de riesgo y enfermedad cardiovascular en personas con esquizofrenia: Un estudio poblacional. SCHIZOPHR RES. 2010 MAR;117(1):75-82.

Prevención de recaídas.- Antecedentes: La prevención de recaídas y el mantenimiento del funcionamiento social son importantes objetivos de tratamiento en la gestión a largo plazo de la esquizofrenia. Sin embargo, se sabe relativamente poco sobre la medición de mantenimiento del funcionamiento social para evaluar los beneficios del tratamiento en la prevención de recaídas de ensayos clínicos o como una herramienta para predecir la recaída en la práctica clínica. Este estudio tiene como objetivo (1) definir un descenso clínicamente significativo en la Escala de Rendimiento Personal y Social (PSP) para evaluar los beneficios del tratamiento antipsicótico en términos de mantenimiento del funcionamiento y (2) explorar el valor umbral del declive de PSP como una herramienta útil para predecir la recaída en la práctica clínica.

Métodos: Este análisis post hoc de dos ensayos clínicos de prevención de recaídas similares controlado con placebo consistió en una exploración de cambio en la PSP que representaría una disminución clínicamente importante para medir el beneficio del tratamiento en términos de tiempo para el decremento de PSP (análisis ITT fijados; Estudio 1: n = 205) y una evaluación del valor predictivo del decremento de PSP y el estado de recaída (análisis ITT fijados; Estudio 2: n = 408).

Resultados: Una disminución de 10 puntos en la puntuación de PSP fue el valor umbral para un descenso clínicamente significativo en el funcionamiento personal y social en un ensayo de prevención de recaídas (Estudio 1). Una fuerte asociación se encontró con el estado de la recaída: 61% de sujetos con al menos una disminución de 10 puntos en PSP experimentó el decremento antes (entre el inicio de la fase doble ciego y antes del día de recaída) o el día de la recaída (Estudio 2). El análisis de supervivencia de tiempo de Kaplan-Meier por lo menos a un decremento de 10 puntos en PSP mostró que la proporción de sujetos que no experimentaron al menos una reducción de 10 puntos en PSP fue estadísticamente significativo mayor en el grupo de palmitato de paliperidona que en el grupo placebo (p = 0,0014) (Estudio 2).

Conclusiones: Los resultados sugieren que una disminución de 10 puntos en PSP es una medida clínicamente relevante de mantenimiento del funcionamiento en pacientes estabilizados con terapia antipsicótica. El palmitato de paliperidona demostró un beneficio estadísticamente significativo en términos de mantenimiento del funcionamiento frente al placebo. Por otra parte, la medición de una disminución clínicamente relevante en PSP puede ser útil como indicador temprano de recaída funcional en la práctica clínica.

Limitaciones: La exploración y validación del umbral de cambio en la PSP fue diseñada y conducida post hoc. El valor predictivo es limitado por la frecuencia en que las evaluaciones de PSP se llevaron a cabo en estos ensayos, lo que subraya la importancia de la evaluación periódica.

Nicholl D; Nasrallah H; Nuamah I... (et.al) Funcionamiento personal y social en la esquizofrenia: Definiendo una medida clínicamente significativa de mantenimiento en la prevención de recaídas. PUBMED. 2010 ABR

Relación entre alteraciones cognitivas y experiencias subjetivas anormales en diferentes subtipos de pacientes esquizofrénicos.- Introducción. Aunque el elemento clave de la esquizofrenia es la sintomatología psiquiátrica, se están llevando a cabo cada vez más estudios para examinar otros

aspectos de la enfermedad como las experiencias subjetivas anormales y los déficit cognitivos. Sin embargo, sigue sin conocerse cómo se relacionan entre sí estos dos aspectos y cómo interactúan en diferentes subgrupos de pacientes esquizofrénicos.

Objetivos: El principal objetivo es estudiar en profundidad la relación entre las experiencias subjetivas anormales y los déficit cognitivos en dos subgrupos de pacientes esquizofrénicos crónicos (Residuales y Paranoides).

Método: Se analizaron las similitudes y diferencias en la ejecución de ambos grupos de pacientes en diferentes tareas neuropsicológicas y su percepción subjetiva de los síntomas.

Resultados: Aunque ambos grupos de pacientes presentaron alteraciones de memoria, los déficit cognitivos fueron más pronunciados en los pacientes Residuales. Estos sujetos también refirieron alteraciones del discurso, fallos de memoria y trastornos del pensamiento. Por otra parte, los sujetos Paranoides rindieron mejor en todas las tareas neuropsicológicas excepto en el test Stroop porque su capacidad de inhibir respuestas inapropiadas parece estar más deteriorada. En relación con este hecho, estos sujetos refirieron más alteraciones perceptuales.

Conclusiones: Ambos subtipos de pacientes se caracterizan por una percepción subjetiva de los síntomas. Además, su experiencia subjetiva de la enfermedad parece estar levemente relacionada con sus déficit cognitivos específicos.

Rebeca García-Nieto; Raúl Cacho Fernández. Relación entre alteraciones cognitivas y experiencias subjetivas anormales en diferentes subtipos de pacientes esquizofrénicos. REVISTA DE NEUROPSICOLOGÍA, NEUROPSIQUIATRÍA Y NEUROCIENCIAS. 2010 ABR; 10(1):61-78.

Organización semántica en esquizofrenia paranoide y no-paranoide.- Diversos estudios han establecido que los pacientes con esquizofrenia presentan una desorganización en su estructura semántica (Galaverna, Marino, & Abraham, 2008; Paulsen et al., 1996; Sumiyoshi et al., 2001; Sumiyoshi et al., 2005). Se ha señalado que aquellos pacientes con esquizofrenia paranoide presentan una organización semántica similar a los sujetos sanos, mientras que los pacientes no-paranoides evidencian una mayor desorganización semántica (Paulsen et al.).

El presente trabajo estudió y comparó la organización de la memoria semántica en pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide y no-paranoide, utilizando la prueba de fluidez verbal categoría "Animales". Se evaluaron 31 sujetos sanos, 28 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y 20 pacientes con esquizofrenia no-paranoide.

La organización semántica derivó de la construcción de mapas semánticos obtenidos por medio del Análisis de Correspondencias. Los mapas de los pacientes revelaron una desorganización en la estructura semántica comparados al grupo de sujetos sanos, lo cual es consistente con previos estudios. Sin embargo, al comparar los subgrupos de pacientes, se observó que si bien el mapa del grupo de pacientes paranoide no muestra la misma organización que el grupo sano, manifiesta un patrón de agrupamiento de palabras similar a este grupo, no siendo el caso del grupo no-paranoide, donde es claramente visible una desorganización semántica.

Estos resultados proporcionan evidencia a favor de un perfil neuropsicológico diferencial entre los subtipos de esquizofrenia, brindando apoyo a los presupuestos que postulan que el subtipo paranoide presentaría un funcionamiento cognitivo más conservado que el subtipo no-paranoide.

Flavia S. Galaverna; Julián C. Marino; Adrián M. Bueno. Organización semántica en esquizofrenia paranoide y no-paranoide. REVISTA DE NEUROPSICOLOGÍA, NEUROPSIQUIATRÍA Y NEUROCIENCIAS. 2010 ABR; 10(1):35-47.

Duración de la enfermedad no tratada.- Antecedente: Aún no se ha aclarado la naturaleza de la relación entre la duración del intervalo pre-diagnóstico en la esquizofrenia y los resultados mejores.

Objetivos: Re-examinar los datos de uno de los primeros estudios que sugiere una asociación entre el intervalo de pre-tratamiento prolongado y el resultado comprometido, evaluando la relación entre variables sintomáticas y sociales y el incremento del riesgo de recaída en un año.

Método: Se re-analizaron los datos sintomáticos, sociales y demográficos de los participantes en el Estudio de Primeros Episodios de Northwick Park, quienes completaron un seguimiento de 12 meses (n=101) en el contexto de duración de enfermedad no tratada (DUI).

Resultados: Al ingreso, aquellos con DUI prolongado fueron más probables de tener puntuaciones menores de tensión derivada del Examen del Estado Actual; exhibiendo un comportamiento más raro y amenazante hacia otros, fueron más propensos a ser solteros, vivir solos o dependientes, estar desempleados y de haber experimentado más eventos adversos en la vida antes del ingreso. La regresión logística mostró que la tensión disminuyó, el comportamiento raro y el estado de desempleo, incrementó independientemente el riesgo de recaída, siendo el comportamiento extraño el de mayor contribución individual. La tensión no permaneció siendo significativa con la transformación logarítmica de los datos.

Conclusiones: Los hallazgos son consistentes con la conclusión de que la DUI por largo tiempo puede reflejar características de la misma psicosis más que el retraso en el tratamiento.

David Cunningham Owens; Eve C. Johnstone; Patrick Miller... (et.al) Duración de la enfermedad no tratada y resultado en la esquizofrenia: Test de predicciones en relación con el riesgo de recaída. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2010 ABR; 196(4):296-301.

Subtipos clínicos.- Introducción: Identificar empíricamente subtipos de esquizofrenia con base en síntomas presentados a lo largo del trastorno y determinar si existen entre éstos diferencias en características sociodemográficas y clínicas.

Métodos: Se obtuvo información clínica de 217 sujetos con esquizofrenia aplicando la Entrevista Diagnóstica para Estudios Genéticos (DIGS). Los ejes de síntomas clínicos de esquizofrenia se identificaron usando análisis de correspondencias múltiples y con base en éstos se hizo una clasificación jerárquica, para determinar los sub tipos de individuos con esquizofrenia.

Resultados: Se obtuvo una solución de tres ejes de síntomas clínicos: (1) delirios y alucinaciones, (2) catatónico y (3) síntomas desorganizados y negativos. Con base en éstos, se identificaron cinco subtipos: paranoide sin vivencias de influencia, desorganizado puro, catatónico, desorganizado con alucinaciones y delirios y paranoide con vivencias de influencia. Al comparar con el subtipo 1: el 2 presentó con mayor frecuencia un inicio temprano del trastorno (OR: 2,64; IC95%: 1,00-6,96) y deterioro grave (OR: 4,12; IC95%: 1,73-9,79); el 3 tenía menos comorbilidad con trastorno por uso de sustancias (OR: 0,12; IC95%: 0,01-1,00); y el 4 evidenció un mayor número de sujetos con curso continuo (OR: 4,40; IC95%: 1,84- 10,52) y deterioro grave (OR: 5,34; IC95%: 2,15-13,27). No había diferencias significativas entre los subtipos 1 y 5.}

Conclusión: Se obtuvieron empíricamente cinco subtipos clínicos de esquizofrenia similares a descripciones previas y que tienen diferencias en el curso del trastorno y comorbilidad.

Jenny García Valencia; Ángela Patricia Rodríguez Betancur; María Patricia Arbeláez Montoya... (et.al) Identificación empírica de subtipos clínicos de esquizofrenia. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. 2010 MAR; 39(1):45-66.

Déficits cognitivos.- Introducción. La mayoría de las personas diagnosticadas de esquizofrenia presentan déficit cognitivos. No obstante, la percepción subjetiva de esos déficit no siempre coincide con la evaluación neuropsicológica ni con la evaluación clínica de aquéllos.

Metodología. En este trabajo se evaluó el rendimiento cognitivo de 46 pacientes con esquizofrenia que acuden a un centro de rehabilitación psicosocial, mediante tres pruebas diferentes: una batería neuropsicológica, el test Barcelona (evaluación objetiva), una escala de síntomas cognitivos, el factor cognitivo de la PANSS (evaluación clínica) y una escala subjetiva de cognición, la SSTICS (autoevaluación del paciente). También se estudiaron las relaciones entre la percepción subjetiva de síntomas cognitivos y el insight de la enfermedad, evaluado mediante la SUMD.

Resultados. La puntuación total de la SSTICS se correlacionó sólo con algunos de los subtests del Barcelona, pero no con el factor cognitivo de la PANSS. La evaluación clínica se corresponde con los tests neuropsicológicos en mayor medida que con la percepción subjetiva. No hay relaciones entre la percepción subjetiva de los déficit cognitivos y el insight.

Conclusiones. Dada la falta de correspondencia entre las diferentes medidas, se plantea si podrían estar evaluando ámbitos diferentes del deterioro cognitivo. Se valora la importancia de considerar todas las opciones de evaluación con vistas a elaborar programas de rehabilitación cognitiva. La percepción de déficit cognitivos parece ser independiente del insight.

Rosario Bengochea Seco; David Gil Sanz; Mar Fernández Modamio. Percepción subjetiva de déficit cognitivos en esquizofrenia: Su relación con insight y otras medidas cognitivas. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2010 JUN; 3(2):55-60.

ESTILO NEURÓTICO

Generalidades.- Los rasgos neuróticos no son únicamente el resultado de un interjuego entre impulsos y defensas, sino también de ciertas capacidades que resultan de la actualización de potencialidades de un equipo psicológico innato. Según David Shapiro, del interjuego entre lo innato, los impulsos y los factores ambientales irán configurándose determinados estilos neuróticos, identificables a partir de formas específicas de percibir, pensar, sentir y actuar. La observación clínica ha permitido identificar estilos neuróticos. Por "estilo" se entiende un modo de funcionamiento de un individuo, identificable a partir de ciertos actos específicos. Los "estilos neuróticos", más concretamente, son modos de funcionamiento que parecen característicos de los diversos estados neuróticos.

Para identificar cada estilo se considerarán principalmente las clases de pensamiento y percepción, los modos de experimentar las emociones, las formas de la experiencia subjetiva en general y los tipos de actividad que van asociados a las diferentes patologías.

Hay cuatro estilos neuróticos principales: obsesivo-compulsivo, paranoide, histérico e impulsivo.

Las clases de pensamiento y percepción se identifican en los tests (por ejemplo en el Test de Rorschach). Tales modos de pensar y percibir constituyen el molde básico, la matriz para identificar el estilo y donde se cristalizan rasgos, defensas y síntomas. Más allá de este molde básico, el estilo incluye también formas de sentir, actividades específicas, etc. Por ejemplo en una histérica se observa que su actividad es ser actriz, en un obsesivo ser bibliotecario, etc., actividades que están relacionadas con la patología diagnosticada en el test. El estilo es algo que se mantiene estable a lo largo de la vida de la persona.

Freud intentó explicar la estructuración del carácter y la elección de la neurosis a partir de los impulsos, defensas y fijaciones a determinada fase psicosexual, pero no fue suficiente. Para mejorar esta comprensión hay que incluir las otras características mencionadas que identifican el estilo neurótico antes indicadas, y resumibles en cuatro puntos: pensamiento y percepción, forma de sentir, forma de experiencia subjetiva, y tipo de actividad. El mismo W. Reich, por ejemplo, reconocía que esos factores no podían explicarse simplemente por las tendencias pulsionales o las defensas: eran algo más general que involucraba todas las facetas de la persona. Sin embargo, Reich dijo que en última instancia todo podía explicarse a partir de las tendencias pulsionales y su modo de resolverlas. Su error es considerar sólo los aspectos defensivos, pero debemos considerar también los adaptativos, es decir cómo el sujeto se relaciona con su medio. Hartmann, Erikson y otros destacaron la importancia de lo adaptativo y lo madurativo, funciones independientes del conflicto defensivo neurótico. Otros como M. Klein hablaron de actitudes cognoscitivas, formas de control muy generalizadas que van más allá del conflicto defensivo.

Significación clínica de los estilos neuróticos y enfoque "formal" de la neurosis.- Supongamos que hay sequía y vemos a un indio en plena danza para que venga la lluvia. En el mismo valle hay un campesino al que también le falta lluvia, pero en vez de danzar se va preocupado a su casa. El ejemplo ilustra acerca del hecho de que las personas se comportarán de diversa manera porque tienen diferentes esquemas mentales, diferentes actitudes, presumiblemente estables en el tiempo: todas ellas tienen distintos estilos.

Lo mismo pasa en las neurosis. Todos los neuróticos tienen un conflicto intrapsíquico, pero ello solo no explica su conducta: una persona desarrolla rituales y dudas no solamente por el conflicto sino porque además es un obsesivo-compulsivo, es decir, tiene un modo de funcionamiento peculiar en su pensamiento y su percepción, etc. La elección de la neurosis se debe entonces a múltiples factores, todos los cuales constituyen la tendencia general del psiquismo o estilo neurótico. Cada persona tiene un modo de ser que lo lleva a sentir, pensar o hacer cosas que continúen la experiencia neurótica conflictiva y sean indispensables para la misma.

El hombre es entonces algo más que un ser movido por exigencias instintivas y fuerzas defensivas. La persona neurótica ya no es para Shapiro una mera víctima de ciertos acontecimientos infantiles. Su forma de ser, su estilo, que fueron formados por esa historia, son ahora partes integrantes de ese funcionamiento neurótico y mueven al sujeto a pensar, sentir y actuar en formas que le son indispensables. Pensar que toda conducta obedece solamente al conflicto infantil es creer que el neurótico es una simple marioneta.

Condensado de Shapiro David (1988) Los estilos neuróticos. Buenos Aires: Psique.

Consideraciones teóricas.- Shapiro examina tres cuestiones: a) cómo empieza y se desarrolla un estilo y cómo influyen en este desarrollo las tendencias instintivas; b) qué importancia tiene el estilo para el control y la regulación de la tensión de las tendencias; y c) qué relación tiene el estilo con la defensa.

La configuración organizadora inicial.- El equipo psicológico innato (modos de percibir, de conocer, etc) influirá en cuál será el estilo de una persona. El equipo psicológico tiene partes como la percepción, la memoria, etc., bien interrelacionadas entre sí, vale decir tiene una cierta complejidad, lo que hace que ya desde el comienzo permita organizar la experiencia subjetiva de las tensiones internas (como el hambre) y los estímulos externos. El niño, entonces, no se encuentra tan desamparado al nacer, trae un equipo, una configuración que le permite armar sus experiencias y lo capacita para organizar y dirigir la tensión interna. Esta configuración organizadora inicial va progresando y desarrollándose por influencia de factores madurativos y ambientales.

El equipo psicológico marca las líneas generales del estilo neurótico, pero no determina los detalles específicos y diferenciados que pueden encontrarse en los adultos: cuanto más específico es el rasgo, menos influencia tuvo en él el equipo innato, es decir, hay otros factores que determinarán el estilo.

Impulsos instintivos y desarrollo del estilo.- Cuando irrumpe la tensión del impulso instintivo sobre la configuración innata, esto hace que se actualicen muchas potencialidades dormidas de la configuración: nuevas habilidades, experiencias subjetivas, intereses, etc. Mueve al sujeto a nuevas formas de pensar, sentir, actuar. Estos nuevos logros a su vez influyen sobre los impulsos instintivos originales organizándolos, dirigiéndolos, de manera que se establece un feed-back entre equipo e instinto.

El control y función regulativa de los estilos.- Una vez que los impulsos instintivos afloran, se produce un control automático sobre ellos por parte del yo para diferir su descarga, canalizarlos, etc., y en esta tarea cumple un importante papel el estilo incipiente. El psicoanálisis atribuyó este control instintivo a simples fuerzas defensivas, pero luego este criterio cambió, porque se vio que influían también capacidades adaptativas, formas de pensar, sentir y actuar que resultan de la actualización de potencialidades del equipo psicológico innato.

El control del impulso puede ser ejercido por defensas, o también puede ser un aspecto, un vector más de una organización que también produzca otros resultados, otras actividades como las adaptativas. O sea, la organización psicológica inicial va desarrollándose y produciendo al mismo tiempo controles defensivos contra los impulsos y ejerciendo una canalización adaptativa de los mismos. La organización psicológica hace que el impulso deje de tornar desamparado al niño, y permite que dichos impulsos tengan una dirección, una intencionalidad, una posibilidad de postergación.

Estilo y defensa.- El estilo de funcionamiento de un individuo, su forma de pensar, etc. define o caracteriza qué operaciones defensivas utilizará y cómo las aplicará. Pero una formulación más exacta obliga a pensar que las defensas "usan" o aprovechan los estilos de funcionamiento psíquico formados madurativamente y por influencias ambientales.

Procesos defensivos y estilos apuntan ambos a reducir y controlar los impulsos instintivos. La operación defensiva se caracteriza por ser activa (no hay un sujeto pasivo que esté "defendido" de los impulsos), y por ser homeostática (baja la tensión para retornar al equilibrio). Si el paranoico tiende por impulso hacia la falta de vigilancia, esta será compensada con un aumento en la vigilancia.

En suma: a) las defensas no son simples controles de impulsos: son modos de funcionamiento del pensamiento, la percepción, la acción, o sea están enraizadas en estilos de funcionamiento; b) la defensa, por ello, no excluye solamente contenidos de la conciencia sino también clases de contenidos, tipos de experiencias subjetivas; y c) en cuanto la defensa es también un modo de funcionamiento perceptivo, etc, no es solamente un proceso intrapsíquico sino además un modo de relacionarse con los demás.

Los motivos defensivos de los estilos neuróticos.- Un estilo no depende simplemente de factores dinámicos defensivos, sino de otros como los físicos, sociales y culturales, vale decir, factores motivacionales (Shapiro considera a los defensivos como no motivacionales). Si un adulto debe reducir un impulso utilizará ciertas defensas derivadas de su estilo, pero en el caso del niño, si este se ve invadido por fuertes impulsos, al no tener aún un estilo definido lo creará, lo desarrollará en una dirección normal. Cuando no puede hacerlo en una tal dirección lo hará en una patológica, configurándose así un estilo neurótico.

Condensado de Shapiro David (1988) Los estilos neuróticos. Buenos Aires: Psique.

Estilo obsesivo-compulsivo.- Este estilo presenta tres caracteres: rigidez de pensamiento, modo peculiar de actividad con distorsión de la experiencia de autonomía, y pérdida de la realidad.

Rigidez.- No se trata aquí de rigidez como forma de actuar o como postura, sino como manera de pensar. El ejemplo habitual es la persona obstinada y dogmática que en un diálogo no escucha realmente el punto de vista del otro, y se mantiene en su creencia. En casos graves esta rigidez aparece como consecuencia de un daño cerebral orgánico. La atención es mantenida en un solo punto, y a la persona le cuesta desviarla hacia otros aspectos, hacia el punto de vista del otro: no hay flexibilidad, que es lo opuesto a rigidez.

Su atención se fija en el detalle y en un solo punto obsesivamente, y parece estar siempre concentrado. Rara vez se impresiona o sorprende por algo. Puede tener éxito pero le cuesta sentir el sabor y la emoción implicados en él. No atiende presentimiento ni impresiones pasajeras, porque lo distraen. El niño no tiene una atención fija ni pensamiento rígido. En el estilo obsesivo-compulsivo, estas características van delinéandose con el tiempo.

Modo peculiar de actividad con distorsión de la experiencia de autonomía.- En el área actividad la vida gira en torno a una actividad laboral. Las experiencias afectivas se retraen como un todo y disminuyen, salvo en ciertas experiencias vinculadas con el trabajo. Son muy activos en el trabajo técnico o la rutina intensiva. Además, están en continua y tensa deliberación, reflexión y sentido del esfuerzo. Incluso ponen esfuerzo en divertirse, cuando es preciso. A diferencia de la persona normal, cuando dice que hará algo no es su intención hacerlo sino más bien esforzarse en hacerlo, poner a prueba su capacidad.

Trabaja compulsivamente: se ve impelido o forzado a trabajar, sufriendo la presión de los plazos a cumplir. Su modo de actividad es más un "yo debo" que un "yo hago". El obsesivo-compulsivo "debe sentir", "debe hacer", etc., siendo más importante el esfuerzo que pone en ello que el resultado. Vive pendiente del poder de su voluntad dándose órdenes a sí mismo. Trabaja bajo presión y con un reloj en la mano. Tiene autoconciencia de ser un rol laboral (un obrero, un profesional, etc) y se autoobserva y controla permanentemente.

Obligado a actuar permanentemente por exigencias de un Superyó inflexible, le cuesta parar, relajarse, emocionarse, etc. Ejerce un supercontrol sobre todo y se obsesiona por cumplir su tarea. Está también el miedo a perder el control, o volverse loco. Si tiene que decidir algo, buscará una regla que justifique la elección, una regla externa rígida que no le permita contemplar todas las dimensiones y datos necesarios para una decisión más objetiva.

La pérdida de la realidad.- A veces, este abrumador trabajo mental se realiza sobre realidades absurdas, como por ejemplo sobre preocupaciones hipocondríacas, o sobre manías por limpiar algo que ya está limpio, todas instancias próximas a la alucinación. El obsesivo-compulsivo no dice "está sucio" o "estoy enfermo", sino "aún podría estar sucio", "podría estar enfermo", y se obsesiona con esas ideas. Hay una duda obsesiva permanente, con lo cual pierde la experiencia de la convicción y la seguridad. Se preocupa por detalles técnicos, concretos, perdiendo la perspectiva global del problema. Hay actitudes dubitativas por un lado y dogmáticas por el otro, pero esto no es una paradoja: el dogma surge para destruir la duda, pero esta siempre resurge.

Existe también un gran interés por los rituales. Su conducta es mecánica, forzada y está al servicio de alguna directiva externa, lo cual hace que entonces haya también una pérdida del contacto con la realidad, apareciendo sus actos como absurdos.

Estilo paranoide.- De todos los estilos es el más grave, y en casos extremos conduce a una pérdida psicótica de la realidad. Dentro del estilo paranoide encontramos dos modalidades: a) la persona furtiva, restringida, aprehensivamente suspicaz, y b) la persona arrogante, agresivamente desconfiada y megalómana. Shapiro describirá aquí los "caracteres paranoides", o sea que corresponden a sujetos no psicóticos pero que tienen rasgos de ese tipo.

Cualidades formales del pensamiento y conocimiento suspicaces.- La persona suspicaz mantiene una continua e injustificada actitud de expectativa frente al ardid o al fraude. La suspicacia tiene su contenido pero también una forma, un modo de funcionar. Shapiro cita aquí algunos rasgos formales del pensamiento suspicaz, y el primero de ellos, el más fundamental, es la rigidez: el sujeto sospecha siempre, sistemáticamente, aunque se lo convenza probándole que no hay trampas.

El suspicaz atiende solamente los hechos que confirman su idea inicial. Todo lo que no confirme su sospecha lo considera 'mera apariencia', vale decir que su atención se dirige hacia indicios muy específicos. Son sujetos sumamente atentos a todo detalle (la intensidad es una segunda cualidad formal de la suspicacia) y son siempre muy observadores, siempre tras la búsqueda de cualquier indicador de amenaza hacia sí mismos. Buscan permanentemente la clave que confirma la persecución.

Además de la rigidez y la intensidad, otra cualidad formal es la hipersensibilidad, es decir, están en un estado de alerta máximo, tal como un músculo en tensión que salta al menor estímulo.

La pérdida paranoide de la realidad.- El estilo paranoide distorsiona la realidad porque pierde lo obvio, lo directo, lo evidente, que sí puede detectar la persona normal. Lo obvio es despistante, engañoso. Busca claves, elementos escondidos que muchas veces no existen. Hay una captación desviada de las "claves" significativas dentro de su contexto, e incluso tampoco aprecia el contexto de la clave pequeña, que frecuentemente le da su sentido. Construye así un mundo subjetivo, interpreta en función de sus creencias suspicaces, de tal manera que resulta un fuerte componente autista. En casos extremos, lo vemos en la esquizofrenia.

Proyección (aspectos cognoscitivos).- Proyectar significa atribuir a figuras externas motivaciones, tendencias u otras tensiones que en uno mismo son intolerables y repudiadas. Es un fenómeno universal, pero especialmente visible en el estilo paranoide. La proyección puede ser cognoscitiva o no cognoscitiva. Examinemos la primera.

Proyectar no significa negar o excluir la realidad delirando o alucinando. La proyección es generalmente fiel a la realidad evidente, y lo que se distorsiona es su significación. Así, lo proyectado no son elementos evidentes sino intenciones ocultas, motivos, pensamientos, sentimientos, etc. La forma cognoscitiva de la proyección consiste en un conocimiento interpretativo desviado de los acontecimientos o conductas reales. Se percibe bien pero se malinterpreta, como por ejemplo "me mira con desagrado". En la proyección se buscan claves sobre lo oculto de los demás, que generalmente no coinciden con lo real. La tensión interna se proyecta al mundo exterior, luego se anticipa desviadamente el mismo, y finalmente se adquiere una convicción al respecto.

El problema paranoide general de la autonomía.- El paranoico está siempre vigilante, expectante y a la defensiva. Hay una "hiperintencionalidad": su atención está altamente dirigida hacia lo juzgado como peligroso y amenazante. Suele también haber rigidez muscular. La tensión y el estado de vigilancia se ven tanto en el arrogante y altivo, como en el furtivo y cauteloso. Hasta los gestos están controlados y dirigidos a un solo propósito. El paranoico perdió espontaneidad, flexibilidad y afectividad. No suele reírse y si lo hace no es genuino. Suele interesarse mucho por aparatos mecánicos, computadoras, etc. Anhela un mundo mecanizado libre de sentimientos, modos de pensamiento que están aún antes que aparezcan los fenómenos de proyección.

El paranoico nada hace por simple diversión, y todo está orientado en función de un propósito. No goza de su cuerpo: lo controla y lo dirige. Allí donde para la persona normal la autonomía ofrece un sentimiento de competencia, orgullo y autoestima, para el paranoico implica pseudocompetencia y arrogancia, furtividad y vergüenza o quizá, más a menudo, ambas cosas. Mientras el sujeto normal se siente libre para dirigir su propia vida, el paranoico está esclavizado por un poder externo que puede dominarlo: no tiene autonomía personal. El individuo normal se permite abandonos, pero el paranoico está siempre tenso, y abandonarse implica ceder ante el poder externo, quedar a su merced. Ante figuras autoritarias se muestra o bien arrogante, o bien avergonzado y furtivo. Son sensibles a los desaires. Todo ello podría tener relación con la homosexualidad, pues el peligro para el paranoico es el de rendirse pasivamente ante el poder. Sus intentos por evitar esta pasividad sugieren la posibilidad de una represión de la homosexualidad.

Proyección (aspectos no cognoscitivos).- Una persona rígida bajo la presión de una tensión interna adicional, en general se volverá más rígida; y si además de rígida esa persona es defensiva, se tornará más defensiva por la tensión original. La rigidez es frente al peligro externo, y la actitud defensiva frente al peligro interno. Esto significa que por un lado ve en los demás peligros potenciales y se pone rígido, y por el otro se defiende de sus propios impulsos y afectos (elementos no cognoscitivos), proyectándolos en la figura externa peligrosa. No experimenta como propios sus sentimientos.

Todo este proceso puede describirse en dos etapas. Primero, un afecto o idea incómodos o un impulso repudiado amenazan una organización ya rígida y defensiva. Esto intensifica los sentimientos de vulnerabilidad y sensibilidad defensiva exacerbando a su vez la rigidez y la defensa.

Segundo, sobreviene una etapa proyectiva donde el paranoico hace una identificación proyectiva (externaliza la amenaza en un otro) apareciendo así la suspicacia, que a su vez vuelve a incrementar las defensas. Este proceso da alivio, porque la tensión interna se hace externa. La proyección no implica solamente enviar al exterior, sino también recibir del exterior una amenaza (Shapiro denomina a esto último auto-referencia).

Pueden distinguirse dos sentidos de proyección. Primero, como expulsión hacia afuera de contenidos internos objetables o defectuosos, sentido que ya hemos visto. Segundo, como sustitución de una (aparente) amenaza o tensión externa por otra interna. Es decir, en el primer caso se proyecta el contenido o idea amenazante, y en el segundo se proyecta la misma amenaza o tensión. En teoría ambos procesos son equivalentes, pero no así en la práctica.

En efecto, el hecho de proyectar en el otro un contenido censurable no implica necesariamente que ese objeto se torne amenazante y peligroso. Según Shapiro, lo que siempre se proyecta es la amenaza, la tensión, y puede o no deberse a que antes se haya proyectado los contenidos. Por ejemplo la idea proyectiva de ser atrapado no necesariamente refleja literalmente un motivo repudiado por atrapar. En general, el contenido proyectado depende del tipo de defensas montadas frente al peligro. Ante una figura autoritaria por ejemplo, el furtivo anticipa ser sorprendido en algún error, mientras que el altivo se hace más arrogante para prepararse para la contienda al anticipar ser sorprendido en falta.

Relación entre los estilos obsesivo-compulsivo y paranoide.- Empíricamente, ambos estilos están muy asociados. Si un obsesivo-compulsivo se descompensa seriamente, es más probable que lo haga según el estilo paranoide, que es más primitivo.

Condensado de Shapiro David (1988) Los estilos neuróticos. Buenos Aires: Psique.

Estilo histérico.- En este estilo es donde más claramente se ve actuar a la represión como defensa, pero esta sola circunstancia no alcanza a explicar todas las actitudes y capacidades adaptativas asociadas con los síntomas histéricos defensivos.

Represión y estilo histérico del conocimiento.- Reprimir significa olvidar, perder el contenido ideacional del campo de la conciencia. Así como el modo de conocer del obsesivo-compulsivo lo lleva a recordar, a tener buena memoria, el modo de conocer del histérico lo lleva al olvido, a la represión. El histérico recuerda impresiones más que hechos (por ejemplo "¡Qué buena persona es Fulano!", etc). No concentra su atención en detalles como lo hace el obsesivo-compulsivo sino que está disperso, capta impresiones globales, es 'impresionista'. Hay una distancia entre el conocimiento original y el recuerdo del mismo.

Vayamos sintetizando los caracteres del conocimiento histérico: En primer lugar, a estos sujetos les cuesta concentrarse, tienen atención difusa; en segundo lugar está la impresionabilidad, y en tercer lugar sobresale el mundo irreal en que vive la persona.

Manejarse con impresiones significa manejarse con intuiciones, inspiraciones. Es impresionable también en el sentido de que se deja influenciar fácilmente por el entorno, por las modas, los prejuicios, etc., y su atención se dirige hacia lo obvio, lo aparente, lo inmediatamente dado. Muestran una deficiente información sobre el medio, porque no atienden a lo que las cosas son sino a la impresión que les producen. En suma, tres son las características que queremos delinear: ausencia de concentración activa, susceptibilidad a influencias transitorias llamativas, y mundo subjetivo relativamente carente de hechos. Estas características no son causa de la represión, pero sí la favorecen.

Ficción y fantasía histéricas.- El mundo del histérico no es objetivo y fáctico, sino romántico y sentimental, aunque pobre. Vive nostálgico del pasado y todo depende de un príncipe que vendrá y a partir del cual todo andrà bien. Los hechos o algún detalle pueden arruinar esa fantasía, y no son atendidos. Tiende a idealizar a su pareja y a otras personas. En su mundo domina lo vívido, lo colorido, lo excitante. Otra característica típica es el histrionismo o teatralidad, pero se trata de una teatralidad artificial, poco sentida, exagerada. También es incapaz de percibir su propio estado de ánimo, y está confundido al respecto.

Al basarse sólo en impresiones, suele "jugar" con las relaciones interpersonales y no advierte las consecuencias, a veces graves, que ello puede aparejar, como por ejemplo seducir un marido y provocar un divorcio. De hecho suelen sorprenderse cuando ello ocurre.

Emociones histéricas.- A pesar de su sensación de insustancialidad e indefinición tanto de su experiencia del mundo exterior como del interior, el histérico tiene emociones vívidas e intensas. Por ejemplo presenta estallidos emocionales, frecuentemente de ira, mezclados o no con depresión. Luego del estallido, se muestra indiferente a su sintomatología pues creen que es algo que pasó por ellos, que los visitó, y que realmente no lo sintieron. Otras veces los atribuye al periodo menstrual. Esta indiferencia, este "no lo sentí realmente", como pueden decir, es en parte un alegato defensivo, vale decir, se están defendiendo de algo ajeno, inconciente, que les está pasando.

Su conocimiento rápido, impresionista, tiene su paralelo en la inmediatez y perentoriedad del afecto. Tanto el afecto como el conocimiento no surgen como un contenido mental bien desarrollado y articulado en una conciencia claramente enfocada y bien diferenciada, sino que domina y atrapa inmediatamente a

la conciencia difusa y pasiva. Hay veces donde los estallidos emocionales son menos intensos, pero más frecuentes.

Condensado de Shapiro David (1988) Los estilos neuróticos. Buenos Aires: Psique.

Estilos impulsivos.- Tienen, como los histéricos, contenidos mentales rápidos, impresionistas y poco organizados, pero carecen de la emocionalidad del histérico, y en su lugar existe un predominio de la acción impulsiva. Se trata de un grupo que no coincide con ningún diagnóstico psiquiátrico: se ve en muchos psicópatas, en algunos neuróticos, y en algunos perversos y drogadependientes. A pesar de su diversidad, todos ellos tienen impulsos irresistibles, y una cierta experiencia de estos.

La experiencia subjetiva del "impulso".- El impulsivo siente que no tenía intención de llevar a cabo su acción (por ejemplo "beber"), y su alegato defensivo es "soy culpable pero sin premeditación", o "no lo quise hacer, pero lo hice". Explican un robo diciendo "simplemente tuve ganas de hacerlo", y explican la adicción al alcohol del mismo modo (el bebedor es impulsivo-pasivo). Otro argumento frecuente es "no quiero hacerlo pero lo hago, no puedo evitarlo".

La calidad de la acción impulsiva.- La acción impulsiva presenta tres características formales: rapidez, precipitación y falta de plan. Rapidez significa que la acción impulsiva es veloz, no sólo en su ejecución sino en el tiempo transcurrido entre el pensamiento y la ejecución. Precipitación significa que la acción es en general abrupta o discontinua en contraste con la actividad normal, que ordinariamente parece responder a propósitos reconocibles. En tercer lugar, la acción no es planificada, lo cual no significa que no sea anticipada: el bebedor puede prever muy bien su próximo trago, pero no es algo que planea deliberadamente.

Las personas normales tienen antojos, pero estos no dominan su vida como ocurre en el impulsivo. En este último el antojo o impulso no se integra en los propósitos generales o deseos de la persona, y permanece aislado, pasajero y parcial. Los impulsos no están integrados en el contexto de los intereses de la persona: aparecen y desaparecen repentinamente, y no pueden ser evitados. Buscan una satisfacción inmediata a través del beber, del robar, etc., y no están incluidos en planes a largo plazo, de ahí que los impulsivos varíen sus metas en cortos intervalos de tiempo.

Los impulsivos tienen, sin embargo, cualidades que si son bien encaminadas darán una buena adaptación: son los hombres de acción, las personas ingeniosas de respuestas rápidas, y sobresalen en oficios donde se requiere rapidez de decisión. Suelen ser personas "encantadoras" o "atrayentes".

El modo impulsivo del conocimiento.- La falta de planes de largo aliento es un rasgo de un estilo de conocer y pensar relacionado con otros tales como perturbaciones en la concentración activa y en la capacidad para la abstracción, la generalización y la reflexión.

El impulsivo tiene juicios pobres, apresurados y arbitrarios. No organiza la información y es muy vago en sus apreciaciones. No es investigador ni crítico, ni mucho menos autocrítico. Suele quedarse con lo inmediato y actúa en consecuencia. Si hoy siente que el trabajo no le gustó renuncia, cuando una persona normal no renunciaría por tener la posibilidad de pensar un plan de largo alcance, ya que no todos los días le disgusta trabajar. El mundo es para el impulsivo un conjunto de oportunidades, ocasiones, y también frustraciones.

Condensado de Shapiro David (1988) Los estilos neuróticos. Buenos Aires: Psique.

Estilos impulsivos: variantes.- Existen dos variantes del estilo impulsivo: el carácter psicopático y el carácter pasivo.

Algunos rasgos psicopáticos.- Los caracteres psicopáticos actúan en base al capricho, buscan ganancias rápidas, son oportunistas y proclives a la mentira y la insinceridad.

Moralidad y conciencia: El Superyó de cada persona viene determinado por el tipo de instintos que será prohibido, por la persona que los prohíbe, y por el modo general de pensamiento y experiencia subjetiva. Estos factores determinarán un superyó normal o uno patológico, entendiéndose por este último un Superyó muy rígido, o bien uno ausente.

¿Cómo pueden concebirse los valores morales y la conciencia en una persona impulsiva? Respecto de los valores como justicia, verdad, etc., son muy abstractos, ideales y su cumplimiento es a largo plazo e incompleto. En el impulsivo, la ventaja inmediata importa más que esos valores morales. Verdad, justicia, etc., están alejados, por su grado de abstracción y difícil cumplimiento de la inmediatez en la ganancia que busca el psicópata.

Respecto de la conciencia, esta implica siempre un "yo debo", una voz que indica lo que hay que hacer de acuerdo con ciertas normas. La experiencia de conciencia implica por tanto una actitud autocrítica, de autoobservación para determinar si se obró bien o mal. Una cosa así advertimos en el obsesivo-compulsivo, pero no en el impulsivo. Los impulsivos pueden tener escrúpulos de conciencia, pero son muy superficiales y limitados. Se centran en ellos mismos, no puede separarse y autocriticarse. Por lo demás, autocriticarse implicaría pensar en varias alternativas de acción, implica deliberar, mientras que el acto impulsivo no es tal: es perentorio y pasa por encima de la reflexión.

Insinceridad y mentiras psicopáticas: Están relacionadas con la deficiencia de valores morales y de conciencia que ostenta el estilo impulsivo psicópata. Insinceridad y mentira pueden provenir de una falta de conciencia o de sentido de la responsabilidad, pero lo más probable es que ambas cosas (mentira e

insinceridad de un lado, falta de valores y conciencia del otro), dependen independientemente de un modo general de funcionamiento psicopático. Por ejemplo, en los tests estas personas mienten pero porque ello forma parte de su estilo, su forma de ser, y no porque tengan problemas de conciencia, pues en los tests no hay una obligación de "decir la verdad".

El psicópata suele decir una cosa y al rato sostener lo contrario. Es un "charlatán", tiene volubilidad de pensamiento sin autocrítica, y tiene también un interés en lo inmediato, en la ganancia del momento, dos elementos que hacen que sea insincero.

El carácter pasivo o "débil".- Aparentemente inactivos, son en realidad bastante activos, por ejemplo bebiendo. El bebedor es "débil" porque es incapaz de resistir la tentación: beben por impulso y no hay una deliberación, o una intención de por medio. Externalizan la responsabilidad, es decir, adjudican su acción impulsiva a causas ajenas a ellos. Y no solamente ceden a la tentación: en otros casos ceden a la presión de la necesidad de beber. Son pasivos porque esperan pasivamente una circunstancia que precipitará la acción a partir de una muy vaga intención, pero no planifican. Impulsivos pasivos son también por ejemplo los homosexuales: sienten impulsos irrefrenables, y en general presentan una hipersexualidad.

Condensado de Shapiro David (1988) Los estilos neuróticos. Buenos Aires: Psique.

ESTRÉS

Definición.- "El estrés es un estado vivencial displacentero sostenido en el tiempo, acompañado en mayor o menor medida de trastornos psicofisiológicos que surgen en un individuo como consecuencia de la alteración de sus relaciones con el ambiente que impone al sujeto demandas o exigencias que, objetiva o subjetivamente, resultan amenazantes para él y sobre las que tiene o cree tener poco o ningún control".

Zaldívar D. El conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica; 1996.

Definición.- El estrés tiene lugar cuando una estimulación (una cognición amenazadora) incrementa la activación de un organismo más rápidamente que su capacidad de adaptación para atenuarla (Levi, 1971, citado por Valdés y Flores, 2000). Es decir, el estrés se sitúa entre la sobreestimulación (sobrecarga) y la acción atenuadora (o restauradora) del organismo, que implica una *estrategia adaptativa* y no una simple evitación, puesto que la estimulación no es nociva en sí misma. Además, el sujeto (y no su organismo) puede intervenir para adaptarse, de ahí que el término adaptación haya sido gradualmente sustituido por el de "estrategia de afrontamiento" (coping strategy), de acuerdo con el hecho de que el organismo se adapta a través de cuatro ejes: psicofisiológico, psiconeuroendocrino, psicoimmunológico y conductual (Valdés y Flores, 2000:13).

Si el estrés se define como una cognición de amenaza que activa al organismo por encima de sus recursos adaptativos, entonces el estrés es un estado antihomeostático que fuerza parámetros biológicos en un alto costo energético (Valdés y Flores, 2000:120).

Valdés Manuel y Flores Tomás (2000) Psicobiología del estrés. Conceptos y estrategias de investigación. Barcelona: Martínez Roca.

Definición.- El estrés psicológico es el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su libertad (Lazarus y Folkman, 1986:46).

Lazarus Richard y Folkman Susan (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Definición.- La Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina estrés "al conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción". Lazarus y Folkman (1984) definen al estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que "grava" o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal.

Puede decirse que cualquier demanda, sea física, psicológica, externa o interna, buena o mala, provoca una respuesta biológica en el organismo, esta respuesta lleva a cambios hormonales cuantificables por datos de laboratorio y por las modificaciones que éstas secreciones hormonales provocan en el organismo, responsables de las reacciones ante el estrés, ya sean funcionales u orgánicas.

Si estos cambios se hacen en armonía, es decir si son adecuados al estímulo, si están adaptadas a las normas fisiológicas del sujeto, se habla de eustrés o buen estrés, indispensable para el desarrollo, el funcionamiento del organismo y la adaptación al medio. Si las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, aún agradables, y superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo, llegamos al distrés o mal estrés.

El estrés es un concepto popularizado por Hans Selye (1907-1982). A partir de la hipótesis de Cannon sobre la homeostasis, es decir, la capacidad que tiene todo organismo para mantener constante un equilibrio interno, Selye formula una teoría donde entiende al estrés como una respuesta no específica del organismo: "es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga".

Gelder M, Mayou R y Geddes J (1999), "Oxford Psiquiatría", Madrid: Marbán, 2da. Edición, pág. 91-92.

Generalidades.- Hans Selye utilizó el término estrés (stress) hablando de Síndrome General de Adaptación, referido a las reacciones que presentaba el organismo para hacer frente a elementos que lo amenazaban (interno o externos) y que se llevaba a cabo mediante una respuesta neuro-hormonal. Entonces podemos conceptualizar al estrés como una movilización del organismo cuando son excedidas sus capacidades normales de defensa. ¿Cuáles son los estresores que afectan a los individuos? Desde una amenaza física real, hasta una idea amenazante y/o no aceptada es capaz de producir el desajuste que inicia la reacción de adaptación. Esta depende de las características propias del individuo: a qué agentes es reactivo, ante qué intensidad, y cómo predomina su respuesta.
Marconi R, (2003) Estrés y tiroides. Observación desde casos clínicos. Interpsiquis.

Clasificación.- Las reacciones a los acontecimientos estresantes se pueden clasificar según el tipo de estrés en tres tipos: reacciones a estrés agudo, a estrés agudo grave y a acontecimientos más graduales. En los tres la respuesta puede ser normal o anormal. Las reacciones anormales a los acontecimientos estresantes se pueden clasificar en tres grupos: 1) *Trastorno por estrés agudo*, que es una respuesta inmediata y breve a estresores intensos que ocurren inesperadamente, en un individuo que no padece ningún otro trastorno psiquiátrico en ese momento. Duran desde pocas horas hasta unos días como mucho. 2) *Trastorno por estrés postraumático*, que consiste en una respuesta anormal y prolongada a factores estresantes muy graves.. 3) *Trastorno adaptativo*, que es una respuesta más gradual y prolongada a cambios vitales que el individuo percibe como estresantes".
Gelder M, Mayou R y Geddes J (1999), "Oxford Psiquiatría", Madrid: Marbán, 2da. Edición, pág. 91-92.

Estrés y homeostasis.- Las primeras versiones médicas del estrés se apoyaron en la idea de que el organismo era un sistema encargado de mantener el equilibrio interno, u *homeostasis*, mediante mecanismos de *feedback* (Cannon, 1932), del mismo modo que el termostato mantiene estable la temperatura del agua al recibir la información del termómetro que la registra. Es un modelo inviable, porque una visión así implica *estabilidad, retroalimentación negativa e imposibilidad de transformación* y, por lo tanto, de crecimiento. No obstante, se entendió el estrés como *reacción de alarma* vinculada a través de la actividad simpático-adrenal, y se supuso una relación causal entre enfermedad y ruptura homeostática (Valdés y Flores, 2000:11).
Valdés Manuel y Flores Tomás (2000) Psicobiología del estrés. Conceptos y estrategias de investigación. Barcelona: Martínez Roca.

Acontecimiento estresante.- "A lo largo del ciclo vital se dan abundantemente actividades, desempeño de roles, vivencias de sucesos, experiencias, situaciones que desencadenan estrés, ansiedad, nerviosismo, tensión y otros síntomas en los sujetos. Pero no todos los agentes potencialmente están presentes en la vida de cada individuo, ni afectan de la misma manera. Al contrario, la respuesta al estrés es diferencial, depende de los agentes pero también de la reacción y capacidad de afrontamiento por parte del individuo.
Desde un planteamiento cognitivo el sujeto hace una valoración cognitiva de los acontecimientos estresantes y también de sí mismos frente a ellos. Aunque el suceso pueda ser relevante o vital, su respuesta puede ser adecuada si el sujeto cuenta con la estrategia de afrontamiento adecuada.
En la vivencia, del estrés, por supuesto, es fundamental el planteamiento cognitivo de uno y del contexto, pero también lo es el afectivo-emocional de cómo se viva dicho suceso vital" (Fernández Seara - Mielgo Robles, 2001).
Fernández Seara J y Mielgo Robles M (2001) Escala de apreciación del estrés (EAE). Madrid: TEA Ediciones.

Apreciación del acontecimiento estresante.- Se pueden identificar tres clases de evaluación cognitiva: primaria, secundaria y reevaluación. La evaluación primaria consiste en la valoración de una situación como irrelevante, benigno-positiva, o estresante. Las valoraciones estresantes pueden tomar tres formas: de daño/pérdida, de amenaza y de desafío. El daño/pérdida se refiere al perjuicio que el individuo ha sufrido ya, la amenaza se refiere a la anticipación de daños o pérdida y el desafío hace referencia a aquellos acontecimientos que significan la posibilidad de aprender o de ganar. La amenaza y el desafío no son los polos opuestos de un mismo eje; pueden ocurrir de forma simultánea y deben considerarse por separado, aunque con frecuencia se hallan relacionados en la interpretación del acontecimiento.
La evaluación secundaria es una valoración relativa a lo que puede y debe hacerse. Incluye la valoración de la posible eficacia de las estrategias de afrontamiento, de la posibilidad de que una estrategia determinada pueda aplicarse de forma efectiva y la evaluación de las consecuencias de utilizar una estrategia determinada en el contexto de otras interpretaciones y demandas internas y/o externas.
La reevaluación se refiere al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de nueva información recibida del propio individuo y/o del entorno. Una reevaluación difiere de una evaluación tan solo en que la primera sigue a una evaluación previa. Algunas veces, las reevaluaciones son resultados de esfuerzos cognitivos de afrontamiento; éstos son llamados reevaluaciones defensivas y muchas veces resultan

difíciles de distinguir de las reevaluaciones basadas en la información recibida (Lazarus y Folkman, 1986:78).

Lazarus Richard y Folkman Susan (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Apreciación del acontecimiento estresante.- Entre los factores personales más importantes que afectan la evaluación cognitiva se hallan los compromisos y las creencias. Los compromisos son expresión de aquellos que es importante para el individuo y determina sus decisiones.

Contienen también una cualidad motivacional vital. Los compromisos afectan la evaluación dirigiendo o apartando a los individuos de situaciones que representan amenaza, daño o beneficio, mediante la adaptación de su sensibilidad a las señales emitidas por el entorno. Influyen también sobre la evaluación mediante su efecto sobre la vulnerabilidad. Cuanto más profundo es el compromiso contraído, mayor es la probabilidad de amenaza y de desafío.; sin embargo; también es cierto que la intensidad del compromiso contraído puede inducir al individuo a determinadas acciones adaptativas que pueden aportarle esperanzas.

Las creencias también determinan la forma en que una persona evalúa lo que ocurre o va a ocurrir a su alrededor. Muchas veces actúan a un nivel tácito y, por consiguiente, puede resultar difícil observar su influencia sobre la evaluación. Este efecto se observa con facilidad cuando se produce una pérdida súbita de creencias o bien una conversión a un sistema de creencias diferente.

Aunque muchas creencias son importantes para la evaluación, las creencias existenciales y aquellas que se refieren al control personal son las que tienen un interés particular en la teoría del estrés. Las creencias sobre el control personal pueden ser generales y situacionales. Las primeras hacen referencia al grado en que una persona piensa que las situaciones pueden resultar controlables en general y son las que se afectan principalmente cuando esas situaciones son ambiguas. Cuanta *menos* ambigüedad exista en una situación, *mayor* es la probabilidad de que las evaluaciones situacionales de control afecten la emoción y el afrontamiento. Este tipo de evaluaciones no se limita a las expectativas sobre el entorno, sino que también pueden referirse a las expectativas de control de las propias respuestas (Lazarus y Folkman, 1986:103).

Lazarus Richard y Folkman Susan (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Apreciación del acontecimiento estresante.- Una situación completamente nueva será capaz de provocar amenaza solo si ciertos aspectos de ella se han relacionado alguna vez al daño. Esta característica de la situación favorece las deducciones para la evaluación, basadas en experiencias previas que guarden relación con la información general de que se disponga.

El concepto duración hace referencia al tiempo durante el cual tiene lugar un acontecimiento. Gran parte de la investigación desarrollada sobre este parámetro ha estado influida por el concepto de Selye del Síndrome General de Adaptación, que incluye la reacción de alarma, la fase de resistencia y de agotamiento. No todos los estresantes prolongados conducen forzosamente al agotamiento; por ejemplo. los animales se suelen acostumbrar pronto, con lo que se produce una disminución de la respuesta al estrés. Las habituaciones emocionales también tienen lugar en los seres humanos y pueden aparecer como resultado de los mismos mecanismos observados en los animales y/o como resultado de los procesos de afrontamiento.

La incertidumbre temporal se refiere al desconocimiento del momento en que un acontecimiento ocurrirá. Se ha investigado poco sobre este importante factor temporal pero la evidencia de la que se dispone sugiere que la incertidumbre temporal genera una actividad de afrontamiento que reduce las reacciones de estrés.

La ambigüedad es característica de muchos, si no de todos, los acontecimientos que se dan en la vida real. Cuanto mayor es, más factores personales determinan la importancia de la situación para el individuo. La ambigüedad puede aumentar la amenaza si existe predisposición a ella o bien si existen otras señales que indican daño. La ambigüedad también puede reducir esta sensación permitiendo interpretaciones alternativas del significado de la situación.

La cronología de los acontecimientos estresantes dentro del ciclo vital puede afectar también su evaluación. Neugarten ha señalado que muchos de los acontecimientos normales de la vida resultan estresantes solo si ocurren "fuera de tiempo". Los acontecimientos a destiempo son más amenazantes porque no son esperados, y, por tanto, privan al individuo del apoyo del grupo, de la sensación de satisfacción plena que acompañaría al mismo acontecimiento de haber ocurrido en su momento, o de la oportunidad de preparar o establecer un afrontamiento anticipatorio. Los acontecimientos estresantes ocultos, que comprenden principalmente experiencias que no se consideran o para las que no se ha encontrado terminología adecuada (por ejemplo, menopausia masculina), son también importantes desde el punto de vista del ciclo vital y del afrontamiento. La cronología de los acontecimientos con relación al momento biográfico y los efectos de un suceso dado, según este ocurra o no en yuxtaposición con otros, merecen también consideración puesto que tienen importancia desigual para cada individuo.

Por último, es preciso recordar que los factores individuales y situacionales son siempre interdependientes y que su importancia en el estrés y en el afrontamiento deriva de los procesos cognitivos que los soportan (Lazarus y Folkman, 1986:137-139).

Lazarus Richard y Folkman Susan (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Estrés y enfermedad somática.- Está ampliamente aceptado que el estrés, la emoción y el afrontamiento son factores causales en la *enfermedad somática*. La controversia no nace de que esta suposición sea o no cierta, sino que se centra en el hecho de si existe o no generalidad o especificidad en la relación entre estrés, emoción y enfermedad somática. Las teorías sobre la generalidad, para las que el Síndrome General de Adaptación propuesto por Selye significó un apoyo importante, sostienen que todas las demandas son más o menos equivalentes entre sí en la producción de movilización fisiológica y que esta movilización aumenta la susceptibilidad general a la enfermedad. Una versión epidemiológica de la teoría de la generalidad es el concepto de "resistencia al huésped". Los modelos que versan sobre esta característica no pueden explicar fácilmente las diferencias en los modelos de respuesta fisiológica y los resultados observados sobre la salud y la enfermedad, por lo que los modelos que defienden la especificidad -algunos de los cuales incorporan la evaluación cognitiva y el afrontamiento-, están ganando cada vez más prominencia. Los procesos de evaluación proporcionan una vía final común a través de la que las variables individuales y situacionales modifican la respuesta psicológica y, por consiguiente, las emociones y sus concomitantes biológicos.

Los estudios realizados sobre afrontamiento sugiere que los distintos estilos se hallan relacionados con resultados específicos sobre la salud; por ejemplo, el control de la ira parece tener implicaciones directas sobre la hipertensión. Las tres vías por las que el afrontamiento puede afectar a la salud son: frecuencia, intensidad, duración y tipo de reacciones neuroquímicas al estrés, la utilización de sustancias nocivas y la obstaculización de una conducta adaptativa en relación con la salud/enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986:245).

Lazarus Richard y Folkman Susan (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Generalidades.- La palabra estrés deriva del griego *stringere*, que significa "provocar tensión". Claude Bernard en 1867, sugirió que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar al organismo y que una de las principales características de los seres vivos reside en su poder de mantener la estabilidad de su medio ambiente interno aunque se modifiquen las condiciones del medio externo.

El fenómeno del estrés viene siendo estudiado por diferentes disciplinas, desde hace varias décadas y ha generado muchas controversias sobre la manera de definirlo, de medirlo, de prevenirlo o de abordarlo, pero a pesar de las diferencias que pudieran haber, todos los autores coinciden en afirmar que el estrés no es ni una situación particular (no todas las situaciones son percibidas por todas las personas ni como amenazantes, ni peligrosas o exigentes) ni un tipo de reacción específica (no todos los organismos reaccionan igual en situaciones que perciban como amenazantes, peligrosas o exigentes y una misma reacción puede ser evidencia de estrés o de otros fenómenos distintos).

En general se acepta la definición donde se considera que el estrés es un proceso de interacción específica entre un organismo y una situación. Esta situación, siendo relevante para el organismo se percibe como amenazante, peligrosa y exigente. Si en el intercambio con la situación se presenta un desbalance entre los recursos y estrategias de que dispone el organismo para manejarla, afrontarla y aquellas necesarias para lograr sus metas, será en esas condiciones en las que los distintos tipos de reacciones (emocionales, cognitivas, fisiológicas y conductuales) se podrán llamar reacciones de estrés. Cabe destacar también que existen una serie de variables, además del afrontamiento, que pueden moderar el efecto psicológico o fisiológico de la experiencia de estrés, como ciertos estilos de personalidad, la autoestima, el apoyo social, percibir o no control sobre la situación, la experiencia previa con la situación concreta o con otras similares, los eventos críticos previos o actuales y el momento de la vida que está atravesando la persona.

Según Valdés y De Flores (1985) las reacciones fisiológicas de activación y de estrés son idénticas. Son reacciones no específicas, indicadoras fundamentalmente de esfuerzo adaptativo del organismo.

En condición óptima, si el organismo posee las herramientas para afrontar efectivamente la situación de demanda y desarrolla una expectativa positiva acerca de los resultados del afrontamiento, la activación disminuye rápidamente (a esta activación, sensible al efecto de afrontamiento, la llaman activación tónica y se refiere a los niveles plasmáticos de cortisol, testosterona, hormona del crecimiento, ácidos grasos libres y glucosa sanguínea, además de los niveles urinarios de las catecolaminas). Si el organismo no logra afrontar las demandas de la situación o no cambia sus expectativas seguirá activando mientras persista la situación estresante. Hay otro tipo de respuestas fisiológicas que se presentan siempre independientemente de que el organismo tenga éxito o no en el afrontamiento: a este tipo de actividad se la interpreta como necesidad para preparar al organismo para la acción.

La activación inicial de cualquier organismo ante una situación potencialmente estresante es bastante generalizada (sistema nervioso central y autónomo, sistema endocrino, sistema inmunológico y sistema conductual).

La principal respuesta psicológica asociada al estrés es de tipo emocional.

El tipo de emociones que suelen acompañar a la experiencia de estrés suelen ser tipo negativo, como una sensación subjetiva de malestar emocional (ansiedad, miedo, ira, depresión, etc.).

Cuando las personas atraviesan por un periodo de estrés, entre otras señales baja su temperatura corporal porque los vasos sanguíneos periféricos se contraen y circula menos sangre. La sudoración es otro indicador de niveles altos de tensión, o bien una manifestación de la situación estresante a la que está sometida la persona. El ritmo cardíaco y la tensión muscular están directamente ligados a la emotividad que sufre la persona.

Condensado de Valdés M y De Florez T (1985) Psicobiología del Estrés. Barcelona: Martínez Roca.

Estrés y enfermedad mental.- Numerosas teorías, referencias bibliográficas, experiencias clínicas y de experimentación sugieren que diferentes trastornos mentales son consecuencia del estrés crónico. El procesamiento del estrés es uno de los factores más importantes en la génesis de la patología. Desde una visión psiconeuroinmunoendocrina se desarrolla la intervención del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal como comando de dicho procesamiento. Así mismo se considera la participación de las áreas cerebrales comprometidas, el sistema de neurotransmisión, la incidencia sobre el sistema inmune y la influencia de los factores ambientales. El ser humano nace desconociendo el miedo. Por supuesto, cuenta con las estructuras cerebrales y los componentes genéticos necesarios y predisponentes para su percepción e interpretación. El miedo es tanto una emoción decisiva para sobrevivir, como la sensación dramática y angustiante que, organizada como fobias, podrá constituir una lucha emocional a lo largo de toda la vida. Autores: Susana Fonte, Mirta Reberendo, Carlos Urrutia.

Fuente: Estrés crónico y fobias. Alcmeon. 1998 JUN; 7(1).

Estrés según género.- Las mujeres que padecen estrés buscan compañía y conversación, por cuanto en ellas el diálogo tiene un efecto de aliviar la ansiedad. Los hombres, en cambio, prefieren la soledad y el ejercicio. Por eso las parejas estresadas tienen un alto índice de conflicto.

Estas diferentes conductas pueden deberse, según una investigación publicada en la revista *Psychological Review*, a la acción de una hormona, la oxitocina que, entre otras diversas funciones, regula el estado de ánimo.

Laura Klein, de la Universidad de Pennsylvania y una de las autoras del estudio, cree que la oxitocina puede ser la clave, ya que las mujeres producen "más oxitocina en respuesta al estrés, y su propia hormona femenina -estrógenos- realza el efecto". En cambio en el hombre aparece una combinación de oxitocina y testosterona, lo cual genera un resultado opuesto, ya que lo que reafirma o realza es el instinto básico de pelea y agresión, o huida y retraimiento.

Laura Klein agrega finalmente: "esto no quiere decir que las mujeres nunca se enojan o que no se tornen agresivas, ni que los hombres jamás busquen la conciliación y el diálogo", pero este último tipo de respuesta es más común en el sexo femenino.

(El estrés en el hombre y la mujer. Condensado del diario La Razón, Buenos Aires, 11 -8-2000).

Estrés y pareja.- Una investigación auspiciada por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos mostró que una buena relación de pareja disminuía los niveles de estrés. La investigación fue realizada con matrimonios en la Universidad de Ohio. Al hombre y a la mujer, por separado, se les preguntaba sobre su vida en pareja. Se les tomó una muestra de sangre al principio y al final de la entrevista, y se constató que los niveles de cortisol (la hormona del estrés) aumentaron en aquellas personas que hablaban de vínculos pobres o deteriorados.

(Estrés y vínculos de pareja. Condensado de Clarín, Buenos Aires, 21 agosto 2000).

Estrés prequirúrgico.- Una investigación llevada a cabo en la Universidad de Innsbruck, en Austria, reveló que cuando los pacientes que van a ser operados son informados acerca de los detalles de la operación, lograron eliminar el temor que causa estrés. Los investigadores prepararon un video de 12 minutos donde se informaba, mediante actuaciones, acerca de todos los riesgos y las alternativas de una cirugía desde el punto de vista del paciente. Luego se mostró el video a los pacientes un día antes de ser operados, lográndose de esta manera reducir en más de un 60% el llamado estrés prequirúrgico (una de las situaciones más estresantes).

(Estrés prequirúrgico. Condensado de Clarín, Buenos Aires, 21 de agosto de 2000).

Estrés y salud laboral.- Nueva York, EEUU (Reuters).- El estrés en el trabajo puede ser tan perjudicial para la salud de una persona, como el tabaquismo o el no realizar ejercicio, sugieren los resultados de un estudio.

El artículo publicado en la revista *British Medical Journal* encontró que las enfermeras cuyos trabajos eran los más demandantes y aquellas que tenían poco control sobre la situación de trabajo, fueron las que tuvieron mayores probabilidades de reportar una deficiente salud. El contar con poco apoyo social en el trabajo, también se encontró que contribuye a una deficiente salud, según lo informa el estudio. Después de 4 años, las participantes tuvieron mayores posibilidades de reportar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, tuvieron dificultades para desarrollar las actividades cotidianas tales como el subir escaleras y transportar sus víveres, reportando menores niveles de energía.

"El estrés en el trabajo tiene efectos evaluables sobre la salud mental y física," dijo el Dr. Ichiro Kawachi, uno de los autores del estudio. "Estos efectos fueron comparables con los efectos deletéreos del tabaquismo sobre la declinación de la salud física y mental."

El informe sugiere que los esfuerzos por disminuir el estrés en el trabajo se deben enfocar sobre el trabajo en sí mismo y no sobre el individuo, de acuerdo con el autor principal Yawen Cheng y sus colegas de la Universidad de Harvard en Boston, Massachusetts. Por ejemplo, los hospitales y los coordinadores de atención a la salud pueden incrementar la cantidad de controles al trabajo de las enfermeras, incrementando la flexibilidad de los horarios de trabajo, reduciendo la cantidad de tiempo extra forzado, e incrementando la cantidad de decisiones autónomas, explico Kawachi.

"Si el ambiente psicosocial laboral contribuye a la calidad de vida de la fuerza de trabajo...los hospitales y médicos requerirán de enfocar sus estrategias a la promoción de la salud en el rediseño de su trabajo," escriben los autores. Si bien los resultados se aplican principalmente a las mujeres enfermeras, el modelo de trabajo estresante "es aplicable a todo lo largo de un amplio intervalo de ocupaciones," señaló Kawachi.

El estudio reveló que las enfermeras en los tercios de mayor demanda y los tercios más bajos de control de trabajo, reportaron las peores condiciones de salud. Aquellas que tuvieron el mayor control sobre sus trabajos y sintieron las menores demandas, reportaron las mejores condiciones de salud, según lo encontraron los investigadores. La edad, peso, características del tabaquismo, nivel educativo y consumo de alcohol, parecen no influir sobre los resultados.

Los resultados están basados en la información obtenida de más de 21,000 mujeres que completaron cuestionarios sobre sus condiciones de salud, incluyendo aspectos psicológicos y satisfacción laboral. Más de tres cuartas partes de estas mujeres, trabajaban como enfermeras registradas en los EUA.

Salud laboral y estrés. Copyright 2000 Psicologia.com

Prevalencia del estrés laboral.- Según un estudio del Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT el 73% de los trabajadores sufren estrés laboral y tres cuartas partes de ellos tienen problemas de salud por culpa de esta situación, siendo las dolencias más habituales la fatiga, dolor de cuello y de cabeza, irritabilidad, sensación de agobio, insomnio, falta de concentración y dificultades oculares.

El informe del sindicato revela además que siete de cada diez trabajadores "se sienten quemados" por su trabajo.

Según este estudio, el 26 por ciento de los trabajadores se encuentran en riesgo de acoso, al desarrollar su actividad en un ambiente que califican de "hostigador, un 2% son víctimas de acoso moral en el trabajo y un 15 por ciento reconocen haber sido víctimas puntuales.

El 43 por ciento de los encuestados dicen haber sufrido abuso por parte de sus superiores y más de la mitad de las víctimas de acoso se quejan de haber recibido un comportamiento vejatorio mediante gritos, lo que puede llevar a la persona a sufrir una depresión y conducir a una baja laboral.

Dentro de los trabajadores entrevistados para el estudio que estaban de baja por depresión, el 35 por ciento se vieron sometidos a intimidaciones y amenazas, el 32 por ciento a acoso moral, el 26 por ciento a algún tipo de violencia verbal y el 23 por ciento sufrieron agresiones físicas.

Cándido Méndez director de la organización denuncia que todos estos riesgos se producen por un estilo de mando deficiente, demasiado autoritario y por una mala organización del trabajo.

Tres de cuatro trabajadores sufren estrés en el ámbito laboral. EUROPA PRESS. 2008 JUN.

Estrés y depresión.- Existe confusión acerca de si hay una interacción del envejecimiento entre los acontecimientos de la vida importantes y el inicio de la depresión. Se llevó a cabo un estudio basado en la población de casos. El estudio incluyó datos sobre todas las admisiones en los centros psiquiátricos de Dinamarca a partir de 1981 hasta 1998 y datos sobre las variables sociodemográficas y de muerte/suicidio de los parientes de primer grado. Se identificaron un total de 13.006 pacientes que recibieron un diagnóstico de depresión en la primera admisión en un centro psiquiátrico y un grupo control comparable en cuanto a género y edad de 260.108 sujetos. Un reciente divorcio y desempleo y el suicidio de un pariente (madre, padre, hermano, hijo, esposo) fueron asociados con un riesgo creciente para ser admitido por primera vez en un centro psiquiátrico con un diagnóstico de depresión mientras que la muerte de un pariente por otras causas con excepción del suicidio no tuvo ningún efecto significativo. En general, no se encontró ninguna interacción con la edad o cualesquiera de las variables totales, o para los hombres o las mujeres, separadamente. La susceptibilidad a los acontecimientos estresantes de la vida no parecen cambiar a través de la vida.

L. V. Kessing; E. Agerbo; P. B. Mortensen, ¿Cambia a lo largo de la vida el impacto de los acontecimientos de la vida estresantes importantes el riesgo para desarrollar depresión? PSYCHOLOGICAL MEDICINE. 2003; 33(7):1177 - 1184.

Estrés marital.- El aislamiento empeora la calidad de vida y es un importante factor de riesgo. Sin embargo, un vínculo nocivo puede convertirse en un potente estresor y modificar parámetros inmunes, endocrinos y cardiovasculares. Los últimos trabajos en esta área aportan un dato polémico: ante las mismas situaciones de estrés marital, las mujeres enfermarían más que los hombres. En el presente trabajo tomamos un patrón vincular disfuncional como la codependencia para analizar un modelo

generador de estrés en una patología de prevalencia femenina. El modelo estudiado se apoya en nuestra experiencia con grupos de autoayuda para mujeres con dependencias afectivas con los que trabajamos desde 1986.

Sofía Patricia Faur. Codependencia y estrés marital. Interpsiquis. 2003.

Estrés laboral y salud.- «Estrés laboral y salud» constituye actualmente un novedoso tema de discusión en el campo de la medicina preventiva y la promoción de la salud. Para ello existen diversas razones. Una de estas razones es de índole política, tanto nacional como comunitaria, y consiste en la actualización de las respectivas reglamentaciones y programas de actuación en salud laboral, instando a los sistemas sanitarios a la ejecución de medidas de fomento de la salud y permitiendo, bajo determinadas condiciones, un trabajo en equipo más intenso con las mutuas laborales.

Otra razón surge de la concienciación creciente de que el estrés laboral origina costes secundarios que son evitables y que el fomento de la salud, mediante la adecuada configuración de los puestos de trabajo, puede constituir una considerable ventaja, para los países que lo aplican, en la creciente competencia globalizadora. Sin embargo, de mayor trascendencia para la actualidad del tema son los cambios experimentados por la mayoría de los trabajadores debidos, sobre todo, al progreso técnico, a la transformación originada por el desarrollo económico mundial, a la emigración de los trabajadores y a una cambiante estructura demográfica de la población activa.

En nuestra aportación sobre las causas de la actualidad del tema, en primer lugar, se dan algunas explicaciones conceptuales acerca del fenómeno del estrés; a continuación se presentan novedosos y escogidos conocimientos científicos sobre la investigación del estrés en el mundo laboral y, finalmente, se discute la importancia práctica de estos hallazgos para el futuro desarrollo del fomento y la promoción de la salud en el puesto de trabajo.

Fernández-López; J y otros, El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? Aten Primaria. 2003 May; 31(8):524 - 526.

Estrés y trabajo.- (Roma) Vivir un breve romance con un compañero en el ambiente laboral es un antídoto contra el ansia y el estrés en el mundo profesional, según un sondeo difundido por la fundación italiana Gestald.

La encuesta fue realizada con un muestrario de mil personas que trabajan como directivos o empleados, de entre 25 y 50 años y de las que 65% eran mujeres, destacó Efe.

Según sus resultados, siete de cada diez italianos considera positivo gastar bromas o hacer comentarios de contenido erótico, pero no ofensivo o procaz, con sus compañeros y compañeras de trabajo.

En este contexto, para cuatro de cada diez entrevistados esas manifestaciones, así como los piropos, les proporcionan una sensación de bienestar psicológico que mejora su relación tanto con sus compañeros de trabajo como con su cónyuge.

Al mismo tiempo, 10% de los entrevistados admitió haber vivido un breve romance con un compañero o compañera de trabajo y confesó que ello no le creó problemas con su pareja ni sentimientos de culpa.

En cambio, 21% de los entrevistados reconoció que el haber mantenido una relación sentimental importante en su ambiente laboral les causó crisis de ansia, insomnio, estrés y, en 4% de los casos, graves problemas de depresión.

Asimismo, afirmaron que luego de haber roto la relación, su jornada laboral se transformó en un infierno por las revanchas, venganzas y celos que se desencadenaron con el o la ex amante.

María Menditto, psicoterapeuta y directora de la institución, lanzó una advertencia a aquellos que deseen algo más que un simple 'flirteo' y afirmó categóricamente que, en caso de querer 'una relación seria, entonces nunca debe ser con un compañero o compañera'.

Para los expertos de la Fundación, las bromas ligeras de contenido sexual y una atmósfera afectuosa aumentan la autoestima y constituyen un antídoto contra el ansia y el peligro de alienación en el trabajo.

Compartir en el trabajo reduce el estrés . <http://noticias.eluniversal.com>

Estrés y trabajo.- (Washington) Un trabajo aburrido y sin mayores responsabilidades acorta la vida de los empleados, mucho más que una ocupación de mayor nivel, con horarios largos y a veces indefinidos y con posibilidades de toma de decisiones, según demostró un estudio científico.

Este trabajo se convirtió, al parecer, en la primera investigación sobre la relación existente entre el tipo de ocupación y la longevidad.

Los estudiosos reunieron datos durante 23 años (entre 1968 y 1991) de la conducta de 25.000 trabajadores investigados en la escuela de salud pública de la Universidad de Texas, reportó ANSA.

Los resultados, publicados en el último número de la revista especializada Psychosomatic Medicine, son terminantes.

Los empleados con escaso nivel de control sobre los contenidos de sus propias ocupaciones, y a quienes no se les exige concentración y empeño para cumplirlas, evidenciaron un riesgo de muerte entre 43 y 50% más alto que los otros.

Benjamin Amick, que condujo la investigación, explicó que 'las ocupaciones alienantes pueden inducir a comportamientos antisociales y se convierten en un alto riesgo para la salud'. Estas personas pueden vivir entre cinco y diez años menos que los del otro grupo, reportó el estudio.

Al contrario, las personas que asumen cargos de dirigencia, con posiciones de alto nivel y responsabilidad en sus empleos, a pesar del esfuerzo estresante y continuo, gozan de mejor salud y de una vida más larga, según concluyó el estudio.

Trabajo estresante alarga la vida más que labores monótonas. <http://www.eluniversal.com>

Estrés y memoria.- Especialistas comprueban que la capacidad de retener datos falla en situaciones de estrés.

"La memoria no está aislada sino que depende de todo un proceso en el que intervienen la percepción, la imaginación, la creatividad y el interés", explica Cyla Kesten, licenciada en psicología y coordinadora del Taller de estimulación de la memoria que la Universidad Maimónides ofrece dentro de su programa de actividades para adultos mayores. "Recordar implica percibir, retener y evocar", agrega Kesten. Justamente una situación de estrés afecta las primeras etapas de este proceso porque altera la percepción y la concentración.

Lidia Ariovich, psicóloga especializada en psicosomática y presidenta de la Asociación Argentina de Estrés, amplía: "En situaciones estresantes se pierde la memoria inmediata, se pierde la capacidad de ligar emociones con pensamientos, se corta el vínculo entre el cuerpo y la mente".

"En el consultorio -ejemplifica Ariovich- medimos el grado de estrés de la persona mediante una prueba de exigencia de la memoria o rapidez mental, que se conoce como prueba de estrés seco. Así se comprueba que la memoria se bloquea por el estrés: al exigirse tanto al aparato psíquico, la carga de tensión bloquea todo pensamiento y memoria."

Los neurólogos afirman que muchas consultas angustiadas por problemas de memoria no responden a signos precoces de la enfermedad o mal de Alzheimer sino, simplemente, a las consecuencias del estrés o la depresión.

Entre las conclusiones de una investigación suiza, publicada en el número de abril de la revista Nature Neuroscience, se destacó que los niveles altos de cortisona aparentemente no lograron debilitar ninguna otra capacidad mental. Sin embargo, Ariovich y Kesten disienten al respecto. "En un estado de estrés aumenta la posibilidad de sufrir accidentes -dice Kesten- porque se produce una disminución de la percepción y de la capacidad de atención; la persona está ensimismada y más desligada del mundo exterior". Según Ariovich, estos son momentos específicos que no se pueden anticipar ni controlar.

El estrés afecta la memoria. Salutia 24, Septiembre de 2.001 <http://www.gep.com.ve/noticias/0924011.html>

Estrés y personalidad.- Los factores estresores producen efectos diferentes en cada persona. En efecto, "las personas interpretan y evalúan las consecuencias de las situaciones que viven, teniendo en cuenta los recursos propios para enfrentar las mismas". Dos son los aspectos que actúan como patrones de conducta singular frente a situaciones de estrés: la vulnerabilidad (intensidad con que cada sujeto responde a un acontecimiento estresante: hay personas más susceptibles que otras y por tanto más vulnerables), y la resistencia (o capacidad del sujeto para hacer frente a los distintos estresores, siendo aquello que impide no ser perturbado por ellos. Los recursos que facilitan la resistencia son los conocimientos, las aptitudes, la seguridad financiera, el acceso al apoyo social y la vida en un medio social donde la persona se siente aceptada.

Las personas más vulnerables al estrés laboral son quienes tienen ideales totalizantes, lo que supone esforzarse cada vez más y perfeccionarse constantemente hasta que se produce un quiebre o breakdown.

Sin embargo, otras características de personalidad favorecen la resistencia al estrés, como las personalidades resilientes, o sujetos capaces de hacer frente a la adversidad, superarla y ser transformados positivamente por ella.

Barimboim D y Ferrari R (2003) Del estrés necesario al distrés laboral. Publicación interna de la Cátedra de Psicología de los vínculos laborales, Buenos Aires, Universidad Argentina de la Empresa.

Estrés postraumático.- "Se examinaron reacciones de estrés postraumático, empleando múltiples criterios diagnósticos y puntos de corte, en una muestra de la población de Madrid (N = 503), 18-25 días después de los ataques terroristas de Madrid del 11 de marzo de 2004.

En función del punto de corte seleccionado, los porcentajes de probable trastorno de estrés postraumático (TEPT) basado en el Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian (PCL-C; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993) fluctuaban entre el 3,4% y el 13,3%. Al añadir a los síntomas de TEPT otros criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2000) requeridos para su diagnóstico (p. ej., el impacto de la reacción inicial y problemas en el funcionamiento cotidiano como consecuencia del evento traumático), sólo el 1,9% presentaba un probable TEPT.

Estos resultados demuestran que las inferencias acerca del impacto de eventos traumáticos en la población general pueden depender en gran parte de la definición y medida de la respuesta traumática.

Nuestros resultados también revelaron que, aunque la magnitud de las reacciones postraumáticas se relacionaba con varios factores de riesgo (vivir cerca de los lugares atacados, proximidad física a los ataques cuando ocurrieron, percepción de amenaza para la propia vida, intensidad de las reacciones emocionales iniciales, y ser un usuario diario de las líneas de trenes atacadas), el uso de diferentes estrategias de punto de corte no afectó el patrón principal de riesgo para el desarrollo de estrés traumático. Se comentan las implicaciones de estos resultados para las políticas de la salud pública relacionadas con los ataques terroristas”.

Vázquez C, Pérez-Sales y Matt G, Reacciones de estrés post-traumático tras los ataques terroristas de Madrid del 11 de Marzo de 2004. THE SPANISH JOURNAL OF PSYCHOLOGY. 2006 MAY; 9(1):61-74.

Generalidades.- Hans Selye (1907-1981), endocrinólogo vienés, fundador del International Institute of Stress en Canadá y padre de la moderna investigación sobre el estrés, lo definió hacia 1936 como una respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le hace. Se dice que es una respuesta inespecífica porque ocurre en forma similar ante estímulos muy diversos: infecciones, temperaturas extremas, ruidos, desocupación, cambios sociales. Si obedeciese a una determinada causa, la respuesta sería específica. Todos esos factores constituyen lo que Selye llama en su definición "demandas" que se le hacen al organismo, es decir, ciertos cambios ambientales que exigen al organismo la indicada reacción no específica: una fiera suelta, un terremoto, e incluso la amenaza de una guerra nuclear. Esto último nos muestra que la civilización crea sus propios factores de estrés, más allá de los desastres naturales o los peligros de la selva que debían enfrentar los hombres primitivos.

Otro aspecto interesante de la definición es que hace alusión al organismo, no a una parte de él. Las demandas ambientales hacen que reaccione el organismo en su conjunto, es decir, se trata de una respuesta general, no focalizada como puede serlo el reflejo rotuliano ante determinados estímulos.

Hoy sabemos que hay un sinnúmero de situaciones estresantes que provocan las respuestas no específicas señaladas, situaciones que pueden ser tanto desagradables (un terremoto) como agradables (sacarse la lotería), y tanto importantes (una fiera suelta) como insignificantes (las pequeñas frustraciones de la vida cotidiana: la espera del colectivo, la cola del supermercado, etc).

Sin embargo, el interés médico por los fenómenos de estrés tuvo su origen en la observación de las respuestas de los soldados durante la primera y la segunda guerra mundial. En la primera guerra, por ejemplo, el llamado 'mal de las trincheras' se atribuía a las vibraciones que producían las explosiones en los vasos sanguíneos cerebrales. Pero ya en la segunda guerra mundial comienzan las investigaciones de Selye, quien observó que los bombardeos producían importantes cambios hormonales, fisiológicos y psicológicos en los combatientes.

Se constató así que estos cambios se producen cada vez que el organismo está expuesto en forma crónica, a la situación de tener que pelear o huir, produciéndose entonces los cambios químicos indicados, aumento de la presión arterial, debilitación de las defensas y otros problemas en cascada. Quedó así identificado el estrés, denominado también Síndrome General de Adaptación, o también Síndrome de Selye, en honor a su descubridor. Queremos hacer notar que el término 'estrés' (en inglés, 'stress') no es un invento de Selye, ya que viene siendo utilizado desde el siglo XVII (Pedersen, 1986), designando desde entonces situaciones de extrema fatiga física o presión sobre las personas, órganos u objetos y cosas.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Pedersen D (1986) Estilos de vida y salud. Artículo presentado en la Reunión Regional sobre Sistemas culturales, Estilos de Vida y Tecnologías Médicas de Lima (Perú). Editado por la Oficina Sanitaria Panamericana.

Sensibilidad al estrés y depresión.- Antecedentes: La sensibilidad al estrés en la vida cotidiana está asociada a la depresión, sin embargo no existen datos prospectivos al respecto.

Objetivos: Examinar las asociaciones entre la sensibilidad al estrés en la vida cotidiana en la línea base ecológica y la depresión posterior, e identificar factores genéticos y no genéticos que moderan la transición de la sensibilidad al estrés a una depresión.

Método: En la línea base del estudio se evaluó la sensibilidad al estrés diario en gemelos (n= 502). Se recogió una evaluación inicial y cuatro medidas de seguimiento de los síntomas depresivos y de los acontecimientos vitales negativos, así como diagnósticos basados en entrevistas en la línea base y en el último seguimiento. Se determinaron los marcadores genéticos de las hipótesis.

Resultados: La sensibilidad al estrés en la línea base estuvo asociada a síntomas depresivos crecientes durante el seguimiento y a un riesgo de trastorno de depresión mayor. La responsabilidad genética y los acontecimientos de vida importantes moderan la probabilidad de la transición de la sensibilidad al estrés a la depresión.

Conclusiones: El inicio de la depresión es atribuible a las mediciones ecológicas pre-inicio de la sensibilidad al estrés, particularmente donde la responsabilidad genética es alta y los individuos han alcanzado una etapa donde la influencia de las causas ambientales competentes es baja.

Marieke Wichers; Nicole Geschwind; Nele Jacobs... (et.al) Transición de la sensibilidad al estrés a un estado depresivo: Estudio longitudinal de gemelos. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2009 DIC; 195 (6):498-503.

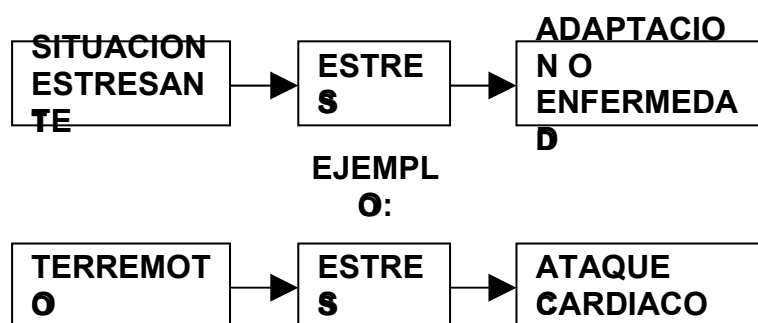
El estrés: causa o efecto.- A veces se define el estrés como un conjunto de signos y síntomas que aparecen cuando el organismo debe adaptarse a una determinada situación, llamada causa desencadenante. Se habla por ejemplo de causas psíquicas como las emociones violentas, causas traumáticas como los accidentes o las operaciones, físicas como el frío, el calor o los rayos X, y hasta de causas infecciosas. Cualquiera de estos factores, en cuanto puede producir estrés, es llamada situación estresante.

El DSM-IV asigna importancia a estos factores estresantes, tanto que les dedica uno de los cinco ejes diagnósticos (el Eje IV: problemas psicosociales y ambientales). Para el DSM-IV, un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Quedan incluidos también los estresantes positivos en la medida en que ellos impliquen problemas para el sujeto (APA, 1995:31).

Esta caracterización muestra al estrés como efecto, y fue utilizada incluso por el mismo Selye. Pero tanto o más importante que lo anterior es el estrés como causa, ya que está comprobado que las situaciones de estrés aumentan las probabilidades de enfermarse. Se ha constatado (Anónimo, 1985) que las enfermedades del corazón, el cáncer, la cirrosis de hígado, los accidentes y los suicidios se producen en muchos casos por conocidas causas de estrés. En 1983, por ejemplo (Anónimo, 1985), la revista médica británica The Lancet informaba de que el número de ataques cardíacos aumentó agudamente en la ciudad de Atenas, en los días siguientes al fuerte terremoto de 1981.

Por lo tanto, concluiremos que estrés es al mismo tiempo causa y efecto por estar situado en el centro de una cadena de relaciones causales (ver esquema 1). Por este mismo motivo, puede considerarse al estrés como una variable interviniente, ya que es producido por una situación estresante y, al mismo tiempo, es capaz de producir efectos nocivos o adaptativos. En efecto, podemos suponer que un terremoto no afecta en forma directa al corazón -produciéndole temblores, digamos- sino en forma indirecta: el terremoto ocasiona cierto estado en el organismo llamado estrés, el cual a su vez ocasionará el ataque cardíaco.

Esquema 1 – Trama causal simplificada del estrés



El esquema 1 constituye, desde ya, una simplificación didáctica, ya que hay otras muchas variables implicadas en el proceso. El esquema 2 nos muestra con mayor detalle toda la secuencia que va desde el evento ambiental hasta la enfermedad (o la adaptación exitosa).

Un evento, un cambio ambiental no es por sí solo un factor que produzca estrés, ya que aquí interviene otra variable que son los factores personales. En efecto, los médicos notaron (Mautner, 1990) que sujetos puestos en condiciones aparentemente similares (eventos parecidos) no reaccionaban de la misma forma. Por ejemplo sólo el 15% de los sobrevivientes de la guerra de Vietnam padeció alteraciones atribuibles al estrés, mientras que el otro 85% no.

De idéntica forma (Anónimo, 1990a), en una conocida investigación realizada con padres de niños con cáncer (eventos parecidos), se observó que todos presentaban una concentración alta de cortisol, aunque aquellos con "defensas psicológicas" contra la ansiedad (incluyendo una fuerte creencia religiosa) mostraban mucho menor nivel de esa hormona que los padres que se negaban a aceptar la gravedad del estado de sus hijos. De esta manera queda demostrada la importancia del estado psíquico frente a un factor conflictivo: la predisposición a aceptar las situaciones de tensión reduce las nocivas respuestas físicas que desencadena el estrés.

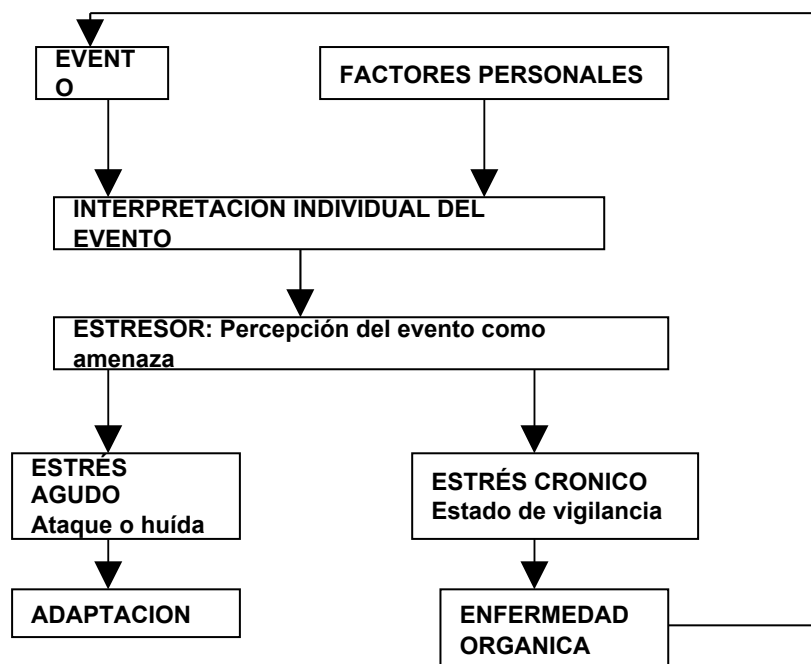
Otros factores personales que podemos citar son la edad, el sexo, los hábitos de vida, el estado civil, el nivel de ingresos, el nivel cultural, y la misma personalidad del sujeto.

Entre los hábitos de vida se cuenta especialmente cierta necesidad de hacer las cosas velozmente. Se cuenta que un grupo de europeos contrata unos nativos como portadores de bultos. Apurados por llegar al lugar que les interesaba, notan repentinamente que los nativos no estaban. Desandan camino y los

encuentran sentados, tranquilos: no habían huido ni estaban asustados o enojados. Interrogados sobre su demora, le respondieron: "nuestros cuerpos han caminado muy rápido y nuestros espíritus han quedado atrás. Estamos vacíos de espíritu por lo que quedaremos aquí hasta que nuestros espíritus nos alcancen y podamos seguir".

Los factores personales determinarán, frente al evento, que el sujeto lo interprete o no como amenazante o inocuo. En el primer caso, el evento se convierte en un agente estresor y como tal, desencadenará un estrés agudo o un estrés crónico (véase más adelante esta distinción). El resultado, como vemos en el esquema 2, será la adaptación exitosa o la enfermedad orgánica.

Esquema 2: Trama causal detallada del estrés



Es interesante señalar que el estrés puede ingresar en un circuito de realimentación positiva que va agravando cada vez la situación del sujeto, provocándole finalmente la muerte si no se toman medidas preventivas. En el esquema citado vemos, por ejemplo, que el estrés puede ocasionar una enfermedad la cual, a su vez, se convierte en un factor estresante que puede aumentar el estrés, y así sucesivamente hasta producirse la muerte. Medidas como la relajación, las redes sociales de ayuda, la contención, etc., puede revertir esta situación evitando la muerte y eventualmente produciendo la curación de la enfermedad.

Diversas pruebas experimentales han demostrado la correlación entre situaciones estresantes y enfermedades varias. Así por ejemplo (Anónimo, 1985), sometiendo a ratones a shocks eléctricos y aislando cuidadosamente otros factores llevaron a Jay Weis a concluir que el estrés inducido psicológicamente era causa directa de las úlceras de estómago que después se observaban en estos animalitos. Del mismo modo (Anónimo, 1985), otros experimentos han permitido apreciar que bajo los efectos del estrés crónico descienden apreciablemente las células que, como los fagocitos, combaten las infecciones del cuerpo humano.

Las causas del estrés no sólo pueden inferirse a partir de ciertas correlaciones entre factores estresantes y enfermedades, sino también a partir de las opiniones de la gente: Holmes y Rahe realizaron una escala en base a estas opiniones, es decir, en base a qué consideraba la gente como acontecimientos más estresantes.

Desde ya, como quedó ya señalado, también los pequeños eventos de la vida cotidiana contribuyen a provocar estrés (Anónimo, 1985): la espera del colectivo, la frustración de las colas, el cordón del zapato que se desata a cada rato, la falta de lugar para estacionar, etc., producen también un efecto que por ser cotidiano no es menos devastador.

De idéntica manera (Anónimo, 1985) la vida moderna, el tráfico ruidoso, el atronar de los aeropuertos y, por supuesto, los agobios de la pobreza, del paro, de la inseguridad ciudadana, son diarias causas de estrés.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Anónimo (1985) Qué es el estrés. Buenos Aires: Revista Muy Interesante N ° 2.

Anónimo (1990a) Los monos también tienen estrés. Buenos Aires: Revista Enciclopedia Popular Magazine, N°6.

APA (1995) DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Mautner Branco (1990) El estrés y su corazón. Buenos Aires: Revista Muy Interesante N° 60, Octubre 1990.

Fases del estrés.- Selye había observado que las cortezas suprarrenales realizan los cambios necesarios en el organismo para que éste pueda adaptarse a la situación estresante. Sobre esta base, clásicamente, el estrés o Síndrome General de Adaptación se desarrolla en tres fases: 1) reacción de alarma provocada por el estímulo; 2) respuesta o estado de resistencia ante la agresión; y 3) agotamiento de la respuesta y disminución de la capacidad de resistir si no es posible mantener la adaptación.

1) Reacción de alarma.- La reacción de alarma se desarrolla en dos fases, que son el shock y el contrashock (Casteluccio, 1984).

a) Shock: Produce un efecto depresor sobre el flujo sanguíneo y la presión arterial (hipotensión), que hace que en la periferia la circulación no sea la adecuada para mantener la vida. En el shock, el individuo emplea gran cantidad de glucocorticoides, con lo cual dichas hormonas suprarrenales circulantes en sangre disminuyen rápidamente. La situación es similar a lo que ocurre en la enfermedad de Addison y, de hecho, el hemograma y el ionograma son iguales en ambos casos. El shock puede hacer perder la homeostasis (equilibrio interno), por lo que sólo saldrá de él el individuo que tenga la corteza suprarrenal en condiciones. El shock puede durar minutos, horas, o terminar con la muerte. El sujeto pasará al contrashock cuando las suprarrenales comiencen a segregar glucocorticoides para restablecer el equilibrio.

b) Contrashock: Mecanismo defensivo destinado a restablecer el equilibrio roto por el shock, defensa que sigue dos caminos diferentes y simultáneos: 1) Por un mecanismo nervioso, el hipotálamo estimula rápida y brevemente la médula suprarrenal para que esta segregue adrenalina y noradrenalina, sustancias que aumentarán la presión arterial que había sido deprimida por el shock. 2) Por un mecanismo humoral, la adenohipófisis segrega ACTH. Esta hormona estimula la corteza suprarrenal con lo cual segregará glucocorticoides, que también provocarán el aumento de la presión arterial, además de aumentar también el nivel de glucosa. La glucosa es enviada a músculos y tejidos, preparando al cuerpo para hacer frente a la emergencia, al "luchar o huir" en respuesta al agente estresante.

Los síntomas del contrashock son similares a la enfermedad de Cushing, pero sin obesidad, ya que los glucocorticoides son utilizados para salir del shock y no para producir grasas (lipogénesis troncular). También son iguales al Cushing el hemograma y el ionograma. Si la situación que generó el estrés persiste, el proceso evoluciona hacia el estado de resistencia, y si no, se detiene en el contrashock.

2) Estado de resistencia.- El contrashock persiste en forma prolongada y el organismo termina adaptándose al estrés. La sintomatología sigue siendo igual al Cushing (pero sin obesidad) o también similar a un hipertiroidismo (pero sin bocio). El individuo puede curarse en esta etapa o si no, pasará al estado de agotamiento.

3) Estado de agotamiento.- Estado crónico donde el organismo se adapta a vivir deficitariamente, lo que lleva a la aparición de patologías de diversas índole como la úlcera gastroduodenal, la colitis ulcerosa, las collagenopatías, el reumatismo, la involución del sistema linfático, etc.

El hombre es capaz de aguantar elevadas dosis de estrés durante un corto periodo de tiempo, pero no sabe cómo afrontarlas cuando son continuadas y duran un lapso mayor, cuestión que nos lleva al problema de la distinción entre estrés normal y patológico.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Casteluccio M (1984) Clases en la Cátedra de Correlaciones de la clínica médica. Buenos Aires: Universidad de Belgrano.

Estrés normal y patológico.- En la denominación "Síndrome General de Adaptación" para el estrés, se sugiere que se trata de una reacción patológica a juzgar por la expresión 'síndrome', pero también que se trata de una reacción normal a juzgar por la expresión 'adaptación'. Cabe entonces preguntarse acerca de si el estrés es normal y patológico.

En primer lugar no debemos relacionar lo normal y lo patológico con el estrés provocado por situaciones agradables y desagradables, respectivamente, aún cuando las primeras investigaciones sobre el estrés se hayan centrado en las desagradables situaciones de la guerra. Un triunfador olímpico en su momento de gloria o un director de orquesta en su momento de máxima concentración 'padecen' un estrés agradable, es decir experimentan un gran placer, cosa que en sí misma no es ni normal ni patológico: los parámetros para determinar esto último no pasan por si los estresantes son positivos o negativos. El DSM-IV señala, por ejemplo (APA, 1995:31), que los denominados estresantes positivos, como una promoción laboral, deben hacerse constar como patológicos sólo si constituyen un problema o conducen a él, con lo que queda admitida la posibilidad de un evento agradable puede generar un estrés patológico.

Selye, en su libro "El stress en la vida" indica que nadie puede vivir sin experimentar algún grado de estrés. Podemos agregar que el estrés no es solamente inevitable sino además necesario para la

supervivencia, porque es una reacción del organismo que le permite, en el mejor de los casos, adaptarse exitosamente a los cambios ambientales (es lo que algunos llaman el 'eustrés' o estrés sano, en oposición al 'distrés', patológico). Por lo demás, todo trabajador (Anónimo, 1997) necesita competir y experimentar cierto estrés para ampliar sus capacidades y mejorar su desempeño. Sin desafíos, probablemente caerá en una inercia miserable, pero si afronta demasiados desafíos, empezará a contraer síntomas psicofísicos.

Cuando esto no ocurre estamos en presencia del estrés patológico, habitualmente llamado "distrés", una reacción que ha fracasado en su misión de adaptar al organismo, predisponiéndolo, además, a sufrir enfermedades varias que pondrán en peligro aquello mismo que quería proteger, es decir, la vida.

Sin embargo (Anónimo, 1990c), así como el exceso de estrés es pernicioso, su defecto también es negativo. Las experiencias de aislamiento en laboratorios con una privación total de estímulos estresantes, muestran en los sujetos síntomas como la depresión aguda, pánico, alucinaciones, dificultades para pensar, etc. El sistema nervioso parece necesitar cierto nivel medio de estrés para funcionar óptimamente.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

APA (1995) DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Anónimo (1990c) Como aprovechar nuestro estrés cotidiano. Buenos Aires: Revista Enciclopedia Popular Magazine, N° 20.

Anónimo (1997) ¿Trabajo o familia? Buenos Aires: Diario La Nación, 2-2-1997.

Estrés agudo y estrés crónico.- Puede establecerse, a grandes rasgos, que el estrés normal es agudo, mientras que el estrés crónico es patológico. El primero salva a las personas en situaciones límite, y es puramente neurológico. Desde el momento en que los sentidos informan sobre un peligro, el cerebro se apronta inmediatamente para dar una respuesta hormonal activando la secreción de adrenalina y otras, las cuales multiplican la energía disponible (oxígeno, azúcar) para que el organismo pueda dar una respuesta rápida y adecuada.

Migliorelli señala que "el síndrome benigno del estrés puede entenderse como el conjunto de reacciones adaptativas tendientes a sacar al organismo de una situación adversa. Casi siempre se trata de una manifestación en agudo, es decir: se registra frente a una situación puntual y, superada ésta, el organismo tiende a cierta estabilidad" (Anónimo, 1990d).

En los casos de estrés crónico, en cambio, otras neuronas se agregan a este concierto neurosensorial: el cuerpo produce gran cantidad de corticoides, causantes de los deterioros en el organismo como por ejemplo la destrucción de neuronas. Así (Anónimo, 1990b), en un naufragio un individuo capta el peligro, tensa los músculos y salta a un bote: ha atravesado por un estrés agudo de pocos segundos, que le ha salvado la vida. Sin embargo, una vez en el bote quedará expuesto a un peligro más permanente: el de estar abandonado en el medio del mar, con lo cual el individuo ingresa en una etapa de estrés crónico.

El estrés agudo no es otra cosa que la reacción de lucha o huida descrita por Cannon por la misma época en que Selye comenzó a hablar de estrés (1935-1936). Sin embargo, éste último descubrió otro tipo, llamado estrés crónico o estado de vigilancia (Mautner, 1990), y un experimento de Selye ilustra su diferencia con el estrés agudo.

Si soltamos una rata frente a un gato, en la primera se desencadenará una reacción de ataque o huida que la salvará de morir (estrés agudo). Pasado el peligro, poco a poco el organismo de la rata irá volviendo a su equilibrio anterior, y pronto pasarán los efectos de estrés. El estrés agudo era sufrido por el hombre primitivo cuando enfrentaba a las bestias y otros enemigos, pero también actualmente (Mautner, 1990), cuando tiene una discusión fuerte en el trabajo, una pelea conyugal, cuando sufre una agresión callejera, etc.

Para investigar el estrés crónico, Selye puso una rata y un gato muy juntos... pero separados por barrotes en una misma jaula. En tal situación, la rata no podía atacar ni huir, pero tampoco estaba muy tranquila teniendo cerca a un enemigo tan peligroso. Durante las siguientes horas pudo verse a la rata acurrucada lo más lejos posible del gato, con los ojos bien abiertos y el pelo erizado y hasta sin probar alimento, aún estando a su alcance. Se la vio atemorizada, en estado de vigilancia permanente. Este peligro permanente obliga al organismo del animal a segregar continuamente glucocorticoides, que producirán alta presión, taquicardia, aumento de la coagulabilidad de la sangre, aumento de colesterol y otras cosas que a su vez generarán patologías como el infarto. La tensión psíquica constante de la rata es similar y produce mismas reacciones hormonales en el hombre, en la medida en que éste está también expuesto a peligros permanentes como el de convivir diariamente en una jaula-oficina con un jefe que juzga peligroso, o en una jaula-sociedad donde nadie garantiza su seguridad.

Más específicamente, se habla de cuatro niveles de estrés: agudo, subcrónico, crónico y lesional (Anónimo, 1990d). El estrés agudo sería el único normal o sano: el individuo reacciona prontamente al estímulo estresante y, pasado éste, su organismo puede reequilibrarse casi con la misma rapidez. Estamos en presencia de un estrés subcrónico cuando el organismo tarda más en volver a normalizarse. En cambio, en el estrés crónico ya no puede individualizarse un factor estresante momentáneo: se trata del llamado GAD (General Anxiety Disorder, o desorden generalizado de ansiedad), que se instala debido

a una situación estresante crónica, que persiste en el tiempo, o bien a un organismo que crónicamente no puede resolverlas. Finalmente, el estrés crónico podrá desembocar en el nivel lesional, donde aparecen las primeras manifestaciones del organismo resentido: asma, úlcera, infarto agudo de miocardio o colitis ulcerosa.

Examinando estas cuestiones desde un ángulo ligeramente diferente, podemos decir que el estrés comienza a ser patológico cuando:

a) El estímulo es muy intenso y muy breve. Es el caso del estrés traumático, donde el sujeto no atina a poder defenderse, quedando paralizado con el consiguiente riesgo de muerte.

b) El estímulo, aún cuando no sea de gran intensidad, es sostenido, se mantiene en el tiempo, con lo que el dispositivo del estrés termina agotándose por estar muy exigido durante largo tiempo. Esto ocurre en general con cualquier órgano: si se lo sobreexige, se enferma. Por ejemplo, luego de largos años de comer dulces, el páncreas se ve exigido permanentemente a bajar la glucemia con la insulina, hasta que empieza a haber un déficit -o aún una ausencia- de secreción insulínica, declarándose una diabetes.

Cuando el estrés se prolonga bajo la acción de un estímulo persistente y termina agotándose la reacción defensiva, se instala el *distrés*, que obviamente es patológico. Así como el estímulo intenso y breve producía parálisis y aún la muerte, el estímulo persistente (un jefe de todos los días nos regaña durante años, por ejemplo), termina produciendo las llamadas *enfermedades psicosomáticas*. Estas pueden producirse también tras un estímulo muy intenso, una situación muy estresante, y progresar silenciosamente hasta que a los pocos días o meses aparecen los primeros síntomas de la enfermedad.

Haciendo una sistematización un poco provisoria, podemos clasificar las enfermedades psicosomáticas en tres grupos: 1) las producidas por una depresión del sistema inmunológico, como por ejemplo las enfermedades infecciosas y el cáncer; 2) las producidas por una equivocación del sistema inmunológico, como lo son las llamadas enfermedades autoinmunes; y 3) las producidas por desórdenes vegetativos y/o endocrinos, como por ejemplo el asma o la úlcera.

Como puede verse, hay una íntima conexión entre los sistemas vegetativo, endocrino e inmunológico, de manera tal que una alteración en cualquiera de ellos repercutirá en los demás.

En situaciones de agotamiento, de distrés, el sistema inmunológico empieza a funcionar mal, y esto en dos sentidos posibles: o bien no ataca a los microorganismos patógenos como debiera hacerlo, produciéndose enfermedades infecciosas, o bien ataca pero lo hace al enemigo equivocado, esto es, a partes del propio organismo que identifica como extrañas. Esto último es el caso de las enfermedades autoinmunes, como la artritis reumatoidea, la esclerodermia, la esclerosis múltiple, el lupus eritematoso o la colitis ulcerosa. Como ejemplo del último tipo de enfermedad psicosomática, tomemos el caso de la úlcera. Un estrés sostenido, es decir, el distrés, hace que permanentemente haya dos tipos de descargas, produciendo ambas un mismo efecto, que es el aumento de los jugos gástricos, y específicamente del ácido clorhídrico (Cl H), que es el que producirá la úlcera perforando la mucosa gástrica (o duodenal), la submucosa, la capa muscular lisa hasta llegar, incluso, en las llamadas úlceras perforantes, al peritoneo.

Estas dos vías de descarga son: a) una descarga parasimpática persistente a través del nervio vago o neumogástrico, que normalmente estimula la secreción de jugos gástricos, y b) una descarga endocrina: la adenohipófisis segrega permanentemente ACTH (adrenocorticotrofina), la cual a su vez estimula también permanentemente la corteza suprarrenal, la que a su vez segregará corticoides que harán también aumentar los jugos gástricos.

Desde ya, quien padece distrés no necesariamente hará una úlcera, porque además deben darse otros dos factores: una predisposición constitucional, y una predominancia vagal (es decir, ser una persona que tiende a tener un predominio del sistema parasimpático, o sea, una persona con un perfil parasimpaticotónico). Hace poco, una anciana señora que iban a operarla de la cadera debió permanecer un montón de días en el hospital. Esto de por sí fue para ella una situación persistente de estrés, que derivó en distrés e hizo una úlcera. Finalmente murió por esto y no por el problema de la cadera.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Anónimo (1990b) El estrés mata las neuronas. Buenos Aires: Revista Enciclopedia Popular Magazine, N°7.

Anónimo (1990d) El estrés en las vacaciones. Buenos Aires: Revista Enciclopedia Popular Magazine N° 15.

Mautner Branco (1990) El estrés y su corazón. Buenos Aires: Revista Muy Interesante N° 60, Octubre 1990.

Medición del estrés.- Para determinar el grado de estrés en una persona, el doctor Selye (Anónimo, 1985) mencionó dos métodos, que podríamos caracterizar como el método que detecta signos, y el que detecta síntomas.

"El primero, que no es accesible al público, es bioquímico y neurológico: medir la tensión sanguínea, los niveles hormonales, la actividad eléctrica del cerebro. El segundo es accesible a cualquiera. No todo el mundo reacciona igual, pero las respuestas más corrientes son un aumento de pulso y una tendencia a sudar. Se hará más irritable, sufrirá de insomnio, incluso después de que el agente de estrés haya desaparecido. Será menos capaz de concentrarse y sentirá deseos de moverse de un lado a otro". A este último respecto, Selye citaba el caso de un paciente que le pidió si en vez de permanecer sentado podía pasearse por el consultorio. En suma, las señales del estrés son muy conocidas (Anónimo, 1997):

irritabilidad, insomnio, pérdida del apetito sexual, impotencia, palmas sudorosas, hiperventilación y palpitaciones.

Otra forma de medir el estrés es a partir de la presencia o ausencia de los factores estresantes, sean positivos o negativos (por ejemplo la Escala de Holmes-Rahe). Se trata de una medición más indirecta porque no evalúa cambios físicos o psicológicos, sino factores que pueden provocar o aumentar el estrés. Una manera más precisa de medir el estrés a partir de sus manifestaciones observables nos las proporciona el DSM-IV.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Anónimo (1985) Qué es el estrés. Buenos Aires: Revista Muy Interesante N ° 2.

Anónimo (1997) ¿Trabajo o familia? Buenos Aires: Diario La Nación, 2-2-1997.

El estrés según el DSM-IV.- En el DSM-IV encontramos cuatro categorías relacionadas con el estrés, donde solamente las tres últimas constituyen trastornos y, como tales, están debidamente tipificadas como tales. Estas cuatro categorías son las siguientes:

1) Reacciones no patológicas al estrés: Según el DSM-IV, son aquellas que no provocan un malestar superior al esperable y que no causan un deterioro significativo de la actividad social o laboral (APA, 1995:641-642).

2) Trastorno por estrés agudo: Indica el DSM-IV que algunos de los síntomas que aparecen después de un acontecimiento traumático de gran intensidad son comprensibles y razonables, de modo que no deben considerarse un trastorno por estrés agudo. Este diagnóstico sólo debe establecerse si los síntomas duran al menos 2 días y provocan un malestar clínico significativo, interfieren acusadamente con la actividad del individuo o afectan de modo notable su capacidad para realizar tareas indispensables. El DSM-IV también distingue el trastorno por estrés agudo de aquellos trastornos mentales debidos a enfermedades médicas, a sustancias, y a trastornos psicóticos breves, entre otros (APA, 1995:442).

Desde ya, cuando están de por medio compensaciones económicas, selecciones laborales o determinaciones forenses, debe descartarse siempre la simulación (APA, 1995:443), es decir, debe primero comprobarse si el sujeto no se está haciendo el estresado para obtener algún beneficio. Esto mismo vale también para el trastorno por estrés postraumático.

3) Trastorno por estrés postraumático: Por definición, sólo debe establecerse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo si los síntomas aparecen durante el primer mes que sigue al acontecimiento traumático, reservando el término 'trastorno por estrés postraumático' para los síntomas que se prolongan más de 4 semanas. En los individuos diagnosticados de trastorno por estrés agudo que al cabo del primer mes siguen presentando el cuadro sintomático, debe considerarse el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (APA, 1995:443).

4) Trastornos adaptativos: El trastorno adaptativo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo requieren la presencia de un estresante psicosocial. El trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo se caracterizan por la presencia de un estresante extremo y una constelación de síntomas específicos. En cambio, el trastorno adaptativo puede ser desencadenado por un estresante de intensidad variable y expresarse a través de una amplia gama de síntomas posibles (APA, 1995:641-642).

En efecto, en el trastorno por estrés postraumático el factor estresante debe revestir suma gravedad (por ejemplo, un peligro para la vida). En cambio, en el trastorno adaptativo el factor estresante puede tener cualquier intensidad. El diagnóstico de trastorno adaptativo es apropiado tanto cuando las respuestas a un desencadenante extremo no reúnen los requisitos diagnósticos del trastorno por estrés postraumático (o cualquier otro trastorno mental específico) como cuando el cuadro sintomático típico de trastorno por estrés postraumático aparece en respuesta a desencadenantes no excesivamente importantes (p. ej., abandono del cónyuge, pérdida del puesto de trabajo) (APA, 1995:438).

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

APA (1995) DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Manifestaciones del estrés.- Más allá de las categorizaciones del DSM-IV, podemos hacer una síntesis de los diversos observables a través de los cuales podemos advertir un estado de estrés (Anónimo, 1990d) (Mautner, 1990).

a) Sistema nervioso: Tensión, irritabilidad, dificultades de concentración y de memoria, migrañas, fatiga, temblores, hipervigilancia (atención excesiva a estímulos), aumento de la respuesta de alarma (sobresaltos frecuentes), insomnio. Existen además otras manifestaciones propias del sistema nervioso autónomo, que se expresan a nivel de otros sistemas o aparatos (por ejemplo, disnea en el aparato respiratorio).

b) Sistema cardiovascular: Palpitaciones, taquicardia, dolores de pecho, rubor facial, lipotimias, palidez, hipertensión, arritmias cardíacas.

c) Aparato digestivo: Náuseas, dolores o ardores de estómago, mala digestión, constipación, diarreas, falta de apetito, exceso de hambre, sequedad en la boca, eructos, exceso de gases, calambres abdominales.

d) Aparato respiratorio: Falta de aire, respiración rápida, sensación de sofocación, disnea, suspiros, ahogos.

e) Aparato urogenital: Falta de menstruaciones, alteraciones en la micción (por ejemplo, aumento de la frecuencia urinaria), impotencia, eyaculación precoz.

f) Piel: Eczemas, psoriasis, urticarias, alteraciones en la sudoración, oleadas de calor o frío, piloerección.

g) Sistema muscular: Dolores musculares (particularmente de espalda, cabeza o nuca), dificultades para relajarse, temblores, tics, fatigabilidad, sobresaltos.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Anónimo (1990d) El estrés en las vacaciones. Buenos Aires: Revista Enciclopedia Popular Magazine N° 15.

Mautner Branco (1990) El estrés y su corazón. Buenos Aires: Revista Muy Interesante N° 60, Octubre 1990.

El estrés en los animales.- El estrés también es padecido por animales. He aquí algunos ejemplos.

Zarigüeyas.- Este diminuto y raro marsupial de Australia y EEUU se 'muere' temporalmente debido al estrés (Anónimo, 1985); ante una amenaza grave, todos sus estímulos se precipitan al dilema "luchar o huir" pero su cerebro es demasiado pequeño para registrar tanta información y se 'atasca', produciéndole una muerte aparente que, paradójicamente, es su mejor defensa, pues el enemigo lo abandona por muerto.

Monos babuinos.- Algunos monos son tan susceptibles al estrés como los seres humanos, estrés que podría condicionar su comportamiento sexual y agresivo. Una investigación del doctor R. Sapolsky, de la Universidad de Stanford, en EEUU (Anónimo, 1990a), observó que las situaciones estresantes aumentan el nivel de cortisol en los monos babuinos.

Normalmente este aumento de cortisol inhibe la testosterona, hormona del sexo y la agresividad, pero sin embargo, en los babuinos 'dominadores' la testosterona no sólo no se inhibe sino que aumenta, incrementando su agresividad y comportamiento sexual, mientras que sí disminuye en los babuinos 'dominados'. Otros experimentos con estos monos (Mautner, 1990) reveló que también ellos, que son una especie monógama, pueden 'morir de amor'. Si se pone en una jaula una mona con algún 'amante' ocasional, el 'marido' padecerá al poco tiempo enfermedades cardíacas y muerte.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Anónimo (1985) Qué es el estrés. Buenos Aires: Revista Muy Interesante N° 2.

Anónimo (1990a) Los monos también tienen estrés. Buenos Aires: Revista Enciclopedia Popular Magazine, N°6.

Mautner Branco (1990) El estrés y su corazón. Buenos Aires: Revista Muy Interesante N° 60, Octubre 1990.

Tratamiento de estrés.- Aunque siempre será mejor prevenirlo, cuando se instala el estrés subcrónico o crónico existen una serie de medidas terapéuticas muy variadas, entre las cuales podemos mencionar las siguientes.

Artefactos anti-estrés.- Un óptico suizo diseñó unas gafas que pueden neutralizar con música las descargas de adrenalina. Estas 'gafas antiestrés' son en realidad un 'mini-walkman' óptico que se atornilla en una de las patillas y difunde música clásica, dulce y relajante, que se propaga hasta los tímpanos por vibración (Anónimo, 1991:77).

Acción sobre los agentes estresantes.- Ciertos comportamientos pueden neutralizar o reducir la influencia de factores estresantes inevitables. He aquí algunos ejemplos (Anónimo, 1990c) (Mautner, 1990): a) Organizarse mejor en la vida para que el tiempo alcance para hacer lo deseado. No plantearse objetivos inalcanzables. Comparar diariamente sus expectativas y sus logros. b) Evitar hacer demasiados cambios grandes al mismo tiempo. Por ejemplo, no mudarse al cambiar de empleo, o viceversa. c) Anticipar el acontecimiento estresante, pues de esa forma disminuye su impacto. d) Buscar actividades significativas, pues la monotonía puede producir un estrés tan grande como la excesiva estimulación. e) Retirarse de la situación estresante cuando éste supera el nivel óptimo: a veces bastan unos minutos de relajación, y otras veces unas largas vacaciones. f) Modificar la situación estresante: si nos molesta el humo, abrir la ventana. g) Hacer ejercicio influye sobre el organismo favorablemente, lo mismo que alimentarse bien. h) Alternar actividad y reposo, o tensión y distensión. i) Desacelerarse: realizar con tranquilidad las tareas cotidianas, con lo cual incluso saldrán mejor. j) Disfrutar de la familia y los amigos, por ejemplo charlando con ellos de todo lo que le guste. k) Sonreír y reír siempre que sea oportuno: la risa reduce tensiones. l) Lograr el apoyo social necesario. Buscar ayuda en tareas imposibles de realizar solo.

Redes de apoyo social.- Últimamente se viene observando (Anónimo, 1985) que por ejemplo el hombre seguro de su vida, el que cuenta con una familia o un grupo de buenos amigos, pertenece a grupos amables y disfruta, en suma, de lo que se llama un 'apoyo social' afectivo, tiene muchas más posibilidades de afrontar el estrés con éxito que el que se aísla, vive sin relaciones y se conduce hoscamente con la gente. Una encuesta respondida en California por más de 7.000 personas, y realizada en 1978 por la Universidad de Berkeley, confirmó ampliamente esta teoría del 'apoyo social'. La gente

que contaba con ninguno o pocos amigos fallecía dos o tres veces más deprisa que los que gozaban de contactos personales a los que recurrir.

Con los animales ocurre otro tanto: Los monos (Anónimo, 1985) se agitan mucho más ante una boa constrictor si están solos que si forman grupos. Del mismo modo, los ratones inyectados con células cancerosas contraen tumores más rápidamente si están aislados, que si están acompañados por otros ratones en la jaula.

Medicamentos.- Cuando fallan los recursos psíquicos o sociales, el recurso de los medicamentos produce algunas modificaciones orgánicas que impedirán la acción nociva del estrés sobre el organismo. Por ejemplo, el conocimiento de la composición química de alguno de los neurotransmisores llevó recientemente a los ensayos de producción sintética. En 1981 el famoso Instituto Salk de los EEUU logró obtener el FCR o "factor segregante de corticotropina", que es una de las sustancias que produce el hipotálamo en sus reacciones contra el estrés. Naturalmente, al disponer de esta sustancia, los científicos confían en poder emplearla para combatir los efectos del estrés en el ser humano (Anónimo, 1985).

Una línea similar de investigación (Anónimo, 1990b) apunta a las hormonas del estrés (glucocorticoides): si se lograra impedir que dichas sustancias amplíen su acción hormonal, se habría dado un gran paso para impedir una de las consecuencias del estrés: el avance del envejecimiento general.

Cazau P (1998) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Anónimo (1991) El estrés. Madrid: Revista Año Cero, N°6, Enero 1991.

Mautner Branco (1990) El estrés y su corazón. Buenos Aires: Revista Muy Interesante N° 60, Octubre 1990.

Anónimo (1985) Qué es el estrés. Buenos Aires: Revista Muy Interesante N ° 2.

Anónimo (1990b) El estrés mata las neuronas. Buenos Aires: Revista Enciclopedia Popular Magazine, N°7.

Estrés y enfermedad de Graves.- El cúmulo de datos históricos, observacionales y epidemiológicos que establecen una posible relación de EG con el estrés psicosocial ha originado, en las últimas décadas, un creciente interés de los investigadores por establecer una base etiopatogénica del estrés en esta enfermedad. En la presente revisión se analizan, a la luz de los conocimientos actuales, las complejas interacciones entre el estrés y los sistemas nervioso central, inmunitario y endocrino que, al incidir en individuos genéticamente susceptibles, propiciarían la aparición de EG. Diversos estudios epidemiológicos y algunos trabajos clínicos retrospectivos recientes apoyan la influencia de las distintas formas de estrés emocional tanto en la aparición como en la evolución de la EG. Por último, el control del estrés mediante intervención psicoterapéutica o psicofarmacológica, añadido al tratamiento convencional de EG con fármacos antitiroideos, podría mejorar los actualmente modestos índices de curación de EG.

Fernández Moreno, A, Estrés y enfermedad de Graves. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2007; 23(1).

Estrés psicosocial.- El presente trabajo aborda conceptos actuales del estrés, resaltando el de tipo social. El estrés psicosocial es un factor que predispone al desarrollo de diversas enfermedades en el ser humano cuyos efectos impactan sobre su calidad de vida y de salud.

Se han identificado y diferenciado algunos de los factores sociales que producen estrés. Sin embargo, dadas las dificultades metodológicas y éticas para estudiar los efectos del estrés psicosocial en el ser humano, ha sido necesario diseñar modelos animales en los que se emplean estresores psicosociales a los que se enfrentan los animales cuando viven en grupo, por ejemplo el modelo de derrota social.

Los datos provenientes de estos modelos han permitido entender algunos de los mecanismos neurobiológicos que subyacen al desarrollo de psicopatologías derivadas del estrés social, identificándose algunas de las estructuras participantes, como la amígdala del lóbulo temporal y a partir de estudios clínicos en seres humanos se ha identificado el papel que desempeña la corteza prefrontal en la toma de decisiones y en la planeación de respuestas conductuales socialmente apropiadas.

Molina-Jiménez, T; Gutiérrez-García, A.G; Hernández-Domínguez, L; Contreras, C.M. Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. ANALES DE PSICOLOGÍA. 2008 DIC;24(2):353-360.

Estrés y crisis económica.- La actual crisis económica que estamos viviendo en todo el mundo puede producir una sensación de ansiedad, baja autoestima y agresividad y puede afectar a muchas áreas de la vida cotidiana de cualquier persona y desembocar en un desajuste emocional. Esta sensación de sobrecarga produce un círculo negativo por ejemplo en áreas laborales, con disminución del desempeño y aumento del estrés. Hay personas que realmente no se encuentran influenciados por la crisis directamente, pero sí sienten criterios de inadaptación que los desajustan a nivel emocional por miedo a llegar a padecer dicha crisis. Diversos estudios han indicado una mayor prevalencia de enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad, entre los que especialmente destacan la cardiopatía, la neumopatía, las enfermedades digestivas y la cefalea. La crisis aumenta la "inseguridad" de las personas ante la pérdida de empleo o la imposibilidad de hacer frente a pagos adquiridos, lo que puede llevar a un cuadro severo de estrés y a "conductas de riesgo", como son la bebida o las drogas, y/o desembocar en trastornos psíquicos e incluso mentales, como el Trastorno de Estrés Postraumático (TOC). El cuadro caracterizado por ansiedad persistente, hipervigilancia y conductas de evitación fóbicas es característico del Trastorno de Estrés Postraumático y en la sociedad actual, por desgracia, con la

llegada de la crisis económica, es tema repetitivo y manifiesto en un gran número de pacientes que acuden en busca de solución a nuestro Centro Médico Psicosomática en Sevilla.

Manuel Álvarez Romero; Auxiliadora Chávarri Pérez; Ana Moreno Gómez; Antonia Regaña Jiménez. La crisis y una de sus consecuencias: El trastorno estrés postraumático. INTERPSIQUIS. -1; (2009).

ESTRESOR

Definición.- Cualquier cambio externo o interno que la persona percibe como amenazante en algún sentido, y que es capaz de desencadenar una reacción de estrés. Por ejemplo un terremoto, un despido laboral, un desengaño amoroso, la menopausia, etc.

Cazau P (2000) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

ESTUPOR

Definición.- "Disminución de la actividad motora que se caracteriza por la presencia de mutismo e inhibición profunda o completa del movimiento voluntario y falta de respuesta psicomotora. Es la forma más grave de disminución motora. / *Estupor orgánico*, el que está producido por una enfermedad física (enfermedad neurológica, intoxicaciones, alteraciones metabólicas, etc.). En esta situación, es característica la alteración del nivel de conciencia. / *Estupor psicógeno*, el que aparece en cuadros psicóticos y afectivos muy graves (depresión, manía), en reacciones de tipo conversivo y como reacción aguda ante un traumatismo. El nivel de conciencia es normal. Con frecuencia, el enfermo mantiene una actitud de decidida oposición (por ejemplo, cierra los ojos activamente cuando se le intentan abrir los párpados)".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- El estupor es una alteración cuantitativa de la conciencia vigil que implica una ausencia casi total de respuestas, respondiendo el sujeto sólo a las estimulaciones enérgicas. Se pierde el reflejo de orientación pero se conserva la respuesta a las amenazas.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

ETIOLOGÍA

Factores etiológicos.- Respecto de la etiología de las enfermedades mentales, Betta (1984:38) describe numerosos factores etiológicos reunidos en dos grandes grupos: "exógenos" y "endógenos". Se refiere también a las "concausas".

1) *Factores exógenos.-* "Son las causas que, procedentes del exterior obran directa o indirectamente. En forma "indirecta" por el plasma germinal, determinando distrofias, malformaciones y predisposiciones diversas. En forma "directa" sobre el individuo mismo, provocando alteraciones y modificaciones somáticas. Entre los factores exógenos se cuentan:

Causas tóxicas	1) Alcohol: disminuye las resistencias de las glándulas genitales y altera el plasma germinal; es responsable de numerosas oligofrenias y epilepsias. Esta forma directa predispone a diversas psicosis: desde estados distímicos hasta la demencia, pasando por los delirios y estados confusionales. 2) Plomo: intoxicación saturnina, cuyas alteraciones somáticas alcanzan a las glándulas genitales; indirectamente: distrofias y predisposiciones. 3) Otros tóxicos de acción directa o indirecta: mercurio, fósforo, arsénico y alcaloides. 4) Óxido de carbono: produce anoxia; la carboxihemoglobina impide el aporte de oxígeno.
Causas infecciosas	1) Tuberculosis: las toxinas sobre los genes, especialmente en la madre, producen indirectamente oligofrenias. 2) Sífilis: en forma directa: parálisis general progresiva. En forma indirecta por el plasma germinal: oligofrenias y predisposiciones diversas. 3) Rubéola: de la madre durante la gestación; oligofrenias. 4) Infecciones que obran directamente sobre el cerebro: meningitis, encefalitis: destrucción neuronal y detención del desarrollo. 5) Enfermedades infecciosas con fiebre intensa y prolongada: tifoidea, paludismo, neumonías, infecciones urinarias, causa de confusión mental.
Otras enfermedades	Enfermedades metabólicas o de la nutrición, diabetes, gota, las avitaminosis; las endocrinas, especialmente tiroides, hipófisis, genitales, pueden modificar el plasma germinal.
Causas	Los traumatismos pueden obrar en distintas épocas de la vida.

traumáticas	1) Durante la gestación: por caídas y golpes en el vientre materno. 2) Durante el parto: compresiones prolongadas de la cabeza. Circulares de condón; fenómenos de asfixia. Acción del fórceps. 3) Traumatismos craneales del niño y del adulto: consecuencias inmediatas: conmociones y confusión; consecuencias mediatas: epilepsias traumáticas. 4) Los traumas no craneales: que pueden dejar impotencias funcionales y desfiguraciones del rostro, pueden desencadenar trastornos psíquicos graves.
Causas nutritivas	Diferencias nutritivas con alteraciones metabólicas y sufrimiento del tejido nervioso. Avitaminosis.
Causas psíquicas	Los traumatismos psíquicos y morales dependen del grado de sensibilidad de cada individuo: 1) Grandes perturbaciones por escasos motivos. 2) Algunos solo claudican ante grandes traumas morales. 3) Cuando coinciden diversos y sucesivos traumas: fatiga y sobresaturación psíquica; neurosis.
Causas ambientales	Los factores ambientales pueden, en unas personas más que en otras, predisponer a enfermedades mentales.

2) *Factores endógenos.*- Persistentes en el individuo y que nacen con él. Pueden ser de carácter general (edad, sexo, raza) o de carácter específico (herencia).

Edad	Factor predisponente y no determinante. Las modificaciones somáticas: metabólicas. Endocrinas y orgánicas de cada edad y sus correspondientes repercusiones psíquicas: 1) Infancia: desarrollo de la personalidad: diferentes grados de insuficiencia mental. 2) Pubertad: cambios somáticos y psíquicos por la nueva actividad de las glándulas sexuales. Sensación de cambio y transformación de la personalidad. Se modifican las relaciones entre los sexos. Aparece la esquizofrenia. En la juventud: las manifestaciones distímicas. 3) Edad adulta: la de mayor actividad psíquica y la de mayor rozamiento en el medio social. Se observan los delirios. 4) Climaterio: comienza la involución física y psíquica. Aparecen los estados depresivos y las psicosis involutivas. 5) Senectud: trastornos circulatorios, demencia senil y arteriosclerótica.
Sexo	El hombre por razones de vida y de trabajo, más expuesto a los traumatismos, a las intoxicaciones, a la sífilis, afecciones circulatorias, arteriosclerosis, parálisis general progresiva, delirios. La mujer más expuesta a las crisis emocionales, a las excitaciones y a los estados maníacodepresivos.
Raza	La predisposición a las enfermedades mentales depende de las normas de vida, de las costumbres, de los preceptos morales y religiosos propios de cada pueblo.
Herencia	"Es la condición biológica por la que se efectúa la transmisión de los caracteres de los ascendientes a los descendientes". Morel, en el año 1875 habló por primera vez de las "locuras hereditarias". Antiguamente se sostenía que la descendencia de un alienado era terreno favorable para las psicopatías en general. Época moderna con Rudin: se tiende a la especificidad de la herencia para cada enfermedad mental. No se ha llegado a nada definitivo. 1) Herencia de la esquizofrenia: según Luxemburger: en los descendientes de esquizofrénicos se manifiesta en el 16,4 % de los casos. Herencias esquizofrénicas: en el término medio de la población: 0,85 %. Evidente influencia hereditaria; carácter recesivo. 2) Herencia de la psicosis distímica: proporción de distímicos en el promedio de la población: 0,44 %. En los descendientes de distímicos. 35 %. Carácter recesivo. 3) Herencias en la epilepsia: en el término medio de la población: 0,30 %. En la descendencia, diversas manifestaciones psicopáticas: oligofrenias, malformaciones, convulsiones infantiles. Es de carácter recesivo. 4) Herencia de la oligofrenia: Herencia oligofrénica comprobada; familias oligofrénicas. La descendencia muestra: débiles mentales, amoraes y delincuentes. Es de carácter recesivo.

3) *Concausas.*- Constelación de factores y causas que convergen y actúan desencadenando la enfermedad mental: "conurrencia de causas" o "concausalidad"; nunca "una causa". A veces ante una causa real capaz de desencadenar una psicopatía, ésta solo aparece si convergen otras concausas".
Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

EUFORIA

Euforia puerperal.- Hasta la fecha, la investigación sobre los trastornos del estado de ánimo posnatales se ha centrado en los síndromes depresivos de diferente gravedad y en la manía puerperal aguda completa. No obstante, la experiencia clínica, respaldada por la revisión bibliográfica, indica que los síntomas hipomaniacos más leves pueden aparecer al principio del puerperio. Aunque habitualmente estos síntomas puedan considerarse clínicamente insignificantes, existen pruebas de que la experiencia de una euforia leve puerperal puede ser un factor precursor de una depresión posparto posterior. Además, el estudio del estado de ánimo elevado leve en el puerperio podría ayudar a comprender la fisiopatología de la manía y la psicosis puerperal grave. Este artículo constituye una revisión crítica de la bibliografía existente sobre las formas leves de estado de ánimo eufórico durante el puerperio, y comenta la potencial significación clínica y de investigación de los picos de euforia.

Heron J y otros, Euforia posnatal: ¿constituyen los picos de euforia un indicador de bipolaridad? BIPOLAR DISORDERS. 2005 ABR; 7(2).

FABULACIÓN

Definición.- "Alteración cualitativa de la imaginación que consiste en una elaboración falsa de carácter patológico. Aparece en: a) En niños y en personas inmaduras. b) Histéricos: constitución mitomaníaca. c) Maníacos: megalomanía que satisface su vanidad. d) Melancólicos: autoacusación calumniosa e) Algunos delirantes: (mecanismo imaginativo). f) Confusión mental onírica. g) Demencia senil, por fallas de la memoria. h) Débiles mentales: con excitación, alucinaciones y delirio" (Betta, 1984:142).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición.- "Relato fantástico y extraordinario contado por el individuo que lo inventa como si se tratara de un hecho exacto que hubiera vivido. Cuando la fabulación prosigue a merced del discurso y del diálogo, hay que diferenciarla de la patológica, que se debe a un déficit de la memoria anterógena, con olvido a medida, lo que conduce al enfermo a confabular para cubrir sus lagunas mnésicas, como puede verse en la psicosis de Kórsakov".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

FAGOFOBIA

Definición.- Fobia de tragar.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FAGOMANÍA

Definición.- Apetito patológico que no se puede satisfacer.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FALSO RECUERDO

Generalidades.- "La distorsión del recuerdo no es sólo evidente en el recuerdo erróneo de detalles puntuales, sino que se manifiesta también, y tal vez con consecuencias más importantes, en situaciones en las que llegamos a producir, de manera no intencional, recuerdos totalmente inventados y completamente falsos de acontecimientos que nunca sucedieron. Se dispone de una serie de informes, tanto anecdóticos como clínicos y experimentales, que ilustran este tipo de error de memoria, que podemos denominar el error de los falsos recuerdos".

Fernández A y Díez E, Memoria y distorsión, incluido en Sánchez Cabaco A y otro (coord), Psicología de la memoria. Ambitos aplicados, pág. 166.

FAMILIA

Concepción sistémica de la patología familiar: fronteras, alianzas, triángulos y jerarquías.- Los estructuralistas describen cuatro categorías de patología familiar: de frontera, de alianza, de triángulo y de jerarquía.

Patología de fronteras.- La versión de la patología de fronteras expuesta por Minuchin (1974) sostiene que la dimensión de frontera va de lo desacoplado (familias desligadas) a lo enmarañado (familias aglutinadas), extremos entre los cuales se extiende un dominio normal.

Las familias aglutinadas tienen límites difusos entre los subsistemas, y fronteras rígidas con el exterior. Sus miembros se caracterizan por un gran sentido de pertenencia, el cual requiere de un importante abandono de la autonomía. La conducta de un integrante afecta a los otros en forma rápida. En el otro extremo las familias desligadas tienen límites rígidos, sus miembros pueden funcionar autónomamente,

pero carecen de sentido de lealtad y pertenencia. La familia desligada tiende a no responder cuando es necesario hacerlo. La distancia interpersonal es excesiva.

Patología de alianzas.- Las patologías de alianzas son de dos tipos principales: desviación del conflicto o designación de un chivo emisario, y coaliciones intergeneracionales inadecuadas.

La desviación del conflicto reduce la presión sobre el subsistema de los cónyuges, pero impone tensión a los hijos. Las pautas de desviación se descubren con mayor facilidad que las coaliciones intergeneracionales. Encubiertas o manifiestas, suelen comenzar con una estrecha alianza antagónica de un progenitor y un hijo contra el otro progenitor.

Cuando la coalición incluye una alianza intergeneracional, el resultado es por lo general patológico.

Patología de triángulos.- Las coaliciones desviadoras e intergeneracionales son formas específicas de triangulación. Cada ordenamiento tiende a enfrentar dos miembros de la familia con un tercero. Si esos dos son los padres, se lo denomina desviación, si en cambio son un progenitor más un hijo, tendremos un caso de alianza intergeneracional (Umberger, 1987)

En su trabajo sobre familias psicósomáticas, Minuchin, Roseman y Baker (1978), presentaron una tipología de tríadas rígidas. La hipótesis inicial es que los hijos podían ser utilizados para ocultar o refractar un conflicto parental.

Cuatro triángulos patológicos representan la manera en que el conflicto familiar es desviado, ocultado o expresado por la vía de coaliciones intergeneracionales (Minuchin, Roseman y Baker, 1978). Estos son: la triangulación, la coalición progenitor-hijo, la tríada desviadora-atacadora y la tríada desviadora-asistidora.

Patología de jerarquías.- La inversión de las jerarquías de poder se considera a menudo la fuerza más destructora en la familia. En cierto sentido, las dificultades jerárquicas son una forma especial de patología de alianza, por ejemplo madre e hijo que forman una subunidad parental con exclusión del padre, o en casos de familias dirigidas por los hijos.

Referencias bibliográficas

Umberger C (1987) Terapia Familiar Estructural. Buenos Aires: Amorrortu.

Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L. (1978). Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context. Cambridge, Massachusetts. USA. Harvard University Press.

Minuchin S (1974) Familias y Terapia Familiar. Barcelona. España.

FAMILIA ALCOHÓLICA

Generalidades.- Según Steinglass, el alcoholismo es un estado capaz de convertirse en un principio organizador central alrededor del cual se estructura la vida de una familia. Cuando ello ocurre, esta se convierte en una 'familia alcohólica', algo distinto a 'familia con miembro alcohólico', donde el alcoholismo no se constituyó como organizador de la vida familiar.

Cada familia con un miembro alcohólico debe hacer frente a un estado que tiene cinco características centrales: 1) es crónico, 2) implica el uso de una droga psicobiológicamente activa, 3) es de naturaleza cíclica, 4) produce respuestas predecibles, y 5) tiene un curso de desarrollo definido.

Investigaciones recientes revelaron que en algunas familias, el cónyuge no alcohólico sufrió el impacto del alcoholismo incluso con aparición de cuadros psiquiátricos, aunque en otras familias el alcoholismo tuvo poco impacto.

Hay una gran cantidad de familias alcohólicas; algunas son devastadas y se disgregan, pero otras pueden convivir con el alcohol mucho tiempo, aunque tarde o temprano esto influirá en la vida familiar.

Condensado de Steinglass P y otros (1993), La familia alcohólica. Barcelona: Gedisa. 2ª edición. Capítulo 1.

Modelo sistémico.- Un modelo sistémico de la familia alcohólica ve la vida familiar como un producto del juego dinámico recíproco entre dos grupos de procesos: 1) uno vinculado con la regulación interna de la vida de la familia (homeostasis y morfoestasis), y 2) el otro relacionado con el crecimiento y desarrollo de ésta (morfogénesis).

Aunque el modelo propuesto se concentra en la familia alcohólica, pretende tener una aplicabilidad más general. El modelo se puede organizar alrededor de una construcción de desarrollo que los autores llaman 'maduración sistémica'. Dicha construcción postula que todas las familias, fuese cual fuese su composición o la edad de sus miembros, pueden dividirse, por motivos de conveniencia, en tres fases diferentes (primera, intermedia, tardía) basadas en el surgimiento secuencial de una serie de temas de desarrollo. Se da por supuesto que estas fases de desarrollo no sólo son universales, sino, además, de naturaleza epigenética. Por lo tanto, en general es posible describir un ciclo característico de la familia modal, influido por la personalidad única de la familia más allá de su historia, valores, etc.

Junto al concepto de maduración sistémica aparece también como importante la idea de 'deformación del desarrollo'. Esta construcción se refiere a los cambios y alteraciones de la forma acostumbrada de la maduración sistémica, que son la consecuencia de experiencias específicas singulares que la familia se ve obligada a enfrentar. Una de estas experiencias es el alcoholismo crónico de uno de sus miembros. En este último caso, se dan en la familia alcohólica ciertos cambios característicos, ciertas alteraciones de la maduración sistémica normal que pueden también describirse en tres fases: primera, intermedia y final.

El modelo de sistema de familia alcohólica presenta cuatro principios básicos:

- 1) Las familias alcohólicas son sistemas conductuales en los cuales el alcoholismo y las conductas vinculadas con éste se han convertido en principios organizadores centrales en torno a los cuales se estructura la vida en familia.
- 2) La introducción del alcoholismo en la familia posee la capacidad potencial de alterar en profundidad el equilibrio que existe entre el crecimiento y la regulación en el seno de la familia. Por lo general, esta alteración impulsa a la familia acentuando la estabilidad a corto plazo (regulación), a expensas del crecimiento a largo plazo.
- 3) El impacto del alcoholismo y de las conductas conexas con el alcohol sobre el funcionamiento sistémico se ve con mayor claridad en los cambios en las conductas reguladoras, a medida que la familia adapta poco a poco su vida a las exigencias del alcoholismo.
- 4) A su vez, los tipos de alteraciones que se producen en las conductas reguladoras pueden verse en su profunda influencia sobre la forma general de crecimiento y desarrollo de la familia. Son cambios en el ciclo normativo de ésta, llamados 'deformaciones del desarrollo'.

En la familia alcohólica, el mecanismo regulador u homeostasis está fallado porque reacciona a cualquier cambio ambiental, por mínimo que sea, buscando preservar su rigidez. Estos mecanismos reguladores profundos dan el temperamento y la identidad de familia. Temperamento son estilos de conducta típicos, y la identidad es el sentimiento subjetivo, su continuidad a lo largo del tiempo y su carácter. Todo ello se manifiesta mediante conductas reguladoras observables, como por ejemplo las rutinas cotidianas y los rituales típicos. La familia alcohólica tiene rituales estereotipados. También se aprecia en la forma de solucionar problemas a corto plazo.

Condensado de Steinglass P y otros (1993), La familia alcohólica. Barcelona: Gedisa. 2º edición. Capítulo 2.

Fases de desarrollo.- Según Steinglass, las familias alcohólicas atraviesan por tres fases.

Primera fase.- Estas familias también atraviesan la fase para las familias normativas, porque son universales. La diferencia es que el alcoholismo trae problemas en la formación de la identidad familiar. Se pueden acentuar tensiones con las familias de origen. Al surgir el alcoholismo, debe enfrentarlo o transigir con él. Si elige el camino de la transacción, el alcoholismo puede convertirse en el organizador familiar central, y el alcohol será incorporado a la identidad familiar. Al elegir pareja, los cónyuges se fijan si el otro es alcohólico o no, y muchas veces lo eligen, aún cuando ellos mismos provengan de familias alcohólicas. Como el alcoholismo es un estado de familia con cierta predisposición genética, las bases de una futura identidad alcohólica fueron sembradas a menudo en una familia de origen alcohólica. Hijos de familias alcohólicas es probable que a su vez formen nuevas familias alcohólicas.

Fase intermedia.- La clave para entender estas familias en la fase intermedia es ver qué sucede con las conductas reguladoras. El alcoholismo invade las conductas reguladoras, por ejemplo cuando el emborracharse se incorpora a las estrategias de solución de problemas a corto plazo. Las conductas rituales también pueden modificarse para adaptarse a un miembro alcohólico de la familia ('no nos reunimos más en navidad porque papá se emborracha', por ejemplo). Las rutinas cotidianas también pueden verse invadidas por el alcoholismo.

Esta invasión produce una alteración fundamental en las conductas reguladoras, en el sentido de que estas se eligen en función de si son compatibles con la conducta alcohólica, y se desechan sin son incompatibles con ella. Esto no significa que concientemente la familia quiera reforzar la conducta alcohólica. De hecho generalmente niega con energía semejante intención, pero como el proceso de invasión ocurre con lentitud y la familia va realizando de a poco sus adaptaciones al alcoholismo, la incorporación del organizador alcohólico se advierte recién cuando se han producido cambios de importancia. El efecto acumulativo es en este sentido poderoso. Las conductas reguladoras de la familia pasan ahora a cumplir la función de mantener la conducta alcohólica crónica. En ese momento también se vuelve más rígida, en el sentido de que aumenta la dificultad para desarrollarse y crecer. Busca solamente reducir el impacto desestabilizante del alcoholismo, pero también frena cualquier impacto desestabilizante que haga crecer a la familia. Los aspectos del crecimiento personal de los miembros son mal atendidos, y hasta se hace caso omiso como tema de la familia, dejando que cada integrante se las arregle como pueda. De aquí las declaraciones sobre el sentimiento de aburrimiento y distancia emocional de sus integrantes. Hasta cuando uno de ellos intenta un crecimiento personal, los demás se lo impiden.

Última fase.- En la última fase de desarrollo, el primer problema que deberá resolver la familia, dentro de su etapa de aclaración y destilación de su identidad, es si transmitirá o no a la siguiente generación el legado de la familia alcohólica, o sea la identidad alcohólica.

A lo largo de la fase intermedia de desarrollo, la familia ha sido puesta a prueba varias veces en relación con la fuerza de su compromiso con el alcoholismo como principio organizador de la vida familiar. Es posible que hayan habido crisis médicas, crisis laborales, etc, que imponen a la familia una decisión acerca de si deberán trabajar por la sobriedad o permitirá que se mantenga la estructura alcohólica. Estas decisiones no son necesariamente concientes. De vez en cuando, los hijos y los miembros de la familia ampliada también han intentado presionar a la familia para llevarla a la sobriedad. Pero estas

presiones y oscilaciones de la fase intermedia no tienen el mismo peso que las surgidas cuando la familia empieza a enfrentar las pérdidas y los nuevos agregados que dan paso a la última fase.

La familia, entonces, debe aclarar su posición en lo referente al alcoholismo, formulando dicha aclaración en forma muy condensada. Además, las conductas vinculadas con el alcoholismo que antes eran implícitas ahora se vuelven explícitas. Sigue entonces una batalla renovada para decidir si la familia adaptará los rituales y rutinas al miembro alcohólico. El uso de conductas relativas al alcohol como parte de las estrategias de soluciones a corto plazo vuelve a ser discutido por algunos miembros de la familia.

Frente a la presión de tener que definirse respecto de su identidad alcohólica o no, la familia se ve obligada a hacer una declaración explícita en relación con el alcoholismo. La índole de esta declaración determina qué opción elegirá la familia cuando pase a la fase final. Por ejemplo, puede responder pasando de un estado de consumo a uno abstemio y tratar de dejar atrás el alcoholismo. En tal caso decimos que la familia abandonó su identidad alcohólica. Esta opción podríamos llamarla 'estable, abstemia de la familia no alcohólica'. Por otro lado, la familia puede responder reiterando su negativa a dejar de beber y continuar adaptando las conductas reguladoras al miembro alcohólico. Optó aquí por una identidad de 'familia alcohólica estable'.

Hay dos factores que hacen muy traumático el paso de la familia alcohólica a la fase final.

El primero es la extrema rigidez de las conductas reguladoras características de la familia alcohólica de la fase intermedia. Esta rigidez significa que la familia mostrará una extraordinaria resistencia a los tipos de cambios que resultarán necesarios si quiere recorrer con éxito la transición a la última fase. Estas familias tienden a interpretar los desafíos del cambio no como oportunidades de reevaluación y crecimiento, sino como peligros para la homeostasis familiar. Las reacciones desmedidas de estas familias evidencian cada vez más que se pone en discusión la estabilidad general, y hacen que resulte difícil encarar el creciente proceso de clarificación de la identidad durante la última fase.

El segundo factor que compromete el desarrollo de la última fase es el impacto potencial de la pérdida del alcohol a lo largo del desarrollo, por ejemplo por un problema de salud del miembro alcohólico producido por el alcohol. Cuando esto ocurre, muchas veces es estímulo para pasar de la fase intermedia a la final. Si bien es posible que la pérdida del alcohol sea un proceso natural en el seno de la familia, el hecho de que ciertos factores no vinculados con el desarrollo hacen que el curso general de éste dependa, hasta cierto punto, de sucesos exteriores. Por ello, se acentúa la posibilidad de una importante deformación del desarrollo en esta etapa.

Hay tres tipos de deformación del desarrollo, que puede darse en cualquiera de las tres fases. La primera es por excesiva rigidez, por demasiada especialización temática (familias monotemáticas, muy centradas en el alcohol). La segunda es la detención del desarrollo, que es cuando una familia está demasiado tiempo en una de las tres fases del desarrollo. Y la tercera ocurre porque la familia se ve obligada a encarar demasiado pronto una importante tarea de desarrollo, y a esto lo llamamos cierre prematuro del desarrollo.

Resumen de Steinglass P y otros (1993), La familia alcohólica. Barcelona: Gedisa. 2ª edición. Capítulos 3-4-5.

Tratamiento de la familia alcohólica.- Cuatro temas son aquí importantes: 1) las familias alcohólicas son muy heterogéneas entre sí, por lo que no puede aplicarse a todas el mismo enfoque de tratamiento; 2) la terapia familiar es un enfoque clave para tratar la familia alcohólica, sobre todo si el alcohol se convirtió en el organizador central de la misma; 3) puesto que el alcohol tiende a invadir las conductas reguladoras de la familia, esas conductas son importantes focos para evaluar y diagnosticar si estamos o no en presencia de una familia alcohólica; y 4) puesto que la familia alcohólica es capaz de producir deformaciones del desarrollo en familias normativas, las tres fases normales de desarrollo deben ser puntos de referencia importantes en la terapia.

La evolución de la terapia en una familia alcohólica típica atraviesa por cuatro etapas. Primero, diagnóstico del alcoholismo y su definición como problema de la familia, no de un miembro. Segundo, proponerse eliminar el alcohol del sistema familiar, y cumplir esta propuesta. Tercero, el desierto emocional, donde la familia debe desacostumbrarse del ciclo abstemio-embriagado ('ahora no, ahora sí') del miembro alcohólico, estando dispuesta a enfrentar sólo el ahora no. Cuarto, reestabilización de la familia y organización de esta, pues la etapa anterior había producido la desestabilización.

Resumen de Steinglass P y otros (1993), La familia alcohólica. Barcelona: Gedisa. 2ª edición. Capítulo 6.

FATIGA CRÓNICA

Generalidades.- El síndrome de fatiga crónica es una afección caracterizada por un cansancio discapacitante de 6 meses de evolución, como mínimo, que se acompaña de otros síntomas. Los pacientes con síndrome de fatiga crónica experimentan una grave discapacidad funcional. Se observan alteraciones fisiopatológicas en áreas muy diversas, lo que sugiere que el síndrome de fatiga crónica es una afección heterogénea, de etiología compleja y multifactorial. También hay indicios del carácter familiar del síndrome de fatiga crónica. Aunque éste presenta un importante solapamiento y comorbilidad sintomática con otros trastornos psiquiátricos, varias líneas de investigación constatan su carácter independiente. Las percepciones del paciente, las atribuciones y sus habilidades para hacer frente a las

dificultades pueden ayudar, sin embargo, a perpetuar la enfermedad. El tratamiento del síndrome de fatiga crónica es sintomático e incluye estrategias farmacológicas y conductuales. La terapia cognitiva y el ejercicio físico progresivo pueden constituir un tratamiento eficaz del cansancio, de los síntomas concomitantes y de la discapacidad.

Parece poco probable que el síndrome de fatiga crónica esté causado o se mantenga por un único agente causal. Los datos disponibles hasta la fecha indican que los factores fisiológicos y psicológicos contribuyen a predisponer a un individuo a la enfermedad, a desencadenarla y a mantenerla. La evaluación y el tratamiento del síndrome de fatiga crónica deberían ser multidimensionales y ajustados a las necesidades de cada paciente.

Afari N y Buchwald D, Síndrome de fatiga crónica: una revisión. American Journal of Psychiatry. 2003 Feb; 160(2):221-236.

FETICHE

Definición.- 1. Un objeto, como guante, cabello, zapato, etc., el cual, por asociaciones en lo inconciente, despierta en el individuo impulsos eróticos. 2. Las palabras de Maz Scheler: "Quien no tiene Dios tiene un fetiche", se refieren también a la *herejía vital* del neurótico que en la *absolutización* de lo relativo eleva a valores absolutos sus pequeños fetiches: sus complejos y proyecciones. Scheler expresa el concepto de que: "Dios, si se quiere o no se quiere", está siempre presente, aun en forma primitiva, simbólica, como fetiche.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FETICHISMO

Definición.- 1. Perversión sexual casi exclusiva del sexo masculino, que impulsa al sujeto a apoderarse de prendas de vestir u otros objetos pertenecientes a personas del sexo opuesto, o partes de su cuerpo, como cabellos y uñas, objetos éstos capaces de provocar en el sujeto el goce sexual. 2. (*Psicoanálisis*) El fetichismo se relaciona con el *complejo de castración*. "El fetiche es equivalente a un pene, especialmente a un pene dentro de la mujer" (Sterbe).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FOBIA

Definición.- "Temor patológico angustioso, que se experimenta ante circunstancias u objetos que normalmente no son temibles, y que por lo tanto no tienen justificación objetiva".

Székely Béla (2000), Diccionario de psicología, Tomo I. Buenos Aires: Claridad, pág. 436.

Definición.- "Miedo excesivo o irracional que se manifiesta de forma persistente ante una actividad, objeto o situación concretos e identificados. Implica una evitación sistemática de los estímulos que la incitan. El miedo no es proporcional al peligro real del estímulo y escapa al control voluntario del sujeto".

Farré Martí J (2000), Diccionario de psicología. Buenos Aires: Océano, pág. 162.

Generalidades.- "El término fobia deriva de la palabra griega *phobos*, que significa temor, terror y pánico... Empleado por primera vez por Celso, al referirse a la hidrofobia en la rabia. El tema de los temores es mencionado en los escritos egipcios e hipocráticos. En 1866 Morel escribe sobre los "delirios emotivos", donde incluye los trastornos neuróticos fóbicos y obsesivos. En 1871 describe la agorafobia. En 1895 Freud trata el tema y las divide en fobias comunes (miedo exagerado a aquellas cosas que todo el mundo teme) y fobias ocasionales (angustia emergente en circunstancias especiales que no inspiran temor al hombre sano). Ejemplo: la agorafobia y las demás fobias de locomoción. Por ese entonces había diferenciado las fobias y obsesiones entre sí y con respecto a la histeria. En su célebre historial acerca de la fobia de un niño, Freud habla en esta etapa de histeria de angustia para denominar a la fobia y diferenciarla de la neurosis histérica y la neurosis obsesiva, las tres grandes entidades del grupo de las neurosis. Pierre Janet incluyó a las fobias y obsesiones en la concepción de psicastenia".

Ferrali Juan, "Fobia social". Incluido en Revista Desarrollos en Psiquiatría Argentina, Año 2, Nro 3, Marzo-Abril 1997, pág. 14.

Generalidades.- "Las fobias se constituyen en base a dos síntomas elementales: 1) un temor desproporcionado, irracional y fuera del control volitivo, en referencia a alguna cosa o situación, y 2) la evitación reiterada de la cosa o situación temida. A su vez, la constitución de las fobias reconoce dos consecuencias inevitables que completan una clínica básica: 1) por el temor se sufre de manera significativa, y 2) a consecuencia de la evitación, se experimenta un considerable grado de discapacidad". Consiguientemente, la tétrada de la fobia es temor, evitación, sufrimiento y discapacidad.

Ferrali Juan, "Fobia social". Incluido en Revista Desarrollos en Psiquiatría Argentina, Año 2, Nro 3, Marzo-Abril 1997, pág. 16.

Tipos de fobia.- Personas que tienen en apariencia la misma fobia, suelen tener miedos distintos. Por ejemplo, algunos agorafóbicos temen quedarse solos en su casa, y otros temen manejar solos en la ruta.

Hay fobias más frecuentes que otras. Entre las más comunes está la agorafobia y el temor a enfermedades o daños. Entre las menos frecuentes, temor a la oscuridad o a las multitudes y alturas. Los miedos de la infancia tienden a disminuir con la edad madura.

Condensado de Agras Stewart (1989) Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad. Barcelona: Labor.

Fobia y miedo.- Los miedos compartidos generalmente por muchas personas se llaman miedos comunes. Estos miedos deben distinguirse de las fobias: las fobias perturban la vida cotidiana, los miedos comunes, no. Por ejemplo: miedo común es el temor a una serpiente inofensiva, y fobia es tener miedo a subir a pisos altos, y esto sí perturba las actividades laborales o recreativas de la vida cotidiana, por lo cual se trata de una fobia.

Es distinto miedo y fobia. Fobia a las alturas significa evitar a toda costa subir pisos altos, pero miedo implica poder sobreponerse con relativa facilidad, o sea, no hace la vida imposible.

Una fobia implica no solo una situación que se teme, sino que su percepción provoca procesos fisiológicos y conductuales. El miedo es una razón defensiva que nos salva del peligro. Casi todos los fóbicos pueden controlar su miedo evitando la situación temida, cosa difícil cuando la fobia es temor a dañarse a uno mismo o a los demás. En estos casos hay actos compulsivos defensivos (revisar una y otra vez el gasa ver si quedó apagado, lavarse a cada rato las manos por los microbios, etc.). Las fobias y su desarrollo compulsivo pueden durar mucho tiempo.

Hay una relación entre miedos y fobias: los orígenes de las fobias deben buscarse en la persistencia de los miedos comunes de la infancia y la edad adulta. A los niños les afecta el miedo a la separación, y si persiste en la adultez, se transforma en un síndrome de pánico.

Muchos miedos y fobias pueden hallarse más en ciertas familias que en otras, lo cual es debido en parte a la herencia, y en parte al aprendizaje.

Todos padecemos miedos y algunos de ellos pueden transformarse en fobias si empiezan a dificultar nuestra vida cotidiana. Ejemplos: miedo a los animales, a los insectos, a las alturas, a las tormentas, a los lugares cerrados, a volar en avión, fobia escolar (evitación de la escuela). Este último implica ansiedad de separación (del hogar), por padres sobreprotectores, etc., y puede serenar después ataques de pánico, cosa que no es frecuente que ocurra con los otros miedos citados antes.

Condensado de Agras Stewart (1989) Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad. Barcelona: Labor.

Fobia, pánico y compulsión.- Una fobia siempre concierne a un solo objeto o situación (miedo a los ratones). Un ataque de pánico es un fuerte estallido de ansiedad, acompañado de cambios fisiológicos notables y muchas sensaciones corporales extrañas. Pueden durar de minutos a horas, dejando a la víctima convulsionada y agotada. El síndrome del pánico son repetidos ataques de pánico, y no es lo mismo que fobia simple.

A las fobias acompañadas de ataques de pánico las llamamos fobias complejas, primero porque esta combinación origina trastornos mayores que una simple fobia, y segundo porque suelen darse aquí fobias múltiples (a muchas cosas).

Las compulsiones pueden complicar aun más algunos tipos de fobia, entendiendo por tales conductas que el sujeto se ve obligado a realizar para conjurar algún temor.

Condensado de Agras Stewart (1989) Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad. Barcelona: Labor.

Etiología de la fobia.- Para Freud, las fobias resultan de un conflicto oculto. Curado el conflicto edípico (caso Juanito), se curaba la fobia a los caballos. Es una interpretación más de la fobia, junto a otras distintas, y como tal, criticable.

Para Watson, en cambio, las fobias tienen su origen en condicionamientos. Si cada vez que mostramos una rata a un niño, a éste le damos una descarga, el niño adquirirá fobia a las ratas. Es una fobia experimental. Provocada. Algunos casos de fobias en adultos parecen resultar de un condicionamiento de la infancia, aunque son casos raros. Además, no siempre tuvieron éxito los intentos de producir fobias en los niños. Algunas cosas, como elementos geométricos, no pueden asociarse con el miedo. Una fobia será duradera solo si la situación temida puede evitarse, como ocurre comúnmente.

Otro medio de adquirir fobias es por aprendizaje, sea por imitación (veo que alguien tiene miedo a tal cosa y yo lo imito), o bien por comunicación directa (decirle a la persona que tales objetos son muy peligrosos). Padres miedosos pueden impedir a sus hijos explorar activamente el ambiente, privándolos de la oportunidad de eliminar sus miedos por la experiencia.

Condensado de Agras Stewart (1989) Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad. Barcelona: Labor.

Base orgánica.- Los efectos de los medicamentos, especialmente sobre la ansiedad, hablan de que esta tiene una base orgánica en el sistema nervioso, lo cual a su vez induce a pensar que hay una predisposición a las fobias.

Los medicamentos, como las benzodiazepinas y los barbitúricos, actúan sobre los neurotransmisores, de allí que el problema de la fobia puede abordarse tanto desde el punto de vista del aprendizaje, como desde el biológico. En la célula nerviosa confluyen estos dos aspectos, pero lo cual se vio por primera vez en moluscos (donde el sistema nervioso de estos animales 'aprendía' respuestas).

En el caso de las fobias, la percepción del estímulo amenazador activa ciertos centros cerebrales encargados de controlar la ansiedad. Estos centros están debajo de la corteza, son centros subcorticales en conjunto, denominados cerebro primitivo. Éste a su vez actúa sobre el sistema neurovegetativo, produciendo las sensaciones corporales típicas del miedo o el pánico.

La fobia surge como un mecanismo interno para protegernos de ambientes adversos. El miedo es una reacción de alarma ante situaciones que pueden ser peligrosas, y el dolor advierte de un daño inmediato. Por el dolor retiramos sola la parte dolorida (por ejemplo, la mano), pero por el miedo se retira el organismo de su conjunto.

Como las fobias tienen una base de aprendizaje y una base biológica, los tratamientos de las fobias podrán consistir en cambiar lo que se ha aprendido, o bien usar agentes químicos.

Condensado de Agras Stewart (1989) Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad. Barcelona: Labor.

Tratamiento.- En base a la teoría del refuerzo de Skinner, es posible eliminar las fobias. Una paciente no podía caminar sola por la calle. Entró en terapia y cuando se le empezaron a elogiar sus progresos, aumentó notablemente su conducta de caminar sola (el elogio fue un refuerzo positivo), y cinco años después seguía perfectamente bien, sin su fobia.

Se ensayaron otras técnicas como la implosión, o sea hacer imaginar al paciente todas las consecuencias desastrosas del objeto temido hasta quedar desensibilizado frente a él. Finalmente pudo comprobarse que el factor común a todas ellas, es decir, al factor que realmente producía la curación, era la llamada *exposición*, factor decisivo del tratamiento. Todos los tratamientos psicológicos de la fobia, desde el psicoanálisis hasta la implosión, dan resultado en la medida que el paciente es instado a exponerse ante una situación temida.

Sin embargo, experimentos posteriores mostraron que, si bien la terapia de exposición representa un gran adelanto respecto de tratamientos anteriores, no alcanzaba aun el ideal, y no es completamente efectiva. Entre otras cosas, dejaba efectos fisiológicos residuales que podrían hacer retornar en síntoma (por ejemplo, a pesar de enfrentarse con éxito la aparición de objeto antes temido, subía el ritmo cardíaco). Se pensó entonces que un buen complemento terapéutico podía ser farmacológico.

Condensado de Agras Stewart (1989) Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad. Barcelona: Labor.

Tratamiento.- El mejor modo de exponer a los pacientes a su situación temida, es hacerlo gradualmente, a fin de evitar una excesiva ansiedad, pero al mismo tiempo debe procurarse que reciban el apoyo de un cónyuge o un amigo en la difícil tarea de esta exposición. Tal relación de apoyo permite extender los beneficios de la terapia a lo largo de meses y años en lugar de solo semanas. Numerosos experimentos muestran que esta afirmación es correcta. Dos teorías, la teoría de sistemas aplicada a la familia y la teoría del refuerzo de Skinner, sostienen que el asesoramiento del matrimonio puede ser útil en el tratamiento de la agorafobia. Pero la terapia marital no debe reemplazar a la exposición. Según la primera teoría, la fobia se cura si cambia la conducta del otro cónyuge. Según la segunda teoría, la fobia se cura si el cónyuge deja de reforzar la condición inferior y dependiente que tiene el otro debido a su síntoma fóbico. El apoyo del cónyuge o de amigos hace que disminuya mucho la probabilidad de abandono del tratamiento por parte del enfermo.

Condensado de Agras Stewart (1989) Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad. Barcelona: Labor.

Farmacoterapia.- El secreto de las fobias en general, y en particular del síndrome de pánico, reside en parte, en un defectuoso mecanismo biológico de control, el cual puede modificarse no solo mediante el aprendizaje, sino también mediante fármacos. Se conocen los efectos tranquilizantes de éstos, y cómo combaten la ansiedad. Klein, por ejemplo, descubrió que la imipramina resultaba efectiva en el tratamiento del síndrome del pánico. Este mismo autor, demostró que dicho medicamento calmaba la ansiedad por separación en los niños, ansiedad que es la base del posterior síndrome de pánico. La imipramina da buen resultado porque reduce el nivel general de ansiedad, reduciendo así las probabilidades de un ataque de pánico.

Sin embargo, al probar nuevos medicamentos es importante probarlos a corto y largo plazo en cuanto a sus posibles efectos colaterales perjudiciales. En la evaluación del medicamento, es importante también considerar el efecto placebo, donde al paciente se le da una sustancia inactiva pero mejora porque cree estar recibiendo el remedio real. El tratamiento no debe ser solo farmacológico, y debe estar complementado mediante la terapia de exposición al estímulo temido.

FOBIA SOCIAL

Generalidades.- Las características clínicas de la fobia social son las siguientes: "1. Básicamente se padece un temor a ser considerado, examinado por el otro, lo cual es vivido como una evaluación crítica

de sí mismo, en circunstancias sociales, vale decir, no-familiares. 2. Como producto de esto es temor se hace muy fuerte y persistente ante toda actuación pública que pueda sugerir tal sólo, vergüenza y humillación. 3. El miedo puede ser más o menos circunscrito o generalizado. En el primer caso el temor puede ser, por ejemplo, a hablar en público, a vincularse con el sexo opuesto, a entrar sólo a locales públicos (tiendas, bares, etc.). En el segundo el temor es difuso, relacionado a cualquier tipo de interacción social. El DSM-IV equipara esta condición difusa con la del trastorno de la personalidad por evitación. 4. Cuando la persona se enfrenta a la situación temida aparecen síntomas de ansiedad: palpitaciones, sudoración, 'sensación de nudo en el estómago', mareos, acompañadas frecuentemente por un deseo irresistible de escapar del enclave fóbico. El fóbico social es propenso a presentar con facilidad enrojecimiento facial y signos de turbación en situaciones sociales corrientes. 5. A menudo está presente la ansiedad anticipatoria, que suele hacer muy penosa cualquier circunstancia previa al afronte de una situación temida con sólo imaginarla, aún cuando el destino final del comportamiento pueda ser la evitación".

Ferrali Juan, "Fobia social". Incluido en Revista Desarrollos en Psiquiatría Argentina, Año 2, Nro 3, Marzo-Abril 1997, pág. 18.

Generalidades.- Pittsburgh, EEUU (DEM).- La fobia social es un trastorno de la personalidad que produce ansiedad ante las situaciones sociales, como hablar en público o por teléfono. En los casos más graves, las personas afectadas llegan a abandonar los estudios o el trabajo.

Ella es estudiante universitaria, pero mañana no va a ir a clase porque sabe que el profesor va a hacer a cada alumno pasearse por el aula para exponer un tema al resto de alumnos. Sólo pensar en estar sentada esperando su turno para salir a hablar frente a todos aquellos extraños le produce náuseas y taquicardia. Sabe que sentirá tanta ansiedad que no será capaz de articular palabra. Esta es la descripción de una persona con fobia social, una patología que sufre cerca del 8% de la población y que, en muchos de los casos, ni siquiera se sabe que se tiene. No es timidez, sino un trastorno de la personalidad. Las personas con fobia social tienen un miedo crónico, intenso y persistente a ser juzgados o criticados por otros y a sentirse abochornados o humillados por sus propias acciones. En los peores casos, los afectados llegan a abandonar los estudios o el trabajo y recurren a drogas y al alcohol para apaciguar la ansiedad que les provocan ciertas situaciones sociales.

Taquicardia, sudación, rubor, temblor y otros signos de la ansiedad, como dificultad para hablar, náuseas o malestar en el estómago, son los síntomas más comunes. A veces, crean un círculo vicioso: cuanto mayor es la preocupación por los síntomas, más probabilidades hay de desarrollarlos. "Suelen decir que su mente se queda en blanco, cuando en realidad ocurre todo lo contrario", dijo la doctora Deborah Beidel, una especialista en el tratamiento de la ansiedad de la Universidad de Pittsburgh (EEUU) en un chat en Internet sobre fobia social organizado por la ABCnews. "En realidad, lo que pasa es todo lo contrario.

Tienen tantos pensamientos y preocupaciones atravesando su razonamiento cotidiano que no se pueden concentrar en otra cosa". La fobia social tiene tratamiento: psicoterapia, fármacos o ambas cosas a la vez. Una de las técnicas más usadas es la terapia cognitivo conductual, que consiste en que un profesional (psicólogo o psiquiatra) enseña al cliente (paciente) a modular las respuestas ante las situaciones que más ansiedad le provocan.

En cuanto a los medicamentos, según el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos español, el fármaco recomendado dependerá del tipo de síntomas que presente el cliente.

La paroxetina -un antidepresivo, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina- ha dado buenos resultados en algunos pacientes, pero el especialista es el que debe decidir. No se conocen las causas de esta alteración, pero se sabe que en las mujeres es más frecuente (el doble) que en los hombres. También se ha visto que se desarrolla en la niñez o adolescencia y que rara vez aparece después de los 25 años. Y algunas investigaciones han demostrado que los padres pueden hacer mucho para frenar su desarrollo. Se cree que podría ser hereditaria ya que es más común en familias donde ya hay algún miembro afectado. "Lo que se hereda, probablemente, es un temperamento para responder con ansiedad a distintas situaciones", dijo la doctora Beidel, coautora del libro *Shy children, phobic adults* (Niños tímidos, adultos fóbicos). Algunos investigadores creen que está implicada una pequeña región del cerebro llamada amígdala, el centro de control del miedo. Existen líneas de investigación centradas en buscar las bases bioquímicas de la fobia social y otras que buscan la influencia del ambiente.

El 8% de la población tiene miedo patológico a las situaciones sociales. Copyright 2000 Psicología.com

Evolución histórica del concepto de ansiedad social.- La expresión "fobia a situaciones sociales" es introducida por primera vez por Pierre Janet, cuando se propuso describir ciertos pacientes que tenían miedo de hablar en público, tocar el piano o escribir mientras eran observados (Janet, 1909).

La fobia social como entidad diagnóstica es incorporada recién en 1980 al DSM-III (DSM-III, 1983). Desde entonces hasta la última versión, la fobia social continúa figurando en el DSM como uno de los subtipos de los trastornos de ansiedad (DSM-IV, 1995). El DSM ha incorporado la fobia social como verdadera categoría clínica basándose en importantes argumentos epidemiológicos que demuestran que

la fobia social es el trastorno de ansiedad que tiene más prevalencia en las poblaciones occidentales (Bousoño García M y otros, 1999:1).

La Organización Mundial de la Salud incorpora la categoría de fobia social recién en el año 1992 en su sistema clasificatorio CIE-10 (OMS, 1992). De aquí en más y hasta la actualidad, la fobia social continúa como categoría diagnóstica independiente en ambos sistemas (DSM y CIE), e incluso hay algunas propuestas para cambiar su denominación por el de "trastorno por ansiedad social" por varios motivos, entre los cuales cabe mencionar la presión ejercida por grupos de enfermos que consideran trivializante la denominación 'fobia social' (Bousoño García M y otros, 1999:2).

Referencias bibliográficas

Bousoño García M y otros (1999), Evolución histórica del concepto de ansiedad social. Incluido en Bobes García J y otros (1999), Abordaje actual del trastorno por ansiedad social". Barcelona: Masson.

DSM-III (1983) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

DSM-IV (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Janet P (1909), Les névroses. Paris: Flammarion.

OMS (1992), Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento – Clasificación Internacional de Enfermedades CIE, 10ª revisión. Geneva: OMS.

Características clínicas.- Vallejo Ruiloba advierte que "hay que ser rigurosos en diagnosticar verdaderas fobias sociales, cuyos criterios deben ser más restrictivos y que nos induzcan a confusión" (Vallejo Ruiloba J y otro, 1998:141).

Mark y Gelder, en 1966 (Cervera Enguix S y otro, 1998:3) describieron en un comienzo la fobia social como un trastorno de ansiedad consistente en 'temores a comer, beber, temblar, ruborizarse, hablar, escribir o vomitar ante la presencia de otras personas', siendo la característica central el temor a mostrarse en ridículo ante los demás.

Los mencionados autores diferenciaron por un lado pacientes con formas específicas de fobia social (como el miedo a hablar, a firmar un cheque o a comer en público), y por otro lado, pacientes con formas más generalizadas de angustia social (como el temor a iniciar una conversación). A partir de esta caracterización inicial de fobia social, y tras un análisis de la bibliografía consultada, vemos que los demás intentos no han variado demasiado, incluyendo las caracterizaciones ulteriores hechas por la CIE y el DSM.

La fobia social o trastorno de ansiedad social, expresiones que aquí consideraremos sinónimas, es definida por el DSM-IV como un trastorno que "se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación" (DSM-IV, 1995:401).

El Texto Revisado (TR) del DSM-IV, la última actualización de esta herramienta diagnóstica, no introduce modificaciones relevantes en esta conceptualización (DSM-IV-TR, 2000).

Las características clínicas de la fobia social son las siguientes: "1. Básicamente se padece un temor a ser considerado, examinado por el otro, lo cual es vivido como una evaluación crítica de sí mismo, en circunstancias sociales, vale decir, no-familiares. 2. Como producto de esto es temor se hace muy fuerte y persistente ante toda actuación pública que pueda sugerir tal sólo, vergüenza y humillación. 3. El miedo puede ser más o menos circunscrito o generalizado. En el primer caso el temor puede ser, por ejemplo, a hablar en público, a vincularse con el sexo opuesto, a entrar sólo a locales públicos (tiendas, bares, etc.). En el segundo el temor es difuso, relacionado a cualquier tipo de interacción social. El DSM-IV equipara esta condición difusa con la del trastorno de la personalidad por evitación. 4. Cuando la persona se enfrenta a la situación temida aparecen síntomas de ansiedad: palpitaciones, sudoración, 'sensación de nudo en el estómago', mareos, acompañadas frecuentemente por un deseo irresistible de escapar del enclave fóbico. El fóbico social es propenso a presentar con facilidad enrojecimiento facial y signos de turbación en situaciones sociales corrientes. 5. A menudo está presente la ansiedad anticipatoria, que suele hacer muy penosa cualquier circunstancia previa al afronte de una situación temida con sólo imaginarla, aún cuando el destino final del comportamiento pueda ser la evitación" (Ferrali J, 1997:18).

Respecto de la edad de inicio, la fobia social "aparece en general en la adolescencia o principios de la edad adulta, con el antecedente frecuente de timidez o inhibición social en la niñez" (Vallejo Ruiloba J y otro, 1998:144). En cuanto al pronóstico, "si bien a veces remite total o parcialmente en el transcurso de la edad adulta, a menudo persiste toda la vida" (Vallejo Ruiloba J y otro, 1998:150).

Referencias bibliográficas

Cervera Enguix S y otro (1998), Límites y bases del concepto de fobia social. Incluido en Cervera Enguix S Bannasar M y Bobes García J, (1998) "Fobia social". Barcelona: Masson.

DSM-IV (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

DSM-IV-TR (2000) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Ferrali Juan, (1997) "Fobia social". Incluido en Revista Desarrollos en Psiquiatría Argentina, Año 2, Nro 3, Marzo-Abril 1997.

Vallejo Ruiloba J y otro (1998), Curso y pronóstico de la fobia social. Incluido en Cervera Enguix S Bannasar M y Bobes García J, (1998) "Fobia social". Barcelona: Masson.

Subtipos.- En los últimos años, existe bastante acuerdo en admitir solamente dos tipos dentro de las fobias sociales: la fobia social simple (discreta) y la fobia social generalizada (Lépine J y Chignon J, 1994:112).

El tipo generalizado se aplica cuando la situación fóbica se extiende a la mayor parte de las situaciones sociales. El DSM-III-R o la CIE-10 describen otros subtipos más específicos, como por ejemplo el miedo a hablar en público, a conocer gente nueva, a comer delante de otras personas, etc. (Jiménez Treviño L y otros, 1999:6).

Referencias bibliográficas

Jiménez Treviño L y otros, (1999) Epidemiología del trastorno por ansiedad social. Incluido en Bobes García J y otros (1999), Abordaje actual del trastorno por ansiedad social". Barcelona: Masson.

Lépine J y Chignon J (1994), Semilogie des troubles anxieux et phobiques. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Tome I. 37:112.

Prevalencia.- Es realmente difícil estimar la prevalencia más o menos exacta de la fobia social debido a los dispares resultados encontrados en diferentes estudios epidemiológicos. Para nuestro trabajo bastará con consignar que la prevalencia oscila entre el 2,4% (Schneier F et al, 1992:282-288) y el 14,4% (Weiller E et al, 1996:169-174). Esto equivale a decir que entre el 2,4% y el 14,4% de la población padece de fobia social, lo cual resulta un porcentaje relativamente elevado.

El siguiente cuadro (Manuzza y otros, 1995:230), ilustra la prevalencia de los diferentes tipos de fobia específica:

Prevalencia de miedos sociales en el National Comorbidity Survey

Fobia específica	Porcentaje
Hablar en público	30,2
Usar un baño público	6,6
Comer o beber en público	2,7
Hablar con otros	13,7
Escribir cuando alguien mira	6,4
Hablar delante de un grupo pequeño	15,2
Cualquier miedo social	38,6

De acuerdo a otras estadísticas (Jiménez Treviño L y otros, 1999a:28), las situaciones que provocan ansiedad con mayor frecuencia pueden describirse en el siguiente cuadro:

Situación ansiógena	Porcentaje
Dar una conferencia	99%
Charla informal / Reuniones	88%
Fiestas	76%
Mantener una conversación	64%
Iniciar una conversación	60%
Comer / beber en público	39%
Escribir en público	31%
Utilizar un lavabo público	8%

Asimismo, en orden de importancia, los síntomas físicos asociados por la fobia social son: palpitaciones, temblor, sudoración, tensión muscular, sensación de vacío en el estómago, sequedad de boca, sensación de frío o calor y sensación de opresión en la cabeza o cefalea (Jiménez Treviño L y otros, 1999:29).

Referencias bibliográficas

Jiménez Treviño L y otros, (1999) Epidemiología del trastorno por ansiedad social. Incluido en Bobes García J y otros (1999), Abordaje actual del trastorno por ansiedad social". Barcelona: Masson.

Manuzza y otros (1995) Generalized Social Phobia. Reliability and validity. Arch Gen Psychiatry; 52:230.

Schneier F et al (1992), Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. Arch Gen Psychiatry; 49:282-288.

Weiller E et al (1996). Social phobia in general health care: an unrecognized undertreated disabling disorder. Br J Psychiatry; 168:169-174.

Perfil sociodemográfico del enfermo con fobia social.- La mayoría de los estudios realizados sobre este tema coinciden en señalar un perfil típico del enfermo con fobia social. Se trata de personas que tienen un nivel de educación inferior con un nivel económico menor, un empleo inestable o están en paro, no están casados y existe una mayor proporción de mujeres, todo lo cual "implica un notable grado de limitación personal y restricción en la participación social" (Jiménez Treviño L y otros, 1999:6). En general, la edad de inicio es 14-16 años, siendo muy raro observar el comienzo de la fobia social después de los 25 años.

Jiménez Treviño L y otros, (1999) Epidemiología del trastorno por ansiedad social. Incluido en Bobes García J y otros (1999), Abordaje actual del trastorno por ansiedad social". Barcelona: Masson.

Comorbilidad.- La comorbilidad de la fobia social es muy alta: entre un 19% y un 29% cursa como cuadro clínico puro, sin otras patologías asociadas. En particular, se han observado altos índices de comorbilidad con esquizofrenia, trastornos esquizofreniforme u otros trastornos de ansiedad, como el trastorno obsesivo-compulsivo (Jiménez Treviño L y otros, 1999:9).

En la mayoría de los casos los síntomas del trastorno por fobia social preceden a los del trastorno comórbido, lo que sugiere que la presencia de la fobia social vendría a actuar como factor precipitante de la otra patología, y, en particular, cuando esta otra patología es ansiedad generalizada, agorafobia, trastorno de angustia y alcoholismo (Roth M, 1991:329) (Cervera Enguix S y otro, 1998:3).

Referencias bibliográficas

Cervera Enguix S y otro (1998), Límites y bases del concepto de fobia social. Incluido en Cervera Enguix S Bennasar M y Bobes García J, (1998) "Fobia social". Barcelona: Masson.

Jiménez Treviño L y otros, (1999) Epidemiología del trastorno por ansiedad social. Incluido en Bobes García J y otros (1999), Abordaje actual del trastorno por ansiedad social". Barcelona: Masson.

Roth M (1991) Clinical and scientific implications of recent progression in treatment of phobic disorders. Psychiatric Annals; 21:329.

Comparación entre los diagnósticos CIE-10 y DSM-IV.- Ambos esquemas diagnósticos presentan más similitudes que diferencias. Podríamos decir que, dentro de las diferencias, el CIE-10 (OMS, 1992) otorga mayor importancia a los síntomas físicos (sudoración, palpitaciones, etc.) y el DSM-IV (DSM-IV, 1995) destaca más la fobia social como crisis de angustia situacional. Otra diferencia, que llega a ser una contradicción, tiene que ver con el modo en que ambos sistemas conciben el miedo a hablar en público: el DSM-IV considera que "hablar en público ante un auditorio numeroso" es expresión de fobia social, el CIE-10 considera que el grupo de personas debe ser comparativamente pequeño.

En lo que sigue, se sintetizan los esquemas diagnósticos mencionados.

a) Criterios de la CIE-10 (OMS, 1992)

Miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes).

Ese temor puede ser discreto (comer en público, hablar en público, encuentros con el sexo contrario) o difuso (abarca casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar).

Suele asociarse a una baja autoestima y miedo a la crítica.

Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas (por ejemplo ideas delirantes u obsesivas).

La ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.

La situación fóbica se evita siempre que ello es posible.

La agorafobia y los síntomas depresivos son con frecuencia síntomas destacados, pudiendo contribuir a que el afectado se recluya en su hogar.

Si la diferenciación entre fobia social y agorafobia fuera muy difícil hay que dar preferencia a la agorafobia. No debe realizarse un diagnóstico de depresión a menos que pueda identificarse claramente un síndrome depresivo completo.

b) Criterios del DSM-IV (DSM-IV, 1995)

Temor perceptible y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso o mostrar síntomas de ansiedad.

La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata por ansiedad.

El individuo reconoce que el temor es excesivo o irracional.

Las situaciones sociales o actuaciones temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

Los comportamientos de evitación, la anticipación angustiosa o el malestar que aparece en las situaciones / actuaciones en público temidas interfieren notablemente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales, académicas o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas o fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno de angustia con agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

Si existe enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el primer criterio no se relaciona con estos procesos.

Especificar si es generalizada (hace referencia a la mayoría de las situaciones sociales).

Referencias bibliográficas

DSM-IV (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
OMS (1992), Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento – Clasificación Internacional de Enfermedades CIE, 10ª revisión. Geneva: OMS.

Fobia social y familia.- Antecedentes: Examinar el papel de la psicopatología parental y el entorno familiar para el riesgo de la fobia social (FS) en descendientes, desde la niñez hasta la edad adulta temprana, abarcando el período de alto riesgo para la FS.

Métodos: Se dio seguimiento prospectivo de más de 10 años a una muestra comunitaria de 1.395 adolescentes. Se evaluaron los descendientes y la psicopatología parental de acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-IV) utilizando la Entrevista de Diagnóstico Internacional Compuesta de Munich (M-CIDI), y las entrevistas de diagnóstico directo en padres fueron complementadas por informes de la historia familiar. Se evaluó la crianza de los padres a través del Cuestionario de Comportamiento de Crianza Recordado, administrado a los descendientes. El funcionamiento familiar se evaluó a través del Dispositivo de Evaluación de la Familia de McMaster administrado a los padres.

Resultados: La FS parental se asoció con el riesgo de los hijos a desarrollar FS (OR=3.3, CI 95%: 1.4-8.0). Otros trastornos de ansiedad parentales (OR=2.9, CI 95%: 1.4-6.1), depresión (OR=2.6, CI 95%: 1.2-5.4), y trastornos por abuso de alcohol (OR=2.8, CI 95%: 1.3-6.1) también estuvieron asociados con la FS de los descendientes. Los estilos de crianza parental de sobreprotección, rechazo y la falta de calidez emocional se asociaron a la FS de los descendientes. Las medidas de funcionamiento familiar no estuvieron a la FS de los descendientes. Los análisis de interacción de la psicopatología parental y la crianza parental indicaron efectos combinados sobre el riesgo para la FS de los descendientes.

Conclusiones: La psicopatología parental y crianza se asociaron con la FS de los hijos, independientemente así como en su interacción. Se requiere de una mayor delimitación de estas asociaciones ya que los componentes maleables de estos factores de riesgo pueden proporcionar objetivos potenciales para programas de prevención. Además, la transmisión de padres a hijos de otros trastornos internalizados deben considerarse al examinar el grado de especificidad del diagnóstico.

Susanne Knappe; Roselind Lieb; Katja Beesdo... (et.al) El papel de la psicopatología parental y el entorno familiar para la fobia social en las primeras tres décadas de vida. DEPRESSION AND ANXIETY. 2009 ABR; 26(4):363-370.

Fobia social y trabajo.- Objetivo: La fobia social se asocia con un deterioro a largo plazo y discapacidad. Las influencias ambientales y genéticas pueden ser importantes en la etiología y persistencia. Éste es el primer estudio que examina la asociación de las características del trabajo con la fobia social en una población empleada nacional representativa.

Método: Se vincularon las características de trabajo auto-reportadas con la fobia social de doce meses, diagnosticada a través de una Entrevista de Diagnóstico Internacional Compuesta de Salud Mental Mundial en 24.324 individuos empleados de la Encuesta Canadiense la Salud Comunitaria.

Resultados: La alta tensión en el trabajo (OR= 1.62, 95% CI, 1.06 a 2.49) y la inseguridad laboral (OR=2.47, 95% CI, 1.73 a 3.51) estuvieron asociados con un riesgo mayor de fobia social de doce meses, ajustando variables sociodemográficas, depresión frecuente y otras características del trabajo.

Conclusiones: Las características del trabajo están asociadas con la fobia social. Las características tales como la inseguridad del trabajo pueden ser una consecuencia de la enfermedad en poblaciones empleadas, mientras que un alto estrés en el trabajo puede incrementar el riesgo de los síntomas. Se requiere de mayor investigación sobre la relación entre el trabajo y la fobia social para comprender como reducir la discapacidad ocupacional.

Stephen A Stansfeld; Emma Robertson Blackmore; Brandon M Zagorski... (et.al) Características del trabajo y fobia social en una muestra nacional representativa de empleados. CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 JUN; 53(6):371-376.

FOLIE À DEUX

Definición.- Fenómeno patológico que ha sido conocido por una serie de nombres: *locura comunicada*, *locura inducida*, *locura doble* (Tuke), *folie simultanée* (Régis), *folie imposée* (Lasège y Falret), *folie induite* (Lehmann). "La sugestibilidad tiene su parte, entre otros factores, en la génesis de la *folie à deux* o *locura comunicada*, que es el término que se aplica cuando dos personas estrechamente relacionadas la una con la otra sufren simultáneamente una psicosis, y cuando una de las dos parece haber influenciado a la otra. No está necesariamente restringida a dos personas, pudiendo envolver a tres y aun más (*folie à trois*, etc.)" (Henderson y Gillespie, *Text-Book of Psychiatry*). "Sucede que pacientes paranoides o paranoicos y rara vez los hipomaniacos, no solo pueden hacer creer en sus ilusiones a aquellos en cuya cercana compañía viven, sino que también infectan de tal manera que éstos, bajo condiciones adecuadas, continúan ellos mismos la construcción de la ilusión..." (Bleuler, *Lehrbuch der Psychiatrie*). Sinónimos: *Folie induite*; *Folie imposée*; *Folie imitative*; *Folie communiquée*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- O trastorno psicótico compartido. Es un trastorno psicótico raro, en el que dos personas comparten los mismos delirios y alucinaciones. En general una de las dos personas tiene un trastorno psicótico, y la otra es una personalidad dependiente que mantiene una relación muy estrecha con el paciente psicótico.

<http://salud.discapnet.es/guias+de+salud/guia+sobre+salud+mental/trastornos+psicoticos/>

FRIGIDEZ

Generalidades.- Antes de la década de los años setenta, se utilizaba de manera generalizada el término frigidez para referirse a diversos trastornos sexuales de la mujer. El término incluía desde la falta de orgasmos hasta el desinterés por el sexo y la inhibición de la excitación sexual. A partir de los libros de William Masters y Virginia Johnson (Insuficiencia Sexual Humana, 1970) y de Helen Kaplan (La Nueva Terapia Sexual, 1974), para referirse y aludir a las mujeres con dificultades para alcanzar el orgasmo, se comenzó a utilizar el término "disfunción orgásmica" o "anorgasmia" (actualmente existen algunos autores que dicen que sería más propio hablar de "inhibición orgásmica femenina").

FUENTE: "Trastorno orgásmico femenino", Psiquiatría Noticias. 2005; 7(3).

FRONTERIZO

Generalidades.- El término "organización fronteriza de la personalidad", más que "estados fronterizos" o cualquier otra denominación, es el que mejor describe a los pacientes que presentan una organización patológica de la personalidad, específica y estable, y no un estado transitorio que fluctúe entre la neurosis y la psicosis.

En general, resulta más fácil distinguir entre organización fronteriza de la personalidad y estados psicóticos, que entre aquella y las neurosis. Los síntomas iniciales pueden ser similares a los de las neurosis y los desórdenes caracterológicos, mientras que, por otro lado, los pacientes fronterizos pueden sufrir episodios psicóticos pasajeros cuando están bajo gran tensión, o alcoholizados o drogados. En un abordaje analítico clásico, suelen experimentar una pérdida de la prueba de realidad e incluso tener ideas delirantes en el vínculo transferencial, por lo que desarrollan una psicosis transferencial más que una neurosis del mismo tipo.

Kernberg examina los desórdenes "fronterizos" de la personalidad desde los puntos de vista descriptivo, estructural y genético-dinámico. Sugiere que comparten las siguientes características: I) ciertas constelaciones sintomáticas, como por ejemplo ansiedad difusa, formas especiales de neurosis polisintomáticas y patología caracterológica "prepsicótica" y de "nivel inferior"; II) ciertas constelaciones de defensas yoicas, por ejemplo, la combinación de manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica y desviación hacia el pensamiento del proceso primario por una parte, y por la otra determinados mecanismos de defensa primitivos (escisión, idealización primitiva, formas tempranas de proyección, negación, omnipotencia); III) una particular patología de las relaciones objetales internalizadas; y IV) típicas vicisitudes de los instintos, reflejadas en la particular condensación patológica de objetivos pregenitales y genitales, que es producto de la intensidad de la agresión pregenital.

El intento por analizar los aspectos descriptivos, estructurales y genético-dinámicos de la organización fronteriza de la personalidad, con especial énfasis en la patología de las relaciones objetales, se basa en la obra de muchos autores de distintas corrientes teóricas y con enfoques terapéuticos diferentes.

Condensado de Kernberg O (1991) Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

Análisis descriptivo.- Permite establecer elementos para un diagnóstico "presuntivo" del fronterizo. Los fronterizos presentan al comienzo una típica sintomatología neurótica, pero es sólo aparente. Ninguno de los síntomas que seguidamente indicamos es por sí sólo patognomónico, pero la presencia de dos o tres ya es un fuerte indicio de una personalidad fronteriza subyacente, aunque el diagnóstico definitivo no lo dará el síntoma sino la característica patología yoica. Las siguientes son las principales categorías sintomáticas:

a) Ansiedad.- Flotante, crónica y difusa. No se considera aquí la ansiedad utilizada defensivamente como resistencia en un tratamiento.

b) Neurosis polisintomática.- 1) Fobias múltiples: en especial las que limitan gravemente la vida diaria. Son importantes las relacionadas con el propio cuerpo (temor a sonrojarse, a ser mirado) o las que tienden hacia la neurosis obsesiva (temor a la suciedad, etc); 2) Síntomas obsesivo-compulsivos que secundariamente se hicieron egosintónicos, es decir, están 'sobreevaluados'. Se mantiene la prueba de realidad: el paciente quiere librarse de los actos absurdos, pero tiende a racionalizarlos; 3) Múltiples síntomas de conversión elaborados o grotescos, en especial si son crónicos; d) Reacciones disociativas, sobre todo 'estados de penumbra' o fugas histéricas, y amnesia ligada a perturbaciones de la conciencia; 5) Hipocondría: exagerada preocupación por la salud o temor crónico a enfermar. No se incluyen pacientes con hipocondría moderada como reacción a una intensa ansiedad; 6) Tendencias paranoides e hipocondríacas con cualquier otra neurosis traumática, siempre que sean intensas y no secundarias a una

ansiedad previa. La presencia de dos o más síntomas de los seis mencionados alertan sobre la posibilidad de una patología fronteriza subyacente.

c) Tendencias sexuales perverso-polimorfas.- Desviación sexual manifiesta donde coexisten varias tendencias perversas (homosexuales, voyeuristas, etc). También, inhibición de la vida sexual manifiesta pero presencia de fantasías concientes, en especial masturbatorias, con múltiples tendencias perversas, como por ejemplo relacionadas con la micción, la defecación o la agresión. Se excluye la desviación sexual estable, como por ejemplo un homosexual asumido.

d) Las "clásicas" estructuras de la personalidad prepsicótica.- Personalidades paranoides, esquizoides e hipomaníacas. No se incluye el paciente depresivo crónico con rasgos masoquistas.

e) Neurosis impulsiva y adicciones.- Caracteropatías graves donde irrumpe crónica y repetitivamente un impulso que gratifica los instintos. Mientras el impulso se produce, es egosintónico y altamente placentero, pero fuera del episodio es al revés. Ejemplos: alcoholismo, drogadicción, cleptomanía, etc.

f) Desórdenes caracterológicos de "nivel inferior".- Es la patología más severa, típicamente representada por el carácter caótico e impulsivo, en contraposición con los clásicos tipos de formación reactiva y los más moderados 'rasgos evitativos'.

No son estructuras fronterizas las típicas personalidades histéricas, ni la mayoría de las personalidades obsesivo-compulsivas, depresivas y masoquistas mejor integradas. Pero sí presentan una organización fronteriza muchas personalidades infantiles, las narcisistas, las "como si" y las antisociales.

Según el predominio de los mecanismos de represión o de disociación, cabe distinguir: a) personalidades de nivel superior: personalidad histérica; b) nivel medio: personalidad infantil; y c) nivel inferior: personalidad narcisista. A continuación, haremos una revisión del diagnóstico diferencial de estas patologías.

I) Personalidad histérica y personalidad infantil.- La personalidad histérica se caracteriza por seis rubros: labilidad emocional, "excesivo compromiso" en sus relaciones objetales, necesidades de dependencia y exhibicionismo, pseudohipersexualidad e inhibición sexual, tendencias competitivas con hombres y mujeres, y masoquismo. En contraste con la personalidad infantil, la personalidad histérica manifiesta una mayor integración yoica y superyoica, mayor extensión de las áreas libres de conflicto y predominio de los conflictos edípicos sobre los orales, si bien éstos últimos también están presentes. Los conflictos sexuales son de origen genital más que pregenital. En contraste, en la personalidad infantil prevalecen los problemas genitales, sobre todo orales. Hay menor capacidad para mantener relaciones objetales estables y el fracaso de la represión genera primitivas fantasías sexuales polimorfas. Sus caracteres de "dependencia" infantil expresan demandas orales más agresivas que en la histérica. En un plano más profundo, son incapaces de depender de los demás, lo que está relacionado con las graves distorsiones en sus relaciones objetales internalizadas.

II) Personalidad narcisista.- El principal problema de estos pacientes parece residir en su autoapreciación, pudiendo ver en ellos casi como un "cultivo puro" del desarrollo patológico del narcisismo. Las relaciones objetales están referidas a sí mismo: tiene una inusual necesidad de ser amados y admirados, en contraste con un concepto muy inflado de sí mismo. Tienen una vida emocional poco profunda, escasa empatía por los demás, y encuentran pocos motivos para disfrutar, excepto los derivados de su narcisismo. Cuando su brillo se desgasta se sienten inquietos y hastiados, envidian a otras personas, tienden a idealizar a quienes espera admiración, y desvalorizan a los que no lo gratifican narcisísticamente. Suelen ser explotadores y parásitos, y se sienten con derecho a poseerlos; una naturaleza fría y despiadada se esconde tras su aparente encanto, y su desconfianza los hace incapaces de depender de nadie.

Su altanería y grandiosidad es muchas veces una defensa contra rasgos paranoides vinculados con la proyección de su rabia oral. Superficialmente vemos ausencia de relaciones objetales, pero más profundamente, sus relaciones internalizadas son intensas, primitivas, atemorizantes y revelan incapacidad para depender de objetos buenos internalizados. La personalidad antisocial es un subgrupo de la narcisista, a la que se agrega una severa patología superyoica.

III) Estructuras caracterológicas depresivo-masoquistas.- a) Personalidad depresiva: es un buen ejemplo de estructura de 'nivel superior', representada principalmente por las formaciones reactivas. Aunque en su origen predominan conflictos pregenitales, estructuralmente esta patología está próxima a los caracteres histéricos y obsesivo-compulsivos. Hay rasgos masoquistas que se observan en personalidades histéricas. b) Carácter sadomasoquista: ubicado en el 'nivel medio', hay aquí un buen número de 'quejosos que rechazan ayuda'. El perfeccionismo depresivo está ausente y los derivados de los instintos sádicos encuentran un acceso más directo a los impulsos.

Algunos pacientes sadomasoquistas son fronterizos, en contraste con el 'nivel superior', que corresponde a personalidades depresivas. c) Autodestructividad primitiva: hay un 'nivel inferior' de caracteres masoquistas donde se ve una sexualización primitiva de las necesidades masoquistas, la posible presencia de tendencias perverso-masoquistas y una indiscriminada agresión hacia el mundo y el propio cuerpo. Tienen marcada autodestructividad pero sin un superyo bien integrado e incapaces de sentir culpa. Prevalecen conflictos preedípicos, con fusión y defusión primitiva de instintos sexuales y agresivos. La gran mayoría de estos pacientes tienen una organización fronteriza subyacente. d) Depresión

sintomática: esta no debe interpretarse como señal de organización depresiva en cualquiera de estos tres casos: primero en cuanto a su nivel de organización (debe ser diferenciada de los rasgos depresivo-masoquistas), segundo en cuanto a su cualidad (cuanto mayor es la depresión asociada con culpa y remordimiento, mayor es la integración yoica, y a la inversa como en el fronterizo), y tercero en cuanto a su intensidad (es fronteriza cuando su intensidad produce una desorganización yoica). El análisis descriptivo visto da un diagnóstico presuntivo: el diagnóstico definitivo lo dará el análisis estructural.

Condensado de Kernberg O (1991) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

Análisis estructural.- Existen diferentes sentidos de 'análisis estructural', pero a los fines de estudiar la personalidad fronteriza consideraremos al yo como una estructura general que integra subestructuras y funciones, pasando luego a explorar los derivados estructurales de las relaciones objetales internalizadas que importan para esta patología.

a) *Manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica.-* La labilidad yoica tiene aspectos específicos, como por ejemplo el uso de defensas primitivas, típicas del fronterizo, pero existen también aspectos inespecíficos, que son tres: falta de tolerancia a la ansiedad, falta de control de impulsos, e insuficiente desarrollo de los canales de sublimación.

1) Falta de tolerancia a la ansiedad: una ansiedad mayor a la habitual provoca nuevos síntomas, actitudes aloplásticas o regresión yoica. Más que el grado de ansiedad, importa aquí cómo el yo reacciona frente a una carga adicional de la misma.

2) Falta de control de impulsos: Es altamente individualizada y forma parte de una caracterología defensiva. No se trata entonces de falta de control de impulsos inespecífica y errática, más típica de la personalidad infantil.

3) Insuficiente desarrollo de los canales de sublimación: para ello debemos considerar factores constitucionales como la inteligencia, y comparar sus potencialidades y sus logros. El medio estimulante también debe ser evaluado en este ítem: un ambiente social carenciado puede mostrar al sujeto como poco creativo, y tal vez no lo sea, y, al revés, un ambiente más estimulante puede tornar adaptado al individuo y disimular una falta de goce y creatividad, que son características de la sublimación.

b) *Desviación hacia el pensamiento de proceso primario.-* Tal vez la más confiable de las evidencias, suele no manifestarse clínicamente, pero en los tests proyectivos aparecen evidencias del pensamiento de proceso primario como fantasías primitivas, poca capacidad de adaptación a los datos formales del test y, en especial, uso de verbalizaciones peculiares.

c) *Operaciones de defensa específicas en el nivel de la personalidad fronteriza.-* Tengamos presente, antes de examinar las defensas, que el yo temprano debe cumplir normalmente dos tareas esenciales: primero, una diferenciación entre las imágenes de sí mismo y las imágenes objetales que forman parte de las tempranas introyecciones e identificaciones; segundo, una integración de esas imágenes constituidas bajo la influencia de derivados de instintos libidinales, con las imágenes constituidas bajo la influencia de derivados de instintos agresivos.

En las psicosis, se da una refusión de imágenes de sí mismo y de los objetos, mientras que en la personalidad fronteriza, lo que predomina no es dicha fusión sino una intensificación y fijación patológica de los procesos de escisión. Se observan aquí asimismo reiteradamente tendencias agresivas y autoagresivas de gran intensidad, vinculadas con tempranas imágenes de sí mismo y de los objetos.

La necesidad de salvaguardar al sí-mismo bueno, a las buenas imágenes objetales y a los buenos objetos externos ante la peligrosa presencia del sí-mismo y las imágenes objetales totalmente malas, hace entrar en acción una serie de defensas subsidiarias, que pasamos a enumerar.

1) Escisión: Es una división del yo utilizada para fines defensivos (división que antes fue una simple deficiencia de integración). Quizá la más conocida manifestación de esta defensa es considerar a los objetos como "totalmente buenos" o "totalmente malos", lo que conlleva la posibilidad de que un objeto oscile de manera abrupta y radical de un extremo al otro. Es una defensa esencial en la personalidad fronteriza, que subyace a todas las que siguen, es decir, suele aparecer ligada con ellas.

2) Idealización primitiva: Tendencia a ver los objetos externos como totalmente buenos para que puedan proteger contra los "malos", y para asegurar que estos no serán contaminados, dañados o destruidos por la agresión propia o la proyectada en otros objetos.

3) Tempranas formas de proyección, en especial identificación proyectiva: En los fronterizos, la proyección no se caracteriza sólo por su intensidad sino por su cualidad; en este contexto, su principal fin es externalizar las imágenes del sí-mismo agresivo y totalmente malo y la de los objetos de iguales características, lo que origina objetos peligrosos y vengativos de los que el paciente buscará protegerse, lográndolo en muy escasa medida. La poca nitidez de los límites del yo hace que el paciente tienda a identificarse con esos objetos peligrosos, por lo que necesitan controlarlos antes de que éste los ataque y destruya, como ellos temen.

4) Negación: un típico ejemplo es la "negación mutua" de dos áreas emocionalmente independientes de la conciencia. El paciente está conciente que en ciertos momentos sus percepciones, pensamientos o sentimientos acerca de sí-mismo y de los demás son por completo opuestos a los que tuvo antes,

recuerdo que no repercute emocionalmente en él (no modifica su forma de sentir a pesar de recordar la percepción opuesta) pues no puede ligar o unir ambos aspectos.

5) Omnipotencia y desvalorización: En la omnipotencia, el paciente se ha identificado con el objeto "mágico" idealizado que lo puede todo contra los objetos malos, pero no existe una verdadera "dependencia" en el sentido de amor y preocupación por ese objeto idealizado. La desvalorización es un corolario de lo anterior: cuando el objeto externo ya no puede dar gratificación o protección, es abandonado y desvalorizado, primero porque el paciente no tiene verdadera capacidad de amor por él, pero también por afán de venganza, o porque la desvalorización evitará que se conviertan en objetos persecutorios temidos y odiados.

d) *Patología de las relaciones objetales internalizadas.*- Consiste en la incapacidad para sintetizar las introyecciones e identificaciones buenas y malas, siendo un principal factor etiológico el exceso de agresión primaria o de la agresión secundaria o la frustración. Los fronterizos suelen tener una incapacidad de sentir culpa y preocupación por los objetos, porque no pueden concebir objetos "totales", es decir, en parte buenos y en parte malos.

La imposibilidad de integrar imágenes objetales "totalmente buenas" y "totalmente malas" obstaculiza también la integración del superyo. En suma, persisten en el yo imágenes de sí mismo primitivas, irreales y de características muy contradictorias, lo que impide la formación de un concepto integrado de sí mismo; tampoco es posible la integración de las imágenes objetales ni la concomitante evaluación realista de los objetos externos. La constante proyección de imágenes "totalmente malas" de sí mismo y de los objetos perpetúa un mundo de objetos peligrosos y terribles, de los cuales el sujeto se defiende con imágenes "totalmente buenas" de sí mismo, dando lugar a representaciones megalomaniacas del sí mismo idealizado.

Todo esto se ve en los rasgos caracterológicos del fronterizo: no pueden evaluar a los demás en forma realista para entablar con ellos una verdadera empatía: se adaptan a ellos sin un verdadero compromiso emocional. En los pacientes fronterizos, el yo está mejor integrado que en los psicóticos, y, aunque persiste una difusión de identidad (Erikson), está más diferenciado y con límites más definidos en todas las áreas, salvo en aquellas que impliquen compromisos interpersonales profundos.

Condensado de Kernberg O (1991) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

Análisis genético-dinámico.- En la historia de los pacientes fronterizos, es frecuente constatar experiencias de frustración extrema e intensa agresión en los primeros años de vida. La excesiva agresión pregenital sobre todo oral, tiende a ser proyectada provocando una distorsión paranoide de las tempranas imágenes parentales: la madre, sobre todo, es vista como potencialmente peligrosa y el odio hacia ella se hace extensivo a ambos padres, que son vistos como un "grupo unido".

Al mismo tiempo se produce un prematuro desarrollo de las tendencias genitales, para evitar la rabia y los temores orales; tal intento fracasa a menudo debido a la fuerza de la agresión pregenital, lo que contamina las tendencias genitales de forma distinta en cada sexo.

En el varón, el prematuro desarrollo genital destinado a negar la dependencia oral, fracasa porque los temores y prohibiciones edípicos contra impulsos sexuales se ven muy reforzados por los temores pregenitales a la madre, lo que deriva en la típica imagen materna peligrosa y castradora.

En las niñas, la severa patología oral tiende a desarrollar tendencias edípicas positivas: las tendencias genitales hacia el padre son usadas como gratificación sustitutiva de las necesidades de dependencia oral, frustradas por la madre peligrosa. Tal intento, sin embargo, puede resultar infructuoso pues la agresión pregenital desviada de la madre y proyectada hacia el padre contamina la imagen de éste último, y también porque la rabia oral y en particular la envidia oral, refuerzan la envidia del pene.

En suma: en ambos sexos el exceso de agresión pregenital, especialmente la oral, tiende a inducir el prematuro desarrollo de tendencias edípicas, como consecuencia de una particular condensación patológica de objetivos pregenitales y genitales, causada por el predominio de las tendencias agresivas.

Condensado de Kernberg O (1991) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

Según Winnicott.- "Con el término 'caso fronterizo' me refiero a aquel en el cual el núcleo de la perturbación del paciente es psicótico, pero este posee una suficiente organización psiconeurótica, siempre capaz de presentar alteraciones psiconeuróticas o psicósomáticas cuando la ansiedad psicótica central amenaza con irrumpir en forma grosera".

Winnicott D (1994) *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa, pág. 118.

Generalidades.- La objetivación semiológica del caso fronterizo conduce, como se sabe, a poner en evidencia en los pacientes unos comportamientos de clivaje y renegación gracias a los cuales la relación con la realidad y el vínculo con los otros parecen, en cierto modo, más eclécticos que fragmentados. No basta por cierto por decir que aquí prevalecen los procesos primarios, porque lo que sorprende la mayoría de las veces es que estos pacientes produzcan actitudes extrañamente adaptativas, por poco que su entorno se muestre relativamente flexible a su demanda y tolere una manipulación sugestiva por las emociones y efectos que ellos suscitan.

En la situación analítica, no es infrecuente que en un primer momento la comunicación procure establecerse de ese mismo modo y desafíe al analista del paciente: a tal punto parece reclamarse de su parte una empatía comprensiva, por lo que cualquier neutralidad se percibe como rigidez defensiva y remite a angustias de muerte que son la violencia misma en el corazón de la vida.

Por otra parte, ¿no toda palabra comprensiva del analista es para esos pacientes sospechosa de una falsedad humana que aísla al sujeto, a cambio, en unos procesos de idealización que las transferencias ponen de manifiesto? Puesto que esas transferencias -a las que les cuesta actuar juntas en la mera relación con un objeto en la situación analítica (como si el paciente estuviera amenazado por la existencia de un objeto no escindido y, lo que es más, representado en su presencia)- tienen la particularidad de contener poderosas investiduras de amor-odio actualizadas en otras personas y de velar así por las idealizaciones que supuestamente garantizan la integridad psíquica y la no alterabilidad. ¿No es la relación con el *otro*, en efecto, lo que hace correr el riesgo de la alteración y la modificación personales?

A menudo se habló del ordenamiento necesario del encuadre en la atención de los pacientes fronterizos. ¿Se preguntaron los analistas con frecuencia, empero, sobre las condiciones de su atención durante la sesión? El dispositivo analítico de ésta, sin embargo, no supone -como de Ferenczi lo hacía notar Nicolás Abraham- que la sesión sea como un sueño, sino que el espacio que ella genera posea la misma creatividad que el sueño. Lo que se ve y se escucha en la sesión desocializa y desrelaciona toda la comunicación y fortalece a cambio la acción sobre las *apariencias*. La práctica analítica con pacientes psicóticos nos hace inmediatamente sensibles a la producción de esas apariencias (rostro, voz, gesto) que modifican el sentido de la identidad de nuestra propia persona. Como si hubiera que trabajar aquí con la alucinación negativa que tiene la capacidad de hacer aparecer o desaparecer e incluso de cambiar e incluso de cambiar la identidad de las presencias en persona.

La acción física ejercida por la alucinación negativa (que es el poderoso recurso de la transferencia) es aquí, sin duda -a ejemplo de lo que Freud destaca en *La Grädiva*-, lo que regla las modalidades técnicas de la palabra en las curas consideradas difíciles.

Condensado de Félida P, ¿Un paciente de sueño para un psicoanalista? Incluido en André J y otros (1998) Los estados fronterizos: ¿nuevo paradigma para el psicoanálisis? Buenos Aires: Nueva Visión.

Génesis y situación de los estados fronterizos.- El primer punto que hay que subrayar es el cambio de paradigma, o de modelo: no voy a decidir, señala Green. Lo indudable es que para Freud, el punto de partida de la teoría es el modelo de la perversión. En efecto, hay una especie de lazo orgánico entre la perversión polimorfa del niño y la neurosis como negativo de la perversión del adulto. Freud seguirá esta línea durante mucho tiempo. Pero a mi juicio es muy notorio que a partir de 1924, vale decir, prácticamente tras haber elaborado su segunda tópica, comenzará a plantearse cuestiones y a preguntarse si no se justifica más oponer la neurosis a la psicosis.

La prueba de que el modelo cambia es que Freud va a retomar el caso del fetichismo, y por lo tanto el clivaje, en el *Compendio del psicoanálisis*, cuando describa la fragmentación psicótica. En realidad,, describe esta fragmentación como equivalente de lo que los kleinianos llaman "minute splitting", es decir, una especie de clivaje mutilador multiplicado al infinito.

Cuando Freud afirma que como terapia el psicoanálisis se centra en las psiconeurosis de transferencia, lo que debe interesarnos es la noción de transferencia, porque engloba dos aplicaciones diferentes.

La cuestión de los casos fronterizos, entonces, va a plantearse en un primer momento con respecto a las neurosis llamadas narcisistas, que en un principio se confunden con las psicosis. Pero solo en un principio. Lo cual hace que, durante mucho tiempo, se considere que la expresión "estados fronterizos" es una contracción de "estados en las fronteras de la psicosis", la esquizofrenia en particular. Si abren el venerable Laplanche y Pontalis, eso es lo que van a encontrar: "estados en las fronteras de la esquizofrenia".

¿Se considera hoy que los estados fronterizos están en las fronteras de la esquizofrenia? No lo creo. Somos más prudentes y decimos "en las fronteras de las psicosis". Pero cuando consultamos los distintos diccionarios, nos damos cuenta de que la cuestión es vaga, porque según los autores, los sistemas son excluyentes uno del otro. Ésa es la posición lacaniana oficial: los estados fronterizos no existen, uno es un neurótico o psicótico. ¡Y como hoy hay pocas posibilidades de reconocerse en los neuróticos, ya saben qué queda por hacer!

Hay otra posición que consiste en decir que mecanismos y defensas psicóticas y mecanismos y defensas neuróticas no son excluyentes entre sí. Pueden coexistir perfectamente. Ésa es la postura de Rycroft.

Pero hay un problema que Freud sin duda pasó por alto: el de los límites del yo con el objeto.

En consecuencia, este nuevo paradigma de las relaciones de objeto hizo retroceder el de la pulsión: hay que reconocer que en Freud hay cierta carencia en lo que se refiere al objeto.

Creo que las neurosis graves son diferentes de los casos fronterizos ¿Qué es lo que caracterizaría una neurosis grave, ya se trate -para mantenernos en las dos grandes categorías- de la histeria o de la neurosis obsesiva? En esos casos se habla de neurosis graves porque se alude, en primer lugar, a la tenacidad de las fijaciones, al carácter resistente, por decirlo así, de la angustia a la escasa movilización de los síntomas por el análisis y a su transformación limitada por el análisis de la transferencia, a una rigidez de los mecanismos de defensa. Y pienso, desde luego, en las particularidades de la transferencia

que aquí parece también bastante maciza, con pocos matices, y sobre todo con una escasa modificación durante la cura.

Entonces vayamos ahora a la cuestión de los propios casos fronterizos. Tras haber dedicado a ella toda la exposición de la vez pasada, abordo hoy aspectos más particulares. Podríamos plantear el problema tomando la neurosis una por una y tratando de decir: "Así pasan las cosas en esta neurosis, y así en un caso fronterizo que se le parece". Podría hacerlo para la histeria y la neurosis obsesiva, pero creo que no les resultaría interesante.

Pensemos en otros términos de pacientes *borderline*. En esencia, yo opondría dos tipos para aclararles las ideas: un tipo histérico: se trata de una mujer en quien encontramos una serie de características que pueden observarse en las histéricas, pero estamos más allá de la neurosis. Presenta accesos de bulimia, no de anorexia pero sí de una bulimia tenaz, importante. Exhibe igualmente mecanismos adictivos a los medicamentos. Adoptó una actitud de retraimiento social al margen de las relaciones profesionales, que ejerce de una manera satisfactoria. Tampoco completa confianza en sus capacidades profesionales. Pero su vida social es pobre, regresiva, con pocas relaciones humanas a su alrededor, limitadas las más de las veces a su madre y su hermana. Aparte de su hijo, los hombres no cuentan en absoluto. Algunas relaciones amistosas, la mayoría telefónicas. El teléfono es un maravilloso instrumento. Uno, limita los contactos. Dos, permite pensar en otra cosa al hablar, e incluso adormecerse. Tres, permite colgar en cualquier momento sin tener que comprobar el desagrado que suscita ese acto.

Terminemos, si quieren, con el caso llamado de estructura obsesiva. Se trata de una joven que es investigadora. Hace lustros que está en manos de los analistas. Vino a verme porque, tras haber leído lo que yo había escrito, le pareció que tenía sentido. Un poco más de lo que solía leer en el propio campo. No puedo detallarles el caso, pero sí decirles que la existencia de mecanismos obsesivos es tal, que la investidura de los mecanismos del pensamiento es considerable. Son formas que acabo de calificar como obsesivas, pero se trata en realidad de formas intermedias entre la neurosis obsesiva y la paranoia. Y lo que ambas afecciones tienen en común son precisamente los trastornos de pensamiento. Esta paciente no puede vivir al margen de una relación persecutoria global en que su masoquismo se satisface largamente, pero que nunca llega al delirio. No habla de otra cosa que de la malevolencia de los colegas, de las relaciones de poder; todo es relación de fuerza y ella, desde luego, está en una posición de víctima en la que la rechazan, nadie la quiere, nadie quiere trabajar con ella.

Bien, a través de algunos ejemplos clínicos mi intención fue darles cuadros que les permitan establecer claramente la diferencia, y por la otra entrar en el detalle de los mecanismos, y no únicamente de los síntomas sino de los procesos que existen de manera preponderante en esos individuos, que hicieron que yo pudiera hablar respecto de "locura privada".

¿Por qué? Porque creo que es bastante evidente que esos pacientes son "locos"; "locos", no psicóticos. Pero se trata, en efecto, que solo puede manifestarse verdaderamente en toda su actitud en las condiciones facilitadas del encuadre analítico, un encuadre analítico favorablemente receptivo a su regresión.

Me parece que todas estas diferencias que encontramos en el plano teórico, clínico y técnico justifican, sin la menor duda, la idea de que la experiencia de los casos fronterizos allana el camino a la elaboración de un nuevo paradigma entre las entidades clásicas del psicoanálisis tal como se desprende de la obra de Freud, pero que no hay que dejar de situar en la perspectiva de su construcción teórica.

Condensado de Green A, Génesis y situación de los estados fronterizos. Incluido en André J y otros (1998) Los estados fronterizos: ¿nuevo paradigma para el psicoanálisis? Buenos Aires: Nueva Visión.

Clivaje y sexualidad infantil en los estados fronterizos.- El clivaje se considera muy generalizadamente como la operación defensiva esencial de las organizaciones fronterizas de la personalidad, de la que dependerían todas las demás (Kernberg, 1979).

¿Cómo definir el mecanismo del clivaje de las organizaciones fronterizas? Si desde un punto de vista clínico hay acuerdo para aplicarlo a la división entre las actitudes de odio y amor, su definición metapsicológica es más problemática. ¿Se trata de un clivaje de actitudes o de representaciones, de creencias o de pulsiones? ¿Debemos distinguir el clivaje de la imagen del objeto y clivaje de la imagen de sí? ¿Se trata de una mera estrategia defensiva o de un destino pulsional? El hecho mismo de hacernos estas preguntas nos permite observar con mayor detenimiento la psicopatología de esos estados.

Pero el problema lo plantea sobre todo el vínculo entre el clivaje característico de esta organización y el clivaje del yo. Se sabe que con esta última expresión Freud describe un proceso en el que el yo puede adoptar dos o varias actitudes contrarias con respecto a un solo objeto. Al hablar de "actitud", Freud quiere decir que no se trata de un clivaje entre representaciones sino entre actitudes dirigidas hacia el mundo exterior y dependientes de creencias incompatibles. Las actitudes persisten lado a lado sin ejercer ninguna influencia recíproca (Freud, 1938). No es una casualidad que el estudio del clivaje del yo se aborde en el capítulo del *Compendio del psicoanálisis* (Freud, 1938) titulado "El aparato psíquico y el mundo exterior". Puesto que ese clivaje es el resultado de una renegación interna de la realidad externa que permite que una creencia ilusoria se mantenga en forma paralela a la otra.

Para algunos (Kernberg, 1979), el clivaje observable en las organizaciones fronterizas resultaría de un mecanismo del mismo orden. Junto con otros (Brook, 1992), yo considero que ese vínculo es bastante

discutible por varias razones. El clivaje recae aquí sobre dos experiencias subjetivas y dotadas de un mismo modo de relación con la realidad. La renegación, en cambio, se aplica al clivaje del mismo: se trata del desconocimiento del lado opuesto y no de la realidad exterior. Esta última está "coloreada" de diferentes maneras según la actitud de odio o amor, pero no en función de una renegación perceptiva como la invocada por Freud con respecto al clivaje del yo, ya se trate del observado en la psicosis o en el fetichismo. Por otra parte, la renegación de la otra actitud es muy relativa, ya que el sujeto sabe que en otros momentos puede tener sentimientos opuestos. En consecuencia, la analogía con el mecanismo al que se alude en la psicosis es engañosa. La renegación psicótica, tal como la concibe Freud, se aplica a una evidencia interna subjetiva que se proyecta en la realidad exterior. No hay nada semejante en la organización fronteriza, en la que la división crea dos evidencias subjetivas contrarias pero que no modifican en absoluto la evidencia externa, salvo en el caso en que, precisamente, se establece un mecanismo delirante (Widlöcher, 1994).

Por eso no creo que puedan considerarse separadamente el clivaje de la imagen del objeto y el clivaje de la imagen de sí mismo. Ambas están íntimamente ligadas en el propio argumento. La relación de odio o de amor define las imágenes de sí mismo y el objeto. ¿Cómo podría ser de otra manera, habida cuenta de que el fantasma inconciente se figura en el modo del cumplimiento de la acción?

Es difícil articular las dos perspectivas, pese a lo cual ninguna de ellas puede reducirse a la otra. Amor al objeto y autoerotismo coexisten a lo largo de toda la infancia. Las condiciones de satisfacción no son las mismas. El amor al objeto se dirige hacia una persona real, un "otro" del entorno próximo.

En los niños que exhiben una personalidad de tipo fronterizo, los fantasmas "crudos" y el clivaje entre buenos y malos objetos parciales y buenas y malas representaciones parciales de sí mismo, tal como se expresan en el dibujo y el juego, resultan igualmente de una falta de elaboración del autoerotismo psíquico. Las experiencias buenas y malas originadas en las relaciones reales dan pábulo a unos fantasmas sexuales infantiles pobres que no pueden constituir una protección eficaz contra los acontecimientos traumáticos reales.

Condensado de Widlöcher D, Clivaje y sexualidad infantil en los estados fronterizos. Incluido en André J y otros (1998) Los estados fronterizos: ¿nuevo paradigma para el psicoanálisis? Buenos Aires: Nueva Visión.

Funcionamientos fronterizos.- Voy a situar muy rápidamente los aspectos esenciales de lo que inscribe los funcionamientos fronterizos dentro de la psicopatología, para concentrarme en el doble eje que, a mi entender, constituye su armazón similar. El que la angustia de la pérdida, por una parte, y sus derivas específicas, a la vez en la constitución de la realidad interna y la realidad externa; el de la organización psicosexual, esencialmente articulada en el masoquismo, por la otra.

Mi primera hipótesis es que el acceso a la tradicionalidad -a la convicción de que la pertenencia a uno o el otro ya no plantea interrogantes, porque el área inmediata se despliega entre ambos- sigue siendo precario, transitorio, esporádico y efímero en los funcionamientos fronterizos -en graves variables según los sujetos-, justamente porque no hay seguridad de que el objeto sobreviva a los ataques del sujeto.

En torno a estas figuras de casos se articula la cuestión de la relación de objeto, su falencia, su falta y/o su significación. Más acá de la transicionalidad se descubren representaciones de objetos inestables, inciertas, difíciles de establecer debido al rechazo de la doble pertenencia, al sueño y a lo real. Más allá de la transicionalidad, constitutiva de un espacio intermedio, es decir, de un espacio de intercambios, la escena psíquica sirve de soporte al despliegue de argumentos cuyo sentido -sexual, seductor- alimenta la calidad simbólica del discurso.

La problemática de la pérdida de objeto central en los funcionamientos fronterizos (y narcísicos), núcleo del enquistamiento del dolor, puede encontrar en la utilización de la realidad estrategias defensivas desesperadas y costosas, movilizadas para luchar contra las angustias depresivas. El mundo exterior, en efecto, se postula como tal; no puede modificarse. La irreductibilidad de las percepciones exteriores se utiliza como una barrera hermética que mantiene a distancia los estados subjetivos -y entre ellos los afectos, y entre éstos el desamparo-, a fin de que el otro no los perciba: no pueden mostrarse porque la investidura misma de la subjetividad, obstaculizada por la dependencia, es precaria y amenazante.

Quiero ahora, a partir de los trabajos de Freud destacar brevemente las características específicas de la organización masoquista en los sujetos fronterizos.

Mi hipótesis es que en ciertos pacientes "fronterizos", el fantasma está insuficientemente reprimido. Resurge en la forma de repetición en situaciones masoquistas reiteradas, a veces regularmente puestas en acto (por ejemplo, en los trastornos graves de las conductas alimentarias o autodestructivas).

Desde luego, los destinos del dolor pueden ser múltiples. Mencionaré aquí dos de sus trayectorias:

- La compulsión de repetición se apodera del dolor y se acelera en un movimiento automático. Esa compulsión conduce entonces a una operación anobjetal por el predominio de las pulsiones de muerte y el masoquismo primario.
- O bien el recurso al dolor asume el sentido del sacrificio y ocupa un lugar esencial en la regulación de la violencia y la excitación que se asocia a ella.

Condensado de Chabert C, Los funcionamientos fronterizos: ¿qué fronteras? Incluido en André J y otros (1998) Los estados fronterizos: ¿nuevo paradigma para el psicoanálisis? Buenos Aires: Nueva Visión.

Pacientes fronterizos, situaciones fronterizas.- Solo querría intentar de manera puntillista, poner de relieve cómo, en el caso de la situación analítica, el encuentro con los pacientes que ponen en juego o cuestionan sus límites de pertinencia, repercute sobre la concepción del conjunto de sus parámetros. Señalaré ante todo que los pacientes fronterizos hicieron problemáticos dos postulados inherentes a la práctica analítica:

- A. El primero concierne a la disyunción "natural" entre la puesta en práctica del método, la acción que implica, y los resultados del "tratamiento". En la metáfora química de Freud, el hecho de que el método siga siendo estrictamente analítico supone que se produzcan *en otra parte* nuevas síntesis (ligazones) más armoniosas, sin que el analista tenga que preocuparse por ellas. La célebre formulación de que la curación -o el cambio esperado- se da *por añadidura* es un principio de acción: la coherencia de la práctica deriva del respeto estricto del método, que constituye al fin de cuentas el mejor garante de efectos benéficos (de los que el psicoanálisis, desde luego, en última instancia no podría desinteresarse).

- B. El segundo postulado puesto en cuestión por los pacientes fronterizos tiene que ver con las relaciones del encuadre y el proceso. Presente de entrada en la invención de la situación analítica, este postulado es el de una *razón experimental* que une la *invariancia* del encuadre (sesiones de la misma duración, en los mismos horarios y los mismos días de la semana) a la *movilidad* inteligible del proceso. Implica una primera teoría del encuadre definido como un espacio-tiempo privilegiado, delimitación entre el "durante la sesión" y el "fuera de la sesión". Al abrigo de ese encuadre, la regla fundamental, en virtud de los derechos y obligaciones recíprocos que imparte a la pareja asimétrica, brinda la oportunidad de una puesta en sentido específica. La función delimitante del encuadre, por lo tanto, actúa también entre el paciente y el analista; el encuadre se presenta como materialización de una barrera, de una tercera instancia.

- C. Los dos postulados cuya problematización por parte de los pacientes fronterizos destaco tienen que ver con la temporalidad y la tópica de la situación analítica. Es bastante natural que la autonomía relativa al método, así como la función delimitante del encuadre, sean bien comprendidas y utilizadas por un paciente neurótico en quien unos procesos secundarios consolidados -en particular los relativos a las categorías del espacio y el tiempo- sostienen el desplazamiento de los procesos primarios, la desconexión propia de la regresión en sesión.

Puede señalarse que en el uso corriente, al hablar de la situación analítica, casi no se disocia la acción analítica de la escena en que se desarrolla y la instrumentación que la subtiende. Habida cuenta de las apuestas particulares de la instauración de esta situación con los pacientes fronterizos, me parece más especialmente oportuno poner en juego la distinción entre sitio analítico y situación analizante.

- 1. El sitio analítico engloba la totalidad de los elementos que forman parte, virtualmente y según modos diversos pero destinados a configurarse, de la instrumentación analítica.

- 2. A través de la experiencia de las situaciones fronterizas, los pacientes fronterizos remodelaron poco a poco los *considerandos* de la situación analítica. Los incidentes de encuadre revelaron o ahondaron la ambigüedad funcional de los diversos elementos que lo constituyen. Y esta ambigüedad -era mi sugerencia- se extiende al conjunto de lo que define el sitio analítico, con lo que afecta el sentido posible y la captación del sentido de sus modos de utilización, concientes e inconcientes.

Vale decir que el compromiso en el análisis con un paciente fronterizo implica una doble evaluación: la de los modos de funcionamiento del paciente, pero también, más que de ordinario, la del sitio realizable. En los encuentros preliminares, lo esencial es llegar a una completa convicción basada en la previsión suficiente de las situaciones fronterizas y de las pruebas contratransferenciales que cabe esperar atravesar.

Condensado de Donet J, Pacientes fronterizos, situaciones fronterizas. Incluido en André J y otros (1998) Los estados fronterizos: ¿nuevo paradigma para el psicoanálisis? Buenos Aires: Nueva Visión.

Fronterizo según Kernberg.- Los autores coinciden en la descripción clínica del *bordeline*, límite o fronterizo, pero discrepan en la etiología, estructura y terapia de dichos estados.

Kernberg identificó como estados fronterizos conductas impulsivas y contradictorias que abarcan actividades muy específicas y delimitadas, llamándolas "departamentalización de la mente", y se manifiestan muy precozmente en la transferencia.

Define al paciente fronterizo o *bordeline* como aquel que padece un síndrome de difusión de identidad, en presencia de la escisión como mecanismo de defensa privilegiado, con conservación del criterio de realidad.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Descripción sintomatológica del fronterizo según Kernberg.- 1) Ansiedad crónica y difusa. 2) Neurosis polisintomática: fobias, obsesiones, conversiones y estados de ensoñación histérica, con rápida alternancia entre dichos síntomas. 3) Sexualidad perversa polimorfa: hetero y homosexualidad, sado-masiquismo, etc. con rápida alternancia entre estos cuadros y sin que ninguno sea permanente. 4) Estructuras pre-psicóticas clásicas: personalidad paranoide, esquizoide, hipomaniaca y ciclotímica. 5) Neurosis impulsivas y adicciones. 6) Trastornos caracterológicos de 'nivel inferior' (personalidades

infantiles, narcisistas, 'como si' y antisociales. 7) Manifestaciones no específicas de debilidad yoica: poca tolerancia a la ansiedad, poco manejo de impulsos y poca sublimación.
Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Diagnóstico del fronterizo según Kernberg.- Tres parámetros permiten reconocer la personalidad fronteriza y diferenciarla de la neurosis y la psicosis: identidad, defensas y prueba de realidad.

1) *Identidad*: Hay un 'síndrome de difusión de la identidad', o dificultad para transmitir una imagen integrada y coherente de sí mismo y de sus objetos significativos. Ejemplo: decir que tuvo una madre contenedora y en otro momento que tuvo una madre fría y ausente.

2) *Defensas prevalentes*: Defensas primitivas, como la escisión (ej: estado yoicos contradictorios) y otras relacionadas como proyección, identificación proyectiva (como atribuir la propia agresión al otro), idealización primitiva (el otro es bárbaro), negación, omnipotencia y denigración (el otro es una basura). Mientras en el psicótico la escisión protege de borrar los límites entre el sí mismo y el objeto, en el fronterizo la escisión busca evitar el conflicto entre aspectos positivos y negativos de las introyecciones identificatorias, al costo de un gran debilitamiento yoico. No puede integrar los objetos buenos y malos.

3) *Prueba de realidad*: El borderline puede diferenciar lo objetivo de lo subjetivo, al igual que el neurótico. El psicótico tiene, en cambio, afectada la prueba de realidad.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Los estados fronterizos: ¿nuevo paradigma para el psicoanálisis?.- Varios artículos integran este volumen. En "El único objeto" (J. André), se plantea que neurosis, psicosis y perversión son categorías psicopatológicas que preceden el nacimiento del psicoanálisis, aunque Freud desplace su sentido y vuelva a pensar su articulación. La aparición de los estados fronterizos [états limites], de la cosa si no de la expresión, es un acontecimiento interno a la historia de la clínica analítica, inseparable de los obstáculos, de los *límites* encontrados por ésta.

En "Génesis y situación de los estados fronterizos" (André Green), destaca que el primer punto que hay que subrayar es el cambio de paradigma, o de modelo. La cuestión de los casos fronterizos va a plantearse en un primer momento con respecto a las neurosis llamadas narcisistas, que en un principio se confunden con las psicosis. Pero solo en un principio. Lo cual hace que, durante mucho tiempo, se considere que la expresión "estados fronterizos" es una contracción de "estados en las fronteras de la psicosis", la esquizofrenia en particular. Si abren el venerable Laplanche y Pontalis, eso es lo que van a encontrar: "estados en las fronteras de la esquizofrenia".

En "¿Un paciente de sueño para un psicoanalista?" (P. Félica), el autor plantea que la objetivación semiológica del caso fronterizo conduce, como se sabe, a poner en evidencia en los pacientes unos comportamientos de clivaje y renegación gracias a los cuales la relación con la realidad y el vínculo con los otros parecen, en cierto modo, más eclécticos que fragmentados. No basta por cierto con decir que aquí prevalecen los procesos primarios, porque lo que sorprende la mayoría de las veces es que estos pacientes produzcan actitudes extrañamente adaptativas, por poco que su entorno se muestre relativamente flexible a su demanda y tolere una manipulación sugestiva por las emociones y efectos que ellos suscitan.

En "Clivaje y sexualidad infantil en los estados fronterizos" (D. Widlöcker), el autor sostiene que el clivaje se considera muy generalizadamente como la operación defensiva esencial de las organizaciones fronterizas de la personalidad, de la que dependerían todas las demás (Kernberg, 1979).

¿Cómo definir el mecanismo del clivaje de las organizaciones fronterizas? Si desde un punto de vista clínico hay acuerdo para aplicarlo a la división entre las actitudes de odio y amor, su definición metapsicológica es más problemática. ¿Se trata de un clivaje de actitudes o de representaciones, de creencias o de pulsiones? ¿Debemos distinguir el clivaje de la imagen del objeto y clivaje de la imagen de sí? ¿Se trata de una mera estrategia defensiva o de un destino pulsional? El hecho mismo de hacernos estas preguntas nos permite observar con mayor detenimiento la psicopatología de esos estados.

En "Los funcionamientos fronterizos: ¿qué fronteras?" (C. Chabert), la autora sitúa los aspectos esenciales de lo que inscribe los funcionamientos fronterizos dentro de la psicopatología, para concentrarme en el doble eje que, a su entender, constituye su armazón similar. El que la angustia de la pérdida, por una parte, y sus derivas específicas, a la vez en la constitución de la realidad interna y la realidad externa; el de la organización psicosexual, esencialmente articulada en el masoquismo, por la otra.

Finalmente, en "Pacientes fronterizos, situaciones fronterizas" (J. Donnet), se pone de relieve cómo, en el caso de la situación analítica, el encuentro con los pacientes que ponen en juego o cuestionan sus límites de pertinencia, repercute sobre la concepción del conjunto de sus parámetros.

Sinopsis de André J y otros (1998) Los estados fronterizos: ¿nuevo paradigma para el psicoanálisis? Buenos Aires: Nueva Visión.

GERSTMANN, SÍNDROME DE

Definición.- Conjunto de síntomas que resultan de una lesión en el lóbulo parietal izquierdo: agnosia digital, trastorno de lateralidad (desorientación derecha-izquierda), agrafia y acalculia.

GLOBO HISTÉRICO

Definición.- Sensación subjetiva de alguna obstrucción en la garganta, en ausencia de cualquier obstrucción física comprobable.

Definición.- 1. Síntoma histérico. Sentir una masa que pasa del estómago al esófago. 2. (*Psicoanálisis*) Es un síntoma de conversión en base a deseos oral-libidinosos y oral-sádicos. El contenido inconciente está formado por fantasías de felacio. (Francés: *boule hystérique*.) Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

GLOSOLALIA

Definición.- Grave trastorno del habla, por el que el sujeto se expresa mediante una serie de automatismos fónicos, con cierta tendencia a constituir un idioma propio. Suele ponerse de manifiesto cuando el sujeto trata de expresarse entando poseído por una emoción muy violenta. La glosolalia es explicada como un fenómeno de *regresión* del sujeto a etapas anteriores y primitivas de su desarrollo. Aparece en estados psicopáticos, de éxtasis religioso, como también en el transcurso de trances hipnóticos y espiritistas. Sinónimos: *Glososíntesis*, *Glosoápea*. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

GRAN MAL

Generalidades.- Forma de epilepsia generalizada con pérdida de conciencia, convulsiones tónico-clónicas y amnesia posterior al ataque.

Los signos vegetativos comienzan en el periodo pre-ictal, alcanzan su máxima intensidad en la etapa de convulsiones, y tienden a normalizarse en el periodo pos-ictal. Los signos vegetativos aparecen por la descarga descendente y predominan los signos simpáticos (midriasis, hipertensión, taquicardia, etc) pero también los hay parasimpáticos (apnea, incontinencia urinaria y aumento de la secreción tráqueo-bronquial).

Al EEG muestra ondas de alto voltaje, y hay diez ondas por segundo en todo el trazado. A veces se mezcla con el trazado del Petit Mal, es decir, aparecen ondas en panza, en vez de en punta.

El cuadro clínico presenta tres etapas bastante constantes: los periodos pre-ictal, ictal y pos-ictal.

Periodo pre-ictal.- Es la etapa previa a la crisis y siempre está presente, aunque tenga sintomatología variable según cada enfermo. Hay síntomas sensoriales y sensitivos, se ven luces de colores, huele olores generalmente feos, etc. Todo ello constituye el aura, los momentos previos al ataque, pero los síntomas pueden aparecer como pródromo, o sea con anticipación de horas y aún de días.

Periodo ictal.- El ictus es la brusca pérdida de conciencia y dura aproximadamente 20 segundos. El paciente grita por los espasmos faríngeos y se cae al suelo pudiendo lesionarse. Presenta convulsiones en dos etapas: tónicas y clónicas, cada una durante 10 segundos.

Las convulsiones tónicas son convulsiones con hipertonía. La persona se pone espástica, aprieta fuertemente los músculos de la mandíbula (puede morderse la lengua), extendiéndose las convulsiones cada vez más atrás por aumento progresivo del tono muscular. No respira (apnea), por lo que al final de esta etapa queda cianótico. Mantiene los ojos abiertos y sus músculos están todos sobreextendidos.

Las convulsiones clónicas implican que la hipertonía va siendo reemplazada por relajación muscular, alternancia que hace que la persona se sacuda contra el piso. Van aumentando los periodos de relajación hasta el fin de las convulsiones. Respira ruidosamente por aumento de la secreción tráqueo-bronquial.

Desde el punto de vista bioquímico las convulsiones obedecen a un déficit de GABA en la formación reticular. El GABA es un neurotransmisor inhibitor, por lo que al bajar su nivel produce convulsiones. Las convulsiones del coma hipoglucémico tienen la misma causa.

Periodo pos-ictal.- Se recupera la conciencia pero sin recordar nada de los 20 segundos de la crisis. El paciente está estertoroso, en el primer momento puede salir espuma por la boca por la secreción tráqueo-bronquial. Luego sigue un breve periodo de relajación con incontinencia urinaria, pues durante las convulsiones tónicas la vejiga se había llenado de orina pero sin poder salir por estar los uréteres contraídos por la hipertonía. Se orina al relajarse los uréteres. También puede haber incontinencia fecal. Muchas veces al fin de la crisis el paciente queda con sueño o con estados crepusculares con desorientación, cansancio y malestar general.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Diagnóstico diferencial.- El ataque epiléptico difiere del ataque histérico en que en este último la persona elige donde caer y tiene la crisis delante de alguien que lo observa. No hay convulsiones (sólo contorsiones) ni pérdida de conciencia (o al menos esta puede simularse). Hay control de los esfínteres y la persona histérica puede simular amnesia posterior al ataque.
El siguiente cuadro ilustra las diferencias del ataque epiléptico de otros ataques similares.

	Gran Mal	Coma hipoglucémico con convulsiones	Ataque tetánico epileptoide
Mano de partero	No	No	Sí
Convulsiones	Sí	Sí	Sí
Pérdida de conciencia	Sí	Sí	No
Descontrol esfinteriano	Sí	No	No
Amnesia posterior	Sí	No	No

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

HEMINEGLIGENCIA

Definición.- La negligencia espacial unilateral se caracteriza por la imposibilidad de responder verbalmente, orientarse y dirigirse hacia los estímulos situados en el espacio visual contralateral a la lesión. Se la ha llamado también hemiatención, heminegligencia, negligencia visuo-espacial.

Ejemplos.- Director de orquesta que ignora todos los instrumentos de la izquierda; paciente que sólo come los alimentos de la derecha del plato; paciente que omite las palabras de la izquierda cuando lee; sujeto que omite la izquierda de las figuras cuando dibuja.

Fuente: Apuntes de la Cátedra de Neuropsicología de la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano, año 2002.

HERMAFRODITISMO

Definición.- "Combinación incongruente de caracteres sexuales masculinos y femeninos. Su origen puede ser alguna malformación congénita o alteraciones durante el embarazo. No hay que confundirla con bisexualidad".

Barragán Medero F (1991), La educación sexual. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós, pág. 152.

HIALOFOBIA

Definición.- 1. El sueño de invierno de algunos animales (osos, etc.). 2. Donn denomina "hibernación" al fenómeno de que muchos imbéciles, especialmente los de la variedad mogólica, pierden gran parte de energía intelectual durante el invierno.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

HIDROFOBIA

Definición.- Aversión morbosa hacia el agua y todo otro líquido. Es el síntoma más manifiesto de la *Rabia*, por lo cual a veces se da a esta enfermedad el nombre de hidrofobia.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

HIPERACTIVIDAD

Hiperactividad y tamaño cerebral.- "Los niños y adolescentes hiperactivos tienen cerebros más pequeños que aquellos que no tienen ese padecimiento. La razón exacta se desconoce, pero los investigadores dicen que no parece estar relacionada con el uso de drogas para la hiperactividad, como Ritalin, que era lo que temían muchos padres. El descubrimiento además inyecta cierto alivio a los padres, por cuanto sugiere que la hiperactividad es de origen biológico y no producto de la crianza. Al parecer, los cerebros de los niños hiperactivos se desarrollan a un ritmo normal, pero no alcanzan completamente el tamaño del de otros pequeños. Sin embargo, los investigadores aclaran que las personas con cerebros de menor tamaño no son necesariamente menos inteligentes. El estudio fue publicado en la edición del 9 de octubre de 2002 del Journal of the American Medical Association. El estudio, que duró diez años, empleó exámenes con resonancia magnética para analizar los casos de 152 pacientes hiperactivos de entre 5 y 18 años, y 139 personas de esas mismas edades, pero que no padecían el mal. Asimismo, comparó a niños que usaban medicamentos con jóvenes que no lo usaban. El estudio descubrió que el mal está asociado con un decrecimiento de 3 a 4% en el volumen del cerebro".

Tamaño cerebral e hiperactividad. Diario La U, Buenos Aires, 9 de octubre de 2002.

HIPERESTESIA

Definición.- Agudizamiento morboso de la sensibilidad general. Existen hiperestesias especiales, *Hiperestesia Acústica*, o *Hipereracusia*; *Hiperestesia Gustativa*, o *Hipergeusia*; *Hiperestesia Olfática* o *Hiperosmia*; *Hiperestesia Óptica* o excitabilidad excesiva del ojo; *Hiperestesia Táctil* o *Hiperafia*; *Hiperestesia Térmica* o sensibilidad calorífica excesiva. La *Hiperestesia psíquica* es un estado morboso de exaltación emotiva, con bruscos pasajes aparentemente inmotivados del llanto a la risa. La hiperestesia puede ser provocada por sugestión hipnótica.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

HIPERINTENCIÓN

Generalidades.- La *hiperintención* es el esfuerzo en demasía, lo cual en sí mismo previene de tener éxito en cualquier cosa. Uno de los ejemplos más comunes es el insomnio: muchas personas, cuando no pueden dormir, continúan intentándolo, siguiendo las instrucciones al pie de la letra de cualquier libro. Por consiguiente, al intentar dormirse se produce el efecto contrario; es decir, previene de dormirse, de manera que el ciclo se mantiene indefinidamente (paralelamente, y de forma incidental, la forma en que hoy se usan de forma excesiva las pastillas para dormir, iprovoca el efecto contrario!). Otro ejemplo sería la manera en la que nos sentimos en la actualidad con respecto a ser el amante perfecto: los hombres sienten que deben tardar más, las mujeres se sienten obligadas no sólo a tener orgasmos, sino múltiples orgasmos y así sucesivamente. Demasiado preocupación en este campo, traerá consigo, inevitablemente, la inhabilidad de relajarse y disfrutar de la experiencia.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Viktor Frankl. Traducción de Gautier Rafael.

HIPERMNESIA

Definición.- Sobreactividad de la memoria debida a un estado de excitación psíquica (manía), o a la acción de anfetaminas. Estas producen una atención dispersa, no focalizada, múltiple. Se evoca con gran facilidad pero sin discriminación ni utilidad.

Castelluccio A, *Clases de Correlaciones de la Clínica Médica*, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Definición.- Alteración cuantitativa de la memoria consistente en un "aumento o hiperactividad de la memoria por una mayor facilidad en la fase de evocación. Normal por un entrenamiento especial (estudiantes, intelectuales). Patológica cuando perturba el curso del pensamiento (maníacos y algunos delirantes)" (Betta, 1984:162).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

HIPERPROSEXIA

Definición.- Hiperactividad de la atención. En los delirantes, con el deseo de almacenar el mayor número de pruebas que corroboren sus afirmaciones (Betta, 1984:67).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición.- Término utilizado como sinónimo de distraibilidad y de inestabilidad atencional. La atención se halla dirigida superficialmente a los estímulos de cada momento, siendo difícil concentrarla y mantenerla en un objeto.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 183.

HIPERREFLEXIÓN

Definición.- Significa "pensar demasiado". A veces estamos esperando que algo pase, y efectivamente pasa, simplemente porque su ocurrencia está fuertemente ligada a las propias creencias o actitudes; la profecía de la auto-compleción. Frankl menciona a una mujer que pese a haber sufrido de malas experiencias sexuales en su niñez, desarrolló una personalidad fuerte y sana. Cuando tuvo la oportunidad de acercarse al mundo de la psicología, se encontró con que en la literatura se mencionaba que tales experiencias dejaban a la persona con una inhabilidad para disfrutar de las relaciones sexuales; a partir de aquí, la mujer empezó a tener estos problemas!

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Viktor Frankl. Traducción de Gautier Rafael.

HIPERSOMNIA

Definición.- "Sueño excesivo o prolongado, que a veces puede estar asociado a dificultades para despertar".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 399.

Definición.- Aumento en la cantidad de horas de sueño. Puede ser paroxística o prolongada. La primera implica una necesidad súbita de dormir (narcolepsia) que dura 10-15 minutos. En dicho lapso queda abolido el tono muscular y los signos del EEG corresponden al periodo REM. En cambio en la hipersomnia prolongada el sujeto duerme indefinidamente, pero a diferencia del coma, puede ser despertado. Se observa en la encefalitis letárgica, tumores cerebrales e hipermnesias ventilatorias, donde por una apnea por enfisema, por ejemplo, hace que se acumule CO₂ en la sangre.

Castelluccio A, *Clases de Correlaciones de la Clínica Médica*, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

HIPERVIGILANCIA

Definición.- Escudriñamiento continuo del ambiente en busca de determinadas señales o indicios.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 183.

HIPOCONDRIA

Definición.- "Término tradicional para una condición mórbida caracterizada por la simulación de síntomas de una o varias enfermedades. El hipocondríaco, convencido de una grave enfermedad, puede sufrir de forma aguda, no sólo los síntomas de la supuesta enfermedad, sino también ansiedad y depresión. En la clasificación psicológica moderna el término ha sido reemplazado en su mayor parte, por *hipocondriasis*, la preocupación crónica por una enfermedad o síntoma para los que no se ha encontrado ninguna causa orgánica específica. Los síntomas no están bajo control voluntario, ni el paciente sabe posibles beneficios derivados de los síntomas. Los psiquiatras y médicos también reconocen que una hipersensibilidad congénita puede predisponer a la persona a la *hipocondriasis*".

"Hipocondría" Enciclopedia Microsoft® Encarta® en línea 2001

<http://encarta.msn.es> © 1997-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Definición.- Es la preocupación, miedo o creencia de padecer alguna enfermedad grave que surge tras interpretar erróneamente los signos corporales, como bultos, dolor, etc. Algunos autores distinguen una hipocondría primaria y una secundaria. La primera es aquella donde no se encuentra presente otro trastorno psiquiátrico, o bien, si está presente, la condición co-mórbida no está relacionada o es independiente de la hipocondría. En la hipocondría secundaria, en cambio, ella está asociada a otro trastorno psiquiátrico, como un efecto secundario de este último. El hipocondríaco teme padecer una enfermedad a pesar de la información médica tranquilizadora, y su miedo es exagerado, pero no llega a configurar una creencia delirante, es decir, estar absolutamente convencido de padecer una enfermedad y actuar como un enfermo.

Belloch A, Sandín B y Ramos F, "Manual de Psicopatología", Volumen II, Madrid, McGraw-Hill, 1996, capítulo 7.

Hipocondría y trastorno de pánico.- "La hipocondría y el trastorno de pánico están ambos caracterizados por ansiedad frecuente y creencia de enfermedad. Por lo tanto, se ha planteado la pregunta si representan entidades nosológicas distintas. Este estudio examina cómo las características clínicas se pueden utilizar para distinguir ambos trastornos, tomando la posibilidad de sintomatologías mixtas (comorbilidad). Los autores compararon a 46 pacientes con hipocondría, 45 con trastorno de pánico, y 21 con hipocondrias comórbidas más trastorno de pánico. Mientras que los pacientes con pánico tenían más comorbilidad con agorafobia, las hipocondrias se asociaron más de cerca a la somatización. Los pacientes con trastorno de pánico eran menos patológicos que los pacientes hipocondríacos en todos las subescalas del Índice de Whiteley (WI) y de la Escala de Actitud ante la Enfermedad (IAS) con excepción de comportamiento de la enfermedad. Estas diferencias eran independientes de la somatización. Los pacientes con hipocondría más pánico tenían niveles más altos de ansiedad, mayor somatización, una psicopatología más general y una tendencia hacia el aumento de empleo de la atención médica. Los especialistas fueron capaces de distinguir los grupos pacientes basándose en la tendencia de los pacientes hipocondríacos para exigir tratamientos médicos innecesarios. Estos resultados confirman que la hipocondría y el trastorno de pánico son condiciones clínicas distinguibles, caracterizadas generalmente por mayor psicopatología y estrés en la hipocondría".

Hiller W y otros, Distinción entre la hipocondría y el trastorno de pánico. JOURNAL ANXIETY DISORDER. 2004; 19(1):29-49.

Hipocondría, ansiedad y pánico.- El objetivo del presente estudio es explorar el papel mediador de las preocupaciones hipocondríacas para explicar la relación entre la sensibilidad a la ansiedad y la sintomatología de pánico. Un total de 57 pacientes con niveles clínicamente significativos de

sintomatología de pánico fueron seleccionados para participar en el estudio. Se han obtenido medidas de la sensibilidad a la ansiedad, mediante el Anxiety Sensitivity Index (ASI; Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986), la sintomatología de pánico, mediante la subescala Panic-like-symptoms del Panic-Agoraphobic Spectrum Self-Report (PAS-SR; Cassano et al., 1997; Shear et al., 2001), e hipocondrías mediante el Whiteley Index of Hypochondriasis (WI, Pilowsky, 1967) y la subescala Illness-related Phobia del PAS-SR. Se han llevado a cabo análisis de regresión para poner a prueba los modelos mediacionales. Los resultados obtenidos indican que el efecto de la sensibilidad a la ansiedad sobre la sintomatología de pánico no es significativo cuando se controlan las puntuaciones en hipocondrías, si bien ésta última variable predice las puntuaciones en pánico. Dichos resultados se han obtenido sea para las puntuaciones totales en el ASI que para dos de las dimensiones que conforman la escala: preocupaciones relativas a problemas físicos y preocupaciones relativas a problemas mentales. La dimensión del ASI relacionada con preocupaciones de carácter social no se asocia con la sintomatología de pánico. Los resultados sugieren que las preocupaciones hipocondríacas podrían representar el mecanismo a través del cual la sensibilidad a la ansiedad ejerce un efecto sobre los síntomas de pánico.

Carmen Berrocal, Francisca Ruiz Moreno, and Josefina Cano, La sensibilidad a la ansiedad y la sintomatología de pánico: el papel mediador de las preocupaciones hipocondríacas. THE SPANISH JOURNAL OF PSYCHOLOGY. 2007 MAY;10(1).

HIPOMANÍA

Definición.- “Estado caracterizado por una exaltación leve y persistente del ánimo (durante varios días seguidos), un aumento de la vitalidad y de la actividad y, por lo general, sentimientos marcados de bienestar y elevado rendimiento físico y mental. El individuo se vuelve más sociable, hablador, se comporta con una familiaridad excesiva, pudiendo mostrar excesivo vigor sexual y una disminución de la necesidad del sueño, pero sin una intensidad suficiente como para interferir con la actividad laboral o provocar rechazo social. Puede estar inducido por los antidepresivos o bien por ser el preludio de una fase maníaca”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Diagnóstico.- Origen: La definición del DSM-IV de hipomanía del trastorno bipolar-II (TB-II), la cual incluye el cambio de humor elevado/irritable como rasgo central (por ejemplo, “debe estar siempre presente”), no está basada en la evidencia.

Objetivo del Estudio: Seguir las descripciones clásicas de hipomanía, para probar si la hipomanía podría ser diagnosticada sobre la base de su número (9) de síntomas según el DSM-IV, estableciendo síntomas no-prioritarios.

Métodos: Un psiquiatra especialista en trastornos del estado de ánimo entrevistó a 422 pacientes deprimidos remitidos externos utilizando la Entrevista Clínica Estructurada para trastornos del eje I del DSM-IV [una entrevista semi-estructurada modificada por Benazzi y Akiskal (J Affect Disord, 2003; J Clin Psychiatry, 2005) para mejorar el sondeo para TB-II] en práctica privada. Historia de episodios de sub-umbral (por ejemplo, 2 o más síntomas) y umbral (por ejemplo, criterios del DSM-IV para trastorno del estado de ánimo elevado de más o por lo menos 3 síntomas, o estado de ánimo irritable de más o por lo menos 4) de hipomanía, durando por lo menos 2 días, y fueron sistemáticamente evaluados los que fueron los síntomas más comunes durante los episodios.

Resultados: Los pacientes con trastorno bipolar-II (TB-II) (de acuerdo a los criterios del DSM-IV, aparte de la duración de la hipomanía) fueron 260, y pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) fueron 162. El cambio del estado de ánimo estuvo presente en todos los pacientes con TB-II por definición. Los síntomas más comunes fueron la hiperactividad, la cual estuvo presente en casi todos los pacientes con TB-II, seguida por un estado de ánimo elevado y pensamientos competitivos. El análisis ROC del número de síntomas hipomaniacos pronosticadores del TB-II encontró que a partir de un punto límite de 5 o más síntomas sobre 9 los pacientes tuvieron una mejor combinación de sensibilidad (90%) y especificidad (84%), y la más alta figura de TB-II correctamente clasificada (87%). Casi todos los pacientes con TB-II reunieron la historia de episodios de 5 o más síntomas hipomaniacos. Limitaciones: Un único entrevistador.

Conclusiones: Siguiendo las descripciones clásicas de la hipomanía, no estableciendo ninguna prioridad entre los tres dominios básicos de hipomanía (estado de ánimo, pensamiento, conducta), los resultados sugieren que un número límite de 5 síntomas sobre 9 (de aquellos listados por DSM-IV) podrían utilizarse para diagnosticar la hipomanía del TB-II. La evaluación de la hipomanía utilizando una lista de chequeo de síntomas debería hacer más fácil el diagnóstico del TB-II, y debería reducir el alto diagnóstico equivocado actual de TB-II como TDM, impactando significativamente en el tratamiento como depresión.

Franco Benazzi, Los criterios estrictos del DSM-IV para hipomanía: Diagnosticar basándose en el número de síntomas no-prioritarios. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2007 ENE; 22(1).

Hipomanía y trastornos de la personalidad.- Consistente con la hipótesis diagnóstica, de acuerdo a la cual la depresión anímica puede afectar a la personalidad, examinamos el efecto de las perturbaciones

del estado de ánimo unipolar e hipomaniaco sobre las características del trastorno de personalidad del grupo B (i.e., narcisista, histriónico, y límite).

Se utilizaron datos de 113 adultos jóvenes suicidas, y se examinaron las asociaciones cruzado con retardo entre los disturbios del estado anímico unipolar e hipomaniaco y las características del trastorno de personalidad del grupo B, utilizando el modelo de variable de ecuaciones estructurales (SEM). Los síntomas hipomaniacos predijeron un incremento en las características del trastorno de personalidad narcisista e histriónica, sobre el período de tiempo 1-tiempo 2, así como un incremento en las características del trastorno de personalidad narcisista durante el período de tiempo 1-tiempo 3.

Los síntomas depresivos unipolares y las características límite estuvieron recíproca y longitudinalmente asociados, aunque en diferentes periodos. Las características distintas de la muestra restringen la generalización de los resultados. Un uso exclusivo de las medidas de auto-informe pudo haber contribuido a la varianza del método compartido. Los resultados son consistentes con la idea de que los síntomas hipomaniacos incrementan las tendencias del trastorno de personalidad narcisista.

Golan Shahar; Margaret-Ann Scotti; M. David Rudd; Thomas E. Joiner... (et.al) Los síntomas hipomaniacos predicen un incremento en las características del trastorno de personalidad narcisista e histriónico en adultos jóvenes suicidas. DEPRESSION AND ANXIETY. 2008 OCT; 25 (10):892-898.

HIPOMNESIA

Definición.- Disminución de la memoria. Aparece en situaciones de agotamiento físico, trastornos madurativos, oligofrenia, encefalitis o epilepsia, donde habitualmente predominan los trastornos de fijación. También en las neurosis obsesivas, donde la atención está polarizada por la idea fija sin poder dirigirse a otros objetivos.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Definición.- Alteración cuantitativa de la memoria consistente en una "disminución de la capacidad mnemónica por dificultad de fijación y de evocación. Generalmente de origen psicogenético (neuróticos); congénita (insuficiencia). Presente en el comienzo de la debilitación" (Betta, 1984:162).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

HIPOPROSEXIA

Definición.- Disminución de la capacidad atenta. En todos los casos en que hay escaso vigor psíquico: oligofrénicos, dementes y confusos (Betta, 1984:67).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

HISTERIA

Definición.- "Según la psiquiatría tradicional, enfermedad con manifestaciones múltiples en la que se produce una estrechez en el campo de la conciencia y una alteración de la función motriz o sensorial que se caracterizan por fenómenos de conversión o disociativos. El término se deriva del griego *hysteria*, que significa matriz y se remonta hasta Hipócrates, que se refirió a las migraciones uterinas como base del trastorno. A fines del siglo XIX, J. M. Charcot puso de relieve el problema de la histeria como enfermedad, destacando su interés médico. Desde entonces la histeria ha sido objeto de múltiples interpretaciones y explicaciones causales. En la actualidad, las clasificaciones internacionales tienden a atomizar el concepto clásico de histeria subdividiéndola en: a) trastorno de conversión; b) trastornos por somatización múltiple (síndrome de Briquet), incluidos en el grupo de los trastornos somatoformes; y c) trastornos disociativos. Se reconoce como una forma de ser o prototipo especial de personalidad que recibe el nombre de trastorno de personalidad histriónico. Si bien se ha considerado que la histeria es más frecuente en las mujeres, no ha sido probado científicamente, y es probable que se manifieste de forma diferente en los dos sexos".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Etiología.- "a) Hipócrates le atribuyó un origen sexual y de allí su denominación, y Charcot, en el siglo XIX, la consideró una enfermedad mental. b) Si bien es más frecuente en la pubertad y la juventud, puede manifestarse en cualquier momento de la vida ante factores propicios. De mayor frecuencia en la mujer, se observa también en gran número de hombres. c) Personalidad histérica: Afinidad con todo lo infantil; pensamiento tendiente a la fantasía, se aleja de la realidad objetiva. Facilidad para reemplazar mediante la fantasía la realidad que apetece. d) Medio familiar y educación: Es perjudicial el exceso de cuidados, el allanamiento de los obstáculos y el hacerles una vida fácil. e) Factores desencadenantes inmediatos: shocks emocionales, especialmente los sentimentales" (Betta, 1984:534).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Sintomatología.- La característica fundamental es la simulación y la gran sugestibilidad. Son especialmente autosugestionables. Psicoplasticidad histérica: Facilidad para imitar y reproducir síntomas de la patología general.

1º) *Crisis histéricas:* Síntomas ruidosos como reacción ante los choques emocionales. Crisis paroxísticas: para atraer sobre sí todas las atenciones. Obedece a una finalidad preestablecida que busca la satisfacción de íntimos deseos. a) Crisis emotiva: Estado emocional irrefrenable con manifestaciones espasmódicas: convulsiones, bato histérico, llanto, etc. b) Crisis histérica: Ataque de nervios. Desencadenada por el enfermo. Teatralidad; trata de aparentar una crisis epiléptica; cae pero nunca se lesiona. Es sólo una mala imitación de la crisis del gran mal. c) Crisis mixta: Por asociación de las dos formas anteriores: crisis emotiva pasajera y sincera, seguida por la crisis histérica simulada.

2º) *Síntomas neurológicos:* Son múltiples y muy variados; entre los principales: a) Las parálisis: No tienen lesiones orgánicas centrales ni periféricas; no hay modificación de los reflejos ni fenómenos tróficos; no responden a ninguna distribución topográfica. b) Las contracturas: Generalmente en los miembros. c) La corea: Movimientos y contorsiones extravagantes y ridículas. d) Perturbaciones sensitivas: Molestias en diversas zonas de la piel, de distribución caprichosa. e) Trastornos sensoriales: Generalmente referidos a la vista: cegueras y otras perturbaciones de la visión, sin lesión orgánica.

3º) *Síntomas psíquicos:* Entre los más frecuentes: a) La amnesia: Muy frecuente. Es de formas muy caprichosas. Amnesia retardante; los hechos son recordados después de mucho tiempo, cuando ya han pasado las circunstancias desfavorables que la ocasionan. b) El mutismo: De aparición y desaparición brusca; no preocupa al enfermo, lo acepta con complacencia. c) Fugas histéricas: Huida precipitada ante situaciones embarazosas. d) Sonambulismo: Generalmente en niños, durante la pubertad. e) Seudología fantástica: Fabulación y creación de verdaderas novelas" (Betta, 1984: 535).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Tratamiento.- "a) Psicoterapia: profunda, `para obrar sobre la estructura de la personalidad buscando la reeducación y adaptación al medio social. b) Aislamiento y si es necesario internación: obra sobre el enfermo y sobre la familia. c) Convulsoterapia: En caso de delirio histérico oniroide y con gran excitación. d) Medicación sedante: bromuros y preparados de valeriana; hidrato de cloral; como hipnóticos, los barbitúricos" (Betta, 1984:535).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Generalidades.- Lo típico de la histeria son la conversión y los ataques histéricos, que aún pueden verse en las guardias. En tales ataques Freud vio una remedación del coito, tanto desde la posición masculina como femenina, lo que habla de la típica bisexualidad histérica (no confundir con perversión). En sus ataques, la histérica no simula, como antes se creía, sino todo lo contrario: expresa lo que ocurre en la trama vincular con los demás. Ejemplo: el ataque histérico expresa el vínculo sexual, o también, Dora con sus síntomas es la portavoz del embrollo familiar: hace existir a los demás y por ello es la más "social" de las neurosis.

Características de la histeria: 1) Es universal, pues toda cultura la tiene (no así con otras patologías). 2) Desde la época de Freud hasta hoy se redujo mucho el campo de la histeria, pues aparecen cuadros nuevos, como se ve por ejemplo en la escuela inglesa.

Condensado de Grunfeld, Nosologías freudianas. Clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995-1996.

Diagnóstico diferencial de la histeria.- 1) Organicidad: Un tumor frontal puede cambiar el carácter. La histeria también puede confundirse con una esclerosis en placas. 2) Hipocondría: pues la histeria tiene rasgos hipocondríacos. 3) Algunas psicosis: el psicótico habla pero no tiene discurso pues no está marcado por la castración, no es un discurso consensuado, no hace un lazo social. 4) Neurosis obsesiva: La neurosis obsesiva es un "dialecto" de la histeria, dice Freud. Hay semejanzas y diferencias.

Condensado de Grunfeld, Nosologías freudianas. Clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995-1996.

Deseo y goce en la histeria.- La histeria es la neurosis deseante por excelencia, pero hace falta un goce para que haya deseo. En "Más allá...", Freud decía que lo que es placentero para un sistema es displacentero para el otro. El beneficio primario es el goce al que el sujeto no puede sustraerse (Lacan). Ejemplo de goce: fumar. En las patologías, hay goce en la psicosis y en la perversión (cuenta el caso de un perverso que fue al análisis buscando una mujer a quien golpear: no había deseo de analizarse). Sólo el amor permite al goce condescender al deseo: si no, estaríamos siempre en el goce. El amor es la sublimación del deseo (es dar lo que no se tiene).

Condensado de Grunfeld, Nosologías freudianas. Clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995-1996.

Caso Isabel de R.- Descrito en "Estudios sobre la histeria" (1893-1895). Es una mujer con dolores en las piernas, que tuvo que cuidar como una enfermera a su padre y otros familiares moribundos. Se

sospecha una histeria, pues la paciente describe muy imprecisamente sus dolores (un enfermo orgánico no), y además al investigarse el síntoma, la paciente reacciona con más placer que dolor, o sea, las piernas son una zona erógena (en la neurastenia no).

Por tanto, debe buscarse un nexo entre la dolencia y la historia de la paciente. Tenía una relación muy estrecha con su padre, de camaradería. Había sido esperada como varón. Cuida al padre y antes de su muerte empiezan sus dolores en las piernas. Isabel sufre mucho la muerte del padre y el alejamiento de la familia de sus dos hermanas, por casamiento. Debe cuidar a su madre, enferma de los ojos, aunque luego se cura. Isabel empieza a ser la enferma, pues sus dolores recrudecen.

Freud intenta hipnotizarla, no puede, y recurre a la asociación libre ("diga lo que se le ocurra"). Surge así que en una ocasión salió con un joven cuando debía haberse quedado cuidando al padre. Esto planteó un conflicto: ambas representaciones eran inconciliables, y de la representación erótica se quitó el afecto, que fue llevado al cuerpo para elevar el dolor. Este comenzó a aparecer justo en el muslo, que era donde apoyaba la pierna del padre para vendarlo. Hablar sobre todo esto le produjo una mejoría. Isabel de R. también relató que recibió la noticia de su padre enfermo y de su hermana muerta "estando de pie". Al padre estaba ligado el joven con quien salió, y a la hermana, su cuñado por quien sentía amor. El síntoma de estar de pie expresaba su imposibilidad de no poder dar un solo paso en la vida. Así, cada vez que aparecían deseos eróticos se agudizaban los dolores.

Condensado de Grunfeld, Nosologías freudianas. Clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995-1996.

Caso Dora según Lacan.- El caso Dora, no es una psicosis, sino una histeria. El verdadero objeto de amor de ella no es su padre sino la amante de éste, la señora K. El señor K es un intermediario que permite sostener su relación en forma soportable con la señora K. Y no porque el objeto de su amor sea de su mismo sexo, sino porque tiene con su padre relaciones profundamente motivadas, de identificación y rivalidad que impiden que funcione como intermediario.

Cuando la situación se descompensa, Dora afirma que su padre quiere prostituirla y que la entrega al señor K a cambio de mantener sus relaciones ambiguas con la señora K. Pero Dora no es una paranoica: ella experimenta hacia su padre un fenómeno significativo, interpretativo, alucinatorio incluso, pero no llega a producir delirio. No hay psicosis.

Resumen de Lacan J (1978) Seminario 3. Capítulo 7, apartado 1.

HOMBRE GOLPEADOR

Perfil del hombre golpeador.- Los hombres golpeadores presentan en el plano emocional un perfil de baja autoestima, restricción emocional, inhabilidad comunicacional, racionalización de los sentimientos, dependencia e inseguridad (Corsi Jorge y otros, 1995:97-109).

La agresión de los maridos "es una conducta diseñada para humillar a sus esposas y para aumentar la propia autoestima. El abuso es más probable que se dé cuando el hombre se siente amenazado o frustrado en su propia casa, en el trabajo, o con sus compañeros" (Kaplan H. y otros, 1996:812).

Los maridos impacientes e impulsivos "desplazan físicamente hacia sus mujeres la agresividad provocada por otras personas. Entre los factores dinámicos cabe destacar la identificación con el agresor (padre, jefe), la conducta evaluadora (se quedará ella conmigo no importa como la trate?), los deseos de demostrar una masculinidad mal entendida y la deshumanización de la mujer" (Kaplan H. y otros, 1996:812) es decir cuando la mujer es considerada como una propiedad, un objeto.

Desde un punto de vista comportamental, encontramos como perfil del hombre golpeador la doble fachada, las discrepancias entre el comportamiento público y privado, antecedentes de violencia con otras parejas, la resistencia al cambio y el abuso de sustancias (Corsi Jorge y otros, 1995:51).

Nos indica Graciela Ferreira que el Golpeador no siempre tiene el aspecto de matón de película ni actúa como fanfarrón en público, aunque sí lo haga en la casa. "En muchas oportunidades el Golpeador esconde su violencia bajo una máscara de desamparo y de muchachito que necesita protección, lo cual le permite enganchar a alguna 'buena samaritana' que se apena por él y lo consuela por esa tonta esposa que no lo valora. En consecuencia, no es nada raro que las propias amigas o familiares de la esposa terminen por tenerle lástima y lo ayuden a EL, en lugar de a la auténtica víctima" (Ferreira, 1999:188).

Los aspectos cognitivos del perfil de hombre golpeador son, entre otras cosas, el empleo de definiciones rígidas sobre masculinidad y feminidad, la negación, la externalización de la culpa, la adjudicación de la violencia a la mujer y la afirmación de la existencia de violencia cruzada en la pareja (Corsi Jorge y otros, 1995:69).

Desde el punto de vista de la teoría de la atribución causal de Heider y otros, el hombre golpeador atiende a su violencia a una causa externa (por ejemplo "ella es la que me da motivos para golpearla"). El tratamiento del hombre golpeador implicará, entre otras cosas, la posibilidad de que pueda hacer una atribución interna, es decir, adjudicar su conducta a una causa interna para poder responsabilizarse por ella.

En cuanto a los modos particulares de interacción del hombre golpeador, podemos citar el aislamiento, la manipulación, la inhabilidad para resolver conflictos en forma no violenta y los celos y actitudes posesivas (Corsi Jorge y otros, 1995:111).

Justamente, otro de los factores de riesgo de violencia conyugal son las celopatías: "las dudas y sospechas patológicas respecto de la fidelidad del compañero sexual son excusas que tanto hombres como mujeres aducen con frecuencia para explicar su dependencia al alcohol... tales acusaciones de celos pueden venir acompañadas de violencia" (Belloch A y otros, 1995:484).

Precisamente, la resistencia al cambio es uno de los rasgos más fácilmente distinguibles en los golpeadores que acceden al tratamiento, y tiene una diversidad de manifestaciones distintas (Corsi Jorge y otros, 1995:58). Por ejemplo, está la resistencia al cambio de los hombres violentos seductores, que adulan al entrevistador, y la de aquellos que lo enfrentan cuestionándolo.

Belloch A y otros (1995) Manual de Psicopatología, Volumen I. Madrid: McGraw Hill.

Corsi Jorge y otros (1995) Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención, Buenos Aires.

Ferreira Graciela (1999) La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1999, 4ª edición.

Kaplan H. y otros (1996) Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 7ª edición.

Prevención y tratamiento del hombre golpeador.- "La terapia familiar es efectiva en el tratamiento del problema, normalmente en conjunción con organizaciones sociales y de tipo legal. Con hombres relativamente menos impulsivos, los controles externos, como llamar a los vecinos o a la policía, pueden ser suficientes para parar la conducta" (Kaplan H. y otros, 1996:813).

El modelo de grupos para hombres violentos es otra alternativa. Contextualizado en un espacio público - institucional, es el que mejor correspondería a los objetivos de un trabajo terapéutico, a saber:

Controlar y detener la conducta violenta.

Mejorar las habilidades sociales y comunicaciones.

Promover la flexibilización de los roles de género estereotipados.

Disminuir el aislamiento social.

Revisar creencias culturales que contribuyen a legitimar la violencia.

Incrementar la autoestima y la asertividad.

Kaplan H. y otros (1996) Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 7ª edición.

HOSPITALISMO

Definición.- "Conjunto de perturbaciones de la conducta, en forma de comportamiento dependiente, provocadas por una larga estancia en un centro hospitalario. Los niños, privados de su madre, acusan de por vida esta carencia".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

HOSTIGAMIENTO SEXUAL

Generalidades.- El hostigamiento sexual en el empleo, consiste en cualquier tipo de acercamiento de índole sexual no deseado, requerimiento de favores sexuales, así como cualquier otra conducta verbal o física de naturaleza sexual cuando se dan una o más de las siguientes circunstancias:

1- Cuando al someterse a dicha conducta se convierte de forma implícita o explícita en un término o condición del empleo de una persona.

2- Cuando el sometimiento o rechazo a dicha conducta por parte de la persona se convierte en el fundamento para la toma de decisiones en el empleo de una persona.

3- Cuando esa conducta tiene el efecto o propósito de inferir de manera irrazonable con el desempeño del trabajo de esa persona.

4- Cuando crea un ambiente de trabajo intimidante hostil u ofensivo.

Sin embargo cabe señalar que para determinar si la alegada conducta constituye o no hostigamiento sexual en el empleo habrá de considerarse la totalidad de circunstancias en la cuales ocurrieron los hechos. Siempre teniendo presente que cada caso es único y particular.

Fernando I. García de la Noceda Ledee, Puerto Rico.

IDIOPÁTICO

Definición.- Desorden que no proviene ni está sustentado por otro. Cuando la etiología de una enfermedad o desorden no está determinada, pero se conoce su fenomenología funcional, se dice que la situación es idiomática. Así, por ejemplo, la epilepsia idiomática es la forma primaria del tipo convulsivo cuyas causas orgánicas específicas aun no se han establecido.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

IDIOT SAVANT

Definición.- Del francés "sabio idiota". Designa a los niños o adultos que presentan un desempeño excepcional en un área específica (por ej en cálculo, música, dibujo, escultura y arte en general), pero al mismo tiempo presentan un retardo pronunciado.

Lorenzo García R, Acerca de la problemática del talento, en Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Año 5, 2000, pág. 45.

IDIOTEZ

Definición.- Falta absoluta o casi absoluta de inteligencia. El nivel mental definitivo de los idiotas no llega a tres años de edad mental, y por lo tanto sus cocientes intelectuales son inferiores a 0.20. En el *Mental Deficiency Act* de 1913 se definió a los idiotas como "personas tan profundamente deficientes desde el nacimiento, que no podrían protegerse a sí mismas contra los peligros físicos corrientes".

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Tipos.- Las variedades más importantes de la idiotez son: a) Idiotez Cretinoide o Mixedematosa, caracterizada por la apatía o somnolencia del sujeto, enanismo y aspecto mixedematoso de la piel. b) Idiotez Mongoloide, caracterizada por la cara asiática o mongólica, producida por la oblicuidad de los ojos y la presencia de un pliegue semilunar (epicanto) en su comisura interna. Los sujetos suelen tener manos cortas, hipotonía muscular, lengua muy gruesa y piel amarillenta. Rosanoff y Handy atribuyen su génesis a una alteración ovular. c) Idiotez Amaurótica de Tay-Sachs, enfermedad degenerativa de tipo familiar, que sobreviene a los pocos meses de vida, ocasionando la ceguera por atrofia del nervio óptico, alteraciones paralíticas de los miembros, detención y regresión del psiquismo, y marasmo al cabo de dos o tres años. Puede también presentarse en forma tardía, de los seis a los catorce años de edad, dando lugar entonces a una progresiva demencia. Esta forma de idiotez es observada sobre todos en matrimonios consanguíneos, y se transmite con carácter monofactorial recesivo. d) Idiotez epiléptica o Poroencefálica, aparece durante la primera infancia, y se caracteriza por crisis convulsivas comiciales, destrucción progresiva del cerebro y frecuentemente microgiria. e) Idiotez Encefálica, causada por diversos procesos meingoencefálicos infecciosos durante los tres primeros años de vida. Se pierde definitivamente la actividad mental, y aparecen abundantes signos neurológicos, especialmente motores. Sinónimo: Idiotismo (A. F. Fredgold, *Text Book of Mental Deficiency*, 1937).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

IMBECILIDAD

Definición.- 1. Falta de inteligencia, presentando el sujeto un desarrollo mental definitivo que oscila entre los tres y los siete años de edad mental. Las formas clínicas más corrientes son: la Imbecilidad Cretinoide y la Mongoloide, formas atenuadas de las idiocias respectivas, y los tipos microcefálico, hidrocefálico, convulsivo y eunucoide. 1. (*Psicotecnia*) El CI. de los imbéciles oscila entre 25-50 (Terman). Se distinguen tres grados de imbecilidad: ligera, media y profunda.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

IMPULSIVIDAD

Impulsividad en el trastorno bipolar II.- Antecedentes. En el trastorno bipolar II (BP-II), la impulsividad (definida en el DSM-IV-TR como desarrollo de actividades con riesgo excesivo) es uno de los síntomas de la hipomanía, pero no está claro si la impulsividad es también un rasgo del BP-II. Objetivo. Determinar si la impulsividad es también un rasgo del BP-II. Método. Ciento treinta y seis pacientes ambulatorios con BP-II derivados consecutivamente (evaluados por depresión en la presentación por un psiquiatra especializado en trastornos del estado de ánimo con la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV), con autoevaluación del rasgo de impulsividad durante el seguimiento, usando el Cuestionario de Personalidad de la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del eje II del DSM-IV, en una consulta privada. Los rasgos de cambios bruscos del estado de ánimo también fueron autoevaluados, usando el TEMPS-A. La naturaleza del rasgo de impulsividad en el BP-II podría confirmarse si se encontraba (1) una frecuencia relativamente alta, (2) una asociación entre el rasgo de impulsividad y los síntomas de hipomanía pasada, sobre todo impulsividad, (3) una relación dosis- respuesta entre el número de síntomas de hipomanía pasados y el rasgo de impulsividad, y (4) una asociación entre el rasgo de impulsividad y los rasgos de cambios bruscos del estado de ánimo (un rasgo típico del BP-II). Resultados. Se encontró el rasgo de impulsividad en el 41,1% de los pacientes con BP-II. Comparados con los pacientes con BP-II sin impulsividad, entre los pacientes con BP-II con impulsividad había significativamente más hombres, más rasgos de cambios bruscos del estado de ánimo, más síntomas de hipomanía pasados (ánimo irritable, locuacidad, aumento de actividad para conseguir un objetivo) y

actividades con riesgo excesivo (es decir, estado de impulsividad), que correspondió a una sobreactividad de riesgo irritable. El estado de impulsividad pasado y el riesgo de impulsividad se asociaron significativamente. El número de síntomas de hipomanía pasados y el rasgo de impulsividad se correlacionaron significativamente. Se encontró una relación dosis- respuesta entre el número de síntomas de hipomanía pasados y el rasgo de impulsividad. Discusión. Los resultados sugieren que el rasgo de impulsividad puede ser una característica del BP-II. Debería tenerse en cuenta la limitación de la autoevaluación de los rasgos de personalidad. Estos resultados pueden tener un impacto importante sobre el tratamiento, ya que la combinación del rasgo de impulsividad y cambios bruscos del estado de ánimo pueden facilitar las recaídas y los estados mixtos, que los estabilizantes del ánimo podrían prevenir/retardar.

Franco Benazzi. Impulsividad en el trastorno bipolar II: ¿ Rasgo, estado o ambos? EUROPEAN PSYCHIATRY. 2007 OCT;22(7):472-478.

La impulsividad en la manía.- Objetivo: Determinar si determinados aspectos de la impulsividad (respuesta de desinhibición, incapacidad para retrasar la gratificación, inatención) diferencian entre los sujetos sanos y los bipolares, y si estos aspectos de impulsividad estuvieron asociados entre sí y la severidad de los síntomas afectivos.

Métodos: Se comparó el rendimiento de 70 pacientes bipolares o mixtos con la de 34 sujetos sanos en tres tareas específicamente diseñadas para estudiar la respuesta de inhibición, la capacidad para retrasar la gratificación, y la atención, es decir, una tarea de señal de stop, una tarea de recompensa retrasada y una tarea de desempeño continuo, respectivamente. También se desarrollaron correlaciones entre las tareas y con las puntuaciones de síntomas.

Resultados: Los sujetos bipolares mostraron déficits significativos en las tres tareas comparados con los sujetos sanos. El desempeño en las tres tareas fue en gran parte independiente. El rendimiento de la tarea no estuvo asociado de forma significativa con la severidad de los índices del síntoma afectivo. Sin embargo, las medidas de inhibición de respuesta y atención fueron sensibles a los efectos de la medicación. Las diferencias en la tarea de recompensa retrasada fueron independientes de los efectos de la medicación o de los índices de síntoma. Durante la tarea de recompensa retrasada, los pacientes bipolares tomaron sus decisiones más lentamente que los sujetos sanos, pero éstos (pacientes sanos) fueron significativamente más propensos a elegir una recompensa más pequeña pero de una forma más rápida. Por otra parte, el rendimiento en esta tarea no estuvo asociado al desempeño en las otras medidas de impulsividad. Los pacientes bipolares mostraron una respuesta más impulsiva que los pacientes mixtos.

Conclusiones: Los pacientes bipolares muestran déficits en las pruebas de varios aspectos de impulsividad con respecto a los sujetos sanos. Algunas de estas diferencias entre los grupos pueden ser mediadas por efectos de la medicación.

Los resultados sugirieron que la inhabilidad de retrasar la gratificación (es decir, la tarea de recompensa retrasada) no fue simplemente un resultado de la velocidad en la toma de decisión o de la inatención, sino que refleja las diferencias entre los sujetos bipolares y sanos en la valuación de la recompensa en relación con el retraso.

Stephen M Strakowski; David E Fleck; Melissa P DelBello...(et.al). Caracterizando la impulsividad en la manía. BIPOLAR DISORDERS. 2009 FEB;11(1):41-51.

INCIDENCIA

Generalidades.- “El número de nuevos casos que ocurren durante un período específico de tiempo. El período de tiempo más frecuente es el de un año, lo que determina la incidencia anual, que se calcula de la siguiente manera:

$$\text{Incidencia} = \frac{\text{Número de personas con una enfermedad (en el período de un año)}}{\text{Total de número de personas en riesgo (en el período de un año)}}$$

Un estudio de incidencia es más difícil de hacer que un estudio de prevalencia porque se deben excluir de los numeradores de incidencia aquellas personas que ya padecen la enfermedad; no pueden ser considerados como nuevos casos. Puesto que las personas que ya padecen una enfermedad dejan de pertenecer al grupo de población en riesgo, deben ser también excluidos de los denominadores. Un concepto más amplio de incidencia total incluye a personas con un nuevo episodio de la enfermedad, sin tener en cuenta si la había padecido en ocasiones anteriores” (página 204).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

INSANÍA

Definición.- Todo fenómeno mental que hace que el individuo pierda su capacidad de comportarse conforme a las exigencias legales y convencionales de su ambiente social. Este término no debería ser utilizado como sinónimo de *Psicosis*, sino exclusivamente en un sentido médico-legal. Es un término de Cicerón (año 75 a. C.). (Alemán: *Wahnsinn, Irrsinn*, Francés: *Aliénation mentale*; Inglés: *Insanity*.) Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

INSOMNIO

Definición.- "Incapacidad de dormir las horas necesarias para funcionar correctamente durante el día". Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 399.

Definición.- Disminución o abolición del sueño. Puede ser precoz o tardío. El insomnio precoz es cuando la persona no puede dormir al acostarse, y se ve en patologías dolorosas y en la neurosis de angustia. El insomnio tardío es aquel donde el sujeto se despierta hacia las cuatro de la madrugada luego de haber dormido, y no puede volver a dormirse.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Definición.- Disminución involuntaria de la duración del sueño, que puede obedecer a diversas causas, y que determina a su vez trastornos orgánicos de variable importancia. El insomnio es siempre entrecortado por breves momentos de sueño ligero. Los factores causantes del insomnio son todos los que pueden afectar la salud del sujeto y abarcan, por lo tanto, toda la patología. Pero se manifiestan generalmente por intermedio de unos pocos síntomas característicos: en primer término, el dolor, en general, es causa del 60% de los insomnios, siguiéndole en importancia la fiebre, la tos, la disnea y el prurito. Existe luego una serie de otros factores tales como: ataque directo sobre el centro de la vigilia, como en el caso de la sífilis, encefalitis epidémica e infecciosa, etc.; variaciones termometeorológicas, como frío, calor, modificaciones de presión, etc.; estímulos intensos sobre los sentidos, como ruidos o luces fuertes; factores psíquicos, como miedo y preocupación, etc. Naturalmente, la simultaneidad de cualquiera de estos factores con una hiperexcitabilidad nerviosa del sujeto favorece la aparición del insomnio. El insomnio suele presentarse preferentemente antes de la conciliación del sueño, es decir, éste se retarda anormalmente. También puede presentarse en forma de sueño interrumpido repetidamente o, finalmente luego de un período más o menos prolongado. Las consecuencias del insomnio llegan a tener alguna importancia solo cuando es repetido y persistente, produciéndose en tales casos trastornos del sistema nervioso, tales como agotamiento, astenia, cefalea, vértigos, visión poco clara, y algunos trastornos psíquicos: irritabilidad, ansiedad, tristeza. También pueden producirse trastornos orgánicos, tales como alteraciones digestivas y circulatorias.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Etiología.- Como causas pueden mencionarse: apnea central o del sueño (en determinado momento se detiene la respiración y el sujeto se despierta angustiado), el síndrome de las piernas inquietas (al acostarse la persona necesita mover las piernas; hay un malestar que puede durar varios minutos y por ello la persona no se puede dormir), insuficiencia vascular crónica (como en la arteriosclerosis, que produce hipoxia o anoxia, produciéndose el insomnio generalmente a la madrugada), causas psíquicas (neurosis de angustia, depresión, estados maniaco-depresivos. En este último caso no duerme cuando está maniaco, pero sí lo hace en la fase depresiva).

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

Insomnio y depresión.- "De todos los trastornos psiquiátricos asociados al insomnio, la depresión es el más común. Se ha estimado que el 90% de pacientes con depresión se quejan de la calidad del sueño. Desde los primeros informes del estado latente del sueño REM en pacientes depresivos y del efecto de la privación del sueño en la depresión en los años 70, los numerosos estudios del sueño han proporcionado observaciones extensas e hipótesis teóricas referentes a la etiología y a la patofisiología de la depresión. El objetivo de esta revisión es resumir el conocimiento respecto a las relaciones entre el sueño y la depresión. Se realizaron búsquedas en MEDLINE y PsycINFO de las publicaciones en inglés o francés conducidas entre 1964 y 2005 que examinaban las relaciones entre las alteraciones del sueño y la depresión. Los términos de la búsqueda utilizados eran depresión, trastorno depresivo, trastorno afectivo, trastorno del estado del ánimo, trastorno afectivo estacional, sueño, trastornos del sueño, insomnio, REM, polisomnografía, privación del sueño, electroencefalografía, PET, SPECT, y fMRI. Doscientos cinco artículos fueron identificados y seleccionados y después integrados en las siguientes categorías: arquitectura del sueño, terapias antidepresivas, edad y diferencias asociadas al género, resultados de la imagen funcional, e hipótesis relacionadas con el sueño que explican la patofisiología de la depresión. Los numerosos estudios proporcionan resultados que indican la notable relación entre las alteraciones del sueño y la depresión. Aunque las hipótesis existentes no tienen la probabilidad de explicar todos los

aspectos de las alteraciones del sueño en la depresión, cada una se puede mantener para clarificar de modelos patofisiológicos de la depresión mientras que los nuevos datos se acumulan. Son necesarias investigaciones adicionales que consideren la heterogeneidad del trastorno depresivo y que vinculen los diversos campos de investigación para desarrollar modelos teóricos más comprensivos y nuevas terapias para la depresión”.

Tsuno N, Veste A y Ritchie K, Sueño y depresión. J CLIN PSYCHIATRY. 2005 OCT; 66(10):1254-1269.

Psicoterapia vía Internet.- Contexto. El insomnio es un problema de salud importante con consecuencias importantes psicológicas, de salud y económicas. Sin embargo la disponibilidad de uno de los tratamientos más eficaz para el insomnio, la terapia cognitivo conductual, es bastante limitada. La Internet puede ser un principal conducto para proporcionar esta intervención.

Objetivo. Evaluar la eficacia de una intervención estructurada conductual por Internet, para adultos con insomnio.

Diseño, Escenario y Participantes. Cuarenta y cinco adultos fueron asignados aleatoriamente a una intervención por Internet (n=22) o a un grupo control en lista de espera (n=23). En el análisis se incluyeron a cuarenta y cuatro participantes elegibles (edad [SD] promedio, 44.86 [11.03] años; 34 mujeres) que tuvieron un historial de dificultades para dormir durante más de 10 años (años con dificultad promedio [SD], 10.59 [8.89] años).

Intervención. La intervención por Internet se basa en una terapia cognitivo conductual cara a cara, bien establecido; que incorpora los componentes primarios de la restricción del sueño, control de estímulos, higiene del sueño, reestructuración cognitiva y prevención de recaída.

Principales medidas de resultado. Se utilizó el Índice de Severidad del Insomnio y los datos de sueño diarios, para determinar los cambios en la severidad del insomnio y las variables principales del sueño, incluyendo el despertar después del inicio del sueño y la eficiencia del sueño.

Resultados. El análisis de intención de tratar mostró que las puntuaciones en el Índice de Severidad del Insomnio mejoraron significativamente desde 15.73 (intervalo de confianza 95% [CI], 14.07 a 17.39) a 6.59 (CI 95%, 4.73 a 8.45) para el grupo de Internet; pero no cambió para el grupo control (16.27 [CI 95%, 14.61 a 17.94] a 15.50 [CI 95%, 13.64 a 17.36]) (F1, 42=29.64; P<.001). El grupo de Internet mantuvo sus ganancias durante los seis meses de seguimiento. Los participantes por Internet también lograron disminuciones significativas en despertar después del inicio del sueño (55% [CI 95%, 34% a 76%]) y aumentos en la eficiencia del sueño (16% [CI 95%, 9% a 22%]) en comparación con los cambios no significativos del despertar después del inicio del sueño en el grupo control (8% [CI 95%, -17% a 33%]) y eficiencia del sueño (3%; CI 95%, -4% a 9%).

Conclusiones. Los participantes que recibieron la intervención para el insomnio por Internet, mejoraron significativamente su sueño, mientras que el grupo control no presentó ningún cambio significativo. Al parecer Internet tiene un potencial considerable para hacer llegar un programa conductual estructurado para el insomnio.

Lee M. Ritterband; Frances P. Thorndike; Linda A. Gonder-Frederick... (et.al) Eficacia de una intervención conductual basada en Internet para adultos con insomnio. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2009 JUL; 66(7):692-698.

Insomnio en depresión.- La depresión es una seria enfermedad incapacitante que afectará a 1 de cada 7 individuos a lo largo de su vida y que afecta actualmente a 1 de 20 adultos en América del Norte y en la Europa occidental. Es una de las 3 causas principales de incapacidad en los países industrializados. La prevalencia es más alta en mujeres y más baja entre la gente mayor.

Los síntomas del insomnio son comunes en la población general. Alrededor de un tercio de la población adulta manifiesta tener dificultades para alcanzar el sueño o para mantenerlo. Entre el 9 y el 15% de la población manifiesta consecuencias diurnas asociadas con el insomnio y entre el 8 y el 18% de la población está insatisfecha con su sueño. La prevalencia del insomnio generalmente incrementa con la edad y es más elevada en las mujeres que en los hombres.

La relación entre el insomnio y la depresión se ha comentado constantemente: los individuos con insomnio son más propensos a tener trastorno depresivo mayor, y los individuos depresivos manifiestan síntomas de insomnio en casi un 80% de los casos. Los estudios longitudinales han mostrado que la persistencia del insomnio se asocia con la aparición de un nuevo episodio depresivo en el próximo año.

Muy pocos estudios epidemiológicos han descrito que tipo de insomnio caracteriza a los individuos depresivos. Ninguno de ellos ha investigado las anomalías en el ciclo sueño-vigilia para determinar si las alteraciones en el ritmo circadiano podrían estar presentes.

M. M. Ohayon. Epidemiología de los trastornos del ritmo circadiano en la depresión. MEDICOGRAPHIA. 2007; 29(1):10-16.

Insomnio en depresión.- Determinados síntomas nucleares de la depresión mayor muestran ritmicidad circadiana en su expresión clínica o están íntimamente vinculados al funcionamiento del sistema circadiano, como las alteraciones del ciclo sueño-vigilia. Asimismo, en los sujetos depresivos se han detectado alteraciones en los ritmos circadianos de temperatura corporal y varios parámetros endocrinometabólicos en comparación con individuos sanos.

Las anomalías en los ritmos circadianos descritas en los estados depresivos, así como la eficacia y rapidez de acción de tratamientos basados en cronobiología, señalan al sistema circadiano como una importante diana terapéutica en el tratamiento de la depresión.

El objetivo del presente trabajo es revisar los datos clinicobiológicos que vinculan a la depresión mayor con alteraciones de los ritmos circadianos, los mecanismos que pueden conducir a las anomalías de la ritmicidad fisiológica descritas en los estados depresivos y los diferentes abordajes terapéuticos de la depresión que implican al sistema circadiano en su mecanismo de acción.

V. Soria; M. Urretavizcaya. Ritmos circadianos y depresión. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2009 AGO; 37(4):222-232.

INTUICIÓN DELIRANTE

Definición.- Idea delirante primaria, que es fenomenológicamente indistinguible de cualquier idea que nos asalte repentinamente, que 'nos venga a la cabeza'. El contenido de estas ideas delirantes suele ser autorreferencial y, por lo general, de gran importancia para el paciente.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 331.

JET LAG

Definición.- "Alteración del ciclo vigilia-sueño como consecuencia de viajes en avión en los que se atraviesan con rapidez diversas zonas horarias. Entre los síntomas destacan las dificultades en conciliar o mantener el sueño, la somnolencia excesiva o el descenso de la alerta y el rendimiento durante un día. También aparecen síntomas relacionados con la función intestinal, como diarrea, estreñimiento o espasmos. Existen diversos factores que modifican la intensidad de este síndrome. En primer lugar, depende de la dirección en que se viaja (es peor viajar hacia el este, ya que el día biológico debe entonces hacerse más corto) y el número de husos horarios atravesados. Las alteraciones sólo aparecen si se atraviesan un número mínimo de tres husos horarios. Por lo general, los problemas de vigilia-sueño desaparecen a los tres días del vuelo, si bien en algunas circunstancias se precisa la administración de algún hipnótico".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

KORO

Definición.- "Psicosis cultural descrita entre la población autóctona de Malaysia y la zona meridional de China. Se caracteriza por una intensa ansiedad derivada del convencimiento de que se está sufriendo una retracción de los genitales, de forma que van a terminar desapareciendo en el interior del abdomen. Los individuos que padecen esta enfermedad recurren a todo tipo de maniobras y utensilios para tratar de evitar la retracción".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

LOCURA

Definición.- "Término popular con que antiguamente se designaban los trastornos mentales graves. En la actualidad se considera científicamente obsoleto, reservándose para el lenguaje anecdótico, coloquial o con cierto contenido peyorativo".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- Término que se aplica a las diferentes enfermedades que afectan a las facultades mentales. En la locura las anomalías psíquicas pueden serlo por insuficiencia, exageración, depresión, o perversión de las facultades, y aparecen acompañadas generalmente por trastornos de la sensibilidad, de la motricidad, y de las funciones de los órganos vegetativos.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Los trastornos psicóticos y la esquizofrenia son los trastornos que más se identifican con el paradigma de la locura. Son los trastornos mentales que con más frecuencia generan comportamientos anómalos, extraños y bizarros y que a menudo evolucionan de forma crónica hacia la invalidez social y al deterioro de la personalidad. La característica común a todos ellos es la presencia de síntomas psicóticos entendiendo por tales los referidos entre otros a las ideas delirantes y a las alucinaciones que llevan a una pérdida de las fronteras del ego o a una grave alteración del enjuiciamiento o valoración de la realidad.

<http://matap.dmae.upm.es/cienciaficcio/DIVULGACION/12/ESQUIZOFRENIA%20PARANOIDE.html>

Locura circular.- "En 1854 Jules Falret describió una patología a la que llamó *folie circulaire*, en la cual el paciente experimentaba de forma alternativa estados de depresión y estados de manía (pág. 531).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Locura, psicosis y demencia.- La locura designa lo fenoménico (locura histérica, obsesiva, etc), mientras la psicosis designa una estructura. Por su parte demencia remite a un cuadro orgánico. No confundir el estado terminal de la esquizofrenia con demencia, porque allí hay un deterioro cognitivo pero no está acompañado, como en la demencia, por un deterioro general, somático.

Condensado de López Susana y Hemmingsen Isabela, Trastornos de la percepción y el pensamiento. Clases de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Setiembre/Octubre 1995.

LAGUNA TEMPORAL

Definición.- "Ausencia de registro de acontecimientos mientras se está realizando una tarea controlada por el procesamiento automático. El sujeto se queja de un 'espacio en blanco' en la conciencia temporal, es decir, no recuerda los acontecimientos ocurridos durante un periodo de tiempo durante el cual, sin embargo, estuvo realizando una tarea automática".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 183.

LOGOCLONIA

Definición.- "Repetición espasmódica de una sílaba en medio o al final de una palabra".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 373.

LUOPATÍA

Definición.- "Término utilizado para designar el juego patológico, antes de que el DSM-III impusiera este vocablo. Significa "enfermedad asociada al juego".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 588). Ver *Juego patológico*.

MAL DE ALZHEIMER

Definición.- "La enfermedad de Alzheimer es una forma común de demencia en las personas de edad avanzada (60 % de todos los casos de demencia). Según la edad de comienzo se clasifica en enfermedad de Alzheimer de inicio precoz (menor de 65 años) o tardío (mayor de 65 años). Tiene un comienzo insidioso y cursa con un deterioro progresivo. La alteración de la memoria suele ser el síntoma inicial, perturbándose en principio la memoria para los acontecimientos recientes (el individuo afectado se vuelve repetitivo en las conversaciones, se pierde en entornos nuevos para él, etc.) y, más tardíamente, la memoria para los acontecimientos lejanos. Habitualmente, el enfermo parece no preocuparse por estas disfunciones. Aparece también insomnio e irritabilidad; la personalidad se hace más rígida y el sujeto se torna más desinhibido e impulsivo, con un posterior deterioro del cuidado y la higiene personales. La enfermedad progresa con un promedio de siete años de supervivencia y su desenlace se reconoce por el colapso total de las funciones mentales y de la capacidad de funcionamiento básico. La muerte ocurre habitualmente por infecciones intercurrentes. Aunque no se conoce la etiología, de la enfermedad, se le presume un patrón hereditario".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Generalidades.- "La enfermedad de Alzheimer (EA) es la etiología más frecuente de los síntomas demenciales. La sintomatología incluye pérdida progresiva de la memoria, disminución de las actividades cotidianas, compromiso de la judicación, desorientación temporal y espacial, dificultad en el aprendizaje y progresiva pérdida de la comunicación verbal. El curso evolutivo es término medio de 6 a 12 años, siendo más torpido y agresivo en su forma clínica presenil".

"En los estadios iniciales de la enfermedad, el paciente presenta trastornos fundamentalmente en la memoria a corto plazo, desorientación espacial temporal, trastornos en la concentración, dificultad en hallar la palabra adecuada y progresiva fatiga mental. El enfermo comienza a tener problemas en su trabajo y en las tareas cotidianas, notando que ya no es capaz de realizarlas con la rapidez y facilidad a que estaba acostumbrado, lo que le genera síntomas depresivos, ansiedad e irritabilidad. En el estadio intermedio de demencia moderada se evidencia el compromiso de todos los aspectos de la memoria verbal y visual, semántica y episódica. La memoria para hábitos motores o memoria de procedimiento no se halla afectada sino hasta estadios más avanzados. Comienzan a aparecer dispraxia y agnosia asociados a trastornos del lenguaje. Los mismos se caracterizan por pérdida de la espontaneidad expresiva, restricción del vocabulario, fallas anómicas, perseveraciones, parafasias semánticas y fonológicas y jergonafasias (semejando los signos de una afasia transcortical sensorial). Dada la creciente dificultad en la correcta expresión semántica y sintáctica de sus ideas, el paciente reemplaza su lenguaje habitual por frases agramaticales estereotipadas y/o exclamaciones. El juicio, pensamiento abstracto y cálculo matemático se hallan también comprometidos (Figini H. & Mangone CA, 1994). El cuadro

cognitivo se acompaña tardíamente de signos de disfunción extrapiramidal akineto-rígido, trastornos de la marcha y en un 5 a 10% de los pacientes, crisis epilépticas o mioclonías. La apatía con disminución de las respuestas emocionales reemplazan al cuadro depresivo ansioso".

"El paciente tiene dificultades de reconocer a la persona que lo asiste e incluso a su propia imagen en el espejo. Se observa un adelgazamiento progresivo a pesar de un apetito voraz".

"En el estadio Terminal de demencia severa, todas las funciones intelectuales están afectadas. Los trastornos del lenguaje se hacen más severos, aparece palilalia, ecolalia, emisión de sonidos guturales o mutismo. (Figini H. & Mangone CA, 1994). La progresiva espasticidad, los signos de disfunción akineto-rígido, la doble incontinencia esfinteriana y la ausencia de comunicación verbal con el medio, confinan al paciente al aislamiento y total dependencia, encontrando así la muerte desencadenada por lo general por patología infecciosa concomitante (Cumming J. & Benson, B. 1983)".

"Síntomas psiquiátricos como delirio, depresión, alucinaciones y agresividad acompañan a la enfermedad desde su inicio (Mangone CA et al., 1991)".

"Marcadores cognitivos para la detección precoz pueden hallarse en evaluaciones de memoria semántica (fluencia fonológica y semántica, nominación y déficits en mecanismos de priming atención dependiente y lexicales), memoria episódica (intrusiones) y mecanismos de transcodificación semántica (Bozzola F. & Mangone CA, 1992)".

"Los trastornos no cognitivos o conductuales de la EA incluyen delusiones, alucinaciones, trastornos del humor, alteraciones sexuales, cambio en el apetito y en el sueño y desórdenes psicomotores. Las delusiones ('mi casa no es mi casa', 'la gente me está robando cosas', etc.) ocurren en el 50% de los enfermos generalmente en el período medio de la enfermedad, siendo infrecuente en los estadios finales. Las alucinaciones, principalmente visuales, aparecen en un 25-30% de los casos".

"Un síndrome distímico es frecuente (30-50%) que acompañe los estadios iniciales de la EA, pero difícilmente reúne criterios para una depresión mayor. Las alteraciones de la personalidad como apatía e indiferencia y desinhibición están presentes, como también las alteraciones en el sueño, apetito y actividad sexual. Los trastornos psicomotores: hiperactividad motora, desasosiego, vagabundeo (wandering, pacing), agitación, carfología, etc. Ocurren independientes del nivel de deterioro del enfermo, salvo el vagabundeo y la agitación. Se sugiere una hiperactividad noradrenérgica mediando estos síntomas. Los Beta bloqueantes (propanolol 80-560 mgrs.) han demostrado disminuir en algunos pacientes esta sintomatología (Cummings J. & Victoroff, J. 1990)".

"Las manifestaciones clínicas y conductuales de la EA son heterogéneas permitiendo la identificación de varios subgrupos. La mayoría de los casos son esporádicos pero un 10-15% presentan herencia autosómica dominante. La edad es un factor que influye fundamentalmente en la heterogeneidad clínica. La EA de comienzo precoz se asocia a deterioro más rápido, mayor frecuencia de formas familiares y mayor pérdida neuronal en núcleos subcorticales. Se han descrito dignos de liberación frontal, déficits olfatorios, agrafestesia, disfunción cerebelosa, temblor y rigidez, indicando alguno de estos signos clínicos una forma evolutiva más severa como la presencia de signos extrapiramidales, psicosis y mioclonos. El mioclonos multifocal y las convulsiones se observan tardíamente en el 10% de los casos esporádicos mientras son más frecuentes y precoces en las formas familiares. Las manifestaciones no cognitivas como el 'wandering', agitación e incontinencia, son características de la enfermedad y relacionados con el deterioro cognitivo, mientras que las alucinaciones, intranquilidad motora y delusiones, son idiosincrásicos no asociados al deterioro cognitivo y por ende, impredecibles (Civil RH et al. 1993)".

Tamaroff L y Allegri R (1995), Introducción a la neuropsicología clínica. Buenos Aires: Ediciones Libros de la Cuadriga. Páginas 221-222.

Fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer.- "Dado que se desconoce la etiología de la EA, es primordial conocer su fisiopatología para poder programar estrategias terapéuticas. Si bien se desconoce la etiología, cada vez más datos afirman una relación genética de tipo poligénica, ya sea en las formas esporádicas, como en las hereditarias. Por factores adquiridos durante la vida, o hereditarios, se activarían una serie de genes distribuidos a lo largo del genoma humano que generarían la liberación de gerontogenes responsables de la inducción de un mecanismo de envejecimiento cerebral acelerado y muerte neuronal programada (mecanismo conocido como apoptosis) (Cacabelos R. et al. 1994)".

"Desde lo fisiopatológico se hallaron múltiples alteraciones que explican la compleja signosintomatología de la enfermedad".

"1- Existen múltiples alteraciones neuroquímicas. Revisaremos las de mayor trascendencia fisiopatológica. La disfunción colinérgica (atrofia de las células del núcleo basal de Meynert-hipocolinérgica), se relaciona con el síndrome de desconexión cortico-subcortical, exteriorizándose por un severo cuadro hipomnésico. La disregulación de aminas biógenas centrales como la adrenalina, dopamina, noradrenalina y serotonina, se relaciona con el trastorno conductual observado en los pacientes. Las alteraciones glutamatérgicas y neuropeptidérgicas (somatostatina, vasopresina, oxitoxina, neuropeptido Y, galanina, opiáceos, etc.) se relacionan con la desconexión cortico-cortical y el síndrome afaso-apraxo-agnósico (Koo EH, 1993)".

"2- Neuropatológicamente, la angiopatía amiloide, las placas seniles y la degeneración neurofibrilar, son características. Todas estas lesiones presentan en común alteraciones proteicas. La degeneración neurofibrilar (DNF) representa la alteración de proteínas citoestructurales de la neurona (neurotúbulos y neurofilamentos) como las proteínas TAU y las MAP2 (microtubule associated proteins) que se fosforilan anormalmente. La DNF entorpece el flujo axonal (Shankar SK, 1992; Blass, J. P. 1991). La proteína beta amiloide, principal componente del core de las placas seniles y de la angiopatía congofílica, es una proteína de 42 Kd que se produce por clivaje de un precursor conocido como APP (proteína precursora de amiloide) y cuyo gen de síntesis se halla en el brazo largo del cromosoma 21. Existen evidencias que avalan el origen cerebral de esta proteína amiloide. Se discute la posibilidad de que este amiloide sea producto de un camino metabólico alternativo del APP. Regularmente se produce APP pero su metabolismo lleva a un 95% de producción de un amiloide soluble. Existe una vía alternativa que cliva al APP en sectores distintos dando formas insolubles del amiloide que se deposita. Cuál es el mecanismo por el cual se vira a mayor prevalencia de esta vía alternativa en la EA, es punto de discusión. Otros investigadores postulan alteraciones postransduccionales del amiloide, es decir, el amiloide se sintetiza normalmente, pero alteraciones en el medio generarían modificaciones en su estructura y podrían convertirlo en un amiloide insoluble (Shankar S.K., 1992; Blass, J. P. 1991; Koo E. H., 1993)".

"3- Se reportaron alteraciones en el flujo de membrana a nivel de plaquetas y eritrocitos, como así también disfunciones del metabolismo del oxígeno y la glucosa en los fibroplastos y linfocitos de estos enfermos".

"4- El metabolismo del calcio también se halla afectado, actuando esto como gatillo de la cascada enzimática que desestructura las proteínas citogenéticas de la neurona".

"5- Entre otros hallazgos se han descrito: alteraciones nutricionales y neuroinmunológicas; depósito del aluminio que se encuentra en el cerebro de estos enfermos y alteraciones fuera del sistema nervioso central (marcadores periféricos). Como hipótesis podríamos decir que la fisiopatología de la EA es plurifactorial. Factores ambientales, genéticos y etéreos actuarían sinérgicamente generando alteraciones de la homeostasis celular, disregulación de la plasticidad sináptica y daño mitocondrial. Este proceso (sobre todo el daño mitocondrial) es gatillo de la serie de eventos responsables, en parte, del complejo crisol de alteraciones fisiopatológicas descritas".

Tamaroff L y Allegri R (1995), Introducción a la neuropsicología clínica. Buenos Aires: Ediciones Libros de la Cuadriga. Páginas 223.

Mal de Alzheimer y familia.- Nuevas investigaciones sugieren que la composición familiar y el entorno pueden incidir en los riesgos de padecer el mal de Alzheimer. Un estudio publicado en la gaceta especializada *Neurology*, afirma que el medio en el que un paciente ha pasado su infancia puede sentar un precedente para el desarrollo futuro de esta enfermedad.

"Los niños de familias numerosas corren más riesgos, pero también es cierto que muchas veces, las familias numerosas provienen de los niveles socioeconómicos más bajos", señaló la investigadora Victoria Mocerí, de la Universidad de Washington. Un medio que no ofrece todo lo que un niño necesita para desarrollarse de forma saludable puede impedir que el cerebro madure completamente, indicaron los investigadores.

Los expertos analizaron la evolución de 800 personas de más de 60 años. Hallaron que con cada niño que se agrega a una familia, el riesgo de padecer Alzheimer aumenta en un ocho por ciento. Las personas que crecen con cinco o más hermanos tiene un 39 por ciento más riesgo de desarrollar la enfermedad que aquellos que tienen menos de cinco hermanos. Además, quienes crecen en un medio socioeconómico más elevado, con un nivel de vida mejor, tienen menos riesgo de padecer la enfermedad.

"Existen razones biológicas para considerar que las condiciones en las que se da la evolución en la infancia podrían tener una relación con la enfermedad, porque las áreas del cerebro que son las últimas en madurar también son las primeras en deteriorarse cuando aparece el Alzheimer", dijo Mocerí. Sin embargo, la Asociación contra el Alzheimer en Estados Unidos destacó que las conclusiones del nuevo estudio no implican que por el hecho de provenir de una familia numerosa necesariamente se va a padecer de Alzheimer. Añadió que la investigación es simplemente una nueva muestra de que los factores ambientales y genéticos pueden incidir en el desarrollo de la enfermedad. Washington, EEUU (CNN).

Factores familiares y el entorno pueden elevar los riesgos de padecer de Alzheimer. Copyright 2000 Psicología.com

Mal de Alzheimer y estrógenos.- Nueva York, EEUU (DEM).- Los estrógenos, por sí solos y a corto plazo, no parecen proteger ni restaurar la memoria u otras funciones cognitivas en los pacientes con Alzheimer, según un nuevo estudio publicado en la última edición de "Neurology".

Para llegar a estas conclusiones, un grupo de investigadores del hospital general de Taiwan administraron estrógenos a 25 mujeres postmenopáusicas con síntomas leves y moderados de Alzheimer. Al cabo de 12 semanas, los científicos determinaron que las pacientes no puntuaban mejor en las pruebas de atención, concentración, memoria y otras habilidades cognitivas que las 25 pacientes que habían tomado placebo.

Las evaluaciones médicas de las pacientes sobre el progreso de la enfermedad también fallaron a la hora de buscar diferencias entre los dos grupos.

Según se indica en un comentario sobre el trabajo publicado también en "Neurology", esta investigación es la tercera que, sólo en este año, demuestra que los estrógenos no tienen efecto alguno en el tratamiento de mujeres postmenopáusicas con la enfermedad de Alzheimer.

Sin embargo, los autores del estudio indican que los malos resultados no van a hacer que los científicos dejen de investigar otros tipos de tratamiento con estrógenos para la prevención del Alzheimer.

Según los científicos, existen muchas evidencias, obtenidas en investigaciones básicas, que demuestran que los estrógenos combaten los procesos celulares destructivos implicados en esta enfermedad.

Los estrógenos, ineficaces en la prevención del Alzheimer. Copyright 2000 Psicología.com

Mal de Alzheimer y depresión.- Los pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) acuden a consulta a menudo por depresión mayor concurrente (DM). Para investigar las razones para esta comorbilidad, por ejemplo, que la DM sea un factor de riesgo para la EA o que ambos diagnósticos tengan características neurobiológicas comunes, se estudió la relación temporal entre el primer comienzo de la EA y de la DM en la vida del paciente; 57 de 146 pacientes con EA tenían un diagnóstico vital de DM. Se calculó la correlación entre las edades en el comienzo de la DM y la demencia. Se comparó la incidencia de DM en los pacientes con EA en varios intervalos de 5 años anteriores y posteriores al comienzo de la EA con la incidencia media de DM en la presente muestra de EA y con la incidencia esperada de DM en la población general. No se pudo encontrar una correlación significativa entre el comienzo de la EA y de la DM después de controlar la edad, el género y la puntuación del Mini Estado Mental. Sin embargo, la incidencia de DM los 5 años anteriores y posteriores al comienzo de la EA superó significativamente las incidencias esperadas: la DM se relacionó sólo parcialmente con la EA. Sin embargo, el aumento de incidencia de DM en los 5 años anteriores y posteriores al comienzo de la demencia puede indicar que un proceso neurobiológico común causa el declive cognitivo y la depresión en una submuestra de pacientes con EA.

Reinhard Heun; Martin Kockler; Ursula Ptak. Relación temporal entre el comienzo de la depresión y el inicio de la demencia en Alzheimer. Eur. Psychiatry ed. Esp. 2003 Feb; 10(1):20-25.

MALTRATO INFANTIL

Análisis de un caso.- María de la Paz tiene dos meses de vida. Cuando es ingresada al hospital con una serie de lesiones y fracturas óseas no visibles a simple vista; los médicos han primero examinado la posibilidad de alguna enfermedad o de algún desarrollo osteogénico anormal, o de algún accidente, y sólo después de haber descartado esas posibilidades, la investigación quedó orientada hacia la posibilidad de un maltrato por parte de los cuidadores, sus padres. Esto último llevó a la intervención en el caso de profesionales de la psicología y de la ley, quienes entonces recabaron referido a los datos acerca de los padres, del entorno familiar, de las relaciones que tienen con la beba, de la historia de cada uno de ellos. Las lesiones físicas de la niña indican indudablemente un trato inusual hacia ella. Muy probablemente haya sido manipulado su cuerpo en forma brusca, agresiva, etc., lo cual no puede ser adjudicado a falta de información o educación con respecto a como tratar a un bebé.

Si bien los huesos a esa edad no están aún consolidados en cuanto a osificación, la presencia de fracturas sugiere casi con certeza manipulaciones bruscas por parte de sus cuidadores, en este caso sus padres.

La razón entonces debemos buscarla en la conducta desaprensiva de alguno de ellos o de ambos, aún cuando ellos manifiesten en las entrevistas que tratan bien a la niña, salvo algún que otro accidente 'involuntario', como por ejemplo el protagonizado por el padre cuando en cierta ocasión intentó sujetar a su hija.

El análisis del material ofrecido por los padres lleva a concluir, por los tests y los estudios de anamnesis, que hubo maltrato. El padre revela una fuerte agresividad contenida que podría estar canalizando hacia sus seres más queridos. La fuerte dependencia que tiene respecto de su esposa puede generar en él la idea -tiene antecedentes de paranoia- que su esposa ya no lo cuida a él como antes porque ha empezado a atender a la beba, con lo cual canalizaría su agresividad hacia esta 'rival'.

Respecto del diagnóstico familiar y el pronóstico.- Se trata de una familia que, por diversos motivos, ha engendrado una situación en la cual no ha podido canalizar la agresividad de otra manera que no sea hacia la hija. Entre estos motivos, están: a) Personales: la historia del padre, que se vio obligado a vivir sin sus padres desde temprana edad, sobre todo del padre, careciendo de esta manera de un adecuado modelo de identificación y generando en él la idea de que un padre es alguien que se despreocupa de sus hijos. Además están también posibles lesiones orgánicas debidas a traumatismos que podrían inducirlo a un comportamiento agresivo hacia la niña. Además, el padre al haber perdido a su madre a temprana edad, buscó el apoyo de una figura maternal en su actual esposa, lo que nos lleve al segundo factor. b) Conyugales: el padre depende mucho de la madre de la niña, podría decirse que se trata de una dependencia enfermiza, donde quiere acaparar toda la atención sobre él, como cuando era niño. Como señalé, el nacimiento de la beba reactualizó en él un complejo de rivalidad, sintiendo que la niña venía a quitarle a su esposa, que empezaría a cuidarla a ella y no a él. c) Socio-culturales: la familia es de bajos

recursos económicos y bajo nivel cultural. En estas familias suele sentirse la llegada de un nuevo bebé como un acentuador de las dificultades económicas porque hay otra boca que alimentar, y la agresividad es descargada hacia esta criatura 'causante' de los problemas económicos.

Respecto del plan terapéutico.- El primer objetivo debe ser ayudarse a la beba, ya traumatizada por el maltrato recibido, a superar su situación de estrés proveniente de a) el alejamiento de sus padres, y b) su nueva inserción en un ambiente desconocido. Dada la muy corta edad de la niña, la acción terapéutica quedaría en manos de la abuela con su afecto, sus cuidados, etc., y en manos del equipo de psicólogos o asistentes sociales que supervisarían la evolución de la relación entre abuela y nieta. En segundo lugar en importancia, el plan terapéutico estaría centrado en los padres, a través de una psicoterapia de pareja además de individual, porque es en el vínculo que ellos mantienen donde existe una buena parte de la raíz del problema.

Cazau P (1988) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

MANÍA

Definición.- 1. Este término es usado actualmente en conjunción con melancolía desde que ambos estados se consideran como una manifestación del desorden llamado "psicosis maníacodepresiva". Las características principales de la manía se observan en el campo de las ideas, del sentimiento y del movimiento. En cada una de ellas se manifiesta una exageración pronunciada en el sentido de que las ideas son voluminosas, los sentimientos intensamente profundos y hay una señalada superactividad psicomotora. 2. (Psicoanálisis) Desde el punto de vista psicoanalítico, tanto la manía como la melancolía arrancan del mismo complejo, pero mientras que en la melancolía el Yo sucumbe ante el complejo, en la manía lo gobierna o lo rechaza.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "Psicosis caracterizada por una hiperactividad incoercible en todos los campos (exaltación, verbosidad sin continuidad lógica, insomnio, agitación, etc)".

Virel A., Vocabulario de psicoterapias, Barcelona, Gedisa, 1985, pág. 189.

Generalidades.- La manía es una exageración de sensaciones que todos experimentamos de vez en cuando. Es lo opuesto a la depresión, y se caracteriza por la presencia de sensaciones de gran bienestar, energía y optimismo. La pregunta que surge a continuación es si esto es un problema. Bien, realmente puede ser un problema, ya que dichas sensaciones pueden resultar tan intensas que el que las experimenta puede llegar a perder el contacto con la realidad. Si esto le ocurre puede encontrarse pensando cosas extrañas sobre sí mismo, llevando a cabo juicios inadecuados y comportándose de forma embarazosa, perjudicial e incluso en ocasiones peligrosa. Al igual que la depresión, la manía puede hacer difícil o imposible afrontar de una manera efectiva las tareas de la vida diaria. Un episodio de manía, si no es tratado, puede acabar con las relaciones de un paciente y con su trabajo. Cuando el episodio no es muy intenso los médicos suelen llamarlo "hipomanía". En un episodio de manía usted puede sentirse:

Muy feliz y excitado

Irritado con los demás que no comparten su optimismo

Lleno de energía

Incapaz o sin necesidad de dormir

Lleno de ideas nuevas y excitantes

Más importante de lo habitual

Oyendo voces que otras personas no pueden oír

Los demás notarán que usted está:

Saltando rápidamente de una idea a otra

Haciendo planes que son grandiosos e irrealizables

Muy activo y moviéndose rápidamente

Comportándose de una forma muy aparatosa

Hablando muy rápido, tan rápido que en ocasiones puede llegar a ser difícil entender lo que dice

Tomando decisiones extrañas de forma impulsiva que pueden tener consecuencias catastróficas

Gastando dinero de forma temeraria

Desinhibido sexualmente

Cuando un paciente sufre por primera vez un episodio maníaco generalmente no es consciente de que algo va mal. Con frecuencia, son los amigos, la familia o los compañeros de trabajo quienes primero perciben que existe un problema. Desafortunadamente, el paciente suele rechazar este tipo de sugerencias, ya que al experimentar un episodio de manía se sentirá mucho mejor de lo que nunca ha estado con anterioridad. El problema es que esta maravillosa sensación de felicidad le conducirá progresivamente a alejarse de la realidad. Cuando los pacientes se recuperan suelen sentirse muy disgustados por lo llevado a cabo cuando su estado de ánimo estaba exageradamente elevado.

<http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/susalud/susalud.htm>

Dimensiones.- "Se ha establecido recientemente la presencia de al menos cinco dimensiones en la manía. Este estudio extiende los hallazgos anteriores comparando las dimensiones de la manía pura frente a la manía mixta. Se evaluó a 103 pacientes hospitalarios con trastorno bipolar I, maníaco o mixto (DSM-IV), con la SCID-I, la YMRS y la HDRS-21. Se comparó la solución de cinco factores encontrada después de aplicar análisis factorial con rotación varimax entre los pacientes maníacos y los mixtos. Hubo diferencias entre la manía pura y los estados mixtos en los factores 1 (depresión) y 3 (hedonismo). Había una tendencia a presentar valores más altos en el factor 5 (activación) en el grupo maníaco puro. No se hallaron diferencias en los factores 2 (disforia) y 4 (psicosis). Las dimensiones de hedonismo y activación están presentes en menor grado en los estados mixtos. Aunque la diferencia principal entre el trastorno bipolar mixto y puro es la existencia de síntomas depresivos, la dimensión depresiva está presente con fuerza en los pacientes con manía pura. Es necesario buscar los síntomas depresivos centrales en todos los pacientes que sufren de manía y evaluar su evolución en ensayos clínicos".

González-Pinto Ana y otros, Dimensiones de la manía: diferencias entre episodios mixtos y puros. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2004; 19(5):307-310.

Factores de riesgo.- "Investigar si el primer ingreso por manía está asociado con la muerte de un familiar o con los principales acontecimientos vitales estresantes, y analizar si estas relaciones varían con la edad.

Estudio de registro de casos vinculados al Danish Psychiatric Central Research Register, que incluye datos acerca de todos los ingresos en unidades de psiquiatría en Dinamarca desde 1981 hasta 1998, y el Civil Registration System, donde se registran los datos sobre muertes y variables sociodemográficas. Se identificó a todos los pacientes diagnosticados de episodio maníaco/mixto en su primer ingreso en una unidad psiquiátrica, así como a un grupo de control aleatorizado emparejado por edad y sexo consistente en sujetos que nunca habían estado ingresados en una unidad de psiquiatría.

Se identificó a un total de 1.565 pacientes y a 31.300 sujetos control. El suicidio de la madre o de un hermano estaba asociado a un riesgo muy elevado de ingresar por primera vez en una unidad de psiquiatría con un diagnóstico de episodio maníaco/mixto. La muerte de un familiar por otros motivos que no fueran el suicidio no estaba asociada con un aumento en el riesgo de hospitalización por manía. El desempleo reciente, el divorcio reciente y también el matrimonio reciente mostraron unos efectos moderados. No se observó ninguna interacción de los grupos de edad en la asociación entre acontecimientos vitales y el primer ingreso por manía, ni en conjunto ni para hombres o mujeres por separado.

La muerte de un familiar y los principales acontecimientos vitales estresantes se asocian con un aumento en el riesgo de un primer ingreso por trastorno bipolar. La susceptibilidad a los principales acontecimientos vitales de estrés para precipitar la manía no parece cambiar a lo largo de la vida".

Lars Vedel Kessing; Esben Agerbo; Preben Bo Mortensen, Principales acontecimientos vitales estresantes y otros factores de riesgo para un primer ingreso con manía. BIPOLAR DISORDERS. 2004 ABR; 6 (2):122-129.

Manía y consumo de drogas.- La prevalencia del consumo de drogas en España aumenta anualmente. Según la encuesta promovida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas el consumo de alcohol en el último año es del 84'5% de hombres y 68'4% de mujeres, para cocaína 4'1% de hombres y 1'2% de mujeres y de cannabis 16'2% en hombres y 6'3 en mujeres. Presentamos un estudio descriptivo de los ingresos de los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar episodio maníaco y trastorno esquizoafectivo en fase maníaca y la relación con el consumo de tóxicos. Como objetivos de este estudio nos planteamos: - analizar la relación de episodios maniacos y el consumo de tóxicos - analizar el perfil de los pacientes en fase maníaca ingresados en la unidad de Hospitalización Psiquiátrica para ello realizamos una revisión de las historias de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital General Universitario de Elche, desde el año 2000 con los diagnósticos descritos anteriormente. De los datos que obtuvimos observamos que uno de cada cuatro varones ingresados por estas causas había tomado drogas. También es importante resaltar que en la mayoría de los casos no constaba en la historia clínica si existía consumo. Por los datos obtenidos y conociendo que el consumo de drogas puede empeorar la sintomatología de estas personas creemos que es importante recoger en la historia clínica el consumo de tóxicos y bien solicitar una prueba de detección en orina.

Rico Gomis J y otros, Manía y consumo de drogas. INTERPSIQUIS. 2007.

Manía y cannabis.- Origen: El uso de cannabis es común en los pacientes con trastorno bipolar, no obstante, poco se sabe sobre el cannabis como un factor de riesgo para la manía. Con el fin de investigar la asociación entre la exposición al cannabis y el subsiguiente desarrollo de síntomas maníacos mientras se controlan los síntomas psicóticos, se realizó un estudio longitudinal basado en esta población.

Métodos: 4815 individuos entre 18 y 64 años de edad fueron entrevistados utilizando la Composite International Diagnostic Interview en la línea base, al año de seguimiento y a los 3 años de seguimiento, incluyendo la evaluación del uso de sustancia, síntomas maníacos y síntomas psicóticos.

Resultados: El uso del cannabis en la línea base aumentó el riesgo de síntomas maníacos durante el seguimiento (adaptado OR 2.70, 95% CI: 1.54, 4.75), emparejados según edad, sexo, nivel educacional, origen étnico, estado civil soltero, neuroticismo, uso de otras drogas, uso de alcohol, síntomas depresivos y síntomas maníacos en la línea base. La asociación entre el uso de cannabis y la manía fue independiente del predominio y la incidencia de los síntomas psicóticos. No hubo evidencia de causalidad de reversión, ya que los síntomas maníacos en la línea de base no pronosticaron el inicio del uso de cannabis durante el seguimiento (OR=0.35, 95% CI: 0.03, 3.49).

Limitaciones: Como tres años es un período de seguimiento relativamente corto, los efectos a largo plazo del uso de cannabis en los resultados de la manía no pudieron ser detectados.

Conclusión: Los resultados sugieren que el uso del cannabis puede afectar a la expresión en la población de los síntomas maníacos (y el subsiguiente riesgo de desarrollar trastorno bipolar. Estos hallazgos pueden no ser debidos a la aparición de los síntomas psicóticos o los efectos de la automedicación.

Henquet C y otros, El uso del cannabis y la expresión de la manía en la población general. J AFFECT DISORD. 2006 OCT; 95(1).

Manía en el anciano.- El trastorno bipolar se ha clasificado como la sexta causa mundial de carga social y sufrimiento y la quinta de discapacidad en jóvenes. Estudios longitudinales han indicado que la mayor parte de los pacientes pasan casi la mitad de su vida con síntomas activos, principalmente depresivos. La epidemiología de la manía en el anciano no está del todo clara todavía, algunos estudios sugieren que la fase maniaca del trastorno afectivo bipolar no es común en este grupo de edad y otros que los porcentajes son similares o incluso mayores.

Aunque esta disparidad de resultados pueden ser derivados de los distintos criterios diagnósticos empleados, existe también la posibilidad de que un factor oculto esté modificando las cifras, podríamos llamarlo cambio en la forma y la frecuencia de los síntomas maníacos en el anciano posiblemente relacionado con la edad, la coexistencia de trastornos neurológicos o comorbilidad médica.

La manía en el anciano se ha descrito cualitativamente como menos intensa, con más hostilidad, irritabilidad y de características fundamentalmente mixtas. Los estados maníacos y los trastornos bipolares en la edad tardía sólo recientemente han sido objeto de investigación sistemática.

María Álvarez Ariza, Manía en el Anciano. REVISTA GALLEGA DE PSIQUIATRÍA Y NEUROCIENCIAS. 2007.

Toma de decisiones en maníacos.- **Objetivos:** La tendencia a asumir comportamientos de riesgo es una característica principal de los episodios maníacos del trastorno bipolar. El objetivo de este estudio fue determinar si esta característica se puede cuantificar con una medida de laboratorio de toma de decisión [tarea de juego Iowa (IGT)] y determinar los correlativos clínicos del desempeño IGT en la manía.

Métodos: Se valoraron a pacientes con manía aguda (n=45) y voluntarios sanos (n=45) en el IGT. Se valoró la sintomatología afectiva con la escala de valoración de la manía para jóvenes y la escala de valoración de la depresión de Hamilton, y las puntuaciones de los ítems fueron sujetas a un análisis factorial. Se utilizó una regresión multivariada para valorar los predictores clínicos de la toma de decisión dañada en los pacientes maníacos.

Resultados: En el IGT, los pacientes maníacos seleccionaron más tarjetas de las cubiertas de riesgo que los controles sanos, y mostraron poca capacidad de aprendizaje de las pérdidas sufridas. En un análisis multivariado, la capacidad de toma de decisión dañada en los pacientes maníacos estuvo significativamente predicha por un factor de síntoma asociado a la falta de lucidez.

Conclusiones: Los pacientes maníacos muestran claramente defectos en la toma de decisión, los cuales están fuertemente relacionados con su falta de lucidez. El circuito neural que soporta la toma de decisión efectiva, incluyendo la corteza prefrontal ventromedial y la corteza somatosensorial pueden estar implicadas en la fisiopatología de la manía aguda.

Marc Adida; Luke Clark; Pascale Pomietto (et.al), La falta de lucidez puede predecir una toma de decisión dañada en pacientes maníacos. BIPOLAR DISORDERS. 2008 NOV; 10(7):829-837.

Manía y depresión.- **Objetivos:** Aunque la depresión mayor es característico tanto del trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor, existe un desacuerdo en si existen características distintas de depresión que diferencian a estas dos condiciones. El objetivo principal de este estudio fue utilizar métodos basados en la teoría de respuesta para evaluar las diferencias en el endoso de los síntomas de depresión DSM-IV en una muestra epidemiológica de individuos con una historia de manía (por ejemplo, depresión bipolar) versus aquellos sin tal historial (por ejemplo, depresión unipolar).

Métodos: Los datos de la entrevista clínica fueron obtenidos de una submuestra (n= 13.058) de individuos con depresión bipolar o unipolar quienes habían participado en la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas. Utilizando estos datos, se usó un modelo de respuesta de dos parámetros para estimar el funcionamiento diferencial de los síntomas depresivos DSM-IV entre estos dos grupos.

Resultados: Las diferencias en las estimaciones del parámetro de severidad revelaron que la ideación suicida y la alteración psicomotora fueron más probables para ser endosadas en la mayoría de los niveles de severidad de depresión en depresión bipolar versus la depresión unipolar. Las diferencias en las

estimaciones de parámetro de discriminación revelaron que la fatiga fue significativamente menos discriminativa en la depresión bipolar versus la depresión unipolar.

Conclusiones: Comparando el nivel de severidad de síntomas de depresión, los resultados del estudio revelaron que la ideación suicida y la alteración psicomotora están endosados con mayor frecuencia en la depresión bipolar versus la depresión unipolar. Los datos del estudio también sugirieron que la fatiga puede estar endosada con más frecuencia en muestras unipolares en relación a muestras bipolares a niveles moderados (versus bajo o alto) de severidad sintomática de la depresión.

Lauren M Weinstock, David Strong, Lisa A Uebelacker, Ivan W Miller. Funcionamiento diferencial de los síntomas depresivos DSM-IV en individuos con una historia de manía versus aquellos sin tal historial: Un análisis de teoría de respuesta. BIPOLAR DISORDERS. 2009 MAY;11(3):289-297.

MANIERISMO

Definición.- "Exageración, extravagancia o idiosincrasia de la postura y el movimiento expresivo. Engloba una serie de comportamientos psicomotores inusuales, menos persistentes que las estereotipias y más acordes con las características de la personalidad. Entre los manierismos se incluyen manifestaciones tales como las poses peculiares, por ejemplo, mantener un brazo en alto en un gesto sin sentido o caminar de forma muy estudiada, meticulosa o extravagante. Algunos de los manierismos más destacados son la ambivalencia volitiva, los ecosíntomas, la catalepsia y el negativismo".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- Los manierismos son "movimientos parásitos que aumentan la expresividad de los gestos y la mímica".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 606.

MELANCOLÍA

Generalidades.- Podemos considerar la melancolía como la expresión morbosa del sentimiento inadecuado. La melancolía sobreviene en personas predispuestas a ella, sobre todo por la edad, habiendo predilección por el sexo femenino, aunque todo ello no es la causa primera, pues también hay factores externos como la muerte de seres queridos. Un tercio de los enfermos curan completamente. El tratamiento debe hacerse en un lugar adecuado, teniendo en cuenta los intentos suicidas. Se recomiendan baños y medicamentos, por ejemplo el opio para combatir la temerosidad.

Kraepelin E, "Introducción a la clínica psiquiátrica". Lección primera.

Generalidades.- "De acuerdo con Freud y Abraham, el proceso fundamental de la melancolía es la pérdida del objeto amado. La pérdida verdadera de un objeto real, o alguna situación similar que tenga el mismo significado, da por resultado la instalación del objeto dentro del yo. Debido, sin embargo, a un exceso de impulsos canibalísticos en el sujeto, esta introyección se malogra y la consecuencia es la enfermedad".

Klein M (1935) Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos, incluido en Obras Completas Melanie Klein (Volumen I: Amor, culpa y reparación), Buenos Aires, Paidós, 1999, pág. 269.

Melancolía involutiva.- "Emil Kraepelin describió un tipo de depresión que comenzaba tras la menopausia femenina y el la madurez de los hombres, y que él denominó melancolía involutiva" (pág. 531).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Melancolía según Adler.- Melancolía ataca a quienes siempre tuvieron el apoyo de los demás, y entonces ven la vida como una empresa riesgosa y difícil. Su sentimiento de inferioridad los hace auto reprocharse y minusvalorarse. Para elevar su situación recurre a quejas, humor triste, llanto, etc.

Condensado de Adler Alfred (1967) Práctica y teoría de la psicología del individuo. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición. Capítulo 22.

Generalidades.- Hoy en día, esta denominación tiende a desaparecer: la melancolía es aproximadamente lo que para la psiquiatría fue la psicosis maníaco depresiva, y para el DSM-IV es la depresión bipolar.

Para adentrarnos en la melancolía, resultará útil comenzar distinguiendo un duelo normal de un duelo melancólico. Un duelo es, en general, una reacción frente a una pérdida importante, frente a la pérdida de algo valorado por el sujeto: un ser querido que se muere, un ser querido que se va definitivamente a vivir a otro lugar, una pareja que se va con otro, un empleo que se pierde, un hijo que se va del hogar, una etapa de la propia vida que queda atrás, etc.

Tanto en el duelo normal como en el melancólico vamos a encontrar, como consecuencia de estas pérdidas, un estado de ánimo deprimido y una disminución marcada del interés por las cosas del mundo exterior. Sin embargo, podemos señalar tres diferencias entre ambos tipos de duelo:

1) *La naturaleza de lo perdido.*- En el duelo normal, el dolor es proporcional a la pérdida: nadie se va a poner de duelo porque haya perdido una birome. La melancolía, en cambio, puede desencadenarse por una pérdida importante, pero también por una pérdida insignificante. Como luego veremos, la reacción melancólica resulta desproporcionada a la pérdida sufrida porque lo que está en juego no es el objeto en sí sino su carga narcisista. De esto el melancólico no es conciente, desde ya: como dice Freud, el melancólico puede saber qué perdió, pero 'no sabe lo que con él ha perdido'.

2) *La duración.*- En general, se acepta que un duelo normal no se extiende más allá de los dos años. En ese interin, el sujeto va comprendiendo gradualmente que el objeto amado ya no existe más, quedando el yo libre para volver a interesarse por nuevos objetos, es decir, para volver a depositar libido y recatectizar otros objetos. No obstante ello, siempre queda la huella de la pérdida. Como dice Cortés en su canción, "cuando un amigo se va, queda un espacio vacío, que no se puede llenar, con la llegada de otro amigo". Esta huella de lo perdido, si bien existe, no alcanza a impedir que la persona pueda volver a amar e interesarse por un nuevo objeto.

En la melancolía, en cambio, podríamos decir que el duelo no tiene final. Para hallar una explicación a esto y al hecho de que muchas veces la reacción melancólica puede desencadenarse ante pérdidas aparentemente insignificantes, deberemos explorar el síntoma típico del melancólico: el autorreproche.

3) *Los autorreproches.*- En el duelo normal, no es raro encontrar actitudes de reproche hacia el objeto perdido, al que se le reprocha, precisamente, el haberse ido. En los velorios uno puede ver al deudo frente al cajón hablándole al muerto, preguntándole con cierto resentimiento por qué se fue y por qué lo dejó abandonado. Muchos tangos contienen referencias de este tipo con respecto a la ingrata que abandonó al hombre, y donde éste le reprocha su partida. La muy bella y conocida canción "Que nadie sepa mi sufrir" contiene, por ejemplo, una referencia de este tipo. Otras veces no hay reproche sino resignación, como en el tango "Amurado": "Una tarde más tristona que la pena que me aqueja, aprontó su bagayito y amurado me dejó; no le dije una palabra, ni un reproche ni una queja, la dejé que se marchara y pensé... todo acabó!".

En la reacción melancólica nos topamos, en cambio, con algo muy curioso: el melancólico no le hace reproches al objeto perdido sino que se reprocha a sí mismo, es decir, encontramos autorreproches. Los reproches del yo hacia el objeto perdido se convierten aquí en autorreproches, a punto tal que la autoestima baja en picada: "no sirvo para nada", "soy una porquería", etc. Precisamente a Freud le llamó la atención esta falta de pudor del melancólico para exhibir sus miserias, esta suerte de delirio de insignificancia, y emprende un estudio que desembocará en la explicación psicodinámica de la melancolía. El proceso central que configura la melancolía será, según Freud, una identificación del yo con el objeto perdido.

Imaginemos un ejemplo grotesco: una persona pierde un dedo en un accidente, pero no se resigna a perderlo, y entonces se lo guarda embalsamado en el bolsillo y lo lleva de ahí en más siempre consigo. De alguna manera, una parte de él está muerta, pero no se resigna a perderla. Algo similar sucede en la melancolía: el melancólico se no resigna a perder el objeto que constituye una prolongación narcisista de su yo, y entonces intenta recuperarlo identificándose con él. En la base de la melancolía hay un problema narcisista, y no por nada Freud la llamó 'neurosis narcisista' para diferenciarla de las otras neurosis (histeria, fobia, obsesiva), que fueron las 'neurosis de transferencia'.

Sabemos que la identificación narcisista es la forma de sustituir una elección de objeto narcisista (es la heredera de una elección narcisista). Reconstruyendo el proceso desde sus orígenes, podríamos decir entonces que originalmente, el sujeto eligió un objeto a su imagen y semejanza y luego, tras su pérdida, se identifica nuevamente con él, pero esta vez en tanto objeto perdido. De esta manera el yo incorpora lo perdido del objeto, o sea su sombra ("la sombra del objeto cayó sobre el yo"). De alguna forma vuelve al yo algo que siempre le perteneció, por haber sido ese objeto originariamente elegido en forma narcisística, como una suerte de 'prolongación' o extensión del yo.

¿De dónde salen entonces los autorreproches? Si el sujeto no se hubiera identificado con el objeto perdido, este objeto no hubiese formado parte de su yo, seguiría siendo 'externo' a él y entonces sí se podría decir que el yo le dirige reproches a ese objeto por haberse 'marchado'. Pero resulta que, en la melancolía, el objeto perdido está formando parte del yo del sujeto, y por lo tanto los reproches deberá dirigirlos contra una parte de su propio yo, de lo que resultan los autorreproches.

Se ha producido aquí una escisión del yo en una parte 'reprochada' (el objeto perdido) y una parte 'reprochante' (la conciencia moral), si se nos permiten estas expresiones. Es así que el yo parasitado por el objeto perdido es objeto de reproches por parte del superyo: este superyo trata ahora al yo como antes éste trataba al objeto, quedando así transformados los reproches en autorreproches.

En "Duelo y melancolía", en efecto, Freud nos refiere que en la melancolía, y a diferencia de lo que sucede en el duelo normal, la libido libre no fue desplazada sobre un nuevo objeto sino que fue vuelta sobre el yo (hubo una regresión de la libido del yo), mediante el mecanismo de la identificación con el objeto perdido, de lo que resulta que los reproches del yo hacia la persona perdida quedaron convertidos, como quedó dicho, en autorreproches. En el fondo, la pérdida importante ha tenido lugar en el propio yo, y los reproches con los cuales en enfermo se abruma son dirigidos en realidad hacia la persona

originalmente perdida, lo que nos obliga a considerar que el suicidio del melancólico es en realidad un homicidio.

Ese objeto perdido es parte del propio yo, y por tanto amado y valorado narcisísticamente. Pero entonces, ¿por qué el yo lo trata tan mal dirigiéndole reproches? Freud dice que la relación con el objeto perdido es ambivalente: es al mismo tiempo amado y odiado. Para Freud, esta ambivalencia es, junto con la pérdida del objeto y la regresión de la libido del yo, una de las tres premisas básicas de la melancolía.

En la melancolía, por último, encontramos también una alternancia con estados maníacos, donde en lugar de un sentimiento depresivo hay un sentimiento de euforia, totalmente opuesto. Esta fase maníaca debemos entenderla como un intento desesperado del yo por 'huir' de la depresión. Si en la fase melancólica el yo padecía los reproches de un superyo terrible, en la fase maníaca es el yo quien busca imponerse al superyo e incluso a la realidad exterior, llegando a negar la misma pérdida del objeto. La euforia es un estado de exaltación, es una especie de alegría o entusiasmo patológico que resulta de entender que el objeto en realidad nunca se perdió, o bien que volvió indemne en forma mágica.

Freud tuvo vacilaciones en cuanto a ubicar la melancolía como psicosis o como neurosis. Debemos entenderla, no obstante, mas bien como una psicosis, por cuanto, entre otras cosas, hay una regresión a la fase oral (el melancólico hace una regresión hacia una forma primitiva de identificación, la identificación oral, mecanismo que le permite incorporar el objeto perdido), y porque hay una falla importante del juicio de realidad (el enfermo cree que el objeto perdido es parte de sí, de lo que resulta una confusión entre lo que es yo y no-yo).

Cazau P (2004) Vocabulario de Psicopatología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Freud S (1917) Duelo y melancolía. Buenos Aires: Amorrortu, 1996. Obras Completas, Tomo 14.

Temperamento melancólico.- Antecedentes: El tipo de personalidad melancólica (TM) y el concepto de temperamento, ofrece revelaciones prometedoras para la caracterización fenotípica de la vulnerabilidad del espectro del estado anímico. Esta investigación desafía el hiato teórico entre los dos paradigmas psicopatológicos - el fenomenológico y el neo-Kraepeliano - a través de un enfoque empírico.

Método: Se evaluaron las características temperamentales a través la Entrevista de Temperamento Afectivo Semi-Estructurada (TEMPS-I), en una población de, 116 pacientes eutímicos clínicamente estables, no hospitalizados, que sufrieron de un trastorno depresivo mayor según el DSM IV, previamente alistados para un estudio sobre las características del episodio depresivo mayor/unipolar. Subsecuentemente la muestra fue evaluada y dividida en dos, según los criterios para el tipo melancólico (CTM).

Resultados: Los sujetos TM exhibieron diferencias estadísticas significativas en el perfil temperamental con respecto a los no-TMs (NTM). Se confirmó una asociación específica entre TM y el temperamento hipertímico (HT) a través de un análisis de regresión logístico binario, sugiriendo que la distinción fenomenológica TM vs. NTM es soportada por diferentes predisposiciones Kraepelinianas de "estados fundamentales".

Limitación y conclusiones: Aunque se desconoce si los resultados pudiesen generalizarse fuera de la cultura italiana, sin embargo delinean una fuerte agregación entre TM y el temperamento hipertímico, lo que indica que (1) se justifica un modelo cooperativo integrante neo-Kraepeliniano/fenomenológico para explotar la complejidad de la diátesis fenotípica de los trastornos del estado anímico, y (2) el tipo de personalidad hipertímico-melancólico queda sobre los márgenes del espectro bipolar.

La limitación principal de este estudio es que alistó a una muestra de pacientes voluntarios no hospitalizados. Se requiere de un estudio a gran escala en la población en general, para confirmar la hipótesis de un fuerte nexo entre TM y HT y para enfocarse en las causas y los significados de esta asociación.

Giovanni Stanghellini, Andrea Raballo, Explorando los márgenes del espectro bipolar: Características temperamentales del tipo de personalidad melancólico. J AFFECT DISORD. 2007 JUN;100(1).

METAFRENIA

Definición.- Condición mental de un individuo cuya libido se encuentra retraída de la participación emocional en relación con la familia o grupo, con carácter definitivo o transitorio, y se orienta hacia intereses de orden lucrativo, político o estatal.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

METAMORFOPSIA

Definición.- Distorsiones perceptivas consistentes en alteraciones en la percepción del tamaño y/o la forma de los objetos. Modalidades: *dismorfopsias* y *dismegalopsias* (ver estos términos).

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 227.

MICROCEFALIA

Definición.- “El término ‘microcefalia’ es un término puramente descriptivo, que cubre una variedad de trastornos, cuyo principal rasgo clínico es cabeza pequeña y de forma peculiar y retraso mental. La microcefalia puede hallarse en 20 % de los pacientes retrasados mentales institucionalizados. Las causas varían considerablemente e incluyen factores hereditarios, influencias intrauterinas y lesiones en el período posnatal” (pág. 745).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

MIGRAÑA

Definición.- La migraña es una dolencia que se caracteriza por la presentación recurrente de crisis autolimitadas en el tiempo y cuya duración es entre 2 y 72 horas. Se caracterizan por la concurrencia sintomática de dolor de cabeza junto con manifestaciones de disfunción vegetativa, como hipersensibilidad en la percepción de estímulos sensoriales (foto/sono/osmofobia), trastornos digestivos (náuseas y vómitos) y también por manifestaciones de carácter afectivo, como la ansiedad o distimia. En la que se denomina migraña clásica o con aura se suman las manifestaciones propias de una disfunción neurológica focal.

Un aspecto común a casi todas las formas de migraña es la disminución de la frecuencia de las crisis con el paso de los años. Este aspecto tiene un carácter particular en el sexo femenino, ya que en 3 de 4 mujeres prácticamente desaparece la cefalea tras la menopausia.

Clasificación.- Algunos de los tipos de migraña identificados son los siguientes:

a) Migraña sin aura (migraña común): se trata de una cefalea recurrente de localización eminentemente unilateral (70% de los casos), de carácter pulsátil, intensidad moderada o severa, que empeora con el ejercicio y asocia náuseas, vómitos y sonofobia.

b) Migraña con aura (migraña clásica): en este caso las crisis de cefalea se acompañan de síntomas neurológicos corticales o troncoencefálicos que preceden o acompañan a la cefalea, que se instauran gradualmente en 5-20 minutos y que por lo común no duran más de 60 minutos. El intervalo de tiempo entre el aura y la aparición de la cefalea, similar a la de la migraña sin aura, puede no existir, solapándose ambos fenómenos, o estar separados por un periodo de menos de 60 minutos.

c) Migraña con aura típica: los síntomas más habituales del aura migrañosa son alteraciones visuales, que pueden ser alucinaciones visuales simples como destellos luminosos, fenómeno de fortificación, hemianopsias o cuadrantopsias. Otras auras consisten en alteraciones sensoriales o debilidad localizadas en un hemicuerpo e incluso fenómenos disfásicos.

d) Migraña con aura prolongada: es una migraña con aura en la cual los síntomas se prolongan más allá de los 60 minutos establecidos en los criterios diagnósticos, pudiendo llegar hasta los 7 días.

e) Migraña hemipléjica familiar: el aspecto particular de este tipo de migraña es que el aura debe incluir una hemiparesia. Además es imprescindible que haya un familiar de primer grado afectado con los mismos síntomas.

e) Migraña basilar: los síntomas del aura se circunscriben al territorio vascular del sistema de circulación posterior, troncoencefalo y lóbulos occipitales, fundamentalmente, seguidos de una cefalea de localización típicamente occipital. Se trata de un cuadro difícil de diagnosticar, siendo frecuente que los pacientes hayan ido de un lado para otro durante años etiquetándoseles en ocasiones de cuadros somatomorfos. Puede haber complicaciones, como estados de coma, llegando a necesitar ventilación mecánica. También se puede complicar con crisis epilépticas.

f) Aura migrañosa sin cefalea: esta variante de migraña con aura se caracteriza por la ausencia de cefalea. Suele afectar a los ancianos con antecedentes de migraña con o sin aura. No hay que caer en la confusión con aquellos casos de pacientes que toman analgésicos cuando se inicia el aura impidiendo el desarrollo de la cefalea. Es lo que algunos llaman migraña abortada con aura. Es importante diferenciarla con otros cuadros neurológicos focales reversibles. Para diferenciarlos hay que tener en cuenta la instauración progresiva en más de cuatro minutos y la existencia de antecedentes personales y familiares de migraña; aún así hay que ser cautos en el diagnóstico.

g) Migraña oftalmopléjica: este tipo concreto de migraña suele iniciarse en la infancia y consiste en cefaleas unilaterales recurrentes acompañadas de parálisis de los músculos oculares extrínsecos e incluso intrínsecos (esfínter pupilar). La paresia suele persistir una vez finalizada la cefalea durante días o semanas. Después de repetidos ataques pueden quedar secuelas permanentes de paresia ocular extrínseca o intrínseca.

h) Migraña retiniana: la migraña retiniana (u ocular), se puede definir como un trastorno visual monocular, transitorio o permanente que se presenta en el transcurso de una crisis de migraña, en un individuo con evidencia de historia previa de la enfermedad. Las crisis de cefalea se acompañan de pérdida de visión monocular que duran menos de 1 hora.

Comorbilidad.- Desde que la migraña fue descrita, se asoció a trastornos psiquiátricos. Esta asociación tiene repercusiones clínicas y se han sugerido factores predisponentes genéticos, ambientales y psicológicos comunes.

Determinar la prevalencia de los trastornos de ansiedad, trastorno depresivo mayor y trastorno distímico comórbidos a la migraña, en pacientes de la consulta de cefaleas del Hospital Pablo Tobón Uribe (Medellín, Colombia).

Es un estudio analítico transversal. Se evaluó a todos los pacientes con edades entre 18 y 65 años y migraña según criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas que asistieron a la consulta durante el período de un año. Para el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos se usó la escala de ansiedad y depresión hospitalaria, seguida de una entrevista semiestructurada según criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV, tratado revisado.

Se evaluó a 89 pacientes con migraña. La frecuencia de migraña con aura fue del 35,9%, y la de migraña sin aura, del 25,8%. El trastorno depresivo mayor tuvo una prevalencia del 21,3%; el trastorno distímico, del 4,5%; el trastorno de ansiedad generalizada, del 14,6%; la fobia social, del 6,7%; la fobia específica, del 5,6%; el trastorno de angustia, del 5,6%; el trastorno por estrés postraumático, del 4,5%; y el trastorno obsesivo-compulsivo, del 2,2%. Diecisiete personas (19,1%) tenían dos trastornos mentales.

Se encontró una alta prevalencia de los trastornos mentales evaluados en este grupo de pacientes. Este trabajo sugiere la necesidad de evaluar posibles factores de riesgo y etiológicos comunes, así como tratamientos multidisciplinarios para estos estados comórbidos.

G.P. Cardona-Castrillón; R. Isaza; A.P. Zapata-Soto; J.G. Franco; C. González-Berrío; C.P. Tamayo-Díaz. Comorbilidad de trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos de ansiedad con migraña. REVISTA DE NEUROLOGÍA. 2007 SEP; 35(5):272-275.

Etipatogenia.- En los últimos años cada vez más se ha ido averiguando acerca del mecanismo que subyace en la génesis de los ataques o crisis de migraña, pero su etiología sigue aún siendo desconocida. Las teorías fisiopatológicas que tienen más fuerza en la actualidad son la teoría vascular (la migraña se debería a un cambio de calibre de las arterias intra y extracraneales) y la teoría neurógena del sistema trigémino-vascular (estructura clave de la modulación del dolor de cabeza).

Los factores precipitantes de la migraña son múltiples y no necesariamente compartidos por todos los pacientes. Incluyen situaciones tanto de tipo físico como biológico o psicológico.

Una alteración genética, debida a algún defecto biológico en el sistema nervioso central de la persona, que se traduciría como una disfunción en su fisiología, daría lugar a que el migrañoso sea más vulnerable frente a variados agentes, tanto endógenos como exógenos, los cuales actuarían como auténticos elementos que gatillan la presentación de ataques.

Existirían desencadenantes de las crisis de cefalea, como el consumo de ciertos alimentos como el queso (rico en tiamina), chocolate (rico en feniletanina), tomates, cebollas, naranjas y alcohol; otros desencadenantes sería los cambios de presión atmosférica, exposición a luces intensas, etc.

El estrés resulta ser el elemento provocador de crisis reconocido por mayor número de pacientes. El migrañoso muestra una peor tolerancia a las situaciones reconocidas como estresantes.

El estrés incrementa la presencia de crisis, no tan solo en el momento que se produce, sino que manifiesta también su acción como fenómeno anticipado, fruto de la propia ansiedad, del temor a presentar cefalea. Ocurre al programar ciertas actividades, o bien a la espera de determinados eventos, sean de aspecto positivo o negativo para él.

Hay dos formas en que el exceso de estrés puede llegar a ocasionar cefaleas, la primera es por un problema de tensión muscular mantenida durante tiempo continuado. Esta tensión afecta a los músculos del cuello y de la cara, y acaba produciendo los dolores y el otro tipo se producen por cambios bruscos en la presión sanguínea que afectan a los vasos que riegan el cerebro.

La frecuencia en que reconocen el estrés, como uno de los desencadenantes de crisis varía, según distintos autores entre un 60 % y un 80 %.

Existe una clara relación del sueño con la migraña, que además abarca amplios y diversos aspectos. La variación de su ritmo, sea por exceso o por defecto, se reconoce como desencadenante de crisis. También aparece somnolencia, entre los denominados síntomas premonitorios de la migraña. Muchos son los pacientes que presentan al inicio de las crisis, bostezos repetidos e incontenibles. Una alteración del nivel de vigilia que varía desde la somnolencia al coma profundo, se describe entre las manifestaciones sintomáticas del aura basilar. Existe, además, una relación terapéutica, dado que dormir es una de las principales formas de resolución del ataque de migraña.

La mayoría de las personas presentan al despertar una cefalea moderada que suele ceder al iniciar la actividad. En el individuo predispuesto, esta cefalea puede evolucionar al pleno desarrollo de una crisis. Reconocen este hecho, como propio, hasta un 35 % de migrañosos.

Con respecto al alcohol, la tolerancia que muestra el paciente con migraña al consumo de bebidas alcohólicas merece una consideración individualizada. Su acción precipitante de crisis es reconocida por un alto porcentaje de migrañosos (30%-50%).

El ayuno prolongado es contemplado dentro del grupo de precipitantes, que responden a la alteración de los ritmos cronobiológicos, más que en su aspecto dietético en sí, el mecanismo de su capacidad

provocadora de crisis, entra en relación con el potencial de hipoglucemia que genera, la cual sería un elemento activador del sistema simpático adrenal, con la consiguiente liberación de catecolaminas.

Se observa en la infancia, una mayor sensibilidad en cuanto a la presentación de cefalea con la hipoglucemia. Por este motivo este precipitante se registra con mayor porcentaje en el niño (30 %). Incluyendo pacientes de todas las edades, lo reconocen cerca del 15 %. Sin embargo no existe evidencia de correlación entre la migraña y los cambios en el nivel en sangre de glucosa que comporta la diabetes y su tratamiento.

Generalidades.- La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuente en atención primaria e incluso en el área de urgencias, tanto a petición propia como derivado por los médicos, y es la patología más frecuente en la primera visita a la consulta ambulatoria de neurología (22-33 %). Está caracterizada por dolores de intensidad leve a moderada, de distribución bilateral, cualidad opresiva que no aumenta con el esfuerzo físico. La frecuencia oscila entre 15 días por mes o 180 días al año.

La migraña es una dolencia que se caracteriza por la presentación recurrente de crisis de cefalea, cuya duración es entre 2 y 72 horas. Se caracterizan por la concurrencia sintomática de dolor de cabeza junto con manifestaciones de disfunción vegetativa, como hipersensibilidad en la percepción de estímulos sensoriales (foto/sono/osmofobia), trastornos digestivos (náuseas y vómitos) y también por manifestaciones de carácter afectivo, como la ansiedad o distimia.

Los factores precipitantes de la migraña son múltiples y no necesariamente compartidos por todos los pacientes. Incluyen situaciones tanto de tipo físico como biológico o psicológico.

Resulta difícil establecer un factor común de acción. Existirían diferentes desencadenantes de las crisis de cefalea, como el consumo de ciertos alimentos como el queso (rico en tiramina), chocolate (rico en feniletilamina), tomates, cebollas, naranjas y alcohol; otros desencadenantes serían los cambios de presión atmosférica, exposición a luces intensas, etc.

El estrés resulta ser el elemento provocador de crisis reconocido por mayor número de pacientes. No se trata de que el migrañoso esté sometido a una situación vital distinta a los demás, sino que lo que ocurre es que muestra una peor tolerancia a las situaciones reconocidas como estresantes.

El estrés incrementa la presencia de crisis, no tan solo en el momento que se produce, sino que manifiesta también su acción como fenómeno anticipado, fruto de la propia ansiedad, del temor a presentar cefalea. Ocurre al programar ciertas actividades, o bien a la espera de determinados eventos, sean de aspecto positivo o negativo para él.

Hay dos formas en que el exceso de estrés puede llegar a ocasionar cefaleas, la primera es por un problema de tensión muscular mantenida durante tiempo continuado. Esta tensión afecta a los músculos del cuello y de la cara, y acaba produciendo los dolores y el otro tipo se producen por cambios bruscos en la presión sanguínea que afectan a los vasos que riegan el cerebro.

Para el abordaje terapéutico (pensado siempre desde la interdisciplina), deben contemplarse en primer lugar, todas las medidas de régimen de vida que puedan incidir en la presentación de las crisis. Para ello es necesario introducir cambios en la dieta, en el ritmo del sueño, en determinados hábitos de consumo, como el alcohol, la posibilidad de supresión o no de determinadas medicaciones, modificar condiciones físicas ambientales, como estímulos sensitivos intensos, etc.

Dentro del tratamiento farmacológico los fármacos disponibles en el mercado son muchos (analgésicos como aspirina, paracetamol, metamizol magnésico, codeína, y meperidina son los más usados). Dentro del tratamiento no farmacológico se encuentran la acupuntura, hipnosis, terapias cognitivas, la administración de vitamina B12, del magnesio y el biofeedback.

Condensado de Solomon G, Lee C y Solomon C (1998) Manual clínico sobre la migraña. Science Press. 2ª edición.

Comorbilidad.- "La comorbilidad de la migraña y los trastornos mentales es elevada, particularmente en el caso de la ansiedad y la depresión. Se determina la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en mujeres con migraña. Se evaluaron pacientes con migraña mayores de 18 años, sin historia de tratamiento psiquiátrico y no embarazadas. Se cuantificaron los síntomas de ansiedad y de depresión con las escalas de autoinforme de Zung. Se incluyeron 110 mujeres, con una edad promedio de 34,4 años (DE: 9,4), con una escolaridad promedio de 9,1 años (DE: 4,5), el 72,7% casadas y el 46,9% amas de casa. Presentaba migraña con aura el 68,2% y migraña sin aura el 31,8%. El 70,0% de las evaluadas presentaba síntomas de ansiedad, y el 52,7%, síntomas depresivos con importancia clínica. Las puntuaciones en la escala para la ansiedad y para la depresión fueron, en promedio, de 53,9 (DE: 7,9) y 51,0 (DE: 9,5), respectivamente. Se observó una comorbilidad significativa de migraña y síntomas ansiosos y depresivos con importancia clínica. La prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos es elevada en mujeres que sufren migraña, independiente de la edad, el nivel educativo, el estado civil, la ocupación y el tipo de cefalea. Es frecuente la coexistencia de síntomas ansiosos y depresivos en mujeres con migraña".

Jairo Pareja Ángel y Adalberto Campo Arias, Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en mujeres con migraña. REVISTA DE NEUROLOGÍA. 2004 OCT; 39(8):711.

Correlaciones entre alexitimia y severidad del dolor, depresión, y ansiedad entre los pacientes con migraña.- Objetivos: Algunos estudios han encontrado una alexitimia elevada entre los pacientes con dolor crónico, pero las correlaciones entre la alexitimia y la severidad del dolor, la depresión y la ansiedad entre los pacientes con migraña no están claras. Los objetivos del presente estudio era investigar si las personas que sufren de migraña episódica (ME) difieren de estos con migraña crónica (MC) en cuanto a depresión, ansiedad, y las medidas de alexitimia y para investigar la asociación de la alexitimia con los resultados de los inventarios de tests de depresión y ansiedad y características de la enfermedad.

Métodos: Un total de 165 pacientes con ME y 135 pacientes con MC se estudiaron. El Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) se administraron para todos los sujetos. La correlación entre la alexitimia y las variables sociodemográficas, historia familiar de migraña y características de la enfermedad (severidad del dolor, la frecuencia de los episodios, duración de la enfermedad) fueron evaluados.

Resultados: En comparación con los pacientes con ME, los pacientes con MC obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en las medidas de depresión, pero no en alexitimia y ansiedad. Se encontró una correlación positiva entre las puntuaciones de TAS y la edad y educación en ambos grupos de migraña, pero no hubo correlación entre las puntuaciones de TAS y otras variables demográficas. La depresión y la ansiedad se correlacionaron significativamente con la alexitimia en ambos grupos de migraña.

Conclusión: Nuestros resultados indican que los pacientes con MC son considerablemente más depresivos que los pacientes con ME. En este estudio, la depresión y la ansiedad se correlacionaron significativamente con la alexitimia en ambos grupos de la migraña. Nuestros resultados demuestran una asociación positiva entre la depresión, ansiedad y alexitimia en pacientes con migraña.

Irem Yalug; Macit Selekler; Ayten Erdogan... (et.al) Correlaciones entre alexitimia y severidad del dolor, depresión, y ansiedad entre los pacientes con migraña crónica y episódica. PSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCES. 2010 JUN; 64(3):231-238.

MITOMANÍA

Mitomanía y autoestima.- Resumen: "Especialistas en psiquiatría del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) destacan que las mentiras y contradicciones constantes en lo que dice o hace una persona, son signos claros de mitomanía, una enfermedad psicológica que se presenta principalmente entre personas autodevaluadas, con muy bajo nivel de estima o muy pretenciosas. En un comunicado, la institución refiere que este padecimiento psicológico es una "tendencia morbosa para desfigurar la realidad de lo que se sabe o de lo que se dice", ya sea combinándola a lo opuesto, engrandeciéndola o añadiendo elementos inexistentes. El especialista en psiquiatría y psicoterapeuta del Hospital Psiquiátrico No. 10, del IMSS, Sergio Escobedo Návar, explicó que la mitomanía puede ser la expresión de varios padecimientos vinculados con la alteración en la construcción de la personalidad. Con frecuencia el paciente con tendencia paranoide, que tiene un elevado grado de desconfianza y sospecha sobre los demás, desfigura la propia idea que tiene de sí mismo, magnificándola o simplemente, por ejemplo, disfrazando su verdadera raíz cultural, de raza o económica, con falsedades de todo tipo. Resaltó que si bien la mentira puede ser en ocasiones socialmente útil, es un comportamiento frecuente y que en el mitómano se caracteriza por recurrir a ella continuamente sin valorar las consecuencias, con tal de maquillar una realidad que considera inaceptable, urdiendo todo tipo de sistemas, que suelen parecer delirantes.

Las personas con baja autoestima son más vulnerables ante la mitomanía. LA JORNADA. 2007 FEB.

MOBBING

Factores psicosociales de riesgo.- Este trabajo tiene como objetivo analizar el modo en que distintos factores de riesgo psicosocial en el trabajo pueden ser indicativos del mobbing en una muestra de 638 trabajadores, 168 hombres y 470 mujeres del sector hortofrutícola. Se administró un cuestionario anónimo a todos los empleados que estaban presentes en las empresas que componen la muestra el día de la evaluación de riesgos psicosociales.

Después de analizar los datos proporcionados por la escala de mobbing NAQ-RE (Sáez, García- Izquierdo, y Llor, 2003), y por los del método de evaluación de factores de riesgo psicosocial del INSHT (Martín y Pérez, 1997), podemos destacar que mediante un análisis de correlación canónica aparece que ciertos factores psicosociales como definición de rol, carga mental, interés por el trabajador y supervisión / participación, predicen dos de las formas de mobbing: acoso personal y acoso centrado en el rendimiento del trabajo.

Mariano Meseguer de Pedro; M^a Isabel Soler Sánchez; Mariano García-Izquierdo..(et.al), Los factores psicosociales de riesgo en el trabajo como predictores del mobbing. FUENTE: PSICOTHEMA. 2007;19(2):225-230.

Prevalencia.- El objetivo de este artículo es analizar la prevalencia del acoso psicológico en el lugar de trabajo y las distintas características asociadas a dicho fenómeno en una muestra multiocupacional compuesta por 2861 trabajadores pertenecientes a distintos sectores de actividad laboral, empleándose para ello un instrumento específico de medida del acoso laboral, el NAQ-R (Negative Acts Questionnaire - Revised), y un cuestionario sobre aspectos sociodemográficos y sociolaborales elaborado ad hoc. A tenor de los resultados obtenidos en relación a las propiedades psicométricas del NAQ-R, la versión española permite evaluar, con las suficientes garantías psicométricas, diferentes niveles de acoso laboral. Por otra parte, los resultados obtenidos señalan que el 14% de los participantes han sufrido conductas de acoso laboral durante los últimos seis meses. Asimismo, las demás características del acoso laboral halladas han resultado afines a las de distintos estudios desarrollados tanto a nivel nacional como internacional sobre la materia.

David González Trijueque; José Luis Graña Gómez. El acoso psicológico en el lugar de trabajo: Prevalencia y análisis descriptivo en una muestra multiocupacional. PSICOTHEMA. 2009; 21(2):288-293.

MONOMANÍA

Definición.- Término definido por D. H. Truke, como insana parcial. El estado mental mórbido está restringido a un solo tema manteniéndose la normalidad de los demás juicios y sentimientos. Las monomanías más comunes son: cleptomanía, dromomanía, etc.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

MÓRBIDO

Definición.- Que se refiere a un estado anormal o enfermizo. En psicología, el uso de este término está limitado generalmente a tendencias que sugieren o producen alguna enfermedad, y a ideas o tipos de comportamiento que las acompañan; debe distinguirse de *Patológico*, que constituye un término más general.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

MORBILIDAD

Definición.- "En sentido estricto designa la relación entre el número de casos de una enfermedad y el número total de la población de referencia en un momento temporal determinado".

Cervera Enguix S Bennasar M y Bobes García J, (1998) *Fobia social*. Barcelona: Masson, pág. 65.

MUJER MALTRATADA

Mujer golpeada.- Mujer golpeada "es aquella que sufre maltrato intencional, de orden emocional, físico y sexual, ocasionado por el hombre con quien mantiene un vínculo íntimo. El la obliga a realizar acciones que no desea y le impide llevar a cabo lo que sí desea" (Ferreira, 1999:38).

Ferreira Graciela (1999) La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 4ta. Edición.

Perfil de la mujer maltratada.- Refiere Graciela Ferreira (1999:42-45) que la mujer golpeada no conoce su propio síndrome y piensa que el problema es exclusivamente de ella, tendiendo a verse a sí misma con la imagen estereotipada que ofrece la sociedad ridiculizando la mujer maltratada.

Dentro de este estereotipo podemos incluir como rasgos la pasividad, la tolerancia, la desvalorización, la falta de asertividad, la obligación familiar y la creencia de que no se es nadie sin un hombre al lado.

Encerrada en su casa, la mujer maltratada es la única que sabe qué está pasando, caracterizándose su existencia por la impotencia porque se siente sobrepasada por los hechos y no ve la solución, por la vergüenza, pues se juzga severamente a sí misma, y por el enloquecimiento por la impresión de pesadilla que la asedia.

Puede hacerse, finalmente, un resumen de los rasgos sobresalientes del perfil de la mujer maltratada de la siguiente manera:

Fueron niñas golpeadas o abusadas emocionalmente por personas significativas.

Fueron víctimas de incesto, violaciones o abusos sexuales provocados por miembros de la familia o personas muy cercanas.

Han sido testigos de la violencia conyugal por parte de su padre hacia su madre, aprendiendo así un rol pasivo, de sometimiento. Este fue su primer modelo de mujer.

Nunca las dejaron actuar o decidir por sí mismas, por lo tanto se sienten inferiores y dudan de sí.

Pertenecieron a familias donde la violencia era la forma de interacción habitual entre sus miembros.

Se educaron en hogares o colegios religiosos que fomentaban los sentimientos de culpa, la autoexigencia, la resignación, el sacrificio.

No se les reconocieron sus logros.

No les demostraron afecto.

No fueron escuchadas en sus necesidades y opiniones.

Se identificaron con el "rol perdedor" de sus madres.

Asumieron responsabilidades que sobrepasaban su edad.

Sus hermanos varones fueron los privilegiados, y ellas estuvieron relegadas a un segundo lugar.

Son emocionalmente dependientes, les enseñaron que las mujeres son débiles y que de ellas depende el éxito o el fracaso matrimonial.

Se casaron con el primero que se lo propuso, para salir de la asfixia de su hogar.

De acuerdo a la Lic. Alvarez, la mujer golpeada tiene un perfil definido, en tanto sufre de la "patología del desvalimiento, que implica carencia representacional, abulia, retracción, dependencia esencial en relación a alguien configurado como un déspota loco" (Alvarez y Lanza, 1996:2).

Alvarez L y Lanza G, ¿Por qué se queda? ¿Por qué se va? Consideraciones metapsicológicas sobre un caso de violencia conyugal. Buenos Aires: Revista Actualidad Psicológica, Junio 1996.

Ferreira Graciela (1999) La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1999, 4º edición.

Mujer maltratada y masoquismo.- En un sentido estricto, se denominó masoquismo a aquella perversión sexual donde se obtiene satisfacción mediante la humillación y el dolor. Este concepto fue generalizado luego a toda situación donde alguien parece buscar el rol de víctima, aunque no haya una circunstancia sexual de por medio (Ferreira, 1999:106).

A pesar de haberse adjudicado esta condición a los dos sexos, quedó prácticamente consagrado en relación a la mujer: las mujeres serían por esto esencialmente masoquistas.

En el caso concreto de las mujeres golpeadas, se pensó efectivamente que podía explicarse el fenómeno de la permanencia de la maltratada con el hombre violento a partir del hecho de que debían obtener algún tipo de satisfacción al ser castigadas. Precisamente, uno de los mitos sociales e incluso profesionales en torno a esta cuestión se revela en el dicho "las mujeres golpeadas son masoquistas", o "a las mujeres les gusta que les peguen" (Ferreira, 1999:109).

Freud consideraba como fruto de la imaginación de sus pacientes femeninas los presuntos recuerdos de abuso sexual e incesto que estas le relataban. A partir de aquí "Freud desarrolla la teoría de que las niñas desean inconcientemente llevar a cabo experiencias sexuales con sus padres y de adultas satisfacen esa necesidad a través de la creación de fantasías. Al entender los informes de incesto como el resultado de la inmadurez femenina, Freud inició la creación de la imagen de la mujer masoquista". (Kirkwood, 1999:23). Según Pleck, fue esta imagen la que resurgió en los años 60 en los debates sobre la mujer golpeada.

Desde un planteo más cognitivista, ciertos resultados de estudios sobre mujeres golpeadas sugieren que la teoría freudiana tiene poco sustento. Kirkwood refiere algunas investigaciones llevadas a cabo por Beck y otros (Kirkwood, 1999:25) en la década del 80, según las cuales, luego de haberse comparado a mujeres golpeadas con mujeres no golpeadas, se constató que las primeras no tenían personalidades más autodestructivas, o masoquistas, que las que no habían sufrido violencia, demostrando con ello la poca probabilidad que el masoquismo sea una característica específica de las mujeres golpeadas.

Quisiera concluir el tema del masoquismo con una observación pertinente de Graciela Ferreira: "Resulta muy sencillo en verdad pensar que una mujer disfruta del maltrato. Más complicado es aceptar su derecho a ocupar un lugar de igualdad en la sociedad y a compartir el poder" (Ferreira, 1999:112).

Ferreira Graciela (1999) La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1999, 4º edición.

Kirkwood Catherine (1999) Como separarse de su pareja abusadora. Desde las heridas de la supervivencia a la sabiduría para el cambio. Barcelona: Granica.

Porqué la mujer maltratada se queda en el hogar.- Estas son preguntas que "se repiten una y mil veces en cada uno de los estamentos institucionales (clínico, policial, judicial) en los que se escuchan los testimonios de una mujer acerca de escenas conyugales violentas por las que ha atravesado una y otra vez" (Alvarez y Lanza, 1996:2).

Según Alvarez y Lanza (1996), tres categorías psicopatológicas nos permiten respaldar desde la teoría estos comportamientos aparentemente incomprensibles en la mujer: a) la cuestión del masoquismo, b) la dependencia amorosa, y c) los estereotipos y mitos circulantes en el imaginario social sobre los roles del hombre y la mujer.

a) La cuestión del masoquismo: Las mujeres se quedan en vez de irse debido, siguiendo a Freud, a que en estos casos "se mantiene una intensa fijación libidinal al padre (...) fijación que experimenta una regresión al estadio sádico anal. Esta regresión permite que el deseo amoroso genital aparezca configurado como golpe, como violencia, humillación, maltrato, etc", lo cual es reforzado por un sentimiento de culpa que requiere una necesidad de castigo.

b) La dependencia amorosa: Según la perspectiva de Lemoine - Luccioni, "con tal de ser amada, la mujer lo soporta todo, aún el ser golpeada" (Alvarez y Lanza, 1996:2).

c) Los estereotipos culturales: En el contexto de la cultura patriarcal, "podría pensarse a la mujer como dócil, pasiva, dependiente, maternante, vulnerable; y al hombre como activo, dominador, agresivo; modelos que siendo aprendidos determinan las vicisitudes de las relaciones intersubjetivas en el seno de una pareja" (Alvarez y Lanza, 1996:2).

Alvarez L y Lanza G, ¿Por qué se queda? ¿Por qué se va? Consideraciones metapsicológicas sobre un caso de violencia conyugal. Buenos Aires: Revista Actualidad Psicológica, Junio 1996.

MUTISMO

Definición.- "Ausencia permanente del lenguaje expresivo o desaparición temporal o permanente de éste en un sujeto que lo ha adquirido previamente. Puede relacionarse con causas psicológicas y emocionales, funcionales, estructurales o mixtas. Se encuentran casos de mutismo permanente en cuadros de autismo infantil, psicosis regresivas y deficiencia mental profunda".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 373.

Mutismo selectivo.- "Cuadro clínico que se caracteriza porque el sujeto se niega a hablar ante determinadas personas o situaciones. Aparece entre los tres y los siete años, coincidiendo a veces con la iniciación del niño en la vida escolar. Suele manifestarse sin asociación de otras alteraciones, a no ser la de negarse a ingerir alimentos. Para algunos autores es un trastorno de ansiedad de tipo obsesivo-compulsivo; para otros es un trastorno psicótico o prepsicótico. Se denomina también mutismo electivo o mutismo parcial".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 373.

NARCOLEPSIA

Definición.- "Trastorno neurológico que provoca una somnolencia irresistible".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 399.

Definición.- Trastorno del sueño que se caracteriza por cabeceos durante el día y la pérdida repentina del tono muscular luego de una excitación emocional (Morris, 1985:134).

Morris C (1985) Psicología. México: Prentice-Hall.

Definición.- Fenómeno patológico, que puede sobrevivir en cualquier momento de la vigilia, cuyo cuadro sintomatológico está constituido por dos factores principales: el sueño paroxístico, que se distingue del normal en que sobreviene súbita e inevitablemente, y la cataplejía, o sea el brusco descenso del tono muscular, de origen emotivo, y que produce la caída del sujeto, aunque sin pérdida de conocimiento. En ciertos casos, también se producen alucinaciones hipnagógicas, ensueños abundantes, sonambulismo, hipnolalia, etc. Se llama también enfermedad de Friedman y se discute su relación con la epilepsia. Kraepelin la clasifica como un desorden histérico caracterizado por cortos períodos de sueño.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "Síndrome de origen desconocido en el que son típicos cuatro síntomas, conocidos como tétrada narcoléptica: a) excesiva somnolencia diurna: aparece con episodios de sueño incoercible de relativa breve duración. Es el síntoma más frecuente. b) cataplejía: súbita pérdida del tono muscular que impide al paciente moverse normalmente o, se está de pie, provoca su caída al suelo. Los episodios catapléjicos aparecen reactivamente a estímulos emocionales intensos (risa, cólera) o ante movimientos bruscos, y suelen durar pocos segundos (máximo dos minutos), manteniéndose un nivel de conciencia normal durante los mismos. Es el segundo síntoma más frecuente; c) parálisis del sueño: consiste en la imposibilidad de movimiento durante el adormecimiento o el despertar, de duración no mayor de pocos minutos, y que puede cesar ante estímulos externos; cuando se asocia a percepción alucinatoria constituye una experiencia intensamente ansiógena. Se da en el 10 al 50 % de los casos de narcolepsia. También puede aparecer de forma aislada en sujetos sanos, sin ningún tipo de significación patológica; y d) alucinaciones hipnagógicas: son seudopercepciones, generalmente auditivas o somatosensoriales, más rara vez visuales, que aparecen en el momento del adormecimiento o del despertar. Se asocian con frecuencia a la parálisis del sueño y se presentan en el 15 al 50 % de los casos de narcolepsia. La enfermedad suele iniciarse antes de los 30 años y es muy poco frecuente. En el registro polisomnográfico del sueño nocturno es característico una entrada de REM casi inmediata tras empezar a dormir. Su curso es crónico y el tratamiento es sintomático, con fármacos anfetamínicos para mejorar la somnolencia, y con antidepresivos tricíclicos (clorimipramina) en casos de cataplejía y parálisis del sueño".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

NECROFAGIA

Definición.- 1. Rito caníbal: comer el cuerpo de los muertos o algunos órganos (corazón, pene). Se basa en la creencia que el que come incorpora las cualidades del muerto (corazón – valentía; pene – potencia sexual, etc.) 2. Esta aclaración es muy posterior; en tiempos ancestrales se trataba de matar a *Dema* e incorporarlo a su cuerpo, identificándose con él.
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

NECROFILIA

Definición.- Deseo de poseer el cadáver de una mujer con el propósito de mantener relaciones sexuales con el mismo. Krafft Ebing, Hirschfeld y otros han descrito muchos casos clínicos de esta perversión.
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

NEGATIVISMO

Definición.- "Actitud de oposición ante cualquier movimiento que se ordena al individuo".
Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 606.

Definición.- 1. La tendencia de ciertos individuos a resistir todas las sugerencias y órdenes, particularmente frecuente entre los niños de edad preescolar, sobre todo entre los 2 ½ a 3 años de edad, pero que en menos grado puede persistir durante toda la adolescencia y aun la adultez. Se trata de una modalidad de conducta que puede darse tanto en el tipo agresivo como en el huraño, y entre personas de todos los grados de inteligencia. En los niños de corta edad, el negativismo puede tener como origen el deseo de ser atendido, el ansia de afirmar su independencia o bien la tentativa de imitar a los adultos, que tantas veces dicen "no". Es así como frecuentemente expresan la creciente conciencia de su propia personalidad. En los niños de más edad y en los adultos, el negativismo puede ser una expresión de agresividad. 2. En su forma absoluta, el negativismo es un síntoma de esquizofrenia.
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

NEURASTENIA

Definición.- "Término empleado por G. Beard en 1879 para definir un estado caracterizado por la fatigabilidad fácil, abatimiento, insomnio y disminución general del tono corporal y mental. En la actualidad apenas se usa por ser extremadamente difuso".
Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Concepto y sintomatología.- "Neurosis aislada por Beard en 1880 como un trastorno consecuencia del agotamiento nervioso, por intenso trabajo intelectual. Comprende un periodo de comienzo y un periodo de estado. 1) Período de comienzo: Agotamiento físico y psíquico, cefaleas occipitales y frontales, raquialgias, adelgazamiento, hipobulia. Midriasis y anisocoria, molestias en la visión, moscas volantes. Falta de concentración psíquica. Hipotensión, vértigos, insomnios, nerviosismo, irritabilidad, malhumor. 2) Período de estado: Característica fundamental: gran "astenia" física y psíquica, dominando una a otra de acuerdo con la ocupación material o intelectual. En el aspecto físico: aun las tareas insignificantes resultan penosas; aislamiento en la soledad y en el silencio; abandono del trabajo. En el aspecto psíquico: fatiga mental e incapacidad para elaboraciones intelectuales; amnesia e imposibilidad de coordinar las ideas; abulia, malhumor e impotencia. La "cefalea", síntoma constante (frontal y temporal). Las "raquialgias" lumbares y sacrocoxígeas. El "insomnio" por la intensa preocupación. Estreñimiento, anorexia, dispepsias. Poluciones nocturnas, frigidez sexual, impotencia" (Betta, 1984:533).
Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Clasificación.- 1) *Neurastenia adquirida*: no requiere una constitución previa. En adultos, alrededor de los 40 años, que desarrollan intensa actividad y tienen serios problemas de todo orden. Gran fatiga y disminución de la capacidad corriente de trabajo. Hipobulia. Insomnio, cefaleas y todo el cortejo sintomático. 2) *Neurastenia constitucional*: resulta del desarrollo de una constitución de gran fragilidad en la organización de su sistema nervioso, de fácil fatigabilidad y agotamiento. Pesimistas, hipobúlicos, caen vencidos sin luchar. Causas desencadenantes: a) De orden moral: fracasos en empleos, exámenes, sentimientos, etc. b) De orden psíquico: surmenage, perturbaciones sexuales, cansancio, enfermedades diversas" (Betta, 1984:534).
Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Diagnóstico diferencial.- "1º) Esquizofrenia: Difícil de establecer al comienzo. El neurasténico nunca es desahogado, aun cuando por disgusto puede crear conflictos con sus allegados. 2º) Psicastenia: En la neurastenia no hay obsesiones, fobias, ceremoniales, angustia ni ansiedad. 3º) Melancolía con involución: Los melancólicos son tristes más que malhumorados y no culpan a nadie de su desplacer como los neurasténicos" (Betta, 1984:534).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Tratamiento.- "1º) Psicoterapia: Tratamiento básico para toda neurosis. Persuasión y sugestión para obtener la comprensión del enfermo respecto a su estado actual. 2º) Combatir la astenia: Reposo y aislamiento. Campo o montaña; régimen de vida reglamentado por el médico, que no le permita tiempo para volver a sus cavilaciones. 3º) Tratar todas las causas orgánicas que puedan agravar a afección: Anemia, arterosclerosis, climaterio, etc. Reconstituyentes: hígado, calcio, vitaminas, arsénico, hierro, fósforo, etc. 4º) Combatir la astenia: Medicación fosforada, estricnina, sulfato de benedrina. 5º) Combatir el insomnio: Barbitúricos" (Betta, 1984:534).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

NEUROSIS

Definición.- 1. La denominación de neurosis fue dada por Cullen (1776), médico escocés. Define por neurosis "toda enfermedad del sistema nervioso en la que no se ha encontrado ninguna patología orgánica", considerándola Babinsky como "una enfermedad que no es tal". Esta definición de neurosis es negativa, reduciéndola a una enfermedad del sistema nervioso, a "ser nervioso", como se dice vulgarmente. El concepto general hoy día es que la neurosis es un trastorno *psicogenético*. A este concepto se le contraponen los biólogos, dando la siguiente definición: "Las neurosis son siempre trastornos de la vida instintiva y efectiva primaria, sin ninguna patología orgánica *establecida*". La denominación de estos trastornos de la vida instintiva es *hormopatía*. (Brun).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "Una neurosis es un trastorno no psicótico crónico o recurrente caracterizado principalmente por ansiedad, que se experimenta o se expresa directamente o está alterada por los mecanismos de defensa; aparece como un síntoma, como una obsesión, compulsión, fobia o disfunción sexual. Aunque no se emplea en el DSM-IV, el término neurosis aun se encuentra en la literatura y en la CIE-10. En la tercera edición del DSM (DSM-III) se definía un trastorno neurótico del siguiente modo:

Un trastorno mental en el que la alteración predominante es un síntoma o un grupo de síntomas que es estresante para el individuo y que es reconocido por éste como inaceptable y extraño (ego distónico); la conciencia de la realidad está básicamente inalterada. El comportamiento no incumple ninguna de las reglas fundamentales básicas (aunque puede resultar muy incapacitante). La alteración es relativamente permanente o recurrente sin tratamiento, y no está limitada a una reacción transitoria a factores estresantes. No existe un factor o etiología orgánica demostrable.

En el DSM-IV no existe una clase diagnóstica global llamada "neurosis"; sin embargo, muchos clínicos consideran neurosis las siguientes categorías diagnósticas: trastorno de ansiedad, trastornos somatoformes, trastornos disociativos, trastornos sexuales y el trastorno distímico. El término "neurosis" engloba un rango de trastornos con diversos signos y síntomas. De este modo, ha perdido cualquier grado de precisión, excepto para significar que la conciencia de la realidad y la estructura básica de la personalidad del paciente están intactas. A pesar de ello, una neurosis puede y habitualmente es suficiente para deteriorar el funcionamiento de la persona en diversas áreas. Los autores creen que el término es útil en la psiquiatría contemporánea y que debería ser conservado.

En la CIE-10 existe una clase denominada trastornos neuróticos, relacionados con estrés o somatoformes que engloba los siguientes trastornos: trastornos de ansiedad fóbica, otros trastornos de ansiedad (incluidos trastornos de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, y trastorno mixto ansiedad-depresión), trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos adaptativos, trastornos disociativos (de conversión) y trastornos somatoformes. La CIE-10 incluye asimismo la neurastenia como un trastorno neurótico caracterizado por fatigabilidad física y mental, sensación general de inestabilidad, irritabilidad, con anhedonia y alteración del sueño. Muchos de los trastornos así diagnosticados fuera de los Estados Unidos se ajustan a las descripciones de los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos y son diagnosticados como tales por los psiquiatras americanos" (página 338).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Karen Horney.- "Horney concibió la neurosis como una alteración global de la personalidad que: 1) tiene su origen en las relaciones padres-hijo y que posteriormente se autoperpetúa; 2) se caracteriza por distorsión de las relaciones del individuo con los demás y consigo mismo, que derivan de los conflictos emocionales y de la ansiedad, y 3) determinan una discrepancia entre lo potencial y el rendimiento, rigidez y sufrimiento, y una alteración del funcionamiento de la mayoría de las áreas de la vida.

La formación de la personalidad neurótica implica factores intrapsíquicos e interpersonales (culturales). Como portadores de cultura, los padres determinan los valores genéricos del niño, su concepto de sí mismo y ciertas pautas de conducta. Sin embargo, el que el niño se adecue a estas influencias o se rebele, depende de procesos intrapsíquicos. Las diferencias culturales en conflicto con las tendencias naturales del niño pueden borrarse o bien minar su identidad. En sentido amplio, las influencias culturales determinan qué se considera normal o neurótico en una determinada sociedad. Y los conflictos neuróticos

específicos entre valores culturales (por ejemplo, competencia y éxito frente al amor fraternal y humildad) pueden producir neurosis.

Las iniciales experiencias infantiles desempeñan un papel crucial en la génesis de la neurosis. No hay que confundir esto con una causalidad directa. El adulto no repite simplemente las reacciones infantiles; las pautas de crecimiento neurótico individuales se superponen a estas reacciones infantiles" (página 97).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat. 2ª edición.

Generalidades.- Las neurosis son "enfermedades mentales sin alienación; el juicio no sufre ni desviación ni debilitación. Implica trastornos neuropsíquicos y vegetativos, y el enfermo tiene conciencia de su estado y enfermedad. *Etiológicamente* se requiere un terreno o predisposición mórbida que, por influjo de circunstancias diversas, provoca la afección. Se caracterizan por una *sintomatología* rica y polimorfa. Síntomas psíquicos: fobias, obsesiones, angustia, ansiedad, etc. Síntomas neurológicos: algias, hiperstesias, parestesias, temblores, espasmos, contracturas, tics, etc. Síntomas viscerales funcionales. Con un criterio eminentemente clínico, basado en el predominio de ciertos síntomas se establecieron tres grandes grupos: 1º) Psicastenia o psiquiastenia. 2º) Neurastenia. 3º) Histeria" (Betta, 1984:531).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición.- "La neurosis o sinoneurosis comprende cierto número de desórdenes mentales de tipo menos severo. Pueden distinguirse, en general, de los tipos más severos de desórdenes mentales o psicosis, por el hecho de que el enfermo sigue viviendo aun en nuestro mundo y se da bien cuenta de que no se está adaptando debidamente a la vida de la comunidad, mientras que la persona víctima de psicosis vive en un mundo propio. Los tipos principales de neurosis son histerismo y ansiedad. El histérico, *sin proponérselo conscientemente*, siente una enfermedad cualquiera como, por ejemplo, parálisis en una pierna. Esta enfermedad imaginada le ayuda a escapar de una dificultad o a lograr un deseo, mas la enfermedad no es utilizada deliberadamente con tales fines. En la ansiedad neurótica, los síntomas en el enfermo son más emotivos que físicos. Responde a una dificultad cualquiera con una grado anormal de ansiedad o temor" (Speck, 1966:222).

Speck G (comp) (1966) Diccionario científico ilustrado. New York: Editors Press Service.

Neurosis existencial.- La llamada neurosis noogénica, o lo que otros suelen llamar *neurosis existencial* o espiritual, se refiere al hecho de que las personas actuales están experimentando sus vidas como vacías (vacío existencial), faltas de sentido, sin propósito, sin objetivo alguno..., y parece ser que responden a estas experiencias con comportamientos inusuales que les daña a sí mismos, a otros, a la sociedad o a los tres.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Viktor Frankl. Traducción de Gautier Rafael.

Neurosis experimental.- Pavlov fue el primero en producir neurosis experimentales en animales, al suministrarles estímulos ambiguos frente a los cuales los animales no sabían si sentir placer o dolor, con lo cual entraban en una situación de estrés. La neurosis resulta así de una incapacidad para discriminar o distinguir estímulos.

Kaplan H y Sadock B, *Compendio de psiquiatría*. México: Salvat. Capítulo 3, punto 4.

Según M. Klein.- La escuela kleiniana considera "que los orígenes de las neurosis están en el primer año de vida y no en los primeros años, como indica el psicoanálisis clásico, y que consiste en fracasos en el intento de pasar a través de la 'posición depresiva' y no en una fijación en una variedad de etapas a través de la niñez. Como resultado, la posición depresiva desempeña el mismo papel en la teoría kleiniana que el complejo de Edipo en la teoría clásica".

Rycroft C, "Diccionario de psicoanálisis", Buenos Aires, Paidós, 1976, pág. 73.

Neurosis experimental.- "Los animales pueden ser condicionados para responder a un estímulo y no a otro aún cuando los dos estímulos sean muy semejantes. Sin embargo, cuando los estímulos que son casi idénticos no pueden ser distinguidos, el animal se desconcierta, se queja, deja de cooperar y trata de escapar. Pavlov llamó a estos síntomas *neurosis experimental*" (pág. 232).

Ganong William (1980) Manual de fisiología médica. México: El Manual Moderno. 7ª edición.

Neurosis orgánica.- "El término pertenece a Alexander y designa una manifestación psicopatológica que se caracteriza por trastornos sin sustrato orgánico que imitan una enfermedad orgánica. Se habla, así, de una neurosis gástrica o una neurosis cardíaca. Este tipo de neurosis se diferencia de la histeria de conversión. Esta última abarca los órganos de la vida de relación. La parálisis histérica interesa el músculo estriado de una zona dada con conservación de los reflejos correspondientes. En la neurosis orgánica, el involucrado es el músculo liso o el músculo sustraído a la voluntad (músculo cardíaco)".

Virel A., Vocabulario de psicoterapias, Barcelona, Gedisa, 1985, pág. 206.

Neurosis de carácter.- Según Glover, se definen a partir de cuatro cosas: 1) son una reacción patológica (responden a un núcleo psicótico, 2) es definida durante la vida diaria ("síntoma" extendido en el tiempo), 3) está apoyada por racionalizaciones que alejan de la toma de conciencia al sujeto, a sus familiares y a cualquiera que se acerque, y 4) carece de síntomas definidos dentro de algún cuadro neurótico.

Condensado de Fernández Mouján Octavio (1988) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión.

Neurosis según Adler.- De lo anteriormente dicho se desprende que toda neurosis debe entenderse como una tentativa culturalmente equivocada de liberarse de un sentimiento de inferioridad y procurarse un sentimiento de superioridad. Dicha neurosis aísla al individuo en lugar de integrarlo a la comunidad, a través de la intolerancia y la hipersensibilidad. Así, solo le quedan algunos artificios útiles para lograr la superioridad que aseguran la retirada frente a las exigencias sociales al mismo tiempo que se conserva una apariencia general de volumen. Tal exención del sufrimiento por la enfermedad es un sustituto del peligroso objetivo originario de real superioridad. Así, la neurosis es una compulsión que se opone a la compulsión social: tiene carácter de rebelión (angustia, depresión, desmayos, alucinaciones, afectos morbosos, hipocondría, etc.).

Para comprender estos cuadros debemos hacer psicología comparada: comparar lo que le sucede al neurótico con nosotros mismos (qué haríamos frente a una situación en su lugar), con conductas del mismo paciente pero anteriores (pasado), con otros individuos ya tipificados como neuróticos, y con las exigencias de la sociedad (en qué medida las cumple y en qué medida no).

El tratamiento se basa sobre la causa (etiología) de la neurosis: ésta es toda una superestructura psíquica con la que se busca compensar un sentimiento de inferioridad oriundo de la primera infancia, superestructura que recurre a ciertos *arreglitos* como un orgullo excesivo o una postura demasiado precavida que termina alejando al sujeto enfermo de la realidad. Tales arreglitos sirven de pretexto cuando la vida niega el deseado triunfo, para poder hacer resplandecer más luminosamente las metas alcanzadas, "a pesar de los sufrimientos", etc.

Adler menciona ejemplos de arreglitos:

1) *Alucinación.*- La alucinación es otro de los recursos o "arreglitos" del enfermo y no meramente un desorden orgánico del sistema nervioso. Ya la mera percepción no es una impresión objetiva, sino un proceso creador de pensamientos concientes e inconcientes. La percepción, la representación, el recuerdo y la alucinación, contienen todo cuanto necesitamos en el momento dado para movernos hacia nuestro objetivo personal. Percepción, recuerdo, imaginación, etc., son funciones sociales, pero en la alucinación el enfermo se aísla, inventando un mundo irreal.

2) *Dolor de cabeza, sifilofobia, insomnio, homosexualidad.*- Las sensaciones dolorosas son útiles para liberarse de las exigencias sociales: son otro "arreglito" más. Entre ellos el dolor de cabeza o neuralgia del trigémino, como así también la torpeza, la falta de memoria y la mudez, que se ve mucho en los niños.

La sifilofobia (miedo a la sífilis) es un síntoma muy común en neuróticos. La sifilofobia nunca es la única forma de aseguramientos neuróticos. Todos los aseguramientos o tendencias a la seguridad, se presentan con accesos de angustia. Esta expectativa angustiosa resulta del sentimiento de inferioridad o inseguridad adquirido en la infancia por minusvalía orgánica y por temor a un papel inferior, infantil e inconciente. La sifilofobia se traduce como un miedo a la mujer, o al hombre, o a ambos.

El insomnio es otro "arreglito" neurótico que sirve para poner distancia con respecto al objetivo mental del paciente; por ejemplo, el paciente le echa la culpa a su "insomnio" por sus fracasos, o le sirve de excusa para no cumplir propósitos comunitarios (trabajar, etc.). En la persona normal el sueño sirve para descansar y poder luego reanudar su vida de relación social.

El homosexual tiene por un lado un orgullo que nunca será satisfecho y por otro lado una cobardía que lo paraliza para satisfacer ese orgullo. La raíz está nuevamente en la infancia. El miedo de ser defraudado hace que el sujeto busque en su futuro situaciones seguras, y como un hombre está en su infancia en contacto con compañeros, buscará compañía masculina (la relación con la mujer es novedosa y amenazante).

3) *Neurosis compulsiva.*- Es una neurosis donde el sujeto está compelido a realizar determinados actos. Esto es otro "arreglito" para luchar por su prestigio personal: el síntoma de la compulsión sirve al neurótico para no enfrentar las exigencias sociales.

La compulsión cumple la función de sustraer al enfermo de toda exigencia externa, haciendo que obedezca así a su propia compulsión: o sea, se defiende contra toda voluntad de influencia extraña demostrando en su lucha que su voluntad está fatigada y es incapaz de resistencia.

4) *Huelga de hambre neurótica.*- Este síntoma es una de las más violentas rebeliones de personas ambiciosas pero desalentadas; es un suicidio disfrazado. Irrumpe siempre en personas que, habituadas a un papel de primer plano, a hacer de modo que su ambiente se ocupe de ellas. Se ve aquí el antiguo sentimiento de inferioridad y su intento por superarlo neuróticamente.

Las dos premisas inconcientes del neurótico son: 1) la relación humana implica una pugna por lograr una superioridad; 2) el asentimiento femenino es experimentado por el neurótico como inferior, y las

reacciones contra él, le sirven como medida de la fuerza masculina. Todo esto se da tanto en hombres como en mujeres.

La fórmula de la neurosis no es como se piensa habitualmente "individuo + experiencia + exigencias de la vida + traumas sexuales", sino más bien "valoración (individualidad + experiencia + ambiente) + arreglitos o elaboración tendenciosa del material de la experiencia". Todo esto es igual a ideal personal de superioridad.

Respecto del tratamiento en sí, la parte más importante de la terapia es descubrir el oculto plan de vida del neurótico que fue construyendo desde la infancia. Es oculto porque solo puede conservarlo entero sustrayéndolo a su crítica y comprensión. En la terapia este plan el paciente lo empieza a ver por intuición y por comprensión creadora. Y con respecto a la captación del material (síntomas, etc.), Adler toma dos recursos: relaciona el plan de vida con circunstancias agravantes (minusvalías orgánicas, presión familiar, rivalidad, momos, etc.) y dirige su atención sobre reacciones iguales o parecidas a las actuales en la infancia del paciente.

El origen de la neurosis puede rastrearse hasta el primer o segundo año de vida, pues aquí se constituye la actitud del niño frente al ambiente. Lo que ahí aparece como "mimo" o bien como "nerviosidad", bajo la forma de una educación errada, se desarrolla ulteriormente como neurosis: niño y neurótico son dependientes, solo que el neurótico apela a su "enfermedad" para reclamar a los demás cosas a favor de sus propios privilegios, es decir, perseguir un objetivo ficticio plasmado ya desde la infancia.

Condensado de Adler Alfred (1967) *Práctica y teoría de la psicología del individuo*. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición.

Neurosis según Adler.- El paciente se sirve del inconciente para poder seguir (a despecho de todo esclarecimiento) con sus viejas disposiciones y síntomas, con su antiguo objetivo de superioridad. El neurótico, a fin de poder aspirar de algún modo a su objetivo, está obligado a emplear artificios y ficciones, y una de estos artificios consiste en transferir el objetivo al inconciente o sustituirlo allí. Si el objetivo es considerado como inmoral se tapa con amnesia, aunque aparece veladamente en el síntoma. Adler relaciona la neurosis con factores orgánicos de dos maneras: primeramente muestra que frecuentemente los síntomas neuróticos son orgánicos o corporales: trastornos intestinales, etc. Y luego señala que en el origen de la neurosis encontramos siempre algún factor de minusvalía orgánica que genera un sentimiento de inferioridad, sentimiento que luego el neurótico buscará compensar a su manera.

Resumen de Adler Alfred (1967) *Práctica y teoría de la psicología del individuo*. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición. Capítulos 19-20.

Neurosis según Adler.- Todos los fenómenos neuróticos tienen como premisa un orgullo que todo lo supera y, simultáneamente, una falta de confianza en la fuerza de la propia personalidad desalentada. Hay cuatro modos diversos mediante los cuales el paciente logra poner una "distancia" entre él y la decisión o acción que debería enfrentar, y son los siguientes:

1. Movimiento de rechazo: suicidio, intentos de suicidio, amnesia, desmayos, alcoholismo, alucinaciones.
2. Movimiento detenido: imposibilidad de actuar productivamente, problemas que él presenta como insolubles, temor debilidad de memoria, y también fenómenos del primer grupo pero menos graves.
3. Dudas y "sí...pero" en pensamientos y acciones, o el neurótico que dice "demasiado tarde para hacer esto..." etc.
4. Construcción de obstáculos: por ejemplo, usar su "enfermedad" como excusa.

Sobre la base de una perspectiva individual errada, el enfermo elabora su mundo interno en contradicción con la realidad (mentira de vida). Y es siempre esta errónea perspectiva la que le dicta su comportamiento frente a la sociedad. Su plan de vida le exige al neurótico que naufrague por culpa de los otros, con lo cual queda eliminada su responsabilidad personal.

Resumen de Adler Alfred (1967) *Práctica y teoría de la psicología del individuo*. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición. Capítulo 8 y 21.

Neurosis de guerra.- (*Psicoanálisis*) Neurosis observable generalmente entre los soldados. Se evidencia por ciertas alteraciones físicas determinadas por alguna experiencia dolorosa de guerra. El criterio psicoanalítico que ve la causa de la neurosis en un trauma de contenido sexual, puede también ser aplicado a la etiología de las neurosis de guerra. El trauma de guerra se relaciona siempre con un trauma anterior y sirve, además, al proceso que el Psicoanálisis denomina "beneficio de enfermedad". Esta neurosis de guerra significa una tentativa del individuo de refugiarse en la enfermedad. El hombre comprendido dentro de la masa ha renunciado a su propio Yo concentrando su libido sobre un solo objeto: el ideal, el caudillo, el dictador. Como consecuencia de alguna experiencia horrible, pierde el amor a dicho objeto, al ideal, que no ha podido salvarlo del horror, Retorna, pues, a su propio Yo, en una actitud narcisista, recurre a un estado morboso para prevenirse contra nuevos peligros derivados de una guerra. Las neurosis de guerra representan una regresión narcisista a una fase de la infancia. Dados los sufrimientos y privaciones de la guerra, la influencia del Superyó sólo puede ser de poca duración. El dictador, la idea del en nombre de la cual combate, pierde su fuerza sugestiva. El superhombre-dictador se convierte en un hombre odiado, que es causa de todos esos sufrimientos y privaciones y lleva a las

masas humanas camino de la muerte. En el orden psíquico, esto significa que el Yo entra en conflicto con el Superyó. El Yo que tenga fuerzas para rebelarse puede entonces establecer su equilibrio, hallar el camino de retorno a su vida normal. Si el Yo es débil, lo envuelve y conserva una neurosis de guerra. La tentativa de refugiarse en la enfermedad puede también ser una tentativa de huir del suicidio. Bibliografía en castellano: R. D. Gillespie, *Efectos Psicológicos de la guerra en los civiles y en los militares*, 1944; Ana Freud, *Los niños en la guerra*; *La neurosis de la guerra*, 1940; Mira y López, *La psiquiatría en la Guerra*, 1944.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

NEUROSIS INFANTIL

Generalidades.- 1. La neurosis infantil puede exhibir pocos o muchos de los síntomas siguientes: reacciones intensas ante estímulos casuales con muchas respuestas motoras inútiles y difusas, retorcimientos, agitación e inquietud durante el sueño, acompañados de pesadillas o terrores nocturnos. Puede presentar ciertos tics y amaneramientos, facilidad a la fatiga, y repugnancia por la comida. Es enérgico, muy excitable, y está continuamente en tensión: muestra negativismo, irritabilidad y disgusto. Sus emociones son fácilmente susceptibles, es hipersensible, extremadamente egocéntrico, y puede presentar algunos temores específicos intensos. El trastorno puede deberse a la herencia de un sistema nervioso altamente sensitivo o pobremente organizado, o a un desequilibrio glandular. En la mayoría de los casos, sin embargo, resulta de vivir en una atmósfera de excitación, ansiedad e inseguridad. Comúnmente estos niños tienen problemas personales no resueltos, y por lo tanto están en un constante estado de conflicto emocional. Sus hábitos de vida están con frecuencia mal regimentados, por ejemplo, sueño insuficiente y comidas irregulares. Debido a la gran variación de las causas y síntomas, el tratamiento debe ajustarse a cada caso individual. Algunos niños pueden recibir alivio mediante la relajación, el masaje y la introducción de condiciones de vida simples, tranquilas y saludables, en tanto que otros requieren medicación o tratamiento glandular, además de la intervención psicoterapéutica. 2. (*Psicoanálisis*) Freud: "Parece que las neurosis son contraídas solamente en la primera infancia -hasta los 6 años-, aunque sus síntomas se hagan patentes en una época posterior. La neurosis infantil quizá se ponga de manifiesto solamente por breve tiempo o aun pueda pasar inadvertida. El padecimiento neurótico ulterior se enlaza en todos los casos al preludio de la infancia. Desde que aprendemos a ver más agudamente, estamos tentados a decir que la neurosis infantil no es la excepción, sino la regla, como si no se pudiera evitar la ruta de la disposición infantil hasta la cultura social". Según esta interpretación, pues, en la evolución de todo niño, en cuanto ser social, se hacen presentes los elementos básicos de la neurosis. Y la neurosis de los adultos tiene siempre por base una neurosis infantil. El niño neurótico no puede soportar la realidad, frente a la cual se halla débil e indefenso: necesita la ayuda de los adultos, pero éstos no pueden prestarla porque se hallan también en situación de desequilibrio con la realidad, siendo también neuróticos. En este otro sentido, pues, tampoco puede separarse el problema de la neurosis infantil del de la neurosis de los adultos. La psicoterapia de la neurosis infantil persigue el fortalecimiento del Yo del niño, y con él, de su capacidad de resistencia. Fortalecido el aparato psíquico, él mismo habrá de vencer a la enfermedad, cuyo poderoso vehículo bacilar es la sociedad. 3. Baruk considera -en general- las dificultades afectivas y del carácter de los niños, sin estigmatizarlos como neuróticos, como una "despersonalización" (Baruk), o -en casos dados- causados por la impaciencia, incapacidad de educar, falta de comprensión, agresividad, desequilibrio de los padres mismos. El niño es una pasta blanda en la cual dejan o pueden dejar huellas los traumas psíquicos espirituales sufridos por los padres, ya en la cuna, cuando los gritos, las discusiones inmoderadas de los padres perturban la tranquilidad del bebé. *Dumbar* habla de "minas de tiempo" que se ubican en la infancia por los padres y las cuales explotan más tarde. La educación de los mismos, exagerados -y de la severidad exagerada- es uno de los factores más importantes que perturban la evolución anímica del niño. Y todavía más: cuando madre y padre toman una actitud opuesta frente al niño (uno blando, otro severo, o viceversa). Sería, sin embargo, equivocado ver en cada niño un neurótico o un candidato de un futuro neurótico adulto. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Según Freud.- Los siguientes son los hitos en el pensamiento de Freud sobre neurosis infantil.

1909: En el caso Juanito Freud concluye que la histeria de angustia es la neurosis más frecuente y más temprana en el niño.

1914: En el hombre de los lobos, plantea la neurosis infantil como producto del trabajo analítico en un adulto.

1925: Plantea que a un niño se lo puede educar pero no psicoanalizar, porque no es un neurótico. Sólo el neurótico adulto puede adaptarse a una situación de análisis.

1926: La neurosis infantil es más una regla que una excepción, que casi siempre termina superándose. En el niño, el influjo analítico debe combinarse con medidas pedagógicas.

1932: Sostiene que se puede analizar a los niños modificando la técnica, y que los resultados son casi siempre radicales y duraderos, aunque el niño no se adapta mucho a la asociación libre. Desde el punto

de vista de su educación, al niño no debe sofocársele demasiado lo pulsional, por el peligro de una neurosis.

1938: Entiende la neurosis infantil como defensas y síntomas resultantes de un trauma inicial, y raras veces se prolonga sin interrupción en una neurosis adulta. Luego de la neurosis infantil viene el periodo de latencia, y sólo después de este periodo aparece la neurosis definitiva como efecto demorado del trauma, resignificado por la pubertad.

En suma, para Freud hay en la infancia fases típicas y regulares que son la histeria de angustia, la neurosis infantil y la neurosis de infancia, que no son comparables a las del neurótico adulto, y que el análisis infantil debe ser complementado con medidas pedagógicas.

En 1927 comienza la polémica entre Anna Freud y Melanie Klein sobre el psicoanálisis de niños.

Condensado de Tkach Carlos (1992) La dirección de la cura en psicoanálisis con niños.

Según Melanie Klein.- Melanie Klein habla de un niño en desarrollo a medida que el yo poco a poco controla el ello y se adapta a la realidad, y no habla de neurosis infantiles, viendo en ellas simplemente una elaboración posterior de las primeras ansiedades psicóticas, con lo cual hay primero una psicosis y luego una neurosis, ambas normales en la infancia, siendo lo patológico la forma en que resuelve las ansiedades primarias. Además, asigna más importancia a los instintos agresivos que a los sexuales (en oposición a Freud). Para Melanie Klein el inconciente repite lo displacentero regido por la pulsión de muerte, lo que se exterioriza como odio y agresión. La repetición del pasado se juega en el presente de la transferencia.

Para Melanie Klein el Edipo es solamente una forma de elaborar la posición depresiva, donde se descubre el pene (y por ende el padre) como sustituto del pecho perdido, objeto primordial, quedando así anulado el concepto freudiano de castración.

Condensado de Tkach Carlos (1992) La dirección de la cura en psicoanálisis con niños.

Neurosis infantil.- La neurosis infantil, como neurosis manifiesta de la época de la infancia, existe para Freud. En primer lugar ciertos niños presentan manifestaciones clínicas indicadoras de un proceso neurótico, y en segundo lugar se puede distinguir una neurosis del adulto y una neurosis infantil.

Analizando adultos, Freud descubre no una neurosis infantil sino descubre que el niño tiene una sexualidad, tiene experiencias sexuales (por ejemplo llega a descubrir que todos los neuróticos padecieron de niños asaltos sexuales). La existencia de esta sexualidad es lo que hace que el adulto pueda ser un neurótico, de manera que la cuestión de la neurosis infantil surgirá en ese tránsito de la sexualidad infantil a la adulta.

Silvestre plantea que, para el neurótico, frente al problema de qué desea la madre, responde que la madre desea el falo, y aquí se extravía. Es cierto que la madre desea el falo, pero esa respuesta del neurótico permite salirse del cepo edípico mediante una identificación, con lo cual quedará condenado a la neurosis adulta. En efecto, esa respuesta le permite enmascarar el hecho de que el Otro de la relación sexual no es la madre sino una mujer. Así como la neurosis infantil ofrece al sujeto una respuesta exacta, aunque dolorosa, lo propio de la neurosis del adulto es mantener esa respuesta porque le enmascara la verdadera pregunta que plantea la sexualidad.

Silvestre M (1983) "La neurosis infantil según Freud".

Neurosis infantil.- Últimamente ya no es tan importante este concepto dentro del psicoanálisis. Algunos autores como M. Klein ni siquiera lo mencionan, considerando la neurosis infantil como una estructura defensiva. Incluso se vio que muchos trastornos infantiles eran problemas de desarrollo, no neurosis infantiles, entendidas estas como modelo de neurosis adulta.

Incluso se encontraron problemas en las fases pregenitales, antes de la fálica, es decir antes de la instalación de la neurosis infantil. M. Klein habla por ejemplo de la importancia del primer año (posiciones paranoide y depresiva). Pero el hecho de que en estas fases orales ocurren cosas que moldean la personalidad, no significa que la salud o la enfermedad depende solo de ello, sino también de la adecuada resolución del complejo edípico y de la neurosis infantil.

Para Freud la neurosis infantil era una etapa obligada por la que pasa todo niño aunque sea a veces breve o pase inadvertida, y que tiene como complejo nuclear el complejo de Edipo, en plena fase fálica, entre los dos y cinco años. La expresión neurosis infantil llegó a designar tanto algo normal como algo patológico en el niño, siendo la diferencia cuantitativa.

Según Nagera, la *neurosis infantil* es un intento por organizar todos los anteriores y quizás multifacéticos conflictos neuróticos y defectos del desarrollo juntamente con los conflictos típicos de la fase fálico-edípica en una sola estructura, en una sola unidad más compleja y de mayor importancia económica.

Condensado de Nagera Humberto (1989) Neurosis infantil. Problemas de desarrollo. Buenos Aires: Hormé.

Neurosis infantil.- Varios autores han hablado sobre neurosis infantil, luego de Freud: Melanie Klein la considera una consecuencia secundaria resultante de resolver las ansiedades básicas paranoide y depresiva, Anna Freud la vincula con el desarrollo yoico, y D. Winnicott también se refiere a ella a su manera.

Sigmund Freud, en "Inhibición, síntoma y angustia" postula que el nódulo de la neurosis está en el complejo de castración y el complejo de Edipo. El complejo de castración, por el cual todos pasamos, puede resolverse como neurosis, si la angustia de castración se reprime, como psicosis si se rechaza, y como perversión si se reniega.

Originalmente Freud había puesto el acento en la situación traumática, luego en el enfrentamiento entre sexualidad y cultura, y finalmente enfatizó el complejo de castración. Por la misma época Freud también había vinculado las neurosis traumáticas con la pulsión de muerte, que lleva al sujeto a repetir el fracaso o el sufrimiento.

La angustia de castración es el temor ante la amenaza del corte de los genitales, y puede venir del padre, la madre, etc. Frente a ella el niño renuncia a la masturbación incestuosa para preservar su narcisismo (el pene tiene valor narcisista). La angustia de castración puede resolverse de varias maneras según como se la resignifique, siendo una de ellas la fobia, que es la neurosis infantil por excelencia, la más temprana y la más frecuente. La angustia de perder los genitales resignifica a posteriori todas las pérdidas anteriores: la del estado intrauterino, la de las heces, la de la madre, la de la aceptación de los demás, etc.

Debe tenerse presente que la angustia de castración no es la angustia de las neurosis de angustia, donde también puede aparecer fobias pero no como resultado de una resignificación de la angustia de castración.

Freud entiende la angustia como un estancamiento de la libido, es decir, esta no encuentra forma de satisfacción, frustraciones ligadas a ciertas pérdidas importantes para el sujeto que configurarán una neurosis. Otras pérdidas importantes como la pérdida de seres queridos no configuran neurosis.

La primera teoría de la angustia de Freud entonces sostiene que la libido no descargada se transforma en angustia, con lo cual la represión es anterior a la angustia. La primera pérdida corresponde al nacimiento, trauma que no deja huella psíquica sino sólo un prototipo de respuesta fisiológica que luego reaparecerá en las neurosis. Luego vendrán otras pérdidas, hasta llegar a la vinculada directamente con la neurosis, que es la amenaza de la pérdida de los genitales, o castración. Aparece aquí una angustia nodular que resignifica todas las pérdidas anteriores. En los niños muy pequeños, en la opinión de Tkach, la angustia resulta de un estancamiento libidinal pero aún no hay representación psíquica, la que vendrá luego bajo la forma de fantasía en el Edipo.

Condensado de Tkach Carlos, Neurosis de la infancia. Buenos Aires: clases dictadas en la cátedra de Clínica de niños y adolescentes, Universidad de Belgrano, 20/4/9393 y 18/5/1993.

Neurosis infantil.- Desde el comienzo del psicoanálisis se ubicó a la neurosis infantil como modelo de la neurosis adulta, como un ejemplo de ella. Incluso la sintomatología es igual o similar en ambas: los mismos miedos, la misma ambivalencia, etc.

También se encontraron similitudes en cuanto a su dinámica: en ambas neurosis aparecía primero un aumento intolerable de la ansiedad en tal o cual fase, luego una regresión a lo pregenital, después surgimiento de deseos pregenitales sexuales-agresivos y ansiedad y culpa en relación a ellos, defensas contra estas últimas, y finalmente formaciones de compromiso (síntomas).

Sin embargo, también se advirtieron diferencias. Por ejemplo, mientras en el adulto el síntoma neurótico individual forma parte de la estructura de personalidad genéticamente relacionada, en los niños los síntomas se presentan aislados o asociados con otros rasgos sin relación (por ejemplo síntomas obsesivos en personalidades histéricas).

Otra diferencia es que la neurosis adulta no es una continuación de la infantil: un niño delincuente no será un adulto delincuente, por ejemplo. Se explicó esto por ejemplo, diciendo que el yo montó defensas contra los impulsos de delinquir.

Además, el campo de alteraciones mentales en clínica de niños es mucho más amplio que el esperado en adultos, debido a que el niño tiene además otros problemas para resolver, vinculados por ejemplo con necesidades vitales como la alimentación.

Condensado de Freud Anna (1975) Normalidad y patología en la niñez. Capítulo 5

NEUROSIS OBSESIVA

Descripción clínica.- Los neuróticos obsesivos son enfermos que se sienten obligados o forzados a pensar y cavilar, y las ideas obsesivas se les imponen a pesar de que la lógica les demuestra lo contrario. Esquirol hablaba de monomanía razonante, y Janet de psicastenia.

Sufren tormentos éticos y tienen ideas de reparación y purificación. Padecen crisis de conciencia, timidez, inhibición, trastornos sexuales, motores (tartamudeo, tics), orden, meticulosidad y avaricia, así como un alto grado de sadismo. Han mecanizado su vida en base a ritos y ceremoniales: sufren porque piensan que si no hacen tal o cual cosa, algo malo puede ocurrirles.

Baumgart A, Neurosis obsesiva. Clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1990.

Explicación psicoanalítica.- En la neurosis obsesiva, el afecto se conserva en su faz displacentera, y la representación es sustituida por otra que la torna irreconocible: un trauma sexual puede reaparecer bajo la forma de un ceremonial obsesivo, donde desaparece el carácter sexual (formaciones sustitutivas). Las ideas obsesivas son siempre, dice Freud en la carta 38, autorreproches por haber cometido activamente un acto sexual (en la histeria es un suceso vivido pasivamente).

En el Manuscrito K describe cuatro tiempos:

1) Hay una vivencia primaria placentera.

2) Tal vivencia es evocada concientemente, produciendo un displacer en forma de autorreproche, que es también conciente. El complejo recuerdo más autorreproche es reprimido y produce en la conciencia un síntoma de escrupulosidad (moralidad, purificación).

3) Retorno de lo reprimido, donde se producen síntomas transaccionales, como ideas obsesivas y/o afectos obsesivos. Durante un tiempo se manifiesta como sentimiento de culpabilidad, y luego el afecto del autorreproche se convierte en:

-Angustia moral: miedo a las consecuencias del acto.

-Hipocondría: miedo a las consecuencias somáticas.

-Persecución: miedo a las consecuencias sociales.

4) Fase de la enfermedad: hay una lucha defensiva del Yo contra la idea obsesiva, generándose defensas secundarias. Los síntomas secundarios por lo general son intensificación de la escrupulosidad, cavilación obsesiva, alcoholismo, ceremoniales, compulsión a atesorar, etc.

En "Nuevas puntualizaciones..." Freud se pregunta porqué la represión recae sobre representaciones precisamente sexuales, y una hipótesis es la prematuración: la sexualidad implica un exceso en relación a la capacidad de tramitación psíquica: el sólo hecho de evocar el sexo ya produce los mismos efectos que el acto en sí; luego, el recuerdo se convierte en más fuerte que la experiencia real, quedando una relación inversa entre recuerdo y experiencia real. En este mismo artículo, señala cuatro periodos: inmoralidad infantil, madurez sexual (escrúpulos: formación reactiva), salud aparente y manifestación de la enfermedad.

Más tarde Freud señala que la regresión de la fase genital a la fase anal-sádica produce una disociación de las pulsiones de vida y muerte, con lo cual se intensifican éstas últimas (sadismo).

Baumgart A, Neurosis obsesiva (clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1990).

Neurosis obsesiva e histeria.- 1) En un mismo momento no puede una persona tener dos neurosis (aunque sí quizá en diferentes etapas). Una problemática histérica implica una no resolución de la posición sexual en torno a la cuestión fálico-castrado, no pudiendo acceder a la elección de objeto heterosexual y exogámica. Una problemática obsesiva implica desvalorizar la vida genital a expensas de una supermoral, una dificultad en el vínculo social derivado todo de una problemática sádico-anal.

2) Como antes de una experiencia sexual vivida activamente hubo una vivida pasivamente, resulta que en la neurosis obsesiva hay una predisposición a la histeria. En toda neurosis obsesiva hay un último estrato compuesto por síntomas histéricos muy tempranamente formados. La neurosis obsesiva es determinada por la debilidad de la organización genital de la libido, un factor constitucional. De allí que haya un regreso a la organización sádico-anal.

En "Inhibición, síntoma y angustia" señala Freud que el síntoma obsesivo amalgama 'exitosamente' la prohibición con la satisfacción: esto se logra haciendo que la defensa tenga el significado de una satisfacción.

En "El yo y el ello" el superyó pide la renuncia pulsional en nombre de la conciencia moral, pero siempre queda un resto de satisfacción pulsional que produce malestar. El Superyó ordena renunciar pero produciendo en ella un goce.

Baumgart A, Neurosis obsesiva (clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1990).

Defensas en la neurosis obsesiva.- Aislamiento y anulación son variantes de la represión en la neurosis obsesiva.

El aislamiento es tanto mental como motor: luego de un hecho desagradable se interpola una pausa. El suceso no es olvidado pero sí despojado de su afecto y suprimida la relación asociativa. Se aísla de todo lo que entra en contacto con el pensamiento indeseado: el contacto está tan prohibido tanto como el contacto corporal directo. Equivale a la amnesia de la histeria. Es como en la concentración, cuando uno se desconecta de lo demás.

La anulación es un ceremonial destinado a evitar que algo ocurra o a suprimir lo acontecido, y se da también en las supersticiones. El neurótico intenta anular actos pasados mediante actos motores o ciertos pensamientos omnipotentes. Es un retorno a la etapa donde desear equivalía a actuar.

El narcisismo en la neurosis obsesiva se ve en las fantasías de omnipotencia. Es un retorno al animismo: las cosas están dotadas de vida pues el sujeto ve en ellas sus propios órganos y actividades.

Baumgart A, Neurosis obsesiva (clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1990).

Causación de la neurosis obsesiva.- 1. Freud marca un primer factor biológico, que es la prematuración, la indefensión con que se nace, lo que crea una valoración grande del objeto protector, y una necesidad de ser amado por este. Hay por tanto una angustia frente a la pérdida del objeto amado, también relacionado con la angustia de castración, una de sus variantes. En la neurosis obsesiva esta angustia de castración se transforma en miedo a la conciencia moral. 2. Un segundo factor es el filogenético: las experiencias sexuales desde la infancia hasta la pubertad. 3. Un tercer factor es psicológico, relacionado con la forma en que el Yo se defiende de los peligros internos, pulsionales. Es una protección menos eficaz que contra un peligro exterior porque el yo rechaza el peligro pulsional restringiendo su propia organización (la abulia del psicasténico de Janet) y aceptando la formación de síntomas.

Baumgart A, Neurosis obsesiva (clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1990).

Un caso clínico.- Al finalizar el secundario Robert Cummins empezó a desarrollar los síntomas de una patología psíquica caracterizada por la compulsión de mantener todo en absoluto (de hecho, impracticable) estado de limpieza. Lo primero que notó fue que la gente entraba a la casa con los zapatos puestos. Siempre había sido así, pero ahora esto lo perturbaba. Pronto empezó a lavar los pisos tan pronto como las personas se retiraban. Al año, su fobia contra la suciedad lo obligaba a lavar la ropa antes de ponerla en el lavarropas.

Los siguientes pasos en esta caída hacia la higiene total fueron lavar las manijas de las puertas, pasar cuatro horas en el baño fregándose hasta hacerse doler y practicar agujeros en los jabones para lavarse a fondo las uñas. "Estaba gastando unos 60 dólares por semana en artículos de limpieza", recuerda Robert.

Ahora desempleado, Robert tuvo en sus peores días un empleo como encargado de depósito en una lavandería. Las cosas fueron bien ahí, porque todo estaba ordenado y limpio. Pero luego tuvo que cambiar y fue supervisor en un restaurante. Su fobia alcanzó, como era previsible, valores astronómicos. Pasaba entre dos y tres horas lavando los pisos de la cocina. Los dueños del restaurante lo enviaron a un curso de higiene, en el que Robert se enteró de que el supervisor de un restaurante podía sufrir una multa de hasta 4000 dólares e inclusive ir a prisión, si la cocina estaba sucia. Sintió verdadero pánico -y su fobia empeoró en consecuencia- cuando pensó que sus propios estándares de higiene no eran lo bastante altos. Y renunció.

En 1988, tras dos años de tratamiento con drogas que lo volvían más agresivo y que no pudieron controlar su mal, Robert se puso de novio. "Llevé a Donna a casa, pero luego me ocuparía de lavar los lugares donde ella había estado", cuenta. Al cabo de seis meses, Donna se fue.

Desde enero pasado Robert está bajo tratamiento terapéutico en el Behtlem Royal Hospital en Beckenham, Kent, Inglaterra. "He podido tocar mis zapatos con las manos desnudas e inclusive dejar mi ropa en el piso durante horas y luego ponérmela", informa con alivio.

Este extraño síndrome psiquiátrico no es poco frecuente. En Gran Bretaña solamente, de donde es oriundo Robert, lo sufren un millón de personas.

Publicado en "Descubrir" Nº 23, Buenos Aires, Mayo 1993.

NEUROSIS TRAUMÁTICA

Definición.- 1. Perturbación nerviosa psicógena no estructural que aparece breve tiempo después de una lesión orgánica y complicada o no con alteraciones estructurales en el sistema nervioso. 2. La lesión o el agotamiento de las glándulas endocrinas, elemento descrito también entre las causas predisponentes, puede contribuir a la agravación de una neurosis traumática que en un principio era predominantemente psicógena. (Huddleson). 3. Kardiner habla de neurosis traumáticas "verdaderas" que se desarrollan sobre la base de las reacciones del Yo. Afirma que "la neurosis traumática no está exenta de componentes libidinosos, pero la mayor parte de la sintomatología depende de perturbaciones de tipo egoísta". Otras neurosis traumáticas presentan el tipo de regresión psicosexual, de la cual se afirma que caracteriza a las psicosis. La neurosis traumática se aplica a esta condición (Anxiety and Fear).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

NINFOMANÍA

Generalidades.- La erotomanía implica una intensificación patológica de la sexualidad y el erotismo, y puede encontrarse tanto en hombres como en mujeres. La ninfomanía, en cambio, es aplicable solamente a la mujer que desarrolla una hipersexualidad patológica.

Autores psicoanalíticos como Fenichel consideran la ninfomanía como actividad sexual exagerada, y más específicamente la define como pseudo hipersexualidad femenina. "Una anamnesis superficial demuestra a menudo que la ninfómana es o bien totalmente frígida o por lo menos no llega al orgasmo en forma regular y fácil. El hecho de que el coito pueda excitarla pero no satisfacerla, crea en ella el deseo de

forzar la inalcanzable satisfacción por medio de intentos renovados y crecientes, o de tentativas con otros hombres y en circunstancias diferentes" (Fenichel O, Teoría psicoanalítica de las neurosis, Buenos Aires, Paidós, 1966, pág. 281). En general, las razones de la conducta ninfómana son las que pueden adscribirse, siempre según Fenichel, a la hipersexualidad: "muchos neuróticos, privados de satisfacción verdadera, se empeñan una y otra vez (y siempre en vano) en descargar a través de la actividad genital la sexualidad que no son capaces de satisfacer, produciendo de este modo la impresión de un gran vigor genital" Fenichel O, op. Cit, págs. 279-280). Esta misma opinión es sostenida por Freud (Freud S, "Three contributions to the theory of sex", NMD Pub Co, New York and Washington, 1910).

Conviene aclarar que las fases de la actividad sexual normal son: deseo, excitación, orgasmo y resolución, y que un problema sexual puede instalarse en todas o en algunas de estas etapas. En el caso de la ninfómana, hay deseo y hay excitación, pero la dificultad radica en pasar al orgasmo, y por ello se habla en ella de una "pseudo" sexualidad.

La posibilidad de un tratamiento psicoanalítico supone que la ninfomanía es psicógena, es decir, no es debida a causas somáticas (alteraciones hormonales, etc.). Una vez que razonablemente puede admitirse esta etiología, el tratamiento es posible, especialmente si la dificultad ninfomaniaca es asociable a un desorden neurótico. No es un tratamiento sencillo, porque el paciente ha de estar dispuesto a renunciar a una actividad ninfomaniaca que, aunque insatisfactoria en un sentido, le resulta placentera en otro.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

NOSOLOGÍA

Definición.- Sistema clasificatorio referido a enfermedades o procesos morbosos, generalmente basado en supuestos teóricos de carácter etiológico.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 156.

Nosologías freudianas.- Por 'nosología' entendemos un conjunto de operaciones psíquicas que determinan síntomas. Aunque Freud usó "nosografías", aquí usamos "nosologías" pues estas apuntan a estructuras, más que a rasgos particulares como los síntomas. Las nosologías hacen a la configuración del campo psicoanalítico, pues fueron formuladas a medida que Freud avanzaba en su teoría. En psicoanálisis consideramos tres estructuras fundamentales:

1. Edipo y castración: en la neurosis hay represión de la castración, en la perversión hay renegación (se la reconoce pero no se la acepta), y en la psicosis se forcluye la diferencia de los sexos.

2. Narcisismo.

3. Síntoma (como metáfora, porque sustituye algo): el síntoma se define a partir de la estructura, y no la estructura a partir del síntoma. Alguien con rituales no es necesariamente un neurótico obsesivo.

PRIMERA NOSOLOGÍA (alrededor 1894)

Articulador teórico: la defensa

Hay seis textos antecedentes de la primera nosología, donde Freud va dejando su etapa neurológica.

1) "Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas" (1888). En un principio, 'neurosis' significó enfermedad del sistema nervioso sin lesiones y con presencia de síntomas somáticos, como puede verse en este texto. Aquí marca su ruptura con Charcot, quien había ejercido mucha influencia sobre Freud. Para Charcot las parálisis histéricas responden a lesiones orgánicas verdaderas, sólo que son de orden funcional y están localizadas a nivel cortical. Estos conceptos los rechazará Freud, cuando señala que las parálisis histéricas se comportan como si la anatomía no existiera, pues son muy localizadas y muy intensas. La parálisis de un brazo consiste en que la idea o representación de 'brazo' no puede entrar en comercio asociativo con otras ideas. Una vez constituida la huella mnémica (idea) puede quedar excluida del comercio asociativo pero no desaparece nunca, produciendo efectos (la parálisis). El monto de afecto, al no poder descargarse vía asociación, lo hace a través de la motricidad, produciendo la parálisis.

2) "La histeria" (1889). Aquí comienza a diferenciar la histeria de la neurastenia, señalando en la primera alteraciones psíquicas a nivel inconciente y automático. En la histeria hay un excedente de excitación que se tramita en el sistema nervioso (esto será un antecedente del Principio de Constancia). Señala también que el 'carácter histérico' no define la histeria, pues síntomas opuestos a este carácter son también histeria.

También, mientras para Charcot todo lo físico era inconciente y objetivo y lo psíquico era subjetivo y conciente, para Freud lo psíquico es además inconciente.

3) "Observaciones sobre el origen de los síntomas histéricos por voluntad contraria" (1893). Aquí describe un caso de curación por hipnosis. Era el caso de una madre que no podía amamantar a sus tres hijos, y Freud creyó que se debía a una idea "subconciente": 'no quiero hacerlo', opuesta a la idea conciente de 'quiero hacerlo'. En la histeria se ve una voluntad contraria, mientras en la neurastenia no la hay: el sujeto a nivel conciente no manifiesta voluntad de ningún tipo.

4) "Estudios sobre la histeria (Comunicación preliminar) (1895). Plantea la idea de defensa en el contexto del tratamiento, hablando de la resistencia como todo lo que dificulta el tratamiento.

5) "Manuscrito H: Paranoia" (1896).

6) "Manuscrito K: Neurosis de defensa" (1896). Aquí describe Freud su modelo de neurosis en cuatro tiempos.

En "La herencia en la etiología de las neurosis" (1896), Freud describe explícitamente su primera nosología, distinguiendo por un lado la histeria y las obsesiones, y por el otro la neurastenia y la neurosis de angustia. Estas últimas las engloba como neurosis actuales en "La sexualidad en la etiología de las neurosis" (1898).

La denominación de Kraft-Ebbing "neuropsicosis" va cambiando a "psiconeurosis" (luego finalmente a "neurosis" a secas), pues Freud va descartando cada vez más causas orgánicas e invocando causas psíquicas.

Las neuropsicosis de defensa (1894) es un texto central de la primera nosología. Aparece la noción de defensa, que anticipa las ideas de represión e inconciente. El sujeto se enferma en su esfuerzo defensivo contra pensamientos sexuales. La defensa produce una escisión, conformando grupos psíquicos separados. Ya desde la "Comunicación preliminar", Freud distingue el "estado hipnoide" de Breuer de su concepto de "defensa": esta última implica un sentido, un propósito: evitar el displacer. De aquí se distinguirán una defensa normal y una patológica.

Defensa normal: Está en todos los sujetos y evita el displacer ligado a la vergüenza y la repugnancia.

Defensa patológica: implica un no aprendizaje defensivo, pues la reviviscencia de la experiencia penosa causa más displacer que si fuera una vivencia actual. En su teoría de la defensa Freud empieza a perfilar su principio de constancia (pues hay una cantidad de excitación susceptible de desplazarse "como una carga eléctrica"), supuesto para llegar al método de la abreacción.

La defensa es lo que permite unificar histeria, obsesiones, fobias y algunas psicosis. La defensa implica la 'escisión de la conciencia' en grupos psíquicos separados, escisión que es producto de un empeño "voluntario" fundado en motivos sexuales, empeño voluntario que fracasa, apareciendo entonces la histeria de defensa.

En el enfermo hay salud psíquica hasta producirse la inconciliabilidad de una representación en su Yo: la persona intenta olvidar (empeño voluntario), pero fracasa, pues la huella mnémica y el afecto a ella adherido no se deshacen, pasando a formar parte del grupo psíquico separado. Se establece una separación entre la representación y el afecto: la representación así debilitada no entra en comercio asociativo, pero el afecto separado deberá seguir algún camino.

La suma de excitación (afecto) separada tendrá un empleo diferente en cada tipo de neurosis.

En la histeria se produce una conversión de la suma de excitación al cuerpo, proceso permitido por una aptitud para la conversión (dada por una complacencia somática). El proceso inverso puede lograrse reconduciendo el afecto por medio del habla (abreacción). En efecto, el afecto separado de la representación puede retornar a ésta última, para lo cual puede seguir dos caminos de retorno: el comercio asociativo (a través de la palabra), y el ataque histérico.

En la obsesión y en la fobia, el sujeto no tiene aptitud para la conversión, y entonces el afecto pasa a otra representación, produciéndose, igual que en la histeria, un 'falso enlace', convirtiéndose dicha representación en obsesiva. Sin embargo la obsesión es más grave porque se conserva el afecto: el obsesivo sufre por sus ideas obsesivas. En la obsesión, se eligen aquellas representaciones compatibles con un afecto de esa cualidad, o aquellas que son universales y primitivas (como fobia a los animales, oscuridad, etc). En 1894 Freud consideraba las fobias como representaciones obsesivas.

La psicosis es una defensa más enérgica y 'exitosa': no se separan representación y afecto, sino que ambos son desestimados, como si nunca hubieran comparecido. Como la representación inconciente forma parte de la realidad, también desestima la realidad (exterior).

El proceso se da en tres tiempos: 1) empeño voluntario: "quisiera sacarme esto de la cabeza". Es observable, conciente. 2) Falso enlace (inobservable, inconciente). 3) Aparición del síntoma histérico u obsesivo (observable).

El fenómeno primario de la histeria es una escisión de la conciencia, pero como consecuencia de un acto 'voluntario' del enfermo (no por escindir, sino por olvidar), y no como pensaba Janet, producto de una debilidad innata o ineptitud para la síntesis psíquica. Freud sustituirá luego este factor de 'degeneración hereditaria' por el de 'predisposición'.

La histeria de defensa se trata por la palabra, y las histerias de retención (similar a la traumática) y la hipnoide, por abreacción. Freud terminó reduciendo todos estos tipos a la histeria de defensa, porque siempre detrás hay una defensa.

SEGUNDA NOSOLOGÍA (alrededor 1914)

Articuladores teóricos: transferencia y narcisismo

Ya es psicoanalítica. Incluye dentro de las neurosis actuales a la hipocondría (En "Introducción al narcisismo").

Freud mantiene el término "psiconeurosis", e incluye aquí dos grupos: psiconeurosis de transferencia y psiconeurosis narcisistas, rápidamente denominadas neurosis de transferencia y neurosis narcisistas. Las neurosis de transferencia contienen un núcleo irreductible, una "perla", que es lo real como lo no simbolizable ni analizable. Esta neurosis reproduce la neurosis infantil edípica.

De la primera a la segunda nosología asistimos al pasaje de la seducción real a la fantasía, y del inconciente descriptivo al inconciente dinámico (y luego al "tercer icc", es de la segunda tópica).

Al comienzo, Freud pensó en una seducción real llevada a cabo por un adulto, como el padre. Luego hay un momento intermedio en "Tres ensayos..." (1905) donde sustituye la seducción por la fantasía: estas fantasías de seducción serían intentos de defenderse del recuerdo de la propia sexualidad infantil (masturbación). Entre el recuerdo y el síntoma se interponen fantasías, que son invenciones de recuerdos. Finalmente, Freud relaciona la seducción con el complejo de Edipo: la seductora es la madre, quien despierta la sexualidad y el consecutivo complejo de castración.

En "Introducción al narcisismo", la idea de narcisismo como representaciones unificadas privilegiadas reemplaza la idea previa de masa de representaciones relacionadas con el Yo (que data de la época en que Freud hablaba de grupos psíquicos separados).

TERCERA NOSOLOGÍA (alrededor 1924)

Articuladores teóricos: Represión, narcisismo, castración

Deja de considerar a la esquizofrenia y la paranoia (ambas psicosis) como neurosis narcisista, reduciendo esta última a la melancolía, una categoría intermedia entre neurosis y psicosis. En "Más allá del principio del placer" hace referencia a las neurosis traumáticas.

Síntesis:

Primera nosología 1984	Segunda nosología 1914	Tercera nosología 1924
Neurosis actuales: Neurastenia Neurosis de angustia Neuropsicosis de defensa: Histeria Representación obsesiva Fobia Algunas psicosis alucinatorias (ejemplo: paranoia)	Neurosis actuales: Neurastenia Neurosis de angustia Hipocondría Psiconeurosis: Neurosis de transferencia (histeria de conversión, histeria de angustia o fobia, neurosis obsesiva) Neurosis narcisistas (esquizofrenia, paranoia, melancolía)	Neurosis actuales (idem 1914) Neurosis de transferencia (idem 1914) (Conflicto yo-ello) Neurosis narcisistas (melancolía) (Conflicto yo-Superyó) Psicosis (esquizofrenia, paranoia) (Conflicto yo-realidad)

Condensado de Grunfeld, Nosologías freudianas. Clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995-1996.

OBESIDAD

Definición.- Excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal, un contenido graso mayor del 35% en las mujeres y del 30% en los hombres: normalmente un IMC de 30 o más.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 554.

Definición cuantitativa.- Existe una definición cuantitativa de obesidad que está dada por el llamado Índice de Masa Corporal (IMC). Se acuerdo a este Índice, se clasifica a las personas en varias categorías establecidas por la OMS, de la siguiente manera:

IMC	Clasificación según la OMS
Menos de 18,5	Peso bajo
18,5 a 24,9	Peso saludable
25 a 29,9	Sobrepeso
30 a 34,9	Obesidad leve
35 a 39,9	Obesidad moderada
Más de 40	Obesidad grave

El IMC se obtiene dividiendo el peso en kilos por el cuadrado de la talla en metros. Por ejemplo, si una persona pesa 90 kilos y mide 1,80 metros, su IMC será de 27,7, lo que lo ubica dentro de la categoría *sobrepeso*.

Revista Viva, Buenos Aires, 15 de Setiembre de 2002, pág. 38.

Obesidad y depresión.- Contexto. Se tiene como hipótesis que la depresión da lugar a una obesidad abdominal a través de la acumulación de grasa visceral. Ningún estudio grande ha probado esta hipótesis longitudinalmente. Objetivo. Examinar si los síntomas depresivos predicen un incremento en la obesidad abdominal en una muestra poblacional grande de personas mayores con buen estado de salud.

Diseño. Estudio de salud, envejecimiento y composición corporal, un estudio de cohorte prospectivo en curso con 5 años de seguimiento. Escenario. Personas mayores residentes en áreas alrededor de Pittsburgh, Pennsylvania, y Memphis, Tennessee. Participantes. Un total de 2088 personas blancas y negras en buenas condiciones de salud, en edades de 70 a 79 años.

Principales medidas de resultado. La depresión inicial se definió como un Centro para un índice de Depresión de Estudios Epidemiológicos de 16 o superior. Al inicio del estudio y después de 5 años, las

medidas de obesidad general incluyeron el índice de masa corporal (calculado como el peso en kilogramos dividido por la altura en metros cuadrados) y el porcentaje de grasa corporal (medida por una absorciometría de rayos X de energía dual). Las medidas de la obesidad abdominal incluyeron la cintura, el diámetro sagital y la grasa visceral (medida por tomografía computarizada).

Resultados. Después de ajustar los factores sociodemográficos, el estilo de vida, las enfermedades y la obesidad total, la depresión inicial estuvo asociada a un incremento de cinco años en el diámetro sagital ($\beta=.054$; $P=.01$) y grasa visceral ($\beta=.080$; $P=.001$).

Conclusiones. Este estudio muestra que los síntomas depresivos resultan en un incremento en la obesidad abdominal independientemente de la obesidad total, sugiriendo que pueden existir mecanismos fisiopatológicos específicos que ligan la depresión con la acumulación de grasa visceral. Estos resultados también pueden ayudar a explicar el porqué la depresión incrementa el riesgo de diabetes y de enfermedades cardiovasculares.

Nicole Vogelzang; Stephen B. Kritchevsky; Aartjan T. F. Beekman... (et.al). Síntomas depresivos y cambio en la obesidad abdominal en personas mayores. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2008 DIC;65(12):1386-1393.

Opinión y motivación del médico.- Introducción. El objetivo del estudio fue conocer la opinión del médico de Atención Primaria (AP) ante la obesidad y su motivación para atender a estos pacientes.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Mil doscientos médicos españoles de AP, muestreo aleatorio estratificado por comunidades autónomas. Encuesta de 63 ítems autocumplimentable, datos sociodemográficos, salud del encuestado, opinión sobre la obesidad, motivación para atender a estos pacientes y tratamiento.

Resultados. Se repartieron 897 encuestas, respondieron 519 (57,9%). Entre estos, el 63,5% eran hombres, grupo de edad entre 45-54 años (61,0%). Un 18,5% fumaban, un 91,7% consumió alcohol y un 45,5% practicaban ejercicio. El 35,5% tenía sobrepeso y el 4,9%, obesidad. De estos, el 15,4% nunca realizó dieta. El 91,9% tenía una percepción buena, muy buena o excelente de su propia salud. El 90,7% (IC 95%; 88,2-93,2) considera la obesidad una enfermedad y el 71,9% causa de muerte prevenible (64,4% zona norte de España $p < 0,05$). El 58,7% diagnosticó hipertensión o diabetes antes que obesidad. Un 88,3% observó un incremento de la tasa de obesidad entre sus pacientes. El 54,1% (IC 95%; 49,8-58,4) consideraban tener habilidad para motivar al paciente. El 50,1% (IC 95%; 45,8-54,4) prefería trabajar con pacientes con normopeso. Un 61,9% veía al obeso como gran comedor, inactivo y que no hacía caso al consejo médico, el 81,3% creían que el obeso se resiste a cambios del estilo de vida a largo plazo. Un 31,8% cree que los profesionales presentan actitudes negativas hacia estos pacientes (20% en la zona sur-este, $p < 0,05$). Un 52,3% había leído el último año 1-5 artículos sobre obesidad, 34,7% más de seis (44,2% en la zona centro, $p < 0,05$).

Conclusiones. El médico de AP ve la obesidad como una enfermedad y primera causa de mortalidad prevenible, se siente capaz de motivar al paciente, pero prefiere atender otras patologías. En la zona centro y sur-este del territorio español existe una mayor lectura de artículos y una percepción menos negativa de la obesidad.

R. Corio Andújar; J. Vidal Cortada; A. Rodríguez de Cossío... (et.al) Opinión y motivación del médico de Atención Primaria sobre la obesidad y el sobrepeso. SEMERGEN. 2009 DIC; 35(10):498-504.

OBNUBILACIÓN

Definición.- "Enturbamiento leve de la conciencia caracterizado por la fatiga, el deterioro de la atención y de la concentración y el descenso de la reactividad ante los estímulos externos. Puede estar presente en trastornos cardiovasculares, neurológicos y psicopatológicos".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- La obnubilación es una alteración cuantitativa de la conciencia vigil donde baja la atención y se lentifica la asociación de ideas (bradipsiquia). El sujeto responde pero permanece alejado del medio.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

OBSESIÓN

Definición.- "La *obsesión* es un tipo de pensamiento intrusivo, parasitario, constante y forzado, y, como característica fundamental: no puede ser rechazado".

Yaryura-Tobías José, "El trastorno obsesivo-compulsivo de la niñez y la adolescencia", incluido en Grau Martínez A y otros (2000), Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. Madrid: Editorial médica Panamericana, pág. 307.

Definición.- 1. Idea o impulso en la mente del sujeto de la cual no puede éste librarse por medio de ningún proceso conciente, que resiste a todas las influencias de la lógica y al razonamiento desagradable. 2. (*Psicoanálisis*) La explicación más corriente en nuestros días de esta situación se refiere a la actividad de lo inconciente. Según Freud, las obsesiones son la consecuencia de la liberación de cualidades

instintivas reprimidas, de su representación inconciente. La afirmación principal de Freud con respecto a la compulsión, se basa en conceptos relacionados con la sexualidad infantil; Jung destaca el papel del inconciente colectivo y Adler lo relaciona con sentimientos de inferioridad. 3. La obsesión puede ser ordenada por medio de grados en distintos tipos: a) solamente como disturbio físico; b) como disturbio físico y acompañado de emoción conciente; c) como disturbio físico acompañado de emoción conciente a lo que se agrega una idea específica del objeto de la emoción; pero sin significación (sentido) lógica; d) como disturbio físico acompañado de emoción, a lo que se agrega una idea y un significado. 4. (*Parapsicología*) El conjunto o control de una persona por una personalidad intercalada que se supone formada por elementos separados de la misma personalidad. Muchas veces está tomada por una personalidad descarnada u otro espíritu. (Alemán: *Besessenheit*). Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

OLIGOFRENIA

Definición.- Calificativo genérico aplicado a los estados producidos por la falta o el retraso más o menos relativos, del desarrollo (maduración) de la actividad personal o psíquica. Se trata de un concepto predominantemente cuantitativo, pero que se manifiesta en variaciones cualitativas de la conducta, ya que al faltarle al sujeto la base para llenar los requerimientos que el medio social le exige de acuerdo a su edad cronológica, se ve obligado a llenar esa laguna esforzando su mente y dando lugar a reacciones sustitutivas (síntomas productivos de la oligofrenia) que pueden hacerlo aparecer como psicópata o incluso como psicótico. Teóricamente considerado, el término "oligofrenia" puede dividirse en tres elementos: Oligognosia, Oligotimia y Oligotella, que designan, por separado, la escasez del desarrollo intelectual, afectivo y conativo-práxico respectivamente. Pero en la práctica, el término "oligofrenia" sirve casi exclusivamente para designar el retraso intelectual. Sinónimos: *amnesia, oligognosia*. (Francés: *faiblesse mental*).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Se entiende por *oligofrenia* la detención del desarrollo intelectual antes que este se haya completado. Por consiguiente, la causa deberá estar antes del nacimiento, durante éste o después durante los primeros meses de vida.

Castelluccio, Clases dictadas en la asignatura "Correlaciones de la clínica médica" en la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano (Buenos Aires), durante 1987/89.

Clasificación.- Así, de acuerdo al momento donde se instala la causa, las oligofrenias podrán ser prenatales, natales o posnatales. Algunos importantes ejemplos son los siguientes:

Prenatales	Causas cromosómicas	Síndrome de Down (Mongolismo) Síndrome de Turner Cri du Chat
	Causas genéticas	Oligofrenia fenil-pirúvica Galactosemia
	Causas congénitas	Hipotiroidismo congénito Herpes Zoster Parasitosis (ejemplo: toxoplasmosis) Intoxicaciones (alcohol, drogas) Traumatismo de la madre Virus de la madre (ejemplo: rubeola) Malformaciones congénitas del sistema nervioso Incompatibilidad del factor Rh
Natales	Accidentes durante el parto	
Postnatales	Traumatismos craneanos Infecciones (encefalitis, meningoencefalitis)	

Aclaraciones:

Causas cromosómicas: mal intercambio genético durante la división del cromosoma.

Causas genéticas: por lo común, presencia de genes recesivos que producen trastornos metabólicos (enzimopatías).

Causas congénitas: actúan durante el desarrollo intrauterino, como por ejemplo una enfermedad de la madre.

Causas natales: accidentes durante el parto.

Causas posnatales: traumatismos o infecciones después del nacimiento.

Castelluccio, Clases dictadas en la asignatura "Correlaciones de la clínica médica" en la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano (Buenos Aires), durante 1987/89.

Oligofrenias prenatales por causas genéticas.- Son habitualmente producto de errores metabólicos producidos por un gen recesivo heredado. Faltan ciertas enzimas, con lo cual ciertas sustancias se metabolizan en forma incompleta. Ejemplos: la galactosemia y la oligofrenia fenil-pirúvica.

En la *galactosemia* falta una enzima, la galactosa, cuya ausencia produce sustancias tóxicas para el sistema nervioso central: no hay mielinización.

Respecto de la *oligofrenia fenil-pirúvica*, cabe comenzar diciendo que la fenil-alanina es un aminoácido esencial que ingresa por la alimentación. Lo normal sería que este aminoácido pase a la sangre y actúe sobre él una enzima, la fenil-alanina-4-hidroxidasa, con lo cual el aminoácido se transforma en tirosona, que luego se transforma en dopamina y melanina. La dopamina se transforma luego en parte en adrenalina y noradrenalina. En estos pacientes la dopamina no falta porque puede obtenerse por otros caminos metabólicos, pero sí falta la melanina.

La fenil-alanina que no pudo transformarse en esos productos normales va a transformarse en dos productos tóxicos: el ácido fenil-acético y el ácido fenil-pirúvico. Especialmente este último impide la mielinización del sistema nervioso central.

Diagnóstico.- a) Coloración casi blanca de la piel por falta de melanina; b) examen de orina: se pone en la orina una gota de cloruro férrico el cual, al combinarse con el ácido fenil-pirúvico presente en estos enfermos, da un producto que otorga a la orina un color azulado.

Tratamiento.- Tan pronto se diagnostica la enfermedad, debe suspenderse de inmediato todo alimento que contenga fenil-alanina para evitar el daño cerebral, o sea leche y derivados lácteos. Si se hace a tiempo el niño crecerá sano.

Castelluccio, Clases dictadas en la asignatura "Correlaciones de la clínica médica" en la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano (Buenos Aires), durante 1987/89.

Oligofrenias prenatales por causas congénitas.- Las siguientes son causas congénitas posibles de las oligofrenias prenatales:

a) *Hipotiroidismo congénito.-* Es la causa más frecuente.

b) *Herpes Zoster.-* También llamado 'culebrilla', es un virus que anida en el tejido nervioso de feto, habiendo pasado allí a través de la placenta durante el embarazo. Se mantiene latente hasta que en un momento dado se manifiesta produciendo neuritis acompañada de brotes de vesículas (pequeñas ampollas) que siguen el trayecto del nervio afectado, y por ello son dolorosas. Normalmente se curan en un lapso de 7-10 días. Es en ese tiempo que la toxina del Herpes deja de actuar a nivel de la piel. La neuritis puede o no desaparecer dependiendo esto del sistema inmunológico del paciente.

c) *Toxoplasmosis.-* Es una parasitosis que padecen los animales y contagian al hombre. En la mujer embarazada puede provocar: a) abortos espontáneos, b) que el toxoplasma pase a la placenta y de allí al sistema nervioso central del feto, donde producirá calcificaciones cerebrales.

d) *Intoxicaciones.-* Alcoholismo o drogadicción de la madre. También el alto consumo de medicamentos que actúan a nivel cerebral.

e) *Traumatismos importantes.-* Que pueda recibir la madre durante el tiempo de gestación, y que producen una mala circulación placentaria.

f) *Virosis.-* De la madre durante el primer trimestre de embarazo, siendo la más importante la rubéola.

g) *Malformaciones congénitas.-* Del sistema nervioso central.

h) *Incompatibilidad Rh.-* Ocurre cuando el padre es Rh+ y la madre Rh-. El bebé resulta Rh+ y por tanto la madre comienza a crear anticuerpos anti-Rh. En el primer embarazo esta sensibilización de la madre no produce consecuencias en el bebé, y por ello es importante tenerla en cuenta en las múltiples.

Si en un segundo embarazo genera un bebé Rh+, los anticuerpos que formó en el primero van a atacar los glóbulos rojos del feto hasta destruirlos, generando sustancias tóxicas que, como la bilirrubina, atacan al sistema nervioso central.

Hoy en día esta patología está muy controlada. Luego del primer embarazo a la madre se la desensibiliza mediante una vacuna, con lo cual se destruyen los anticuerpos anti-Rh que había fabricado, y en los siguientes embarazos seguirá actuando como si fuera el primero. Aún cuando el bebé nazca con este síndrome, se le puede cambiar toda la sangre evitando que llegue a la oligofrenia.

Castelluccio, Clases dictadas en la asignatura "Correlaciones de la clínica médica" en la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano (Buenos Aires), durante 1987/89.

ONICOFAGIA

Definición.- 1. Hábito de morderse las uñas, los dedos y los pequeños pellejitos periungueales. Aparece en la infancia, y cuando se convierte en hábito pertinaz, suele ser síntoma de neurosis. 2. (Psicoanálisis) Interpreta este hábito como sustitutivo del onanismo, como una de las diversas formas de descarga motora de la tensión interna.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ORGANONEUROSIS

Definición.- Cursos morbosos en los que predomina una sintomatología corporal, casi siempre de estilo visceral y localizable en un determinado órgano o aparato (a través de la doble vía diencéfalo – vegeto – horno – vaso – muscular) que sirve de núcleo de conversión y descarga de los malestares y las represiones personales.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "Neurosis con sintomatología predominantemente visceral; referida a un órgano o aparato; trastornos neurovegetativos provocados por factores psíquicos. Ejemplos: Neurosis cardíacas, gástricas, etc. Punto de partida: situaciones espirituales, shocks emocionales y conflictos morales. En ciertos casos el punto de partida es orgánico y debido a la angustia que provoca un estado patológico. El tratamiento es similar al de la neurastenia" (Betta, 1984:534).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

PAIDOFILIA

Generalidades.- Palabra derivada del griego que significa "amor por los niños" y hace referencia al contacto sexual entre un adulto y un niño/a. La paidofilia es una patología que puede manifestarse sin que se observe ningún desorden de pensamiento, de afecto o de conducta por parte de quienes la ejercen.

El paidofílico permanece fijado a una elección de un objeto en el cual no se ha establecido aún la primacía de la zona genital. Sigmund Freud, en Tres Ensayos para una teoría sexual (1905) describe el funcionamiento primitivamente anárquico de las pulsiones parciales no genitales.

Las causas de la fijación pueden ser experiencias sexuales traumáticas pregenitales o excesiva estimulación derivada de una relación significativa con un paidofílico. Generalmente, estos pacientes sufren una gran privación afectiva en la infancia.

Clasificación.- Existen dos tipos de paidofílicos: el fijado y el depresivo. El paidofílico fijado trata al niño/a con los intereses del niño/a, y es una relación narcisista. Los abusadores fijados se sienten como niños/as y toda la vida consideran que la relación sexual debe ser realizada con niños/as y no con adultos. En cambio, los depresivos son reactivos (...) tratan de rescatar al niño/a de las garras del mundo adulto, frío y rechazante. Ejemplo: padrastros que abusan de sus hijas.

El paidofílico fijado encuentra compañeros que no se quejan, y, por lo tanto, es muy difícil el tratamiento. Los abusadores depresivos son personas que, por lo general, han sido abusadas en su infancia. Este tipo de abusador se relaciona con el niño/a como si éste fuese adulto, lo que busca es sentirse valorado por un compañero/a más subordinado y menos amenazante.

Perfil del paidofílico.- Todas las investigaciones al respecto revelan que el paidofílico suele ser: hombre de mediana edad, solitario, conservador en sus actitudes sexuales, con creencias religiosas firmes y con tendencia a la ingesta excesiva de alcohol.

Los padres que abusan de sus hijos aparecen tanto en las clases sociales marginadas y en los extractos medios y altos. No son psicóticos, criminales o enfermos mentales graves. Por el contrario, la mayoría de los padres que abusan de sus hijos son intelectual y psicológicamente normales, a excepción de su incapacidad para controlar el stress y manejar sus necesidades emocionales en situaciones concretas.

En los sujetos paidofílicos el impulso aparece en forma abrupta, como sin sentido (...). En los abusadores, ocurren procesos disociativos, alternando la fuerte idealización con la dependencia y la denigración con el odio, cuyo núcleo está constituido por antecedentes de trauma infantil, ligados a la angustia de castración, sean derivados de abusos sexual padecido pasivamente u otras injurias corporales no elaboradas psíquicamente.

Las personas que efectúan abusos sexuales en menores raramente dañan físicamente a sus víctimas inocentes. El adulto aprovecha el poder que le otorga la fuerza física y la edad pero, por sobre todo la confianza y la dependencia afectiva del niño/a. Por lo general, sólo trascienden a la opinión pública cuando son seguidos de muerte o por denuncias judiciales.

Estadísticas.- Se estima que uno de cada cuatro (25%) niños/as han sido o están siendo objeto de abusos sexuales y hay que destacar que el 90% de los casos denunciados se dan en el seno del hogar, por familiares, amigos íntimos de la familia o vecinos, en contra de la creencia popular de que los adultos paidofílicos realizan sus prácticas con desconocidos.

Las investigaciones desarrolladas demuestran asimismo que: el abuso sexual de niños/as es mayor que el abuso físico o los golpes; la edad promedio en la Argentina es de 11 años; el primer contacto se produce entre los 6 y los 9 años; el último contacto se da entre los 14 y los 16; entre el 75% y el 90 % de los niños/as afectados no lo cuentan a nadie; el 97% de los abusadores son hombres; el 92% de las abusadas son niñas; en el 40% de los casos los abusos fueron de una prolongada duración, desde algunas semanas hasta 7 años.; para establecer la relación se utilizó la fuerza en el 60% de los casos; el 11% de los niños/as afectados/as fueron incentivados con dinero o regalos; en el 25% de los casos el señuelo para atraer al niño/a se basó en la "lealtad" y en el "afecto" de una relación muy cercana a su familia.

Un trabajo realizado en el Hospital de Pediatría Dr. Ricardo Gutiérrez (Argentina), entre 1988 y 1992, consigna que en el 76% de los casos de maltratos a niños/as analizados el ranking de motivos fue el siguiente: 1º) Abuso sexual (37%). 2º) Abuso físico (23%). 3º) Negligencia de los adultos (19%). 4º) Causas combinadas (12%). 5º) Abuso emocional (9%).

En la "Defensoría del Menor" del Colegio Público de Abogados de San Isidro (Buenos Aires), se reciben alrededor de 100 consultas mensuales, y entre 11 y 20 corresponden a abusos a niños/as, la mayoría de las veces por parte de familiares. Las secuelas psíquicas sufridas en la infancia producen miedo, vergüenza y culpa. La inmensa mayoría de las personas afectadas por el abuso sexual guardarán toda la vida el secreto y sentirán un gran rechazo a tener una vida sexual activa. Muchas veces, el abuso sexual en los niños/as produce trastornos esquizo-afectivos y personalidad borderline en el adulto.

Fuentes consultadas:

Enciclopedia sexual del Adulto. Realidades y problemas de la vida sexual. 1979.

Freud S (1905) Tres ensayos de una teoría sexual.

Freud S (1919) Pegan a un niño. Aportación al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales.

El libro de la sexualidad, del País Semanal. Elena Ochoa y Carmela Vázquez. Madrid, España.

Claudia Selser. Diario Pagina 12.

Romano Ester, Múltiples perspectivas en la comprensión del abuso sexual. Elementos de falibilidad y/ o certeza en el diagnóstico de víctimas y victimarios. Nuevas perspectivas interdisciplinarias en violencia familiar. Sexualidad. Revista de APDEBA, Nº 2. 1994.

Leclaire S, Asociación Psicoanalítica Argentina. 1975.

PALIFRASIA

Definición.- Repetición intencional de ciertas palabras o frases en la conversación.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PALILALIA

Definición.- "Alteración del lenguaje que consiste en la repetición constante de la última palabra de la frase".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- Denominación que da Souques a la repetición involuntaria de una palabra o frase, varias veces seguidas.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PALIOLOGIA

Definición.- Repetición involuntaria de frases ya dichas, creyendo el sujeto que las dice por primera vez. Es síntoma de trastornos mentales.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PALIMBULIA

Definición.- Inconstancia de la voluntad, que cambia continuamente. Comúnmente aparece junto con otros trastornos de la voluntad tales como la *abulia* y la *bulastenia*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PALINFRASIA

Definición.- Vicio de lectura en los niños pequeños, y alteración en el lenguaje hablado en los adultos, que consiste en la duplicación de las sílabas.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PARAFILIA

Definición.- Desviación sexual. Se caracteriza por intensas y repetidas necesidades, fantasías o conductas sexuales que generalmente implican objetos anómalos -animales, objetos inanimados, niños-, formas de relación anómalas como sufrimiento o humillación propia o del compañero, o relaciones con personas que no consienten.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 459.

PARAFRENIA

Definición.- “Desde el punto de vista etimológico, el término quiere decir ‘espíritu contiguo’. Se trata de un estado psicopatológico delirante, cuyos temas varían según los grupos nosológicos, acompañados en ciertos casos de alucinaciones. La parafrenia fantástica desarrolla ideas extravagantes, incoherentes, con variadas alucinaciones. El tipo confabulante sin alucinaciones presenta relatos imaginarios. El tipo expansivo se caracteriza por el delirio fastuoso. En la parafrenia con alucinaciones sistemáticas se observan ideas de persecución y de grandeza. Estos sujetos presentan una excelente adaptación al mundo real, aunque elaboren un sistema delirante. Viven, pues, en dos mundos diferentes”.

Virel A., Vocabulario de psicoterapias, Barcelona, Gedisa, 1985, pág. 225.

Generalidades.- En 1912 Kraepelin separa este grupo de las esquizofrenias paranoides. Los diagnósticos de parafrenia son inhabituales y además difíciles, ya que es difícil determinar sus características, pues tienen rasgos de esquizofrenia pero también de paranoia.

La parafrenia no tiene signos 'positivos' o sea, típicos o característicos. En todo caso podemos mencionar que no tiene evolución deficitaria o lo tiene en grado mínimo. Además, aparece en la edad adulta, como la paranoia (alrededor de los 40 años), y es más comunicativo que el esquizofrénico. También vemos en la parafrenia la llamada 'diplopía de la vida' (visión doble), es decir, están yuxtapuestos en él tanto su mundo delirante como el mundo de la realidad en que vive: el parafrénico nutre su delirio de la realidad, no como el paranoico que está encerrado en su delirio. Por esto el parafrénico puede convivir con su familia y desarrollar actividades. Los parafrénicos utilizan neologismos y los explican (el esquizofrénico no los explica), y suelen escribirlos, aunque, a diferencia del paranoico, no lo hacen a nadie en particular. Otras características ya fueron mencionadas en el cuadro de diferencias con paranoia y esquizofrenia (ver).

Se mencionan cuatro formas clínicas (no para saberlas): 'sistemática', 'confabulatoria', 'expansiva' y 'fantástica'. La sistemática es la más similar a la paranoia, aunque el delirio no es tan sistematizado. Puede haber alucinaciones, pero no son tan importantes como en la esquizofrenia. La forma fantástica es similar a la esquizofrenia paranoide. La forma expansiva se caracteriza por la exaltación del humor, y hay que distinguirla de la manía. En la forma confabulatoria, el enfermo arma fabulaciones.

Condensado de López Susana y Hemmingsen Isabela, Trastornos de la percepción y el pensamiento. Clases de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Setiembre/Octubre 1995.

Definición.- “El término parafrenia es un concepto mal delimitado en la actualidad ya que se ha utilizado, bien como sinónimo de esquizofrenia paranoide, para designar un cuadro psicótico de evolución progresivamente deteriorante y con un delirio bien sistematizado, y por último para referirse a un trastorno paranoide que surge en la vejez con sintomatología delirante y alucinatoria. En la actualidad se incluye en la clasificación de la OMS (1992) CIE-10 en el concepto de esquizofrenia paranoide (esquizofrenia parafrénica) y en el grupo de trastornos de ideas delirantes (parafrenia tardía), siendo el concepto omitido en la clasificación DSM-IV. Sin embargo el concepto clásico va más allá definiendo el término parafrenia como un trastorno de entidad propia”.

Espiño Díaz I y otros, Parafrenia. Evolución histórica y conceptual. INTERPSIQUIS. 2007.

Evolución histórica y conceptual.- “El término parafrenia fue acuñado por Kahlbaum en 1863 refiriéndose a cuadros, no necesariamente psicóticos, que aparecían en periodos de transición vital, sobretudo en edades inusualmente tempranas o tardías. Magnan en 1890 describió el “delirio crónico progresivo”. Delirio caracterizado por cuatro fases que pueden llegar a superponerse; la primera de perjuicio, persecución e interpretaciones delirantes, una segunda con alucinaciones auditivas, una tercera de elación y megalomanía y, finalmente una cuarta caracterizada por el deterioro cognitivo. Las parafrenias aparecían, junto otras muchas entidades, dentro de este concepto de “delirios crónicos progresivos” de Magnan.

En Francia, Dupré y Logre, entre 1910 y 1914, propusieron agrupar con el nombre de “psicosis imaginativas o delirios de imaginación” a los delirios de mecanismo imaginativo que asientan sobre un fondo mitomaniaco.

En la misma época Kraepelin (Lehrbuch der Psychiatrie, 1913) como resultado de una revisión de su clasificación de las psicosis endógenas, habla por primera vez del subgrupo de las parafrenias concibiendo como tal al grupo constituido por una serie de pacientes que anteriormente se englobaban dentro de las demencias paranoides (dementia praecox) pero cuya evolución clínica se distinguía por la ausencia de una progresión hacia la demencia. Así plantea establecer una subdivisión situando en un extremo a los pacientes cuyo delirio no se mantiene y que cambian hacia la disgregación, en el contrario aquellos cuyo delirio se mantiene sistemáticamente, e interponiendo entre ambos un nuevo grupo utilizando el término de parafrenia para referirse a los pacientes con un delirio de presentación exuberante, un leve desarrollo de las alteraciones de la emoción y de la volición, en los que no existía progresión hacia un deterioro cognitivo o una desintegración de la personalidad. Asimismo subraya que los síntomas paranoides y los delirios marcados eran característicos de estas formas de aparición clínica, ligeramente diferentes a la demencia precoz. Caracteriza a estos delirios endógenos por su limitada y escasa evolución demencial y describe cuatro formas:

1. Parafrenia sistemática: propia del sexo masculino que suele manifestarse a partir de los 30 años y que evolucionaría en fases: depresiva, persecutoria, de grandeza y deterioro cognitivo leve. Se desarrolla un delirio de persecución de forma insidiosa, para posteriormente añadirse elementos afectivos de exaltación, es decir, teñidos de grandiosidad, junto con alucinaciones fundamentalmente auditivas, revelaciones, recuerdos y un cambio progresivo del afecto, relacionado con la temática delirante, que pasa a adquirir un carácter megalomaniaco y a veces místico, pero que, aunque influye en actividades cotidianas, no le impide rendir como solía hacerlo.

2. Parafrenia expansiva: más frecuentes en mujeres jóvenes caracterizado por desarrollo insidioso, con humor exaltado y megalomanía exuberante, con alucinaciones visuales y auditivas, ideas de persecución secundarias al contenido megalomaniaco y curso lento y crónico. Difícil diagnóstico diferencial de una manía psicótica. Suele cursar con brotes limitados en el tiempo entre los que la enfermedad se mantiene atenuada evolucionando a un cierto debilitamiento del delirio, siendo por ello la de mejor pronóstico.

3. Parafrenia confabulante: típica de ambos sexos y de aparición temprana, destaca por un predominio de las fabulaciones, paramnesias y deformación delirante de los recuerdos. Evoluciona de modo continuo hacia un defecto ligero pudiendo existir encapsulación del delirio.

4. Parafrenia fantástica: de predominio en hombres apareciendo sobretodo en la tercera y cuarta década de la vida caracterizada por construcciones delirantes múltiples, imaginativo-fantásticas, pensamiento incoherente y paramnesias con alucinaciones muy frecuentes en todos los campos. Rápida hacia un defecto (llamada antiguamente demencia fantástica).

Este cuadro parafrénico kraepeliano correspondería bastante con los "delirios de imaginación" de Dupré y Logre y el "delirio crónico de evolución sistemática" de Magnan.

Bleuer (1912) se muestra contrario a aceptar la existencia del concepto parafrenia como entidad propia, tendiendo a englobarlas dentro del amplio grupo de las esquizofrenias.

Años después, el discípulo de Kraepelin, Mayer, observó una muestra de pacientes diagnosticados de parafrenia por su maestro pero que, con la evolución, mostraban un deterioro marcado y síntomas de esquizofrenia, por lo que rechazó la independencia nosológica de la parafrenia, tal y como, al final de su carrera haría el propio Kraepelin¹.

Fueron consideradas por Mayer, Gross, Bumke y otros también pertenecientes a la escuela germana, bien como esquizofrenias tardías (ya que comenzaban según estos autores a partir de la cuarta década de la vida) o bien como incluíbles en el grupo de las esquizofrenias paranoides de Leonhard.

Kleist a su vez dividió las parafrenias en: fantasiofrenias, confabulosis progresivas, somatopsicosis y autopsicosis progresivas.

En la escuela francesa, Halberstad en 1912 y posteriormente Claude en 1932, se muestran partidarios de mantener la parafrenia como entidad independiente, este último señala que el delirio no es tan incoherente como el de los esquizofrénicos y que evoluciona sobre un fondo esquizo-maniaco.

Henry Ey², desde 1934, concede autonomía a las parafrenias y realiza una descripción de los delirios parafrénicos con integridad de la personalidad. Según la escuela francesa, las modalidades de comienzo de estas psicosis son muy variables, algunas se desarrollan de forma lenta e insidiosa (a veces a lo largo de varios años), y otras se constituyen rápidamente. Para él son construcciones nacidas a partir de un desorden psicótico de cualquier naturaleza, de tal forma que sobreviviendo a la alteración psicótica originaria fuese elaborándose una reconstrucción de los valores del Yo y del Mundo. Encuadra las parafrenias dentro de los trastornos delirantes crónicos bajo la denominación de "delirios fantásticos".

Caracteriza el delirio fantástico en su periodo de estado por:

1. Pensamiento paralógico: El pensamiento mágico está desbocado, no responde en exclusiva a las experiencias alucinatorias, y toma de la fantasía ideas que tienen su fuente en el pensamiento arquetípico y primitivo. La fábula delirante se desarrolla fuera de la comprensión posible, adaptando el espacio y el tiempo a la nueva visión en la que personas, acontecimientos y situaciones adquieren nuevos significados.

2. Megalomanía: Asociada a ideas de influencia, control y persecución (conspiraciones misteriosas, luchas políticas...), ideas de envenenamiento, de transformación de órganos, de embrujamiento, convierten a estos enfermos en víctimas acorraladas por innumerables perseguidores. Los temas de grandeza (la identificación con grandes reyes o profetas, la intervención de todas las potencias sobrenaturales en los acontecimientos de la fabulación) son aquí preponderantes. Esta ideación compleja, generalmente extravagante e inverosímil sitúa al sujeto en el primer plano de su realidad haciéndolo imprescindible y sirviéndole como identificador.

3. La primacía de la fabulación sobre las alucinaciones: A pesar de que las experiencias alucinatorias suelen estar presentes en forma de voces, presagios, revelaciones, comunicaciones telepáticas y visiones entre otros, prima el delirio en forma de discursos llenos de detalles y de contenido extravagante, muy ricos en ideas fantasiosas.

4. Integridad paradójica del yo: Es llamativa la adecuada adaptación a la realidad, a pesar del pensamiento paralógico-fantástico que inunda las experiencias del sujeto. Típicamente viven la yuxtaposición de dos mundos, el imaginario y el real, sin que esto suela generar un conflicto y sin que influya mayormente en las actividades y en los rendimientos de los pacientes.

Estos mismos autores franceses hablan de una evolución a lo largo de varios años que termina en un estado de delirio crónico, por lo general irreversible. El delirio fantástico después de una fase de elaboración activa, se fija indefinidamente en sus temas esenciales. Diferencian variedades de evolución, la forma sistemática es la que más lentamente se desarrolla y termina en una forma de delirio fantástico en el que el automatismo mental persiste durante mucho tiempo, acompañado de síntomas habituales (voces, eco del pensamiento, telepatía), los cuales aparecen al delirante como fuentes de información sobrenaturales y mágicas. En la forma expansiva la psicosis evoluciona por brotes con exaltación afectiva y grandes delirios, lo que les confiere mejor pronóstico ya que el delirio tiende a atenuarse y empobrecerse con el paso del tiempo. Henry Ey³ incluye también como parafrenias postprocesuales las que siguen una esquizofrenia, manía o melancolía, como forma de evolución de una capacidad delirante que no cesa.

Fuera de estas escuelas las contribuciones han sido numerosas; Pereyra⁴ en 1957 caracteriza la parafrenia por un delirio de carácter polimorfo, humor expansivo y la no existencia de alteraciones volitivas y de conciencia (conservación de la personalidad del paciente, que vive repartíendose entre dos mundos). Concede autonomía a las parafrenias y las denomina "delirios crónicos con ideas polimorfas".

Sarró⁵ prefiere el término esquizoparafrenias al de esquizofrenias con el objeto de eliminar el matiz de disminución que siempre acompaña a este último. El término parafrenia equivaldría a "esquizofrenia subespecie creatividad" y prefiere hablar de mitos parafrénicos o mitologemas (gran variabilidad temática con carácter mágico-fantástico, siendo el paciente protagonista indispensable de su delirio parafrénico) en lugar de delirios esquizofrénicos.

Con el avance del siglo y la edad de supervivencia media progresivamente en crecimiento, se comenzaron a observar cuadros propios de la edad madura y de la vejez, principalmente en mujeres, a menudo afectas de déficits sensoriales (hipoacusia y ceguera), con rasgos paranoides o esquizoides de la personalidad y en ocasiones con antecedentes de esquizofrenia entre sus familiares, cuya sintomatología no encajaba del todo en las descripciones típicas de los clásicos para los episodios de los sujetos jóvenes. De esta forma se recupera en término parafrenia tardía (Martin Roth. 1961), en un intento de reconstruir la historia natural de los trastornos mentales en los mayores de 60 años. Así, denominaron parafrenia tardía⁶ a cuadros delirante bien sistematizados, de aparición por encima de los 60 años, a veces acompañados de alucinaciones, con una respuesta afectiva bien preservada y una evolución no deteriorante, al mismo tiempo que delirios de control y otros síntomas de primer rango de Schneider. Se mantuvo el término parafrenia al recordar el cuadro descrito por Kraepelin a principios de siglo.

Aparece en el 10% de los ingresos de mayores de 60 años y en la actualidad, en un tercio de los pacientes tratados remiten las manifestaciones por completo, otro tercio presenta una sintomatología atenuada y oscilante y el resto no responde al tratamiento. En los últimos años la literatura anglosajona⁷ ha tenido en cuenta los aspectos orgánicos incluidos en este cuadro.

Varios estudios se han referido a la atipicidad de los síntomas de los estados psicóticos en la edad avanzada en comparación con la esquizofrenia de inicio temprano, concluyendo que no existen bases sólidas para afirmar la inclusión de este cuadro en el grupo de las esquizofrenias o trastornos delirantes crónicos⁸.

Fenomenológicamente la parafrenia está a medio camino entre la desorganización esquizofrénica y la sistematización del paranoico caracterizada por una conservación global impropia del defecto progresivo del esquizofrénico. Junto con la expresión clínica es necesaria la valoración de la evolución longitudinal, clave del diagnóstico⁵.

Espiño Díaz I y otros, Parafrenia. Evolución histórica y conceptual. INTERPSIQUIS. 2007.

Referencias bibliográficas

1. Barcia D. Tratado de psiquiatría. Tomo II. Delirios crónicos (Pág. 896).
2. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de psiquiatría. 5ª edición. Barcelona. Masson. 1978. (Pág. 462-65).
3. Ey H. Estudios sobre los delirios. Fundación Archivos de Neurobiología. Editorial Triacastela. Madrid. 1998.
4. Pereyra C.R. Parafrenias. Delirio crónico con ideas polimorfas. Editorial Salerno. 1965.
5. Sarró S. En defensa de la parafrenia. Rev Psiquiatría Fac Med Barna. 2005; 32(1):24-29.
6. Roth M. Late paraphrenia: a variant of schizophrenia manifest in late life or an organic clinical syndrome? A review of recent evidence. Int J Geriatr Psychiatry. 1998; 13(11):775-84.
7. Tonkonogy JM., Séller JL. Late-onset paranoid psychosis as a distinct clinicopathologic entity: magnetic resonance imaging data in elderly patients with paranoid psychosis of late onset and schizophrenia of early onset. Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol. 1999. Oct; 12(4):230-5.
8. Almeida O.P. Psychotic states arising in late life (late paraphrenia) psychopathology and nosology. Br J Psychiatry. 1995 Feb; 166(2): 205-14.

Cuadro actual.- "Inicio entre los 35 y los 40 años de edad, frecuentemente se hallan antecedentes psicopatológicos en los progenitores. La irrupción de los síntomas suele ser progresiva en el curso de meses o incluso de años. La construcción delirante se caracteriza por una ausencia de sistematización y constante cambio; los contenidos parecen absorbidos por construcciones mágicas y paralógicas, como fábulas fantásticas. Las producciones delirantes cuentan con una base imaginativa fabulatoria, a diferencia de las psicosis alucinatorias crónicas que partían de alucinaciones. El delirio parafrénico es un

delirio instalado en la cronicidad, aunque con riqueza y fantasía. Todo ello coexiste con la adaptación objetiva del sujeto en el entorno.

Existen dos formas evolutivas básicas:

1. Sistemática: curso limitante, reduce las posibilidades y amplitud fabulatoria e imaginativa, y queda organizado un sistema delirante cada vez más fijo.

2. Expansiva: producción patológica se reduce y luego se reagudiza, aunque cada vez de forma más espaciada. Apariencia maniforme. Pronóstico mejor que la forma anterior.

En la evolución (Sarró S. En defensa de la parafrenia. Rev Psiquiatría Fac Med Barna. 2005; 32(1):24-29) destaca una encapsulación o estabilización de las ideas delirantes. Raramente las funciones superiores y la personalidad del paciente sufren un deterioro que pueda compararse al que a menudo se observa en enfermos esquizofrénicos.

En el tratamiento utilizaremos fármacos antipsicóticos que permiten reducir el perímetro del delirio. Se aconseja mantener un control con estos fármacos a dosis reducidas, no para eliminar el delirio sino para prevenir las reagudizaciones. Dosis altas de antipsicóticos además de no conseguir una reducción del delirio, producen un empobrecimiento del contacto del enfermo con el entorno. En estos casos está plenamente indicado realizar técnicas socioterapéuticas y psicoterapéuticas en el contexto del tratamiento institucional".

Espino Díaz I y otros, Parafrenia. Evolución histórica y conceptual. INTERPSIQUIS. 2007.

PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

Generalidades.- Una definición válida y vigente es la de Barraquer Bordas y col. (1966), para quienes "la PCI es la secuela de una agresión encefálica, que se caracteriza primordialmente por un trastorno persistente, pero no invariable del tono, de la postura y del movimiento, que aparece en la primera infancia, y que no sólo es directamente secundario a esta lesión no evolutiva del encéfalo, sino debido también a la influencia que dicha lesión ejerce en la maduración neurológica". Lesión fundamentalmente motora, en cavidad craneana, en etapa temprana de la vida y no evolutiva son las características esenciales del agrupamiento llamado PCI (1:51). A partir de allí puede adoptar diferentes formas (cuadros piramidales, extrapiramidales, cerebelosos o coreoatetósicos), diferentes profundidades (desde signos motores mínimos hasta cuadriplejía invalidante pasando por paresias, hemiparesias, etc.), diversidad que impide a priori una lectura global de su incidencia sobre el aprendizaje y la adecuada inserción escolar (p. 52).

El niño con PCI y sin retardo mental puede, por lo general, integrarse a la escuela común, siempre que la familia, la comunidad educativa y los profesionales aúnen esfuerzos para ello y puedan alcanzar, a pesar de la discapacidad, el máximo logro académico que le permita su potencial (p. 61).

Tallis Jaime y Soprano Ana María, "Neuropediatría. Neuropsicología y Aprendizaje", Nueva Visión, Bs. As., 1991.

PARAMNESIA

Definición.- Deformación de los recuerdos o del reconocimiento, en virtud de la cual se evoca un recuerdo transformado u otro recuerdo que no corresponde a la sensopercepción original, pero que no obstante es aceptado por el "juicio de identificación". Los productos resultantes de su acción son denominados "falsas memorias" o pseudo-recuerdos". Esta falsificación de la memoria se encuentra muy a menudo en los enfermos mentales. (Francés: *fausse mémoire*.)

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "Trastorno de la memoria que afecta el reconocimiento de los recuerdos; el 'deja vu' es tomado como 'jamais vu' y a la inversa".

Virel A., Vocabulario de psicoterapias, Barcelona, Gedisa, 1985, pág. 224.

Definición.- "Las alteraciones cualitativas de la memoria reciben denominación general de 'paramnesias'. Son 'falsos reconocimientos', recuerdos inexactos no ajustados a la realidad" (Betta, 1984:162).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Clasificación.- "a) Fenómeno de lo ya visto (deja vu): Sensación de que una vivencia nueva ya ha sido experimentada con anterioridad. Normalmente por la fatiga psíquica; se acompaña de una sensación de extrañeza. En estados patológicos, neuróticos y esquizofrénicos; estos últimos no experimentan extrañeza. b) Fenómeno de lo nunca visto (jamais vu): Impresión de no haber visto nunca algo que en realidad es bien conocido (esquizofrénicos y algunos delirantes). c) Ilusión de la memoria: Deformación de un recuerdo por el agregado de detalles inexactos creados por la fantasía. En personas normales por efecto de la fatiga. En estados patológicos: (delirantes y esquizofrénicos). d) Alucinación de la memoria: Evocación sin recuerdo. Actualización de vivencias que nunca fueron experimentadas ni registradas por la conciencia (delirantes y esquizofrénicos). e) Criptomnesia: Recuerdo que pierde el carácter de tal en el

momento de su evocación; no se pierde porque puede actualizarse, pero se olvida su registro anterior. f) Ecmnesia: Intensa y vívida actualización de los recuerdos de una época; el enfermo se transporta y cree vivir en ella. g) Paramnesia reduplicadora: Proyección del presente hacia el pasado; sensación de un doble estado de conciencia que se ubica simultáneamente en dos épocas" (Betta, 1984:162).
Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

PARANOIA

Generalidades.- Kraepelin define la *paranoia* como una patología con desarrollo insidioso, que depende de causas internas, que tiene una evolución continua según un sistema delirante duradero e imposible de sacudir, y que se instaura con una conservación completa de la claridad y el orden del pensamiento, así como del querer y la acción.

En la claridad, el orden y el querer y la acción está la diferencia importante con la esquizofrenia.

Comienzo insidioso significa lento y progresivo, sin ruptura con la personalidad anterior. Kraepelin señala un primer momento de preparación o incubación, con invasión lenta de ideas delirantes, con ciertas dudas. Luego va creciendo y las sospechas se convierten en certezas.

Cuando este autor habla de causas internas se refiere a las somáticas, pero luego reconoce que, a diferencia de la esquizofrenia, intervienen también causas intrapsíquicas, que concurren con estímulos vitales (externos).

Lo típico del delirio paranoico es que debe ser sistematizado, coherente: el paciente lo expone en forma racionalizada, cerrada y organizada, siendo su mecanismo la 'interpretación delirante', entendida como inferencia que va desde una percepción correcta a un juicio erróneo, en virtud de una asociación afectiva. No es un 'delirio autístico' como el esquizofrénico, pues toma en cuenta los datos de la realidad, aunque luego los interprete en forma delirante.

En la paranoia es central el delirio: las alucinaciones son episódicas, y puede haberlas o no. En todo caso hay "alucinaciones de la memoria" o reinterpretaciones del pasado.

Hay dos grandes tipos de delirio, cuyas divisiones hacen a las formas clínicas de la paranoia: 1) 'delirios de perjuicio' (de persecución, de celos, de hipocondría), y 2) 'delirios de grandeza' (erotómano o creerse amado, delirio de los inventores, de los místicos y los de estirpe: estos últimos reinterpretan su pasado y se adjudican un linaje real, por ejemplo). En todas las formas de paranoia encontraremos delirios de perjuicio y de grandeza combinados.

Ey compara un delirio con una novela donde el sujeto cuenta toda su vida y sus peripecias. Para este autor, expresa así la lucha trágica del Yo contra el mundo, donde se acentúa la idea de combate. A veces los paranoicos son reticentes a expresar su delirio, y otras no: incluso los escriben para convencer a los demás. También pueden ser peligrosos y matar a otros a partir de su delirio. Se cita un ejemplo de delirio erotómano tomado de Clerembault, donde una mujer cree que el rey de Inglaterra se ha enamorado de ella, y donde hay componentes de persecución porque cree que el rey le juega malas pasadas.

En cuanto a las formas clínicas, conviene quedarnos con las cuatro indicadas por Freud en el caso Schreber: delirio persecutorio, erotómano, de celos y de grandeza (aunque hay otros como el delirio querellante, el místico, etc).

Condensado de López Susana y Hemmingsen Isabela, Trastornos de la percepción y el pensamiento. Clases de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Setiembre/Octubre 1995.

Tipos.- Hay varios tipos de trastornos delirantes o "paranoias" (como se llamaba antes a estos trastornos) según el tema delirante (celos, persecución, perjuicio, etc.), la duración y el curso de la enfermedad. Todos ellos se caracterizan por el protagonismo del delirio casi en ausencia de otros síntomas psicóticos, ni los "síntomas negativos" que se han descrito en el apartado de la esquizofrenia. El delirio suele referirse a un solo tema concreto y no puede rebatirse mediante argumentación lógica. Por lo general, el paciente se resiste a recibir tratamiento y no es raro que después de varias tentativas de tratamiento, el paciente tienda a ocultar un delirio que persiste (se dice que permanece "encapsulado") con repercusión específica sobre un área de la vida de paciente (la afectada por el delirio) pero respetando relativamente otras áreas.

<http://salud.discapnet.es/guias+de+salud/guia+sobre+salud+mental/trastornos+psicoticos/>

Paranoia según Adler.- La paranoia se ve en las personas que desarrollan una actividad inicial muy enérgica pero que se detienen a cierta distancia del objetivo que se impusieron. Buscan una excusa para justificar o postergar sus posibles derrotas en la vida. El paranoico oculta su fracaso ante sí mismo para proteger su sentimiento de autoestima. Las manías de persecución y de grandeza reflejan una búsqueda activa de superioridad. La autovaloración del paranoico se orienta hacia la auto divinización. En contraste con la melancolía, su irresponsabilidad se apoya exteriormente más sobre la culpa ajena y las circunstancias externas sobre sí mismo.

Condensado de Adler Alfred (1967) Práctica y teoría de la psicología del individuo. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición. Capítulo 22.

Paranoia en la población en general.- Antecedentes. El juzgar si podemos confiar en otras personas es central en la interacción social, a pesar de ser propenso a error. El miedo a otros puede ser inculcado por el clima político y social contemporáneo. La desconfianza infundada se llama paranoia y en formas severas es un síntoma central de esquizofrenia. Objetivos. Demostrar que los individuos sin enfermedad mental severa en la población en general experimentan pensamientos paranoicos infundados, y determinar los factores predictivos de la paranoia utilizando el primer método de laboratorio de captura de experiencia. Método. Se valoraron de forma neutral a doscientos miembros del público en general y posteriormente se incorporaron a un paseo por tren de realidad virtual poblado por caracteres neutrales. Se utilizaron las regresiones logísticas ordinales (controlando la edad, género, pertenencia étnica, educación, desempeño intelectual, estatus socioeconómico, uso de tren, jugar juegos de computadora) para determinar los predictores de la paranoia. Resultados. La mayoría convino que los caracteres fueron neutrales, o incluso pensaron que fueron amistosos. Sin embargo, una minoría substancial reportó preocupaciones paranoicas. La paranoia fue fuertemente pronosticada por la ansiedad, preocupación, anomalías perceptivas e inflexibilidad cognitiva. Conclusiones. Hasta el momento ésta es la demostración más inequívoca de la idealización paranoica en el público en general. La paranoia puede comprenderse en términos de factores cognitivos. El uso de la realidad virtual debe conducir a avances rápidos en la comprensión de la paranoia.

Daniel Freeman; Katherine Pugh; Angus Antley, Estudio de realidad virtual del pensamiento paranoico en la población en general. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 ABR; 192 (4):258-263.

PARAPROSEXIA

Definición.- Aumento de la atención espontánea, con disminución de la forma voluntaria. Es característica de los estados de excitación: manía (Betta, 1984:67).
Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

PARASOMNIA

Definición.- "Trastorno que afecta al sueño y lo perturba. Las parasomnias forman un grupo heterogéneo de trastornos que se dan sobre todo en la edad pediátrica, pero pueden persistir en el adulto manifestando una psicopatología. Las que afectan al sueño no REM son frecuentes en la infancia y se observan en la primera mitad de la noche. Incluyen el terror nocturno, el sonambulismo y la enuresis nocturna. De las que afectan al sueño REM, la más frecuente es la pesadilla. Existen una serie de parasomnias consideradas menores debido a su menor repercusión sobre el sueño nocturno: el bruxismo, las parálisis aisladas de sueño, el reflujo gastroesofágico, las reacciones dolorosas, etc.".
Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- Actividad normal en la vigilia pero anormal mientras se duerme. Pueden ser: a) *Enuresis*: incontinencia urinaria que se produce en el sueño en fase delta. Puede ser primaria u orgánica, si nunca dejó de hacerlo, o secundaria o psíquica si en algún momento fue capaz de contener. B) *Sonambulismo*: se produce al pasar del sueño delta a un estado confuso de semi-despertar. Los sentidos están obnubilados y aparecen conductas motoras con pobre coordinación. C) *Bruxismo*: rechinar de los dientes, característico del sueño superficial (fases 1 y 2 del periodo no REM).
Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

PARATIMIA

Definición.- La presentación de afectos, por ejemplo, por mimos (paraminal), los cuales no corresponden a los normalmente evocados por las ideas presentes en la conciencia del sujeto.
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "Se refiere a aquella situación en la que la afectividad del individuo no parece apropiada al contexto en que se produce. Se conoce también como afecto inapropiado".
Vallejo Ruiloba J y otros, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Masson, Barcelona, 1999, 4º edición, pág 233.

PATOLOGÍA DUAL

Definición.- Los autores toman como ejemplo dos patologías: un trastorno psiquiátrico y el uso de sustancias psicoactivas (TUS). Indican que el término patología dual "ha adquirido múltiples connotaciones, pudiendo significar en su sentido más puro que ambos diagnósticos son independientes y ocurren de forma simultánea, y también que el síndrome psiquiátrico puede haber sido inducido por sustancias o que el TUS es secundario a un trastorno psiquiátrico. Existe un creciente interés por el

estudio de las manifestaciones psicopatológicas coexistentes con el consumo de sustancias psicoactivas, posiblemente debido a la alta prevalencia con que aparecen en la población general y en muestras de pacientes, así como a la influencia que pueden ejercer en la evolución y el pronóstico tanto del trastorno adictivo como del trastorno mental”.

San Molina L y otros, Aspectos generales de la patología dual. MONOGRAFÍAS DE PSIQUIATRÍA. 2004 NOV;(4).

PATOLÓGICO

Generalidades.- Lo patológico remite a 'pathos' (sufrimiento). Canguilhem cita dos concepciones que perduran aún hoy:

a) Ontológica: la enfermedad es algo dañino que entra al organismo, como los malos espíritus, por lo que la curación significa expulsión. Hay que localizar la enfermedad en algún lugar. Hoy en día se piensa por ejemplo en virus o agentes tóxicos externos.

b) Dinámica: la enfermedad supone una perturbación de la armonía del hombre con la naturaleza. Lo externo ya no es causa sino desencadenante, y la enfermedad es el intento por restablecer el equilibrio perdido o crear uno nuevo: tal la reacción curativa. La medicina entonces debe imitar la acción natural, y hoy en día lo vemos en la concepción de lucha de instancias y conflictos (en vez de virus).

Relación normalidad-patología.- Hay también dos concepciones: a) Lo patológico es un aumento o disminución de lo normal, como pensaba Freud. La relación es íntima, una cuestión de cantidad. Freud hablaba de curar como hacer conciente lo inconciente, levantar las represiones, reemplazarlas por el juicio de condenación, 'que donde Ello había Yo debo advenir', la capacidad de gozar y obrar. b) Lo patológico es cualitativamente distinto a lo normal.

Grunfeld B, Reseña histórica de la psicopatología. Clases dictadas durante 1996 en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

PATONEUROSIS

Definición.- (*Psicoanálisis*) Neurosis que se produce a raíz de una enfermedad orgánica o de un trauma y en que la libido que ha sido retirada desde el mundo exterior no se dirige hacia la totalidad del Yo, sino principalmente hacia el órgano enfermo o herido, provocando síntomas especiales en dicha región. Expresión utilizada por primera vez por *Ferenczi*, para referirse a la condición en la cual un quantum no ordenado de material inconciente se asocia con un proceso orgánico patológico conocido. Así, pues, el término “patoneurosis” tiene un significado semejante al de neurosis actual, si bien el primero es una especie de psicosis orgánica, mientras el último es una neurosis orgánica.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PERSEVERACIÓN

Definición.- Alteración el curso del pensamiento que consiste en la repetición automática y frecuente de representaciones (predominantemente verbales y motrices) que son introducidas como material de relleno en los casos en que existe un déficit en la evocación de nuevos elementos ideológicos. Cuando se trata de la perseveración verbal de una o dos palabras, el síntoma recibe el nombre de *Embolalia*.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PERSONALIDAD MELANCÓLICA

Personalidad melancólica y depresión.- “*Antecedentes:* Desde hace mucho tiempo, el tipo de personalidad melancólico (TM) se ha considerado en la psicopatología continental y japonesa como una constelación de rasgos vulnerables relevantes para el desarrollo de la depresión. *Método:* Se evaluó la presencia de los síntomas en una población de 116 pacientes no internados que sufrían un episodio depresivo mayor según el DSM-IV, de acuerdo con el sistema de documentación estandarizado de la Asociación para la Metodología y Documentación en Psiquiatría (AMDP). Se exploraron las características de la personalidad por medio de los Criterios para Tipos Melancólicos (CTM). *Resultados:* Se encontraron diferencias estadísticas significativas en los índices psicopatológicos relacionados con la depresión (es decir, los niveles más altos se dieron en los sentimientos de culpabilidad, el sentimiento de pérdida de sentimientos, de pérdida de impulso vital y de bajos grados de irritabilidad y de disforia) en sujetos de TM y de no TM, apoyando la especificidad fenoménica de la depresión de TM en ambos niveles de síntoma y de sub-síndrome. *Limitación y Conclusiones:* Aunque nuestros resultados fueron obtenidos de una muestra seleccionada de pacientes no internados de un centro de salud mental universitaria, son indicativos de diferencias psicopatológicas entre sujetos de TM y de no TM en los síntomas base de la depresión. Estas diferencias destacan la importancia de incluir los CTM para la caracterización fenotípica del trastorno depresivo, sugiriendo que puede mejorar la práctica del diagnóstico y del tratamiento, y puede que sea un endo-fenotipo psicopatológico razonable en la investigación de la vulnerabilidad del espectro afectivo en poblaciones de riesgo”.

Stanghellini G y otros, El Tipo Melancólico: La estructura de la personalidad y las características del episodio depresivo mayor unipolar. FUENTE: J AFFECT DISORD. 2006 JUL; 93(1)

PERSONALIDAD NARCISISTA

Según Kernberg.- La personalidad narcisista es ubicada por Kernberg entre los trastornos fronterizos de la personalidad. El principal problema de estos pacientes parece residir en su autoapreciación, pudiendo ver en ellos casi como un "cultivo puro" del desarrollo patológico del narcisismo. Las relaciones objetales están referidas a sí mismo: tiene una inusual necesidad de ser amados y admirados, en contraste con un concepto muy inflado de sí mismo. Tienen una vida emocional poco profunda, escasa empatía por los demás, y encuentran pocos motivos para disfrutar, excepto los derivados de su narcisismo. Cuando su brillo se desgasta se sienten inquietos y hastiados, envidian a otras personas, tienden a idealizar a quienes espera admiración, y desvalorizan a los que no lo gratifican narcisísticamente. Suelen ser explotadores y parásitos, y se sienten con derecho a poseerlos; una naturaleza fría y despiadada se esconde tras su aparente encanto, y su desconfianza los hace incapaces de depender de nadie.

Su altanería y grandiosidad es muchas veces una defensa contra rasgos paranoides vinculados con la proyección de su rabia oral. Superficialmente vemos ausencia de relaciones objetales, pero más profundamente, sus relaciones internalizadas son intensas, primitivas, atemorizantes y revelan incapacidad para depender de objetos buenos internalizados. La personalidad antisocial es un subgrupo de la narcisista, a la que se agrega una severa patología superegoica.

Kernberg Otto (1991) Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Buenos Aires: Paidós.

Kernberg Otto (1989) Trastornos graves de la personalidad. Buenos Aires: Paidós.

PATONEUROSIS

Definición.- "Neurosis cuyos síntomas están localizados en una parte del cuerpo previamente afectada por una enfermedad orgánica".

Rycroft Ch (1976) Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, pág. 87.

PERVERSIÓN

Generalidades.- A los efectos de diferenciar la perversión de las neurosis y psicosis, se pueden distinguir tres momentos a través de los cuales Freud articulará el concepto de perversión:

Primer momento teórico.- "Tres ensayos para una teoría sexual" (1905). Aquí Freud cuestiona el concepto de sexualidad "normal" y postula una sexualidad perversa polimorfa en la infancia, expresión de pulsiones parciales dominantes. La perversión sería una especie de falla en la síntesis de estas pulsiones bajo la supremacía genital.

Segundo momento teórico.- "Pegan a un niño" (1919). El análisis de la fantasía sado-masoquista permite articular la perversión con el complejo de Edipo, pero aún no queda bien diferenciada de la neurosis.

Tercer momento teórico.- "El fetichismo" (1927), "La escisión del yo en el proceso de defensa" (1938, y "Esquema del psicoanálisis" (1939). Freud aísla el mecanismo específico de la perversión, la renegación, para diferenciarlo de las neurosis. Adquieren importancia el complejo de castración.

El concepto de renegación aparece también como Denegación, Desmentida o Repudio. En distintas épocas, Freud usa el término Renegación para referirse a:

a) Renegación como respuesta del niño frente a la percepción de la diferencia de los sexos, bajo el supuesto de la existencia universal del pene. No es una patología sino un momento de la constitución subjetiva.

b) Renegación como "rechazo" de una parte de la realidad intolerable. Es una defensa enérgica de las psicosis, asimilable a "abolición" o "forclusión".

c) Renegación como posición del perverso frente a la castración de la mujer (madre), diferente de la posición neurótica (represión) y de la psicótica. En la perversión coexisten la corriente neurótica con la psicótica sin interferirse mutuamente. Es el sentido de renegación que aquí veremos en el tercer momento teórico de Freud sobre la perversión.

Veamos más concretamente qué plantea Freud en algunos artículos medulares de este tercer momento.

"El fetichismo" (1927).- Ciertos sujetos entablan una elección de objeto considerando al fetiche como objeto sexual, con lo cual están conformes y no es motivo de sufrimiento para ellos. No confundir esto con la 'condición fetichista', donde ciertos rasgos del objeto resultan adecuados para una relación amorosa o erótica.

El fetiche es el sustituto del pene de la mujer (de la madre) en cuya existencia el niño creyó otrora y al cual no quiere renunciar. Normalmente, los niños deben abandonar la loca idea de que todos tienen pene, sobre todo su madre. Sin embargo el perverso no destierra esta creencia porque, al reconocer la castración en la madre esto lo confrontaría con reconocer su propia castración, con lo cual vería amenazada su posición narcisista.

En la perversión, el niño tiene 'conservada' la percepción de la falta de pene en la mujer (no es una escotomización, donde la percepción fue borrada), pero por otro lado tal percepción fue 'abandonada'. Hay una Renegación (distinta al rechazo o abolición de las psicosis, donde la percepción fue rechazada, no conservada). Se crea así un conflicto entre la percepción ingrata y la fuerza del deseo opuesto. Este conflicto se resuelve mediante una transacción.

Freud vacila en usar la expresión 'transacción' porque ello sugiere que el fetiche es un síntoma neurótico (este es una transacción), y dicho fetiche no es un síntoma. Esta vacilación encuentra luego otra resolución en "La escisión del yo en el proceso de defensa" (ver más adelante).

Aquí Freud señala la solución del conflicto cuando el perverso crea un sustituto del pene en la mujer, el fetiche, el cual cumple dos funciones:

a) Es una protección contra la amenaza de castración y un emblema de triunfo sobre ésta: como la mujer tiene un falo sustituto (el fetiche), no está castrada y por tanto el perverso tampoco puede serlo. El fetiche es una defensa contra la angustia de castración.

b) Le evita caer en la homosexualidad, porque a la mujer le confiere aquel atributo (el fetiche) que la torna aceptable como objeto sexual.

¿Cómo se constituye el fetiche? Se conserva como fetiche la última impresión percibida 'antes' de la impresión siniestra o traumática (como quien nada recuerda luego de un trauma). Puede ser el pie o el zapato, por ejemplo, derivado de cuando el niño espía los genitales femeninos desde abajo. En ese momento ocurrió el hecho traumático de la comprobación de la ausencia de pene, y el pie o el zapato quedaron como último recuerdo.

Freud distingue perversión de psicosis. Comenta el caso de dos jóvenes que habían perdido al padre durante la infancia, y el hecho de haber rehusado reconocer esa muerte no hizo que fueran psicóticos: negaron un fragmento de la realidad así como el fetichista repudia la realidad de la castración femenina.

A partir de estos ejemplos ve Freud una semejanza entre perversión y neurosis: tanto los jóvenes neuróticos como los pacientes fetichistas toman al mismo tiempo dos posiciones subjetivas que subsisten paralela e independientemente: una corriente reconocía cierto hecho (conservación de la percepción), pero otra corriente no lo reconocía (abandono de la percepción). Tal sucedía por ejemplo en "El hombre de las ratas" donde por un lado se considera con derecho a suceder a su padre muerto (acepta la muerte), pero por el otro considera que su padre vive aún e impide su actividad. En la psicosis, en cambio, falta una de estas corrientes: la aceptación de la realidad percibida.

En el mismo acto del perverso se puede ver esta doble actitud de aceptar la castración femenina y de renegar de ella: "la ternura y la hostilidad en el trato del fetiche equivalen a la repudiación y a la aceptación de la castración". Da el ejemplo del cortador de trenzas, donde en su acción combina ambas corrientes o actitudes: "la mujer conserva su pene" y "el padre ha castrado a la mujer". Ambos enunciados se sostienen sin conflicto: ninguno es causa del otro.

"La escisión del yo en el proceso de defensa" (1938).- Freud intenta aquí abordar el problema de la escisión (spaltung) del yo, un tema que dejará abierto e inconcluso. Rescatemos de aquí lo que interesa para el problema del fetichismo.

En el yo se produce un clivaje cuando sostiene dos afirmaciones contradictorias: "la madre fue castrada por el padre" y "la madre tiene pene". Freud nos da un ejemplo de un niño acostumbrado a satisfacer sus demandas pulsionales y que de repente se anoticia que de seguir así sufrirá un peligro real. Frente a esto el yo debe enfrentar el conflicto entre reconocer el peligro real y su consecuencia, o negar la realidad y convencerse que el peligro no existe (y continuar con su satisfacción pulsional). Lo normal, dice Freud, es terminar aceptando la prohibición creyendo en la realidad del peligro de la castración. Esta es la solución neurótica, donde 'abandonar' significa represión.

Lo anormal, notable o ingenioso se da en la perversión, donde ambas corrientes no entran en conflicto al modo neurótico, sino que coexisten sin influenciarse mutuamente. Pero esta solución se alcanza al precio de un desgarrón, una escisión en el yo que puede profundizarse con el tiempo.

A diferencia de la psicosis, en la perversión no se alucina un pene sino que se lo desplazó a otra parte del cuerpo (el cabello, los pies, etc).

El proceso de escisión yoica tiene lugar en el adulto, porque el niño es perverso polimorfo. Tomando siempre como referencia al adulto, caben tres diferencias entre la perversión y la neurosis:

- 1) La defensa contra la castración es la renegación, no la represión.
- 2) Se produce una escisión en el yo, un desgarrón diferente al yo del neurótico, el que por un lado se defiende del ello y por el otro sufre los reproches de la conciencia moral. Aquella escisión asemeja a la perversión más a la psicosis que a la neurosis.
- 3) El fetiche no tiene estatuto de síntoma: si bien se forma por desplazamiento y sustitución, Freud lo categoriza como un objeto.

"Esquema del psicoanálisis" (1939).- Interesa aquí el capítulo 7: "El aparato psíquico y el mundo exterior". Freud se pregunta si acaso el mecanismo de formación del fetiche no implica una transacción lograda con ayuda del desplazamiento, al igual que en los sueños o síntomas neuróticos.

Freud contesta diciendo que aquí no hay transacción sino duplicidad. Mientras el conflicto en el neurótico es intersistémico (yo-ello: donde una corriente fue reprimida al ello), en el perverso es intrasistémico (es

el yo mismo que está escindido en dos corrientes). Esto explica porqué en el perverso pueden coexistir un comportamiento sexual normal y otro perverso.

Condensado de Sigal Silvia, La perversión: un recorrido freudiano (artículo) (publicación interna de la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996).

Perversión infantil.- En la infancia son también normales ciertas perversiones (el niño es un perverso polimorfo), entre las cuales se mencionan las adicciones, el travestismo y el fetichismo. Ello no significa que luego el adulto sea perverso, pues no siempre esos factores permanecen activos más allá de la adolescencia.

El niño es perverso pero no en el sentido adulto, en tanto aún no llegó a la etapa donde subordina lo pregenital a lo genital (la perversión adulta es precisamente no subordinar lo pregenital a lo genital).

Entre las perversiones infantiles están las adicciones, por ejemplo a los dulces, lo que tiene su origen en deseos insatisfechos que buscan canalizarse vía oral.

Es frecuente también el travestismo, donde los niños se disfrazan jugando con ropas masculinas o femeninas para imaginarse a sí mismos en los roles de padre o madre. Al disfrazarse de varón, la niña al mismo tiempo descarga su masculinidad constitucional y monta defensas contra la envidia del pene. Cuando el niño se viste como niña o actúa como tal jugando con muñecas, puede deberse a varias razones, como por ejemplo atraer el cariño de su madre con el disfraz de la hermana preferida, o también negar su masculinidad fálica que, supone, no le agrada a la madre.

El fetichismo infantil es también normal, y puede o no continuar en la adultez. Puede resultar de una defensa frente a ciertas ansiedades o simplemente una exteriorización de los impulsos sexuales.

El fetichismo infantil se parece al adulto en cuanto catectiza algún objeto, parte del propio cuerpo o de otra persona con gran cantidad de libido, narcisista u objetal. Por ejemplo un chupete, el pecho, una actividad masturbatoria pueden ser fetiches. Estos tienen en el niño una variedad de funciones, de simbolizaciones, mientras que en el adulto sirve a un solo propósito: la satisfacción sexual.

Que la perversión infantil persista en la adultez dependerá de varios factores. Por ejemplo, si los impulsos de la pubertad son lo suficientemente inertes como para controlar los impulsos pregenitales, si la libido de los puntos de fijación no fue muy grande, o si el deseo de ser 'grande' ofrece oportunidades para la gratificación sexual adulta.

Condensado de Freud Anna (1975) Normalidad y patología en la niñez. Capítulo 5

Generalidades.- Perversión es diferente de anormalidad, ya que la perversión determina fenómenos psicopatológicos relevantes. Ante la presencia de una práctica sexual no habitual se sospecha una perversión, pero ello no basta para diagnosticar perversión. En ésta encontramos síntomas básicos, que son los siguientes.

a) *Caída de la sensualidad*: no hay un dominio de las impresiones sensoriales; el estímulo actúa como señal y la actividad sexual es compulsiva, automática, rígida. Por ello la perversión implica inmadurez y fijación a etapas infantiles. b) *Frecuencia y satisfacción*: hay un aumento en la frecuencia de los actos perversos con una disminución de la satisfacción. Ello es debido a que la necesidad sobrepasa a la actividad. c) *Promiscuidad y anonimato*: hay carencia de firmeza y constancia ya que cambia el partenaire continuamente. Esto implica a su vez anonimato y promiscuidad. No hay un otro definido y elegido. d) *Desarrollo de fantasías, práctica y refinamiento*: en el perverso hay discrepancia entre fantasía y realidad, que genera inquietud y debilitación del contacto. Se desarrolla la práctica, manifestada en el modo de tomar posesión de los fetiches. También aparece el refinamiento, donde se destruye la relación dual, y las posibilidades personales y sociales. e) *Vivencia enviciada*: en la perversión encontramos comportamientos sexuales similares a la toxicomanía. En la vivencia enviciada el sujeto se centra en un momento reactivo que denota incapacidad y coarta su libertad. La vivencia enviciada se centra en el propio cuerpo (destrucción del sentido erótico de los otros). La vivencia perversa denota de algún modo el deseo de vivenciarse a mí mismo. f) *Periodicidad*: de la inquietud impulsiva. Se da por un incremento de los síntomas básicos de la perversión.

La satisfacción sexual es un fenómeno lo suficientemente complejo como para que su totalidad no sea simplemente captable por los métodos de observación tradicionales de las ciencias naturales. O sea, no sólo hay un acontecer motriz, una relajación muscular o una extinción del impulso sexual luego del coito, sino además un cúmulo de factores imponderables, desde el enfoque tradicional como caricias de índole no genital, una continuidad vital (hogar, objetivos comunes) y una comprensión o confianza mutua expresada en gestos y detalles no verbales.

Una falla en esta satisfacción sexual no nos permite hablar de perversión, pues puede deberse a circunstancias momentáneas. Hablamos de perversión en los casos en que aparece una regularidad de comportamiento y en general en los síntomas básicos descriptos anteriormente.

Giese y Gebattel, Síntomas básicos de las perversiones sexuales.

PETIT MAL

Generalidades.- Forma de epilepsia generalizada donde generalmente hay pérdida de conciencia, pero sin convulsiones. Por lo general se da en niños, quienes evidencian bajo rendimiento escolar debido a las ausencias y la atención dispersa. Si no es tratado, por lo general de adulto hace una crisis de Gran Mal. Cuando se trata de niños no deben confundirse las convulsiones epilépticas con las de origen febril, cuando en niños muy pequeños la temperatura sube a 40 grados. A veces en niños menores de un año pueden aparecer convulsiones con aumento brusco de la temperatura, y en niños mayores de esa edad las mismas convulsiones pero con aumento gradual de la temperatura. Luego ya no tendrán más convulsiones en la vida. No obstante, hay que vigilar a los niños con bajo nivel convulsionante (o sea quienes presentan convulsiones ante cualquier aumento de temperatura, por mínimo que sea), porque puede haber epilepsia.

Hay tres formas de Petit Mal: ausencias, Petit Mal miotónico, y Petit Mal mioclónico.

Ausencias.- Pérdida de conciencia por un espacio muy breve, generalmente inferior a 10 segundos. Pasa desapercibida porque no se pierde el tono muscular: sólo suspende la acción que estaba realizando y se queda 'en blanco'. Al despertar continúa lo que hacía. Es el niño que pasa como distraído. A veces se acompaña de parpadeo o movimiento del globo ocular. La frecuencia es muy variable y puede llegar hasta 20 ausencias por día. En general se ve en niños de 4 a 6 años.

Petit Mal miotónico.- Pérdida de conciencia muy fugaz pero acompañada de pérdida del tono muscular. Es el niño 'torpe'. Si baja el tono en las manos se le caen las cosas, si es en los pies se cae él, y si es en el cuello se le cae la cabeza hacia un lado. Es común entre los 8 y 11 años.

Petit Mal mioclónico.- No hay pérdida de conciencia pero hay una mioclonía, o sea una sacudida muscular muy fugaz (8 segundos) sin caerse. No son convulsiones sino sacudidas, más leves. Generalmente toma los miembros superiores (uno o ambos), sacudiéndolos y levantándolos por encima de la cabeza. Si se sacuden las piernas, las flexiona y cae. Es común entre los 8 y 12 años.

Castelluccio A, Clases de Correlaciones de la Clínica Médica, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

PITITISMO

Definición.- "Define los trastornos curables por sugestión y que, a su vez, la sugestión puede reproducir (Babinski)".

Virel A., Vocabulario de psicoterapias, Barcelona, Gedisa, 1985, pág. 230.

PREVALENCIA

Generalidades.- "El número de casos que existen de un trastorno. Hay distintos tipos de prevalencia".

"Punto de prevalencia. El número de personas que sufre un trastorno en un momento determinado. El punto puede ser una fecha de calendario (por ejemplo, 1º de abril de 1993) o un día cualquiera en un estudio concreto (por ejemplo, el cuarto día del estudio), sin considerar la fecha del calendario. Se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Número de personas con un trastorno en un punto específico de tiempo}}{\text{Total de población en un punto temporal específico}} = \text{Punto de prevalencia}$$

Período de prevalencia.- El número de personas que tiene un trastorno en cualquier momento durante un período de tiempo específico (mayor que un día natural o momento de tiempo). Se calcula de la siguiente manera: (página 205)

$$\frac{\text{Número de personas con trastorno durante un período de tiempo}}{\text{Total de población durante ese período}} = \text{Período de prevalencia}$$

El numerador incluye todos los casos que existan al comienzo del período de tiempo y cualquier nuevo caso que se produzca durante ese período. El período de prevalencia puede usarse para determinar el número de personas con un trastorno, el número de personas en tratamiento y la duración de la enfermedad.

Prevalencia a lo largo de la vida.- Una medida en un punto temporal del número de personas que han tenido ese trastorno en algún momento de su vida. Un posible problema es este de prevalencia es que debe basarse casi siempre en los recuerdos del paciente, que pueden ser poco certeros.

Prevalencia tratada.- El número de personas que han sido tratadas de un trastorno, al que se llega contando el número de personas en una zona geográfica definida que están recibiendo tratamiento. Se puede medir la prevalencia puntual tratada (por ejemplo, el número de pacientes tratados de un

trastorno en una clínica o en una fecha correcta), o la prevalencia del período tratado (por ejemplo, el número de pacientes que recibieron tratamiento por un trastorno en una clínica durante el pasado año).

Prevalencia transversal.- Una evaluación concreta de la prevalencia en un momento puntual. Se diferencia de un estudio longitudinal, en el que se estudia la población a lo largo de un período de tiempo" (página 204).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

PROSOAGNOSIA

Definición.- De *proso* (rostro) y *agnosia* (no reconocer), es un trastorno debido a una lesión cerebral donde el sujeto no puede reconocer rostros de personas de que supone debería reconocer, como los de sus familiares, amigos o figuras conocidas.

Si se le muestra una foto del presidente de su país, sabe que es un rostro pero no puede decir a quien pertenece; y si se le pregunta que lo infiera a partir del contexto (por ejemplo observando que el presidente da un discurso a toda la nación), puede contestar que es alguien importante, o que es el rostro de algún dirigente gremial, pero no podrá hacer el reconocimiento exacto.

PSEUDOALUCINACIÓN

Definición.- Alucinación que se produce preferentemente en las modalidades visual y/o auditiva, y en las que no existe convicción clara acerca de la realidad perceptiva de la experiencia, por lo que la persona las califica como imágenes o experiencias producidas por su propia mente.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 227.

Definición.- Las pseudoalucinaciones son las originadas en imágenes intuitivas o eidéticas; conciencia de la formación intrapsíquica; secundariamente se proyecta y se refiere al campo sensorio-perceptivo (Betta, 1984:88).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Y alucinación verdadera.- Se distinguen de las alucinaciones verdaderas por: a) delirio anterior al fenómeno alucinatorio. b) identificación del sujeto con su contenido: 'me dicen lo que pienso', c) el carácter espiritual impide descripciones: "vi un imagen que se me apareció, pero no puedo decirle como era", d) al pensamiento sigue la alucinación: "pensaba en ello y se me apareció", etc.

Pereyra C, (1984) Semiología y psicopatología. Buenos Aires: Salerno.

PSICASTENIA

Definición.- La palabra griega significa: falta de las energías psíquicas. Tipo de neurosis caracterizada por ansia enfermiza, ideas fijas, etc. Término de Janet; señala un gran grupo de trastornos obsesivos.

Sinónimo: *Estados de tensión obsesiva y ruminativa*. (A. Meyer). Sinónimo: *Neurastenia*.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- "Janet opinaba que la mayoría de las neurosis no son de naturaleza histérica: dependen del surmenaje y la fatiga, y las agrupaba bajo la denominación de 'psicastenia'. Los síntomas de la psicastenia –como obsesiones, fobias, ideas fijas, alucinaciones, depresiones, conductas compulsivas- no son la esencia de la enfermedad: se deben a que, por falta de energía o tensión psíquica, aparece una incapacidad psicológica para emprender determinadas actividades. Los estados de agitación surgen por la incapacidad de ejecutar tales actividades adaptativas, y la fatiga o el agotamiento profundo son consecuencia de la agitación misma y de la ejecución incompleta e insuficiente de aquellas actividades" (pág. 144).

Ackernicht E (1979), Breve historia de la psiquiatría. Buenos Aires: Eudeba, 4ª edición.

Generalidades.- "Aislada entre las neurosis por P. Janet. Se caracteriza por astenia, temores, timidez, obsesiones, dudas, angustia y ansiedad. Hay un permanente estado de indecisión y titubeo. Dudas y temores: pantofobia. Cavilación y depresión. Marcada hipobulía. Angustia y ansiedad. Ceremoniales: Actos semicontrolados, para conjurar males y situaciones adversas (pensamiento mágico). Astenia muy marcada. Ideas hipocondríacas, con sentimiento de despersonalización" (Betta, 1984:531).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Etiología.- "a) Factores predisponentes: Constitución hiperemotiva. Herencia y educación familiar. b) Factores desencadenantes: Orgánicos: endocrinos, sexuales, ováricos, testiculares, hipofisarios.

Psíquicos: Shocks emocionales" (Betta, 1984:531).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Diagnóstico diferencial.- "1º) Esquizofrenia: En el período de comienzo la heterogeneidad de la sintomatología hace el diagnóstico difícil; a veces es necesario esperar la evolución. El psicasténico mantiene su afectividad intacta, el esquizofrénico es desahogado; negativismo e introversión. 2º) Parálisis general progresiva: En el comienzo, difieren en que el psicasténico es un tímido por excelencia, el paralítico es irritable y violento, el primero hipobulíco. En el paralítico, debilitación y fallas de la crítica; no las hay en el psicasténico. 3º) Paranoias: Semejanza de síntomas durante la rumiación del delirio. Psicasténico abulíco, paranoico siempre en intensa actividad. 4º) Neurastenia: Difiere de la psicastenia por las obsesiones, fobias, dudas, ceremoniales y ansiedad de la segunda. 5º) Melancolía: Posibilidad de confusión con la psicastenia por el estado depresivo, preocupaciones, hipobulia, cenestopatías y ansiedad. El melancólico se aísla, sustenta ideas delirantes; el psicasténico tiene ideas obsesivas" (Betta, 1984:532).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Tratamiento.- "a) Aislamiento del enfermo. b) Clinoterapia para sedar la angustia y la ansiedad: pequeños paseos y baños tibios. c) Los bromuros son muy útiles. 2 a 4 gramos diarios. d) Actualmente se emplea la "cloropromazina": de 100 a 200 miligramos diarios. e) Hidrato de cloral: de 1 a 4 gramos diarios en jarabe o enemas. f) Los opiáceos: con mucha cautela por el fácil acostumbamiento. g) Los barbitúricos: luminal, venoral y somnifene. h) Medicación reconstituyente y estimulante: fósforo, arsénico y vitaminas. i) Psicoterapia" (Betta, 1984:532).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

PSICODIAGNÓSTICO

Generalidades.- En el marco del psicoanálisis y en el ámbito de la psicopedagogía, Schlemenson establece que el objetivo general del psicodiagnóstico es el siguiente:

1) Analizar como es la producción simbólica del niño (examinando pruebas gráficas, WISC, CAT, pruebas pedagógicas, etc).

2) Encontrar los elementos histórico-significativos que determinan esa producción simbólica (examinando entrevistas de motivo de consulta y de historia vital).

3) Correlacionar producción simbólica con elementos históricos significativos.

Para llevar a cabo lo anterior, primero conviene comenzar con una lectura general de todo el material, para ir teniendo una idea.

A continuación, una lectura más detallada, donde se elabora una hipótesis para cada prueba basándonos en recurrencias y convergencias.

Seguidamente, se correlacionan entre sí estas hipótesis, seleccionando solamente aquellas que presenten una correlación significativa, y descartando las otras. Más concretamente, buscaremos cómo lo histórico significativo de las entrevistas con los padres da cuenta de la producción simbólica del niño.

Los puntos que hay que destacar para cada entrevista o prueba son los siguientes: motivo de consulta, historia de vida, entrevista con el niño, pruebas proyectivas gráficas y pruebas proyectivas verbales (CAT).

Motivo de consulta.- 1) Averiguar los supuestos inconcientes de los padres acerca de la patología del niño. No los concientes, porque suelen estar desfigurados por racionalizaciones y otras defensas.

Estos supuestos se ven en el realce de frases, las que tomaremos en bruto pues ellas sintetizan dichos supuestos.

Examinamos así qué significación le ofrecen los padres al problema del niño, examinamos las incongruencias, así como aquello que es muy significativo para los padres, porque esto es lo que luego devolveremos en la devolución, con el fin de que en ésta los padres hagan una buena transferencia y puedan reposicionarse frente a la problemática del niño.

2) Hacer una descripción posicional de ambos padres frente al niño y su problema. Esto muestra porqué no se produjo el desprendimiento y consecutivo ingreso al campo social por sustitución (pudo haber sido, por ejemplo, porque fueron muy estimuladas las fijaciones eróticas al tenerlo la madre siempre acariciándolo sobre el regazo).

Estos aspectos posicionales son de orden histórico, y por lo tanto han de ser elaborados, no reestructurados aquí y ahora como hace la psicología sistémica.

Historia de vida.- 1) Ver la cadena edípica, incluyendo la generación anterior. Leonardo, por ejemplo, presenta una trama edípica compleja: es hijo de los padres pero también de su hermana que lo cría. La madre fue siempre abandonada.

2) Realce de los aspectos de crianza.

3) Realce de los aspectos básicos defensivos.

4) Acontecimientos y hechos traumáticos relevantes.

5) Realce de situaciones de salida y cambio (escolaridad, chupete, esfínteres, etc)

6) Organización del mundo social (relaciones del niño con el entorno social, proyectos, etc).

En general, a partir de todo lo anterior buscaremos una línea identificatoria.

Entrevista con el niño.- 1) Supuestos del niño acerca de su problemática.

2) Temores explícitos del niño (por ejemplo: teme repetir el grado porque se encontrará con la misma maestra).

Extraer frases del niño para luego devolvérselas en la devolución (o sea, en las devoluciones no deben hacerse interpretaciones, como "esto que hiciste significa tal cosa").

Pruebas proyectivas gráficas.- Comenzamos haciendo una descripción de la imagen (esto está arriba o abajo, o le cuesta dibujar la persona pero no el coche, etc).

Aparecen aquí cristalizaciones gráficas de las representaciones inconcientes del niño. Ver la singularidad del niño (hablar de lo anal, lo fálico es aún algo general).

Dibujo libre: aparece la representación de la imagen de sí. Ver los aspectos sobresalientes de la constitución narcisística del niño, lo que a su vez nos dará una pista acerca de su proyecto identificador. Lo que el niño dice sobre el dibujo es un esfuerzo de reconstrucción simbólica a nivel preconciente y conciente, que el niño hace sobre su producción.

Familia kinética: Muestra cómo el niño posiciona subjetivamente a los miembros de la familia en función de su proyecto. Investigaremos, por tanto, el posicionamiento subjetivo que reconoce de sí en relación a cada uno de los familiares.

Realzar la función e importancia de cada miembro, ver tamaños relativos, posiciones y distancias, actividades que desarrollan. Leonardo, por ejemplo, se sitúa con su novia en un lugar central del dibujo, como si fuera un adulto.

Pruebas proyectivas verbales (CAT).- Indagamos aquí también el posicionamiento subjetivo del niño en relación a los personajes que aparecen en las láminas (función materna, paterna, etc).

Analizamos las características de la producción simbólica del niño, o sea, qué dice sobre lo que ve. Por ejemplo, Leonardo niega el conflicto pues simplemente dice que hay pollitos desayunando y nada más. No hay una narración.

Analizamos los niveles de complejización de la trama narrativa.

Veremos también las recurrencias entre las láminas, y si hay o no distorsiones (como considerar al conejo de la lámina como si fuera un zorro).

Ejemplos:

Lámina 3) Función paterna.

Lámina 4) Función materna y uso del tiempo libre.

Lámina 5) Escolaridad primaria y alteridad.

Lámina 6) Sentimientos de exclusión en relación a la escena primaria.

Lámina 7) Aspectos paranoides.

Lámina 8) Tres generaciones juntas, situaciones de secretos.

Lámina 9) Soledad, sentimientos de recomposición narcisista frente al desvalimiento.

Lámina 10) Normativización del comportamiento del niño.

Resumen de Schlemenson Silvia, Como acercarse al material clínico en psicopedagogía. Clase del 14-11-96 dictada en la Cátedra de Clínica Psicopedagógica, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

PSICOLEPSIA

Definición.- (De psico- y el griego 'lèpsis', acción de coger) f. Psicol. Descenso repentino y brusco, aunque en general de corta duración, del tono psicológico, que se manifiesta en una suspensión de los procesos intelectuales. Su aparición es propia de ciertos estados psicasténicos y esquizofrénicos.

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

PSICONEUROSIS

Definición.- De psico- y 'neurosis') f. Psiq. Término poco utilizado en la actualidad que se refiere a algunas alteraciones mentales fácilmente reversibles y caracterizadas por la falta de anomalías psíquicas muy acentuadas. Sinón. 'neurosis'.

Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Generalidades.- 1. Los trastornos funcionales del sistema nervioso central, en cuanto involucran factores o funciones mentales. 2. (*Psicoanálisis*) Expresión genética que incluye todas las neurosis de transferencia y narcisistas en oposición a las neurosis actuales. 3. Curso morbo constituido por un conjunto de perturbaciones psíquicas y somáticas, que hacen sufrir al sujeto íntima e intensamente, aparecen principalmente determinadas por una motivación psicológicamente comprensible (aun cuando en su patología intervengan, a veces, factores orgánicos), propenden a perdurar y hacerse crónicas (cuando no son debidamente tratadas) y, no obstante, no alteran esencialmente la concepción del mundo, la orientación pragmática ante la realidad circundante ni los medios de expresión verbal de quienes la sufren, y son prácticamente curables por la Psicoterapia. Es un término de C. Dubois. (*Les Psychoneuroses et leur traitement moral*, 1909.)

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PSICOPATÍA

Definición.- "Término tradicional que indica un trastorno de personalidad distinguido por la impulsividad, la irresponsabilidad en las tareas cotidianas, la búsqueda constante de sensaciones, la frialdad emocional y el quebrantamiento de las normas sociales. Hoy en día ha sido sustituido por la expresión personalidad antisocial, aunque hay también psicópatas domésticos".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- Cualquier trastorno mental específico. En su significado exacto expresa una interpretación más bien dinámica de la psiquiatría, en oposición a su interpretación estática. Sinónimo: *Psicosis Menor*.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- (De psico- y el griego 'páthe', dolencia) f. Patol. Concepto genérico, discutido por algunos psiquiatras, que designa un conjunto de anormalidades psíquicas y de carácter que no deben considerarse neurosis o psicosis y cuyo origen no puede atribuirse a alguna lesión adquirida. Las psicopatías muestran múltiples formas intermedias entre la salud y la enfermedad.

Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Generalidades.- Los trastornos de la personalidad, también conocidos como psicopatías, o como personalidades psicopáticas, son la última frontera de la psiquiatría (Kaplan, 1992:86). Koch acuñó en 1891 el término "psicopático", e hizo una colorida descripción de las "inferioridades psicopáticas", que como indica su nombre eran consideradas, como una inferioridad, como un defecto moral. Afirmaba al respecto que "las almas impresionables, los sentimentales lacrimosos, los soñadores y fantásticos, los huraños, los apocados, los escrupulosos morales, los delicados y susceptibles, los caprichosos, los exaltados, los excéntricos, los justicieros, los reformadores del Estado y del mundo, los tercios y los porfiados, los orgullosos, los indiscretos, los burlones, los vanidosos y presumidos, los trotacalles y los noveleros, los coleccionistas, los inventores, los genios fracasados y los no fracasados".

Kraepelin, en 1921, fue el primero que usó el término "personalidades psicopáticas" y Schneider publicó en 1923 un libro titulado "Las personalidades psicopáticas", que tuvo 9 ediciones hasta 1959 y supuso la mayoría de edad de los trastornos de la personalidad y su entrada oficial en la Psiquiatría. Schneider debe su éxito a que estudió el tema desde un punto de vista clínico y empírico, evitando hacer juicios morales, como había ocurrido hasta entonces. Schneider definió a los trastornos de la personalidad como "variaciones o desviaciones de un campo medio de la personalidad, imaginado por nosotros, pero no exactamente determinable" y dijo que el concepto de personalidad psicopática debe ser manejado con precaución y sin connotaciones de valor moral, social o político (Kaplan, 1992).

Kaplan H y Sadock B, (1992), Compendio de Psiquiatría, México: Salvat.

Historia del concepto.- En el siglo pasado en nuestro país, el 90% de los delincuentes eran indios, mestizos, mulatos, etc., lo que era acorde con el positivismo de Lombroso. Pero a comienzos del siglo XX aparecen anarquistas, etc., o sea comienza a haber delincuentes blancos. Esto no condecía con la teoría positivista de la delincuencia debida a caracteres físicos, razón por la cual se empezó a buscar una causa mental, surgiendo así el psicópata (o sociópata, o enfermo moral, o personalidad de acción, etc), que actuaba impulsivamente, no sentía culpa y era peligroso. Ser psicópata pasó a ser un estigma, sinónimo de delincuente muy peligroso, y como cuadro aún hoy se lo describe así en manuales de medicina o psiquiatría legal, pero no es un cuadro estudiado usualmente en psicología.

Condensado de Álvarez C, Clases teóricas de la Cátedra de Psicología Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2º cuatrimestre de 1996.

PSICOPATOLOGÍA

Definición.- "Ciencia que estudia los trastornos de la vida psíquica (o, dicho de otro modo, de la conducta significativa) de los individuos. La psicopatología constituye la base de la psiquiatría y de la psicología clínica. Así como, en medicina, la fisiología, la fisiopatología y la clínica médica mantienen un orden escalonado desde el punto de vista epistemológico y una relación precisa, en el caso de la psicología, la psicopatología y la psicología clínica y psiquiatría no siempre han sido así, pues, inicialmente, la psicología experimental y la psicopatología partieron de campos de estudio y epistemologías diferentes. Hoy en día se ha superado este divorcio debido al desarrollo de la investigación, tanto en las áreas clínicas como bioquímicas y de la teoría del aprendizaje. Ello ha permitido consolidar los estudios psicopatológicos y clasificar los trastornos mentales de forma adecuada, siguiendo los modelos propios de la medicina y de la psicología clínica".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- 1. Estudio sistemático de los factores psicológicos que influyen sobre las enfermedades, como también de los procesos mentales patológicos. 2. Parte de la Psicología experimental, que somete

al individuo a estímulos en situaciones anormales, los cuales alteran la regularidad de su vida psicosomática. Fueron también "psicopatológicos" los crímenes que cometieron los médicos nazis en los campos de concentración, investigando, por ejemplo, la resistencia psíquica y somática en las torturas, o sometiendo a los prisioneros metódicamente a la temperatura más baja que el ser humano puede soportar.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- El objeto de la psicopatología es el acontecer psíquico conciente: no sólo el vivenciar sino las condiciones y causas de las que depende, y sus mutuas relaciones y sus consecuencias, pero sólo en el ámbito de lo patológico. La psicología y la psicopatología aprenden una de la otra, pero la frontera entre ambas no es nítida porque la enfermedad se puede entender de diversas maneras.

Psicopatología y psiquiatría.- La psiquiatría se ocupa del caso individual y concreto, intentando curarlo, mientras la psicopatología es una ciencia y como tal busca conocer, analizar y generalizar, tomando al hombre en sentido genérico. Sirve de apoyo a la psiquiatría, pero no puede disolver totalmente al hombre concreto en conceptos.

Psicopatología y psicología.- La psicología estudia la vida psíquica normal, y sirve de referencia a la psicopatología como la anatomía lo hace con la anatomía patológica. La misma psicopatología a veces tiene que construir una psicología, una idea de normalidad.

Psicopatología y medicina somática.- Están unidas porque cuerpo y alma forman una unidad indisoluble. Muchas veces aparece procesos corporales como causas más lejanas de problemas psíquicos: hay una interrelación recíproca. No obstante no hay que hablar de paralelismo entre lo somático y lo psíquico ni de una subordinación de unos a otros procesos. De las cadenas causales entre lo psíquico y corporal conocemos sólo los eslabones terminales. En suma, al investigar procesos psíquicos debemos pensar en causas corporales, y viceversa.

Psicopatología, metodología y filosofía.- La medicina somática tiene una metodología firmemente establecida, y la psicopatología y la psicología también deben tenerla, a pesar de las críticas de muchos que dicen que sólo son un conjunto de saberes vulgares inconexos. La filosofía es valiosa para la psicopatología en un sentido negativo: le muestra qué no tiene que hacer: especular, discutir superfluamente y pensar con prejuicios. Pero también hay un sentido positivo, porque la filosofía esclarece el sentido de su actitud humana en la práctica y le da claridad en sus motivos para conocer.

Jaspers Karl, "Psicopatología General" (Introducción).

Definición.- (De psico- y 'patología') f. Psiq. Estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales.

Fuente: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Metodología.- Jaspers aplica a los hechos psicopatológicos, nociones tomadas de la fenomenología, del método comprensivo de Dilthey, y de los modelos explicativos de las ciencias naturales. En el proceso de conocimiento de los fenómenos psicopatológicos, para Jaspers deben darse dos etapas:

1) Captación de hechos psíquicos particulares, prescindiendo de todo cuadro nosográfico que desvirtúe nuestra observación. Aquí captamos aquello que se manifiesta en el enfermo: está alegre, está deprimido, está enojado, está celoso, etc. Se trata de estados del psiquismo particulares que captamos mediante la intuición de la que habla la fenomenología. Por lo tanto, en esta primera etapa el encuadre teórico corresponde a la fenomenología.

2) Captación de relaciones entre hechos psíquicos: una vez que por el paso anterior hemos captado individualmente hechos psíquicos singulares, en este segundo paso, lo que hacemos es relacionarlos entre sí. Según el marco teórico que utilicemos, existen dos maneras de relacionar o establecer conexiones entre los hechos psíquicos particulares:

a) Relacionarlos causalmente: un hecho es la causa y el otro es el efecto. Por ejemplo, dados dos hechos psíquicos, un síntoma neurótico y un conflicto infantil; uno lo definimos como el efecto y el otro como causa. El encuadre teórico que corresponde con esta forma de relacionar los hechos psíquicos es el modelo explicativo-causal de las ciencias naturales.

b) Relacionarlos comprensivamente: mediante lo que Jaspers llama relaciones comprensibles. Ejemplo: tenemos dos hechos psíquicos que se dan en una misma persona: Juan está deprimido y Juan está enojado. Establecer una relación comprensible entre ambos hechos significa conectarlos genéticamente, es decir, ver como surge del otro; por ejemplo, Juan está enojado porque está deprimido. La diferencia con las explicaciones causales, es que aquí hablamos de dos hechos que podemos observar y captar directamente (estar enojado-estar deprimido), mientras que en la explicación causal uno de los términos está oculto (por ejemplo, el trauma infantil). Además, Jaspers señala que las explicaciones causales son más aplicables a hechos naturales y, en psicopatología, cuando se trata de abordar las enfermedades mentales desde la psiquiatría orgánica, es decir desde la biología (por ejemplo, los factores genéticos, etc).

Para Jaspers, tanto el abordaje según la comprensión, como el abordaje según la explicación causal, son igualmente fecundos y es preciso darles la importancia que tienen según el ámbito de aplicación: la

explicación causal es más importante en las ciencias naturales, mientras que en el estudio de los fenómenos humanos y sociales, adquiere importancia la comprensión. Esta se caracteriza porque aborda un objeto de estudio único e irrepetible como es el hombre, y comprender significa establecer una conexión significativa en este individuo particular y en este momento de su vida. Así por ejemplo, las conexiones causales son generales (un síntoma neurótico es producido por una conflictiva), pero las relaciones comprensibles se dan en cada caso particular y en cada momento específico (así, no siempre el enojo sigue a la depresión).

Jaspers K (1966) Psicopatología general. Buenos Aires: Beta, 3º edición.

Psicopatología evolucionista.- "La psicopatología evolucionista enfoca la psicopatología bajo el prisma de la teoría de la evolución, generando nuevas hipótesis etiológicas de los trastornos mentales. Para la psicopatología evolucionista las emociones son sistemas de respuesta o formas especiales de funcionamiento prefijados genéticamente, producto de la evolución, que nos permiten adaptarnos al ambiente, a sus amenazas y oportunidades, y que ejercen su función mediante una serie de cambios coordinados a nivel fisiológico, cognitivo y conductual.

Existen varios modelos evolucionistas que intentan explicar la función adaptativa de la depresión: reacción ante la pérdida de jerarquía en la lucha social, escenificación de la sumisión o rendición, forma de lograr el cambio de motivación al no lograr un objetivo, función de búsqueda de apoyo social, paralelismos con la fase de desesperación del experimento de separación de crías de monos de sus madres, hibernación, etc. Nuestro modelo intenta explicar la depresión, los estados maníacos, hipomaníacos y otros estados afectivos. A nuestro juicio la mayoría de los trastornos afectivos son procesos patológicos (y no adaptativos) que surgen de un mecanismo desencadenante innato (MDI) que inicialmente sí es adaptativo, pero se ha alterado, y cuya función es regular el nivel de energía y actividad a partir de la intensidad y duración de luz (MDI-A). Este MDI-A desencadena respuestas vegetativas, endocrinas y conductuales presentes tanto en humanos como en animales filogenéticamente más antiguos. Más recientemente en la filogenia se han acoplado a este MDI-A otros mecanismos (MDI-AA). En el hombre los desencadenantes de los MDI-AA son de índole social y se han añadido nuevas respuestas (como el humor) a las respuestas más antiguas del MDI-A".

Montañés Rada F y Taracena M Aspectos evolucionistas de los trastornos afectivos, revisión crítica y propuesta de un nuevo modelo. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2006 JUL; 34(4)

Generalidades.- La psicopatología es un campo inmenso, abigarrado y heterogéneo sin límites definidos (estudia desde un tic hasta un Alzheimer), un campo fenoménico que incluye teorías que dan cuenta de esos fenómenos, como así también las prácticas allí instituidas y las prácticas terapéuticas. Cada teoría (sistémica, psicoanálisis, cognitiva, etc) tiene su propia psicopatología.

Es un campo en el cual confluyen la Psiquiatría, el Psicoanálisis y la Psicología. Nace de una discusión con la psiquiatría, y el término "psicopatología" aparece en 1913 con Karl Jaspers. Para este autor, la psicopatología es una ciencia, cuya práctica correspondiente es la psiquiatría.

Condensado de Grunfeld B, Reseña histórica de la psicopatología. Clases dictadas durante 1996 en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Reseña histórica.- Para Grunfeld, la psicopatología implica la incidencia que tuvo el psicoanálisis sobre el saber psiquiátrico instituido desde fines del siglo 18 hasta la segunda mitad del siglo 20. Esto no implica que se hayan construido psicopatologías en base a otras teorías, como la de Winnicott, Bion, Watson o Rogers.

Debe tenerse presente que mientras el psicoanálisis es una clínica de lo singular, la psicopatología hace generalizaciones en base a nociones como estructura y formación clínica o nosografía. Tales construcciones teóricas dependen de cada época, están históricamente determinadas y unas van siendo abandonadas por otras (la ciencia es un "cementerio de teorías"). La clínica tiene más complejidad que la teoría, y por ello esta no puede terminar nunca de dar cuenta de aquella pluralidad fenoménica.

La evolución histórica de los conceptos psicopatológicos recorre tres periodos, cada uno con su correspondiente modelo:

- 1) Modelo alienista (Scheider y otros).
- 2) Modelo fenomenológico (Jaspers, Mincovsky y otros).
- 3) Modelo psicoanalítico (Freud y otros).

1) **MODELO ALIENISTA.**- También llamado anátomo-clínico por estar basado en la medicina: la enfermedad mental es como la enfermedad orgánica, e incluso lo mental aparecería como un epifenómeno de lo orgánico. Este modelo entra en crisis cuando se advierten trastornos mentales que no pueden explicarse desde lesiones anátomo-patológicas.

Por ejemplo, la PGP (Parálisis General Progresiva) de Bayle tiene una causa orgánica, que es una lesión en las meníngeas del cerebro, pero los lapsus, chistes y actos sintomáticos quedan excluidos del campo psicopatológico en el modelo alienista. Este modelo objetiviza la enfermedad mental tomándola como orgánica, y adopta una teoría clásica del conocimiento, basada en la relación sujeto-objeto: uno estudia y el otro es un objeto, un loco, una patología orgánica.

Se basa en una epistemología positivista que privilegia la observación, es una "clínica de la mirada" porque la enfermedad es algo visible, material. En la actualidad, el modelo alienista aparece en la psiquiatría de Kurt Schneider, las psiquiatrías francesas, alemanas y norteamericanas, y en la psiquiatría biológica que utiliza electroshocks, medicamentos y otros tratamientos de ese tipo.

2) **MODELO FENOMENOLOGICO.**- Su principal representante es Karl Jaspers quien, en su "Tratado de Psicopatología General", sigue el pensamiento psicogenético, según el cual lo psíquico produce lo psíquico.

Persiste aquí el modelo de conocimiento sujeto-objeto, pero en lugar de la mirada se inaugura la escucha fenomenológica. No es igual a la psicoanalítica pero también se escuchan sueños, síntomas, relatos intersubjetivos. El fenomenólogo objetiva este discurso mediante los conceptos de Dilthey de comprensión, explicación, desarrollo y proceso, y lo que hace del siguiente modo:

Una primera posibilidad es cuando el psiquiatra comprende (comprensión) a su paciente por identificación, empatía, etc., en cuyo caso estamos frente a un 'desarrollo'. Otra posibilidad es cuando el discurso se hace incomprensible, extraño, ajeno, etc., y entonces requiere ser explicado (explicación): en este caso lo incomprensible son designados 'procesos'. Esta segunda línea teórica sigue vigente en la actualidad (por ejemplo Mincovsky, en Francia).

3) **MODELO PSICOANALITICO.**- Se rompe aquí con la relación sujeto-objeto: el sujeto ya no mira o escucha al objeto, sino que tiene una representación de él, que no es lo mismo que el objeto en sí, con lo cual el analista pasa a formar parte de la estructura (en los modelos anteriores quedaba afuera como espectador).

Dejan de haber verdades universales porque cada situación es singular y única. Se rompe la relación cognoscitiva clásica pues que la verdad del paciente depende de que el analista no la obture con su saber: es una práctica sugestionante. No hay una realidad a priori ni consensuada, sino que la realidad psíquica se construye marcada por la singularidad del sujeto respecto del eje Edipo-castración. El objeto se construye dentro del campo de la neurosis de transferencia.

El psicoanálisis rompe con:

1) Con la idea de objeto clásica: habla de un objeto de la pulsión (objeto de deseo, aunque no distinguió bien ambos), y de un objeto de elección objetual (objeto de amor).

2) Con la identidad psique = conciencia.

3) Con la oposición normal-anormal: Freud parte de lo patológico para llegar a lo normal.

4) Con la confusión orgánico-psíquico: lo psíquico no es reducible a algo anatómico: el aparato psíquico no tiene localización material.

5) Con la confusión psíquico-social: el psicoanálisis no se confunde con los procesos sociales acontecidos en el desarrollo psíquico.

El Psicoanálisis no es el futuro de la psiquiatría, sino simplemente hace una ruptura con ella. Para Foucault, el psicoanálisis es la clínica de la escucha (asociación libre, atención flotante, transferencia), y no una clínica de la mirada como en la psiquiatría clásica. Esta, además, requiere clasificaciones y generalizaciones, mientras que en psicoanálisis la no adecuación sujeto-objeto torna toda situación singular.

Sin embargo, Freud ha identificado tres grandes nociones: NEUROSIS, PERVERSION Y PSICOSIS. La diferencia con la psiquiatría es que no se efectúa un diagnóstico por los síntomas, sino que estos deben articularse en alguna de aquellas tres grandes nociones. Una conversión no indica necesariamente una histeria, sino que debe articularse con alguna noción o con alguna subdivisión dentro de ella. Por ejemplo, la tarea consiste en determinar si un adicto es neurótico, perverso o psicótico, más allá que pueda desarrollar luego una demencia senil o arterioesclerótica, o que sea un oligofrénico.

Freud tomó de la psiquiatría los términos de neurosis, psicosis, etc. Al revés, la psiquiatría toma conceptos freudianos pero les quita su valor subversivo: hablan de inconciente, represión y defensas, pero no de pulsión, sexualidad y deseo freudianos.

La psiquiatría y el psicoanálisis difieren también en su idea de síntoma: para la primera es un observable, para el segundo una formación de compromiso donde hay en juego deseos y represiones.

Condensado de Grunfeld B, Reseña histórica de la psicopatología. Clases dictadas durante 1996 en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Historia.- Reuchlin reseña la historia de la psicopatología en los siguientes términos.

La conducta de los enfermos mentales es la base de la psicología patológica. Ésta, eminentemente francesa, fue individualizada por un filósofo, Th. Ribot (1839 – 1916).

Ribot.- Señala que debe separarse la psicología de la metafísica: mientras ésta estudia las causas primeras, la psicología debe observar hechos, y no solo la introspección, sino también conductas de niños, animales, etc., y también de enfermos mentales.

A estos últimos los estudió especialmente de los libros de medicina y psicología, y encontró que la enfermedad mental implica una desorganización mental que va instalándose según cierto orden, desapareciendo primero lo nuevo y complejo, y va quedando lo viejo y lo simple. O sea, se disuelven las adquisiciones más recientes. Asignó gran importancia a la vida afectiva donde, Freud, planteó que allí las tendencias parcialmente inconscientes son fundamentales, pudiendo exteriorizarse de distintas formas,

sea como un retraso afectivo, o como una disolución de lo más reciente. No observó directamente enfermos, pues no era médico, y exigió a sus alumnos una doble formación, médica y filosófica.

Janet y Dumas.- P. Janet y G. Dumas, discípulos de Ribot, siguieron su sistema, pero el primero fue más original. Janet consideró más importantes estudiar las conductas amplias para jugar, bromear, etc. Y no tan estrechas como los conductistas, que estudiaban ratas en el laberinto. Consideró que la memoria estaba más perfeccionada en el humano que en el animal, y que en la base del pensamiento está la acción, la cual es capaz de desencadenar tendencias, de hacer cosas en un cierto orden.

Para él más diversas conductas están jerarquizadas desde las que requieren más energía o tensión (acciones eficaces en la realidad) hasta las que exigen menos esfuerzos (por ejemplo, movimientos musculares innecesarios), pasando por el pensamiento abstracto y las reacciones emocionales. En las neurosis, las conductas más afectadas, son las que exigen mayor tensión, y quedan las de menor tensión, que incluye hasta aparecen exageradas.

Dumas, por su lado, estudió principalmente las emociones. Observó cómo funcionaba el sistema neuroendocrino y confrontó este funcionamiento con observaciones psicológicas y psicopatológicas. Se fundó en el postulado de C. Bernard de la identidad básica entre los mecanismos normales y patológicos, y en el método de Ribot, que perfeccionó y enriqueció.

La sugestión y el hipnotismo. La escuela de la Salpêtrière.- Los discípulos de Ribot, a quienes les aconsejó estudiar medicina, entraron bajo la influencia del neuropatólogo célebre de La Salpêtrière (un hospital para enfermos nerviosos) J. Charcot. Allí se hicieron experimentos de sugestión e hipnotismo con enfermos histéricos. Estos enfermos no eran tratables con remedios, porque no tenían lesiones orgánicas, y sus males eran adjudicados a la acción de fuerzas como motivaciones, tendencias, pulsiones, que estaban actuando en su conducta, dirigiendo su motricidad y hasta su inteligencia (estas fuerzas las estudiaba la psicología dinámica).

Se les provocó entonces hipnosis para sustituir la voluntad enferma del paciente por la del terapeuta, el cual le daba órdenes bajo hipnosis, para cumplir una vez vuelto a la normalidad, o vigilia. Un siglo antes Mesmer, había popularizado este tratamiento en París.

El psicoanálisis.- Ya se sabía que un suceso muy emotivo podía luego producir trastornos de conducta, como parálisis histéricas, etcétera. Charcot consideró que no se debía al hecho traumático, sino a cómo era el recuerdo del mismo. El hecho traumático no se puede cambiar, pero el recuerdo sí, lo que abría una perspectiva de curación. Muchas observaciones de Janet confirmaban esta idea de su maestro, y hasta buscó disociar o separar el recuerdo del suceso de la perturbación (parálisis, etc.). Vio que el paciente no recordaba conscientemente el trauma, y para acceder a él había que ponerlo en un estado de sonambulismo provocado. Los estudios de Breuer y Freud de 1895 confirman estas ideas.

Hacia 1909, Freud plantea que ciertas ideas o deseos, al llegar a la conciencia, son rechazados por razones morales, y son reprimidos (expulsados de la conciencia). Pero tales ideas y deseos siempre quieren volver, y entonces se busca una solución de compromiso, que se expresa como síntomas. Para descubrir la idea reprimida, el médico debe vencer esa resistencia que impide a la idea hacerse consciente y para ello utiliza el método de la asociación libre a los sueños, chistes, actos fallidos, etc. Pues allí aparecen disfrazadas esas ideas reprimidas. Encontró que estas ideas reprimidas, tenían mucho que ver con la sexualidad infantil, a la cual desde entonces le adjudicó gran importancia en la causa de los trastornos.

A partir de 1909, el pensamiento de Freud, siguió evolucionando y generó muchas corrientes, muchas de ellas divergentes. Algunas de ellas buscaron raíces inconscientes más arcaicas, otras destacaron la importancia de conflictos con el ambiente, otras la identidad entre los mecanismos defensivos del Yo con sus mecanismos adaptativos, etc.

Resumen de Reuchlin M (1982) Historia de la psicología. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 4. Primera parte.

PSICOSIS

Definición.- Fenomenológicamente, la psicosis se caracteriza por la pérdida del juicio de realidad, y entre sus síntomas habituales se encuentran las alucinaciones y los delirios. Desde la perspectiva de Jaspers, la psicosis es un fenómeno 'incomprensible', por obedecer no a una razón entendible producto del desarrollo, sino a una ruptura en el desarrollo del psiquismo y la personalidad (Kaplan, 1992). Entre los cuadros psicóticos ocupa un lugar importante la esquizofrenia. Kraepelin la había denominado demencia precoz porque se desarrollaba con sintomatología parecida a las demencias, pero en personas jóvenes. Bleuler fue quien acuñó el término esquizofrenia en alusión a la escisión que se producía en el psiquismo de estos pacientes.

Kaplan H y Sadock B, (1992), Compendio de Psiquiatría, México: Salvat.

Definición.- Clásicamente se consideran psicosis todos los trastornos mentales en los que la pérdida de contacto con la realidad es muy llamativa (por ejemplo, en casos en los que el paciente no distingue en absoluto entre la realidad y su fantasía, o entre sus miedos internos y las amenazas reales, etc.). En sentido estricto, la pérdida de contacto con la realidad se da en distinto grado en muchos trastornos

psiquiátricos, incluidas las neurosis graves, pero en los trastornos psicóticos éste síntoma es más característico o grosero.

Las psicosis cursan con mucha frecuencia con delirios (pensamientos ilógicos, con frecuencia muy extravagantes y sin base real, que no están basados en una creencia cultural compartida y que no se pueden rebatir mediante argumentación lógica) y con alucinaciones (percepciones sin estímulo real como voces, visiones, etc.). Las alucinaciones y los delirios pueden verse en cuadros de depresión psicótica, o manía delirante en el trastorno bipolar, en intoxicaciones por drogas estimulantes o alucinógenas, como efecto secundario de algunos fármacos, en el seno de algunas enfermedades médicas (neurológicas, reumatológicas, etc.) y, de una manera muy característica, en la esquizofrenia (el más conocido). Los trastornos delirantes o paranoias, el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico compartido (folie a deux).

<http://salud.discapnet.es/guias+de+salud/guia+sobre+salud+mental/trastornos+psicoticos/>

Etiología.- Los trastornos del espectro psicótico, y en especial la esquizofrenia, son los máximos exponentes de los denominados trastornos mentales graves. De inicio en la adolescencia tardía o la edad adulta temprana, con tendencia a la cronificación e intensa repercusión en el desarrollo psicosocial, la esquizofrenia se sitúa entre las principales causas de discapacidad por año de vida (Jablensky, 2000). Sin embargo, a pesar de los intensos esfuerzos realizados en esta área de investigación, por el momento no se ha conseguido determinar con precisión las causas de este trastorno. La esquizofrenia es considerada una enfermedad de etiología multifactorial.

M. Zandío Zorrilla; R. Hidalgo Borrajo; M. J. Cuesta Zorita; V. Peralta Martín, El origen de las psicosis: factores de riesgo genéticos y ambientales, marcadores de vulnerabilidad y síntomas prodrómicos en la infancia y adolescencia. AULA MÉDICA PSIQUIATRÍA. 2008;10(1).

Enfoque psicoanalítico.- Freud describió y explicó psicodinámicamente principalmente en tres psicosis: la melancolía (por ejemplo en "Duelo y melancolía"), la paranoia (sobre todo en el caso Schreber), y la esquizofrenia (en diversos artículos, entre ellos "Lo inconciente" y el referido al caso Schreber).

En el caso Schreber, Freud se refiere a la esquizofrenia, la paranoia y la parafrenia. Schreber padece alucinaciones corporales, y por ello habría que ubicarlo como esquizofrénico, pero también padece delirios sistematizados, lo que corresponde a la paranoia. Una forma de entender lo que Freud afirma es que, habida cuenta de lo dicho, a Schreber habría que ubicarlo en una patología que tendría algo de esquizofrenia y algo de paranoia, es decir, en la parafrenia ('para' de paranoia, 'frenia' de esquizofrenia). Desde un punto de vista psicodinámico, las psicosis suelen relacionarse con una regresión a la fase oral, cierto fenómeno de retracción libidinal, una pérdida importante del juicio de realidad y el empleo de cierto tipo de defensas. Sin embargo, en cada caso estas características están relacionadas con mecanismos psíquicos diferentes que definirán lo idiosincrásico de cada patología.

1) Regresión oral.- En las psicosis, se echa mano de un recurso basado en la oralidad: se incorpora lo bueno y se expulsa lo malo, de la misma forma que se incorpora el alimento bueno y se vomita el malo. Se produce así una escisión donde todo lo bueno, el amor, la libido queda depositado en el yo, y todo lo malo y los impulsos de odio depositados en el exterior. El neurótico puede aceptar en cambio, la ambivalencia tanto dentro de sí mismo como en los objetos del mundo. En este caso el principio de realidad está más desarrollado porque efectivamente en la realidad, todos los objetos tienen ambos aspectos.

2) Retracción libidinal.- Toda la libido que el psicótico había puesto sobre los objetos externos es retirada de los mismos y vuelta sobre el yo, con lo cual ahora los objetos externos quedan como malos, como odiados, y el yo queda 'inflado' narcisísticamente, es decir es considerado el objeto bueno por excelencia. La retracción de la libido es algo propio de la esquizofrenia, como lo consignó Freud en "Introducción al narcisismo", y es un proceso diferente al que ocurre en la neurosis (aquí se habla de introversión de la libido).

3) Juicio de realidad.- En el psicótico existen, como Freud afirmaba en "La pérdida de la realidad en las neurosis y las psicosis", una grave perturbación del juicio de realidad donde el enfermo no distingue la realidad de la fantasía.

4) Defensas.- Una defensa típica en las psicosis es la proyección. Por ejemplo, cuando el neurótico siente odio lo reprime, mientras que el procedimiento psicótico consistiría en rechazarlo o expulsarlo hacia afuera mediante la proyección. En el primer caso se reconoce el odio como propio, mientras que en el segundo no se lo acepta como propio, como por ejemplo 'no soy yo quien odia sino los otros objetos los que me odian', resultando en este caso un delirio persecutorio o paranoide.

Cazau P, Vocabulario de Psicología. Redpsicología www.galeon.com/pcazau

Generalidades.- (Del griego `psyché, alma y el suf. -osis, indicando estado morbosos). F. Psiq. Cuadro psicopatológico caracterizado por presentar reacciones psíquicas cualitativamente distintas a las del hombre sano.

"Psicosis manícodepresiva". Psiq. Tipo e trastorno mental en el que se suceden alternativamente las fases de excitación y euforia y las de depresión melancólica. La unión de los términos manía y melancolía

en una sola entidad clínica se debe al psiquiatra Kraepelin. Psiq. El término psicosis se aplica a enfermedades mentales que cursan con desintegración de la personalidad y que pueden desembocar en las demencias. Pueden verse afectadas tres grandes áreas de la función de la persona: pensamiento, sentimiento y acción. El desequilibrio e incoordinación de estas áreas se consideran debidos a una alteración en la dinámica de los procesos básicos del desarrollo de la persona: 'diferenciación' (concienciación de la autonomía personal y capacidad de responder al medio del modo no estereotipado) e 'integración' (consecución de coherencia. Lo que conduce al establecimiento de un sistema de control central fuerte y flexible).

Fuente: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Generalidades.- "Aunque el significado tradicional del término "psicótico" indica la pérdida de contacto con la realidad y el deterioro del funcionamiento mental -manifestado por delirios, alucinaciones, confusión y deterioro de la memoria- durante los últimos 50 años se han manejado otros dos significados. En el uso psiquiátrico más común del término "psicótico" se convirtió en sinónimo de deterioro grave del funcionamiento social y personal e incapacidad para desempeñar las tareas laborales y del hogar. El otro uso del término especifica el grado de regresión del ego como el criterio de trastorno psicótico. Como consecuencia de estos diversos significados, el término ha perdido precisión en la práctica clínica y de investigación actual" (página 338).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Problemas de clasificación.- "Emil Kraepelin reconocería claramente su dicotomía del siglo XIX en la clasificación operativa actual de la psicosis. Sin embargo, se sorprendería por la gran intensidad con la que su clasificación ha sido socavada por el peso de la evidencia empírica existente en la actualidad. El fracaso en la implementación de esta evidencia en la práctica diagnóstica refleja no sólo la cómoda simplicidad del planteamiento dicotómico, sino también el hecho de que este enfoque ha estado recibiendo durante muchos años el apoyo de algunas áreas de investigación, especialmente de la epidemiología genética. Sin embargo, esta situación está cambiando, y se están reconsiderando los resultados de la epidemiología genética. Lo que es más importante, se ha reconocido el potencial de la genética molecular para definir los sistemas biológicos implicados en los síntomas psicopatológicos y, con ello, han aumentado las posibilidades de desarrollo de clasificaciones diagnósticas con una mayor validez biológica. Todo ello facilitará el establecimiento de esquemas diagnósticos de mayor utilidad clínica, que permitirán a los clínicos la selección de tratamientos fundamentados en la patogenia subyacente. Los resultados recientes de la genética molecular han demostrado con gran claridad la falta de adecuación del planteamiento dicotómico, y han subrayado la importancia de lograr una mejor clasificación de los pacientes con síntomas tanto psicóticos como afectivos. En el artículo presente se abordan todas estas cuestiones y se proponen líneas de avance, tanto inmediatas como con vistas al DSM-V y a la CIE-11. Si se desea que la psiquiatría aproveche las oportunidades ofrecidas por los nuevos métodos de investigación, debe utilizarse un sistema de clasificación que esté acorde con los conocimientos existentes en el siglo XXI".

Nick Craddock , Michael J. Owen, Reconsideración de la psicosis: actualmente, las desventajas de una clasificación dicotómica superan a sus ventajas. WORLD PSYCHIATRY. 2007 JUN;6 (2).

Según H S Sullivan.- "La psicosis tiene lugar cuando los aspectos reprimidos de la personalidad afloran a la conciencia. Estos aspectos son ajenos al yo y contrarios a los procesos sociales convencionales aceptables, o bien suscitan una sensación de aversión o vergüenza. En consecuencia, su manifestación desata una reacción violenta que produce la angustia, seguida frecuentemente por una reacción catatónica extremadamente regresiva. En este estado, el individuo se aparta de la realidad y pasa a estar totalmente preocupado por la fantasía en una lucha cósmica que habitualmente se compone de una intensa rabia, una inmovilidad estúpida o una combinación de ambas.

Si el individuo intenta reconstruir o reintegrar su sistema del yo reprimiendo todas las dudas sobre sí mismo o reforzando su inadecuado sistema del sopor los procesos referenciales no válidos, puede experimentar entonces una reorganización paranoide de la personalidad. Sin embargo, también son posibles otras soluciones. En vez de una solución intelectualmente organizada, como la formulación paranoide, puede haber una dilapidación hebefrénica, en la que el deterioro emocional parece tener una importancia central. El individuo abandona cualquier intento para percibir el mundo totalmente ilógico e insignificante" (página 105).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat. 2ª edición.

Según Adler.- "Desde el punto de vista de Alfred Adler, la psicosis se debe a la combinación de factores psicológicos y somáticos. Subrayó la importancia de la comprensión de la lógica privada del psicótico y de reconocer su coherencia en las fantasías grandiosas o depresivas, a pesar de una falta de sentido común. Aunque el neurótico puede sufrir por una sensación de fracaso, real o imaginario, el psicótico no reconoce esto ni acepta el criterio fundamental de la validez social. Al contrario, sus fantasías compensan esta sensación de desesperación absoluta de no alcanzar nunca importancia en el mundo real" (página 109).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat. 2ª edición.

Psicosis endógena/exógena.- Kraepelin (1856-1926) "distingue psicosis exógenas y endógenas. Entre las primeras incluye el delirio febril, los trastornos psicóticos por *surmenage*, las intoxicaciones (sobre todo la alcohólica) las formas psicóticas de origen tiroideo, la parálisis general progresiva, las psicosis secundarias a un tumor o a un absceso cerebral, y la demencia precoz. A éste último síndrome, creado por él uniendo la hebefrenia y la catatonía de Kahlbaum con una forma paranoide descubrimiento suyo, y definido esencialmente por su estado final crónico, lo considera provocado por 'autointoxicación'. Entre las psicosis endógenas enumera las psicosis involutivas; la maníaco-depresiva...; la paranoia...; las neurosis (especialmente la histeria y la epilepsia); los estados psicopáticos (neurosis obsesivas, homosexualidad); la imbecilidad y la idiocia" (pág. 126).

Ackernecht E (1979), *Breve historia de la psiquiatría*. Buenos Aires: Eudeba, 4ª edición.

Psicosis maníaco-depresiva.- "En 1899, Emil Kraepelin, trabajando sobre las líneas de conocimiento marcadas previamente por otros psiquiatras franceses y alemanes, describió una psicosis maníaco-depresiva que contenía la mayoría de los criterios que los psiquiatras actuales utilizan para diagnosticar un trastorno bipolar I. La ausencia de un curso deteriorante o parecido a la demencia diferenciaba esta psicosis maníaco depresiva de la demencia precoz (o sea, de la esquizofrenia)" (pág. 531).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Precursores de psicosis.- "Anomalías no demarcadas en el desarrollo (motoras, emocionales, cognitivas y conductuales) están presentes, normalmente en individuos aparentemente sanos que posteriormente desarrollan psicosis, lo que sugiere que algunos aspectos causales se establecen antes de la manifestación de la psicosis. Estos deterioros pueden restringir procesamiento de la información y logros sociales antes de la manifestación de la enfermedad. Los principales factores de riesgo conocidos en el desarrollo de la psicosis esquizofrénica son factores genéticos, el embarazo, complicaciones en el parto, un desarrollo neuromotor lento y actuaciones cognitivas y académicas que se apartan de la normalidad. Sin embargo, la magnitud del efecto y la capacidad predictiva son bajas. Los precursores del desarrollo no son necesariamente específicos a la esquizofrenia, sino que son también comunes a otros trastornos psicológicos. No se ha identificado ningún factor de riesgo, señal premórbida o indicador de riesgo que sea útil para la predicción de la psicosis en la población general".

Matti Isohanni; Irene Isohanni; Hannu Koponen...(et.al), Precursores del desarrollo de la psicosis. CURRENT PSYCHIATRY REPORTS. 2004 JUN; 6(3):168-175.

Síntomas según género.- "En un reciente estudio publicado en la revista "The British Journal of Psychiatry", se evalúan los rasgos psicóticos en la población británica. Se utilizaron los datos de evaluaciones psiquiátricas realizadas a personas de nacionalidad británica. Las preguntas realizadas cubrían la salud mental, la salud física, el abuso de drogas, los acontecimientos vitales y las variables sociodemográficas. De igual forma se utilizó un cuestionario que evaluaba los síntomas psicóticos. Los resultados obtenidos indicaron que un 5.5% de las personas evaluadas manifestaba rasgos y síntomas psicóticos. Los factores asociados fueron la dependencia al alcohol, acontecimientos agotadores y estresantes padecidos en un tiempo reciente, una capacidad intelectual más baja y síntomas neuróticos. Además el género masculino se asoció con una mayor probabilidad de padecer pensamientos paranoicos y las mujeres mayor número de alucinaciones".

Los hombres tienen una mayor probabilidad de padecer pensamientos paranoicos, mientras que las mujeres tienen más alucinaciones. British Journal of Psychiatry. 2004 OCT;185.

Síntomas.- Hay dos tipos de síntomas: a) Patogénicos, o sea los que resultan directamente de la acción del influjo morboso sobre las actividades y estructuras fundamentales de la personalidad. b) Patoplásticos: los resultantes indirectos de esa acción, y expresivos más bien de la reacción que dicha personalidad exhibe ante ella. Los primeros son fundamentalmente iguales para cada tipo de proceso morboso, en tanto los otros pueden variar ampliamente.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Psicosis no tratada.- Introducción. El tiempo de psicosis no tratada ha estado en el punto de mira de numerosos artículos que intentan clarificar si podría resultar ser uno de los factores que condicionaría el pronóstico final de la enfermedad psicótica. Material y métodos. Presentamos un estudio realizado en 90 pacientes con un primer episodio psicótico que no habían tomado medicación previamente en el que se evaluaron los posibles factores pronósticos que influirían en la evolución de la enfermedad. A tal efecto se utilizó un protocolo que incluía las siguientes escalas: PANSS, escala de valoración global de estrés psicosocial (DSM IIIR), evaluación de actividad global (GAF-EEAG), impresión clínica global (ICG), escala de Montgomery-Asberg para la depresión, escala de manía de Young, escala de movimientos anormales, escala UKU para síntomas extrapiramidales y la escala de ajuste premórbido (Cannon-Spoor). El seguimiento se realizó durante 1 año con evaluaciones cada 3 meses.

Resultados. Tras el análisis estadístico de los datos se concluyó que un tiempo de psicosis prolongado no se asociaba en nuestra muestra a una peor evolución de la enfermedad. Los únicos factores relacionados con dicho pronóstico resultaron ser el ajuste premórbido y el tipo de comienzo de la enfermedad. Así, pacientes con un mejor ajuste premórbido y un inicio de enfermedad agudo presentaban una mejor evolución.

Conclusiones. Nuestro trabajo muestra una evidencia más en favor de la independencia del pronóstico final y el tiempo de psicosis sin tratar.

A. Catalán Alcántara, R. Segarra Echevarría, I. Eguíluz Uruchurtu, M. Rodríguez Marañón, M. Sánchez Pérez, M. Prieto Etxebeste, M. Gutiérrez Fraile, C. Fernández Gómez, El tiempo de psicosis no tratada como factor predictivo y pronóstico en el curso de los primeros episodios psicóticos. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2007 MAY; 35(3).

Psicosis cicloide y esquizofrenia.- “Las psicosis cicloides representan una entidad nosológica no reconocida correctamente por la psiquiatría contemporánea. Estas enfermedades presentan recuperaciones completas luego de cada episodio psicótico y por ello tienen un pronóstico favorable. Para verificar este curso clínico se observaron los resultados y calidad de vida (QoL, medidos por la versión alemana de Calidad de Vida de Lancashire) de 33 pacientes con psicosis cicloides y 44 pacientes con esquizofrenia, que fueron comparados a 13 años de su primera hospitalización. Para la comparación objetiva y subjetiva de las medidas de QoL se incluyeron 48 controles sanos. En cuanto al curso de la enfermedad, los pacientes esquizofrénicos estuvieron, más tiempo hospitalizados y recibieron dosis más altas de neurolepticos que los pacientes con psicosis cicloides. Estos últimos obtuvieron, mejores resultados en las escalas de CGI, GAF, Strauss-Carpenter y PANSS. En las mediciones globales de QoL, los pacientes con psicosis cicloides estuvieron más satisfechos con su QoL que los pacientes esquizofrénicos, y no hubo diferencias significativas con los controles sanos. Las psicosis cicloides parecen tener un pronóstico más favorable que la esquizofrenia en cuanto al curso, resultado, objetivos y aspectos subjetivos de QoL. Por lo tanto, las psicosis cicloides presentan un concepto útil, mereciendo una mayor atención clínica y científica”.

Burkhard Emanuel Jabs; Ulrike Krause; Grit Althaus; Andreas Joachim Bartsch; Gerald Stöber; Bruno Pfuhlmann, Diferencias en la calidad de vida y curso de la enfermedad entre psicosis cicloides y esquizofrénicas. Un estudio comparativo. ALCMEON. 2005 JUL; 12(2).

Síntomas de psicosis.- Cada vez más datos indican que la psicosis se puede enfocar más significativamente desde un punto de vista dimensional que como estados cualitativos discretos, y que se pueden identificar grupos de síntomas específicos. Si es así, factores de riesgo particulares y factores premórbidos pueden predecir estos grupos de síntomas. Se explora, utilizando el análisis de componentes principales, si se pueden aislar factores específicos para los síntomas psicóticos. Se establecen los predictores de los diferentes factores de síntomas utilizando técnicas de regresión múltiple. Se seleccionó a 189 pacientes hospitalizados con enfermedad psicótica y se obtuvo de ellos y de sus madres información sobre los antecedentes familiares, los factores premórbidos y los síntomas actuales.

Se identificaron siete componentes de síntomas distintos. El análisis de regresión no identificó ningún predictor evolutivo de la depresión o la manía. Los antecedentes familiares de esquizofrenia y el mal funcionamiento escolar a pesar de un CI premórbido normal predecían las ideas delirantes/ alucinaciones ($F = 6,5$; $P < 0,001$); el comienzo temprano de la enfermedad, el retraso evolutivo y los antecedentes familiares de psicosis predecían los síntomas negativos ($F = 4,1$; $P = 0,04$). De modo interesante, la combinación de antecedentes familiares de trastorno bipolar y CI premórbido bajo predecía la desorganización ($F = 4,9$; $P < 0,003$), y las combinaciones obstétricas (CO) y el mal funcionamiento escolar predecían la paranoia ($F = 4,2$; $P < 0,01$). Las ideas delirantes y las alucinaciones, los síntomas negativos y la paranoia parecían tener un origen evolutivo, aunque se asociaban con problemas infantiles diferentes. Por otra parte, ni la manía ni la depresión se asociaban con disfunción en la infancia. Nuestro hallazgo más sorprendente fue que la desorganización parecía surgir cuando una predisposición familiar a la manía se combinaba con CI premórbido bajo.

Amudena Guerra; Paul Fearon; Pak Saham; Peter Jones; Shoon Lewis; Ignacio Mata; Robin Murray. La relación entre factores predisponentes, función premórbida y dimensiones de síntomas en la psicosis: un enfoque integrado. Eur. Psychiatry ed. Esp. 2003 Mar;10(2):81-96.

Predicción de psicosis en jóvenes.- Contexto: La detección temprana y evaluación prospectiva de los individuos que desarrollarán esquizofrenia u otros trastornos psicóticos son críticos en los esfuerzos para aislar los mecanismos subyacentes de la psicosis inicial y para la prueba de intervenciones preventivas, sin embargo los enfoques de predicción de riesgo existentes han alcanzado únicamente una exactitud de pronóstico modesta.

Objetivos: Determinar el riesgo de padecer psicosis y evaluar un conjunto de algoritmos de predicción que maximizan el poder de pronóstico positivo en una muestra clínica de alto riesgo.

Diseño, Escenario y Participantes: Estudio longitudinal con seguimiento de dos años de 291 pacientes identificados en búsqueda de tratamiento, quienes cumplieron con los criterios de la “Entrevista Estructurada para los Síndromes Prodrómicos”. Los pacientes fueron reclutados y estuvieron bajo

evaluación en 8 centros de investigación clínica como parte del Estudio Longitudinal Prodrómico de Norte América.

Principal medida de resultado: Tiempo de conversión a una forma completamente psicótica de la enfermedad mental.

Resultados: El riesgo de conversión a psicosis fue del 35%, con un índice de desaceleración de la transición durante el seguimiento de dos años. Cinco características valoradas al inicio del estudio contribuyeron únicamente a la predicción de la psicosis: un riesgo genético para la esquizofrenia con un deterioro reciente en el funcionamiento, mayores niveles de contenido de pensamientos inusuales, mayores niveles de sospecha/paranoia, mayor daño social y un historial de abuso de sustancias. Los algoritmos de predicción que combinaron 2 o 3 de estas variables dieron como resultado un incremento dramático en la fortaleza de predicción positiva (68%-80%) en comparación con los criterios prodrómicos por separado.

Conclusiones: Estos resultados demuestran que es factible la valoración prospectiva de individuos en riesgo de psicosis, con un nivel de exactitud de pronóstico comparable a aquellos en otras áreas de la medicina preventiva. Proporcionan un punto de referencia para el porcentaje y forma de la función del riesgo de psicosis en contra de cómo se comparan los programas de intervención preventivos estandarizados.

Tyrone D. Cannon, Kristin Cadenhead, Barbara Cornblatt, Scott W. Woods, Jean Addington, Elaine Walker, Larry J. Seidman, Diana Perkins, Ming Tsuang, Thomas McGlashan, Robert Heinssen, Predicción de psicosis en jóvenes con un alto riesgo clínico. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2008 ENE;65(1).

Psicosis y ansiedad.- El autor señala las dificultades que se derivan tanto del concepto de ansiedad como del de psicosis. Parte de un análisis clínico y llega a la conclusión de que deben reconocerse dos cuadros fundamentales: un grupo de psicosis cicloides, que deben aproximarse a la psicosis maniaco-depresiva, y otro grupo constituido por la esquizofrenia procesual "tipo Kraepelin". En estos dos grupos la experiencia ansiosa es diferente. En el primer grupo la ansiedad se observa con frecuencia en los diferentes episodios y se corresponde a lo que López Ibor caracterizó como "angustia vital", la cual es expresión de una alteración del sistema límbico. Por el contrario, en la esquizofrenia procesual la ansiedad expresa el "ataque" directo al Yo y es experimentada sólo al inicio del brote. El autor cree que las psicosis cicloides son fundamentalmente enfermedades biológicas, mientras que la esquizofrenia es una enfermedad biográfica, por lo que los estudios psicoanalíticos ayudan a comprender el fenómeno de la ansiedad psicótica.

Demetrio Barcia Salorio. Ansiedad psicótica. Anales de Psiquiatría. 2002 Dic; 18(10):456-463.

Manifestaciones tempranas.- La investigación de la relación entre el estatus premórbido y el estado prodrómico y las manifestaciones clínicas del primer episodio psicótico es relevante para comprender la patofisiología de la psicosis y para mejorar la administración de la enfermedad.

En un reciente trabajo publicado en el American Journal of Psychiatry se examinan los patrones de funcionamiento premórbido de las personas entrevistadas durante el primer episodio de la enfermedad psicopática y se examina la relación de las características premórbidas con la severidad de los síntomas y el funcionamiento cognitivo durante el primer episodio del trastorno.

La muestra estudiada estuvo compuesta por 535 pacientes en el momento de su primer episodio psicótico. Los marcadores de los sujetos según la Escala de Ajuste Premórbido fueron utilizados para asignarlos a distintos grupos según si su funcionamiento premórbido era estable- bueno, estable- pobre o deteriorado. Los marcadores de los tres grupos de acuerdo con la Escala de Síntomas Positivos y Negativos, la Escala de Impresión Clínica Global fueron comparados.

Casi la mitad de los pacientes (47,5%) tenían un funcionamiento premórbido estable- bueno, el 37,3% presentó un funcionamiento estable- pobre, y 15,1% tenían inicialmente buenos resultados, pero más adelante se deterioraba.

Más que la mitad de los sujetos, que fueron entrevistados durante su primer episodio de trastorno psicótico, tenían evidencias de trastornos del comportamiento. Un funcionamiento premórbido pobre antes del inicio de la psicosis se asoció a síntomas más severos y a manifestaciones cognitivas más severas de la enfermedad durante el primer episodio de la misma.

Jonathan Rabinowitz; Goedele De Smedt; Philip D. Harvey; Michael Davidson. Funcionamiento premórbido y severidad de los síntomas en el primer episodio psicótico. American Journal of Psychiatry. 2002 dic;159(12).

Psicosis delirante crónica.- Los delirios crónicos o psicosis delirantes crónicas son patologías que están en el tercer plano semiológico de Ey, y corresponden al Yo alienado o psicótico. Son psicosis con delirios permanentes, crónicos ('wahn'), que constituyen lo típico de las mismas. A diferencia de los delirios agudos ('delirium'), que transcurren con algún grado de enturbiamiento de la conciencia, los delirios crónicos transcurren con lucidez, y además el paciente organiza en base a ellos su existencia.

Las psicosis delirantes crónicas son tres, y en cada una encontraremos delirios diferentes. Las características predominantes de los delirios en las psicosis delirantes crónicas son:

PARANOIA	PARAFRENIA	ESQUIZOFRENIA
Sin evolución deficitaria	Sin evolución deficitaria	Con evolución deficitaria
Verosímil (lo explica)	Inverosímil (lo explica)	Inverosímil (NO lo explica)
NO alucinatorio	Alucinatorio	Alucinatorio
Interpretativo retrospectivo	Intuitivo imaginativo	Intuitivo
Sistemático	Polimórfico (o asistemático)	Polimórfico (o asistemático)

En cuanto a la evolución deficitaria o no, nos referimos aquí a la personalidad en su conjunto, y como consecuencia el delirio la seguirá en esta evolución.

El delirio es 'verosímil' porque funciona lógicamente, aunque esté guiado por los afectos que lo llevan hacia determinadas conclusiones. En cambio el delirio inverosímil es absurdo. La diferencia entre el parafrénico y el esquizofrénico es que el primero intentará siempre explicar su delirio absurdo, y el segundo no, a menos que uno insista demasiado. Como se ve, en cualquiera de los tres casos el tema puede ser el mismo (por ejemplo sentirse perseguido) pero el delirio será distinto.

En cuanto al 'mecanismo de constitución' o producción del delirio, este puede ser alucinatorio (donde el delirio surge para explicar lo alucinado) o no alucinatorio, como en el paranoico.

Encontramos también mecanismos intuitivos, que se basan en la captación simple de los datos de la realidad, y el mecanismo interpretativo, que arma una explicación lógica e interpreta la realidad desde falsas premisas. El mecanismo retrospectivo implica, por su parte, reinterpretar en forma delirante su propio pasado (ejemplo, una paciente que un año antes dice que su hijo murió al nacer, un año después dice que en realidad vivió un tiempo secuestrado por el hampa): son una especie de "alucinaciones de la memoria", aunque en verdad son reinterpretaciones delirantes, no alucinaciones. En la parafrénica hay delirios imaginativos, es decir fantásticos, exuberantes, inspirados.

En cuanto a la 'forma de estructuración' del delirio, este puede ser sistemático o polimórfico. Sistemático significa que consta de una fuerte idea central con causa, fin y objeto definidos, en torno a la cual se derivan otras ideas o hipótesis secundarias que coadyuvan a ella. De esta forma el paranoico "abusa" de la lógica porque puede anticipar el final de su argumento. Su organización sistemática y el hecho de que el paranoico continuamente aporta pruebas y datos precisos hace que estos delirios hagan "causa", o sea sean convincentes para los demás. El delirio polimórfico es en cambio asistemático, porque junto a la idea central pueden proliferar otras ideas distintas y hasta contradictorias: hay varios focos delirantes, y por eso suelen ser absurdos y cambiantes.

Para Kraepelin, los delirios tienen origen en trastornos afectivos, que luego se manifiestan como delirio en sí, es decir, como trastorno del juicio. También le importa cómo evolucionan, y a tal efecto distingue la paranoia y la esquizofrenia (que él llama demencia precoz) señalando que la segunda evoluciona deficitariamente. Además, la paranoia emerge hacia los 35-40 años, no así la esquizofrenia, que aparece más tempranamente, siendo la hebefrénica la forma clínica más juvenil.

Condensado de López Susana y Hemmingsen Isabela, Trastornos de la percepción y el pensamiento. Clases de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Setiembre/Octubre 1995.

Psicosis no tratada.- Antecedentes: Sigue siendo una controversia si la intervención temprana en la psicosis puede mejorar el resultado del trastorno. Objetivos: Establecer si existe una asociación entre la duración de la psicosis no tratada y el resultado de cuatro años en personas con psicosis en su primer episodio psicótico. Método: Estudio de seguimiento naturalista prospectivo del resultado de las primeras presentaciones consecutivas con psicosis, según el DSM-IV, atendidos en un servicio psiquiátrico comunitario. Resultados: Una mayor duración de la psicosis no tratada estuvo asociada a un resultado significativamente sintomático y funcional pobre 4 años más tarde. Para la esquizofrenia y el trastorno esquizofreniforme, cada incremento en la duración de la psicosis no tratada estuvo asociado a una disminución de 7.8 puntos del funcionamiento global y a un incremento en índices de síntomas positivos de 1.9 puntos. Conclusiones: Este estudio amplía los resultados de los estudios de seguimiento a corto plazo confirmando una asociación entre la duración de la psicosis no tratada y el resultado a medio plazo. Clarke M y otros, Enfermedad no tratada y resultado de la psicosis. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2006 SEP; 189.

Generalidades.- Debemos hablar de "las" psicosis, pues más allá de la existencia de una estructura psicótica, hay diversos cuadros clínicos (y también posiblemente diferentes estructuras). Por ejemplo, no es lo mismo una "bouffée" delirante que una esquizofrenia. No debe confundirse las psicosis con el mal de Alzheimer, ya que en ambos casos las alteraciones del pensamiento son distintas.

Condensado de Grunfeld, Nosologías freudianas. Clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995-1996.

Diferencias de las psicosis con las neurosis.- Grunfeld marca las siguientes diferencias:

1) Producciones psíquicas: En psicosis y neurosis podemos encontrar igualmente alucinaciones, delirios y fantasías. En las psicosis, sin embargo, las alucinaciones o los delirios provienen del exterior. El delirio

neurótico no es reconstitutivo: no intenta reconstruir nada, mientras que el psicótico sí porque hay una destrucción del mundo interior. El neurótico no intenta recatectizar el mundo externo o conectarse nuevamente con él luego de la retracción libidinal, como sí ocurre en las psicosis.

En rigor, la psicosis se constituyó antes de estas restituciones, cuando hubo una retracción de la libido al yo. Antes de la restitución, o sea antes que aparezcan alucinaciones o delirios, hay una "pre-psicosis". Los delirantes aman sus delirios como a sí mismos.

Con respecto a las fantasías, también existen en los psicóticos, con la diferencia que no están simbolizadas, como en el neurótico. Los psicóticos pueden entonces también soñar y tener fantasías.

2) Represión y cancelación: Mientras el mecanismo neurótico es la represión, el mecanismo psicótico es la cancelación, también llamado rechazo (término similar, aunque no igual, que la forclusión de Lacan).

La diferencia está en lo siguiente: en la represión, lo internamente percibido es reprimido, mientras que en la cancelación es abolido, es decir, es rechazado hacia el exterior, con lo cual opera como si nunca hubiese existido.

Lo abolido, al ser proyectado hacia el exterior, retornará luego también desde el exterior, siendo esto lo típico de las psicosis y al mismo tiempo la gran diferencia con la neurosis, en la cual lo reprimido retorna desde el interior (retorno de lo reprimido).

La cancelación descrita por Freud es similar a la forclusión (o mejor, preclusión) de Lacan. La preclusión implica que un paso no se cumplió: el significante príncipe, el Nombre del Padre, no ha quedado inscripto, y está ausente.

Todas las teorías sobre las psicosis (Freud, Klein, etc) son simbólicas.

Freud usa diferentes palabras en alemán para designar a la represión y a la cancelación:

"Verdrängung": Represión (página 375 de Laplanche). Si a este término le antepone como prefijo "Ur", esto significa represión originaria (página 379 Laplanche).

"Verwerfung": Rechazo. Repudio o forclusión según Lacan (página 380 Laplanche).

3) Cura: Al psicótico no puede hacérselo tender en el diván, pues esto acentúa su regresión. Presenta una transferencia imaginaria, a diferencia de la neurosis, que es simbólica. El psicótico tampoco puede asociar libremente, y con él se usan otros medios como talleres, música, etc.

Condensado de Grunfeld, Nosologías freudianas. Clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995-1996.

Recorrido freudiano de las psicosis.- Grunfeld describe la siguiente cronología:

1) "Las neuropsicosis de defensa" (1894).

Cita un caso de psicosis alucinatoria crónica. Indica que en las psicosis se rechazan tanto la representación como el afecto. En este artículo y en el manuscrito H, de la misma época, ubica la paranoia dentro de las neuropsicosis de defensa. En el manuscrito H especifica a la proyección como el mecanismo de la paranoia.

2) "Proyecto de una psicología para neurólogos" (1895) (Tomo I de Amorrortu). Referencias importantes a las psicosis las encontramos en los Apartados 16 y 18.

a) Apartado 16: "El discernimiento y el pensar reproductor".

El proceso deseante o de activación de la huella mnémica se topa con la función inhibitoria del yo, que produce una investidura moderada del objeto deseado y al que discernirá como no real. Por consecuencia, coinciden la investidura del deseo y la percepción.

La investidura del deseo es un proceso de facilitación que lleva a una descarga alucinatoria cuando fracasa el encuentro perceptivo con el objeto (el psicótico no desea, busca el goce, lo cual puede ser funesto porque hay goces destructivos).

Freud se pregunta luego cómo se descompone el proceso perceptivo, y dice que el juicio separa lo irremediamente perdido (el Das Ding), de lo percibido. Si no se da este juicio, hay psicosis.

La percepción tiende a reencontrar el deseo en la realidad, cuando este está irremediamente perdido. Esta tendencia es normal porque funciona según la identidad de pensamiento: esto permite reconocer que el objeto no es lo deseado sino algo que lo sustituye.

b) Apartado 18: "Pensar y realidad".

Destaca aquí Freud que las "cosas" del mundo son restos que se sustraen a la apreciación judicativa.

3) "La interpretación de los sueños" (1900).

Freud habla aquí de la constitución del aparato psíquico. Para él, la percepción y la memoria se excluyen mutuamente.

Las alucinaciones son fenómenos regresivos (van en sentido opuesto a las percepciones). Son modalidades de pensamiento asociadas a recuerdos "reprimidos" (hoy sabemos que el psicótico, sin embargo, no reprime).

Freud habla también de la semejanza entre el sueño y la psicosis, y propone a los sueños como modelo para explicar las alucinaciones. Los sueños se asemejan al proceso primario (aunque no son estrictamente proceso primario).

4) "El delirio y los sueños en la Gradiva de Jensen" (1907).

En esta novela, un delirio aparece bajo la forma de un sueño. Así, sueños y delirios poseen la misma estructura:

- Ambos están ligados a las pulsiones.
- En ambos hay una certeza sobre su verdad.
- En ambos hay contenido manifiesto y un contenido latente.

5) "Caso Schreber" (1907).

Freud advierte aquí que el modelo de los sueños es inadecuado para explicar las psicosis, y entonces hablará de mecanismos específicos de ésta última, como la cancelación.

6) "Introducción al narcisismo" (1915).

Aquí Freud distingue dos momentos en las psicosis:

- a) Descatectización del mundo externo.
- b) Restitución, o intento de recatectizarlo. Se manifiesta como alucinaciones y delirios.

Condensado de Grunfeld, Nosologías freudianas. Clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995-1996.

Psicosis y simbolización según Lacan.- En la psicosis, algo que fue rechazado del interior reaparece en el exterior, según Freud. Hay una simbolización parcial: lo simbolizado fue reprimido (neurosis) mientras lo no simbolizado fue rechazado.

En la relación del sujeto con el símbolo, existe la posibilidad de una *Verwerfung* primitiva, a saber, que algo no sea simbolizado, y se manifestará en lo real.

A nivel de esa *Bejahung*, simbolización primitiva, se establece una dicotomía: se produce la *Bejahung*, mientras lo afectado por la *Verwerfung* primitiva sufrirá otro proceso.

La Ley está desde el inicio, desde siempre, y la sexualidad humana debe realizarse a través de ella. Se trata de una ley de simbolización. Esto quiere decir el Edipo. En su seno se producirá todo lo imaginable en los tres registros de la *Verdichtung*, de la *Verdrangung* y de la *Verneinung*.

La *Verdichtung* o ley del malentendido permite satisfacer tendencias femeninas y seguir siendo hombre. La *Verdrangung* es lo que sucede cuando algo no encaja en la cadena simbólica, surgiendo así la represión, aunque la cadena sigue circulando por lo bajo expresando sus exigencias, mediante el síntoma neurótico. La *Verneinung* es del orden del discurso y se refiere a lo que somos capaces de producir por vía articulada: es el principio de realidad, que Freud vincula con el juicio de existencia. El decía: siempre se trata de volver a encontrar un objeto. La realidad en tanto deseo es al comienzo alucinada. El sujeto busca siempre satisfacer la primitiva relación materna. El sujeto no tiene que encontrar al objeto de su deseo, como en la adaptación instintiva, sino volver a encontrar en forma alucinada y luego sustitutiva.

Resumen de Lacan J (1978) Seminario 3. Capítulo 6, apartado 3.

Psicosis y neurosis según Lacan.- En el fenómeno psicótico emerge la realidad de una significación amenazante, pero que no se la puede vincular con nada pues nunca entro en el sistema de la simbolización, como se ve en el caso Schreber. Cabe distinguir así neurosis de psicosis. En la neurosis, cuando una pulsión aparece en un sujeto para quien dicha pulsión ya fue puesta en juego en diferentes puntos de su simbolización previa, logra expresarse en los síntomas. Así, lo reprimido se expresa de todos modos, siendo la represión y el retorno de lo reprimido la misma cosa. El sujeto puede arreglárselas con lo que vuelve a aparecer.

La *Verwerfung* no pertenece al mismo nivel que la *Verneinung*. Cuando al comienzo de la psicosis lo no simbolizado reaparece en lo real, hay respuestas inadecuadas. Todo parece indicar que la psicosis no tiene prehistoria: cuando algo aparece en el mundo exterior que no fue primitivamente simbolizado, el sujeto se encuentra inerte, incapaz de hacer funcionar la *Verneinung* con respecto al acontecimiento. Se produce una reacción en cadena a nivel de lo imaginario, no de lo simbólico.

Resumen de Lacan J (1978) Seminario 3. Capítulo 6, apartado 4.

Psicosis y Yo Ideal según Lacan.- Puesto que el ego (yo) establece el vínculo con la realidad, es importante en la psicosis: el yo transforma la realidad con fines defensivos, frente a un impulso que percibe como peligroso.

Junto al yo está también ineludiblemente unido a él, el *Yo Ideal*, que, a diferencia de la fantasía o fantasma, que aparece en las neurosis, en la psicosis es una fantasía hablada, que habla. Vale la pena preguntarse si es ese Yo Ideal, ese otro imaginario, ese otro-reflejo, ese que nos cautiva mediante la apariencia que la proyección de nuestra totalidad nos proporciona, es quien habla.

Hay proyección como un transativismo imaginario, el que por ejemplo hace que el niño pegador diga "El me pegó". Pero esta proyección no es delirante, es decir, no es la proyección de la psicosis. En este caso además de una instancia imaginaria que da forma al proceso psicótico, hay otra instancia que le da la dinámica. O sea los mecanismos psicóticos no se limitan al registro imaginario.

Resumen de Lacan J (1978) Seminario 3. Capítulo 11, apartado 1.

Comienzo de la psicosis según Lacan.- En la pre-psicosis hay una sensación de haber llegado al borde del agujero: es cuando para un sujeto viene una pregunta para la cual no hay significante, no hay respuesta, y así el agujero, la falta, se hace sentir. En la neurosis, la significación desaparece por un

tiempo, eclipsada, y va a anidar a otro lado. En la psicosis la verdad de la cosa falta, no hay nada para representarla (por ejemplo el padre ausente).

La aparición de la pregunta formulada por la falta de significante se manifiesta por fenómenos de franja donde el conjunto del significante está puesto en juego. Una gran perturbación del discurso interior se produce, y el Otro enmascarado se presenta de golpe iluminado, revelándose en su función propia. Esta función es la única que retiene al sujeto a nivel de discurso, el cual amenaza por faltarle por completo y desaparecer. Tal es el crepúsculo de la realidad que caracteriza la entrada en la psicosis.

Resumen de Lacan J (1978) Seminario 3. Capítulo 15, apartado 3.

La potencialidad psicótica.- La potencialidad psicótica tiene como condición necesaria previa una necesidad del Yo de elaborar una construcción con un orden causal delirante, que se manifiesta en un conflicto entre el identificador y los primeros identificados debido a una falla en los mensajes de portavoz y del padre, que harán difícil responder a la lógica del discurso. La escucha analítica detecta así un 'pensamiento delirante primario'. Si alguna vicisitud en la realidad de su historia produce la ruptura de la membrana, se pasa de lo potencial a lo manifiesto.

La psicosis es una interrogación del Yo sobre sus orígenes, relacionada con el deseo de la pareja de padres y dónde se inscribe el hijo. El infans se apropia así de la versión de los padres, encontrando así qué trama deseante fue resultado de su nacimiento y qué proyectos esperaban los padres de él. El problema surge cuando el discurso parental no dice nada sobre este origen o reduce la respuesta a una única explicación que deja al Yo desposeído del comienzo de una historia. Por ejemplo la ausencia de un deseo de hijo.

El pensamiento delirante, al buscar reconstruir el discurso materno, intenta reparar el abuso de poder de ese mismo discurso que es la violencia de la interpretación del portavoz. Interpretar el exceso de violencia reinventando un sentido que salvaguarde a la madre como soporte libidinal necesario, es la gran hazaña del pensamiento delirante primario.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Psicosis según Bion.- Para Bion, se pueden tratar los pacientes psicóticos con la técnica psicoanalítica clásica, apoyándose en ideas de M. Klein (posiciones, identificación proyectiva, etc.) y de Freud (aparato psíquico activado por el principio de realidad).

Luego, Bion no estará de acuerdo con Freud en dos puntos:

a) Bion sostiene que en el psicótico no hay un retiro total de la realidad, sino que la relación con esta está mediada por una fantasía agresiva omnipotente que ataca la realidad y la conciencia de realidad. Por ende, hay algún funcionamiento no psicótico (o neurótico). Ver más adelante personalidad psicótica y no psicótica.

b) El retiro de la realidad, más que un hecho, es una ilusión provocada por el ataque contra las funciones yoicas (conciencia, atención, memoria, juicio, capacidad de descarga motora y pensamiento), realizado por identificación proyectiva.

Si ésta última persiste inmodificada más allá de la posición esquizo-paranoide, según Klein se produce un vaciamiento de contenidos psíquicos con sensación de empobrecimiento y despersonalización. Bion propone desde aquí diferenciar *identificación proyectiva normal y patológica*, en función de su violencia más que de su frecuencia.

La identificación proyectiva evacua objetos hacia afuera, pero también es un medio de comunicación con la madre, relacionada con la función de reverie de ésta. Para Bion, una psicosis se instala por un factor innato (baja tolerancia a la frustración) y un factor ambiental (falta de reverie materna).

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Psicosis y pensamiento según Bion.- El estudio del pensamiento verbal, al depender de las relaciones objetales, permite acceder a la comprensión del vínculo objetal del paciente.

Bion reconoce en tal sentido tres funciones del lenguaje en el psicótico: es usado como forma de actuar, como modo de comunicación y como modo de pensamiento. Como forma de actuar sirve a la disociación del objeto y a la identificación proyectiva: las palabras, usadas como cosas, facilitan la proyección de elementos persecutorios y partes escindidas de sí mismo en el analista.

El psicótico tiene una doble dificultad para hacer un uso simbólico del lenguaje: su uso como forma de actuar, y cuando el tratamiento empieza a unir lo escindido en objetos totales el paciente ataca este logro debido al incremento del dolor y frustración por el contacto con la realidad.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Personalidades psicóticas y no psicóticas según Bion.- Ambas personalidades coexisten, sólo que una de ellas prevalece.

Para que se instale una psicosis deben ocurrir alteraciones tanto en el sujeto como en su relación con el ambiente hostil.

En el sujeto hay cuatro características específicas: incremento de impulsos agresivos, odio absoluto a la realidad externa e interna, temor a la retaliación, y relaciones objetales frágiles, prematuras y mantenidas tenazmente.

Por otro lado, el ambiente hostil que aquel que no es continente de las proyecciones del bebé. Así, implica una falla en la función de reverie de la madre.

En la base del funcionamiento psicótico hay una fragmentación y expulsión de las partes del Yo que sirven para vincularse con la realidad, lo que comienza ya en la posición esquizo-paranoide.

En las clases de 1996, se mencionó que la técnica analítica para Bion abarca tres puntos: a) Supresión de la memoria y el deseo (son dos caras misma moneda: si deseo algo es porque lo recuerdo). b) Intuición. c) Enseñar al paciente a transformar elementos beta en alfa, y a tolerar la frustración.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Psicosis biogénica.- 1. Craig y Beaton describen que "el grupo de trastornos llamados Psicosis Biogénica con reacciones anormales ante la experiencia que normalmente estructurarían la personalidad; no tienen otra causa que el fracaso del paciente para la vida adulta". 2. Las psicosis conocidas como biogénicas son: demencia precoz, demencia paranoides, parafrenia, paranoia, psicosis maníaco-depresiva y los estados involucionados, de acuerdo a Craig y Beaton.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Aspectos genéticos.- La psicosis, como otros trastornos psiquiátricos mayores, es de complejidad genética y clínica. Los crecientes estudios genéticos moleculares de gran alcance, tienen el potencial de identificar la variación del ADN que influencia la susceptibilidad de los trastornos genéticamente complejos. Se requiere utilizar un rango de enfoques genéticos apropiados para identificar un espectro de las variantes de riesgo desde las comunes hasta las raras. Algunas variantes pueden tener grandes efectos a escala individual pero son más probables a tener efectos modestos o pequeños a escala poblacional e individual. La heterogeneidad clínica extensa es probable a tener un impacto significativo en el alcance, incluso para los grandes estudios y, más importante, conducirá a la variabilidad extensa entre estudios y obstaculizará tentativas en la réplica. Si somos capaces de darnos cuenta del potencial de la genética molecular, debemos superar las limitaciones principales impuestas por clasificaciones de diagnóstico psiquiátricas actuales e identificar los fenotipos clínicos que reflejan la presencia de entidades subyacentes con la validez biológica.

Nick Craddock, Michael C. O'Donovan, Michael J. Owen, Complejidad fenotípica y genética de la psicosis. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 MAR; 190(3).

Psicosis y depresión.- En este estudio se han evaluado las modificaciones en los síntomas de depresión a lo largo del tiempo en 57 pacientes con un primer episodio de psicosis, así como las relaciones existentes entre estos síntomas durante el episodio psicótico agudo y el período pospsicótico tras la administración del tratamiento.

Los instrumentos de valoración han sido la Calgary Depression Scale (CDS) y la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Para la valoración del resultado del tratamiento se han utilizado criterios de remisión recientemente propuestos. En el análisis factorial mediante la PANSS se identificó un factor de depresión/ansiedad (PANSS-D/A) inicial, que a los 24 meses se diferenció en los factores «puros» de depresión (PANSS-D) y de ansiedad (PANSS-A).

En el momento del inicio del estudio se detectaron correlaciones intensas entre las puntuaciones CDS y las puntuaciones PANSS-D/A, PANSS-D y PANSS-A, pero a los 24 meses desapareció la significación en la correlación entre las puntuaciones CDS y PANSS-A. En comparación con los pacientes que no presentaron remisión, los que alcanzaron la fase de remisión mostraron puntuaciones CDS iniciales significativamente mayores, pero los síntomas de depresión desaparecieron con el tratamiento antipsicótico.

Los pacientes que no presentaron remisión mostraron puntuaciones CDS iniciales relativamente bajas, pero sus síntomas de depresión persistieron a lo largo de todo el estudio.

Estos resultados sugieren que los síntomas de depresión en el episodio psicótico agudo son diferentes de los que tienen lugar durante el período pospsicótico en términos de su fenomenología, de su relación temporal con la psicosis y de su respuesta al tratamiento.

Oosthuizen P y otros, Relación entre depresión y remisión en el primer episodio de psicosis. WORLD PSYCHIATRY. 2006 DIC; 4(3).

Psicosis y emoción.- Antecedentes: Cada vez más se reconoce el papel de la emoción en la psicosis. Las conceptualizaciones cognitivas de la psicosis (e.j. [Garety, P.A., Kuipers, E.K., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P.E., 2001. Un modelo cognitivo de los síntomas positivos de la psicosis. Medicina psicológica, 31, 189-195]) acentúan un papel central, normal, directo y no-defensivo de la emoción negativa en el desarrollo y mantenimiento de la psicosis. Este estudio prueba las predicciones específicas

hechas por Garety et al., con respecto al papel de la emoción y de las creencias de evaluación negativas en la psicosis.

Métodos: Al inicio del estudio se reclutaron a 100 participantes que habían sufrido una recaída reciente de psicosis, para la prueba de la "prevención de la recaída de psicosis" (PRP). En un análisis seccional transversal, examinamos el papel de la depresión, de la autoestima y de las creencias de evaluación negativas en lo referente a los síntomas positivos específicos (ilusiones de persecución, alucinaciones auditivas e ilusiones) y a las dimensiones del síntoma (e.j. angustia, contenido negativo, preocupación y convicción).

Resultados: El análisis indicó que los individuos con más depresión y con el autoestima más baja tenían alucinaciones auditivas de mayor severidad y de contenido negativo más intenso, y les ocasionaban mayor angustia. Además, los individuos con más depresión, con la autoestima más baja y con evaluaciones más negativas sobre sí mismos y de otros, tenían ilusiones de persecución de mayor severidad y estuvieron más preocupados y angustiados. La severidad de las ilusiones estuvo relacionada inversamente con los índices de depresión y con las evaluaciones negativas sobre uno mismo, y directamente relacionada con una autoestima más alta.

Conclusiones: Este estudio proporciona la evidencia del papel de la emoción en los trastornos esquizofrénicos. El estado anímico, la autoestima y las creencias de evaluación negativas deben ser considerados al conceptualizar la psicosis y diseñar las intervenciones.

Smith B y otros, La emoción y la psicosis: Las relaciones entre la depresión, la autoestima, las creencias esquemáticas negativas, y las ilusiones y las alucinaciones. SCHIZOPHR RES. 2006 SEP; 86(1).

Psicosis periódicas.- Resumen: "La noción de Psicosis periódica es antigua pero con el tiempo ha quedado reducida prácticamente a los Trastornos bipolares. Sin embargo, en la actualidad empieza de nuevo a pensarse que debe ampliarse el grupo ya que hay otras condiciones patológicas que tiene la característica esencial de su periodicidad.

En esta Ponencia se analizan algunas cuestiones. El D. Barcia realiza una introducción al tema y señala que deben entrar en esta noción tres cuadros esencialmente, los Trastornos bipolares, las Psicosis cicloides de Leonhard y la Catatonía periódica de Gjesing. Estos tres cuadros tienen una serie de rasgos comunes que se analizan en esta ponencia:

1.-Periodicidad, 2.-Alteraciones del sueño, 3.-Alternancia del tipo de fase,4.-Trastornos de la Motilidad,5.-Curso en fases (en el sentido de Japers) y buen pronósticos (no Vöbleitung).

E. Vieta, señala que la antigua y clásica psicosis maníaco-depresiva, denominada hoy trastorno bipolar, sigue siendo una categoría diagnóstica válida y fiable, aunque discutida respecto a sus límites con otras patologías, como la esquizofrenia. El dilema lo han resuelto de forma algo deficiente las modernas clasificaciones consagrando una categoría intermedia, los trastornos esquizoafectivos, y soslayando la existencia de otras psicosis como las cicloides. El concepto actual de trastorno bipolar engloba ciertamente tanto pacientes psicóticos como no psicóticos, pero estudios con muestras amplias como el EMBLEM (estudio europeo de más de 3500 pacientes maníacos) demuestran que el subgrupo psicótico tiene características propias diferenciales y validez intrínseca.

A. Acántara, estudia aspectos relacionados con la farmacología. De un lado que tratamiento es el más adecuado a intentar evitar la repetición de las fases y, moviéndose en un plano relacionado con los biorritmos, estudia lo que se llama Cronofarmacología señala aspectos de utilizar adecuadamente estas sustancias en función de las características de los ritmos biológicos".

Barcia D y otros, Psicosis periódicas. INTERPSIQUIS, 2007.

Psicosis cicloide.- Diversos autores consagran las psicosis cicloides como un grupo claramente definido, entre la esquizofrenia y las psicosis afectivas, es decir, tienen síntomas de estirpe esquizofrénica y episodios alternantes entre dos polos (angustia/felicidad, incoherencia/estupor o acinesia/hipercinesia). La variabilidad sintomática se encuentra claramente presente en el caso clínico que se expone, y en cada fase se observa la alternancia entre dos polos que se ha señalado. La evolución posterior confirma la sospecha de psicosis cicloide, y se diferencia del trastorno bipolar como diagnóstico alternativo. Hemos visto que en la actualidad aún se plantea la posibilidad de que las psicosis cicloides puedan recuperar un espacio propio como entidades independientes dentro de la nosología psiquiátrica. Esta paradigmática situación supone un reto al análisis psicopatológico actual por la tendencia de las clasificaciones vigentes a la reducción de los sistemas diagnósticos, que condena muchos cuadros a epígrafes "cajón de sastre" y, por lo tanto, considerados en diversas categorías sin llegar a una determinación concreta y clara.

María Pérez García, Alfredo Guerrero Morcillo, Ana Palop Grau, María Jesús Montes Lozano, Pedro Martínez Mollá, Santiago Nicanor Tárraga Díaz. Psicosis cicloide como diagnóstico independiente. PSIQUIATRIA BIOLÓGICA. 2007 NOV;14(6).

Psicosis cicloides.- La existencia de psicosis agudas de corta duración, de sintomatología intensa y de remisión total ha sido bien conocida por los clínicos y descrita en sus rasgos esenciales por numerosos autores anteriores a Kraepelin. Este autor clasificó las psicosis endógenas en base a su sintomatología, curso y pronóstico de una manera dicotómica: por un lado la demencia precoz (caracterizada por

síntomas psicóticos, desorganización del pensamiento y conducta, síntomas negativos y un curso crónico y deteriorante) y por otro lado la locura maniácodepresiva (caracterizada por una intensa depresión o éxtasis o una combinación de ambas, un curso fásico y un pronóstico a largo plazo favorable).

En este sistema dicotómico las psicosis agudas autolimitadas y de buen pronóstico fueron englobadas dentro del polo de la locura maniáco-depresiva². Posteriormente otras consideraciones y perspectivas se hicieron presentes en relación a este sistema de clasificación, especialmente en países como Alemania, Francia, Escandinavia y Japón.

V. Peralta Martín; V. Basterra Gortari; M. Zandío Zorrilla; M. J. Cuesta Zorita, Psicosis cicloides: etiopatogenia, características clínicas y nosología. AULA MÉDICA PSIQUIATRÍA. 2008;10(1).

Psicosis aguda: diferencias de género.- El término psicosis aguda engloba a un grupo heterogéneo de psicosis, siendo precisa la realización de estudios que profundicen en su etiología, epidemiología, sintomatología y evolución. Uno de los aspectos menos abordado es la existencia de diferencias respecto al género. En este estudio se presenta un análisis por género de pacientes ingresados que al alta son diagnosticados de episodio psicótico agudo (trastorno psicótico breve, trastorno psicótico no especificado, trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico inducido por drogas). Se estudian diferencias respecto a la sintomatología, factores predisponentes y desencadenantes, así como de remisión clínica.

Resultados: Se obtiene un predominio de varones diagnosticados de psicosis aguda. En las mujeres se observa más frecuentemente el diagnóstico de trastorno psicótico breve, siendo la sintomatología similar para ambos sexos. El factor estudiado más claramente relacionado en el desencadenamiento de psicosis aguda en las mujeres es el estrés, mientras que en los hombres el consumo de drogas resulta más llamativo. La evolución del episodio psicótico agudo es similar para ambos sexos, precisando las mujeres de una menor dosis de neuroléptico para su resolución clínica.

Pedrés Roselló A y Tenías Burillo J, Psicosis aguda y sexo: ¿existen diferencias? ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2006; 22(1).

Psicosis psicogénica.- En 1916 Wimmer describió las psicosis psicogénicas como psicosis secundarias a traumas mentales. Actualmente, las psicosis psicogénicas se incluyen en los trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23) de la CIE-10 y en los trastornos psicóticos breves (298.8) del DSM-IV-TR.

S. Martínez Formoso, M. Arrojo Romero, Psicosis psicogénica. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2007 MAY; 35(3).

Déficits cognitivos.- "La investigación sobre las alteraciones cognitivas presentes en la psicosis se han centrado en el estudio de la esquizofrenia. Esta investigación ha servido de modelo y ha permitido la aplicación de paradigmas e instrumentos que ahora se empiezan a aplicar en el estudio de las alteraciones cognitivas presentes en otros trastornos del espectro esquizofrénico y condiciones médicas que cursan con psicosis. Las alteraciones cognitivas son un factor nuclear dentro de la esquizofrenia y son independientes del resto de la sintomatología. Existe un amplio rango de alteraciones cognitivas presentes en la esquizofrenia. Prácticamente todos los pacientes con esquizofrenia manifestarían un deterioro de sus funciones cognitivas, incluso aquellos que aparentemente tienen un funcionamiento neuropsicológico intacto. Se han identificado tres subtipos de funcionamiento cognitivo entre los pacientes con esquizofrenia: "déficit/deterioro generalizado", "déficits ejecutivos" y "déficits de memoria", aunque existen indicios de que estos subtipos no serían patrones cognitivos individuales y estables sino que serían modificables a lo largo del tiempo".

R. Martínez-Leal, A. Runte-Geidel, M. M. Muñoz, P. Brangier-Wainberg y J. A. Cervilla Ballesteros, Déficits cognitivos: los otros síntomas de las psicosis. MONOGRAFÍAS DE PSIQUIATRÍA. 2007 SEP; 19 (3).

Psicosis confusional endógena.- Resumen: En esta Conferencia Inaugural voy a tratar de exponer brevemente una hipótesis fisiopatológica sobre los estados confusionales. Vamos a dividir la conferencia en tres partes: la primera parte es la parte estrictamente clínica, la segunda parte es la fisiopatológica, y en la tercera parte quiero rendir un homenaje al hombre que ha creado la idea que yo voy a utilizar en la segunda parte. Habitualmente uno cree... -ies la primera vez en mi vida que traigo un machete para una conferencia, pero es la desmielinización de los años!-. Habitualmente uno cree que las conductas rápidas, desenvueltas, confiadas, los movimientos rápidos, desenvueltos, confiados, tienen como causa la vivencia de un ambiente conocido; y que contrariamente los movimientos lentos, los movimientos tímidos, exploradores, precavidos, casi irresolutos, tienen como causa la vivencia de un ambiente desconocido. O sea que la vivencia de lo conocido y lo desconocido, la cualidad psíquica de lo conocido y lo desconocido es causal con respecto al tipo de motilidad. Es la típica visión del denominado dualismo interaccionista: hay un mundo psíquico y un mundo físico de movimientos, y hay una interacción, lo psíquico mueve lo físico. En este caso me voy a referir al problema de la llamada cualidad de lo conocido. La cualidad de lo conocido y la cualidad de lo desconocido, un ambiente es conocido o un ambiente es desconocido. Los alemanes le llamaban a esto, los psicólogos alemanes, la "Bekanntheitsqualität". "Bekannt" es el participio del verbo "kennen", conocer. "Bekanntheit" sería "conocidad..." ¡la traducción! La cualidad de lo conocido. La pregunta es: esta idea de que la vivencia de lo conocido y de lo desconocido, que la cualidad de lo conocido y lo desconocido, es causal sobre la conducta ¿es así o no es así? Vamos a ver que nos

puede responder el terreno de las psicosis confusionales. Si lo exploramos atentamente, es en estas psicosis donde se manifiesta de manera más clara la diferencia entre lo conocido y lo desconocido. Las psicosis confusionales... Yo quiero dejar de lado acá el aspecto histórico, yo lo he revisado en un artículo sobre catatonía que he publicado en el año 88 y además está muy bien revisado en el artículo de Chaslin que se llama "La confusión mental primitiva". Las psicosis confusionales están situadas entre dos grandes polos, entre dos grandes mundos: por un lado el estupor acinético, acinesia, y por otro lado el delirium, la agitación, la hipercinesia que puede conducir a la muerte. Entre ambos polos, entre el polo acinético y el polo hipercinético, se extiende el mundo no sólo de las denominadas "psicosis motoras" sino el mundo de las denominadas "psicosis confusionales". El mundo acinético, que corresponde más o menos a la vieja imbecilidad adquirida, al idiotismo accidental de los franceses, a la "mélancolie avec stupeur" de Baillarger (melancolía con estupor), al "stupeur mélancolique" de Delasiauve y remata en la catatonía de Kahlbaum en el sentido estricto, cuando Kahlbaum dice "los pacientes parecen esos colosos sentados, de piedra, entre la arena de Egipto". El paciente acinético es un paciente atónico, todos lo sabemos, rígido, como un coloso egipcio, esto es Kahlbaum, el estado atónico. Y del otro lado el delirium acutum que termina en la catatonía mortal de Stauder. El paciente se agita, pelea contra su misma sombra, como un boxeador, termina lleno de hematomas, en un colapso cianótico, y se muere.

Juan Carlos Goldar, Las psicosis confusionales endógenas. ALCMEON. 2007 MAR;13(4).

Psicosis y traumas infantiles.- Se ha renovado el interés por la relación entre los traumas de la infancia y el riesgo de psicosis en la edad adulta. Hay un amplio número de estudios sobre pacientes psiquiátricos hospitalizados y pacientes ambulatorios que, en su mayoría, experimentan un trastorno psiquiátrico que indica que la prevalencia de traumas infantiles es elevada en estas poblaciones. Sin embargo, en general, se trata de pequeños estudios realizados en muestras con diagnósticos heterogéneos y crónicos y, como tales, aportan poca información en cuanto a si el trauma infantil tuvo importancia etiológica en la psicosis. En un escaso número de estudios recientes basados en la población se ofrecen pruebas científicas más fiables de asociación y, en la actualidad, se dispone de mecanismos biológicos plausibles que vinculan el trauma infantil con la psicosis. Sin embargo, sigue habiendo un número de aspectos conceptuales y metodológicos que muestran claramente que es necesario investigar más en profundidad antes de poder llegar a conclusiones firmes en cuanto a si los traumas infantiles pueden ser una causa de la psicosis.

Craig Morgan; H Fisherb. Factores ambientales en la esquizofrenia. Traumas infantiles: una revisión crítica. SCHIZOPHRENIA BULLETIN. 2007 ENE;33(1):3-10.

Tratamiento analítico de psicóticos.- Rolla llama psicótico a un individuo que inicia un proceso de regresión que llega hasta niveles muy primitivos, cuando a raíz de una situación de estrés en su vida diaria siente que pierde su control interno para el manejo de las ansiedad y la conservación de sus relaciones objetales.

El paciente psicótico se vuelve tan altamente dependiente que su conducta pareciera exigir que el analista sea realmente su madre.

Rolla menciona a Freud cuando éste señala que el paciente regresa a puntos de fijación desde los cuales pueda organizarse y reestablecer su adaptación. Estos puntos serían niveles en la evolución en los que sobrevino un grave conflicto, y aunque la situación traumática haya puesto en peligro la vida del individuo, los mecanismos defensivos permitieron reorganizar el Yo, el cual logró de nuevo el ejercicio de las partes autónomas.

Los puntos a los que llega en psicótico en su regresión, corresponden a épocas donde las representaciones mentales y del propio esquema corporal no estaban integradas en el individuo, en forma tal que éste pudiera tener concepto de Self. Edgardo Rolla piensa que el concepto de Self corresponde a una simbolización, es decir que la totalidad del Self del individuo es en realidad una totalidad simbólica.

En las épocas muy tempranas a que hace referencia el autor, la relación del niño con su madre se hacía a través de "partes" de sí mismo con "partes" de aquélla; además, el vínculo tenía determinadas cualidades. Por ejemplo la relación boca-pecho podía ser gratificante o frustrante.

Durante el desarrollo evolutivo, quizás en el segundo semestre, el aprendizaje logrado en cuanto a movimientos, permitiría la síntesis de dos o más de esas relaciones objetales.

La demora de la descarga y la posibilidad de crear imágenes y pensamientos, se relacionan con la facilitación que produzca la madre, quien debe presentar modelos kinéticos para que el niño salga de la compulsión repetitiva (estereotipia) y logre efectuar movimientos, acciones que constituyen esas síntesis de las representaciones parciales del esquema corporal al que Rolla se ha referido.

Estas acciones, en el psicótico, señalan las 'necesidades kinéticas' que presente en un momento, sea para salir del estereotipo logrando la síntesis o para continuar con la regresión sintiéndose 'acompañado', es decir, sintiendo que satisfacen sus necesidades de dependencia infantil.

Rolla cita a Herbert A. Rosenfeld cuando éste dice que 'el análisis de las esquizofrenias, como en el análisis de niños, no se insiste en la asociación libre o en que el paciente se acueste en el diván. En

cambio se usan las palabras y toda la conducta del paciente, tal como gestos y acciones, como material analítico'.

Tal como ocurre en el análisis de los niños, Rolla dice que en el de psicóticos se aceptan las desviaciones del encuadre clásico; y no se exige la asociación libre ni el uso del diván, aceptándose el diálogo cara a cara, la entrevista con el padre del paciente, su internación, las precauciones contra el suicidio.

También se pueden considerar la necesidad de complementar la parte verbal de la interpretación con modelos kinéticos que denoten al paciente la comprensión de su punto de urgencia (interpretación dinámica) y además aporten elementos connotativos que le signifiquen modelos para el aprendizaje y la construcción de una síntesis que resuelva la compulsión que le produce el sentimiento de estar compuesto por múltiples esquemas corporales (interpretación genética), de acuerdo con el aspecto técnico anteriormente señalado por Rolla, y tomando en parte como base la clasificación propuesta por Kris y Loewenstein.

En los pacientes con perturbaciones ideativas (esquizofrénicos) la conservación del contacto con la realidad es mínima y por lo tanto ya no operan como constituyendo una totalidad simbólica, sino como si fueran parte de una ex totalidad. El paciente se percibe a sí mismo como una especie de agrupación de constelaciones de relaciones objetales que en todo caso se interrelacionan.

En los casos de pacientes con psicosis afectivas, sean maníacos o melancólicos, también está perturbado el curso del pensamiento verbal y la capacidad de abstracción. Hay una restructuración del Self, y el sentido del esquema corporal está conformado sobre la base de múltiples esquemas corporales parciales (constelaciones de relaciones objetales).

En palabras de Hartmann, el maníaco todavía tiene un Yo que intenta neutralizar la agresión que utiliza para poner en funcionamiento la negación y el control omnipotente proyectivo. El melancólico no solamente siente la pérdida de sus objetos (incomunicación interna de sus representaciones mentales), sino la pérdida progresiva de su capacidad de simbolización. El suicidio melancólico ya es una situación de psicosis ideativa, al estilo de lo que hizo Van Gogh.

En las psicosis afectivas, desde el momento que el lenguaje como elemento kinético aún se conserva, la interpretación verbal puede ser más operante. Es decir, el aspecto dinámico y el aspecto genético pueden mostrarse a través de la verbalización. Sin embargo cuando la ansiedad supera el frágil control interno, Rolla considera que es necesaria también la utilización de acciones complementarias, connotativas y denotativas.

Rolla Edgardo, La interpretación en el análisis de psicóticos

Funciones cognitivas en el inicio.- Describir el curso del rendimiento cognitivo en primeros episodios psicóticos y determinar posibles diferencias en el grado de afectación y evolución de los déficit cognitivos entre esquizofrenia y otras psicosis. Se evaluaron las áreas de atención, memoria de trabajo y funciones ejecutivas en 57 primeros episodios psicóticos en el momento basal y al año de seguimiento.

Para la muestra total, se detectaron reducciones significativas en: porcentaje de errores de omisión y comisión en la tarea de atención sostenida ($p < 0,001$ y $p = 0,001$, respectivamente), tiempo total empleado en el Stroop-I ($p < 0,001$), porcentaje de errores de omisión en memoria de trabajo ($p = 0,001$), porcentaje de errores perseverativos del WCST ($p < 0,001$), así como un incremento en el número de categorías completadas en este último ($p < 0,001$). El resto de variables analizadas permanecieron estables (4 de un total de 10). El perfil de cambio fue similar para el grupo de esquizofrenia ($n = 20$) y no esquizofrenia ($n = 37$) en las áreas de atención y memoria de trabajo. Para el funcionamiento ejecutivo, el grupo de no esquizofrenia presentó un perfil de cambio más favorable. No se detectaron diferencias significativas entre grupos en su rendimiento cognitivo en ninguna de las evaluaciones.

El curso de los déficit cognitivos en primeros episodios psicóticos presenta mejorías significativas durante el primer año en las áreas de atención, memoria de trabajo y funciones ejecutivas. El rendimiento neuropsicológico no parece ser lo suficientemente específico para diferenciar pacientes con esquizofrenia de pacientes con otros diagnósticos psicóticos, al menos durante el primer año tras la instauración del tratamiento.

Curso del funcionamiento cognitivo en primeros episodios psicóticos: estudio comparativo entre esquizofrenia y otros diagnósticos psicóticos. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2008; 1(1):18-25.

Psicosis epiléptica.- Objetivo: Evaluar la sintomatología clínica y tratamiento de la psicosis epiléptica y realizar diagnóstico diferencial con la psicosis esquizofrénica. A propósito de un caso clínico.

Material y método: En el área de neuropsiquiatría del Hospital Militar Central se recibe un paciente derivado del área de neurología para evaluación por trastornos psiquiátricos. Se analizaron las siguientes variables: Examen Clínico Psiquiátrico, Electroencefalograma, Resonancia magnética del cerebro con protocolo para epilepsia, Análisis bioquímico, Clasificación diagnóstica según DSM IV, CIE 10 y tratamiento.

Resultados: Se observaron síntomas positivos (delirios y alucinaciones) y síntomas negativos (Hipobulia y anhedonia). El electroencefalograma reportó paroxismos en región temporal izquierdo. Resonancia magnética y análisis bioquímicos normales. Según DSM IV se diagnóstico Trastorno psicótico debido a

epilepsia del lóbulo temporal y CIE 10 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico. El tratamiento fue Carbamazepina con titulación progresiva hasta 1000 mg por día, Quetiapina 25 mg por día y Sertralina 50 mg por día, con marcada mejoría clínica a los 30 días post-tratamiento.

Conclusiones: La importancia del diagnóstico diferencial entre ambas patologías debido a que el error diagnóstico puede llevar al paciente a una prognosis desfavorable. Los síntomas negativos como la depresión y abulia deben ser tenidos más en cuenta para el diagnóstico de la psicosis epiléptica. El insight parcial y mayor expresión afectiva en nuestro paciente es un factor a tener en cuenta para el diagnóstico diferencial con la esquizofrenia.

Jorge Luis Muñoz Salgado. Psicosis Epiléptica: A propósito de un caso clínico. ALCMEON. 2009 MAR; 15(3):141-167.

Tratamiento de la psicosis parkinsoniana.- La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno crónico neurodegenerativo idiopático en el que existe un déficit dopaminérgico que provoca alteraciones motoras y otras, como autonómicas, sensitivas y neuropsiquiátricas, incluida la psicosis. La psicosis en la EP, caracterizada por la existencia de alucinaciones y delirios, es un problema frecuente e invalidante para el paciente, estresante para el cuidador y de difícil manejo para el facultativo, pues predispone a una mayor morbimortalidad y a la institucionalización del paciente.

Objetivo. Realizar una revisión de la bibliografía sobre el tratamiento de la psicosis en la EP.

Desarrollo. Se revisan diversos aspectos de la psicosis en la EP, como criterios diagnósticos, fisiopatología, factores predisponentes, características clínicas y, sobre todo, manejo, en el que se incluye (tras haber intentado reducir la medicación antiparkinsoniana hasta un límite marcado por la pérdida de la autonomía motora) la utilización de antipsicóticos atípicos. Además, se revisa la evidencia disponible con otros fármacos para la psicosis en la EP (los anticolinesterásicos, fármacos que actúan sobre los receptores de serotonina y otros).

Conclusión. La psicosis en la EP es un problema de difícil tratamiento, con fisiopatología no bien conocida, en el que la principal arma es (además de la prevención y la reducción de la medicación dopaminérgica, si es posible) el empleo de los antipsicóticos atípicos, si bien podrían incorporarse a la primera línea del tratamiento en un futuro próximo otros tratamientos con resultados muy preliminares, aunque prometedores.

E. Durán-Ferreras; J.R. Chacón. Tratamiento de la psicosis parkinsoniana. REVISTA DE NEUROLOGÍA. 2009 JUN; 48(12):645-653.

Psicosis y neurocognición.- Objetivos: En la esquizofrenia, se hace una distinción entre la psicosis con el desarrollo y el deterioro cognitivo por una parte y la psicosis sin deterioro del desarrollo y síntomas positivos por otro lado. En este estudio, investigamos si este modelo puede extenderse al trastorno bipolar evaluando la hipótesis de que el funcionamiento neurocognitivo está inversamente relacionado con síntomas psicóticos positivos en el trastorno bipolar.

Métodos: Se evaluaron el funcionamiento neurocognitivo y la psicopatología en (i) 76 pacientes con trastorno bipolar, (ii) 39 de sus parientes de primer grado sanos, y (iii) 61 controles sanos. Se investigó el rendimiento cognitivo de los pacientes bipolares y de sus parientes de primer grado, considerando el posible efecto de moderación del nivel de expresión de la psicosis en pacientes y familiares.

Resultados: Los pacientes bipolares mostraron un rendimiento cognitivo deteriorado en múltiples dominios cognitivos, mientras se comparó el rendimiento de sus parientes con el de los controles. Un historial de síntomas psicóticos en los pacientes fue sugestivo de menos probabilidad de alteraciones cognitivas en los parientes, y la presencia de síntomas psicóticos subclínicos dentro del grupo de parientes predijo un mejor rendimiento cognitivo.

Conclusiones: El hallazgo de asociaciones similares de psicosis-cognición en el trastorno bipolar de acuerdo a lo implicado por las dos vías que conllevan a los trastornos psicóticos no afectivos sugiere que este modelo pudo extenderse a una serie continua de psicosis afectiva y no afectiva. Esto coincide con la idea de una vulnerabilidad parcialmente compartida del trastorno bipolar y la esquizofrenia y proporciona una explicación para las diferencias evidentes en las alteraciones cognitivas en aquellas personas en riesgo para los dos trastornos.

Nienke Jabben; Baer Arts; Lydia Krabbendam; Jim van Os. Investigando la asociación entre la neurocognición y la psicosis en el trastorno bipolar: Una prueba más del solapamiento con la esquizofrenia. BIPOLAR DISORDERS. 2009 MAR; 11(2):166-177.

Trastornos psicóticos en la edad tardía.- Las psicosis de aparición tardía son un conjunto de trastornos cuya situación nosológica no está del todo definida. Algunos pacientes presentan los primeros síntomas psicóticos durante los años jóvenes o de adulto joven, y llegan con ellos a la edad geriátrica, mientras que otros los presentan ya en edad senil; en estos últimos cabe distinguir entre los que son secundarios a una entidad médica general y quienes no presentan organicidad relacionable.

Algunos autores consideran entidades diferentes según la edad de aparición de los síntomas psicóticos, pero otros entienden que son variantes de un mismo proceso. El documento de consenso publicado en el año 2000 por el Grupo Internacional para la Esquizofrenia de Aparición Tardía asume que hay una marcada similitud entre las formas que aparecen en edad estándar (16-40 años) y las que lo hacen en

edad tardía, y entre éstas distingue las esquizofrenias de aparición tardía (41-65 años) de las que aparecen aún más tardíamente: esquizofrenia-like (más de 65 años).

A. Morfíngo-Domínguez. Trastornos psicóticos en la edad tardía. PSICOGERIATRÍA. 2009 JUN; 1(2):127-131.

Psicosis en ancianos.- Objetivo: El objetivo fue esclarecer la relación entre los síntomas psicóticos y conductuales en los ancianos.

Método: Se evaluó a una muestra representativa de sujetos de 85 años que viven en Gothenburg, Suecia (n=451), con exámenes neuropsiquiátricos, entrevistas del informante clave y revisiones de registros.

Resultados: El catorce por ciento de estos sujetos en edad avanzada tenía síntomas paranoicos con agitación ansiosa concomitante y/o irritabilidad/ira. Las alucinaciones y los síntomas paranoicos se asociaron con un patrón de síntomas conductuales, incluyendo agitación ansiosa e irritabilidad/ira simultáneamente tanto en dementes [alucinaciones, índice de probabilidad (OR) 2.8, intervalo de confianza (CI) 1.2-6.7, síntomas paranoicos OR 5.6 CI 2.2-14.2] como en no dementes (alucinaciones OR 3.2 CI 1.2-8.3, síntomas paranoicos OR 4.8 CI 2.0-11.8).

Conclusión: Los síntomas psicóticos se asocian a síntomas conductuales, independientemente del estado de demencia. Debido a que estos síntomas conllevan a una capacidad decreciente de funcionar en la vida diaria y a una creciente carga del cuidador, es importante que los profesionales de la salud también identifiquen y traten estos síntomas en no dementes.

S. Östling, D. Gustafson, M. Waern. Síntomas psicóticos y conductuales en una muestra poblacional de sujetos en edad muy avanzada. ACTA PSYCHIATR SCAND. 2009 AGO; 120(2):147-152.

Nuevos paradigmas.- ¿Ha muerto la dicotomía de Kraepelin? Ha llegado el momento de analizar esta cuestión, ahora que se está elaborando el DSM-V y la CIE-11. El tema adquiere mayor relevancia a medida que se acumulan evidencias que indican un solapamiento entre la esquizofrenia y el trastorno bipolar. La evidencia más convincente a favor de esta frontera permeable es la que procede de los estudios genéticos, endofenotípicos y de diagnóstico por la imagen¹. Los estudios de ligamiento y de asociación tienden a mostrar un solapamiento, mientras que los estudios de árboles genealógicos familiares tienden a respaldar la separación entre estas entidades¹. Los endofenotipos como la inhibición prepulso y el potencial evocado P300 se asocian a ambos trastornos, pero otros, como el potencial de disparidad (mismatched negativity) y el inicio del movimiento ocular de seguimiento lento, muestran diferencias en su asociación con la esquizofrenia. El enigma ha sido expuesto de manera elegante por Lichtenstein et al², quienes estiman que alrededor de un 60% de la varianza de cada enfermedad deriva de efectos genéticos. Pero estos efectos están distribuidos de manera aproximadamente uniforme entre efectos genéticos compartidos y no compartidos. No está claro cuáles de ellos son decisivos (si es que unos u otros lo son) para la validación de la clase diagnóstica. En cualquier caso, la naturaleza del debate no impresionaría mucho a Kraepelin.

William T. Carpenter. Ha llegado el momento de introducir un nuevo paradigma para el estudio de las psicosis. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2010 FEB;3(1):1-3.

Modelo cognitivo de cuidado en la psicosis.- Antecedente. Existe un largo historial de investigaciones acerca de los atributos de cuidadores de personas con psicosis, pero pocas intervenciones han profundizado en su distrés o sus dificultades.

Objetivos. Describir un modelo, de forma empírica, de las relaciones de los cuidadores de personas con psicosis para informar de los avances clínicos y teóricos.

Método. Desarrollamos un modelo de relaciones informales del cuidador en la psicosis, basado en una integración de la literatura elaborando el concepto de emoción expresada. El modelo explica resultados divergentes de tres tipos de relaciones: relaciones positivas, relaciones sobre-involucradas y relaciones críticas/hostiles.

Resultados. Un buen número de evidencia apoya una serie de hipótesis concernientes al origen y el mantenimiento de los resultados de estas relaciones, las cuales se relacionan con diferencias específicas en los atributos del cuidador, percepciones de la enfermedad, conducta de afrontamiento, apoyo social, distrés, depresión y baja autoestima predicho por nuestro modelo. Proponemos que las intervenciones dirigidas a modificar los factores de mantenimiento específico en los diferentes estilos de relaciones, optimizarán el cambio terapéutico tanto en los usuarios del servicio con psicosis como en sus cuidadores.

Conclusiones. El trabajo familiar en la psicosis, lo cual mejora las relaciones a través de la resolución de problemas, reduce las recaídas de los usuarios del servicio. Es el momento de considerar intervenciones teóricas enfocadas en la mejora de los resultados de los cuidadores.

Elizabeth Kuipers; Juliana Onwumere; Paul Bebbington. Modelo cognitivo de cuidado en la psicosis. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2010 ABR; 196(4):259-265.

Psicosis y drogadicción.- Objetivo: Determinar si el consumo de sustancias (especialmente cannabis) es más frecuente entre los pacientes con primer episodio de psicosis y está asociada con una presentación clínica más problemática.

Método: Todos los pacientes con primer episodio de psicosis (FEP) que acuden a los servicios secundarios se reclutaron de Londres y Nottingham, durante más de 2 años, en el estudio de marco amplio de la Etiología y Origen Étnico de la Esquizofrenia y Otras Psicosis. Se evaluaron las variables clínicas y sociodemográficas utilizando un conjunto de instrumentos estandarizados. Se creó un programa para cotejar retrospectivamente los datos del consumo de sustancias de pacientes, familiares y médicos.

Resultados: Se identificaron quinientos once FEP. Consumieron de tres a cinco veces más sustancias que la población general. El consumo de sustancias se asoció con una peor adaptación social y un modo más agudo de inicio. El consumo de cannabis no afectó al ajuste social, pero se asoció con un modo más agudo de inicio.

Conclusión: El cannabis tiene un impacto diferente sobre FEP que otras sustancias. Se requieren amplios estudios epidemiológicos para desentrañar el efecto del cannabis.

R. Mazzoncini; K. Donoghue; J. Hart... (et.al) Consumo de sustancias ilícitas y sus correlatos en el primer episodio de psicosis. ACTA PSYCHIATR SCAND. 2010 MAY; 121(5):351-358.

Psicosis y depresión.- La interacción de los síntomas psicóticos y afectivos es un desafío crucial en la comprensión de la patogénesis de la psicosis. En este estudio analizamos la interacción entre dos dimensiones de síntomas subclínicos de psicosis, y una dimensión de síntomas de depresión, a partir de datos longitudinales de Zurich. El estudio Zurich comenzó en 1979 con una muestra representativa de 591 participantes que tenían entre 20/21 años. Las entrevistas de seguimiento se llevaron a cabo a la edad de 23, 28, 30, 35 y 41.

Los síntomas psiquiátricos fueron evaluados con una entrevista semi-estructurada y la SCL 90-R. En este estudio, analizamos tres subescalas de SCL-90-R: la dimensión de síntomas de depresión y dos dimensiones de síntomas distintos de psicosis subclínica, una representando una dimensión de síntomas nucleares de la esquizofrenia, la otra representando una dimensión de síntomas esquizotípicos. El modelado fue hecho con los modelos híbridos de crecimiento latente, e incluyendo efectos simultáneos y retardados.

La interacción entre las dos dimensiones de síntomas subclínicos de psicosis y la dimensión de síntomas de depresión incluye varias vías entrelazadas. La dimensión de los síntomas esquizotípicos tiene fuertes efectos directos sobre la dimensión de los síntomas nucleares de la esquizofrenia, sino también en la dimensión de los síntomas de depresión. Este último tiene por su parte un efecto sobre la dimensión de los síntomas nucleares de la esquizofrenia.

La principal fuerza impulsora dentro de la interacción dinámica entre los síntomas de depresión y psicosis es una dimensión de síntomas esquizotípicos, que representa deficiencias sociales e interpersonales, ideas de referencia, suspicacia, ideación paranoide, y comportamiento extraño. No sólo influyen directamente los síntomas subclínicos nucleares de la esquizofrenia, sino también los síntomas.

Rössler W; Angst J; Gamma A... (et.al) Reevaluación de la interacción entre los síntomas de psicosis y depresión en la patogénesis de los síndromes psicóticos: Resultados de un estudio comunitario prospectivo de 20 años. EUROPEAN ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCES. 2010 JUL de la depresión.

PSIQUIATRÍA

Definición.- "Parte de la medicina que trata de las psicosis" (Aristos, 1968:492).

Aristos (1968) Diccionario ilustrado de la lengua española. Barcelona: Sopena.

Definición.- "La psiquiatría es una rama de la medicina que estudia las enfermedades de la psique o enfermedades mentales. La clínica psiquiátrica realiza el estudio exhaustivo de los enfermos mentales mediante: 1) la anamnesis; 2) estudio semiológico por el examen del hábito externo y un prolijo interrogatorio; 3) estudio de la evolución con las alternativas de la enfermedad; 4) pronóstico; 5) tratamiento" (Betta, 1984:24).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición.- La psiquiatría es una rama de la medicina que estudia las enfermedades mentales y su tratamiento. Estudia las alteraciones mentales que se acompañen o determinen por estados físicos, como los trastornos de la percepción, la memoria o el juicio, las ilusiones y alucinaciones, los estados de ánimo y cambios en la actividad voluntaria. La locura altera la personalidad mental, con lo cual todas las manifestaciones del enfermo con su medio resultan alteradas.

Kraepelin E, *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Lección primera.

Definición.- "La psiquiatría se ocupa de la fenomenología y del estudio de los fenómenos mentales. Los psiquiatras deben aprender a ser maestros de la observación precisa y de la descripción evocada; el aprendizaje de dichas habilidades conlleva al aprendizaje de un nuevo lenguaje. Parte del lenguaje en psiquiatría implica el reconocimiento y la definición de los signos y síntomas emocionales y comportamentales. Los *signos* son los hallazgos objetivos observados por el médico (por ejemplo,

constricción del afecto o retraso psicomotor); los *síntomas* son las experiencias subjetivas descritas por el paciente (por ejemplo, descenso del humor, o disminución de la energía). Un *síndrome* es un grupo de signos y síntomas que aparecen juntos como una condición reconocible que puede ser mucho menos específica que un trastorno o una enfermedad claramente definidos. La mayoría de los padecimientos psiquiátricos son, de hecho, síndromes. El convertirse en un experto en el reconocimiento de signos y síntomas específicos permite al clínico comunicarse de manera comprensible con otros médicos, realizar un diagnóstico preciso, tratar de manera eficaz, predecir un diagnóstico con fiabilidad, y explorar detalladamente la fisiopatología, las causas y los aspectos psicodinámicos de un trastorno" (página 311). Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Definición.- Parte de la medicina que estudia las alteraciones morbosas de los estados de conciencia y de la conducta humana, con el fin de corregirlas. Son objetivo de la consideración psiquiátrica: a) Todos los estados de conciencia (intuiciones de realidad y vivencias) que se acusen como morbosos al propio sujeto. b) Todos los estados de conciencia que conduzcan a la ejecución de actos psicológicamente incomprensibles o francamente desviados de las normas de conducta social aplicables a la situación dada. c) Los actos de conducta objetivamente normales pero realizados por el sujeto en oposición a sus propósitos voluntarios (actos automáticos, compulsivos o impulsivos). d) Todas las anormales omisiones de actos de conducta no explicable por el conocimiento de la constelación o de la anterior experiencia reaccional del sujeto. e) Todas las reacciones personales (objetivas y subjetivas) que representan un cambio esencial en el habitual modo de ser y de reaccionar del sujeto, siempre que, dada su persistencia, se pueda excluir la influencia normal de ciertos factores fisiológicos (hambre, sueño, fatiga, etc.). Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Objeto de estudio.- Desde hace mucho tiempo la psiquiatría ha identificado a la esquizofrenia como su trastorno por definición, su núcleo o corazón como se le ha llamado. En los últimos 20 años, esto ha tenido un número de consecuencias negativas para la psiquiatría como una especialidad médica, la cual resulta en una incertidumbre de diagnóstico y de un énfasis creciente en servicios no netamente médicos con intentos de proporcionar tratamiento social fuera del hospital. Estos cambios han incrementado probablemente el estigma unido a la práctica psiquiátrica y amenazan a la pérdida de habilidades de los doctores. También han significado que los servicios para otros trastornos no satisfagan las necesidades de los pacientes. El continuar permitiendo que la esquizofrenia sea la condición de paradigma está en contra de los intereses de los psiquiatras y sus pacientes.

Guy M. Goodwin, John R. Geddes, ¿Cuál es el núcleo de la psiquiatría? PSQUIATRIA.COM. 2007 SEP; 191(3).

Historia de la psiquiatría.- "Siguiendo a Régis se consideran cuatro épocas: 1) Primitiva, 2) Antigua, 3) Tercera o de transición, y 4) Moderna.

1) Época primitiva.- Desde la aparición del hombre hasta Hipócrates. El hombre dominado por los dioses del bien y del mal; los alienados influenciados o poseídos por ellos. Los tratamientos eran adecuados a las creencias y practicados por los sacerdotes: ceremonias religiosas, exorcismos, castigos corporales y muerte de víctimas expiatorias.

2) Época antigua.- Comienza con Hipócrates y termina con la caída del Imperio Romano. Comprende tres períodos. a) Período Hipocrático: Hipócrates se opone a la concepción religiosa. La medicina mental nace con él. Describió: la "frenitis" con fiebre y delirio. La "manía" que llamó: "delirio violento". La "melancolía" que atribuyó a los humores, especialmente a la bilis. La "locura del embarazo" y de la "locura por el alcohol". b) Período Alejandrino: 300 años antes de Jesucristo. Período de escasa trascendencia; se estanca la evolución de la psiquiatría. Se destacan Erasístrato y Herófilo. c) Período Greco-Romano: Se extiende hasta Galeno, 150 años después de Jesucristo. Esta época marca un gran impulso para la psiquiatría. Propulsores: Esclépiades de Bitinia; habló de alienación aguda y crónica. Celso creador del término insana. Arétée de Capadoce, por primera vez estableció el pasaje de la manía a la melancolía. Celius Aurelianus lucha contra el trato inhumano y estableció reglas para el tratamiento físico y moral.

3) Época tercera o de transición.- a) Edad Media: Época de obscurantismo con rémora y retroceso para la psiquiatría. Vuelve la superstición y la superchería; dominan las ideas mágicas, la "demonopatía" y la "licantropía". b) Renacimiento: A fines del siglo XVI la psiquiatría retoma el camino científico que ya no abandonará. Paul Zacchias: responsabilidad moral y legal de los alienados; intervalo lúcido y validez de los actos. Willis: "locura de doble forma". Consideró la demencia precoz con el nombre de "estupidez" o "morosidad". Bonet: origen somático de la alienación. Vieussens: expuso teorías humorales y químicas. Sauvages: describe la melancolía ansiosa. Cullen: balneación, duchas, ejercicio y trabajo.

4) Época moderna.- Desde 1793 se producen grandes cambios en el trato de los alienados. Pinel: fue gran propulsor e introdujo nuevos rumbos. Lucha contra el trato despiadado dictando regla más humanas. Brote regresivo en Alemania por la aparición de la teoría espiritualista de Stahl: la locura, consecuencia del pecado. Esquirol: fue el fundador de numerosos asilos para internación. Habló de "monomanías" que equivalen a los delirios sistematizados. Bayle y sus colaboradores estudiaron la parálisis gradual progresiva. Falret: estudió la "locura circular". En épocas más próximas debemos

recordar los nombres de Charcot, Legrand, Moreau de Tours, Du Saulles, Krafft-Ebing y otros" (Betta, 1984:24).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Definición e historia.- (Del griego 'psyché', alma, y 'iatreía', curación) f. Med. Ciencia que tiene por objeto el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. Med. La psiquiatría o el estudio de la patología psíquica se inició en el Siglo XVI con las contribuciones de Cardano, Mercuriale, Paracelso y Félix Platter. Paracelso clasificó las enfermedades mentales, que llamaba 'invisibles', en cuatro géneros de locura continua o incurable, a los que sumó los estados de alienación paroxísticos, las anomalías del carácter, la histeria y los trastornos mentales por posesión demoníaca. La constitución de la especialidad no tuvo lugar hasta las décadas finales del Siglo XVIII, cuando eran ya importantes los conocimientos médicos relacionados con el sistema nervioso central, y cuando la fisiología y la psicología habían iniciado el estudio de las funciones sensoriales, sensitivas y psíquicas. Durante las décadas iniciales del Siglo XIX los médicos alemanes practicaron con particular asiduidad la especialidad psiquiátrica; entre ellos destacan Friedrich Groos, Johann Heimroth y Carl Wilhelm Ideler; en Viena sobresale la labor de Ernst von Feuchtersleben; en Francia, donde se trabajó con el fin de establecer una clasificación de los síntomas y cuadros clínicos, destacaron Jean-Étienne-Dominique Esquiron y Jean-Pierre Falret. También cambió decisivamente la asistencia al enfermo mental, labor a la que contribuyeron esencialmente Guillaume Ferrus, en Francia, y John Conolly en Gran Bretaña, autor éste del método denominado 'non-restraint'. Durante la segunda mitad del Siglo XIX y las primeras décadas del XX, la psiquiatría acabó de constituirse como especialidad y se admitió socialmente, gracias, sobre todo, a clínicos e investigadores franceses y alemanes. La psiquiatría francesa mantuvo su tendencia anatomoclínica y buscó la diferenciación de cuadros clínicos (destacan Parchappe de Vinay, Valentín Magnan y Bénédicte-Auguste Morel, este último introductor de la teoría de la degeneración para explicar la enfermedad mental). La psiquiatría alemana de tendencia positivista se inició con la teoría somatológica de Wilhelm Griesinger; destaca también la obra de Paul Julius Moebius, que introdujo la clasificación de las psicosis en endógenas y exógenas, y, en especial, la labor nosotóxica de E. Kräpelin, con la que se inicia una nueva etapa en la historia de la psiquiatría; posteriormente deben mencionarse las aportaciones de Hipplyte Bernheim, con su psicoterapia hipnótica, y, más adelante, el psicoanálisis de Freud, de gran significación en la terapéutica hasta nuestros días. Hay que añadir también el auge paralelo de la psicología científica, la neurofisiología y las aportaciones farmacológicas revolucionarias: el coma insulínico, la piletoterapia, las convulsiones con cardiazol o el electrochoque, así como algunos tratamientos quirúrgicos. Pasada la primera mitad del Siglo XX aparecieron movimientos críticos respecto a las prácticas psiquiátricas habituales y teóricas desmitificadoras de algunas entidades como la esquizofrenia, y se desarrollaron las teorías que considera los factores familiares, educacionales y sociales como causas de los trastornos mentales. A la vez, algunos psiquiatras denunciaron la inhumanidad e ineficacia de las instituciones hospitalarias mentales, proponiendo sustituir el manicomio tradicional por comunidades terapéuticas en las que enfermos y personal sanitario dialogaran en igualdad de condiciones. Entre las figuras de esta renovación radical cabe destacar: Th. S. Szasz, F. Basaglia, D. Cooper, R. Laing, A. Esterson, E. Gooffman y G. Bateson, todos ellos integrados, con los matices, en la corriente de la antipsiquiatría.

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Rol del psiquiatra.- El médico ha de mitigar el sufrimiento, aunque no sea posible curarlo completamente. El número de alienados aumenta cada vez más, y muchos entran por causa del alcohol o una infección sifilítica. El alienado es un peligro para los demás y sobre todo para sí mismo, pues hay numerosos suicidios. Los que no lo hacen resultan una pesada carga para su familia y el Estado.

El médico de familia evitará matrimonios entre alienados, dirigirá la educación de los niños más predispuestos a la enfermedad mental, y, más importante, debe conocer los síntomas de potenciales tendencias suicidas. Es importante también la personal investigación continuada del mayor número de casos posible, para adiestrarse en la interpretación diagnóstica de los cuadros.

Como ejemplo, Kraepelin cita tres casos:

a) Una persona de 59 años con depresión angustiosa, sin que causa alguna externa explique sus temores. Tiene ideas de culpabilidad, y le parece haber visto al demonio en su cuarto, que quería llevárselo. A este estado morboso donde hay una marcha gradual de la depresión angustiosa asociada con ilusiones con ideas de culpabilidad lo llamamos melancolía.

b) Una viuda de 54 años sin historial de alienación, pero con tentativas de suicidio. No concilia el sueño desde que falleció el marido, tiene dolores de cabeza, palpitaciones cardíacas y otras dolencias. y sin motivo, teme quedar en la miseria. Se trata de una depresión angustiosa permanente, aunque sin ilusiones. Su depresión va más allá de un duelo normal por el marido.

c) Una viuda de 56 años padeció una enfermedad febril desde que asistió a su hijo de tifus. Luego fallece el marido, y adquiere ilusiones de culpabilidad, creyendo hacer transado con el diablo para desprenderse del marido. Grita, llora y pierde el apetito. Dice haber sido la serpiente del Paraíso, y por su culpa se

arruinaba ella y al mundo. A pesar de ello no pierde la lucidez y sabe donde está y quienes son los médicos. Se trata también de un caso de melancolía.

Kraepelin E, *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Lección primera.

Psiquiatría comunitaria.- "La psiquiatría comunitaria es responsable del tratamiento comprensivo de los fenómenos mentales graves en el conjunto de la comunidad. Todos los aspectos de la atención -desde la hospitalización, el manejo del caso y la intervención urgente, hasta el tratamiento externo y las funciones de apoyo- se reúnen en el ámbito de la psiquiatría comunitaria. Este campo se conoce también como psiquiatría pública, denominación que responde a la consideración de los servicios comunitarios como parte de un sistema más amplio, que también incluye la hospitalización como aspecto crucial para la atención completa de los pacientes del sector público. El desarrollo de la psiquiatría ha sido llamada la tercera revolución psiquiátrica. La primera tuvo lugar en el Renacimiento (superada de Edad Media), cuando se aceptó que las enfermedades mentales no eran un producto de brujería, y la segunda coincidió con el desarrollo del psicoanálisis por Sigmund Freud" (página 208).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Historia.- Siguiendo a Paul Bercherie en "Los fundamentos de la clínica", la historia de la psiquiatría se divide en cuatro etapas o periodos:

- 1) Primera clínica psiquiátrica (Pinel)
- 2) Nosología clásica
- 3) Psiquiatría clásica (Kraepelin)
- 4) Era psicodinámica

1) **PRIMERA CLINICA PSIQUIATRICA.**- En sus comienzos, la psiquiatría arranca la locura de las prácticas mágicas y místicas y separa a los locos de ladrones y pobres, creando un dispositivo llamado Hospital Psiquiátrico, inaugurado por Philippe Pinel. Esto ocurre después de la Revolución Francesa, donde la locura pasa a ser un problema de la relación del sujeto con la sociedad, como dice Foucault.

Inspirado en el iluminismo racionalista, y adhiriendo a la ideología de la Revolución Francesa, Pinel considerará la enfermedad mental como un hecho natural, no místico. Como buen nominalista, considera que la tarea psiquiátrica implica observar los fenómenos (síntomas), y luego clasificarlos formando síndromes (aún no llega a clasificar enfermedades como entidades singulares, cosa que ocurrirá en la Segunda etapa).

Pinel clasifica las enfermedades mentales en 4 grupos:

- 1) Manía: hay un delirio generalizado y muchas facultades están lesionadas. Un ejemplo es la manía 'razonante', con las facultades intactas.
- 2) Melancolía: delirio limitado a un solo objeto; las facultades quedan intactas salvo los estados afectivos tristes o exaltados.
- 3) Demencia: abolición del pensamiento y disgregación de las facultades mentales.
- 4) Idiotismo: Obliteración de facultades intelectuales y afectivas, existencia vegetativa. Puede ser congénita o adquirida.

Estas categorías no pueden aplicarse actualmente. Por ejemplo, la 'manía' correspondería a lo que hoy llamamos esquizofrenia, histeria y epilepsia.

Pinel consideró la "alienación mental" como una perturbación funcional, no orgánica, incluyendo dentro de ellas las "neurosis cerebrales", con abolición del pensamiento e irritación nerviosa, pero sin lesiones ni inflamaciones, y las "vesanias" (antecedente de las neurosis). Continúa la tradición dualista de Descartes y divide las enfermedades mentales según su origen en SINTOMATICAS, de origen conocido, e IDIOPATICAS O ESENCIALES, de origen desconocido y que condujeron muchos después a las psicosis endógenas.

Pinel adjudicaba la locura a causas pasionales y morales (no en sentido ético sino de las costumbres), y propugnó un tratamiento moral (antecedente de la psicoterapia) basado en ganar la confianza del enfermo y en administrar premios y castigos (anticipo de la transferencia).

ESQUIROL: Discípulo de Pinel, que continuó su obra sobre todo en lo relativo a la función atencional del Yo. Perteneció al 'espiritualismo ecléctico', escuela que resaltaba la importancia del control de la atención voluntaria sobre los automatismos psicológicos. Estudió las idiocias, el cretinismo y la imbecilidad, y habló de delirios localizados y manías impulsivas homicidas.

GRIESINGER: Introdujo las ideas de Pinel en Alemania. Diferencia etiológicamente las PSICOSIS (de origen psíquico, son reacciones frente a experiencias vividas) y las NEUROSIS (de origen somático).

Griesinger cambió luego su orientación buscando fundamentar el modelo anátomo-clínico. Recibió la influencia de Freud en lo tocante a los 'complejos de ideas' que constituyen el yo: algunas representaciones son reforzadas y otras 'reprimidas' (concepto este que toma de Herbert). Habló de la metamorfosis del Yo en los delirios, instancia que además se modifica en el curso de la vida. Estas ideas a su vez ejercerán influencia en Freud.

2) **NOSOLOGIA CLASICA.**- Comienza aquí a pensarse en enfermedades mentales como entidades clínicas evolutivas y singulares, y no solamente en síndromes. El modelo es la PGP de Bayle, que cumplía con la condición organicista de causas orgánicas (lesión meningoencefálica de origen sifilítico), con una evolución, un pronóstico, etc. que permitían un diagnóstico diferencial. Sin embargo, cuando quedan así identificadas enfermedades, dejan de pertenecer a la psiquiatría y pasan al campo de la neurología.

Para Foucault detrás de estas concepciones hay un prejuicio esencialista, según el cual detrás del polimorfismo de los síntomas habría una unidad definible con caracteres permanentes y otros diversificados. Tal esencia está dada por un problema orgánico (postulado naturalista).

Algunos autores importantes son, según Bercherie:

1) Falret (1822): Describe la locura circular en sus tres fases: manía, melancolía e intervalo lúcido.

2) Lassegue (1852): Describe el delirio de persecución como forma de alienación parcial frecuente. En el delirio también encontramos tres fases: malestar indefinido, delirio, y alucinaciones auditivas y verbales.

Falret (hijo): distingue el delirio de persecución (desde el método de su padre), y el delirio del perseguido-perseguidor.

Morel (1860): se basa en una antropología que lo llevará a una teoría de la degeneración hereditaria, de inspiración darwiniana y teológica, según la cual hay un tipo primitivo perfecto (lo moral domina sobre lo físico), y las enfermedades son desviaciones de este tipo (lo físico domina sobre lo moral). Tal teoría surge al quedar cuestionada la teoría anátomo-patológica. Morel postula un factor hereditario en la locura, y destaca estigmas y signos somáticos, en los que luego Lombroso construirá una criminología (el criminal tendría estos estigmas).

Kahlebaum (1863): introduce las ideas de Falret en Alemania y describe la catatonia agrupándola con la hebefrenia, que luego conducirán a la demencia precoz. Generaliza también la idea de paranoia, ya presente en Griesinger y otros.

3) **PSIQUIATRIA CLASICA.**- Comienza con la Revolución Francesa y culmina en el siglo XX, siendo su máximo representante Kraepelin ("Tratado de Psiquiatría"), y la escuela franco-alemana.

Es una clínica de las enfermedades mentales definidas como entidades singulares: se buscó construir un modelo para cada enfermedad con su cuadro clínico, con sus síndromes conjugados para identificarla, con su etiopatogenia, su evolución, su forma terminal, su diagnóstico diferencial, su pronóstico y su tratamiento: cada enfermedad es así algo singular, y a partir de esos elementos ya puede distinguirse la entidad mórbida de lo fenoménico. Aquí alcanza su culminación la psiquiatría clásica, porque desde allí comenzará una atomización de enfermedades en síntomas aislados, dando paso a la era psicodinámica. Un ejemplo de esto es la clasificación DSM, basada en síntomas aislados y en respuestas a medicaciones, rechazándose toda clasificación basada en criterios teóricos o históricos.

Kraepelin clasifica las enfermedades según su origen en tres grupos: exógenas o adquiridas, endógenas, y tóxico-infecciosas o autotóxicas.

De las diversas clasificaciones de Kraepelin, mencionamos tres grandes cuadros: la psicosis maníaco-depresiva, la demencia precoz y la paranoia.

1) Psicosis maníaco-depresiva: con sus tres tiempos, la manía, la melancolía y el intervalo lúcido.

2) Demencia precoz: con sus cuatro formas: hebefrénica, catatónica, demencia paranoide y psicosis alucinatoria. La demencia precoz se caracteriza por el debilitamiento, la incoherencia y la jergafasia (ensalada de palabras).

3) Paranoia: sin alucinaciones, y, salvo los delirios, que son sistematizados, ninguna otra función está alterada. De desarrollo insidioso y crónico, no es curable, aunque pueden surgir más delirios.

Los delirios pueden ser de dos tipos: delirios de referencia, y delirios de significación personal (persecución, celos, de grandeza y erotomanía), estos últimos trabajados por Freud en el caso Schreber.

Kraepelin también hablará de 'neurosis generales' (que afectan a todo el sistema nervioso) incluyendo aquí la histeria, la epilepsia y la hipocondría. La noción actual de neurosis arrancará luego con Charcot, Janet y Freud.

Todas estas nociones sufrieron cambios importantes, criticándose en especial la noción demasiado restringida de paranoia.

Así, Serieux y Capgras sostienen que en la paranoia sí hay alucinaciones, por lo que Kraepelin agrega un cuadro intermedio, la parafrenia, donde sí aparecen alucinaciones. Bonhoeffer critica a su vez a Kraepelin que entre causa y síntoma no siempre hay una relación bien establecida.

4) **ERA PSICODINAMICA.**- Está representada por la escuela fenomenológica de Jaspers, la psiquiatría dinámica americana, el organodinamismo de Ey, y la antipsiquiatría. Culmina con el DSM, que permite hacer diagnósticos por agrupamiento de síntomas (atomización).

Los alemanes prefieren las clasificaciones, los franceses las descripciones clínicas floridas, y los ingleses viñetas clínicas rápidas de inspiración positivista.

a) *Etapas inicial.*- Según la bibliografía consultada, habría una etapa inicial de la era psicodinámica donde aparecen autores como Serieux, Capgras, Bleuler y Clérembault.

Serieux y Capgrás, los "grandes clásicos franceses", plantean una tesis psicogenética: la historia de la enfermedad es la historia del enfermo. Clasificaron los delirios sistematizados en dos grupos:

1) Delirios de interpretación: Se caracterizan por cinco elementos: la multiplicidad y organización de las interpretaciones delirantes, ausencia o contingencia de alucinaciones, persistencia de la lucidez, evolución por extensión progresiva de las interpretaciones, e incurabilidad sin demencia terminal. El sujeto construye un objeto tomado del mundo exterior y hace la interpretación delirante acompañadas de sensaciones endógenas y estados orgánicos. Las ideas delirantes configuran así: delirios de celos, de persecución, eróticos, místicos, etc.

2) Delirios de reivindicación: que pueden ser egoístas o altruistas. Se basa en la idea de vengar algo que el paciente considera haber sufrido, y son peligrosos porque suelen hacer justicia por mano propia. El delirio altruista puede llegar a matar por defender a alguien o a la humanidad de un daño imaginario.

En esta etapa encontramos también a Bleuler: mucho de lo que era Demencia Precoz para Kraepelin, Bleuler pasa a denominarla Esquizofrenia. Este término no agrada a Freud pues en realidad la mente dividida es una condición de todo ser humano, usando en su lugar el término parafrenia.

Sinteticemos en un cuadro las diferencias entre la psiquiatría alemana y la francesa:

ESCUELA ALEMANA		ESCUELA FRANCESA
Kraepelin DEMENCIA PRECOZ Catatonía Hebefrenia Demencia Paranoide Psicosis Alucinatoria Simple	Bleuler ESQUIZOFRENIA Catatonía Hebefrenia Paranoide	
PARANOIA		Seriéux y Capgrás DELIRIOS SISTEMATIZADOS CRONICOS (de interpretación y de reivindicación)
PARAFRENIA		PSICOSIS ALUCINATORIAS CRONICAS

Aparece también Clérembault, maestro de Lacan, hablando de las psicosis como de un "automatismo mental". Se trataría de fenómenos anideicos, como las expresiones jaculatorias (breves e intensas, como en Schreber) y sobre todo, el uso de neologismos.

b) *Psiquiatría dinámica americana*.- Retoma nociones psiquiátricas clásicas más las nociones psicoanalíticas incorporadas por la psiquiatría, aunque quitándoles a estas su carácter subversivo (hablarán de represión en vez de pulsiones).

c) *Organodinamismo de Henry Ey*.- Lacan critica esta postura diciendo que no es una superación del organicismo, pues Ey permanece ligado a él. Le critica también su idea de la locura como un insulto a la libertad, postulando en su lugar que la locura es, al revés, el límite del hombre.

Lacan reubicará los problemas de la psiquiatría en tres oposiciones: a) etiología orgánica o psicogénesis; b) si se trata de psicogénesis: considerar la enfermedad en relación a la personalidad preexistente, o como independiente de ella, como si fuera una ruptura; c) enfermedad como reacción ante un conflicto vital, o como despliegue de una anomalía preexistente.

d) *Antipsiquiatría*.- Basaglia critica la internación psiquiátrica como recurso político para controlar la marginalidad social. El positivismo psiquiátrico había justificado la internación como medio de aislar al loco y al criminal por sus características biológicas, causantes de su patología.

Una ley de 1904 propuso la internación como forma de cuidar al enfermo mental, pero también, de vigilarlo y proteger a la sociedad de sus ataques. Finalmente prevaleció la internación como medida protectora contra la sociedad, no a favor del paciente. Castel señala por ejemplo que la psiquiatría es una práctica de la contradicción entre proclamar en voz alta un fin terapéutico, y practicar un control social de comportamientos antisociales.

R.D. Laing dice:

1) Lo que se diagnostica como esquizofrenia puede muy bien ser el último recurso que utiliza el ser humano cuando todo lo demás parece imposible.

2) Que un proceso sea considerado psicótico depende del escenario y el marco. Por ejemplo, el LSD-25 puede provocar un estado psicótico de varias horas, una especie de viaje METANOICO (que significa cambio de mente). Los hospitales mentales definen este viaje como locura, y lo tratan en consecuencia, pero si dicha experiencia se enmarca en un escenario mejor, ese viaje será considerado como liberador, como un viaje de descubrimiento de sí mismo.

Laing critica el psicoanálisis pues este muestra la regresión como un defecto, una defensa, una retirada del presente al pasado. Cita el caso de una enfermera que adoptó voluntariamente un viaje regresivo: trabajaba normalmente pero al volver a su casa se comportaba como una beba, se orinaba encima, etc. Luego pidió licencia para emprender un viaje aún más regresivo, donde había que darle de comer cada

tres horas, y adelgazó hasta quedar solamente piel y huesos. Pero dijo que quería continuar hasta llegar incluso al momento donde aún no había tenido forma humana.

Esta mujer emprendió luego el movimiento hacia adelante, que Laing llama NEOGÉNESIS, que parece realizarse más velozmente que la regresión hacia atrás. Laing critica la idea de que las demandas regresivas son patológicas: una regresión implica un cambio de personalidad, y la sociedad tienen resistencias al cambio. En algunas comunidades inglesas se utiliza el psicodrama para escenificar procesos regresivos. Mannoni está de acuerdo con esto pero dice que no hay que ilusionarse: la libertad que propone la antipsiquiatría no evitará que haya más locura, ni hará que se eliminen los asilos y las prisiones.

Condensado de Grunfeld B, Reseña histórica de la psicopatología. Clases dictadas durante 1996 en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Psiquiatría y problemas económicos.- El problema de los conflictos de intereses ha llevado a la Medicina clínica a una crisis de credibilidad sin precedentes. La situación de la Psiquiatría no parece ser diferente de la existente en otras áreas de la Medicina. Los problemas debidos al incremento de los vínculos económicos entre la industria farmacéutica y los investigadores y clínicos sólo se pueden abordar a través de una iniciativa compleja que contemple el establecimiento de líneas de apoyo a los investigadores independientes que se mantienen libres de conflictos de intereses sustanciales, por un lado, y la aplicación de normas que establezcan la obligatoriedad de revelar los vínculos económicos existentes y de normas que regulen el establecimiento de este tipo de vínculos, por otro. La iniciativa propuesta requiere un cambio audaz respecto a las estrategias actuales, que han demostrado ser claramente insuficientes. Sin embargo, a largo plazo esta iniciativa podría conllevar ventajas sustanciales para los pacientes, los clínicos, los investigadores, la industria sanitaria y la sociedad en general. Dadas sus raíces humanistas y sociales, la Psiquiatría podría liderar este cambio.

Giovanni A. Fava, Conflictos de intereses económicos en Psiquiatría. WORLD PSYCHIATRY. 2007 FEB; 6(1).

RECAÍDA

Definición.- "La *recaída* es el retorno de los síntomas durante el período de remisión, previo a lo considerado recuperación".

Rojtenberg Sergio, Depresiones y antidepresivo. Buenos Aires: Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XV. Nº 34. 2004.

RECUERDO DELIRANTE

Definición.- Idea delirante primaria que consiste en la reconstrucción delirante de un recuerdo real, o bien en que, de pronto, el paciente 'recuerda' algo que es claramente delirante.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 331.

RECUPERACIÓN

Definición.- "Se considera *recuperación* cuando la remisión se mantiene a lo largo de un período de tiempo. Esto está referido a los episodios y no a la enfermedad en sí. Esto implica que el tratamiento puede ser discontinuado y si es mantenido lo es a los efectos de prevenir la recurrencia".

Rojtenberg Sergio, Depresiones y antidepresivo. Buenos Aires: Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XV. Nº 34. 2004.

RECURRENCIA

Definición.- "*Recurrencia* es la presencia de un nuevo episodio si ha permanecido más de dos meses asintomático, a diferencia de la recaída que se trata de un continuum de la perturbación. Esto implica la necesidad de comenzar nuevamente tratamiento".

(Rojtenberg, 2004:262).

Rojtenberg Sergio, Depresiones y antidepresivo. Buenos Aires: Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XV. Nº 34. 2004.

REMISIÓN

Definición.- "Se entiende por *remisión* a una mejoría de magnitud suficiente tal, que el sujeto no se encuentra con la sintomatología depresiva en su plenitud ('remisión parcial'), o que el sujeto se encuentra asintomático ('total')".

Rojtenberg Sergio, Depresiones y antidepresivo. Buenos Aires: Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XV. Nº 34. 2004.

Remisión, género, edad y estado depresivo.- "Origen: Los criterios actuales de los resultados del tratamiento para la depresión mayor evalúan solamente la remisión desde el punto de vista de resolución del síntoma. La evidencia reciente, sin embargo, sugiere que los pacientes depresivos consideran otros factores más allá de la resolución del síntoma como importante para definir su remisión. El *objetivo* de este estudio fue examinar la influencia de tres pronosticadores según la opinión de los pacientes de los factores importantes para alcanzar remisión: el género, la edad y el estado depresivo actual (por ejemplo, remitido o depresivo). *Método:* Quinientos sesenta y dos pacientes psiquiátricos depresivos externos completaron una encuesta evaluando la importancia de 16 factores de remisión. El estado depresivo fue evaluado por la "Standardized Clinical Outcome Rating scale for Depression" (SCOR-D), una escala de estimación clínica basada en los criterios del DSM-IV para el episodio depresivo mayor y el nivel de daño psicosocial presente durante la semana anterior. *Resultados:* En relación con los pacientes masculinos, las mujeres mostraron una mayor probabilidad para clasificar los factores de remisión relativos a la estabilización emocional (por ejemplo, conseguir control emocional, ser capaz de sobrellevar el estrés normal) como muy importantes. En relación a los cohortes más jóvenes, los pacientes depresivos más mayores sugirieron un gran número de factores de remisión como muy importantes y enfatizaron más estados de salud mental positivos (por ejemplo, sentimientos de satisfacción, tener una sensación general de bienestar). No hubo diferencias significativas entre los pacientes remitidos y los depresivos al clasificar la importancia de los factores de remisión. *Conclusión:* Los puntos de vista en cuanto al concepto de remisión pueden ser percibidos de forma diferente por los pacientes hombres en comparación con las pacientes mujeres y por los pacientes de mayor edad frente a los pacientes más jóvenes. Limitaciones: El estudio fue llevado a cabo en una única práctica clínica de paciente externo". McGlinchey J y otros, La influencia del género, la edad y el estado depresivo en la perspectiva de remisión de los pacientes. FUENTE: J AFFECT DISORD. 2006 OCT; 95(1)

RETARDO MENTAL

Generalidades.- Respecto al retardo mental, debemos distinguir el retardo mental primario o simple, que es un retraso evolutivo constitucional, del retardo mental secundario determinado por factores orgánicos más que genéticos, pudiendo obedecer a infecciones, traumatismos ulteriores, etc. El retardo mental puede aparecer como síntoma en otras afecciones como esquizofrenia, epilepsia, etc. Es importante distinguir el retardo mental, del pseudo-retardo, de origen psicogénico. El retardo mental se caracteriza por tener problemas de conducta y el pseudo-retardo también. Asimismo el retardo mental no siempre significa deficiencia mental: ésta suele surgir cuando la exigencia del medio es superior a sus capacidades.

También debe distinguirse retardo mental con autismo. Asimismo es más frecuente confundir retardo mental con proceso mental esquizofrénico que con acción esquizofrénica.

No conviene usar para diagnosticar retardo mental un CI global, pues éste puede esconder áreas o funciones mentales conservadas e incluso por encima del promedio. Respecto del tratamiento, suele emplearse en el retardo mental la terapia conductista (por ejemplo, el condicionamiento operante), y los juegos individuales y grupales. El psicodrama es también útil.

El tema de la prevención es muy importante en el retardo mental, pues se comprobó su gran incidencia en poblaciones de menores recursos económicos, pues es aquí donde hay mayor riesgo de malnutrición, embarazos y partos mal atendidos, enfermedades mal curadas y traumatismos craneanos.

Condensado de Small Leonard (1974) Psicoterapia y neurología (Problemas de diagnóstico diferencial). Buenos Aires. Amorrortu.

RETRASO MENTAL

Definición.- Una persona cuyo funcionamiento intelectual está significativamente por debajo del promedio, por lo general se define como un CI de 70 a 75 y más bajo.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Definición.- "La condición en que la capacidad mental es limitada, reflejada en una puntuación de inteligencia inferior a 70, lo que determina cierta dificultad para adaptarse a las necesidades de la vida; varía entre moderado y profundo".

Myers D., "Psicología", Madrid, Editorial Médica Panamericana, 3ra. edición, pág. 320.

Generalidades.- "Los modelos adaptativos biomédicos y socioculturales representan dos enfoques fundamentales para la definición conceptual del retraso mental. Los partidarios del modelo biomédico en Estados Unidos insisten en la presencia de cambios básicos en el cerebro como condición *sine qua non* para el diagnóstico del retraso mental. Los defensores del modelo de adaptación sociocultural, por otra parte, destacan el funcionamiento social a las normas aceptadas.

El enfoque sociopsicológico se centra en la alteración del desarrollo en la lactancia y los años preescolares, en las dificultades de aprendizaje en la edad escolar y en la mala adaptación

sociovocacional de la edad adulta. La tabla siguiente incluye tanto criterios del DSM-III como los de la American Association of Mental Deficiency. Una concepción más amplia se refleja en la definición de retraso mental adoptada por esta Asociación en 1973: "El retraso mental se refiere al funcionamiento intelectual significativamente por debajo de lo normal (dos desviaciones estándar por debajo de la media), que tiene lugar en forma simultánea como déficit de conducta adaptativa y se manifiesta durante el período de desarrollo" (pág. 732).

Tabla. Características de desarrollo de los retrasados mentales (pág 733).

Esta tabla integra la edad cronológica, el grado de retraso y el nivel de funcionamiento intelectual, vocacional y social. Adaptado de Mental Retardation Activities of the U.S. Department of Health, Education and Welfare, p. 2 United States Government Printing Office, Washington, DC, 1963. Los criterios del DSM-III están esencialmente adaptados en este esquema.

Grado de retraso mental	Maduración y desarrollo preescolar (0-5 años)	Entrenamiento y educación escolar (6-20 años)	Adecuación social y vocacional adulta (a partir de 21 años)
Profundo	Retraso grave; mínima capacidad de funcionamiento en áreas sensoriomotoras; necesita cuidados asistenciales; se precisa supervisión y ayuda constantes	Existe algún desarrollo motor; puede responder a entrenamiento mínimo o limitado en la ayuda a sí mismo	Cierto desarrollo motor y lingüístico; puede conseguir cuidados de sí mismo muy limitados; necesita cuidados asistenciales
Grave	Bajo desarrollo motor; lenguaje mínimo; generalmente incapaz de beneficiarse del entrenamiento en la ayuda a sí mismo; nulas o escasas facultades de comunicación	Puede hablar o comunicarse; puede ser entrenado en hábitos sanitarios elementales; se beneficia del entrenamiento sistemático de los hábitos; es incapaz de beneficiarse del entrenamiento profesional	Puede contribuir parcialmente a mantenerse a sí mismo bajo supervisión completa; puede desarrollar protección de sí mismo hasta un nivel de utilidad mínima en un ambiente controlado
Moderado	Puede hablar o comunicarse; baja conciencia social; desarrollo motor bueno; se beneficia del entrenamiento en la ayuda a sí mismo; puede ser manejado con supervisión moderada	Puede sacar provecho del entrenamiento en habilidades sociales y ocupacionales; improbable que progrese por encima del segundo nivel en materias académicas; puede aprender a viajar solo en lugares familiares	Puede conseguir mantenerse a sí mismo en trabajos cualificados o semicualificados en condiciones de relativa protección; necesita supervisión y guía cuando se enfrenta a tensiones económicas o sociales ligeras
Leve	Puede desarrollar habilidades sociales y de comunicación, con mínimo retraso en las áreas sensoriomotoras; a menudo no es distinguible de las personas normales hasta una edad avanzada	Puede aprender materias académicas hasta aproximadamente el sexto grado al final de la segunda década; puede ser guiado a conseguir la conformidad social	Habitualmente puede conseguir habilidades sociales y vocacionales adecuadas a una autoayuda mínima, pero puede necesitar asesoramiento cuando se encuentra en situaciones de tensión social o económica inusual

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Clasificación.- "El carácter pluridimensional del retraso mental se refleja también en los diversos enfoques para la clasificación de esta enfermedad. Esencialmente, todos ellos se refieren a las características del desarrollo del paciente, a su potencial de educación y entrenamiento, y a su adecuación social y vocacional. Los grados o niveles de retraso se expresan con diversos términos. Según el DSM-III, se utiliza la siguiente clasificación: retraso mental leve (CI de 50 a 70), retraso mental moderado (CI de 35 a 49, retraso mental grave (CI de 20 a 34) y retraso mental profundo (CI menor de 20). El DSM-III sigue básicamente las categorías de la American Association on Mental Deficiency en el tratamiento del retraso mental, pero añade una categoría nueva, el funcionamiento intelectual límite (CI de 71 a 84), clasificado como una de las alteraciones no atribuibles a trastorno mental que constituyen el núcleo de la atención o tratamiento psiquiátricos" (págs. 732-734).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Retraso mental y personalidad.- "Las diferencias en el grado de funcionamiento intelectual en los retrasados mentales están determinados por diversos factores causales, que van desde las lesiones cerebrales claramente demostrables -que tienen lugar en todas las fases del desarrollo prenatal y posnatal por multitud de causas- hasta la privación cultural y emocional. La extrema heterogeneidad de los retrasados mentales es probablemente responsable de las tesis a menudo conflictivas y confusas sobre el desarrollo de su personalidad y la frecuencia de la psicopatología. Lo que contribuye a la confusión existente en esta área es la escasez de estudios bien dirigidos que utilicen similares métodos de investigación estandarizados. La mayoría de las suposiciones se basan en estudios que han realizado residentes de instituciones estatales o pacientes de clínicas y hospitales psiquiátricos. No sorprendentemente, las ideas sobre el desarrollo de la personalidad de los retrasados mentales varían considerablemente desde la suposición de una diferencia nula o pequeña de la población normal en la frecuencia de las alteraciones emocionales, hasta la opinión contraria que asigna a los retrasados mentales un riesgo muy alto de enfermedades psicóticas -hasta el 40 % en algunos estudios" (pág. 746). Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

RIESGO SUICIDA

En adolescentes.- Este trabajo de María Martina Casullo y Mercedes Fernández Liporace aporta datos parciales sobre una investigación en curso, aprobada por la UBA, sobre Riesgo suicida en estudiantes adolescentes. Se trabajó durante el ciclo lectivo 1995 con una muestra integrada por 239 alumnos de tercero, cuarto y quinto años en una escuela municipal de nivel medio de la ciudad de Buenos Aires (46% varones; 54% mujeres). El estudio combina la utilización de un cuestionario autoadministrable (ISO-30) que permite localizar a los alumnos "en riesgo", con la realización de encuentros grupales con esa población en riesgo en los que el intercambio de ideas se focaliza en el tema Proyecto de Vida. Los datos obtenidos permitieron determinar que un 10.5% de los estudiantes necesitaban recibir asesoramiento y apoyo psicológicos.

Investigación sobre riesgo suicida en adolescentes. Prácticas psicológicas en la escuela. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Investigaciones en Psicología, Año 2, N° 2, 1997.

RIGIDEZ

Definición.- "Término utilizado en psicología y psiquiatría para designar la inamovible oposición de algunos pacientes para cambiar sus tenaces defensas frente a situaciones que así lo requieran, repitiendo de esta manera un estereotipo defensivo paralizante e inapropiado, que hace imposible la cura. Estas defensas se adquieren durante los primeros años de vida, son muy arcaicas y -para algunos psiquiatras- hereditarias, y parecen resueltas a aferrarse con ahínco a la enfermedad y al sufrimiento".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

SATIRIASIS

Definición.- Heterosexualidad patológicamente excesiva del varón. El término deriva del semidios griego Sático. Sinónimo: *Locura Erótica: erotomanía*. En la mujer: *Ninfomanía*.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

SEMIOLÓGIA PSIQUIÁTRICA

Formas de organización del conocimiento semiológico.- 1) Por funciones psíquicas: percepción, atención, memoria, pensamiento, voluntad, pensamiento, etc. Lo hace la psiquiatría clásica. 2) Por articulación con cuadros clínicos: es decir, se articula la semiología con la nosografía. 3) Para diferenciar lo agudo de lo crónico: Henri Ey organiza la semiología en tres planos: Comportamiento y conductas sociales: *como se ve al paciente*. Actividad psíquica basal actual: *como está el paciente*. Trastornos de la personalidad: *como es el paciente*.

Primer plano: comportamiento y conductas sociales.- Entre otras cosas, permite empezar a deslindar un problema orgánico (que derivará al médico) de un problema psiquiátrico. Entre otras cosas se estudian las REACCIONES ANTISOCIALES: por ejemplo el robo, que puede ser cometido en estado inconciente, comicial, como la epilepsia, o puede ser una impulsión violenta, o puede ser una compulsión (cleptomanía).

También está el homicidio, que puede ser automático como en algunas epilepsias; homicidio delirante, o sea producto de una idea delirante; o una súbita impulsión homicida como en el esquizofrénico que escucha voces que le ordenan matar.

Segundo plano: actividad psíquica basal actual.- Permite explorar el estado psíquico del paciente en el momento de la entrevista, es decir, a lo actual, o por ello se basa en la distinción entre agudo y crónico. Aquí se organiza la semiología según las funciones psíquicas: percepción, atención, memoria, etc.

1) SEMIOLOGIA DE LA CONCIENCIA: Las alteraciones de la conciencia son típicas de los cuadros agudos y los cuadros orgánicos como la demencia.

No tomamos acá conciencia en sentido psicoanalítico, ni tampoco conciencia como conciencia de enfermedad: esto último implica reconocer un estado psíquico morboso debido a tal o cual causa: no es lo mismo que conciencia de situación (por ejemplo de estar internado, o medicado). Un paciente puede tener conciencia de situación, pero no de enfermedad.

Conciencia lo entenderemos como conocimiento de nosotros mismos y del mundo exterior. Hay LUCIDEZ cuando hay una percepción y valoración nítida del sí mismo, los demás y las cosas externas, siendo lo contrario CONFUSION. La perturbación de la lucidez puede ir desde el 'entorpecimiento', la 'obnubilación', hasta el 'coma'. La obnubilación implica falta de claridad (conciencia 'nublada'), y hay distintos grados: 'embotamiento', 'somnolencia', etc. El entorpecimiento y la obnubilación no necesariamente son patológicos pues pueden estar en casos de fatiga, emociones violentas, etc., pero el coma sí.

Es importante el dato de la lucidez: si el paciente no lo está debemos sospechar un cuadro orgánico como el llamado:

SINDROME CONFUSIONAL: implica lesión cerebral por factores tóxico-infecciosos, traumáticos o tumorales (las tres T) y entonces nada tiene que hacer el psicólogo o el psiquiatra. La reversibilidad de este cuadro dependerá de la causa que lo produjo, y en general son transitorias, salvo en las demencias, donde hay un progresivo deterioro del cerebro. Los cuadros tóxicos pueden ser 'exógenos' (alcohol, drogas) o 'endógenos' (disfunción metabólica, hepática, renal).

En el síndrome confusional hay alteración del campo y de la orientación de la conciencia, y suele haber onirismo (delirio oniroide), astenia, etc, lo que suele imposibilitar el interrogatorio. El delirio onírico es afectivamente intenso y hasta puede estar acompañado de acciones desordenadas donde el paciente remeda los movimientos habituales que hace en su trabajo (delirio ocupacional). Las funciones están todas disminuidas (hipoprosexia, bradipsiquia o lentificación de los procesos psíquicos, déficit en la percepción) y pueden aparecer ilusiones y alucinaciones, sobre todo visuales, como en el delirium tremens del alcohólico, que puede alucinar animalitos (zoopsia). El juicio está suspendido. El síndrome confusional puede curarse desaparecida la causa orgánica, o también, aunque esta desaparezca, la confusión puede persistir sin curarse (demencia post-confusional).

En las psicosis crónicas (paranoia, parafrenia, esquizofrenia) hay lucidez: el paciente sabe quién es, donde está, como se llama, o sea, hay orientación, que es una función de la conciencia.

2) ORIENTACION: La orientación ESPACIO-TEMPORAL es una función de la conciencia, y sólo es posible si se está lúcido. Su falla aparece en las demencias.

La orientación ALOPSÍQUICA tiene relación con la ubicación en el tiempo y el espacio en el mundo externo (donde estoy, donde vivo, qué día es), mientras que la orientación AUTOPSÍQUICA es en relación al sujeto mismo: uno puede conocer sus propios datos aunque estar desorientado alopsíquicamente, o sea no saber donde está, como en el alcoholismo.

3) SENSO-PERCEPCION: Alteraciones de la senso-percepción.

4) PENSAMIENTO: Ver más abajo Alteraciones del pensamiento.

Tercer plano: trastornos de la personalidad.- Muestra la estructura permanente del paciente. Que un paciente aparezca excitado no significa nada: puede ser un neurótico, un psicótico, etc. Nos remitiremos solamente a la Alienación (Yo psicótico o delirante). Este tercer plano apunta a la distinción agudo-crónico, pues muestra lo permanente, lo crónico, mientras que lo agudo es la actividad psíquica actual (segundo plano).

Condensado de López Susana y Hemmingsen Isabela, Trastornos de la percepción y el pensamiento. Clases de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Setiembre/Octubre 1995.

SEUDODEMENCIA

Generalidades.- Llámase pseudodemencia los casos donde el trastorno intelectual se parece a la demencia, pero, cuando al mejorar la depresión subyacente, mejora también el trastorno intelectual o cognitivo. El DSM-III no ofrece ningún criterio diagnóstico para la pseudodemencia, donde coexisten al mismo tiempo síntomas depresivos y de déficit intelectual por causa no orgánica. El DSM-III hace un diagnóstico primario de demencia y luego agrega 'con depresión', o sea, ver la causa de esta última como orgánica.

Lo principal de la pseudodemencia es 1) que el déficit intelectual, siempre severo porque implica amnesia y falta de juicio, es reversible, 2) es el trastorno psiquiátrico primario, al cual puede agregársele por ejemplo depresión, y 3) no es de origen orgánico, como la demencia.

A la pseudodemencia a veces se la llamó depresión enmascarada, es decir, detrás del déficit intelectual se esconde una depresión como comienzo de todo el proceso. La disforia es el síntoma predominante, sin embargo, de la depresión, y no los trastornos severos en el juicio, con lo cual está mal aplicada la denominación 'depresión enmascarada'.

La demencia y la depresión, por otro lado, no son mutuamente excluyentes, y además la depresión influye sobre sus aspectos afectivos, pero no sobre los cognitivos, que siguen su curso en forma independiente.

SEUDOPERCEPCIÓN

Definición.- Se denomina así el conjunto de los tres tipos de imágenes mentales que adquieren significación patológica: *imagen ilusoria*, *seudoalucinatoria* y alucinatoria. Las seudopercepciones pueden presentarse en todos los territorios sensoriales, y suponen siempre una desadaptación del sujeto a la realidad ambiental, pues se pierde la línea de distinción entre la experiencia objetiva (sensopercepciones) y la subjetiva (representaciones), confundiendo el sujeto los objetos reales con los imaginarios. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

SÍNDROME

Definición.- Conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico. O dicho en otros términos, es un agrupamiento o patrón recurrente de signos y síntomas (pág. 88). En otro lugar (pág. 156), los mismos autores definen síndrome como una agrupación de síntomas presentes en un determinado momento.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995.

Síndrome, síntoma y signo.- La psiquiatría como rama de la Medicina, distingue: SINTOMA: es un hecho del discurso. SIGNO: es de comprobación objetiva, y pertenece al examen físico. SÍNDROME: Conjunto de signos y síntomas que aparecen siempre de una forma determinada. El diagnóstico por síndromes corresponde al diagnóstico descriptivo o de urgencia, y un mismo síndrome puede aparecer en distintos cuadros clínicos o *enfermedad*. Por ejemplo, un síndrome de excitación psicomotriz puede corresponder a un esquizofrénico, a un maniaco, etc.

Condensado de López Susana y Hemmingsen Isabela, Trastornos de la percepción y el pensamiento. Clases de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Setiembre/Octubre 1995.

SÍNDROME AMNÉSICO

Definición.- "Denominación general para los casos "puros" de amnesia, en que una lesión cerebral produce un déficit global y permanente de memoria sin que haya otros deterioros intelectuales. Se caracteriza por una gran dificultad para retener información nueva (recibida después del comienzo de la amnesia), esto es, amnesia anterógrada, y puede o no ir acompañada de amnesia retrógrada".

Belloch A. Y otros, Manual de Psicopatología Vol I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 271.

SÍNDROME CATATÓNICO

Generalidades.- El síndrome catatónico es una forma de presentación o evolución de diversas entidades nosológicas en psiquiatría, aunque desde la aparición del concepto de *dementia praecox* se ha asociado a la esquizofrenia como un subtipo de ésta. Sin embargo, se debe tener en cuenta la posibilidad de presentación en el contexto de psicosis afectivas. A través de la exposición de 2 casos de pacientes que presentaron el síndrome catatónico en el contexto de trastornos afectivos, se realiza una revisión de la bibliografía, y se destaca la importancia del diagnóstico adecuado del síndrome de cara a su tratamiento precoz.

M Anguita-Romero M Ruiz-Veguilla ML Barrigón-Estévez A Fontalba-Navas L Gomis-Fletcher, Síndrome catatónico: a propósito de dos casos. PSIQUIATRIA BIOLÓGICA. 2006 ENE; 13(1).

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Definición.- "Es el conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente" (pág. 526).

"Cuadro sintomático que aparece en un sujeto dependiente debido a la disminución de los niveles en sangre de una droga. Se produce a las pocas horas de la abstinencia de ésta. En el caso del alcohol se caracteriza por temblores, hiperactividad autonómica, ansiedad, irritabilidad, inquietud e insomnio. Pueden aparecer también procesos alucinatorios" (pág. 487).

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995.

Definición.- Es un conjunto de síntomas de intensa aparición que se manifiesta cuando se interrumpe la administración de la droga; es un conjunto de síntomas y signos que guardan cierta peculiaridad para cada sustancia (esto aparece cuando se instaló la dependencia física).

Lo cierto es que existe una diferencia fundamental entre la toxicomanía que es censurada (ilícita), marihuana, cocaína, heroína, y otras adicciones paradójicamente estimuladas por la misma sociedad (lícitas), tabaco, cafeína, alcohol.

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

Síndrome de abstinencia agudo.- En el caso de los opiáceos, "conjunto de síntomas y signos orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo del opiáceo del que la persona es dependiente. Este síndrome de abstinencia suele ser espectacular, pero poco peligroso para el sujeto".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 526.

Síndrome de abstinencia condicionado.- En el caso de los opiáceos, "consiste en la aparición de la sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo que ya no consume, al ser reexpuesto, incluso meses más tarde, a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso de aprendizaje de tipo pavloviano, al consumo de la sustancia de la que era dependiente".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 526.

Síndrome de abstinencia tardío.- En el caso de los opiáceos, "aparece después del síndrome de abstinencia agudo; esto es, después de 4 a 12 días de la aparición del síndrome de abstinencia. Se caracteriza por un conjunto de disregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo periodo de tiempo, meses o años, después de conseguirse la abstinencia. Esto, cuando se da, acarrea múltiples problemas al sujeto".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 526.

SÍNDROME DE BAJO LOGRO

Generalidades.- En la luna, soñando, despistados o en otro mundo, en cualquiera de estos lugares pueden decir los padres que están los niños que sufren el Síndrome de Bajo Logro (SBL).

Este padecimiento no tiene raíces genéticas ni orígenes orgánicos, sin embargo presenta los mismos síntomas que el Trastorno de Déficit de Atención, problema orgánico neurológico que es tratado con drogas, pues sin la terapia farmacológica no pueden superar los inconvenientes que genera.

Las manifestaciones de ambos males se observan en los decrecientes resultados en las pruebas de inteligencia, exámenes de habilidad y calificaciones escolares. Lo contradictorio del asunto, es que a pesar de que estos niños son afectados por estos trastornos, presentan coeficientes intelectuales altos e incluso ser personas superdotadas.

Doris Gicherman, directora de la Unidad Psicopedagógica Integral, manifiesta su preocupación por el hecho de que al confundir ambos problemas, muchos niños que sufren de Bajo Logro están siendo medicados sin necesidad y se están enfilando en las estadísticas del Déficit de Atención.

Identificar el mal.- 'Para determinar que, en efecto, se trata del Síndrome de Bajo Logro, se deben practicar las pruebas que son reconocidas internacionalmente', explica María Josefina Linares, psicopedagoga especialista en estos trastornos, quien resalta que los pequeños sospechosos de padecer Déficit de Atención tienen que someterse a exámenes neurológicos que así lo confirmen pues no se puede recetar un fármaco antes de hacer la ratificación del mal a tratar.

Gicherman destaca que las pruebas para identificar el tipo de trastorno que realiza junto a su equipo, son enviadas a Estados Unidos, específicamente a la Family Achievement Clinic del Metrohealth Medical Center, donde son analizadas por Sylvia Rimm, directora de esta institución y especialista en el área de la psicología clínica, quien también ha escrito varios libros sobre estos temas.

Creatividad solapada.- Aunque son muy inteligentes e imaginativos, su creatividad no ha podido salir a flote, y una de las causas que se sospecha sirven para tener oculta esta virtud, es la falta de estímulo tanto en el hogar como en el salón de clases.

Entre los otros motivos que Linares resalta como detonantes del síndrome se encuentran la rivalidad entre hermanos, la sobreprotección o 'sobreconsentimiento' y los problemas entre los padres, además de los casos que padecen este mal por ser poseedores de una inteligencia excepcional.

'Los niños se acostumbran a no tener logros y los padres, lejos de reparar la falla, la incentivan', comenta Linares.

Asimismo, este bajo logro escolar puede presentarse después de un tiempo, es decir, después de que el pequeño demostró buen rendimiento en etapas educativas previas. Y es que el deterioro puede producirse de forma gradual o presentarse repentinamente.

Manipulación inconsciente.- Resulta conveniente que los padres sepan que no son culpables de la aparición del síndrome y tampoco los pequeños. No obstante, los representantes tienen que mantenerse atentos y saber que si los síntomas se prolongan por más de tres meses deben acudir a un especialista que haga un análisis.

Además, de acuerdo con las psicopedagogas consultadas, estos chicos suelen ser manipuladores. Consideran que estudiaron por el simple hecho de haber leído la lectura que le pusieron de tarea en la

escuela frente al televisor o escuchando música y así le hacen creer a los padres, que esta faena fue suficiente.

Esta manipulación es, en la mayoría de los casos, inconsciente. Los pequeños pueden llegar a culpar a los padres por su bajo rendimiento y considerar injustas las comparaciones con hermanos o amigos que obtienen mejores notas en los estudios. 'Los niños que tienen este síndrome no comprenden la relación entre esfuerzo y logro', advierte Linares.

Nélida Fernández Alonzo, Síndrome de bajo logro desestabiliza a escolares. <http://noticias.eluniversal.com>

SÍNDROME DE BURNOUT

Definición.- El término Burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando ésta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores), 1 y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis. El término Burnout es descrito originalmente en 1.974 por Fredeunberger² aunque es principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson, cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome.

Atance Martínez Juan Carlos, Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario - "<http://www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199703/burnout.htm>" - Dirección Provincial de Insalud de Guadalajara.

Generalidades.- Uno de los temas fundamentales tratados en el estudio del burnout ha sido su definición, así como diferentes aportaciones conceptuales a la comprensión del burnout que, como ya vimos anteriormente, se ha presentado y se sigue presentando con diferentes obstáculos por la dificultad de conceptualizar un proceso complejo como es este síndrome, así como porque su similitud, cuando no igualdad, con el concepto estrés aplicado a las organizaciones (estrés laboral) ha supuesto cuestionar continuamente el constructo. Starrin, Larsson y Styrborn (1990) señalan que un aspecto importante del burnout es que intuitivamente todos saben lo que es, aunque la mayoría puedan ignorar su definición; así el discernimiento en la literatura sobre el síndrome acerca de su definición tiene que ver con la discusión sobre el papel que tiene la sociedad y las condiciones sociales que producen este fenómeno. Estos autores parten de que el burnout afecta de forma individual a una sociedad abstracta. Con un planteamiento más radical, Grebert (1992) entiende el burnout "como una construcción cultural que permite a los profesionales de la relación de ayuda manifestar cuáles son sus sufrimientos y dificultades" (p. 808), llegando a conceptualizarlo como un planteamiento defensivo de la profesión.

Garcés Enrique, Tesis sobre el burnout - "<http://www.abacolombia.org.co/art/80.htm>".

Generalidades.- El burnout o quemamiento, es un síndrome de agotamiento emocional, de despersonalización y de reducción de la capacidad personal, que puede presentarse en sujetos que, por profesión, se "ocupan de la gente" (Maslach). Se trata de una reacción a la tensión emocional crónica creada por el contacto continuo con otros seres humanos, en particular cuando éstos tienen problemas o motivos de sufrimiento. Es decir, se puede considerar un tipo de estrés ocupacional, pero, aunque tenga algunos efectos morbosos comunes con otras reacciones al estrés, el factor característico del burnout es que el estrés surge de la interacción social entre el operador y el destinatario de la ayuda. Por eso se dice, que este síndrome es "el precio de ayudar a los demás". Así, cuando decimos o escuchamos que un funcionario u oficinista, por ejemplo, está "quemado", se trata de otra cosa distinta. El síndrome del burnout o quemamiento, está perfectamente descrito y estudiado y siempre se refiere al que pueden sufrir los profesionales que tienen por misión ayudar a los demás (médicos, enfermeras, maestros, policías, asistentes sociales, funcionarios de prisiones, etc.).

Gómez Sancho Marcos y Bondjale Oko Teodoro, Síndrome de Burnout o quemamiento de los profesionales. Prevención y tratamiento. La gestión del estrés. El cuidado de los cuidadores. - "<http://usuarios.tripod.es/prision/articulos/quemamiento.htm>").

Generalidades.- Maslach y Jackson, especialistas americanas en Psicología de la Salud, han definido el "burnout" como un síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. Según estas autoras, el Síndrome de Burnout se caracteriza por un proceso marcado por el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal.

Báez Gloria, El síndrome de "burnaut" en mujeres que trabajan en el campo de la violencia familiar - "http://www.cosmovisiones.com/habitacionpropia/cont/s_sindrome.html").

Generalidades.- El síndrome burnout o síndrome de "estar quemado", recoge una serie de respuestas a situaciones de estrés que suelen provocar la "tensión" al interactuar y tratar reiteradamente con otras personas.

El síndrome se manifiesta en los siguientes aspectos:

A. Psicósomáticos: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, etc.

B. Conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, se fármacos, etc.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.

C. Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.

D. En ambiente laboral: detrimento de la capacidad de trabajo detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes.

Este síndrome se da más en profesionales de la enseñanza, en profesionales de la salud; por ejemplo psiquiatras y psicólogo. Los factores personales, familiares, y organizacionales se hallan implicados en el surgimiento de este síndrome.

Sin autor, El síndrome burnout o síndrome de "estar quemado" - "<http://www.psicologia-online.com/autoayuda/burnout.htm>").

Generalidades.- Se considera un trastorno adaptativo crónico, en asociación con las demandas psicosociales de trabajar directamente con personas. Se requieren al menos 6 meses de período desadaptativo, y puede ocasionarse tanto por un excesivo grado de exigencias como por escasez de recursos.

El burnout resulta de una discrepancia entre los ideales individuales y la realidad de la vida ocupacional diaria e involucra básicamente tres dimensiones:

1. Agotamiento emocional: se refiere a la pérdida o desgaste de recursos emocionales.

2. Deshumanización o despersonalización: desarrollo de actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia los receptores (pacientes, clientes).

3. Falta de realización personal: tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa.

Este síndrome se manifiesta por una sintomatología multidimensional, en el ámbito cognitivo, somático y emocional.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son los síntomas emocionales, existiendo ansiedad y ánimo depresivo, expresados como desánimo y hastío. Pueden producirse en ocasiones alteraciones de conducta (absentismo laboral, abuso de alcohol, consumo de otros tóxicos, etc.). También se han descrito síntomas psicosomáticos como cefaleas, insomnio y trastornos gastrointestinales. Todos ellos pueden concluir en incapacidades laborales.

Existen otras formas de presentación, en forma de trastornos del comportamiento, que suelen "salpicar" al resto de los compañeros del trabajo y al entorno familiar. Son frecuentes las actitudes negativas, sarcásticas y poco colaboradoras, que dificultan y enturbian la dinámica de grupos normal en un trabajo en equipo. Del mismo modo, esta actitud es sufrida por el paciente, que percibe la apatía del médico, cerrándose así un círculo muy difícil de romper.

Capilla Pueyo R., El síndrome de burnout o de desgaste profesional - "http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_jano.fulltext?pident=9224" - Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid.

Generalidades.- El término burnout, acuñado originalmente por Freudenberg, procede del mundo del deporte y expresaba la situación que vivían los deportistas cuando no obtenían los resultados deseados a pesar de sus grandes esfuerzos y entrenamientos. Su categorización y difusión como síndrome se debe principalmente a Cristina Maslach a partir de 1977, quien lo conceptualiza como una respuesta a un estrés emocional crónico caracterizado por agotamiento físico y psicológico, actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de desarrollar.

El síndrome es padecido, principalmente, por aquellos sujetos cuyas profesiones consisten en ofrecer servicios humanos, directos y de gran relevancia para el usuario: enfermeros, profesores, policías, cuidadores, etc... Hasta la fecha se trata de un síndrome no recogido en clasificaciones psicopatológicas internacionales aunque ha sido objeto de multitud de estudios e investigaciones.

En cuanto a los predictores más potentes de burnout destacan: a) las relaciones interpersonales en el trabajo; b) la insatisfacción con su rol; c) experimentar altos niveles de estrés en el trabajo; d) sentimientos de apatía y claudicación, y d) recibir apoyo inadecuado (Seva, A: 1985; Vázquez, A., Ferrer, V., Fornés, J., Fernández, M.C. y Queimadelos, M.:1994; Yela, J.R.: 1996).

Cordeiro Castro, José A.; Guillén Gestoso, Carlos I.; Gala León, Francisco J. ; Lupiani Giménez, M.; Benítez Garay, A.; Gómez Sanabria, A. (2003) Prevalencia del síndrome de Burnout en los maestros. Resultados de una investigación preliminar. Psicología.com. 2003; 7(1).

Generalidades.- El término Burnout hace referencia a un tipo de trastorno laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando ésta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores), y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis.

La profesión asistencial padece colectivamente en este final de siglo una mezcla de frustración e irritación que le conduce a actitudes victimistas y a un estado de queja constante por las condiciones de trabajo, por la escasa retribución, por la incomprensión las instituciones sanitarias, y por la exigencia de los pacientes.

Cazau P (2004) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Generalidades.- El término Burnout (Atance Martínez, 1997) fue descrito originalmente en 1974 por Fredeunberger aunque es principalmente con los estudios de Maslach y Jackson (Maslach y Jackson, 1981) cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome.

Maslach entiende por síndrome de Burnout (quemamiento) un síndrome de agotamiento emocional, de despersonalización y de reducción de la capacidad personal, que puede presentarse en sujetos que, por profesión, se "ocupan de la gente" (Maslach). Se trata de una reacción a la tensión emocional crónica creada por el contacto continuo con otros seres humanos, en particular cuando éstos tienen problemas o motivos de sufrimiento (Gómez Sancho y Bondjale Oko, 1996).

Así, Maslach y Jackson han definido el Burnout como un síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. Según estas autoras, el Síndrome de Burnout se caracteriza por un proceso marcado por el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal (Báez G, 1997).

El perfil de la persona más vulnerable al Burnout "está caracterizado por elementos tales como elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control, y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea. Esto hace que estas personas organicen una distorsión cognitiva según la cual "sólo ellas, y nadie mas que ellas, pueden hacer las cosas tan bien" (Báez, 1997). El Burnout resulta de una discrepancia entre los ideales individuales y la realidad de la vida ocupacional diaria e involucra básicamente tres dimensiones (Maslach y Jackson, 1981):

1. Agotamiento emocional: se refiere a la pérdida o desgaste de recursos emocionales.
2. Deshumanización o despersonalización: desarrollo de actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia los receptores (pacientes, clientes).
3. Falta de realización personal: tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa.

Este síndrome se manifiesta por una sintomatología multidimensional, en el ámbito cognitivo, somático y emocional.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son los síntomas emocionales, existiendo ansiedad y ánimo depresivo, expresados como desánimo y hastío. Pueden producirse en ocasiones alteraciones de conducta (absentismo laboral, abuso de alcohol, consumo de otros tóxicos, etc.). También se han descrito síntomas psicosomáticos como cefaleas, insomnio y trastornos gastrointestinales. Todos ellos pueden concluir en incapacidades laborales.

Existen otras formas de presentación, en forma de trastornos del comportamiento, que suelen "salpicar" al resto de los compañeros del trabajo y al entorno familiar. Son frecuentes las actitudes negativas, sarcásticas y poco colaboradoras, que dificultan y enturbian la dinámica de grupos normal en un trabajo en equipo (Capilla Pueyoa, 1994). Del mismo modo, esta actitud es sufrida por el paciente, que percibe la apatía del médico, cerrándose así un círculo muy difícil de romper.

Cazau P (2004) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

Atance Martínez Juan Carlos (1997) Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario -

"<http://www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199703/burnout.htm>" Dirección Provincial de Insalud de Guadalajara.

Báez Gloria, (1997) El síndrome de Burnout en mujeres que trabajan en el campo de la violencia familiar -

"http://www.cosmovisiones.com/habitacionpropia/cont/s_sindrome.html

Capilla Pueyoa R (1994) El síndrome de Burnout o de desgaste profesional - "http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_jano.fulltext?pidet=9224" - Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid.

Gómez Sancho Marcos y Bondjale Oko Teodoro (1996) Síndrome de Burnout o quemamiento de los profesionales.

Prevención y tratamiento. La gestión del estrés. El cuidado de los cuidadores. - "<http://usuarios.tripod.es/prision/articulos/quemamiento.htm>".

Maslach C y Jackson S (1981) Measurement of Experienced Burnout. Journal of Occupational Behavior, Vol. 2, pp. 99-113.

Prevalencia.- Estudios sociológicos efectuados en diferentes países europeos para discernir el grado de satisfacción de los médicos con su situación profesional, ofrecen unas cifras alarmantes de insatisfacción y de desilusión. Es cierto que el grado de insatisfacción es solamente moderado en algunos, pero alcanza niveles extremos en casi un 10-15 % de los médicos, para quienes se ha acuñado el término de Burnout Syndrome, o "médicos quemados", en quienes la insatisfacción se acompaña de angustia y desinterés para la práctica de la profesión (Bruguera, 1999).

Condensado de Bruguera Miguel (1998) La insatisfacción de los médicos - "<http://www.geocities.com/esalac/medicosburnout.html>" Barcelona.

Diagnóstico diferencial.- La revisión bibliográfica refiere algunas descripciones del Síndrome de Burnout que no siempre coinciden respecto del tipo de sintomatología y de la importancia o relevancia de cada síntoma. Esta diversidad de descripciones atenta contra la posibilidad de establecer un diagnóstico estandarizado.

La identificación diagnóstica del Síndrome de Burnout requiere también, además de listar la sintomatología, hacer un diagnóstico diferencial, es decir, diferenciar dicho síndrome de otras patologías con las cuales podría confundirse: el estrés, el trastorno adaptativo y el trastorno psicossomático.

Cazau P (2004) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Síndrome de Burnout y estrés.- Se puede considerar al Burnout un tipo de estrés ocupacional, pero, aunque tenga algunos efectos morbosos comunes con otras reacciones al estrés, el factor característico del Burnout es que el estrés surge de la interacción social entre el operador y el destinatario de la ayuda. Por eso se dice, que este síndrome es "el precio de ayudar a los demás".

Así, cuando se dice que un funcionario u oficinista, por ejemplo, está "quemado", se trata de otra cosa distinta. El síndrome del Burnout o quemamiento, está perfectamente descrito y estudiado y siempre se refiere al que pueden sufrir los profesionales que tienen por misión ayudar a los demás (médicos, enfermeras, maestros, policías, asistentes sociales, funcionarios de prisiones, etc).

El DSM-IV (1995) no tiene tipificado el Síndrome de Burnout como tal. En dicho manual es posible encontrar, a cambio, tres categorías que pueden plausiblemente relacionarse con situaciones estresantes en el trabajo, donde solamente las dos últimas constituyen trastornos y, como tales, están debidamente tipificadas. Estas tres categorías son las siguientes:

1) Reacciones no patológicas al estrés: Según el DSM-IV, son aquellas que no provocan un malestar superior al esperable y que no causan un deterioro significativo de la actividad social o laboral (DSM-IV, 1995:641).

2) Trastorno por estrés agudo: Indica el DSM-IV que algunos de los síntomas que aparecen después de un acontecimiento traumático de gran intensidad son comprensibles y razonables, de modo que no deben considerarse un trastorno por estrés agudo. Este diagnóstico sólo debe establecerse si los síntomas duran al menos dos días y provocan un malestar clínico significativo, interfieren acusadamente con la actividad del individuo o afectan de modo notable su capacidad para realizar tareas indispensables. El DSM-IV también distingue el trastorno por estrés agudo de aquellos trastornos mentales debidos a enfermedades médicas, a sustancias, y a trastornos psicóticos breves, entre otros (DSM-IV, 1995:442).

3) Trastorno por estrés postraumático: Por definición, sólo debe establecerse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo si los síntomas aparecen durante el primer mes que sigue al acontecimiento traumático, reservando el término 'trastorno por estrés postraumático' para los síntomas que se prolongan más de 4 semanas (DSM-IV, 1995:442). En los individuos diagnosticados de trastorno por estrés agudo que al cabo del primer mes siguen presentando el cuadro sintomático, debe considerarse el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (DSM-IV, 1995:443).

Una de las razones por las cuales se han mencionado estas categorías del DSM-IV como de algún modo relacionadas con el Síndrome de Burnout, es la estrecha relación existente entre estrés y trabajo.

El trabajo es el heredero en la vida adulta del juego en la niñez, y no tendría porqué constituir un factor estresante. Este comentario sugiere la siguiente reflexión: es sabido que la actividad laboral puede ser en sí una fuente de estrés, unas veces por su misma naturaleza que obliga al organismo a adaptaciones continuas (por ejemplo los buzos), y otras veces porque no resulta para el sujeto una actividad gratificante: el juego se elige espontáneamente, pero el trabajo es muchas veces asumido como una obligación, aunque 'no nos guste', para poder sobrevivir. He aquí algunas actividades que, por su naturaleza, suelen constituir fuentes de estrés y que son habitualmente mencionadas en la bibliografía consultada como asociada al estrés: policías, controladores de tráfico, ejecutivos, mineros, buzos, escaladores, paracaidistas, astronautas. Es relativamente infrecuente la mención de actividades asistenciales en relación con el estrés.

A partir de las consideraciones precedentes, cabe la pregunta: ¿es lo mismo estrés que Síndrome de Burnout? Indudablemente, por lo visto, el concepto de estrés es más amplio, pues muchas situaciones estresantes no están vinculadas con una actividad laboral, asistencial o no.

Tomando como referencia las categorías indicadas del DSM-IV habría que concluir que el Síndrome de Burnout es una modalidad específica de estrés, que puede asumir la forma de un trastorno por estrés postraumático o de un trastorno por estrés agudo, por cuanto como fue dicho estos cuadros requieren la presencia de un estresante psicossocial, que en el caso del Síndrome de Burnout es la situación de atender a pacientes con problemas.

Si el sujeto afronta la situación de una forma acertada los efectos, en este caso de la carga emocional, no tendrán mayor trascendencia. Pero, "si sus estrategias no son efectivas, y la situación de estrés se prolonga en el tiempo, es entonces cuando aparecen los efectos y consecuencias de carácter más permanente y negativo para el propio sujeto y para su organización" (Durán Durán y Montalban, 2000).

Cabe rescatar, finalmente, la necesidad de establecer la relación entre estrés y síndrome de Burnout a un nivel teórico. Uno de los puntos más interesantes al respecto encontrado en la bibliografía es la

vinculación entre el estrés y una de las manifestaciones mencionadas como típicas del Síndrome de Burnout: la desesperanza, el hastío y la sensación de desvalimiento.

González de Rivera (1984) plantea para la depresión un esquema de círculo vicioso configurado por el siguiente circuito: Estrés > déficit de neurotransmisión > depresión > desesperanza, hastío y desvalimiento > desinterés por el medio > pérdida > nuevamente estrés. Este circuito permite apreciar cómo una situación de estrés y una situación de desesperanza y hastío se realimentan continuamente, proceso que hipotéticamente podría ser característico del Síndrome de Burnout: el estresante psicosocial propuesto para este síndrome actuaría, a través del mencionado circuito, para generar uno de los síntomas típicos del mismo: la desesperanza y el hastío.

Cazau P (2004) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (1995) DSM-IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Durán Durán, M^a Auxiliadora y Montalban Peregrín Manuel (2000) Estrés laboral en el ámbito policial -

"http://www.ayto-malaga.es/espam/Publicaciones/boletin/boletin02/Articulo_02.html" - Departamento de Psicología Social de la Universidad de Málaga.

González de Rivera J (1984) El fenómeno del círculo vicioso en la depresión. Revista Psiquis, Madrid, 5, 104-107.

Síndrome de Burnout y trastorno adaptativo.- Para el DSM-IV (1995), el trastorno adaptativo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo requieren la presencia de un estresante psicosocial. El trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo se caracterizan por la presencia de un estresante extremo y una constelación de síntomas específicos. En cambio, el trastorno adaptativo puede ser desencadenado por un estresante de intensidad variable y expresarse a través de una amplia gama de síntomas posibles (DSM-IV, 1995:641).

En efecto, en el trastorno por estrés postraumático el factor estresante debe revestir suma gravedad (por ejemplo un peligro para la vida). En cambio, en el trastorno adaptativo el factor estresante puede tener cualquier intensidad. El diagnóstico de trastorno adaptativo es apropiado tanto cuando las respuestas a un desencadenante extremo no reúnen los requisitos diagnósticos del trastorno por estrés postraumático (o cualquier otro trastorno mental específico) como cuando el cuadro sintomático típico de trastorno por estrés postraumático aparece en respuesta a desencadenantes no excesivamente importantes (por ejemplo, abandono del cónyuge, pérdida del puesto de trabajo) (DSM-IV, 1995:438).

De estas consideraciones podría inferirse que el Síndrome de Burnout no es un trastorno adaptativo en la medida que se considere que su desencadenante es muy importante y porque no es un acontecimiento puntual, como perder el empleo, sino una situación que se mantiene a lo largo del tiempo en el ejercicio de la profesión.

Cazau P (2004) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (1995) DSM-IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Síndrome de Burnout y trastorno psicósomático.- En el trastorno psicósomático, al igual que en el síndrome de Burnout, un estado de tensión psíquica desencadena trastornos corporales. Sin embargo, es preciso diferenciar ambas categorías diagnósticas.

La idea de que un acontecimiento psíquico puede tener incidencia en el cuerpo es hoy de aceptación generalizada. Las implicaciones corporales de un conflicto psíquico asumen diferentes formas, que se extienden desde los trastornos psicósomáticos hasta la simulación, pasando por los trastornos de la conducta alimentaria, los somatomorfos y los facticios (DSM-IV, 1995).

Aunque hay diversas acepciones sobre el término trastorno psicósomático, algunas concepciones tienen algo en común, y entre ellas, "la más destacada es la idea de que cuando un elemento traumático produce un grado de desorganización que sobrepasa la capacidad efectora del aparato psíquico para dominarla y/o resolverla, es en el nivel somático donde se produce la respuesta" (Salvarezza, 1998:244).

No hay, sin embargo, acuerdo respecto a lo que debe entenderse por trastorno psicósomático. Una tal definición debería incluir la 'doble naturaleza' del trastorno (psico y somático) y de diferenciarlo de otros trastornos tipificados por el DSM-IV como el trastorno por estrés, el trastorno somatomorfo o el trastorno facticio.

El trastorno psicósomático no está tipificado en el DSM-IV, presumiblemente por tener más las características de una enfermedad médica que las de un trastorno mental. De hecho, el DSM-IV sí categorizará aquellos trastornos que, aunque producidos por estrés, presentan manifestaciones netamente psíquicas, como el caso del trastorno por estrés postraumático y del trastorno por estrés agudo.

En efecto, en los trastornos por estrés (postraumático o agudo) la sintomatología es esencialmente psíquica (flashbacks, recuerdos displacenteros, evitación de pensamientos, etc), mientras que en el trastorno psicósomático es esencialmente orgánica (asma, úlcera gastroduodenal, etc). A partir de aquí podría diferenciarse el trastorno psicósomático del síndrome de Burnout, ya que este es predominantemente psíquico en sus manifestaciones, y sólo en forma colateral se han descrito síntomas

somáticos como cefaleas, insomnio y trastornos gastrointestinales, todos síntomas somáticos que no llegan a configurar una enfermedad psicosomática con curso y pronóstico propio y único, como sucede con el asma o la úlcera.

En todo caso, harían falta estudios epidemiológicos, que no se han encontrado en la bibliografía consultada, para establecer la incidencia de la comorbilidad del Burnout con el trastorno psicosomático. A partir de estos estudios podría seguirse analizando con mayor fundamento la relación entre ambos trastornos.

Cazau P (2004) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (1995) DSM-IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Barcelona: Masson.

Salvareza Leopoldo (comp) (1998) La vejez: una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós.

Síndrome de Burnout y depresión.- "A pesar de una asociación substancial entre el burnout profesional y la depresión, la naturaleza exacta de la relación es confusa. Se presume que una susceptibilidad subyacente para la depresión se asocia al burnout profesional. En el actual estudio, la relación se examinó entre los índices de la historia personal y familiar de la depresión y de los síntomas actuales del burnout. Los respondedores eran 3385 empleados de diversos ambientes laborales (61% mujeres, edad 18-65 años), que completaron cuestionarios acerca de las variables demográficas, las horas de trabajo, historia personal y familiar de depresión, sintomatología depresiva actual, y los síntomas actuales del burnout profesional. Después de controlar los antecedentes, el factor predictor más fuerte de las tres facetas del burnout era la sintomatología depresiva actual. Independientemente de los efectos de los antecedentes y de los síntomas depresivos actuales, tener siempre experiencias de un episodio depresivo predijo síntomas actuales de dos facetas del burnout: agotamiento emocional (OR = 1.82, CI 95% = 1.38-2.40, $P < 0.001$) y cinismo (OR = 1.51, CI 95% = 1.16-1.98, $P = 0.002$). Además, una historia de depresión en los miembros cercanos de la familia predijo independientemente los síntomas actuales del agotamiento emocional (OR = 1.63, CI 95% = 1.27-2.10, $P < 0.001$), mientras que apareció una tendencia para un efecto similar sobre el cinismo (OR = 1.23, CI 95% = 0.96-1.58, $P = 0.095$). Una predisposición para la depresión, según lo reflejado por una historia personal y familiar de depresión, podría aumentar el riesgo para el burnout.

I. Nyklí, La depresión anterior y familiar predice los síntomas actuales del burnout profesional". J AFFECT DISORD. 2005 SEP; 88(1):63-68.

Síndrome de Burnout en maestros.- Se presenta un estudio piloto sobre el Síndrome de Burnout. La investigación se centra en la búsqueda del grado de salud laboral del profesor a través del estudio de los niveles de burnout y depresión y se intentan vislumbrar como influyen las variables socio-personales, las relacionadas con la experiencia docente y las contextuales; factores a los que el profesor atribuye su malestar.

De los resultados de la investigación se puede concluir que, entre los docentes de Primaria de la Zona Educativa de la Bahía de Cádiz, se detecta una alta prevalencia del Síndrome de Burnout (41%) y depresión (25%), siendo los sujetos que presentan los índices más elevados del síndrome quienes manifiestan en mayor grado la depresión.

De las relaciones entre las subdimensiones del M.B.I. y el B.D.I., se obtienen correlaciones positivas significativas entre las tres subdimensiones con la variable depresión, aunque la correlación más alta se alcanza con el Cansancio Emocional.

Del análisis de estas subdimensiones, la comparación de las subpoblaciones extremas y la correspondencia entre las variables externas y las Fases Evolutivas de Burnout de Golembiewski (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983; Golembiewski y Munzenrider, 1988), se obtiene el siguiente perfil para los docentes "quemados":

Varones, casados, con una media de edad de 40 años, definitivos en sus centros de destino, mayoritariamente tutores, recién llegados a sus centros de destino o con más de 15 años continuados de servicio en centros no catalogados de compensatoria aunque sí considerados conflictivos. Sus niveles de burnout van en aumento a medida que su docencia se aleja de la especialidad que cursaron durante sus carreras. Reticentes a colaborar con la Reforma y poco o nada innovadores. Manifiestan no haber recibido una adecuada formación y que no volverían a ejercer esta profesión. Con respecto a la asociación de las variables externas con la depresión medida por el B.D.I., se obtiene el siguiente perfil:

Sujetos de edades superiores a los 51 años, viudos, separados o divorciados; que llevan una media de quince años ejerciendo la docencia como funcionarios propietarios definitivos; sin talante innovador y que manifiestan animadversión por la profesión que ejercen. Se han obtenido correlaciones positivas significativas entre las tres subdimensiones del M.B.I., observándose que las relaciones más significativas se encuentran entre las subdimensiones Cansancio Emocional con Despersonalización y Cansancio Emocional con Incompetencia.

Cordeiro Castro C y otros, Prevalencia del síndrome de Burnout en los maestros. Resultados de una investigación preliminar. Psicología.com 2003; 7(1).

Síndrome de Burnout y deporte.- El estudio del síndrome de burnout en el contexto deportivo ha sido escaso (Garcés de Los Fayos y Jara, 2002), como ya pudimos comprobar en un estudio anterior (Garcés de Los Fayos, Teruel y García Montalvo, 1993); sin embargo, desde hace dos décadas (Flippin, 1981) se han ido desarrollando diferentes líneas de investigación que inciden en los diferentes tópicos que afectan a la comprensión del mismo. Una de las líneas que han preocupado sistemáticamente era la de conocer qué variables emocionales y motivacionales están influyendo en la aparición y desarrollo del burnout en los diferentes protagonistas del deporte. En este trabajo realizamos una descripción exhaustiva de las variables que han sido objeto de estudio, así como también nos acercamos a unos indicadores básicos a desarrollar en cualquier actuación preventiva del síndrome. Comenzamos por conceptualizar el burnout en el ámbito deportivo, desde el enfoque de tres de los protagonistas principales del mismo: entrenador, árbitro y deportista. Finalizamos el trabajo planteando indicadores básicos de trabajo en futuros programas de prevención de este síndrome.

Garcés de Los Fayos Ruiz, Enrique J.; Vives Benedicto, Laura. Variables motivacionales y emocionales implicadas en el síndrome de Burnout en el contexto deportivo. Revista electrónica de motivación y emoción. 2002 DIC; 5(12)

Burnout en el deporte.- Resumen: "El término Burnout proviene del inglés burn-out, quemarse, utilizándose para explicar la situación de exigencia externa o interna que produce tensión y estrés. En español se ha traducido por agotamiento o estar quemado. Este síndrome clínico fue descrito por el psiquiatra estadounidense Freudenberg (1974), quien trabajaba en una clínica para toxicómanos de Nueva York. En la misma década, la psicóloga Cristina Maslach lo describió como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. El trastorno, típico de los profesionales, se puede dar en cualquier persona que sufra condiciones de exigencia elevada, crítica continua y no pueda administrar la exigencia que le es impuesta por la Institución. La investigación con deportistas se inició con los trabajos de Feigley (1984), siendo Fender (1989) quien definió el burnout en el deporte como una reacción al estrés de las competencias, cuyos síntomas principales eran agotamiento emocional, actitud impersonal hacia los demás y disminución del rendimiento. Ha sido bastante estudiado en el deporte, incluso en nuestro idioma, especialmente por los psicólogos españoles, siendo el que más se ha ocupado del tema Garcés de los Fayos. El síndrome de Burnout se puede tratar con técnicas cognoscitivas conductuales y con psicoterapias provenientes de diversas corrientes psicológicas, por lo cual precisan de un psicólogo y eventualmente de un psiquiatra".

De Cos Cuevas E y Mizrahi C, El síndrome de burnout en el deporte. INTERPSIQUIS, 2007.

Burnout, estrés y satisfacción laboral.- "Objetivos. Estimar la prevalencia del burnout y de morbilidad psiquiátrica entre los médicos de Atención Primaria de un área sanitaria y evaluar su relación con el grado de estrés y la satisfacción en el trabajo.

Métodos. Los 346 médicos y 84 pediatras de Atención Primaria del área de Mallorca fueron invitados a cumplimentar un cuestionario. Para evaluar la morbilidad psiquiátrica se utilizó el Cuestionario General de Salud 28 ítems. Los tres componentes del desgaste profesional (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) se estudiaron mediante el cuestionario de Maclash; la satisfacción y estrés en el trabajo con las escalas de Font Roja y Tabarca, respectivamente.

Resultados. Contestaron al cuestionario 266 médicos (61,9%). La prevalencia estimada de morbilidad psiquiátrica fue del 25,7%, sin encontrarse diferencias significativas según variables demográficas y del trabajo. El cansancio emocional alto fue del 53,3%, presentaron alta despersonalización un 47,1% de los médicos y realización personal baja el 33,3%. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre las dimensiones del burnout y las variables demográficas y de trabajo. La satisfacción laboral parece proteger a los profesionales del malestar psíquico y del síndrome de burnout. El estrés laboral se relaciona con un mayor cansancio emocional y despersonalización y en cambio no se relaciona con una mayor morbilidad psiquiátrica.

Conclusiones. La salud mental de los médicos de Atención Primaria parece estar protegida por una mayor satisfacción laboral; sin embargo, es más precaria entre los que presentan mayor estrés laboral. Estos hechos deben ser asumidos no tanto como un problema individual de los médicos, sino como un problema de toda organización sanitaria".

M Esteva, C Larraz, F Jiménez, La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA. 2006 FEB; 206(2).

Burnout en personal de vigilancia.- En este trabajo ex post facto prospectivo se estudia, mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI), el síndrome de burnout en 133 funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario, quienes realizan una actividad laboral encaminada a garantizar la seguridad interior de la prisión. Este estudio además tiene por objeto replicar la estructura factorial del MBI y examinar la relación entre burnout y algunas variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel de estudios), la experiencia profesional y la categoría laboral (Vigilancia-1 y Vigilancia-2). Según los criterios de Gil-Monte y Peiró los resultados indican que el 43,60% de los sujetos padece burnout en grado alto. El análisis factorial corrobora la estructura tridimensional del MBI -cansancio emocional, realización

personal y despersonalización-. Los sujetos de menor edad mostraron actitudes más negativas hacia el trabajo (despersonalización) que los de mayor edad. La relación del resto de variables sociodemográficas, la experiencia profesional y categoría laboral con las tres dimensiones del burnout no resultó significativa. Lorenzo Hernández-Martín, Bernardino Fernández-Calvo, Francisco Ramos e Israel Contador, El síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY. 2006 SEP; 6(3).

Estrés asistencial y laboral en personal hospitalario.- Resumen: Este trabajo de investigación tiene por objetivo examinar el nivel de estrés asistencial y laboral experimentado por profesionales médicos y enfermeros en un Servicio de Clínica Médica de un Hospital de la ciudad de Corrientes, analizando variables relacionadas con el Cuestionario Breve de Burnout de Moreno Jiménez (CBB) como la edad, sexo, pareja, hijos, años de ejercicio de la profesión y situaciones laborales productoras de estrés. Se aplicó el CBB de Moreno Jiménez, Se utilizó el test t de Student o la prueba de X². Se consideraron valores de significación ($p < 0.05$) Se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de profesionales, en organización, tedio, cansancio emocional, despersonalización y consecuencia social. La mayor frecuencia de situaciones laborales productoras de estrés correspondió en ambas profesiones a la desprotección social. Se sugiere por lo tanto implementar una intervención oportuna destinada a proteger y/o promover la salud del profesional asistencial.

Clausi Alejandra, Torales Elisa G, Czernik Gabriela E, Almirón Lila M, Estrés asistencial y laboral en un Servicio Hospitalario de Clínica Médica de la ciudad de Corrientes. ALCMEON. 2007 MAR;13(4).

En personal de enfermería.- Resumen: Objetivo. Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería en 2 hospitales de segundo nivel en la ciudad de Mexicali, BC (México). Método. Diseño transversal, realizado en el profesionales de enfermería del Hospital de Gineco-Pediatría con Medicina Familiar n.º 31, y el Hospital General de Especialidades n.º 30, en Mexicali, BC. Se obtuvo una muestra probabilística estratificada para la población finita de los 698 profesionales de enfermería que trabajaban en dichos hospitales, y se seleccionaron aleatoriamente 184 sujetos de cada hospital. Se aplicó el cuestionario de Maslach para identificar el síndrome y el cuestionario general para factores sociodemográficos. Posteriormente se utilizaron estadísticas descriptivas e inferenciales mediante prueba para proporciones de x². Resultados. Se estudiaron 368 sujetos, 345 (93,75%) mujeres, con una edad media de 41,21 años (desviación estándar [DE] = 6,59); la antigüedad laboral fue de 15,87 años (DE = 6,12). La prevalencia de burnout en los profesionales de enfermería de ambos hospitales fue del 6,79% (25). Conclusiones. La prevalencia obtenida fue menor a la reportada en otros estudios, tanto los realizados en México como otro realizado con profesionales de enfermería que trabajaban en la sala de urgencias de un hospital de tercer nivel de Barcelona, así como en los realizados con otros profesionales de la salud.

Yusvisaret Palmer-Morales, Roberto Prince-Vélez, Roberto Searcy-Bernal, Bertha Compean-Saucedo, Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. ENFERMERÍA CLÍNICA. 2007 SEP;17(5).

Burnout en profesores universitarios.- El objetivo del presente trabajo es identificar, desde un acercamiento integrador, cuáles son los principales correlatos y/o predictores de distintos ámbitos (personal, psicosocial, ocupacional y extralaboral) de las dimensiones del burnout. La muestra está formada por 813 profesores de Universidad.

Los resultados de los análisis estadísticos realizados permiten constatar la existencia de predictores comunes y específicos para las facetas del síndrome. Concretamente, mientras se confirma que el apoyo social y el optimismo son seleccionados para explicar todas las manifestaciones del burnout, otros factores (horas de trabajo a la semana, tiempo en la profesión, personalidad resistente, patrón de conducta Tipo A, acontecimientos vitales, contrariedades cotidianas) acentúan la existencia de perfiles diferenciales.

José Manuel Otero-López; María José Santiago Mariño; Cristina Castro Bolaño. Una aproximación integradora al estudio del burnout en los profesores de Universidad. PSICOTHEMA. 2008; 20 (4):766-772.

Burnout en docentes.- Introducción: El síndrome de agotamiento profesional (SAP) o burnout es de gran importancia y prevalencia entre los docentes; no obstante, en Colombia se ha estudiado poco.

Objetivos: (1) Describir algunas características de los docentes respecto a su entorno laboral, bienestar y satisfacción personal, dificultades laborales, relación con estudiantes con dificultades y autoconocimiento, y (2) analizar su relación con el SAP en tres colegios públicos de Bogotá.

Método: Se evaluó el SAP en docentes con un estudio de corte transversal, tipo encuesta, en tres colegios públicos de Bogotá, Colombia, mediante el Inventario de Maslach para Burnout y un cuestionario diseñado para indagar sobre factores socioodemográficos, personales y laborales.

Resultados: Se realizaron 343 encuestas, de 367 previstas, para un índice de respuesta del 93,4%. El SAP tiene una prevalencia del 15,6%. El análisis factorial del cuestionario diseñado para docentes encontró que evaluaba cinco dimensiones y dentro de estas son evidentes las quejas sobre el ambiente laboral y las dificultades en los colegios, así como que más de un 70% de los docentes no se sienten

preparados para manejar estudiantes con discapacidad física, mental y sensorial. Se establecieron relaciones entre algunos de estos factores y la presencia o no de SAP.

Conclusión: El SAP es frecuente en docentes, existen quejas en múltiples esferas y se requieren intervenciones de salud mental que lleven a mejorar la interacción docente-alumno, en aras de mejorar la calidad de la educación.

Carlos Gómez-Restrepo; Viviana Rodríguez; Andrea C. Padilla M.. (et.al) El docente, su entorno y el síndrome de agotamiento profesional (SAP) en colegios públicos en Bogotá (Colombia). REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. 2009 JUN; 38(2)

SÍNDROME DE CAPGRAS

Generalidades.- El Síndrome de Capgras, descrito por primera vez en 1923 por Joseph Capgras y J. Reboul-Lachaux, consiste en que el paciente percibe falsamente que alguien de su entorno, habitualmente un pariente cercano o un amigo, ha sido sustituido por un doble. En la actualidad se engloba dentro del concepto de "Síndromes de falsa identificación delirante" (Christodoulou, 1981). Presentamos el caso de una mujer diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide de larga evolución con aparición brusca y reciente de ideas delirantes de sustitución de su pareja por un doble, y que presenta un déficit visual asociado bilateral, factor del que ha sido discutida su posible implicación etiopatogénica en el síndrome (Antérion et al, 2008; Rojo, 1991; Signer, 1990). La paciente justificó diferencias entre su pareja y "el doble" tanto de tipo físico como de tipo caracterial/comportamental, extraídas éstas de comparar al doble con "lo que ella recordaba su pareja", principalmente de la última vez que lo vio, lo cual podría apoyar la teoría de la incapacidad para extraer un "denominador común" de los sucesivos datos de la memoria episódica referentes a una misma persona (Antérion, 2008). El síndrome de falsa identificación delirante, circunscrito en la mayor parte de la evolución a su pareja, ocasionalmente se generalizó a personal y pacientes de la Unidad de Psiquiatría donde se encontraba ingresada. A propósito del caso realizamos una revisión de la literatura referente a los diferentes conceptos, hipótesis etiopatogénicas y tratamientos de este síndrome, considerado por muchos entidad "puente" entre la neurología y la psiquiatría.

Rosario Consuegra Sánchez; Felix Luis Crespo Ramos; Matias Del Cerro Oñate; Manuel Roberto Galiana Cela. El Síndrome de Capgras: Presentación de un caso asociado a déficit visual y análisis crítico de la literatura actual. INTERPSIQUIS. -1; (2009).

SÍNDROME DE CHARLES BONNET

Generalidades.- El síndrome de Charles Bonnet se caracteriza por la presencia de alucinaciones visuales complejas sin psicopatología y sin trastornos de la conciencia. Se asocia a personas con deficiencias visuales severas bilaterales. También se ha descrito el síndrome de Charles Bonnet auditivo en pacientes con sordera adquirida. A pesar de la elevada frecuencia del trastorno, se diagnostica poco y suele hacerse en pacientes geriátricos. Los objetivos del presente trabajo son la revisión teórica del Síndrome de Charles Bonnet y la presentación de un caso clínico de una joven de 27 años, de interés por la edad de la paciente y porque era considerada y tratada como enferma psiquiátrica.

Ugas Ballester, L. ; Ribas Sabaté, J. ; Palao Vidal, D. J., El síndrome de Charles Bonnet, a propósito de un caso de 27 años. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2008;24(1).

SÍNDROME DE DÉFICIT ATENCIONAL

Generalidades.- "El ADHD es un cuadro que como tal hace muchísimos años que se viene definiendo con distintas denominaciones".

"Si uno busca en la bibliografía, a principios del siglo XX ya se empezaba a hablar de un grupo de chicos con estas características".

"El Ministerio de Educación de Francia le encomendó a Binet la confección del primer test de nivel mental, cuando hace el informe clasifica tres grupos de chicos, un grupo con un nivel intelectual bajo que no podía acceder al aprendizaje; un segundo grupo, que tenía nivel mental normal y podía aprender; y un tercer grupo, con nivel mental normal pero con dificultades para aprender asociadas con fallas en la atención y exceso de actividad. Dentro de la prehistoria de este cuadro ya hay un grupo señalado, que a pesar de tener nivel mental normal tiene dificultades en el aprendizaje".

"En Inglaterra, Steel, en el año 1902 hablaba de chicos con trastornos de atención por causas morales y mencionaba tres características: la impulsividad, la hiperactividad y el trastorno de atención".

"Las mismas han sido retomadas por el Manual de Criterios Diagnósticos, del DSM IV".

"Si uno busca en la literatura hay inscripciones bajo distintas denominaciones, llegó un momento en que se contaban 39 denominaciones distintas del cuadro".

"El primer intento de una síntesis fue la concepción de Straus, al que denominó Lesión Cerebral Mínima o Daño Cerebral Mínimo".

"Describía que había habido un daño, una agresión. Estaba muy reciente una serie de descripciones de la encefalitis epidémica que había habido en EEUU, con secuelas en cuadros conductuales que se habían denominado: daño cerebral mínimo".

"Lo que quiero recalcar, sin entrar a analizar cada una de las denominaciones, es que en la concepción del cuadro había una globalidad que iba más allá de un problema de conducta disruptiva, se describía una serie de funciones cognitivas afectadas que interfería el aprendizaje, se hablaba de la atención, de la percepción, del pensamiento. Lo que no pudo demostrarse es el daño, la lesión".

"En el año 1962, en la Conferencia Internacional se sugiere el cambio de denominación a Disfunción Cerebral Mínima, la que se mantuvo hasta la década del 80".

"Me acuerdo que un neurólogo mexicano decía: "Disfunción Cerebral Mínima, Confusión Médica Máxima", planteando de este modo los problemas para acceder al diagnóstico".

"En el DSM IV, se lo identifica como Trastorno por déficit de atención con hiperactividad".

"A partir del año 1995, se observa un intento de volver a considerar los compromisos cognitivos como los causales de los síntomas del cuadro y comienza a circular una nueva denominación: Trastornos de la Función Ejecutiva".

"Éstos tendrían que ver con aspectos cognitivos como la memoria operativa, la interiorización del habla, la planificación de la síntesis y las recombinaciones, la autorregulación de los impulsos".

"Aparecen toda una serie de tests o pruebas que tratan de indagar estos compromisos de la memoria operativa y de la autorregulación" (páginas 15 y 16).

Tallis Jaime, Síndrome del déficit atencional. Discusiones actuales desde la mirada neurológica. Revista PerteneSer Nº 10. Buenos Aires, 2008.

SÍNDROME DE DEPENDENCIA

Definición.- "Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aún cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de una sustancia, después de un periodo de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de las características de la dependencia, de lo que sucede en individuos no dependientes (CIE-10).

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 526.

Definición.- "Conjunto de manifestaciones, fisiológicas, cognoscitivas y del comportamiento que sufre el individuo para el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad. La manifestación más característica es el deseo intenso y compulsivo de consumir esa sustancia, con disminución de la capacidad para controlar dicho consumo. El sujeto desarrolla un mecanismo de tolerancia hacia la droga, que le obliga a aumentar progresivamente la dosis para conseguir el mismo efecto. Se produce un abandono progresivo de dichas fuentes de placer, persistiendo el consumo pese a sus evidentes consecuencias perjudiciales (físicas, sociales, etc.). Cuando se disminuye o cesa el consumo de la sustancia adictiva, aparecen los síntomas somáticos que constituyen el síndrome de abstinencia".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

SÍNDROME DE DOWN

Definición.- "Una condición de retraso y trastornos físicos conjuntos provocados por la presencia de un cromosoma suplementario en la estructura genética del individuo".

Myers D., "Psicología", Madrid, Editorial Médica Panamericana, 3ra. edición, pág. 320.

Definición.- O mongolismo. Trastorno caracterizado por un cráneo aplanado, piel engrosada en los párpados, dedos cortos y gruesos; cabello grueso y sedoso; pequeña estatura e inteligencia moderadamente baja. Se encuentra un cromosoma extra en la posición veintiuno del cariotipo de los casos del síndrome de Down.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

Generalidades.- El síndrome de Down o mongolismo es una enfermedad que cursa con oligofrenia y ciertas alteraciones físicas como consecuencia de la trisomía del par 21 o la traslocación de los pares 13 y 15.

Etiología.- a) Trisomía del par 21: cuando un óvulo con dos cromosomas 21 (anormal) se junta con un espermatozoide con un cromosoma 21 (normal), da un ser con tres cromosomas 21 (trisomía). El trastorno ocurre generalmente durante la meiosis (la ovogonia, en vez de dividirse en dos células de 23 cromosomas, se divide en una de 22 y otra de 24, siendo ésta última la que tiene ambos cromosomas 21). La no disyunción puede también ocurrir en la mitosis (durante la división celular del huevo cigota)

recibiendo entonces el nombre de mosaicismo. Si la no disyunción se produce cuando se divide en cuatro, las $\frac{3}{4}$ partes serán normales y $\frac{1}{4}$ anormal, y así sucesivamente. La anomalía será más leve cuanto menos células estén comprometidas. En suma: hay un mongolismo incompleto o en mosaico cuando se produce en mitosis posteriores. b) Traslocación, generalmente del par 13-15: una traslocación ocurre cuando el intercambio de material genético en vez de darse entre cromosomas homólogos (13 con 13) ocurre entre no homólogos (13 con 15), lo que suele ocurrir durante la meiosis femenina o masculina (o sea en la ovogonia o en la espermatogonia). La predisposición a la traslocación se hereda por un gen recesivo.

Cuadro clínico.- a) Cara: ojos rasgados, repliegue de párpados superiores, nariz en silla de montar, lengua grande, orejas deficientes, paladar ojival, irregular implantación de los dientes, y cuello corto. b) Manos: dedos cortos, piel laxa, ausencia de uno de los pliegues de la mano, separación de los meñiques. c) Ensanchamiento de la porción inferior de la sutura sagital (hendidura mongólica o tercera fontanela). d) Hipotonía muscular.

Castelluccio, Clases dictadas en la asignatura "Correlaciones de la clínica médica" en la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano (Buenos Aires), durante 1987/89.

Generalidades.- Clásicamente, en psiquiatría se contemplan dos tipos diferentes de patologías donde aparece un déficit intelectual: las demencias y las oligofrenias, siendo éstas últimas las que incluyen el síndrome de Down (mongolismo).

Mientras la demencia es un debilitamiento adquirido, progresivo y espontáneamente irreversible de todas las funciones intelectuales (atención, memoria, razonamiento, etc), la oligofrenia implica en cambio una detención del desarrollo intelectual antes de que este se haya completado.. De aquí que sus causas deban situarse antes, durante o inmediatamente después del nacimiento (en los primeros meses de vida). Podemos darnos cuenta entonces de la diferencia: el demente fue inteligente y perdió esa capacidad, mientras el oligofrénico nunca fue inteligente, trayendo su déficit desde las tempranas épocas de su vida.

Las causas del síndrome de Down son específicamente pre-natales, y más concretamente cromosómicas, pudiendo ser una consecuencia de la trisomía del par 21, o una traslocación de los pares 13 y 15. El primer caso se da cuando un óvulo con dos cromosomas 21 (anormal, pues debe tener sólo uno), se fecunda con un espermatozoide con un cromosoma 21 (normal), originándose un ser con tres cromosomas 21 (trisomía). El trastorno ocurre generalmente durante la meiosis, pero puede ocurrir que el huevo cigota resultante sea normal, y solamente cuando después se divide por mitosis aparezca la trisomía. En este último caso el síndrome es menos grave, hablándose de un mongolismo incompleto o en mosaico.

El segundo caso ocurre por traslocación, es decir, cuando el intercambio de material genético, en vez de darse entre cromosomas homólogos (el 13 con el 13) se da entre no homólogos (el 13 con el 15), y suele ocurrir durante la meiosis del óvulo o del espermatozoide, de manera que aquí el problema puede provenir indistintamente del padre o de la madre del niño mongólico.

El nombre de esta patología se debe a la peculiar característica facial, que lo asemeja a un hombre de raza mongólica, aunque también presenta otras características morfológicas en el resto del cuerpo. Tiene ojos rasgados, un repliegue de los párpados superiores, nariz en silla de montar, lengua grande, orejas deficientes, paladar ojival y cuello corto. Tiene también dedos cortos, piel laxa e hipotonía muscular.

Según Ey, se trata de uno de los síndromes de retraso mental más frecuentes (alrededor de un caso cada 1000 nacimientos), y fue descrito originalmente por Langdon Down en 1866, dándole el nombre de 'idiocia mongólica'. Este nombre en realidad se presta a confusión, ya que muy pocos mongólicos son idiotas, siendo la mayoría mas bien imbeciles o aún débiles mentales ligeros y medianos (superficiales). Recordemos que, utilizando un criterio psicométrico, estos cuadros se suelen tipificar así:

- Débil mental superficial: CI entre 65 y 80
- Imbecilidad: CI entre 20 y 50
- Idiocia: CI por debajo de 20.

El DSM-III-R establece otra clasificación de los retrasos mentales, que aproximadamente es la siguiente, en orden de gravedad creciente: leve (50-70), moderado (35-50), grave (20-40) y profundo (menos de 20). Según dicha clasificación, el 60% de los casos de síndrome de Down constituyen retrasados mentales leves, moderados o graves, habiendo una proporción menor de retrasados mentales profundos. La talla del mongólico es pequeña. En cuanto a su identificación en los primeros meses de vida, la misma madre advierte, por comparación si ha tenido otros hijos normales, que su hijito no es como los demás. Es un poco apático, manifiesta poco su alegría, su hambre o su cólera. Su sonrisa se parece mas bien a una mueca, y no hace ningún esfuerzo por agarrar algún objeto que pueda llamarle la atención. Andando el tiempo, aparece un retraso para sentarse, caminar o hablar. El retraso en esta última función muchas veces esconde el retraso mental.

Suele decirse que los mongólicos son dóciles y afectuosos, pero ello no es tan así. Numerosos casos manifiestan trastornos del comportamiento como inestabilidad, agresividad, oposición, negativismo, etc.,

lo cual es una dificultad suplementaria para su educación. Su pronóstico de vida es malo: la mortalidad es seis veces más elevada que en otros retrasados, sobretudo por la presencia de malformaciones cardíacas, también típicas en este síndrome.

¿Cómo encarar el problema del síndrome de Down como un problema interdisciplinario? Considero que la respuesta es la siguiente: un paciente mongólico debe ser abordado, tanto para comprender su patología como para efectuar algún tipo de prevención, tratamiento o rehabilitación, por un equipo de profesionales de diferentes disciplinas: un médico genetista, un psicopedagogo, un psicólogo clínico, un psicólogo institucional, un sociólogo y un asistente social. Antes de detallar más esta respuesta, quisiera destacar que la expresión 'rehabilitación' es inadecuada, porque un discapacitado como el mongólico, que arrastra su problema ya desde el nacimiento, nunca estuvo 'habilitado': nació enfermo. Abría entonces que decir 'habilitación'.

El médico genetista no sólo se encarga de realizar el diagnóstico en base al análisis del mapa cromosómico del paciente y de sus características externas visibles (lo que se llama genotipo y fenotipo, respectivamente), sino que también, de la llamada prevención primaria del síndrome de Down, vale decir, evitar la aparición de casos de mongolismo. Pienso que esta prevención primaria podría realizarse en dos niveles: a) modificando el gen o grupo de genes de los cromosomas causantes del síndrome, opción que aún hoy está lejos de aplicarse porque la ingeniería genética no está lo suficientemente avanzada; b) realizando una campaña que desaconseje el embarazo en mujeres de mayor edad, ya que estadísticamente está comprobado que la probabilidad de tener un hijo con este síndrome aumenta proporcionalmente con la edad de la madre.

Otros especialistas médicos tendrán a su cargo la posibilidad de operar malformaciones cardíacas en niños con Down, alargando sus expectativas de vida y permitiendo mayor posibilidad de desarrollo de sus capacidades.

Un psicólogo clínico puede operar explorando las posibilidades de desarrollo mental del Down, especialmente en aquellos a quienes el mismo psicólogo, tras tomarle una prueba de inteligencia, comprobó un CI superior a 20 o 30. Las posibilidades de desarrollo mental se refieren por ejemplo a sus capacidades potenciales para leer y escribir, comunicarse, adquirir hábitos de higiene, pintar, desarrollar actividades imaginativas, realizar tareas sencillas, tener motivaciones por aprender y por tanto ampliar el espectro de sus actividades posibles, curiosidad, desarrollar su afectividad, etc. Es típico del mongólico su inmadurez afectiva, reflejada por ejemplo en una exagerada dependencia parental, y por tanto podría explorarse su posibilidad de mayor independencia con respecto a ellos, y su posibilidad de solucionar sus conflictos intrapsíquicos.

En el síndrome de Down encontramos dificultades de aprendizaje, y desde este punto de vista aparece la tarea del psicopedagogo estimulando sus posibilidades. Un Down con CI entre 50 y 70 pertenece, según el DSM-III-R, a la categoría de 'educable', y por tanto puede desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante el periodo preescolar, y tienen un deterioro mínimo de las áreas sensorio-motrices. Un Down con el CI entre 30 y 50, en cambio, pertenece según el mismo manual diagnóstico, a la categoría 'entrenable': pueden aprender habilidades sociales y laborales, aunque no puedan progresar más allá de segundo grado. Pueden aprender a viajar solos por lugares familiares, mantener conversaciones y aprender habilidades de comunicación en el periodo preescolar. Necesitan, no obstante, una supervisión permanente, aunque moderada.

Los aportes de los psicólogos institucionales (inserción del mongólico en una institución: familia, escuela, colectividad), y de los sociólogos y asistentes sociales, resultan fundamentales para la habilitación del mongólico en el seno social, que tradicionalmente los rechaza, directa o solapadamente. Uno de los objetivos de la educación, indican las Lic. Capacce y Lego, es favorecer el desarrollo de una sana estructura de la personalidad, lo cual no puede llevarse a cabo plenamente en el marco de una sucesión de experiencias de marginación, ya que la autoconfiguración de su personalidad y su existencia se desarrollan y realizan en estrecha interacción con el entorno continente donde adquirirá experiencias familiares, educativas, sociales, laborales y culturales. La integración del retrasado mental favorece el proceso de socialización, permite la adquisición de conductas espontáneas y activas mediante la actuación de roles, y sobretudo estimula la elaboración de una autoimagen positiva llevando así a una mejor estructuración yoica. Ello desemboca a su vez en mejores posibilidades de adaptación.

Refiere la Lic. Greco que la integración de niños con discapacidad mental leve y moderada en escuelas comunes ha comenzado a implementarse con mayor frecuencia y naturalidad. Escuelas públicas y privadas aceptan este desafío que implica una nueva forma de intercambio y convivencia, que beneficia tanto a los niños retrasados como a los normales. Esta situación ha sido posible, en parte porque se ha disipado en general en tabú del 'retrasado mental' como depositario de fantasías siniestras o extrañas a lo humano, como un ser que debe ser ocultado y segregado.

El hecho de que el niño con síndrome de Down cuente con un espacio abierto en la escuela común no implica que no necesite otros espacios de tipo terapéutico que le permitan elaborar a él mismo sus dificultades. Por ello se hace necesario a veces también un tratamiento psicológico para él y sus padres, y un tratamiento psicopedagógico. En estos casos se hace patente la colaboración interdisciplinaria, donde varios profesionales de distinta competencia colaboran en un proyecto y una tarea en común.

Un ejemplo de este último espacio es el Instituto de Nivelación Pedagógica, donde se educan niños con diversos tipos de discapacidad, agrupándolos de acuerdo a su gravedad. Con los niños trabajan interdisciplinariamente psicólogos, psicopedagogos, musicoterapeutas, médicos, maestros, etc. Se trata de un instituto de Educación Especial al cual asistí durante la Pasantía. La única objeción que se me ocurre es que tal vez muchos de esos niños podrían concurrir a escuelas comunes, haciendo un tratamiento especial paralelo, lo cual facilitaría mucho su inserción en el medio social.

Uno de los casos presentados durante la Pasantía es Juanchi, un joven de 22 años que padece el síndrome de Down. Había ingresado a la Institución a los 4 años, y, si bien nunca fue a una escuela común, está hoy aceptablemente integrado a su medio, en parte también debido a que su retraso no es tan importante. Juanchi recibió ofrecimientos de trabajo, como por ejemplo en Mc Donald's, pero no lo aceptó. Si no trabaja es porque su situación económica familiar se lo permite.

Juanchi mantiene aún contacto con la institución, y actualmente hay un proyecto de un médico de la misma de escribir un libro donde está planeada la inclusión de un capítulo escrito por Juanchi, además de otros escritos por padres y otros profesionales. Otro proyecto incluye la posibilidad de que Juanchi de clases de computación a otros niños de la institución. Muchos otros chicos están trabajando en una fábrica de pastas. Esto es muy importante, porque los niños y adolescentes con Down pueden trabajar con otras personas normales, lo que considero una auténtica integración. De otro modo, sólo lograríamos una integración precaria, que sería integración a la escuela especial. De allí que pienso en la posibilidad de que los discapacitados mentales puedan trabajar 'con' niños normales en huertas, actividades prácticas, deportes, etc.

Refiere al respecto López Melero, que los objetivos tradicionales de la Educación Especial iban destinados a una preparación con vistas a un comportamiento social controlado, con lo cual la educación especial se convertía así en un importante medio de selección de niños o niñas con un futuro distinto, caracterizado por una menor autonomía para guiar su propia vida y, por consiguiente, se tenía conciencia de que dependerían siempre de los adultos. Este determinismo sociológico se fundamentaba en que no se debía gastar mucho dinero en mejorar modelos educativos porque no iban a servir para nada. Se presuponía que no se produciría ningún cambio cognitivo, ni afectivo, ni social. Además, si los niños no avanzaban en su desarrollo era porque ellos eran los únicos responsables de ello, y no el sistema social, con lo cual las culpas se proyectaban sobre esos seres, incapaces de ejercer una defensa eficaz.

Esta afirmación del Prof. López Melero, con la cual estoy de acuerdo, equivale a decir que la Educación Especial se había convertido en una especie de profecía autocumplidora: en la medida en que no se esperara ningún resultado positivo de integración al medio, esta integración no se iba a dar, precisamente porque no se la buscaba.

Creo que no se trata de considerar al niño con síndrome de Down como un ser normal, porque esto sería irse al otro extremo. Es un niño que, simplemente, necesita 'otro' tipo de ayuda (porque los niños considerados normales necesitan ayuda (y para eso requieren del medio familiar y escolar para socializarse y desarrollar sus capacidades)).

La integración de niños con síndrome de Down tiene, según entiendo yo, varios niveles. En primer lugar está la integración familiar, ya que puede ocurrir que algún padre o algún hermano lo considere como un objeto, un ser minusválido por el cual sólo debe sentirse compasión, el niño enfermo entonces sienta que no puede compartir actividades con ellos, aislándose cada vez más.

Un segundo nivel de integración se realizaría, a partir de los 3 años, con niños normales de su misma edad, concurriendo a escuelas comunes, salvo que el retraso mental sea profundo (idiocia). En este último caso, el niño necesitará de un entorno altamente estructurado, con ayuda y supervisión constante y una relación personalizada con su cuidadora. El desarrollo motor, la autonomía y las habilidades de comunicación pueden, no obstante, desarrollarse con entrenamiento adecuado. Actualmente la mayoría de estos niños viven o bien con sus familias, o viven en comunidades e instituciones donde el entorno es, como dije, muy estructurado.

Un tercer nivel de integración incluye la posibilidad del niño de integrarse no ya solamente a la escuela, sino al medio social en general, como por ejemplo trabajando, como el caso de los niños que están en una fábrica de pastas, en el barrio de Villa Pueyrredón. En cualquiera de estos niveles de integración, integración no significa simplemente estar junto a personas normales, sino además establecer interacciones con estas, con beneficio mutuo, relaciones que pueden ser laborales, afectivas, etc.

El orden de estos niveles de integración resulta importante. Como indica la Lic. Pantano (1987), la persona que ha participado de un proceso de rehabilitación y cumplido con su objetivo, el de desarrollar al máximo posible sus capacidades, desde el punto de vista sociológico se ha puesto en condiciones de participar más 'integralmente' en la vida de la comunidad. Estas posibilidades de participación están definidas culturalmente y a veces su concreción no depende tanto de lo que el individuo está en condiciones de ofrecer, sino de las alternativas que la comunidad plantea para que aquellas puedan ser canalizadas.

Bibliografía

Ey H, Bernard P, y Brisset Ch (1978) Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Toray-Masson, Octava Edición.

American Psychiatric Association, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, Ed. Masson, 1992.

Capacce N, y Lego N, Integración del discapacitado. Una propuesta socio-educativa. Buenos Aires: Editorial Humanitas.

Greco Beatriz, El niño discapacitado mental en la escuela común. Limen, Revista de Actualización Docente de Editorial Kapelusz, agosto de 1994.

López Melero M, Diversidad y Cultura: calidad de vida para todos", Universidad de Málaga, Curso de Integración Escolar y Social de personas con necesidades educativas específicas.

Pantano Liliana (1987) La discapacidad como problema social. Buenos Aires: Eudeba.

Síndrome de Down e integración social.- Madrid, España (EP).- Más del 70 por ciento de las personas con Síndrome de Down se integran socialmente, según los datos destacados en la presentación de la Campaña "Yo también puedo hacerlo", organizada por las Instituciones de Síndrome de Down en colaboración con Seguros Génesis, para promover el conocimiento de las posibilidades de las personas con síndrome de Down y presentar su realidad ante el resto de la sociedad. En España, hay aproximadamente 30.000 personas con Síndrome de Down, un problema que afecta a 1 de cada 800 niños nacidos.

"Se ha confirmado que con una atención temprana adecuada, una constante acción preventiva, y una buena formación humana, se consigue minimizar los problemas físicos y desarrollar capacidades intelectuales en áreas muy diversas, abriendo un camino a la posibilidad de integración", añaden los responsables de la campaña. Asimismo, señalan que el 80 por ciento de este colectivo sufre un retraso mental leve o moderado y que con una formación adecuada pueden trabajar, leer y escribir en el rango de la llamada 'normalidad'.

Para poner esto de manifiesto, la campaña cuenta con una guía estructurada de 8 temas: "Yo también puedo leer y escribir"; "Yo también puedo pintar y dibujar"; "Yo también puedo ayudar en casa"; "Yo también puedo viajar"; "Yo también puedo divertirme"; "Yo también puedo practicar una vida sana"; "Yo también puedo trabajar"; y "Yo también puedo ser yo mismo".

Un alto porcentaje de personas con síndrome de Down se integran socialmente. Copyright 2000 Psicología.com

Trastorno bipolar en el Síndrome de Down.- Introducción: El Síndrome de Down, sigue alcanzando en algunas regiones de nuestro país prevalencias de casi 3/1000, ante esta incidencia, resulta importante determinar las características que las enfermedades psiquiátricas presentan en estos pacientes.

Objetivos: Mediante la presentación de un caso clínico reciente, se pretende revisar las características de los trastornos del estado de ánimo en el paciente con Síndrome de Down.

Material y método: Análisis de un caso clínico en los siguientes términos: Antecedentes personales y familiares, proceso actual, diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento.

Resultados: Mujer de 28 años, mayor de 2 hermanas, diagnosticada de Síndrome de Down con antecedentes psiquiátricos de un episodio depresivo en 2007 de 2 meses de duración que en el momento actual presenta clínica compatible con episodio mixto con marcada inquietud psicomotriz, verborrea hiperfagia y episodios heteroagresivos en su centro educativo. Tras 3 semanas en tratamiento con ácido valproico y quetiapina se logra remisión sintomática completa.

Conclusiones: Los episodios depresivos, resultan más prevalentes entre pacientes Down que en población general. Lo mismo sucede con la patología tiroidea. No obstante, en el trastorno bipolar cuyo diagnóstico resulta muy infrecuente en estos pacientes. La predominancia de ciclos rápidos, las dificultades para expresar emociones, el marcado nivel de ansiedad, las dificultades de control y alteraciones conductuales son las diferencias fundamentales que perfilan una sintomatología que emula el trastorno bipolar de la infancia.

Enrique Pérez Ruiz; María Jesús García Cantalapiedra; Laura García García. Trastorno bipolar en el Síndrome de Down. A propósito de un caso. INTERPSIQUIS. -1; (2010)

SÍNDROME DE FRÉGOLI

Generalidades.- En los últimos años se han incrementado considerablemente las aportaciones de casos del síndrome de Capgras en la literatura científica. Han aparecido nuevas variantes relacionadas como el síndrome de dobles subjetivos y el síndrome de dobles inanimados que se han englobado bajo la denominación de "síndrome de falsa identificación delirante". Durante los últimos 80 años los síndromes de falsa identificación delirante (SFID) sobre todo los Fregoli y síndromes de Capgras ha propuesto desafíos a los profesionales de salud mental debido a una incertidumbre en la comprensión de los síndromes y una falta de tratamiento eficaz. Un problema que permanece irresuelto es si el SFID es una entidad única o es un síntoma que debe ser incluido de otros diagnósticos. Durante las últimas dos décadas, los estudios neuropsicológicos y de neuroimagen han apuntado a la presencia de lesiones del cerebro, sobre todo en las áreas frontoparietales derechas y en las regiones adyacentes en una proporción considerable de pacientes con SFID. El déficit en la memoria activa debido a la función anormal del cerebro, se considera que juegan un papel causal en el SFID. En este artículo, se presenta el caso de un Síndrome de Frégoli que difiere de la descripción original. Se revisa la literatura médica y se discuten el uso de quetiapina en estos síndromes.

Teraiza Mesa Rodríguez, Síndrome de Frégoli: A propósito de un caso. PSIQUIATRIA.COM. 2008; 12(1).

SÍNDROME DE KORO

Generalidades sobre síndrome de Koro secundario.- Resumen: El síndrome de Koro se caracteriza por pánico agudo o una reacción de ansiedad a la retracción del pene en el hombre, o de la vulva y pezones en el caso de la mujer, y la sensación del sujeto de su posible muerte posterior. Es un síndrome que se presenta primariamente en el sudeste asiático y China, por tanto influenciado culturalmente. Posteriormente se han notificado pacientes en Oriente Medio, Europa, América y África. Se han descrito casos con una aparición epidémica, asociados a fenómenos disociativos, donde la clínica que predomina es el pánico (en Asia) y casos individuales. Fuera de sus localizaciones endémicas suele asociarse a otras patologías psiquiátricas, como pueden ser trastornos de ansiedad, depresión, abuso de tóxicos o esquizofrenia, se trataría de casos de Koro secundario. **OBJETIVOS.** Descripción del síndrome de Koro secundario a partir de un caso clínico. Revisión bibliográfica sobre síndrome de Koro y esquizofrenia. **CONCLUSIONES.** En este caso el paciente presentaba una esquizofrenia paranoide y la sintomatología típica del síndrome de Koro aparece a lo largo del curso de la enfermedad y no desde un primer momento, a raíz de unas molestias urinarias. A pesar del tratamiento farmacológico y psicológico empleado, sigue presentando síntomas como ansiedad y comprobaciones constantes del tamaño del pene. Existen pocos casos descritos en la literatura sobre este tipo de patologías por lo que no existen protocolos a la hora del tratamiento, la utilización de psicofármacos y tratamiento psicológico puede ser una combinación útil en este tipo de pacientes.

José M. Rico Gomis; Belén Piñol Ferrer; Julia López-Higes Alamín; Gema Reinante Mariscal; María P. Carricajo Lobato; Cristina García Núñez; Francisco M, Fenollar Iváñez; Ana B. Martí Martínez, Síndrome de Koro secundario. INTERPSIQUIS. -1; (2008).

SÍNDROME DE KORSAKOFF

Definición.- "Fuerte deterioro de las funciones de la memoria anterógrada y de la memoria retrógrada, apatía, pero con preservación de las capacidades sensoriales y otras capacidades intelectuales. Asociado comúnmente con la encefalopatía de Wernicke".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 487.

SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN

Determinantes estructurales.-En este trabajo nuestra pretensión ha sido estudiar un trastorno que se supone más frecuente de lo que aparece en las estadísticas al uso; nos referimos al "síndrome de Münchausen", denominado en las modernas clasificaciones como "trastorno facticio", según terminología aconsejada por Spiro.

La aproximación efectuada tiene que ver con un "análisis estructural", con el que se ha pretendido filiar el citado trastorno en el marco de una de las tres "estructuras clínicas" descritas clásicamente. Para este menester hemos utilizado a una paciente, con ingresos repetidos en la Unidad de Agudos de nuestro hospital, como caso representativo de otros analizados.

Debido a las características que presentan estos sujetos (entendidas aquí como "invariantes estructurales"), que se refieren a: transgresión, sometimiento del otro, vivir al servicio de la pulsión, mentir a costa de dañar a los demás, desafío, etc., hemos obtenido como resultado su inclusión en la "estructura perversa". Entendemos que este discernimiento (estructural) es muy importante para el psiquiatra, pues supone dejar de filiar los comportamientos estudiados como pertenecientes a la histeria o de indicar que los realizan de modo "inconsciente", al tiempo que induce a la adopción de una postura determinada ante el paciente.

García Arroyo J y Camacho Laraña M, Determinantes estructurales en el síndrome de Münchausen. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2006; 22(7).

SÍNDROME DE RETT

Historia.- El Síndrome de Rett es un trastorno de tipo neurológico que hasta la fecha solamente ha aparecido en niñas. Fue descubierto por primera vez en 1966 por el doctor Andreas Rett de Viena, Austria, y dado a conocer en una publicación médica alemana. A causa de la relativamente pequeña circulación de este artículo, la mayoría de los médicos no pudieron tener conocimiento de esta enfermedad.

A finales de 1983 el Dr Bengt Hagberg, de Suecia, junto con otros colegas de Francia y Portugal publicaron en inglés, en una revista de gran difusión, una revisión del síndrome de Rett que comprendía 35 casos. Al año siguiente, en una conferencia que tuvo lugar en Viena, se aportaron documentos clínicos y nuevos datos bioquímicos, fisiológicos y genéticos.

En enero de 1985 el Dr Rett visitó el Instituto John Kennedy para niños minusválidos en Baltimore, Maryland, donde el Dr. Hugo Moser organizó la primera reunión mantenida en los Estados Unidos.

La Asociación Internacional del Síndrome de Rett consiguió que el Dr Rett examinara a 42 niñas que habían sido diagnosticadas como casos potenciales de Síndrome de Rett. Esta reunión llevó un aumento del conocimiento del síndrome y sus formas de manifestarse en Estados Unidos. La mayor familiaridad con el síndrome ha dado lugar a un mejor diagnóstico.

Mientras que el doctor Rett fue el primero en descubrir el síndrome, la enfermedad fue detectada independientemente en otras partes del mundo. El interés por el síndrome y su conocimiento están creciendo a gran velocidad. La bibliografía médica contiene ahora informes de casos de muchos grupos étnicos por todo el mundo. Los estudios realizados hasta la fecha han encontrado que la frecuencia del síndrome de Rett es de 1:12.000 a 1:15000 nacimientos de niñas vivas.

Condensado de The Rett Syndrome Diagnostic Criteria Work Group, Annals of Neurology, 1988; Nro. 23, págs. 425-8.

Diagnóstico.- Hasta el presente no existen marcadores biológicos para el síndrome de Rett. Así, el diagnóstico depende de la información sobre las primeras etapas del crecimiento de la niña y del desarrollo y evaluación continua de la historia médica y del estado físico y neurológico de la niña.

No se disponen aún de pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico clínico. El desarrollo es normal hasta unos seis a dieciocho meses de edad.

La niña con síndrome de Rett se sienta y come con las manos a la edad normal, y, en cuanto al lenguaje, algunas niñas empiezan a utilizar palabras y combinaciones de palabras sencillas.

Muchas niñas empiezan a andar solas dentro de la etapa normal de edad, mientras que otras muestran un claro retraso o incapacidad para andar a solas.

Sigue un periodo de estancamiento o regresión, durante el cual la niña pierde el uso de las capacidades manuales sustituyéndolo por movimientos repetitivos de las manos que llegan a ser constantes (estereotipias).

El desarrollo intelectual se deteriora severamente y muchas niñas son erróneamente diagnosticadas como autistas o paráliticas cerebrales.

El comportamiento autista disminuye con la edad, para hacerse una niña afectuosa con mirada y rostro expresivos.

Material de Abbott Científica S.A.

Condensado de The Rett Syndrome Diagnostic Criteria Work Group, Annals of Neurology, 1988; Nro. 23, págs. 425-8.

Criterios diagnósticos.- Podrían enumerarse los criterios diagnósticos necesarios para identificar adecuadamente el síndrome de Rett, en los siguientes puntos:

- a) Periodo pre y perinatal aparentemente normal.
 - b) Desarrollo psicomotor aparentemente normal hasta los seis meses (a veces hasta los 12-18 meses).
 - c) Perímetro craneal normal al momento de nacer.
 - d) Retardo del crecimiento cefálico entre los 6 meses y los 4 años.
 - e) Pérdida de la utilización voluntaria de las manos entre los 6 y los 30 meses, junto con un deterioro de la capacidad de comunicación y comportamiento social.
 - f) Ausencia del desarrollo del lenguaje, o desarrollo de un lenguaje muy rudimentario asociado a un retraso psicomotor severo.
 - g) Estereotipias manuales de torsión/presión, golpeteo/palmeteo, frotamiento/lavado de manos, con pérdida de las actividades manuales voluntarias.
 - h) Aparición de una apraxia (alteración) de la marcha y una apraxia/ataxia del tronco, entre 1 y 4 años.
- La discapacidad más severa del síndrome es la apraxia: la niña desea moverse bien pero no puede hacerlo. La mayoría de ellas necesitan asistencia diaria para vestirse, lavarse, etc. El 25% de las niñas puede que nunca puedan caminar, mientras que la mitad de aquellas que caminan pueden perder esta posibilidad en algún momento.
- i) Diagnóstico de certeza realizado a partir de los 2 a 5 años, y únicamente descrito, hasta la actualidad, en niñas.

Criterios suplementarios o de apoyo

- a) Alteraciones respiratorias, que incluyen la falta de respiración o apnea durante el sueño, hiperventilación intermitente, la expulsión brusca de aire o saliva y la deglución de aire que puede producir hinchazón abdominal.
- b) Anomalías electroencefalográficas, que incluyen "ralentización" del comportamiento eléctrico normal, la aparición de comportamientos epileptiformes y una reducción de la fase REM del sueño. El 80% tienen síntomas de epilepsia, que pueden ser ligeros o severos.
- c) Espasticidad (rigidez muscular), frecuentemente asociada a una atrofia muscular y a una distonía.
- d) Alteraciones vasomotoras a nivel de extremidades (pies fríos).
- e) Escoliosis (una alteración en la columna vertebral). La cirugía está recomendada para los casos donde la curvatura supera los 45 grados.
- f) Retraso en el crecimiento. Muchas niñas están irritables, tal vez relacionado con la frustración de su inhabilidad para comunicar sus necesidades y deseos. Suelen presentar ojos inusualmente brillantes, pareciendo que entienden más de lo que pueden expresar.
- g) Pies hipotróficos (pequeños).

h) Mantenimiento postural mediocre, normalmente asociado con movimientos involuntarios del tronco.
i) Todas las niñas no presentan estos síntomas. Para la confirmación del diagnóstico clínico debe consultarse a un neurólogo infantil o a un pediatra.

Criterios de exclusión.- Si la niña padece alguno de los siguientes trastornos, es posible descartar la presencia del síndrome de Rett:

- a) Retraso del crecimiento intra-uterino.
- b) Visceromegalias (vísceras demasiado grandes) o signos clínicos de alguna enfermedad de depósito.
- c) Retinopatía o atrofia óptica.
- d) Microcefalia congénita.
- e) Sospecha de lesiones cerebrales adquiridas en el periodo perinatal.
- f) Existencia de una enfermedad metabólica conocida, o de una enfermedad neurológica progresiva.
- g) Enfermedad neurológica adquirida a raíz de una infección grave o un traumatismo craneoencefálico severo.

Otras consideraciones para el diagnóstico diferencial son las siguientes, según refiere el DSM-IV:

Durante el desarrollo normal pueden observarse periodos de involución, pero no son ni tan severos ni tan prolongados como en el síndrome de Rett. Además, éste se distingue de otros desórdenes parecidos como el síndrome de disgregación infantil o el síndrome de Asperger, porque estos últimos se dan comúnmente en varones. Por lo demás, el síndrome de Rett puede aparecer desde los 5 meses, mientras que la disgregación infantil aparece por lo menos desde los 2 años. Asimismo, en contraste con el síndrome de Asperger, el Rett se caracteriza por una severa pérdida del desarrollo de la expresión y recepción del lenguaje, lo que no sucede en el primero.

Los diagnósticos equivocados más comunes son el autismo y el síndrome cerebral Palsy. Se calcula que hay aún entre 8000 y 10000 niñas que están sin diagnosticar.

Condensado de The Rett Syndrome Diagnostic Criteria Work Group, Annals of Neurology, 1988; Nro. 23, págs. 425-8. American Psychiatric Association, DSM-IV.

Evolución clínica.- Se puede describir el síndrome de Rett a partir de cuatro etapas, cuyas respectivas características son las siguientes:

Primera Etapa) Tiene un inicio que se da entre los 6 y los 18 meses. Suele tener una duración medible en términos de meses. Como características, tenemos un enlentecimiento del desarrollo psicomotor y del crecimiento cefálico, así como una disminución del interés por el juego.

Segunda Etapa) El inicio se da entre 1 y 3 años de edad, y su duración puede medirse desde algunas semanas a meses. Las siguientes son sus características más sobresalientes: a) hay una etapa de regresión rápida, deterioro del comportamiento, pérdida de la utilización voluntaria de las manos, aparición de estereotipias. b) Crisis convulsivas. c) Manifestaciones autistas y pérdida del lenguaje. d) Comportamiento automutilante, insomnio y motilidad torpe.

Tercera Etapa) Se inicia entre los 2 y los 10 años. Su duración se mide en términos de meses a años. Características sobresalientes: a) Etapa de estabilización aparente. b) Retraso mental severo. c) Regresión de los rasgos autistas, con una mejoría del contacto. d) Crisis convulsivas. e) Estereotipias manuales características: la niña mueve las manos como si estuviera lavándose las. f) Espasticidad, apraxia, ataxia. g) Disfunciones respiratorias.

Cuarta etapa) Se inicia después de los 10 años, y puede durar años o décadas. Como características, sobresalen las siguientes: a) deterioro motor tardío. b) Pérdida de la capacidad motora. c) Escoliosis, atrofia muscular, rigidez. d) Síndrome piramidal y extrapiramidal marcados. e) Retardo en el crecimiento con ausencia de lenguaje. f) Mejora del contacto visual. g) Crisis convulsivas menos severas. h) Alteraciones tróficas.

Condensado de The Rett Syndrome Diagnostic Criteria Work Group, Annals of Neurology, 1988; Nro. 23, págs. 425-8.

Tratamiento.- Hasta hoy en día no existen fármacos que hayan conseguido con éxito mejorar los síntomas del síndrome de Rett, excepto la medicación para el control de las convulsiones.

Se recomienda una fisioterapia lo más precoz e intensa posible para prevenir: escoliosis, rigidez, pie equino, etc., y favorecer la motilidad.

La terapia musical ha sido utilizada en Europa desde 1972 con éxito y es considerada como el medio para comunicarse. La musicoterapia funciona de esta manera como una técnica vincular no verbal. 'Vincular', porque adquiere la posibilidad de establecer vínculos con los otros, y 'no verbal' porque carecen de lenguaje articulado, lo cual no significa que estén imposibilitadas para comunicarse. Según el DSM-IV, muchas niñas con el síndrome gustan de la música, que tiene efectos calmantes sobre ellas y es utilizada como herramienta de comunicación.

Se cree que es beneficioso el reducir las estereotipias manuales y aumentar la atención de la niña y la búsqueda del contacto visual. Es importante favorecer la marcha y todo movimiento voluntario, así como insistir sobre la importancia de ejercicios de reeducación funcional, que permiten limitar las deformaciones y mantener al máximo posible la independencia, facilitando potenciar todas sus posibilidades, tendiendo a conseguir el óptimo de 'calidad de vida'. También debe prestarse atención a la higiene bucal.

Para obtener los mejores resultados es necesaria la regularidad, de manera que el tratamiento forme parte de la vida normal de la niña, teniendo en cuenta que resulta tan importantes la firmeza como el cariño hacia ella.

Varios artilugios tales como tirantes, cabestrillos, etc., se utilizan a veces para tratar los 'pies de bailarina', la escoliosis y las manos juntas. Tales dispositivos deben ser recomendados por el fisioterapeuta de la niña, de acuerdo con su médico.

Es también de gran importancia la Hidroterapia y el masaje con chorro subacuático, así como el juego y la terapia ocupacional.

Un concepto importante particularmente aplicable a este síndrome es el rol de 'terapeuta o terapeuta de convivencia', que es la persona capacitada para vivir con la niña gran parte del día haciéndole cumplir una cierta rutina de ejercicios, juegos, comidas, etc. Ambos conviven desde la mañana temprano, hasta que termina la jornada, momento en el cual la niña retoma en contacto con sus padres. Este plan se cumple en una institución especializada, IRSA, cuyo lema es "enfermedad hoy, curación mañana".

Transcribimos a continuación una síntesis de la rutina diaria que se lleva a cabo con la niña con este Síndrome:

- 9:15 Desayuno. Ejercicios de esquema corporal con la cabeza (ojos, nariz, boca, orejas, pelo), con el cuerpo (tronco, brazos, manos, dedos, piernas, pies, hombros, rodillas). Control de esfínteres en caso necesario.
- 10:15 Relajación y trabajo en colchoneta.
- 11:00 a 11:15 Trabajo de actitudes con relación al eje corporal.
- 12:00 Almuerzo e higiene.
- 13:30 Ejercicios de relajación.
- 14:00 o 14:30 Ejercicios en el espacio (arriba, abajo, adelante, atrás, costado) y como tarea ocasional: cerca, lejos, junto, separado.
- 15:00 Baños y merienda.

En esta rutina diaria se intercalan a veces también otras actividades que la niña debe realizar, como por ejemplo las siguientes:

a) Discriminación de formas, colores, posiciones y tamaños.

b) Ejercicios verbales de atención. Por ejemplo discriminación de sonidos, memoria auditiva, ejercicios de coordinación viso-motriz, ejercicios de percepción táctil, ejercicios de percepción a través del gusto, imitación de actitudes frente al espejo, ejercicios de expresividad facial, ejercicios de desplazamiento corporal, ejercicios con órdenes simples y complejas, tareas de movimientos que corresponden al vestir, ejercicios de lanzamiento de pelota, etc.

c) Expresión oral de todas las actividades de la niña.

Condensado de The Rett Syndrome Diagnostic Criteria Work Group, Annals of Neurology, 1988; Nro. 23, págs. 425-8.

Etiología.- No se conoce la causa del síndrome. Puesto que esta enfermedad ha afectado solamente a mujeres, se supone que el cromosoma X puede jugar algún papel en la patología, aunque se estudia también la posibilidad que afecte a niños. La prevención primaria y el adecuado tratamiento solamente podrán realizarse cuando se haya realmente identificado el o los factores causales de la enfermedad.

Material de Abbott Científica S.A.

Condensado de The Rett Syndrome Diagnostic Criteria Work Group, Annals of Neurology, 1988; Nro. 23, págs. 425-8.

Abordaje multidisciplinario.- Nos parece el síndrome de Rett una patología que ejemplifica con claridad la necesidad de un abordaje multidisciplinario, ya que tiene implicancias somáticas, psicológicas, psicopedagógicas, kinesiológicas, sociales, etc. En el IRSA hay equipos formados por profesionales de diferentes especialidades, que se ocupan de estos diferentes aspectos de la enfermedad. En dicha institución, se persiguen básicamente tres fines: a) en primer lugar la atención médico-asistencial, b) en segundo lugar la atención educativa, fomentando la investigación sobre el modo de educar a estas niñas y la promoción de aulas especializadas, y c) en tercer lugar la prestación socio-económica, es decir, brindando una cobertura económica suficiente a las necesidades específicas que plantea la enfermedad.

Dentro de la atención médico-asistencial, además de la atención específica de las pacientes, se busca también promover la investigación y la formación de especialistas para atender centros asistenciales. Promover el estudio y la profundización de las necesidades específicas y esenciales de las niñas a fin de mejorar su calidad de vida y responder lo más pronto posible a sus necesidades. También, promover la investigación con estudios genéticos, bioquímicos, terapéuticos, ortopédicos, epidemiológicos, etc, y mantener una relación fluida con otras Asociaciones, tanto nacionales como extranjeras a los efectos de intercambiar información, así como la difusión de soluciones terapéuticas eficaces.

El psicólogo, por ejemplo, trabaja con una planilla estándar donde va anotando los diferentes resultados observados durante el tratamiento.

Más concretamente, es una planilla donde se realiza la descripción de la conducta de la niña antes, durante y después de ocurrida. Abarca los siguientes tópicos: cogniciones, relaciones espaciales, comunicación no verbal, comunicación verbal y con sonidos, interacción social, hábitos adaptativos y psico-funcionales.

Caso clínico.- *"Me llamo Carmen y tengo ocho años. Mis padres escriben esto por mí, porque yo no sé escribir. Y no sé si sabré algún día. Yo no puedo llamarnos, porque no puedo hablar. Y no sé si podré algún día. Yo no puedo ir con vosotros porque no camino bien. Y no sé si lo haré algún día. Pero yo tengo cerebro y memoria, y os prometo pensar en vosotros y sonreiros si me prometéis encontrar una solución a mi enfermedad.*

En el Instituto de Nivelación Psicopedagógica hemos observado el caso de una niña con Síndrome de Rett. La psicóloga nos había suministrado previamente información sobre esta patología, y luego nos presentó a la niña, muy delgada y con evidentes problemas de rigidez en las piernas que dificultaban sus movimientos y desplazamientos. Estaba pulcramente vestida y perfumada.

M.S. tiene 8 años, y había entrado al Instituto hace cinco derivada por la Obra Social con un diagnóstico de autismo, posteriormente rectificado por el Dr. Fejerman como Síndrome de Rett. Su grupo familiar se compone de padre, madre, una hermana más grande (11 años) y un hermano pequeño (2 años), y viven todos en un departamento en Capital Federal (Argentina).

Se encuentra asistida siempre por Cony (psicóloga) y Alejandro (musicoterapeuta). En todo momento está siempre muy aseada, pulcramente vestida y perfumada, lo cual es un punto en el cual se insiste mucho en la Institución donde está M.S., lo mismo que la gran capacidad que advertí en la misma en cuanto a la contención de los padres de la niña, tanto más importante en razón de la gravedad de su patología.

Mientras la observábamos, Alejandro y Cony hacían burbujas en el agua porque a ella le gustan mucho, y ella los sigue con la mirada. Me pareció que su vista estaba extraviada, y, si fijaba la vista en algún sitio sentía el ruido de sus dientes. Tal vez sugestionada, sentí un poco de temor, que se disipó cuando pensé que, en caso de un posible peligro, me hubieran avisado.

La niña tomó asiento en una sillita frente a una pequeña mesa, donde se le ofreció un plato de galletitas. Cuando las vio le produjo mucha alegría, que transmitía con movimientos manuales de frotación (como si lavara). Su mirada expresiva y sus labios transmitían la idea que se le hacía 'agua la boca'. Le resultó trabajoso poner las manos sobre la mesa y luego tomar las galletitas. La psicóloga la estimulaba a ello y la niña se sintió muy excitada, pese a lo cual pudo cumplir su cometido. En todo momento su comunicación fue a través de la mirada y las manos.

En sus charlas, Alejandro nos recalcó la importancia del ingreso al mundo simbólico por parte de la niña, para lo cual hay que armar un contexto donde pueda desarrollar sus capacidades. El y Cony nos hablaron después de la otra niña, Pilar, de quien aún no se tenía un diagnóstico definitivo, pues no se sabía si padecía el síndrome de Rett o era autista.

Se trata de una niña con tiempos muy lentos y respuestas motoras muy limitadas. A veces estaba un poco tensionada y debía cumplir ejercicios de distensión, guiada por un profesional. La vimos por primera vez cuando ingresó a la habitación, quedándose parada observándonos. Alejandro y Cony la saludaron y con dificultad la acercaron a nosotras para saludarla. No tenía tan tensionada la mandíbula, por lo que no le rechinaban los dientes, aunque sí babeaba bastante.

Al traérsele galletitas se puso contenta y no les quitaba la vista de encima. Por momentos alargaba la mano para alcanzarlas pero luego las volvía al mismo lugar, debajo de la mesa. Hizo otros varios intentos frustrados, y nos miraba de reojo. Finalmente alcanzó una de las galletitas y, con la ayuda de Cony, pudo llevársela a la boca. Aplaudimos su logro mientras la niña nos observaba con una leve sonrisa.

Luego de las observaciones tuvimos una clase sobre el tema a cargo del Dr. Ruggieri, y vimos dos videos de sendas niñas donde pudimos ver el deterioro progresivo que ocasiona la enfermedad, y el gran contraste que hay, en cuanto a su evolución, entre una niña asistida permanentemente y otra abandonada a su suerte, contraste bastante notable, ya que la niña motivada y asistida mostró mucho menor deterioro con el tiempo.

Cazau P (2001) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

El psicólogo frente al síndrome de Rett.- Cabría preguntarse qué importancia puede tener para los psicólogos el síndrome de Rett, y al respecto cabrían dos consideraciones: 1) Dentro de la especialización clínica, un psicólogo puede tener a su cargo tareas de rehabilitación de personas enfermas, procurando despertar en ellas sus capacidades mentales contribuyendo, de esta manera, a mejorar su calidad de vida. 2) Aún cuando el propósito del psicólogo no sea el indicado, su conocimiento se hace indispensable a los efectos de poder realizar diagnósticos diferenciales, especialmente en el caso de una patología relativamente reciente como esta. Así, por ejemplo, puede venir a consulta una niña que tiene problemas de comunicación con los demás, de interacción social, etc., sin otro síntoma llamativo, y diagnosticar equivocadamente un autismo o una psicosis, con el consiguiente perjuicio que acarrea todo diagnóstico equivocado.

Cazau P (2001) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

SÍNDROME DE TURNER

Generalidades.- Oligofrenia por no disyunción en el par 23 (sexual) del tipo 0X.

Etiología.- Unión de un óvulo sin cromosomas sexuales con un espermatozoide con cromosoma X (o sea resulta un 0X). Si ocurre durante la meiosis es un Turner completo, y si ocurre luego de la fecundación se llama Turner incompleto o en mosaico.

Cuadro clínico.- Hasta los 12 años pasa desapercibido. Entonces aparece un fenotipo femenino: hereda las hormonas maternas pero no los caracteres sexuales secundarios. Hay infantilismo: útero infantil, rudimentos de ovarios (no funcionan) y no hay desarrollo mamario. Un 30% cursa con oligofrenia y un 30% con enanismo.

Castelluccio, Clases dictadas en la asignatura "Correlaciones de la clínica médica" en la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano (Buenos Aires), durante 1987/89.

SÍNDROME DEL ESPEJO

Generalidades.- Fuera de los trastornos de reconocimiento del espejo presentes en las demencias precoces, interesarán aquí especialmente los que son debidos a lesiones encefálicas.

La prosopagnosia es un tipo de agnosia donde no se reconocen fisonomías. Algunas veces el enfermo no puede reconocerse frente al espejo o se ve cambiado, fatigado, bizarro. Este trastorno suele estar asociado con desórdenes espaciales y con la memoria topográfica.

En la autotopagnosia se pierde la localización de partes del propio cuerpo, con una desorganización total y rápida. También se ha visto casos donde el enfermo habla con la figura del espejo creyendo que es un familiar.

El autor participó en una serie de experimentos donde se ponía a pacientes delante del espejo y se les hacían varias preguntas sobre quién es el de la imagen, cuantos años le daba, etc. Los resultados permitieron agrupar a los enfermos en tres categorías, correspondientes a otros tantos niveles de desintegración de las conductas frente al espejo.

Primer Grupo: Constituido por los enfermos que no se reconocen frente al espejo. Dentro de este grupo, había algunos que se comportaban como si no se dieran cuenta que había un espejo, y hasta no prestaban atención a las imágenes. Otros pacientes terminaron por identificarse luego de varios intentos, mientras que otros pacientes se reconocieron al segundo intento.

Segundo grupo: Constituido por enfermos que se reconocen en el espejo pero que son incapaces de utilizar el espacio reflejado. Varios tenían problemas afaso-apraxo-agnósicos. En general, se daban menos años que los reales. La utilización perturbada del espacio reflejado se ve en que cuando se les pide que agarren un objeto situado junto a ellos, los pacientes intentan agarrarlo dentro del espejo. También, cuando se les tiende una mano para saludarlos, intentan agarrar la mano en el espejo.

Tercer grupo: Enfermos que se reconocen, que utilizan bien el espacio especular, pero que son incapaces de señalar partes de su cuerpo en el espejo. Por ejemplo, frente a la consigna "señale su nariz en el espejo", estos pacientes se tocan su nariz real, a pesar de guiarles la mano hacia el espejo. Se trata de una dificultad para despegarse de sí mismos.

La conclusión que se obtuvo de estos experimentos fue una alta correlación entre el grado de desintegración de la conducta frente al espejo y el grado de avance de la demencia. Los sujetos con demencias más ligeras estaban en el tercer grupo, y los más demenciados en el primer grupo. También se vio una correlación entre la imposibilidad de reconocer la imagen especular y reconocer su propia imagen en una fotografía. También se encontró alta correlación entre facilidad para reconocerse en el espejo y facilidad para reconocer objetos cualesquiera, y también se vio que estas capacidades dependen de la memoria.

Evolutivamente, el niño primero no presta atención a las imágenes del espejo, luego atiende a las imágenes de las otras personas, y finalmente atiende a su propia imagen, como lo demostraron investigaciones de varios autores, entre ellos Wallon. En los dementes, se ve que la desintegración de conductas superiores hace aparecer conductas más antiguas, como por ejemplo no prestar atención a las imágenes del espejo.

Strejilevich Mario, "Temas de psicogeriatría (II)", "A propósito de algunas conductas que los sujetos aquejados de síndromes demenciales presentan delante del espejo".

SÍNDROME DEL MAULLIDO DE GATO

Definición.- "Esta aberración consiste en la ausencia de una parte del quinto cromosoma. Los niños afectos sufren un retraso grave y muestran muchos estigmas, asociados a menudo a aberraciones cromosómicas, tales como la microcefalia, orejas de implantación baja, aberturas palpebrales oblicuas, hipertelorismo y micrognatia. El grito característico parecido al maullido de un gato -debido a anomalías laríngeas- que dio nombre a este síndrome varía gradualmente y desaparece con la edad" (pág. 743).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Generalidades.- En francés se dice 'cri du chat'. Se trata de un síndrome donde a uno de los cromosomas del par 5 se le rompe una rama (deleción), generalmente en la meiosis. Es un bebé muy irritable, y hay falta de mielinización y retardo mental. Generalmente mueren de chicos. Castelluccio, Clases dictadas en la asignatura "Correlaciones de la clínica médica" en la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano (Buenos Aires), durante 1987/89.

SÍNDROME DELIRANTE

Generalidades.- "Comprende estados de alienación en los que el juicio desviado y tendencioso origina ideas delirantes que integran el contenido del pensamiento, y cuyas tramas más o menos complejas y más o menos verosímiles o absurdas constituyen los delirios" (Betta, 1984:479).
Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Etiopatogenia, nosografía, nosología.- "El error patológico que engendra el delirio depende del estado patológico de la personalidad que pierde las conexiones normales con el mundo exterior, debido a la grave alteración en el núcleo profundo de la misma. Concepción "órgano-dinámica": debilitación de la estructura psíquica, por alteraciones orgánicas del cerebro que perturban el dinamismo psíquico. Aun no existe la comprobación anatomopatológica, pero las comprobaciones clínicas son concluyentes. Factor constitucional: "personalidad paranoica" y "reacciones paranoides" de determinadas personalidades. La capacidad intelectual incide sobre la organización de los delirios (formas de pensamientos y mecanismos psicológicos). De acuerdo con el concepto "órgano-dinámico", debemos admitir la existencia de un determinado grado de deterioro psíquico más o menos intenso aun en aquellos delirios que no dementizan. Esto depende 1) de la gravedad del ataque; 2) del vigor intelectual de la personalidad; 3) del grado de madurez psíquica en el momento que irrumpe la enfermedad" (Betta, 1984:479).
Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Mecanismos psicológicos de los delirios.- Betta distingue los siguientes mecanismos (Betta, 1984:479):

Mecanismo interpretativo	El juicio desviado conduce a las "falsas interpretaciones" de hechos reales. La afectividad exaltada por el problema ideo-afectivo es factor muy importante en la "interpretación delirante". Interpretación exógena: Los elementos de la "falsa interpretación" proceden del mundo exterior. Interpretación endógena: Se origina en variadas interpretaciones somáticas y psíquicas: mundo interior.	
Mecanismo alucinatorio	Especialmente alucinaciones sensoriales y cenestésicas. 1º) Las alucinaciones pueden ser el origen real del delirio; el enfermo hace la interpretación de las mismas: estados agudos, tóxicos e infecciosos. 2º) Las alucinaciones no son la causa del delirio que preexiste, al cual alimentan y son creadas por la imaginación a expensas de la exaltación afectiva; la interpretación es previa.	
Mecanismo ilusorio	Generalmente accesorio y accidental, se agrega a otros mecanismos; la ilusión contribuye a la progresión del delirio.	
Mecanismo imaginativo	La exaltación patológica de la imaginación conduce al enfermo a la fantasía y al mito.	
Mecanismo intuitivo	Se observa en los delirios de menor vigor; mentalidades insuficientes o debilitadas.	
Mecanismo sugestivo	Elaboración fabulatoria efectuada por simples sugerencias. Indica gran deterioro psíquico.	
Mecanismo onírico	El mismo mecanismo del ensueño pero en estado de vigilia.	
	Onirismo de los estados agudos	Ensoñar despierto: "delirio onírico". Alucinaciones visuales, auditivas y cenestésicas. Gran exaltación emocional.
	Onirismo de los estados crónicos	"Vivencias o experiencias primarias" de Jasper: extrañeza, incertidumbre, perplejidad. Nueva significación de los hechos: "percepciones delirantes": aclaran la situación para el enfermo y dan margen al delirio.

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Estructura de los delirios.- "Según su estructura, los delirios pueden ser sistematizados o uniformes, y polimorfos o difusos (Betta, 1984:479):

- 1) Sistematizados o uniformes: Núcleo vigoroso, problema ideo-afectivo, que origina el delirio a través de un verdadero sistema. Proceso inductivo-deductivo tendencioso, claro y verosímil. "Locura razonante".
- 2) Polimorfos o difusos: Estructuras tanto menos vigorosas cuanto más aumenta el embrutecimiento. Polimorfismo: Asociación de mecanismos varios (alucinatorio, intuitivo, imaginativo); varios núcleos con contenido de ideas delirantes (místicas, eróticas, megalómanas). Delirio dislocado".

SÍNDROME ESQUIZO-LÍMBICO

Definición.- Se puede designar con este término a pacientes que presentan cuadros psicóticos exógenos, es decir, originados por lesiones cerebrales focales temporo-límbicas, para subrayar el carácter orgánico de los mismos y diferenciarlos de otras entidades bien definidas, sin la pretensión de agregar un nuevo neologismo a la ya de por sí controvertida clasificación psiquiátrica.

Castellanos Gastón y Velasco Suárez Manuel, "Síndrome esquizo-límbico", en Neurología, neurocirugía y psiquiatría. 2002;35(2).

SÍNDROME LOBAR

Generalidades.- Síndromes lobares que implican trastornos del lenguaje (afasias, apraxias o agnosias) son los siguientes:

Síndrome prefrontal: apraxia de la marcha, apraxia motora e ideomotora ocasional, afasia motora, agrafia y alexia.

Síndrome parietal: apraxia ideomotora y constructiva, astereognosia y autotopognosia, síndrome de Gerstmann (agnosia digital, acalculia, agrafia y desorientación izquierda-derecha), afasia de comprensión.

Síndrome temporal: afasia de comprensión, sordera psíquica.

Síndrome occipital: agnosia visual.

Tamaroff L y Allegri R (1995) Introducción a la neuropsicología clínica. Buenos Aires: Ediciones LC.

Tipos.- Patologías por lesión en ciertas localizaciones específicas de la corteza cerebral de los diversos lóbulos cerebrales o partes de ellos. Por ejemplo:

Síndrome piramidal: lesión en área 4 prerrolándica del lóbulo frontal.

Síndrome extra-piramidal: lesión en área 6 premotora del lóbulo frontal.

Síndrome epiléptico adversivo: lesión en áreas 6-8 premotoras del lóbulo frontal.

Síndrome afásico: lesión en los centros de Broca o de Wernicke, en los lóbulos frontal y temporal.

Síndrome agnósico auditivo (sordera verbal): lesión en las áreas 41-42 del lóbulo temporal.

Síndrome epiléptico psicomotor: lesión en área anterior del lóbulo temporal.

Síndrome anestésico: lesión en áreas 3-1-2 posrrolándicas del lóbulo parietal.

Síndrome de Gertsman (acalculia, agnosia digital y antropognosia): lesión en lóbulo parietal.

Síndrome apráxico: lesión en el cuadrilátero de Pierre-Marie, en el lóbulo parietal.

Síndrome de epilepsia visual: lesión en cierta área del lóbulo occipital.

Síndrome de agnosia visual: lesión en cierta área del lóbulo occipital.

Cazau P (2004) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología online.

SÍNDROME OBSESIVO

Generalidades.- 1. LA TAREA.- Investigamos al obsesivo con un método sintético-constructivo, gracias al cual luego podremos comprender los resultados de otras investigaciones: analíticas, como la psicoanalítica, la puramente analítica y la neurofisiología.

Un mero camino intelectual no alcanza totalmente para comprender al paciente obsesivo: el médico es antes que nada, hombre y debe entrar en contacto con un afecto de admiración. El modo de existir del hombre-médico queda afectado por un afecto de admiración al conocer otra forma de ser como la del obsesivo, aparentemente impenetrable. El método sintético-constructivo buscará acercarse a la persona obsesiva como totalidad (no desde aspectos parciales como los métodos analíticos), lo cual implica incluir al obsesivo en un vínculo antropológico-existencial con el médico, entenderlo en función de un contacto entre dos seres humanos o dos modos distintos de existir.

2. TRES EJEMPLOS.- Son ejemplos de psicópatas anancásticos, o sea donde el carácter obsesivo está más puro o marcado.

Caso 1: Una mujer que tenía la obsesión enfermiza de rezar, y luego fue necesidad de limpiar y lavar. También presentaba rumiación, o sea, volver a pensar en todo lo hecho en el día. Su obsesión venía de un miedo a los perros, y de que estos podían transmitir gusanos al lamer. Si aparecía la palabra perro, o lamer, etc., se ponía a enumerar muchas palabras difíciles para alejar esos pensamientos 'inadecuados'.

La paciente pierde a veces la noción de que sus actos se deben a su enfermedad, y piensa que todo lo relativo a su ropa o cama es 'sagrado'.

Caso 2: Empieza con miedo hacia los votos religiosos, hacia confesión inválida y comunión indigna. Le cuesta cumplir la castidad, pues piensa que todo lo que hace representa la fornicación. Miedo a los contagios, porque esto puede hacerla impura. Sus obsesiones buscan aliviar sus remordimientos. No pronuncia palabras relativas a la muerte, pues eso la pone en contacto con ella y se hace mala y

culpable. Tiene conciencia de enfermedad y también de sus aspectos sanos. Tiene obsesiones secundarias, destinadas a neutralizar otras obsesiones.

Caso 3: En muchacho. Cree que su caso es único y sufre con sus obsesiones, que primero fue la duda sobre sus actos de contrición y pánico a las promesas. Pronuncia bien el Ángelus porque si no cree que comete pecado mortal. Está obsesionado por oler mal, sacando y cuidando obsesivamente su miembro viril. Su obsesión es permanente: todo lo tiene organizado, cada movimiento (levantarse, lavarse, peinarse) está estudiado y tiene que ser perfecto. Necesita mucho tiempo para asearse, llega tarde a todas partes y por ello se siente culpable. No lee, pues debe descomponer las palabras en letras. Le repele y molesta su olor personal, está deprimido y cree no tener esperanzas. Ninguna vida sexual.

3. LOS ASPECTOS PROPIOS DEL TRASTORNO EN EL SÍNDROME OBSESIVO.- La fobia anancástica: Binder dice que el obsesivo tiene ciertos impulsos forzados (imágenes obsesivas de temas sexuales, fantasías sobre sus propios prejuicios, obsesión por registrar y calcular cifras, manía de cavilar y preguntar, dudar, etc.), frente a los cuales el yo se defiende de ellos por considerarlos absurdos y extraños.

La fobia a los perros por ejemplo: el perro se convierte en el centro del mundo existencial de la paciente y actúa en todas sus vivencias mediante una sensación de asco, aunque solo sea pensar en perros. Además de fobia hay también angustia, pero también algo más porque el anancástico, a diferencia del fóbico, no puede evitar al perro lo lleva hasta en sus pensamientos.

El fantasma de la fornicación: Primero viene la idea obsesiva (pensamiento impuro), y recién después el acto obsesivo (evitar lo impuro lavando, etc.). Hay un asco fóbico o miedo a la suciedad. La suciedad es contagiosa, y entonces deben evitarse los contagios. Busca el enfermo confesarse para purificarse, pero su estructura existencial es tal que ni aun la confesión purificadora puede librarlo de su tendencia a ensuciar y después lavar (o sea, pecar en pensamiento y después lavar ese pecado). Vemos entonces los dos momentos: el trastorno primario (la idea obsesiva pecaminosa), y la defensa que es secundaria (lavar, acto obsesivo).

El tabú de los muertos: Además de miedo al acto hay también miedo a la muerte. La paciente no puede mirar un libro porque es negro (negro = muerte), tampoco porque es gris (casi negro), ni porque es alargado (féretro). No puede evitar ver en todo algo relacionado con la muerte. Es inevitable. A diferencia del paranoico, que da al mundo un significado (las cosas y las situaciones lo persiguen a él), el anancástico no le encuentra significado o sentido a su fobia, a la muerte.

Una ilusión fóbica de olfato: Aquí, el psiquismo de trastorno consiste en estar poseído por una ilusión de olor propio. Surgió a partir de la primera polución, de allí que centre su olor personal feo, como centro en la emisión de orina. Como defensa aparece el acto obsesivo de limpieza, limpieza que nunca le basta para desprenderse de su mal olor. Vemos así que el obsesivo hace lo que no desea, y lo que desea no lo puede realizar. La esencia de su situación es la falta de libertad.

4. EL ASPECTO DE DEFENSA DEL SÍNDROME OBSESIVO.- El trastorno de la capacidad de obrar: Cada acción del obsesivo requiere complicadas preparaciones e introducciones y nunca llega al fin. Nunca termina de hacer algo y aun cuando lo haya completado, (por ejemplo, vestirse) siente que aun no lo terminó de hacer. Busca hacerlo a la perfección (manía de precisión) pero nunca tiene la certeza de haberlo hecho bien.

Cualquier acontecimiento imprevisto lo desorganiza, lo saca de su orden, de su fanatismo por tener todo programado. Se reglamenta a sí mismo qué tiene que hacer, en qué momento y cómo hacerlo. Tiene un comportamiento 'sádico': divide sus acciones en partes muy pequeñas y las ordena meticulosamente. Es un simple ceremonial, un repetir las mismas acciones, pero no para un fin productivo (por ejemplo, aprender a hacerlas), sino es simple expresión de su impulso anancástico, su trastorno. No hay un sentido de antes, durante y después en sus acciones: todas son actuales, presentes. Se repiten indefinidamente. Si se introduce algún error en su programación, se ha 'ensuciado' (por ejemplo, si al atravesar una puerta roza la madera). Su sentimiento de suciedad expresa su sentimiento de culpabilidad. En la posesión anancástica el no poderse desprender del pasado se muestra en los sentimientos de suciedad. El pasado tiene que ser destruido, como la suciedad, y la vida sana que avanza hacia el futuro va limpiando el pasado. Pero esto último no puede hacerlo: el anancástico está inundado por la suciedad de su pasado.-

El comportamiento anancástico se puede entender como defensa hacia esta tendencia a la suciedad, pero como una defensa impotente, ineficaz, pues desconoce el paciente, que no hay posible futuro que lo 'limpie'. Está anclado en el pasado viviendo un eterno presente de pensamientos sucios y acciones repetitivas destinadas a lavarlos.

El sentido de la obsesión: Hemos venido diciendo, siguiendo a Binder, que no es lo mismo un psiquismo de trastorno (los pensamientos obsesivos) que un psiquismo de defensa (las acciones obsesivas). Binder dice que la defensa tiende a suprimir el trastorno de base, pero que nunca lo logra, porque dicho trastorno es constitutivo del yo, es un conflicto entre fuerzas opuestas: el yo combate la acción que a su vez él mismo ha generado; por momentos sufre su enfermedad, y por momentos cree haberse librado de ella. Su personalidad está dividida en una parte enferma que domina su mundo existencial, y una parte sana, predestinada al fracaso. Tal por ejemplo, la obsesión por auto-observarse en el espejo como defensa frente a la idea de desintegración de la conciencia de sí. Es una desintegración 'secundaria'

propia de esquizofrénico, donde la personalidad perdió toda dirección de autorrelación. En cambio en las neurosis conflictuales esta relación se mantiene intacta, aunque la autorrelación se halle suspendida, como en la neurosis obsesiva.

Todos los fenómenos del síndrome obsesivo expresan la lucha del enfermo con el trastorno básico que ha afectado su modo personal de ser.

La exactitud obsesiva enferma es distinta a la sana. En ésta el sujeto no se preocupa tanto por la exactitud por sí misma, y se permite equivocaciones si no traen mayores consecuencias. Además, busca exactitud sólo en ciertas acciones, y no en todas las acciones de su vida.

En la enfermedad obsesiva aparece siempre la obsesión de repetición. El anancástico vive un presente eterno, repitiendo su acción a perpetuidad. El sano en cambio, puede repetir, pero con visión de futuro, con el fin de perfeccionar su acción: tiene una estructura temporal diferente a la del enfermo. También difieren en los motivos por los cuales repiten: el obsesivo repite sus acciones para defenderse de los pensamientos obsesivos, y para reasegurarse que el acto fue ejecutado sin duda, a la perfección, cosa de la cual nunca está convencido, y por ello lo repite siempre. En la repetición busca el enfermo exorcizar sus pensamientos malos (similitud con la repetición del ceremonial religioso).

5. EL OBSESIVO Y SU MUNDO.- 1. Se puede interpretar el mundo del obsesivo por su lógica interior. El obsesivo abandona su adaptación al mundo cotidiano y, mediante sus acciones compulsivas y repetitivas, se adapta a su peculiar mundo existencial. El mundo del obsesivo está poblado de opuestos, conflictos entre el pensamiento malo y la angustia y la culpa que los mismos le producen. Los objetos de su mundo circundante tienen un significado especial: un objeto alargado es un féretro, etc. Esta forma fisiognómica de su antimundo se revela como una estructura opresora donde el enfermo está prisionero. Las cosas tienen el significado de 'tabú', de cosa prohibida que hay que evitar (la suciedad, los olores malos, etc.). Es un mundo donde desapareció lo inofensivo, lo natural, lo comprensible.

2. El obsesivo es el enfermo que más evita que los demás lo miren cuando ejecuta sus acciones obsesivas. El obsesivo maneja un tiempo especial: en sus rituales siente que pierde tiempo, y entonces vuelve a hacer la acción para recuperar ese tiempo perdido (pero pierde más tiempo). No tiene noción del tiempo real.

El obsesivo lucha permanentemente con un enemigo: no solo su pensamiento malo, sino su misma acción, paralizada y estereotipada en rituales. Este enemigo es llamado por von Gebsattel el pseudo antimundo del anancástico. Su lucha con este mundo tiene un solo sentido: luchar contra las fuerzas destructoras de su existencia: de ahí la desesperada defensa del obsesivo.

Condensado de Von Gebsattel V (1979) Antropología médica. Madrid: Rialp. Capítulo 4.

SÍNDROME POSTVACACIONAL

Generalidades.- El síndrome postvacacional surge ante la ruptura brusca entre el período vacacional y el aumento de las actividades derivadas de la vuelta al trabajo. Entre las manifestaciones generales de este síndrome se encuentran la debilidad generalizada, astenia, pérdida de apetito y de atención, con cambios de carácter y agresividad. Se pueden dar también problemas de insomnio, alternados con somnolencia generalizada a lo largo de la jornada. La consecuencia más clara es la pérdida de concentración y tolerancia al trabajo, con sensación de desidia y hastío.

Si estos síntomas se alargan más tiempo de lo normal, remiten a otro tipo de problema depresivo relacionado con otros factores y que, en los casos más graves, puede llevar a los trabajadores a una sensación de angustia vital que deriva en un bloqueo emocional en el que la persona se ve incapaz de tomar decisiones.

Condensado de La ANEPA alerta que los casos más graves de síndrome postvacacional pueden provocar la aparición de bruscos cambios de carácter, con tendencia a la agresividad. EUROPA PRESS. 2006 AGO.

SÍNDROME X FRÁGIL

Definición.- El Síndrome X Frágil (SXF) es una discapacidad sensorial, motriz y sobre todo mental debida a una destrucción parcial de un locus terminal (denominado Xq27.3) del cromosoma sexual X. El síndrome X frágil es una de las enfermedades genéticas más comunes en los humanos, con un enorme porcentaje de personas que no han sido correctamente diagnosticadas.

En la última década, el síndrome de X frágil ha surgido como una de las causas de discapacidad hereditaria. Es responsable de aproximadamente el 30% de todas las formas de deterioro cognoscitivo, y se cree que 1/259 mujeres lleva el gen en esas condiciones. Aunque normalmente afecta más severamente a los varones, pueden afectar varones y mujeres con una variedad de problemas en el desarrollo y discapacidades en el aprendizaje, incluido retraso mental severo, también se manifiestan problemas de atención, hiperactividad y conductas autistas.

El síndrome de X frágil es identificado por pruebas sanguíneas de ADN que es un método muy exacto y puede identificar los afectados y los portadores no afectados, puede usarse para el diagnóstico prenatal. No hay ninguna cura en la actualidad para el síndrome X frágil, pero hay tratamientos e intervenciones que han demostrado ser muy beneficiosos.

El DSM-IV no hace referencia a este síndrome como categoría diagnóstica. En la única oportunidad en que resulta mencionado es cuando se lo cita, junto con el síndrome de Down y otras patologías, como una aberración cromosómica factor predisponente de retraso mental (DSM-IV, 1995:45). American Psychiatric Association (1995) DSMIV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Teorías biológicas.- El Síndrome X Frágil es ante todo un trastorno genético, cuyo origen es una anomalía en un cromosoma sexual X.

La teoría biológica que sustenta este hecho es la genética, que supone que cada gen en los cromosomas transmite determinadas características, que pueden ser normales o patológicas. Cada persona posee 23 pares de cromosomas. Una de estas parejas determina el sexo con el que se nace, adoptando el nombre de "cromosomas sexuales". Por su forma se identifican los cromosomas sexuales femeninos (determinan que la persona sea de sexo femenino) como XX, y la pareja de cromosomas masculinos como XY (determinan que la persona sea de sexo masculino). Por tanto, las mujeres pueden tener esta anomalía en cualquiera de los dos cromosomas sexuales X, mientras que los hombres pueden padecerlo sólo en el único cromosoma sexual X que poseen.

Su denominación obedece a una localización "frágil" en el cromosoma X donde, bajo ciertas condiciones de laboratorio, parece estar roto. Se estima que una de cada 500 mujeres y uno de cada 1000 varones llevan el gen del Síndrome X Frágil. Ambos, varones y mujeres, pueden ser afectados aunque los chicos generalmente lo son de manera más severa y son identificados con más frecuencia (López Pérez G et al, 1997).

La anomalía es debida a una mutación genética del ADN que afecta tanto a las células sexuales (óvulos y espermatozoides) como a los otros tipos de células de nuestro organismo.

Se sabe en la actualidad que esta mutación es producida inicialmente por el exceso de repetición de una tripleta de bases nitrogenadas: concretamente la CGG (Citosina, Guanina, Guanina). Ello hace que se produzca en exceso lo que en química se llama grupos de metilo, dañando principalmente al gen situado en cierto lugar del cromosoma X, influyendo definitivamente también a la proteína que envuelve al cromosoma X que en este lugar se ve disminuida haciendo más frágil al cromosoma. Este gen se ve anulado y no puede ejercer su función, fabricar la proteína llamada FMR-1-P, que ha sido identificada en diferentes tejidos, sobre todo las neuronas, y de la cual se sabe que juega un papel importante en el normal desarrollo del cerebro. La mutación del cromosoma sexual X no se produce de golpe, sino que suele seguir un proceso que puede abarcar varias generaciones de una misma familia (Diego Otero Yolanda, 2001).

Existen diferencias importantes derivadas del sexo en dos aspectos principales (Diego Otero Yolanda, 2001):

Afectación: como los cromosomas sexuales femeninos son XX, las mujeres tienen una defensa adicional importante que provoca que se vean menos afectadas: si uno de los cromosomas X tiene la mutación, siempre tienen el otro cromosoma X que puede suplir y tapan la anomalía de su par. En cambio, los hombres tienen un solo cromosoma X (el otro es el Y), por lo que la mutación en el cromosoma sexual X no puede ser suplida por ningún otro, y la afectación será casi segura.

Herencia: las consecuencias de estar afectados respecto a los descendientes son diferentes según sea el padre o la madre quien sea el portador. El padre portador puede transmitir el cromosoma X afectado a sus hijas pero nunca a sus hijos, pues a éstos les transfiere el cromosoma Y. La madre portadora, tiene la probabilidad del 50% de transmitir el gen frágil X a cada uno de sus hijos o hijas.

Hagamos ahora una breve referencia histórica sobre el descubrimiento de este Síndrome, que es relativamente reciente.

Un tipo especial de retraso mental hereditario ligado al sexo ya fue descrito en los años cuarenta por Martin y Bell (1943) y posteriormente por Renpenning et al (1962), a partir del estudio clínico de familias con diversos casos de retraso mental en varones. El correlativo citogenético de esta enfermedad, descubierto por Lubs en 1969, fue definido como una fragilidad en el brazo largo del cromosoma X. El actual nombre de síndrome X-Frágil lo introdujo diez años después G.R. Sutherland en 1979 (Diego Otero Yolanda, 2001).

El origen genético del X frágil no va a ser descubierto hasta el año 1969, cuando se va a encontrar que individuos que mostraban ciertas características mentales y físicas tienen en su cromosoma X un trozo parcialmente roto. En 1991 los científicos descubrieron el gen (llamado FMR1) que causa el X frágil abriendo las puertas al campo de la investigación médica y psicopedagógica. Las aportaciones más importantes han sido la mejora en el diagnóstico prenatal y la identificación de portadores y afectados mediante un análisis de sangre efectuado por un equipo especializado.

Diego Otero Yolanda (2001), El Síndrome X Frágil. Edición de bolsillo. Publicado para la I Jornada Andaluza del Síndrome X Frágil. Disponible en <http://www.ctv.es/USERS/jgab/indice.htm>

López Pérez G et al (1997) X Frágil: Pautas Generales de Tratamiento. Madrid: Centro Leo Kanner.

Manifestaciones clínicas.- Los efectos son variados siendo el más importante el retraso mental, que oscila de leve a severo. Aunque cada persona es diferente, hay una serie de síntomas comunes que se

han observado en personas que padecen este síndrome. Como la sintomatología es muy variada, se ha preferido aquí ordenarla de acuerdo a algún criterio.

Síntomas físicos.- El material consultado (Diego Otero Yolanda, 2001) informa que los varones afectados por el síndrome X Frágil tienen como rasgos físicos más característicos macroorquidismo o testículos grandes (80% de los varones adultos), orejas grandes y prominentes (80% de los casos), cara larga y estrecha, mandíbula inferior prominente y problemas de infecciones en el oído medio.

Aproximadamente un 60% de los varones presentan hiperextensibilidad en las articulaciones. Esto se detecta doblando los dedos hacia atrás en dirección a los nudillos. También los pies planos aparecen en un 50% de los niños y adultos. Otros rasgos son el estrabismo que se detecta en un 25-50% de los casos y prolapso en la válvula mitral que se presenta en el 80% de los adultos. En cuanto a mujeres con síndrome X frágil los síntomas son semejantes a la de los varones. Las que no se encuentren afectadas muestran algún rasgo físico propio del síndrome.

En síntesis, las principales características físicas de los niños con el síndrome X frágil incluyen (López Pérez G et al, 1997) cara alargada, orejas prominentes, paladar alto, hipotonicidad muscular, articulaciones hiperextensibles (pueden parecer articulaciones dobles) testículos grandes en los varones después de los ocho años aproximadamente, y pies planos. Estos niños tienden a tener un tamaño craneal mayor que la media y están dentro de ella en altura.

Las chicas con el síndrome pueden parecer normales o tener algunos rasgos del X Frágil, como cara larga, orejas prominentes y paladar alto. Aunque estos niños están generalmente sanos, pueden padecer frecuentes infecciones de oídos. Entre el 10% y el 20% de los varones pueden experimentar también convulsiones.

Debido a esta sintomatología física, algunas veces estos niños son diagnosticados como afectados de otras enfermedades, tales como autismo, Síndrome de Soto, Síndrome de Tourette, Síndrome de Prader Willi o Secuencia de Pierre Robin (Hagerman Randi J, 1999).

Finalmente, podemos consignar que los cambios neuroanatómicos en el cerebro de individuos con el síndrome de X frágil incluyen un agrandamiento del núcleo caudado, del hipocampo, y ventrículos laterales. El vermis cerebeloso es más pequeño que lo normal (Hagerman Randi J, 1999).

Síntomas sensoriales.- Es común en niños con el síndrome ser hipersensibles al contacto físico. Tienden a reaccionar con emociones o comportamientos negativos cuando son tocados. Por ejemplo, los niños pueden resistirse a ser tocados o agarrados o no gustarle actividades como jugar en la arena o pintar con los dedos. Algunos niños con el X Frágil tienen hipersensibilidad visual o auditiva, así como al contacto (López Pérez G et al, 1997). A esto se le llama sensibilidad hiperreactiva. (El autor refiere un muchacho que se entrenaba duro para los Juegos Olímpicos no pudo participar en los mismos después de oír el disparo de salida. Este sonido fue tan perturbador para él que no pudo recuperar el control y participar en las carreras).

Los niños con el síndrome pueden también mostrar signos de inseguridad gravitacional prefiriendo tener siempre ambos pies sobre el suelo. Pueden temer estar en sitios altos, trepar en el parque infantil, usar escaleras mecánicas o incluso estar sobre la mesa de auscultación de un médico. Además, estos niños pueden tener dificultad en seleccionar la información sensorial esencial de la no esencial (como escuchar al profesor si hay un ventilador funcionando) (López Pérez G et al, 1997).

La más documentada de las discapacidades sensoriales del Síndrome X Frágil (Ramos F, 1994) es la defensa táctil y se caracteriza por una aversión a las respuestas de la estimulación táctil no nociva. Se aprecia una incapacidad para interpretar apropiadamente el significado de las experiencias táctiles o usar esa información para un propósito o una respuesta adecuada. Es muy raro encontrar una defensa táctil sin la presencia de otras defensas sensoriales. La defensa sensorial varía conforme al stress, la ansiedad o entre una y otra persona.

Patricia y Julia Wilbarger (Ramos F, 1994) han definido los otros tipos de defensa de la siguiente forma:

La defensa oral es una respuesta negativa al sabor, textura y temperatura. Se manifiesta en el rechazo a muchas comidas, a meterse objetos en la boca. (Por ejemplo: enorme rechazo a lavarse los dientes).

La defensa auditiva es una respuesta de aversión a ciertos sonidos, tonos o ritmos creada por una sensibilidad exagerada. Esta defensa genera una respuesta de irritación o miedo.

La defensa visual se caracteriza por un rechazo a las luces y una distracción visual extrema producida, de nuevo, por una sensibilidad extrema.

El ojo es el órgano de los sentidos más desarrollado. Las habilidades visuales y perceptivas se desarrollan a lo largo de la niñez hasta la madurez, y para conseguir un nivel alto en el desarrollo, dependen de la experiencia de la persona y de su capacidad cognitiva. La población con SXF padece importantes dificultades espaciales y de percepción de las formas. No sólo tienen problemas con el espacio visual, sino también con el espacio del cuerpo y a la hora de juzgar y recoger información visual. Los problemas que tienen con el aprendizaje, la lectura, matemáticas, puzzles y la orientación de su cuerpo, están todos afectados por una orientación visual desordenada.

La aversión a mirar con detalle se considera un componente de la defensa visual, especialmente en situaciones sociales. Puede ser también parte de la hipersensibilidad en el movimiento.

La defensa olfativa es una respuesta aversiva a los olores del ambiente, tanto directos como indirectos.

Hipersensibilidad en el movimiento. Inseguridad. Miedo irracional al cambio de posición o movimiento.

Síntomas motores.- Los niños con SXF experimentan una serie de dificultades en el desarrollo motor que afectan su vida en casa, en el colegio, en el trabajo y en la comunidad.

Los niños con el síndrome X Frágil tienen poca destreza en motricidad fina o control de los músculos de sus manos y dedos. Escribir es muy difícil para ellos, probablemente a causa de su hipotonicidad muscular, de las articulaciones hiperextensibles de sus dedos y de su limitada habilidad para planificar y llevar a cabo acciones de motricidad fina complejas. Tareas como abrocharse la ropa, cortar y comer apropiadamente pueden ser problemáticas por las mismas razones. Estas dificultades, junto con los problemas de procesamiento de la información sensorial, justifican el envío a un terapeuta ocupacional para una evaluación y, en su caso, para un servicio de terapia intensiva (López Pérez G et al, 1997).

Las personas con SXF tienen problemas con el funcionamiento de sus manos. Esto es debido a la falta de estabilidad en las manos y muñecas, hecho que afecta al desarrollo de toda la mano. El problema también se encuentra en el desarrollo del arco de la mano, dificultad con la separación entre los lados radial y cúbito, dificultad con la función de los músculos internos, con el resultado de una manipulación inadecuada ((Ramos F, 1994).

Las personas con SXF padecen una serie de dificultades cuando tienen que adoptar posturas. Observamos a personas haciendo verdaderos esfuerzos por mantenerse derechos y con posturas fijas para así mantener su estabilidad. Esto puede provocar una serie de dolores sobre todo cuando se es adulto. Algunos son: dolores de espalda, problemas con las caderas, problemas para mover hombros y cabeza debido a una hiperextensión del cuello, etc. También se detectan problemas con el desarrollo de los mecanismos de balance y equilibrio creando modelos de movimientos rígidos, miedo a posturas que no sean normales para esa persona y dificultad para hacer funciones con ciertas partes del cuerpo. También se observa una gran dificultad a la hora de separar el control de los ojos del control de la cabeza, o el control de la cabeza del control de la mandíbula o labios, o el control de la mano y el brazo del control del cuerpo. Todo esto limita el desarrollo. En la población con SXF se encuentran déficit en el cerebelo y, debido a esto, se puede observar una uniformidad y precisión limitada en los distintos modelos de movimientos. Así, hay muchas personas que usan solamente la parte superior del mecanismo respiratorio (músculos accesorios) y no toda la extensión de su diafragma (Ramos F, 1994).

Se observan dispraxias (una dispraxia es una incapacidad para realizar movimientos coordinados). En efecto, los niños y adultos con SXF se caracterizan por ser torpes. Aunque no es difícil encontrar a un niño con SXF que desarrolle una estrategia motor específica como esquiar o hacer algún deporte, estas personas se consideran dispráxicas (= incapacidad para realizar movimientos coordinados). Algunos niños desarrollan la praxis gracias a una motivación, sin embargo, siguen encontrando problemas con todo lo que es nuevo para ellos, con la incoordinación general, etc. (Ramos F, 1994).

Síntomas comportamentales.- El fenotipo conductual del síndrome de X frágil incluye pobre contacto visual, rechazo al tacto, aleteo, mordisqueo de manos, y timidez o ansiedad social. Aproximadamente el 15 al 30% de los niños con X frágil tienen autismo y aproximadamente el 6% de los varones autistas tienen el síndrome de X frágil. Las niñas con X frágil usualmente presentan timidez, ansiedad social, problemas en matemáticas en la escuela, y problemas de atención. Las rabietas son comunes en la niñez temprana. Los comportamientos de agresión o explosiones pueden ser un problema en la adolescencia para aproximadamente un 30% (Hagerman Randi J, 1999).

A medida que los niños con Síndrome X frágil crecen, los problemas de conducta suelen atenuarse. El grado de retraso mental es variable, puede ser de moderado a severo. Aunque normalmente es más severo en los varones, también las mujeres pueden sufrir una variedad de problemas en el desarrollo y discapacidades en el aprendizaje (Sin autor indicado, 1999).

La evaluación cognitiva de estos niños es un reto. Muchos tienen graves problemas de atención, dificultades en el proceso auditivo y se distraen fácilmente con los estímulos que los rodean. En un entorno adecuado muchos de estos problemas de atención y de distracciones se pueden arreglar de cierta forma, al mismo tiempo que se le da al niño apoyo para mantener su atención en la tarea que esté realizando. Es muy importante considerar que a los niños hay que darles la oportunidad de moverse y tener descansos; así se podrán ver sus mejores actuaciones. También es importante para aquellos niños que estén bajo una medicación estimulante el tomar esta medicación antes de hacer cualquier sesión de prueba (Ramos F, 1994).

Los niños afectados con SXF y, especialmente los chicos, normalmente son calificados dentro del rango de deficiente mental de acuerdo con los tests estándar como WISC-III, K-ABC o Stanford Binet. Estos tests están programados para medir la inteligencia en general.

Frecuentemente un coeficiente intelectual es engañoso porque oculta la gran desigualdad en habilidades frecuentemente observadas en chicos con SXF. Por ejemplo, muchos chicos demuestran gran habilidad en tareas visuales así como verbales y son muy eficientes a la hora de coger información de forma fortuita. Muestran un fondo de conocimiento relativamente bien desarrollado y una buena memoria episódica (Ramos F, 1994).

Se observan grandes dificultades en el proceso auditivo, procesos secuenciales, razonamiento abstracto y habilidades aritméticas. También es de gran dificultad para los niños con SXF el aplicar su conocimiento a

nuevas situaciones problemáticas. Frecuentemente los padres reconocen que si preguntas a un niño sobre un concepto de una forma en particular, él es capaz de darte esa información, pero si le cambias la forma de la pregunta ya no es capaz de dar la información correcta. La generalización es difícil y muchas veces una tarea o un concepto tiene que ser enseñado de varias formas para que el niño verdaderamente lo aprenda y sea capaz de manejar la información con sentido.

Los niños con SXF no pierden habilidades, simplemente no mantienen sus curvas de aprendizaje en comparación con otros niños.

Algunos autores (López Pérez G et al, 1997) destacan los puntos fuertes y los puntos débiles en el plano cognitivo, lo cual puede ser útil para este trabajo en lo referente al tratamiento, que debería apuntar a aprovechar los primeros y fortalecer los segundos.

En cuanto a sus habilidades de pensamiento y solución de problemas, los niños con el síndrome muestran a menudo un perfil de capacidades irregular, que puede desconcertar a padres y educadores. Tienden a hacer mejor las tareas que hacen hincapié en las técnicas de procesamiento simultáneo que las que lo hacen en procesamiento secuencial, como ha sido puesto de manifiesto en pruebas como Kaufman Assessment Battery for Children (KABC). Por ejemplo, estos niños pueden identificar el dibujo de un objeto complejo incluso cuando faltan partes importantes del mismo (procesamiento simultáneo). Tienen más problemas en cambio en disponer en el orden correcto dibujos que cuenten una historia con significado (procesamiento secuencial).

La memoria a largo plazo parece ser uno de los puntos fuertes de estos sujetos. Tienen tendencia a recordar la información de hechos durante largo tiempo, particularmente si les es interesante. Los niños con el X Frágil tienen también una gran memoria visual. Por ejemplo, pueden acordarse de cómo ir a un lugar concreto después de haber estado en él una sola vez. Estos niños parecen beneficiarse del uso de claves visuales (como dibujos o demostraciones concretas de una tarea) cuando adquieren nuevas técnicas.

Estos niños tienen a menudo buenas técnicas de imitación verbal. Tienden a repetir lo que oyen, especialmente si es una palabra con un sonido interesante o agradable para ellos. Desafortunadamente, esto puede incluir palabras o frases indeseables. Por consiguiente, es importante que a estos niños se les oriente en casa y, especialmente, en la escuela hacia modelos donde la función del lenguaje sea adecuada. Refieren López Pérez et al, que uno de sus pacientes con buenas técnicas verbales pero con retraso mental moderado fue colocado en una clase con niños que no hablaban. Él no recibió estimulación verbal de sus compañeros y sus habilidades de lenguaje se deterioraron en este escenario (López Pérez G et al, 1997).

Junto con estas capacidades, los niños con X Frágil a menudo muestran deficiencias significativas en sus técnicas de pensamiento y resolución de problemas (López Pérez G et al, 1997). Quizá la deficiencia más notable sea su dificultad en formular respuestas verbales cuando se le piden. Estos niños tienen problemas para contestar preguntas y en hablar sobre lo que conocen, particularmente cuando están excitados. No es infrecuente para un niño de éstos decir poco sobre una lección en clase, para hablar en detalle de la materia más tarde. Del mismo modo que se pueden beneficiar de modelos lingüísticos apropiados, pueden verse agobiados por demasiado lenguaje. Por ejemplo, una serie de peticiones del profesor o simplemente hablar mucho pueden "sobrecargar" a un niño con X Frágil. A menudo es mejor no insistir para que responda a las preguntas y dar al niño todo el tiempo que necesite para responder.

Los niños con el síndrome pueden tener también problemas en completar tareas que tengan que ver con planificación motora y habilidad en motricidad fina. Por ejemplo, utilizar hojas de trabajo será difícil para ellos y no especialmente significativo. Pueden tener problemas además al copiar de un libro o de la pizarra. Aunque continuaran trabajando en técnicas de escritura, la cantidad de escritura a mano debería ser estrechamente controlada día a día. El profesor necesitará determinar qué es factible para el estudiante con X Frágil y cómo podría modificarse el trabajo asignado para evitar la frustración y los problemas de conducta. Por ejemplo, el muchacho podría escribir algunas de las respuestas y dictar las restantes al profesor o asistente (López Pérez G et al, 1997).

Los niños con el síndrome X Frágil son a menudo muy impulsivos y se distraen con gran facilidad. Sus tiempos de atención pueden ser cortos. Muchos tienden a ser hiperactivos y pueden recibir un diagnóstico de desorden de atención dispersa e hiperactividad. También, los niños con el síndrome pueden mostrar inusuales movimientos de las manos, como morder sus manos o brazos o aletear con sus manos cuando están excitados o sobreestimulados. Alrededor del 25% tendrán callos en sus manos o dedos debido a esto. Muchos niños no pueden mantener el contacto visual directo pareciendo tímidos, aunque están ciertamente interesados en estar rodeados de gente. A menudo tienen dificultades en hacer amigos o mantenerlos debido a sus limitadas habilidades sociales y/o comportamientos atípicos (López Pérez G et al, 1997).

En el niño por debajo de 14 años, las manifestaciones clínicas están muy atenuadas, no pudiéndose diagnosticar clínicamente por el fenotipo y mucho menos al nacimiento. El pediatra deberá fijarse por lo tanto en que existe siempre un RM orgánico, de leve a moderado (muy raras veces severo), con un cierto retraso en las adquisiciones (sedestación hacia los 9 meses, deambulación hacia los 18 meses, lenguaje hacia los dos años y medio o tres, muy pobre y repetitivo) y sobre todo, con una hiperactividad que

podríamos decir es el signo más constante. Por último, no hay que olvidar además, que el SXF puede manifestarse también en las niñas y mujeres, pero con una gran variabilidad. Son raros pero existen, los casos con fenotipo semejantes a los niños (7), pero lo más frecuente es que no haya ningún rasgo físico característico, manifestando sólo un retardo mental ligero, con trastornos de conducta (aislamiento, angustia social, timidez) y problemas sobre todo en el lenguaje y en el área de las matemáticas (Tejada M^a Isabel, 1999).

Finalmente, consignemos algunas diferencias en cuanto a síntomas comportamentales entre hombres y mujeres.

Hay un amplio espectro de compromiso en pacientes X frágil. Las mujeres con mutación completa son usualmente de mejor funcionamiento que los varones con mutación completa. Aproximadamente el 70% de las mujeres con la mutación completa tienen un déficit cognitivo en el límite o en el rango de retardo mental (Devries et al. 1996), Mientras que aproximadamente el 85% de los varones con la mutación completa son retardados mentales (Hagerman Randi J, 1999).

La variación del compromiso en mujeres con mutación completa se relaciona con el rango de activación o el porcentaje de células que tienen el X normal como X activo. Aproximadamente el 30-50% de las niñas con mutación completa tienen un cociente intelectual (IQ) en el rango normal, pero tienen problemas de aprendizaje, particularmente déficit de funciones ejecutivas, ADHD, labilidad emocional, problemas en matemáticas en el colegio, así como déficit en el lenguaje. La timidez y ansiedad social pueden además ser un problema significativa para niñas con mutación completa y estas dificultades pueden requerir tratamiento (Hagerman Randi J, 1999).

Los varones con el X Frágil pueden tener problemas en el trato con los cambios en su rutina. Cambios inesperados, a menudo dan lugar a rabietas u otros problemas de conducta, ya que tienen dificultades en entender qué va a suceder (López Pérez G et al, 1997).

Las niñas con SXF muestran mucha más variabilidad en el grado de desigualdad intelectual observado. Un tercio de las niñas tiene una desigualdad mental considerable. Tienen bien desarrollada el habla, la memoria y la lectura si se compara con la aritmética. Ésta es una dificultad significativa para muchas personas con este síndrome. Las mujeres también tienen dificultad a la hora de resolver problemas donde la información tiene que ser usada de forma más compleja. También hay otras dificultades interpersonales como la timidez y perturbaciones sociales y emocionales (Ramos F, 1994).

Generalmente, las chicas con el síndrome X Frágil tienen menos problemas que los chicos. Debido a esto muchas no han sido diagnosticadas. A algunas chicas les va bien académicamente y puede que muestren solo algún leve problema social y/o de conducta, como timidez. Otras chicas con el gen alterado pueden demostrar una serie de problemas de aprendizaje y comportamiento. Las mujeres con el síndrome pueden tener una incapacidad específica en el aprendizaje de las matemáticas. Por ejemplo sus destrezas matemáticas pueden ser mucho menores que la media o estar por encima de la media de las habilidades de lectura. Algunas chicas pueden tener dificultades de aprendizaje también en otras áreas o en todas ellas. Los informes indican que aproximadamente un tercio de las chicas identificadas con el X Frágil tienen retraso mental (López Pérez G et al, 1997).

Las chicas con este síndrome tienen a menudo problemas de atención que interfieren en su aprendizaje. Pueden haber sido diagnosticadas con un trastorno de hiperactividad con atención dispersa, aunque tienen menos probabilidad de ser hiperactivas que los chicos. Además, las chicas pueden ser extremadamente temidas o nerviosas en ciertas situaciones sociales. Pueden desear tener amigos, pero les cuesta mucho hablar en grupo y relacionarse con sus iguales. Algunas de estas chicas pueden incluso mostrar comportamientos cuasi-autísticos o síntomas de depresión.

En cuanto a sus capacidades cognitivas, algunas chicas con este síndrome tienen dificultades con tareas que hacen hincapié en destrezas de razonamiento abstracto. También tienen problemas en ver cómo encajan algunas cosas en el espacio, como las piezas de un puzzle. Además, tienen problemas frecuentemente con la escritura y otras tareas de motricidad fina y pueden tener ligeras dificultades en el habla y el lenguaje. Las chicas con el síndrome X Frágil se benefician frecuentemente de los servicios de escuelas especializadas, incluyendo asistencia a través del programa de incapacidad en el aprendizaje, terapia ocupacional, y capacitación en habilidades sociales. Pueden también beneficiarse de medicaciones para la ansiedad, depresión o desorden de hiperactividad con atención dispersa (López Pérez G et al, 1997).

La hiperactividad y falta de atención son problemas de conducta que se presentan tanto en varones como mujeres afectadas por el síndrome. Lenguaje desordenado y repetitivo, pobre mantenimiento de los temas, pensamientos expresados de forma incomprensible son características comunes (Diego Otero Yolanda, 2001).

Se han descrito en varones, rasgos que se han calificado como autistas. Mantenimiento escaso de la mirada, timidez, aleteos con las manos, repetición de la misma frase constantemente, aversión a ser tocado o abrazado, rabietas injustificadas, morderse las manos, se presentan en alrededor del 16% de los varones con X frágil. Normalmente, los niños X frágil son cariñosos aunque los rasgos autistas interfieran con la relación normal. Las mujeres afectadas por el síndrome, suelen presentar leve retraso mental, problemas de atención

pero normalmente sin hiperactividad. Lo más frecuente es la timidez que puede ser profunda en la adolescencia, pudiendo llevar a depresión (Diego Otero Yolanda, 2001).

Lenguaje.- Los niños con SXF presentan una serie de dificultades en el habla y en el lenguaje que son características de este síndrome. Éstas son (Ramos F, 1994):

- Velocidad ligera y desigual.
- Ritmo desordenado.
- Dispraxia verbal, articulación pobre.
- Comienzos para hablar retardados.
- Memoria auditiva, problemas de orden y atención.
- Buen receptor de palabras aisladas y habilidades con el vocabulario expresivo.
- Dificultades para hacer razonamientos abstractos y para resolver problemas.
- Perseverancia.
- Dificultades pragmáticas, como verbalismo excesivo. Habla tangencial, problemas para fijarse con detalle.
- Habilidades motoras orales reducidas, babeo, tono bajo, defensa táctil, pronunciación con afectación (= falta de sencillez y naturalidad).

Las características típicas en varones con SXF son: gran velocidad, dispraxia verbal y ritmo y velocidad desigual. Esta combinación de factores nos conduce a un tipo de habla "desordenado", y a veces, poco correcto. La dispraxia verbal también se conoce por un desorden en la planificación del habla. Un habla normal requiere "praxis", o una planificación motora voluntaria. La lengua y los labios necesitan hacer movimientos uniformes, rápidos y ordenados para producir el habla. El habla dispráxica se caracteriza por un orden incorrecto y por una dificultad a la hora de producir palabras multisilábicas.

Normalmente los niños con SXF no producen sus primeras palabras hasta los tres años. Esto es debido, en parte, a la otitis crónica que padecen, además de por una fuerte dispraxia o por una aminoración de sus habilidades cognitivas. Para ayudar en este campo a un niño con SXF, se requiere una comunicación total que incluya entradas motoras, auditivas y visuales en el cerebro y un acercamiento multisensorial al aprendizaje de la lengua.

Los niños con SXF tienen relativamente bien desarrollado el vocabulario expresivo y receptivo. Sin embargo, a medida que las estructuras de la lengua son más complejas y abstractas, la ejecución falla. Este hecho se suele relacionar con el funcionamiento cognitivo de estos niños. Por ejemplo, un niño con nueve años puede tener un buen nivel de vocabulario expresivo para su edad, pero tiene graves problemas con la voz pasiva, con los conceptos temporales y comparativos, y con las estructuras de frases complejas. Otra debilidad que se encuentra en estos niños es el razonamiento de conceptos abstractos. Inicialmente, los niños con SXF muestran dificultades a la hora de categorizar por exclusión y describir diferencias y similitudes. Otros problemas que aparecen luego son hacer deducciones, determinar soluciones, hacer preguntas negativas con "¿por qué?" (¿por qué no...?) y predecir resultados.

Muchos niños con SXF tienen gran habilidad para imitar, además de un buen sentido del humor. Algunos son capaces de recitar líneas de las películas literalmente, con el ritmo y entonación correctos. También suelen imitar el comportamiento de otros niños, por lo que una clase de integración, con un lenguaje y comportamiento normal, es más beneficiosa que una clase independiente.

Durante los tests y conversaciones, las respuestas de estos niños suelen ser impulsivas y asociativas por naturaleza. Es importante dejar al niño reflexionar sus respuestas y darle más tiempo de formulación adicional, para que después de haber reflexionado, dé unas respuestas más apropiadas y menos impulsivas.

Estos niños se caracterizan también por una perseverancia verbal, es decir, por la repetición de una palabra, frase o tema, hecho que refleja problemas en otras áreas. La perseverancia denota una desorganización verbal general, errores de formulación de palabras y de rectificación. Puede que haya una respuesta de "ansiedad" a una situación o entorno que haya presionado al niño. La perseverancia es utilizada como un método para mantener la atención del oyente, al tiempo que el hablante formula respuestas.

También puede representar la incapacidad de impedir comportamientos repetitivos. Muchos niños con SXF hablan sin control y parece que no son capaces de juzgar cuándo tienen que parar. Por ejemplo: "¿Sabes que he ido a un montón de cruceros? He estado en el Caribe, Florida, Puerto Rico. Y mi hermano tiene un gato que se llama Jack. ¿Alguien te ha dicho que te pareces a Julie Andrews?".

Algunas de las dificultades pragmáticas características de estas personas es la incapacidad para mantener un tema de conversación, el uso de comentarios tangenciales, verbalismo excesivo y problemas para mirar con atención. Según algunos autores (Singley J, 2001) la tangencialidad del lenguaje que se observa en el síndrome X frágil se debería a la existencia de determinadas características fenotípicas. Ansiedad social, hipersensibilidad a los estímulos sociales y sensoriales asociado al déficit en el control inhibitorio, serían las posibles interpretaciones.

En la opinión de algunos autores (López Pérez G et al, 1997), las destrezas en habla y lenguaje de los varones con el X Frágil deben ser también consideradas durante el desarrollo de un plan educacional. Su lenguaje es a menudo disfuncional además de retardado. Tienden a decir la misma palabra o frase una y otra vez. A esto se le llama perseveración verbal. Frecuentemente, los niños dicen cosas que no responden directamente a la pregunta efectuada. Sin embargo, hay a menudo algún tipo de asociación vaga entre la pregunta y su respuesta. Además, los niños pueden presentar ecolalia inmediata o diferida. Pueden repetir algo que oyen, de inmediato (ecolalia inmediata) o después de un tiempo (ecolalia diferida).

Aunque la comprensión de palabras simples es a menudo uno de sus puntos fuertes, los niños con el X Frágil tienen grandes dificultades para contestar preguntas directas. Esto es particularmente cierto en interacciones intensas cara a cara, como situaciones normalizadas de evaluación. También parecen tener problemas para expresar en palabras todo aquello que saben o piensan. Además, tienen problemas para el uso del lenguaje en situaciones sociales. Por ejemplo, pueden pegar a un amigo en vez de pedirle que juegue con él. Como todos los niños, parece que se benefician si están rodeados de otros niños con buenas habilidades de lenguaje. Los niños con el síndrome imitan a menudo lo que oyen, pero se pueden ver agobiados por demasiado lenguaje. Ellos actúan mejor cuando las instrucciones verbales son cortas y precisas.

Conductas atípicas.- Aunque las características señaladas antes se observan en niños con retraso mental o problemas en el desarrollo, estudios realizados por algunos autores consultados (López Pérez G et al, 1997) sugieren que hay un grupo particular de conductas que pueden ser indicios importantes para la detección precoz del síndrome X Frágil. Estos comprenden rechazo al tacto, lenguaje anormal, aleteo de las manos, escaso autocontrol y pobre contacto ocular. Este grupo de conductas han sido comunicadas significativamente más a menudo en niños con el X Frágil que en otros grupos de niños con diagnósticos diferentes.

Diego Otero Yolanda (2001), El Síndrome X Frágil. Edición de bolsillo. Publicado para la I Jornada Andaluza del Síndrome X Frágil. Disponible en <http://www.ctv.es/USERS/jgab/indice.htm>

Hagerman Randi J. (1999), Síndrome de X frágil: Un modelo de relación gen-cerebro-comportamiento. Disponible en <http://usuarios.advance.com.ar/omowen/QUEES.htm>

López Pérez G et al (1997) X Frágil: Pautas Generales de Tratamiento. Madrid: Centro Leo Kanner.

Ramos F (1994), El Síndrome X Frágil, material educativo de la Fundación Nacional del X Frágil de Estados Unidos. Traducción al español de material publicado bajo los auspicios de The National Fragile X Foundation en USA. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Número 53 de la Colección Rehabilitación.

Singley J (2001), Características del lenguaje en niños con Síndrome x Frágil. American Journal of Mental Retardation 106(5):389-400 2001 - SIIC

Sin indicación de autor (1999), Qué es el Síndrome X Frágil. Disponible en: http://www.plazabebe.com/salud/enfermedadesdelbebe_sindromex.htm

Tejada M^a Isabel (1999), Síndrome X Frágil: Genética, Fisiopatología y Diagnóstico. Bilbao: Unidad de genética del Hospital de Basurto.

Incidencia.- El síndrome X frágil es una de las enfermedades genéticas más comunes en los humanos. Cerca del 30% de todas las formas de deterioro cognoscitivo (o de la capacidad de conocer o aprender), son causadas por este síndrome.

Es un síndrome poco conocido, aún para algunos profesionales del área de la salud y la educación, lo que muchas veces hace que su diagnóstico se demore y en ocasiones sea erróneo. Se considera que entre el 80 y el 90% de las personas afectadas no han sido diagnosticadas (Sin autor indicado, 1999).

Las cifras de incidencia en la población convierten al Síndrome X Frágil en la primera causa hereditaria de retraso mental y la segunda cromosopatía en frecuencia (después del Síndrome de Down).

En España, por ejemplo, se estima que su frecuencia es de 1 varón afectado por cada 4.000 nacimientos, una hembra afectada por cada 6.000 nacimientos, una portadora por cada 260 y un portador por cada 800. Por ello, globalmente en ese país puede haber 10.000 afectados por el retraso mental causado por el Síndrome X Frágil y 100.000 portadores del cromosoma X frágil. Aproximadamente entre el 80-90% del total falta por diagnosticar. En la bibliografía consultada no se ha encontrado información de la incidencia del Síndrome en la Argentina (Diego Otero Yolanda, 2001).

Se estima que a nivel mundial, uno de cada 2000 varones y una de cada 4000 mujeres pueden estar afectadas incluso aunque la mayoría de los portadores desconocen esta enfermedad, los estudios realizados en los países desarrollados dan cuenta que 80 a 90 % de los individuos afectados permanecen sin diagnóstico (Sin autor indicado, 2000).

Diego Otero Yolanda (2001), El Síndrome X Frágil. Edición de bolsillo. Publicado para la I Jornada Andaluza del Síndrome X Frágil. Disponible en <http://www.ctv.es/USERS/jgab/indice.htm>

Sin autor indicado (2000), Síndrome X-Frágil. Disponible en <http://www.aepap.org/faqpad/faqpad-xfra.htm>

Sin indicación de autor (1999), Qué es el Síndrome X Frágil. Disponible en: http://www.plazabebe.com/salud/enfermedadesdelbebe_sindromex.htm

Procedimientos diagnósticos.- Han pasado más de 20 años y todavía actualmente mucha gente desconoce este Síndrome. Sin embargo, el SXF es la causa más común de Retraso Mental (RM) hereditario y una de las enfermedades genéticas más frecuentes. Su detección precoz es por ello muy

necesaria, no sólo para el propio paciente, sino también para prevenir la aparición de más casos en una misma familia (Tejada M^a Isabel, 1999).

El estudio del cariotipo fue el método de diagnóstico del Síndrome X Frágil entre los años 80 y 90 hasta que, en el año 91 se descubre el gen responsable del Síndrome (Tejada M^a Isabel, 1999). Hoy día, el estudio del cariotipo para el SXF está en desuso y es desaconsejable, y desde hace diez años, se ha pasado al nivel molecular.

Así, la técnica más fiable para detectar este trastorno genético es la que analiza directamente el ADN (Sin autor indicado, 2000), lo que permite diagnosticar los individuos sanos, afectos y portadores, tanto pre como posnatalmente.

La capacidad de diagnóstico es fundamental, pues al identificar el X frágil como responsable de los problemas de conducta de un niño se le puede dar el tratamiento adecuado a su problema, en el área médica, psíquica y educativa. Lamentablemente algunos niños con Síndrome X frágil son diagnosticados erróneamente como autistas y por lo tanto no reciben el tipo de trato apropiado (Diego Otero Yolanda, 2001).

Si se diagnostica que el bebé o niño padece el Síndrome X frágil, toda la familia debe realizarse los estudios genéticos para determinar quienes son portadores. En el caso de las personas portadoras, el conocer su condición les permite buscar asesoramiento genético y tomar decisiones informadas con respecto a los riesgos de tener hijos. Deben saber que si una mujer es portadora tiene un 50% de riesgo de pasar el gen x frágil a su descendencia. Si ella madre está afectada por el síndrome x frágil, el riesgo se incrementa.

A diferencia del síndrome de Down, que generalmente afecta a un individuo en una familia, el síndrome X Frágil puede afectar a hermanos y muchos otros parientes. Por ejemplo, no es raro que están afectados dos hermanos o quizá dos primos varones, o un sobrino y un tío. Por esto, diagnosticar un niño con la alteración tiene importantes implicaciones genéticas tanto para miembros inmediatos de la familia como alejados. Además, muchos otros parientes pueden ser portadores del gen del X frágil sin saberlo y estar bajo riesgo de tener hijos afectados (Tejada M^a Isabel, 1999).

Una vez se ha realizado la valoración clínica del paciente y si se sospecha que puede padecer el síndrome X Frágil, se deberá descartar por pruebas genéticas moleculares. Debido a la alta prevalencia de este síndrome (1 individuo afectado por cada 2500-4000) y a las múltiples consecuencias, será necesario poner a punto las técnicas de diagnóstico en los laboratorios de genética y biología molecular del los servicios sanitarios, lo que permitiría un diagnóstico de certeza del Síndrome. Es también necesario que existan unidades de diagnóstico prenatal efectivas, permitan de forma rápida y fiable descartar el síndrome en los embarazos de riesgo (De Diego Y, 1998).

Aunque cada vez están siendo identificados más individuos y familias con la alteración, el síndrome X frágil es aún desconocido en gran medida, o poco entendido. La alteración está muy poco diagnosticada, particularmente en niños. No obstante, una detección y diagnóstico precoces son muy importantes, de manera que las familias pueden ser aconsejadas genéticamente y se puedan iniciar intervenciones educativas adecuadas (López Pérez G et al, 1997). Esta intervención es apropiada para mejorar sus posibilidades de llevar una vida productiva y satisfactoria.

Tras casi 10 años desde que existen pruebas para detectar el Síndrome X frágil de forma precisa, se observa que en los países desarrollados se encuentra infradiagnosticado y es la causa de recurrencia de afectados por discapacidad psíquica en muchas familias. Pueden aparecer multitud de caracteres en los individuos afectados que enmascaran las características asociadas frecuentemente a este Síndrome, como el Síndrome de Rett en la niñas afectadas y Autismo y otros síndromes en los niños, para un diagnóstico clínico claro de este síndrome es útil, como ha propuesto el Dr. Giangreco, la utilización de la tabla siguiente en la que se incluyen 6 alteraciones muy frecuentemente encontradas en los niños X frágiles (De Diego Otero Y, 1999):

	0 puntos	1 punto	2 puntos
IQ	>85	70-85	<70
Historia familiar de retraso mental	No aparece	Aparece	Se observa y esta ligado al cromosoma X
Cara alargada	No aparece	Moderado	Muy alargada
Orejas grandes y hacia afuera	No aparece	Levemente	Muy evidente
Problemas de atención con hiperactividad	No aparece	Hiperactividad	Hiperactividad y problemas de atención
Autismo y problemas de comportamiento	No aparecen	Aparece levemente uno de los dos	Aparecen ambos o uno de los dos muy marcado

Suma de los puntos: Se propone que los individuos que superen una puntuación de 6, sean diagnosticados del Síndrome X frágil.

De Diego Otero Yolanda (1999), Estado actual de la investigación sobre el Síndrome X frágil. 9º Encuentro Internacional de Trabajo (Estrasburgo, Francia) Departamento de Genética Clínica. Universidad Erasmus de Rotterdam. Países Bajos.

Diego Otero Yolanda (2001), El Síndrome X Frágil. Edición de bolsillo. Publicado para la I Jornada Andaluza del Síndrome X Frágil. Disponible en <http://www.ctv.es/USERS/jgab/indice.htm>

López Pérez G et al (1997) X Frágil: Pautas Generales de Tratamiento. Madrid: Centro Leo Kanner.

Sin autor indicado (2000), Síndrome X-Frágil. Disponible en <http://www.aepap.org/faqpad/faqpad-xfra.htm>

Tejada Mª Isabel (1999), Síndrome X Frágil: Genética, Fisiopatología y Diagnóstico. Bilbao: Unidad de genética del Hospital de Basurto.

Abordajes terapéuticos.- En el momento actual y promovido por la necesidad de encontrar algún tipo de terapia que permita un tratamiento efectivo del síndrome, se están realizando en casi todos los países desarrollados, programas de investigación básica y aplicada sobre el síndrome. Uno de los objetivos principales de la investigación es conseguir una terapia de sustitución proteica o genética (Varios autores, 2002).

Con fondos gubernamentales en los países desarrollados y con ayudas de las Fundaciones Norteamericanas para la investigación del Síndrome X Frágil, se mantienen programas científicos para desarrollar posibles terapias, que palien los efectos dramáticos del síndrome en las personas que lo padecen. Tratan sobre modelos no humanos del síndrome en los que la investigación básica pueda realizarse sin dificultad, como son el modelo de levadura o el ratón nulo del gen Fmr-1. En este último se realizan importantes esfuerzos para identificar las posibles alteraciones del cerebro cuando la proteína FMRP está ausente en sus células.

En las enfermedades en las que el tejido afectado es el neuronal, como es el caso del Síndrome X Frágil, la actuación se complica, debido a que dirigir la terapia al sistema nervioso central es difícil por la complejidad estructural y funcional del tejido, por las barreras naturales que muestra y por el insuficiente conocimiento que se tiene aún sobre el sistema nervioso. En principio, la terapia génica puede ser no solo un tratamiento sino una cura radical de la enfermedad. Sin embargo será necesaria mayor investigación para conseguir superar los problemas que puede presentar el uso de la terapia génica en el Síndrome X Frágil y queda abierta la posibilidad de curación de los pacientes actuales o de aquellos que nazcan en el futuro (Varios autores, 2002).

También existen tratamientos farmacológicos que operan sobre la sintomatología, aunque no sobre las causas del síndrome. Por ejemplo, la hiperactividad es uno de los síntomas frecuentes, la que puede ser tratada mediante Metilfedinato, Pemolina y otros medicamentos que alivian la sintomatología. Por otra parte, el uso del ácido fólico en muchos casos mejora los problemas de atención, de lenguaje y los rasgos autistas, mientras que los antidepresivos pueden mejorar los comportamientos agresivos y los trastornos obsesivo-compulsivos de estos pacientes (Otero y otros, 1999). También se mencionan nuevos tratamientos que incluyen vitaminas y activadores neuronales los que, junto con pequeñas dosis de psicofármacos, consiguen mejorías completas en la calidad de vida de estos pacientes.

Concluimos así que los tratamientos biológicos basados en la ingeniería genética no son aún una realidad palpable, principalmente porque no hay un avance tecnológico suficiente que los permita. Tampoco los tratamientos farmacológicos resultan ser la única manera de abordar el síndrome, ya que se limitan a aliviar o suprimir síntomas, pero no son capaces de activar las potencialidades de desarrollo de estos niños.

El abordaje de niños con SFX involucra a múltiples profesionales, incluyendo maestras de educación especial, terapeutas del habla y lenguaje, terapeutas ocupacionales, psicólogos, consejeros genéticos y médicos (Cronister, 1996). Todos los niños afectados por el SXF requieren terapia del habla y lenguaje, terapia ocupacional pudiendo brindarse éstas a través de la escuela. Los varones en particular tienen problemas significativos de integración sensorial. Técnicas de calma, junto con terapias de coordinación motora fina y gruesa, deben ser llevadas a cabo por el terapeuta ocupacional. Para problemas de comportamiento severo, es esencial el trabajo con un psicólogo quien puede enseñar a la familia técnicas de reforzamiento y estructura del comportamiento positivo.

Indica Carrasco Maitena (2001) que las personas que padecen del SXF manifiestan una gran gama de discapacidades. Sin embargo tanto los padres como los educadores que están en contacto con ellos, concluyen que éstos tienen potencial sin explotar y lo que es más importante que poseen aptitudes para aprender una gran variedad de tareas necesarias para la independencia cotidiana, y para desarrollar en lo posible sus inquietudes vocacionales.

En este trabajo partimos de la base de que, si bien un tratamiento médico es necesario en el caso del Síndrome X frágil, no es suficiente: un abordaje integral supone un entorno educativo especial que debe instaurarse tanto en la escuela como en la familia.

Carrasco Mairena Mercedes (2001), Aspectos psicológicos y educativos del síndrome x frágil (SXF). Madrid: Aljibe.

Cronister, A (1996) Genetic Counseling. In Hagerman RJ and Cronister A. (eds) Fragile X Syndrome: Diagnosis, Treatment and Research - Second Edition, Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.

Otero y otros (1999), Síndrome X frágil y discapacidad mental hereditaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Varios autores (2002), Estado de las Investigaciones. Trabajo ha sido realizado por el Grupo de Investigación del Síndrome X Frágil, Departamento de Bioquímica Médica y Biología Molecular, Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.

Abordaje familiar.- El nacimiento de un niño con una discapacidad cambia para siempre el curso de una familia. Los padres de niños con X frágil aprenden a convivir con situaciones, que parecen insostenibles para la mayoría de la gente que lo ve desde afuera (Finucane B, 2002). Pero los padres sí lo soportan, y de manera positiva y creativa. Y por cada obstáculo que aparece, hay un detalle brillante, cuando un abrazo, una historia divertida o algún logro mayor les recuerda que han entrado en un mundo único y diferente. Los exagerados altibajos constituyen una versión magnificada de la "vida verdadera". Quizás, al ser los obstáculos más difíciles, sea más satisfactoria cada meta alcanzada.

De acuerdo a Candel Gil (1998), cuando nace un niño discapacitado, o cuando se detecta un problema, los padres se encuentran ante una situación inesperada y difícil. Muchos autores han descrito los sentimientos que afloran en esos momentos: angustia, rabia, desesperación, desconcierto. El hecho de que los padres, y toda la familia, puedan contar con profesionales capacitados y comprensivos que les informan, les apoyen y les orienten, constituye un elemento de capital importancia para lograr una buena adaptación. En este sentido, creo que los programas de atención temprana han jugado un papel relevante, ofreciendo a los padres la ayuda que necesitaban para conocer la deficiencia o la necesidad de su hijo.

Si, tal y como se ha demostrado, los primeros años constituyen un período de vital importancia para el desarrollo posterior, los programas de atención temprana deben resaltar, todavía más, esta faceta de apoyo familiar, habida cuenta de la influencia que tiene la dinámica familiar en el desarrollo global del niño, con o sin deficiencia. Y, dentro de esta parcela, hay que hacer una referencia obligada al capítulo de las relaciones padres-hijo, que se instauran en el mismo momento del nacimiento y que son la base sobre la que se edifican los comportamientos cognitivos, comunicativos, efectivos, sociales.

Sabemos que, en el caso de los niños discapacitados, los patrones de interacción pueden estar distorsionados, unas veces por las conductas poco reforzadoras de los propios niños, y otras porque los padres están especialmente perturbados. Lo cierto es que con mucha frecuencia se instalan, desde el principio, unas pautas socio-comunicativas que no son beneficiosas para nadie.

A veces nos preocupamos demasiado por ayudar a nuestros niños con necesidades especiales a adquirir habilidades y conocimientos, y nos olvidamos de aspectos adaptativos que afectan a la raíz de todos los comportamientos: habilidades de competencia social, adquisición de hábitos de autonomía e independencia personal, habilidades de comunicación, etc. Al mismo tiempo, no caemos en la cuenta de que la ayuda a la familia en su proceso de aproximación y adaptación al niño, resulta vital para el buen funcionamiento de ésta y del propio niño. Por tanto, hemos de insistir más en esta faceta de trabajo con la familia, cualquiera que sea la edad del niño que tenemos entre manos, de manera que padres y profesionales vayamos, de verdad, en la misma dirección. Es evidente que este planteamiento no está exento de dificultades, pero es la única manera de conseguir nuestros objetivos. ¿Cómo podemos pretender que haya integración escolar y social, si no hay integración familiar?

"Las reacciones de los padres hacia el niño retardado pueden ir desde la completa aceptación hasta el total rechazo de su insuficiencia. La primera reacción y la más común ante el fracaso del niño, es reprocharle a la escuela sus malos maestros, los malos métodos de enseñanza, las clases muy pobladas de alumnos y la falta de atención hacia las necesidades del niño. Otros padres reaccionan reprochándole al niño su pereza, su estado físico o invocan también la influencia 'perniciosa' de sus compañeros de escuela" (Erickson, 1994:133).

La comprensión de que el niño es mentalmente retardado no produce el mismo impacto en todas las familias. Begab (1956) realizó investigaciones acerca de la cantidad de factores que incluyen en las reacciones de los padres originadas por las deficiencias del niño. Por ejemplo, el problema de la aceptación era menos grave entre los padres inteligentes, con posibilidades económicas y emocionalmente maduros que entre los padres menos competentes. Para algunos padres, el niño retrasado representaba una amenaza para el ego de los padres como reflejo de sus propias insuficiencias, o como una frustración de las aspiraciones de toda la vida. Estos padres a menudo se mostraban incapaces o reacios a aceptar ayuda de afuera debido al estigma social que ellos asociaban con la deficiencia del niño. Por otra parte, en algunas familias la presencia de un niño mentalmente retrasado puede traducirse en una mayor unidad familiar, mientras que en otras puede provocar su desintegración. Deben tenerse en cuenta las fortalezas y debilidades de los padres, los temores, sentimientos de culpa y frustraciones, porque a menudo determinan la aceptación del niño.

Además de estos factores sugeridos por Begab, autores como Erickson (1994:136) han observado que los padres que sienten menos inclinados a aceptar un diagnóstico de retardo mental para el niño que tiene una conducta y apariencia aceptables. Así, "las familias de bajo nivel socioeconómico pueden encontrar difícil aceptar un diagnóstico de retardo para un miembro de la familia que nos demuestra mayor incapacidad que otros miembros de la familia, o de quien la familia espera tan poco que su insuficiencia no es reconocida" (Erickson, 1994:136).

Cuando los padres se enteran que su hijo es retardado, se ponen en marcha una serie de reacciones que pueden traducirse como enfermedades físicas, problemas mentales o quebrantamiento de la vida familiar (Isaacson, 1996:39).

La reacción más habitual de los padres es, primero, de alarma o pánico, y luego puede darse un restablecimiento de la afectividad normal o bien un periodo de postración anímica. En última instancia, refiere Isaacson (1996:40), ello dependerá de los mecanismos de defensa instrumentados por los padres frente a dicha situación ansiógena. Por ejemplo mediante la negación se niega la condición de retardado del niño, o mediante el aislamiento los padres hablan de manera 'objetiva' sobre el problema sin manifestar emociones.

También, uno de los factores que más contribuyen a la ansiedad de los padres es el sentimiento de culpa (Isaacson, 1996:49-50), cuando consideran que la causa del retardo mental del niño ha sido alguna condición o conducta de la cual se sienten responsables. Aunque la causa del retardo sea genética, ello no justifica que nadie se sienta culpable por haber tenido un hijo retrasado.

La tristeza es también una reacción habitual frente a la noticia de un hijo con retraso mental (Isaacson, 1996:57), pero esta tristeza no es debida a un estado de infelicidad que atribuyen al niño, sino a que comprenden sus grandes limitaciones adaptativas.

Las consideraciones anteriores de los autores consultados nos inducen a considerar la posibilidad de un abordaje sistémico de las familias con un miembro que padece el síndrome.

El objetivo terapéutico de los diversos modelos sistémicos consiste en la resolución del problema o síntoma presentado por el paciente identificado. Como este problema es considerado una expresión de la disfunción familiar, la solución del mismo dependerá del cambio en los patrones disfuncionales de interacción familiar (Feixas y Miró, 1993:264) o, si se quiere, del cambio de la estructura familiar. Cambios en elementos diversos del sistema pueden afectar favorablemente al problema, pues la familia es concebida como un todo interconectado (Feixas y Miró, 1993:257).

El objetivo terapéutico de la modificación de patrones de interacción personal, familiar, organizacional, etc., es lo que permite distinguir la psicoterapia sistémica de otros tipos de psicoterapia, tales como los modelos psicodinámicos (psicoanálisis), humanístico- existenciales, conductuales y cognitivos. El énfasis puesto en la interacción más que en el paciente aislado obliga a considerar la noción de sistema como central en estos enfoques terapéuticos. Según Feixas y Miró, los modelos sistémicos representan el marco conceptualmente más provocador y tecnológicamente más innovador de la psicoterapia actual (Feixas y Miró, 1993:252).

En nuestro caso, el niño con el Síndrome X Frágil se puede convertir en el paciente designado, entendiendo por tal "aquel miembro de la familia cuya conducta se rotula problemática. Aplicar este rótulo a un individuo puede llevar a clasificar de manera incorrecta a la familia entera, por ejemplo si se habla de 'familias esquizofrénicas' o de 'familias drogadictas'"(Umbarger, 1994).

El nacimiento de un niño con estas características es un nuevo acontecimiento que amenaza producir una modificación en el sistema, desequilibrándolo. Normalmente, frente a este desequilibrio el sistema se pondrá en marcha para reequilibrarse nuevamente, es decir buscar un nuevo equilibrio y así poder adaptarse a las exigencias de los diferentes estadios de su propio desarrollo.

No se trata de volver al equilibrio anterior sino de buscar un nuevo equilibrio que contemple e incluya la nueva situación. Esto es importante porque nos conduce a la clasificación de los sistemas familiares en dos grandes grupos: los sistemas rígidos y los sistemas flexibles. Un sistema familiar es rígido cuando es incapaz de encontrar nuevos equilibrios ante la variación de su ciclo vital. En cambio un sistema familiar es flexible cuando sí puede obtener ese nuevo equilibrio, y no sólo obtenerlo sino también conservarlo o mantenerlo.

Quiero destacar una diferencia entre el enfoque sistémico clásico, que utilizó generalmente el paciente esquizofrénico, con el enfoque que podría establecerse en el caso del paciente con Síndrome X Frágil.

Se supone que el paciente esquizofrénico expresa sus síntomas como efecto o expresión de una disfunción familiar. Sin embargo, esto no sería extensible al caso del niño con Síndrome X Frágil puesto que su sintomatología no tiene su raíz en un problema familiar sino en una anomalía genética. En estos casos, el niño con el Síndrome no expresaría en principio la disfunción familiar, lo que no impide que la familia pueda convertirlo en una especie de 'chivo expiatorio' de un mal funcionamiento familiar, adjudicándole al niño, por ejemplo, la peleas entre sus miembros, los malos entendidos y otros problemas de comunicación intrafamiliar.

Es recomendable un tratamiento de los problemas de comportamiento por el especialista, así como una colaboración estrecha con la familia para conseguir estructurar el entorno, prevenir la sobreestimulación, fomentar el lenguaje, conseguir el uso de técnicas calmantes y de refuerzo positivo de la conducta.

Debe ayudarse a los padres a entender los retrasos en el desarrollo de sus hijos, que en ocasiones es la tarea más difícil, así como sus comportamientos anormales. Debemos enseñarlos para que utilicen estrategias para estructurar el entorno, fomentar y facilitar la producción de habla y lenguaje, prevenir la sobreestimulación, utilizar técnicas terapéuticas calmantes y técnicas de reforzamiento positivo de la conducta.

Para intentar minimizar las alteraciones cognitivas provocadas por el síndrome en los individuos afectados, se puede seguir un programa de estimulación precoz que permitirá desarrollar y ampliar sus capacidades y habilidades al máximo. Para que sean eficaces deben iniciarse en los primeros años de vida. Este tipo de enfoque terapéutico puede llevarse a cabo de manera coordinada con la familia, que puede realizar una labor importante en la estimulación precoz del individuo afectado (Sin autor indicado, 2000).

Es innegable que la crianza de un niño con Síndrome X Frágil puede ser un gran desafío, pero lo fundamental es que los padres logren aceptar que su niño tiene limitaciones y hay ciertas cosas que no logrará hacer (Sin autor indicado, 1999).

También deben aprender que, como todo niño, necesita que se le pongan límites, por eso necesitan diferenciar cuando no puede hacer algo y cuando no quiere, de esta manera se le podrá suministrar la disciplina necesaria en el momento adecuado.

Además de cuidar de que reciba la atención médica necesaria, deberán asegurarse de que se sienta amado, ya que sin amor ningún abordaje tendrá éxito.

El ambiente familiar debe positivo y tranquilo. Es muy importante tratar de tener una rutina de horarios y apegarse a ella, ya que la estabilidad ayuda a que el niño no sienta confundido, evitándole frustraciones y las consecuentes rabietas.

El niño debe ser ayudado a ponerse metas razonables y poner énfasis en sus logros dándole pequeñas recompensas, especialmente elogiarlo por alcanzarlas y no exagere su reacción cuando falla, procurando que entienda que todos se equivocan alguna vez.

Nada de esto es fácil pero se puede lograr, conocer a otras familias que están en la misma situación puede ser de gran ayuda, pregunte a su médico si los puede conectar con alguna asociación de padres de niños Síndrome X Frágil.

Pueden también realizar trabajos simples y repetitivos como llevar libros, llenar cajas, subir escaleras, andar en bicicleta, etc. Se pueden realizar movimientos rítmicos, escuchar sonidos vibrantes o música y ritmos relajantes como rutina diaria. Se pueden usar técnicas de yoga y respiración como parte del proceso de aprendizaje (Otero y otros, 1999).

Los padres no deben esperar milagros: adaptarse al hecho de que se tiene un hijo retardado es difícil y lleva tiempo.

Isaacson (1996:59) indica que los cambios deseables en los padres cuando se enteran del nacimiento de un hijo con retraso tiene relación con, en primer lugar, la aceptación de los hechos, frente a ellos mismos frente al cónyuge y frente a los demás; en segundo lugar, comprender que la nueva situación es una oportunidad para amar, asignando así gran importancia al afecto, tanto hacia el otro cónyuge como hacia el niño; y en tercer lugar, los padres pueden proyectarse más allá de ellos mismos interviniendo el asociaciones que velan por los intereses de niños retrasados, ayudando o colaborando con establecimientos dedicados a su educación, etc.

La habituación a nuevas situaciones debe hacerse paulatinamente, empezando desde el hogar, ampliando sus actividades a otros lugares aumentando el tiempo a medida que el niño consiga adaptarse y disfrutar. Compartir el tiempo de juego con amigos debería iniciarse en la casa con otro niño, aumentando el número de amigos a medida que empieza a sentirse cómodo y alegre. En los casos donde la relación con el otro es difícil, puede ser útil aprender a jugar con un animal doméstico (Otero y otros, 1999).

Realizar actividades en comunidad o en grupo permite a estos niños llevar un estilo de vida más calmado y equilibrado. Pueden cuidar animales domésticos, andar a caballo, hacer artes marciales, y ayudar en las tareas domésticas. Es beneficioso relacionarse con otros niños en zonas de juegos como parques y plazas (Otero y otros, 1999).

Begab M (1956) Factors in counseling parents of retarded children, American J. Defic, Vol 60, 515-524.

Candel Gil Isidoro (1998), Bases de la integración: familiar, escolar y social. Artículo publicado originalmente en "Revista Síndrome de Down", 15: 131-134, 1998. Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Cultura en Murcia (España).

Erickson Marion (1994) Como es el niño retardado. Buenos Aires, Paidós.

Feixas G. y Miró M.T., (1993) Aproximaciones a la psicoterapia, Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós.

Finucane Brenda (2002), Impacto emocional del síndrome x frágil en la familia. Wiscosin: Genetic Services Elwyn, Inc.

Isaacson Robert (1996) El niño retardado mental. Lugar Editorial.

Otero y otros (1999), Síndrome X frágil y discapacidad mental hereditaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Sin indicación de autor (1999), Qué es el Síndrome X Frágil. Disponible en: http://www.plazabebe.com/salud/enfermedadesdelbebe_sindromex.htm

Sin autor indicado (2000), Síndrome X-Frágil. Disponible en <http://www.aepap.org/faqpad/faqpad-xfra.htm>

Umbarger C, (1994) Terapia familiar estructural. Barcelona: Paidós.

Abordaje escolar.- Los problemas de integración del niño en la escuela con el síndrome, dependerán de cuáles sean sus puntos fuertes y sus puntos débiles, ya que no todos los niños con este síndrome presentan las mismas características.

En relación con los puntos fuertes, respecto de sus habilidades de pensamiento y resolución de problemas, los niños con el síndrome muestran a menudo un perfil irregular que puede desconcertar a

padres y educadores. Tienden a hacer mejor las tareas de procesamiento simultáneo (por ejemplo pueden identificar un dibujo aunque le falten partes importantes), pero tienen más problemas en cambio en el procesamiento secuencial (por ejemplo disponer en el orden correcto una serie de dibujos que representan una historia con significado (Furgang R, 2000).

Los niños con este síndrome tienen también una gran memoria a largo plazo y, en particular, memoria visual. Poseen también buenas técnicas de imitación verbal: tienden a repetir lo que oyen, sobre todo si es una palabra interesante, incluyendo palabras indeseables, por lo que resulta importante que se les oriente en el uso adecuado del lenguaje.

En cuanto a sus puntos débiles, quizás la deficiencia más notable es la dificultad para dar respuestas verbales cuando se le piden. Tienen problemas también en hablar sobre lo que conocen, sobre todo cuando están excitados. Pueden verse agobiados por demasiado lenguaje. Por ejemplo, hablarle mucho puede sobrecargarlo y excitarlo, por lo que no es conveniente pedirle que responda preguntas en manera continuada y sí hablarle pausadamente.

También pueden tener problemas en completar tareas relacionadas con la planificación motora y habilidad en motricidad fina. Así, utilizar hojas de trabajo, escribir en el pizarrón o copiar algo será difícil y poco significativo para ellos (Furgang R, 2000).

La presencia en el sistema escolar de alumnos con características diversas, como es el caso de los alumnos con discapacidades, evidencia la necesidad de que los profesores tengan que enfrentarse a una gran variabilidad de formas de aprender, de diferencias individuales que se traducen en distintos ritmos de aprendizaje, diferentes predisposiciones para aprender, desiguales intereses y apoyo familiar. Este hecho plantea la necesidad de buscar estrategias organizativas y didácticas diversas que permitan dar respuesta a puntos de partida distintos ante los contenidos de los alumnos, necesidades e intereses diferentes. Retos todos ellos a los que no es fácil dar solución (Arnaiz Sánchez P, 1995).

Presentan dificultades en la transición y los cambios, dificultades en las funciones reguladoras entre las que están los problemas para mantener la atención, la modulación de los niveles de actividad y la impulsividad. También muestran dificultades en las capacidades oralmotoras, motora gruesa y fina y visomotora; problemas en las habilidades sociales y del lenguaje; dificultades en el habla, como la rapidez, los desórdenes en el ritmo, dispraxias verbales, haciendo en muchos casos que el habla sea incomprensible. Se pueden citar otras características como déficit cognitivo que va desde problemas de aprendizaje a retraso mental severo, lo que conduce a limitaciones importantes en el desarrollo de la vida diaria.

La interacción con sus pares normales en la escuela presenta también ciertos problemas: los niños 'normales' pueden discriminarlos o evitar estar con ellos, aunque no siempre es así. También, cabe suponer que la misma institución educativa tenga una cultura organizacional que tienda a privilegiar la educación de los más aptos, y limitarse a contener emocionalmente a los niños menos aptos.

Diego Otero Y (2001) propone un tratamiento psicopedagógico conductual. En él, se debe tener en cuenta que como en cualquier síndrome, en el Frágil X, no todos los rasgos asociados están siempre presentes en todos los que lo padecen, siendo por tanto necesario en primer lugar saber las necesidades y habilidades de cada niño. Con frecuencia estos pacientes tienen habilidades para la imitación, la memoria visual, el humor y son prácticos a la hora de resolver un problema y aprender. La debilidad más común es la incapacidad para organizar la información y actuar sobre la misma de una forma efectiva. Teniendo en cuenta esto, los niños frágil X, necesitan apoyo en las siguientes áreas:

- Atención, hiperactividad e impulsividad.
- Aprendizaje.
- Habla y lenguaje.
- Procesamiento de la información sensorial.
- Problemas de comportamiento.

Las recomendaciones más frecuentes son:

- -Técnicas de autogobierno del comportamiento que incluyen fijar la meta, autocontrol, autorreforzamiento y ajuste de metas.
- -Terapia tanto para el habla como para el lenguaje, así como terapia para desarrollar el vocabulario y el lenguaje social. Estos niños presentan lenguaje acelerado, con ritmo desordenado, dispraxia verbal, articulación pobre, perseverancia, habla tangencial, falta de sencillez y naturalidad.
- -Técnicas de integración sensorial.
- -Servicios de educación especial, incluyendo un entorno educativo de apoyo que permita la modificación del formato instructivo y del plan de estudios.
- -Utilizar materiales visuales que el niño pueda usar para aprender nuevas habilidades y rutinas.

- -Utilizar materiales y temas que tengan gran interés para el niño, y así aprenderá con los objetos que realmente le gusten, se deben usar además objetos o fotografías de la vida real y dejar tiempo para que el niño responda y formule preguntas.
- -Hacer que el niño participe en actividades de pequeños grupos. La imitación, en la que es muy apto, es buena para que adquiera un lenguaje social y un comportamiento adecuado.

Para el tratamiento del síndrome X frágil se ha propuesto también la logopedia (López Pérez G et al, 1997), entendiéndose por tal el tratamiento de problemas de lenguaje. Los niños con el X Frágil trabajan mejor con terapia de logopedia individual o para grupos pequeños, al encarar sus problemas. Por ejemplo, en el marco de pequeños grupos, los niños pueden practicar el uso del lenguaje para hacer amigos y mantener conversaciones yendo por parejas. En las sesiones de tratamiento individual, el logopeda puede centrarse en la producción de sonidos correctos, comprensión de un concepto particular del lenguaje o dirigirse hacia otros objetivos del tratamiento. Algunos niños con disfunción severa del lenguaje pueden necesitar además un sistema de comunicación complementario, tal como un tablero de dibujo o un ordenador, para ayudarles a expresar sus necesidades.

Las alteraciones en el lenguaje y habla de los pacientes con el síndrome son rasgos muy frecuentes (De Diego Y, 1999). En los varones suele observarse mayor velocidad, ritmo irregular y dispraxia verbal (falta de planificación motora del habla). Para conseguir una pronunciación adecuada es necesario realizar movimientos finos suaves y rápidos con la lengua y los labios, esta terapia intentará conseguir que el paciente desarrolle la capacidad de hablar a través de estímulos visuales, auditivos y motores, presentando la información como una imagen única que será mas fácil de aprender para este tipo de pacientes.

El rendimiento suele disminuir a medida que el lenguaje adquiere estructuras y conceptos abstractos, pero estos pacientes tienen muy desarrollada una capacidad alta de imitación verbal. La verborrea, los comentarios evasivos y el contacto visual escaso, serán otros problemas que deberá tratar el logopeda, teniendo siempre en cuenta la dificultad de adaptación a nuevos ambientes en estos pacientes, por lo que el tratamiento será difícil hasta que el paciente se adapte a los nuevos cambios y a la terapia.

Conseguidas unas metas de aprendizaje de concepto en estos pacientes y debido a sus limitaciones intelectuales, es posible continuar el aprendizaje en un taller de terapia ocupacional, en los que podrán desarrollar una actividad productiva satisfactoria debido a sus buenas habilidades motoras. En muchos de estos pacientes es muy útil realizar una integración sensorial junto con la terapia ocupacional, lo que favorece su relajación y concentración (Sin autor indicado, 2000).

Ayudar en tareas de transporte de material pesado, realizar tareas mecánicas y repetitivas rutinarias es muy útil para reducir las tensiones que acumulan. Estos esfuerzos permiten a estas personas sentirse útiles y desarrollar todas sus capacidades al máximo.

Las sillas son un punto crítico en relación con las dificultades a la hora de adoptar posturas. Las sillas o pupitres típicos del colegio deben ser modificados. Es muy útil rodear la silla con espuma, pero algo más efectivo es sentar al niño en un cojín con forma de rosquilla o un cojín de agua. El uso de pelotas como asientos es una terapia que mejora la postura, atención y el desarrollo motor.

El propósito de las escuelas es preparar a los niños para que funcionen en la sociedad. Para conseguir esta meta, todos los niños deben sentir que pertenecen a una misma sociedad. Esto, por tanto, requiere que los niños sean educados juntos sin tener en cuenta la presencia o ausencia de una incapacidad (Ramos F, 1994).

Las escuelas tienen la obligación de enseñar temas académicos. Sin embargo, existen otras importantes actividades que los niños adquieren durante sus años de escuela y que los prepara para funcionar dentro del mundo adulto. Los niños con y sin SXF no pueden aprender a relacionarse y a apreciar la diversidad que existe en el mundo adulto si no están bastante tiempo juntos cuando son niños. Meter a niños en colegios especiales excluye las oportunidades de aprender a relacionarse y valorar a los demás. El separar a los niños, basándose en la presencia de una incapacidad, deja secuelas a lo largo de la vida.

El que un niño con SXF sea incluido en una educación regular no siempre significa que esté físicamente presente a todas horas en la clase de educación regular. Algunos niños tienen handicaps que hacen que tengan que abandonar la clase de vez en cuando. Por ejemplo, un niño con hiperactividad extrema no es capaz de aguantar siete horas en ninguna habitación (educación regular o especial).

El niño con SXF no está "roto". Algunas veces lo que se necesita es "fijar" el entorno o cambiar lo que o cómo esperamos que el niño aprenda, mejor que emplear todos nuestros esfuerzos en enseñar al niño a hacer las cosas de la manera que otros niños la hacen.

Indica Erickson que la información obtenida sobre individuos mentalmente retrasados durante el periodo escolar y postescolar confirman la necesidad de establecer metas más específicas para su educación, como las siguientes (Erickson, 1994:67):

- Aceptación personal y social: El énfasis debe recaer sobre el desarrollo de la conducta, apariencia, actitudes, habilidades y hábitos que hacen al individuo aceptable para sus compañeros. Debe desarrollar la capacidad necesaria como la comprender las ideas ajenas y

expresar las suyas propias, dedicándose especial atención a corregir defectos visuales, auditivos, lingüísticos y de cualquier otro tipo que puedan inhibir su aceptación social.

- Seguridad e independencia: El programa educacional debe permitir al niño crecer según sus propios tiempos y procurar la seguridad que se deriva de la compatibilidad entre la capacidad y lo que se espera de él.
- Satisfacción personal: Aunque el rendimiento del niño retrasado será más bajo, podrá comprender que está realizando progresos si su programa contiene lo necesario para su constante mejoramiento y aprendizaje, lo que mejora la oportunidad de encontrar satisfacción en sus actividades.
- Adquisición de saberes básicos para la independencia: Aunque el planeamiento educacional para niños retardados debe procurar el ajuste de sus incapacidades y limitaciones, no debe perder de vista muchas áreas en las cuales el niño puede rendir normalmente. Es el máximo desarrollo de las áreas intactas el que determina la adaptación del individuo a la sociedad. Por ejemplo, en los grados primarios en énfasis del programa debiera recaer sobre normas y reglamentos, respeto a la autoridad y a los derechos de los demás, respeto a la propiedad, responsabilidad de trabajar en un grupo, etc.

Señala Erickson que “el éxito del programa escolar para los niños mentalmente retrasados depende en gran parte de la comprensión y cooperación de los padres” (Erickson, 1994:131), ya que es la actitud de estos últimos los que determinan su seguridad y estabilidad. Las tensiones emocionales normales pueden agravarse si por ejemplo los padres muestran una excesiva preocupación por el limitado rendimiento de sus hijos. El niño mentalmente retrasado es menos capaz que el niño normal de comprender las reacciones de sus padres y frecuentemente desarrolla problemas de comportamiento que inhiben aún más su adaptación” (Erickson, 1994:133).

Para Wallin (1974a:72), algunos de los principales objetivos de la educación de los niños deficitarios son los siguientes: a) que sean capaces de bastarse a sí mismo, b) que puedan adaptarse al medio social, tengan espíritu de cooperación y sean socialmente activos, y c) que estén libres de actitudes, hábitos perturbadores o desequilibrios de la personalidad que puedan haberse desarrollado directa o indirectamente a causa de sus defectos y constituyan un obstáculo para su adaptación social y económica.

Para lograr tales objetivos, el autor mencionado sugiere un programa de intervención que tenga en cuenta tres recomendaciones: primero, realizar un correcto diagnóstico del niño intentando comprender sus necesidades, motivaciones y estimación de su capacidad general. Segundo, suministrar al niño cuanto antes una dirección educacional especializada y estímulo para el aprendizaje. Y tercero, proporcionar un eficaz servicio de empleos a los alumnos que abandonan las clases especiales.

En la etapa escolar es beneficioso estar en un colegio de integración por la capacidad de aprendizaje por imitación. Es bueno no sobreestimar su deficiente desarrollo cognitivo con ambientes excesivamente exigentes, pues su velocidad de aprendizaje es menor que en el resto del grupo y suelen llegar a un límite de desarrollo (Sin autor indicado, 2000).

El apoyo psicopedagógico es fundamental en estos niños para conseguir desarrollar al máximo las potencialidades individuales y corregir aquellas conductas que interfieren en el aprendizaje. Por ello sería útil que asistiesen a clases de educación especial dentro de su programa educativo integrado. También puede ser muy útil el uso de las nuevas tecnologías, como la informática, para mejorar el desarrollo cognitivo con programas informáticos específicos.

Arnaiz Sánchez menciona algunos indicadores para adecuar la programación del aula a la diversidad (Arnaiz Sánchez et al, 1997)

- * Diseñar actividades que tengan diferentes grados de realización.
- * Diseñar actividades diversas para trabajar un mismo contenido.
- * Proponer actividades que permitan diferentes posibilidades ejecución.
- * Proponer actividades que se lleven a cabo con diferentes tipos de agrupamientos: gran grupo, pequeño grupo, e individual.
- * Planificar actividades de libre ejecución por parte de los alumnos según intereses.
- * Planificar actividades que tengan aplicación en la vida cotidiana.

Éstas son las recomendaciones más frecuentes (Ramos F, 1994)

- 1.- Control médico para los problemas de atención y comportamiento.
- 2.- Terapia tanto para el habla como para el lenguaje, combinada con una terapia profesional para desarrollar el vocabulario, el lenguaje social y la pragmática.
- 3.- Terapia profesional con un terapeuta especializado en técnicas de integración sensorial.
- 4.- Servicios de educación especial, incluyendo un entorno educativo de apoyo que permita la modificación del formato instructivo y del plan de estudios.

- 5.- Utilizar materiales visuales que el niño pueda usar para aprender nuevas habilidades y rutinas.
- 6.- Utilizar materiales que tengan gran interés para el niño, y así aprenda con los objetos que realmente le gustan.
- 7.- Hacer que el niño participe en actividades de pequeños grupos. La imitación es buena para que adquiera un lenguaje social y un comportamiento adecuado.
- 8.- Las dificultades en el proceso auditivo también tienen que ser consideradas en todos los esfuerzos pedagógicos. La información que se le transmite al niño tiene que ser en frases cortas y simples.
- 9.- Hay que ir modificando el material pedagógico para que siempre esté a la altura del desarrollo del niño y que le dé el suficiente apoyo para que consiga el éxito por el que está trabajando. La demostración y la repetición de las tareas son muy útiles para enseñar nuevas habilidades y rutinas.
- 10.- Todos los que trabajen con estos niños tienen que perseguir el mismo propósito, por tanto tiene que haber una coordinación en el trabajo.

Respecto de la relación con pares, se recomienda que los niños con SXF participen en programas de primera intervención que incluyan niños normales (Ramos F, 1994). La diferencia física, intelectual, y social entre los niños con SXF y los niños normales tienden a pronunciarse a medida que crecen. Es más fácil establecer relaciones entre niños con y sin SXF y entre los padres, si se hace en los primeros años.

Es beneficioso para los niños con SXF el participar en programas de preescolar y escolar integrados. El aprendizaje incidental o fortuito aparece cuando los niños de SXF se relacionan con niños sin problemas, ya que los niños con SXF tienden a ser bastante sociables y a imitar. Se ha observado que en niños con SXF integrados en programas escolares, hay un avance en las habilidades relacionadas con la lengua, sociales, y motoras.

Las asignaturas especiales para alumnos retardados "por lo general consisten en labores prácticas que los preparan directamente para la vida más que para una educación superior. Varias asignaturas ocupacionales adiestran a los alumnos para dedicarse inmediatamente a alguna profesión, y otras tienen que ver con sus intereses vocacionales" (Wallin J, 1974:55).

Deben disponerse "escuelas, aulas y clases especiales, y el número de alumnos asignados a cada maestro debe permitir la individualización a fin de brindar a cada alumno la oportunidad de progresar según sus posibilidades" (Wallin J, 1974:56).

Furgang cita algunas estrategias de ayuda en la evaluación formal del niño para indagar sus capacidades y habilidades (Furgang R, 2000):

- a) Dejar un tiempo para que el niño se familiarice con el examinador y el entorno físico.
- b) Idear un sistema visual que de al niño una idea sobre los requerimientos de la prueba.
- c) Consultar a padres y terapeutas sobre aquello que tranquiliza al niño.
- d) Evaluar en el momento en que la medicación presumiblemente está haciendo más efecto.
- e) Realizar la evaluación más adelante si el niño se muestra muy inquieto o se niega a hacer la prueba. Algunos niños se prestan a cooperar luego del segundo intento.
- f) Documentar cualquier observación que pueda ayudar a identificar estilos de aprendizaje o puntos fuertes en el niño.

Según la experiencia de algunos autores (Furgang R, 2000), los niños con el Síndrome tienen a menudo dificultades para funcionar en clases regulares sin ayuda extra o en clases de educación especial típicas, por cuanto sus limitaciones no están previstas por el sistema educativo estándar. Por ejemplo, algunos varones pueden ser muy capaces de identificar números o letras tempranamente, pero suelen tener problemas cuando deben usar esa información en forma significativa (por ejemplo el lectura) ya que tienen dificultades para el pensamiento secuencial. Además, y dada la gran diversidad de habilidades de los niños con este síndrome, no hay un tipo particular de clase que concentre las necesidades de 'todos' los niños con el síndrome X frágil.

El mismo autor indica la conveniencia de ofrecer clases pequeñas y estructuradas en pequeños grupos que permitan la instrucción personalizada y a cargo de un profesor especial. En estas clases deben estar también niños normales, ya que el síndrome X frágil tiene una gran facilidad para imitar conductas, y sin duda no los beneficiaría interactuar con otros niños con el mismo problema. Por ejemplo, se ha constatado (Furgang, 2000) que emparejar a un niño X frágil con un compañero con capacidad verbal da mejores resultados que trabajar con terapias uno a uno con el instructor.

Es importante también mantener un ritmo rutinario y sin cambios bruscos, porque ello sobresalta e impone a estos niños para el aprendizaje. Además, se recomienda utilizar agendas visuales y escritas para seguir las actividades diarias, reducir al mínimo la cantidad de ruido y distracciones visuales, y mantener a los niños constantemente ocupados en alguna actividad.

Furgang (2000) establece algunas orientaciones generales para el trabajo en la escuela con niños con el Síndrome X frágil:

- Mantener una colaboración constante entre los profesionales que atienden al niño, y que cada uno lleve una libreta explicando lo que va haciendo. También son recomendables las reuniones periódicas con los padres.
- Empezar las sesiones son una actividad motora gruesa (por ejemplo cargar pesos), para ir luego pasando a actividades motoras más finas.
- Hacer pausas entre las actividades para alertarlos y prepararlos para la próxima actividad.
- Es preferible trabajar varios periodos cortos de tiempo y no realizar clases largas. Permitir intervalos durante el día donde haga de mensajero, recadero, etc.
- Permitir al niño entradas orales como chicles, caramelos, etc. Tener materiales calmantes al alcance de los niños.
- Darle tiempo a procesar la información cuando se le dan preguntas o instrucciones. Evitar consignas largas.

La escuela, en general, deberá disponer de servicios especializados, como terapia del habla y del lenguaje, terapia ocupacional, terapia física, educación física adaptada y formación de habilidades sociales. Los puntos fuertes y los puntos débiles de cada niño podrán orientar el programa a implementar con cada uno de ellos.

Un último punto importante es la prevención. Con demasiada frecuencia (Candel Gil I, 1998) se detectan las necesidades educativas muy tarde, cuando el niño ya está en el primer ciclo de la Educación Primaria. En ocasiones, los padres han preferido esperar porque no daban importancia a la problemática de su hijo, al ser éste muy pequeño, desperdiciando así unos años preciosos. Esta tardanza dificulta, de forma especial la adaptación familiar, provocando la instauración de conductas erróneas: evitación, falsas expectativas, superprotección.

La prevención no se trata, solamente, de detectar los problemas que puede presentar un niño en sus primeros años y tratar de remediarlos, sino, sobre todo, de ayudar a su familia a enfocar correctamente la cuestión para influir positivamente en el desarrollo integral de su hijo. Esto cobra especial relieve en el caso de los niños llamados de alto riesgo o de los niños sin patología evidente, ya que sus déficits no son muy llamativos y suelen pasar inadvertidos, dando la cara a edades más avanzadas, lo cual provoca un notable desajuste en el ámbito familiar y en las relaciones de los padres con su hijo y con los profesionales.

Arnaiz Sánchez, P y Garrido Gil, C. (1997), Las adaptaciones curriculares en la Educación secundaria. En N. Illán Romeu y A. García Martínez (coord.): La diversidad y la diferencia en la Educación Secundaria: retos educativos para el siglo XXI. Málaga: Aljibe.

Candel Gil Isidoro (1998), Bases de la integración: familiar, escolar y social. Artículo publicado originalmente en "Revista Síndrome de Down", 15: 131-134, 1998. Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Cultura en Murcia (España).

De Diego Otero Yolanda (1999), Estado actual de la investigación sobre el Síndrome X frágil. 9º Encuentro Internacional de Trabajo (Estrasburgo, Francia) Departamento de Genética Clínica. Universidad Erasmus de Rotterdam. Países Bajos.

Diego Otero Yolanda (2001), El Síndrome X Frágil. Edición de bolsillo. Publicado para la I Jornada Andaluza del Síndrome X Frágil. Disponible en <http://www.ctv.es/USERS/jgab/indice.htm>

Erickson Marion (1994) Como es el niño retardado. Buenos Aires, Paidós.

Furgang Raquel (2000), Puntos fuertes y débiles en el Síndrome X frágil. Disponible en <http://www.arrakis.es>

López Pérez G et al (1997) X Frágil: Pautas Generales de Tratamiento. Madrid: Centro Leo Kanner.

Ramos F (1994), El Síndrome X Frágil, material educativo de la Fundación Nacional del X Frágil de Estados Unidos. Traducción al español de material publicado bajo los auspicios de The National Fragile X Foundation en USA. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Número 53 de la Colección Rehabilitación.

Sin autor indicado (2000), Síndrome X-Frágil. Disponible en <http://www.aepap.org/faqpad/faqpad-xfra.htm>

Wallin J (1974) El niño mentalmente deficiente. Incluido en Wallin J y otros, El niño deficiente. Buenos Aires, Paidós.

Wallin J (1974a) La educación de los deficientes. Incluido en Wallin J y otros, El niño deficiente. Buenos Aires, Paidós.

Abordajes comunes.- Tanto en el abordaje familiar como en el escolar, padres y maestros deben siempre considerar la posibilidad de integrar otros profesionales como médicos y terapeutas físicos, ya que la farmacoterapia y los tratamientos físicos con también indispensables en el abordaje del síndrome. La farmacoterapia y la fisioterapia son abordajes comunes a la familia y la escuela.

Respecto de la farmacoterapia, en la actualidad no se ha desarrollado un tratamiento curativo para el síndrome que permita recobrar el estado normal en los pacientes nacidos con esta enfermedad, pero sí hay fármacos que tratan de forma efectiva muchos de los síntomas descritos, aliviando y permitiendo en muchos casos llevar una vida familiar y social más normalizada (Sin autor indicado, 2000).

El uso de medicación psicotrópica puede ser extremadamente útil para muchos niños con SXF. En la niñez temprana el foco es mejorar la atención y concentración, la disminución de las rabietas y la agresión (si está presente). Para el niño preescolar hay a menudo un efecto adverso de la medicación estimulante, como por ejemplo un incremento de la irritabilidad con el metilfenidato (Hagerman Randi J, 1999).

Los tratamientos físicos intentan abordar los Mecanismos de Posturas (Ramos F, 1994). Es importante para el paciente conocer la alineación de su cuerpo y las sinergias (concurso activo y concertado de

varios órganos para realizar una función) de posturas más efectivas que hagan que tenga unos tipos de posturas más eficientes.

Se recomiendan terapias de movimiento, incluyendo el yoga y estrategias como karate, bicicleta, montar a caballo, esquiar, excursionismo, etc.; cualquier cosa que al niño le interese y lo mantenga en movimiento. En este marco hipotético hay que añadir una serie de indicaciones táctiles, visuales y auditivas que facilitan el cambio en los mecanismos de posturas. El autor consultado (Ramos F, 1994) ha descubierto que usando un acercamiento integral sensorial se es capaz de mejorar el equilibrio, la fuerza de los músculos y desarrollar posturas más maduras, así como una mejor precisión y fluidez en los movimientos.

Para el desarrollo del mecanismo respiratorio, de nuevo se recomienda trabajar sobre la alineación del cuerpo y después hacer trabajos específicos sobre el mecanismo oral y estrategias de respiración para personas con SXF. Todos los terapeutas profesionales coinciden en que la respiración afecta las posturas de una persona y su desarrollo en general.

Hagerman Randi J. (1999), Síndrome de X frágil: Un modelo de relación gen-cerebro-comportamiento. Disponible en <http://usuarios.advance.com.ar/omowen/QUEES.htm>

Sin autor indicado (2000), Síndrome X-Frágil. Disponible en <http://www.aepap.org/faqpad/faqpad-xfra.htm>

SÍNTOMA

Definición.- 1. Todo cambio estructural o peculiaridad funcional que indica la presencia de una enfermedad o perturbación de un individuo determinado. 2. (*Psicoanálisis*) Distorsión o desplazamiento del inconsciente deseo de satisfacción de la libido, que asegura a ésta una satisfacción segura pero encubierta. En la neurosis, representa el equivalente a algún trauma infantil que ha sido reprimido y que pertenece a la esfera del inconsciente.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Indicador subjetivo de un proceso orgánico y/o funcional (vivencia de la fiebre). De hecho, el síntoma aislado -considerado en sí mismo- no resulta anormal o morboso. Se considera que el síntoma es la unidad mínima descriptible en psicopatología. Por otra parte, se pueden clasificar los síntomas como primarios (rectores, nucleares o patognomónicos), es decir, que nos orientan hacia un diagnóstico determinado, y síntomas secundarios, cuando no cumplen los criterios etiológicos o descriptivos de la entidad nosológica en la que se han identificado.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 88.

Generalidades.-La concepción de síntoma psiquiátrico que se maneja condiciona la investigación neurobiológica y la terapéutica. La psiquiatría, a diferencia de otras especialidades médicas, se basa en el valor de síntomas mucho más que en el de signos. La validez científica de esos síntomas condiciona su valor predictivo, que tiene una vertiente diagnóstica y otra terapéutica, un valor heurístico (científico) y un valor predictivo (clínico). Tienen también cada síntoma un cierto carácter de disfunción psicobiológica y otro de expresión cultural y social. El síntoma puede ser considerado una conducta relacional catalogada como anómala o bien puede ponerse el énfasis en su naturaleza de disfunción orgánica, neurobiológica. Sigue vigente el debate entre la concepción del síntoma como realidad objetiva que se descubre y como construcción cultural. Si se considera una señal cerebral hay que tener en cuenta la elaboración que el sujeto construye en respuesta a esa señal. Los síntomas psicopatológicos derivan de la empatía personal y son interpretados de forma diferente por cada uno de los agentes del sistema sanitario (médico, paciente, familia...).

Santo-Domingo, J; Baca, E; Medina, A; et. al. Debate sobre Teoría del Síntoma. ARCHIVOS DE PSIQUIATRÍA. 2005 JUL; 68(3).

Según el psicoanálisis.- El psicoanálisis clásico considera a la formación neurótica de síntomas como análoga a la elaboración de los sueños: en ella el síntoma lleva a cabo un compromiso entre el deseo reprimido y los dictados del agente represor.

Rycroft Ch., Diccionario de Psicoanálisis, Buenos Aires, Paidós, 1976.

Según el enfoque sistémico.- "Designa conductas que son señal de disfunción así en individuos como en la familia como un todo. La teoría psicodinámica y la teoría de sistemas sostienen que un síntoma indica círculos más amplios de patología, pero el punto de vista familiar entiende que el síntoma se puede constituir en foco de intervención así como de tratamiento del contexto interpersonal en que está inserto".

Umbarger C, "Terapia familiar estructural", Barcelona, Paidós.

Según el enfoque sistémico.- Según Papp, desde el enfoque sistémico, el cambio no es una solución única a un problema único, sino un dilema a resolver. Así, si la familia "es vista como un sistema autorregulador y el síntoma como un mecanismo de regulación, y se elimina el síntoma, entonces el sistema quedará temporariamente desregulado" (Papp P, 1988:25). El cambio entonces impone un precio

por cuanto va a repercutir sobre el resto del sistema. Por lo afirmado por Papp, puede inferirse que en realidad los cambios van dándose a lo largo de etapas: en una primera etapa se desestructura o desregula el funcionamiento familiar, mientras que en una segunda etapa se vuelve a reestructurarla de una manera no disfuncional.

Papp destaca además otra cuestión importante: no se puede cambiar el sistema sin cambiar el síntoma. La familia suele pensar que el síntoma es exterior al sistema o sea, 'nada tiene que ver con ellos' y por tanto puede ser cambiado por separado. Sin embargo, aquí "el terapeuta conecta el síntoma y el sistema para mostrar que no se puede cambiar uno sin cambiar el otro, de manera que el punto central no es eliminar el síntoma sino qué sucederá si se lo elimina, qué precio deberá pagar la familia por su eliminación" (Papp, 1988:29).

Papp Peggy (1988) El proceso de cambio. Buenos Aires: Paidós.

Síntoma y sistema.- Hay que ir del síntoma al sistema. Por ejemplo si de la dificultad para 'tocar' un vaso (síntoma) nos desplazamos a la dificultad para tocarse uno a otro, la imagen sale del terreno sintomático y se adentra en la zona de las relaciones interpersonales. Es el ejemplo de Sara, una paciente designada con conductas obsesivas. El síntoma puede así verse como la expresión de un modelo de contención de los problemas familiares que permite que estos se manifiesten y equilibren.

Condensado de Andolfi (1993) Tiempo y mito en la psicoterapia familiar. Capítulo 3.

Síntoma neurótico.- Comportamiento patológico que revela la presencia de una neurosis. Constituye un motivo de sufrimiento porque organiza la vida de la persona impidiéndole realizar actividades productivas, sin que esta pueda hacer mucho por revertir la situación. Por ejemplo, la agorafobia puede impedir a la persona salir de su casa y por lo tanto tendrá serios problemas para trabajar, divertirse o estudiar. En las personas normales los comportamientos 'neuróticos' son adaptativos porque son utilizados bajo el control del yo para poder llevar a cabo actividades productivas. Por ejemplo, es preciso ser obsesivo para analizar un problema, histérico para seducir o fóbico para enfrentar un peligro.

Ejemplos de síntomas neuróticos son: obsesivos (perfeccionismo, avaricia, limpieza, duda, rituales), histéricos (seducción, ensoñación), fóbicos (evitación, contrafobias).

Cazau P (2003) Vocabulario de psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Generalidades.- Es aquello que no funciona, que anda mal. El síntoma implica sufrimiento, y el sufrimiento implica un sujeto:

síntoma ---> sufrimiento ---> sujeto

Si hay síntoma hay sufrimiento (la inversa no es necesaria).

Si hay sufrimiento hay sujeto (la inversa no es necesaria).

Lo que se considere síntoma dependerá de la idea de salud y de la concepción de sujeto que se tenga. Si ser sano es estar adaptado, síntoma significará desajuste adaptativo. El sujeto no tiene un síntoma: es el síntoma quien tiene al sujeto.

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

Síntoma para el psicoanálisis.- La idea de síntoma está condensada en la Conferencia 23 de Freud. El síntoma indica el retorno de algo reprimido del orden sexual: la represión es un activo ignorar, es un querer no saber que sin embargo retorna. El síntoma es una formación del inconciente, y como tal busca cumplir un deseo inconciente, siendo el deseo rector de orden sexual. Tal es el sentido del síntoma, y por ello es posible descifrarlo, interrogarlo.

El síntoma presenta dos caras:

a) Es un retorno de la pulsión (es satisfacción sustitutiva).

b) Es un retorno de pensamientos (es una formación de compromiso, y por ello es descifrable. Los pensamientos o ideas se combinan formando otra idea de compromiso para satisfacer sustitutivamente una pulsión, un deseo).

Condensado de Saúl, Lo inconciente, síntoma, angustia y represión. Clases dictadas en la cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1996.

SOMATIZACIÓN

Definición.- Término que designa un proceso en el cual el cuerpo o soma participa con la psique en la producción de síntomas histéricos y que expresa un reconocimiento del carácter psicosomático de todos los trastornos funcionales, o bien una negación de que la distinción entre funcional y orgánico sea absoluta, basándose en el supuesto de que las reacciones de transformación y de conversión y la transformación de acontecimientos junto a su carga emocional, producen un cambio somático.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

SONAMBULISMO

Generalidades.- 1. Fenómeno que consiste en el deambular del sujeto en pleno sueño. Cuando el sueño tiene todas las características del fisiológico, el fenómeno suele recibir el nombre de *Noctambulismo*. Si por el contrario, el sueño es provocado, tenemos el *Sonambulismo Hipnótico*. También existe el *Sonambulismo Histérico*, y, dentro de éste, el *Sonambulismo Simulado*. Todas estas variedades tienen características muy diferentes, siendo fácil su distinción. El sonámbulo en su deambular, pone en acción un ensueño, caminando con cierta rigidez de autómatas, característica, con los ojos muy abiertos, la mirada fija y las pupilas mióticas, y así lleva a efecto diversos actos que le son habituales en la vida cotidiana (vestirse, comer, escribir, etc.), y aun otros desacostumbrados y riesgosos (caminar por los techos, etc.), todo ello estando dormido y, por lo tanto, sin percibir conciente las imágenes que, por tener los ojos abiertos, se dibujan en su retina. El sonámbulo puede responder correctamente a algunas preguntas, y generalmente obedece las órdenes que recibe. 2. (*Psicoanálisis*) Freud sostiene que, en ocasiones, la naturaleza de estos estados y el grado en que son inaccesibles para el resto de los procesos concientes puede variar en forma muy semejante a la de la hipnosis. La hipnosis fluctúa entre el sueño liviano y profundo, y el sonambulismo entre la memoria completa y la amnesia absoluta. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

SUEÑO

Alteraciones del sueño en el trastorno bipolar.- En esta revisión, los autores exponen en detalle los conocimientos actuales sobre el papel crucial que el sueño y sus alteraciones desempeñan en el trastorno bipolar. Múltiples líneas de investigación sugieren que el deterioro del sueño puede inducir y pronosticar episodios maníacos. Asimismo, el tratamiento de la alteración del sueño puede servir tanto como objetivo del tratamiento como una medición de respuesta en la manía. La fase depresiva de la enfermedad bipolar se caracteriza por una alteración del sueño que puede tratarse con terapias somáticas centradas en el sueño y en los ritmos circadianos. El insomnio residual durante el período eutímico puede suponer una vulnerabilidad a la recaída afectiva en pacientes vulnerables. Dada la importancia del sueño en todas las fases del trastorno bipolar, se detallan en profundidad la evaluación adecuada y el abordaje de la alteración del sueño en pacientes con trastorno bipolar.

David T. Plante; John W. Winkelman, Alteraciones del sueño en el trastorno bipolar: Implicaciones terapéuticas. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 JUL; 165(7):830-843.

SUICIDIO

Generalidades.- Algunas personas buscan realmente morir, pero en otros casos son formas de comunicar dolor, buscar venganza, etc. Es quizá la causa más frecuente de urgencia psiquiátrica, y la persona suicida es difícil de identificar con certeza. Suelen resistirse a la hospitalización y suelen padecer crisis recurrentes.

En EEUU es la novena causa de muerte. La mayoría de los casos son intentos de suicidio, más común entre las mujeres. No hay edad para el suicidio, pero en los hombres un alto porcentaje ocurre después de los 45 años, y en la mujer después de los 55 años. Hay un riesgo máximo también al final de la adolescencia en los varones. La raza blanca se suicida dos veces más que cualquier otra, aunque va el aumento el suicidio de negros. Los católicos se suicidan menos que en otras religiones. y el estado civil casado también disminuye el riesgo de suicidio.

El estado de salud influye: el 70% de los suicidas mueren con alguna enfermedad crónica. En cuanto a la profesión, entre los médicos se suicidan más psiquiatras. Riesgo especial hay también entre músicos, dentistas, abogados y agentes de seguros. En cuanto al método, en general las mujeres usan fármacos, y el hombre armas de fuego.

Durkheim dividió los suicidios en tres tipos: egoístas (en individuos no integrados al medio social), altruístas (por excesiva integración al medio social), y los anómicos (donde hubo un desequilibrio entre individuo y sociedad y el primero queda sin normas de conducta).

Para Freud, el suicidio es un deseo reprimido de matar a alguien, que se vuelve sobre uno mismo.

A su vez, suicidio y depresión parecen expiarse mutuamente: un intento de suicidio puede eliminar una depresión, y salir de una depresión llevar al suicidio.

Estudiando los sobrevivientes de suicidios, se vio que los suicidas entraban en cuatro categorías: 1) los que se matan porque esperan una vida mejor, 2) los que tienen una psicosis con alucinaciones y delirios, 3) los que buscan vengarse de una persona querida, 4) los viejos o enfermos que ven en el suicidio una liberación.

Para predecir un suicidio, se consideró si había estado antes hospitalizado, si había violencia, depresión, y alguna pérdida reciente o actual.

En cuanto al tratamiento, al paciente debe preguntársele si las cosas le van tan mal como para justificar que se mate. Si responde que sí, pedir más detalles. Hay que mostrarse comprensivo y estar alerta ante algún intento.

Kaplan H y Sadock B, *Compendio de psiquiatría*. México: Salvat. Capítulo 25.

Generalidades.- Los suicidios "incluyen todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, la que es conciente de la meta a lograr. Para algunos autores... es importante ocuparse de los denominados *suicidios indirectos*: accidentes de tránsito, huelgas de hambre, el rechazo a tomar la medicación necesaria" (pág. 37).

Casullo M y Fernández Liporace M, *Investigación sobre riesgo suicida en adolescentes. Prácticas psicológicas en la escuela*. En Investigaciones en Psicología, Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Año 2 N° 2, 1997.

Según Durkheim.- Durkheim intentó por explicar porqué aumentaban los suicidios en las sociedades occidentales desde fines del siglo 19. Pensó que debía haber algo más que un simple factor psicológico (personalidad, historia privada), ya que este solo explica porqué una persona y no otra se suicida, pero no explica el aumento de suicidios en un cierto momento. Pensó entonces en un factor social, independiente del factor psicológico.

Comenzó buscando estadísticas de suicidios en diversos países y épocas, y obtuvo unas treinta generalizaciones empíricas del tipo "los países protestantes tienen tasas más altas de suicidio que los católicos". Luego comenzó a buscar una interpretación y una explicación de estos resultados, es decir, buscar cual es el proceso social, lo común, que supuestamente subyacía en las generalizaciones descubiertas.

Durkheim supuso entonces que entre los católicos hay menos suicidios porque tienen una mayor disciplina dogmática y unidad grupal que los preserva de la autodestrucción. También el estar casado procura una defensa contra la autodestrucción, por ello los casados se suicidan menos que los célibes. En suma, allí donde hay sólidos vínculos sociales (integración y cohesión social), el suicidio decrece.

Surge así la explicación sociológica del suicidio, la que debe encontrarse en el grado de integración y solidaridad social del grupo (o grado de apoyo social que el grupo da al individuo y lo capacita para manejar su tensión personal). Así, la explicación del aumento de suicidios en Europa debía encontrarse en los profundos cambios económicos, políticos y sociales resultantes de la industrialización, que contribuyeron a debilitar la cohesión social.

Condensado de Greenwood E (1973), Metodología de la investigación social. Buenos Aires: Paidós.

Suicidio y terapia cognitiva.- "Las llamadas terapias cognitivas son una buena herramienta para evitar que las personas que han tratado de suicidarse vuelvan a intentarlo. Según un estudio publicado en el "Journal of the American Medical Association", estas psicoterapias reducen a la mitad la recurrencia de las tentativas suicidas, ya que mejoran a los pacientes en estados depresivos y las sensaciones de desesperanza que suelen motivar el deseo de quitarse la vida. "Dado que un intento de suicidio previo aumenta de 38 a 40 veces el riesgo de suicidio y que ésta es la cuarta causa de muerte en los adultos mayores de 65 años, una terapia de probada eficacia que prevenga la reincidencia posee implicaciones muy importante sobre la salud pública", declaró el doctor Tomas Insel, director del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH, por sus siglas en inglés), entidad que financió la investigación, la cual evaluó a 120 personas con recientes intentos de suicidio. Los pacientes fueron seleccionados de entre cientos que acudieron al servicio de emergencia del hospital de la Universidad de Pennsylvania; la mayoría de ellos (el 58%) había tratado de suicidarse a través de sobredosis de drogas. Mientras que el 77% presentaba una historia de depresión mayor, un 68% hacía abuso de drogas ilícitas. Tras su admisión al ensayo clínico, la mitad de estas personas fue derivada a sesiones de terapia cognitiva, mientras que la mitad restante recibió los habituales cuidados terapéuticos que recibe un suicida. Durante el año y medio que duró el estudio, sólo el 24% de los pacientes que recibieron terapias cognitivas trató de matarse nuevamente, contra el 42% del grupo control. Aunque la presencia de pensamientos suicidas fue igual en ambos grupos, los que recibieron terapia cognitiva tuvieron una menor incidencia de depresión y de sentimientos de desesperanza, "lo que parece estar más asociado (que los pensamientos suicidas) en el riesgo de volver a intentar suicidarse". Para Gregory Brown y sus colegas, la efectividad de la terapia cognitiva se debe en parte a que es una psicoterapia de corta duración que se ajusta a las necesidades de estos pacientes tan reacios a mantenerse en tratamiento por largo tiempo".

Expertos señalan la eficacia de las terapias cognitivas para controlar las tentativas suicidas. JAMA. 2005 AGO; 294(5):563-570.

Intento de suicidio.- "El *parasuicidio* comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta; dichos actos deben ser poco habituales. Así, por ejemplo, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se ubican en este rubro" (pág. 36).

Casullo M y Fernández Liporace M, *Investigación sobre riesgo suicida en adolescentes. Prácticas psicológicas en la escuela*. En Investigaciones en Psicología, Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Año 2 N° 2, 1997.

Suicidio en niños y adolescentes.- "Se examinan los síntomas clínicos y los trastornos psiquiátricos comórbidos de niños y adolescentes depresivos con y sin ideación suicida clínicamente significativa. Los autores reclutaron a niños y a adolescentes con edades comprendidas entre los 7- 17 años con trastorno depresivo mayor actual DSM-III-R (MDD) (N = 135) entre enero de 1987 y abril de 2002. Los síntomas actuales de MDD y los trastornos psiquiátricos comórbidos en el curso de la vida fueron evaluados mediante una combinación del Cuestionario infantil para los Trastornos Afektivos y la Esquizofrenia y las versiones de episodios actuales o la versión actual del curso de la vida. El 32% (N = 43) de los sujetos depresivos se clasificaron como suicidas (por lo menos ideación suicida con un plan).

La juventud suicida depresiva presentó un episodio más severo ($p = 001$) y un estado funcional más pobre ($p = 019$), estaba más desesperada ($p = 001$), y presentó con más frecuencia insomnio ($p = 011$). Hubo una interacción entre el estado pubertal del sexo del suicidio para la severidad del MDD ($p = 013$), la presencia de desesperación ($p < 001$), el estado funcional pobre ($p = 023$), y la comorbilidad con una historia en el curso de la vida de cualquier comportamiento disruptivo ($p = 019$). Entre los varones depresivos prepubertales, los niños suicidas tenían un aumento perceptible la severidad de la MDD ($p = 025$) y un estado funcional más pobre ($p = 044$) que los niños no suicidas. Entre las mujeres depresivas postpubertales, las niñas suicidas estaban con mayor frecuencia desesperadas ($p = 008$) y presentaron una severidad creciente de MDD ($p = 022$) y una historia en el curso de la vida de mayor frecuencia de cualquier comportamiento disruptivo ($p = 03$) en comparación con las niñas no suicidas.

Parece existir una diferencia de sexo para algunas características clínicas, particularmente la desesperación, entre niños y adolescentes depresivos suicidas. Si la desesperación es una característica específica del sexo de niños y adolescentes depresivos suicidas requiere mayor estudio".

Rémy P. Barbe; Douglas E. Williamson; Jeffrey A. Bridge; Boris Birmaher; Ronald E. Dahl; David A. Axelson; Neal D. Ryan, Diferencias clínicas entre niños y los adolescentes depresivos suicidas y no suicidas. J CLIN PSYCHIATRY. 2005 ABR; 66(4):492-498.

Suicidio, estrés y depresión.- "El propósito del estudio fue determinar si los pacientes con una historia de episodio de depresión mayor y trastorno por estrés postraumático comórbido (TEP) tienen un riesgo más elevado para los intentos de suicidio y difiere en otras medidas del comportamiento suicida, comparado con los pacientes con episodio depresivo mayor pero sin TEP. Además, para examinar cómo el TEP comórbido puede aumentar el riesgo del comportamiento suicida en episodios de depresión mayor, los autores investigaron la relación entre el TEP, el trastorno de personalidad de clúster B, el abuso sexual o físico infantil, y la agresión/ impulsividad.

Los sujetos fueron 230 pacientes con una historia en el curso de la vida de episodio depresivo mayor, 59 también habían sufrido TEP comórbido en el curso de la vida. Se compararon las características demográficas y clínicas de los sujetos con y sin TEP. Se utilizó un análisis multivariante para examinar la relación entre el comportamiento suicida y la historia en el curso de la vida de TEP, con un ajuste para los factores clínicos conocidos por estar asociados al comportamiento suicida.

Los pacientes con una historia en el curso de la vida de TEP tenían considerablemente más probabilidades de haber tenido un intento de suicidio. Los grupos no se diferenciaron respecto a las ideas o intentos suicidas, número de intentos realizados, o mortalidad máxima de los intentos. El grupo con el TEP tenía marcadores más elevados de depresión objetiva, impulsividad, y hostilidad; índices más altos de trastornos de la personalidad de clúster B del comórbidos; y más probabilidades de manifestar una historia de abusos en la niñez. Sin embargo, el trastorno de la personalidad de clúster B era la única variable independiente relacionada con los intentos de suicidio en el curso de la vida en un modelo de regresión múltiple.

El TEP es con frecuencia comórbido con los episodios de depresión mayor, y su co-ocurrencia realza el riesgo para el comportamiento suicida. Un índice más alto de trastornos de la personalidad de clúster B comórbido parece ser un destacado factor que contribuye a un riesgo mayor para los actos suicidas en los pacientes con una historia de episodios de depresión mayor que también tienen TEP, comparados con aquellos con episodios de depresión mayor solamente".

Maria Oquendo; David A. Brent; Boris Birmaher... (et.al), Trastorno por estrés postraumático comórbido con depresión mayor: factores que median la asociación con el comportamiento suicida. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2005 MAR;162(3):560-566.

Suicidio en adolescentes.- En este estudio se analizó la participación conjunta de variables psicológicas, familiares, demográficas, y religiosas en la predicción del intento suicida en adolescentes. La muestra, seleccionada al azar, estuvo formada por 51 hombres y 60 mujeres, cuyas edades iban de 14 a 18 años. Se usó un análisis de trayectoria que establecía como variable criterio al intento suicida y como variables predictoras a la ansiedad estado y la ansiedad rasgo, la depresión, actitudes hacia el suicidio, la ideación suicida y el motivo para el suicidio, la asistencia a la iglesia, el NSE y el sexo. Se encontró que la ideación suicida, el rasgo de ansiedad, el motivo y la depresión están relacionados con el intento suicida. Pero al realizar el análisis de trayectoria tan solo la ideación suicida fue un predictor directo y el rasgo de ansiedad un predictor indirecto del intento suicida.

Intervención psicosocial en el suicidio.- Con casi un millón de personas muriendo debido al suicidio, mundialmente cada año, reducir el índice de conducta suicida es una prioridad en muchos países. Objetivos: Examinar si las intervenciones psicosociales adicionales posteriores a un episodio autolesivo reduce la probabilidad del suicidio subsiguiente. Método: Llevamos a cabo una revisión sistemática y un meta-análisis de datos de ensayos controlados aleatorios de intervenciones para personas después de la autolesión. La probabilidad de suicidio se comparó calculando la diferencia de raíz reunida en el índice de suicidio con el 95% de intervalo de confianza. Resultados: Obtuvimos los datos del suicidio de 18 estudios con una población total de 3918. Ocurrieron dieciocho suicidios entre las personas a las que se les ofreció tratamiento activo y 19 entre aquellas a las que se les ofreció cuidado estándar (diferencia de raíz reunida en índice de suicidio 0.0,95% IC -0.03 a 0.03). El índice total de suicidio entre las personas participantes en los ensayos fue similar a la referida en los estudios de observación de personas que se autosesionaban. Conclusiones: Los resultados de este meta-análisis no proporcionan evidencia de que las intervenciones psicosociales adicionales subsiguientes a la autolesión tengan un marcado efecto sobre la probabilidad del suicidio subsiguiente.

Crawford M y Thomas O, Intervenciones psicosociales después de la autolesión: Revisión sistemática de su eficacia en prevenir el suicidio. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 ENE;190(1).

Diferencias transculturales.- El objetivo del estudio fue investigar las diferencias transculturales entre pacientes con esquizofrenia que intentaron o no suicidarse. Participaron, 609 pacientes con esquizofrenia según el DSM-IV y 371 con trastorno esquizoafectivo, en el Ensayo Internacional de Prevención del Suicidio (InterSePT). Los pacientes fueron sub-divididos en 5 grupos de acuerdo a las diferentes regiones geográficas de reclutamiento: América del Norte (NA), Europa (EU), Europa del Este (EEUR), Sudáfrica (SAf), y América del Sur (SA). Las principales variables clínicas en cuanto al tiempo de vida fueron comparadas, dentro de cada grupo, entre quienes intentaron y no intentaron suicidarse. La presencia de trastornos comórbidos tales como el abuso de sustancias y fumar se asoció con intentos de suicidio en todos los grupos geográficos considerados excepto en SAf. Para las otras variables clínicas se encontraron varias diferencias a través de los diferentes grupos. Las variables relacionadas con la conducta suicida fueron similares en los cinco grupos investigados con diferencias sólo en la edad del primer intento de suicidio (más temprano en la muestra NA) y el número de intentos de suicidio (más alto en la muestra NA). Los resultados de este estudio muestran que, mientras que algunas características clínicas relacionadas con el suicidio en pacientes esquizofrénicos son consistentes mundialmente sugiriendo la influencia de rasgos biológicos estables, otras variables en cambio pueden variar a través de diferentes áreas geográficas sugiriendo por tanto influencias ambientales.

A.C. Altamura, E. Mundo, R. Bassetti, A. Green, J.P. Lindenmayer, L. Alphs and H.Y. Meltzer. Diferencias transculturales en las tentativas de suicidio: Análisis en una población de alto riesgo de pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. SCHIZOPHR RES. 2007 ENE; 89(1).

Suicidio en pacientes esquizofrénicos con y sin trastorno obsesivo-compulsivo.- Esta investigación examina el comportamiento suicida en personas con esquizofrenia que tienen (N=24) y no tienen trastorno obsesivo compulsivo comórbido (TOC) (N = 33). Los pacientes con TOC-esquizofrenia fueron más propensos a tener un historial previo de tentativas e ideaciones suicidas. El número de tentativas suicidas anteriores fue significativamente mayor en pacientes con TOC-esquizofrenia que en pacientes "Sin TOC"- esquizofrenia. Los pacientes con un historial de tentativas de suicidio anteriores fueron más propensos a tener un diagnóstico de TOC comórbido. Los síntomas compulsivos fueron pronosticadores significativos de las tentativas de suicidio en pacientes con esquizofrenia. Nuestros resultados preliminares pueden sugerir que los síntomas obsesivo-compulsivos pueden explicar la aparición del suicidio en pacientes con TOC y esquizofrenia.

Levent Sevincok, Aybars Akoglu and Filiz Kokcu, Suicidio en pacientes esquizofrénicos con y sin trastorno obsesivo-compulsivo. SCHIZOPHR RES. 2007 FEB; 90(1).

Suicidio y esquizofrenia.- Este estudio de seguimiento de diez años examinó la prevalencia y los pronosticadores de suicidio iniciales más relevantes en pacientes esquizofrénicos. En 1993, se valoraron a 3470 pacientes que cumplieron con los criterios ICD-10 para la esquizofrenia. Utilizamos los datos nacionales de defunción para identificar a los pacientes que habían muerto por suicidios para cada año incluido en este estudio. De esta forma, calculamos los índices de mortalidad estandarizados, ajustando la edad y sexo concerniente a la población en general. Utilizamos los modelos de peligro proporcionales de Cox para investigar factores de riesgo sociodemográficos y clínicos potenciales. Encontramos 141 suicidios en la cohorte durante el período de seguimiento, correspondiendo a un riesgo de suicidio que fue aproximadamente 16 veces mayor que el de la población en general. Las mujeres tuvieron índices de mortalidad estandarizados ligeramente mayores que los hombres. El suicidio fue la causa de muerte en más de la mitad (53.9%) de las muertes que ocurrieron durante el primer año de seguimiento y casi una

tercera parte (31.8%) de aquellos que ocurrieron en el período de diez años del estudio. Se encontraron cuatro pronosticadores de suicidio significativos iniciales que permanecieron en el modelo de regresión logístico final: género masculino, abuso de drogas, tentativas de suicidio anteriores y duración corta de la enfermedad. El sexo, edad y un historial de tentativa de suicidio debe considerarse particularmente en la valoración del riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos. Nuestros resultados también enfatizan la necesidad de la detección y manejo eficaz del abuso de droga comórbido asociado.

Frédéric Limosin; Jean-Yves Loze; Alain Philippe; Françoise Casadebaig; Frédéric Rouillon. Estudio de seguimiento prospectivo de diez años sobre la mortalidad por suicidio en pacientes esquizofrénicos. SCHIZOPHR RES. 2007 AGO;94(1):23-28.

Suicidio y eventos traumáticos.- Objetivo: Determinar si la exposición a determinados tipos de eventos traumáticos está diferencialmente asociada con intentos de suicidio en una muestra representativa de personal militar activo.

Método: Los datos provinieron de la Encuesta de Salud Comunitaria Canadiense: Salud Mental y Bienestar de las Fuerzas Armadas Canadienses (CCHS-CFS), una encuesta seccional transversal que ofreció un examen comprensivo de los trastornos mentales, la salud y el bienestar del personal militar canadiense activo actualmente (n=8441; edades de 16 a 54 años; tasa de respuesta 81.1%). Se preguntó a los respondedores sobre la exposición a 28 eventos traumáticos que ocurrieron durante el transcurso de su vida. Se midieron los intentos de suicidio utilizando una pregunta sobre si alguna vez en su vida la persona "había tenido un intento de suicidio o si trató de quitarse la vida."

Resultados: La prevalencia de intentos de suicidio durante la vida de hombres y mujeres militares canadienses activos actualmente fue del 2.2% y 5.6%, respectivamente. Los traumas sexuales y otros interpersonales (por ejemplo, violación, agresión sexual, abuso conyugal, abuso infantil) estuvieron significativamente asociados con intentos de suicidio tanto en hombres (ratios ajustados [AORs] que oscilan entre 2.31 y 4.43) como en mujeres (ratios ajustados [AORs] que oscilan entre 1.73 a 3.71), incluso después de ajustar los factores sociodemográficos y trastornos mentales. Además, el número de eventos traumáticos experimentados se asoció positivamente con un riesgo creciente de intentos de suicidio, indicando un efecto de dosis-respuesta de la exposición al trauma.

Conclusiones: El presente estudio es el primero en demostrar que los eventos traumáticos sexuales y otros eventos interpersonales están asociados con intentos de suicidio en una muestra representativa de hombres y mujeres militares canadienses activos.

Shay-Lee Belik; Murray B Stein; Gordon JG Asmundson; Jitender Sareen. Relación entre eventos traumáticos e intentos de suicidio en personal militar canadiense. CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2009 FEB; 54(2):93-104.

Suicidio y eventos traumáticos.- Contexto. Investigaciones anteriores han mostrado que la exposición a eventos traumáticos, especialmente al trauma sexual durante la niñez, se asocia con un mayor riesgo de intento de suicidio. Sin embargo, no existe información disponible si el mayor riesgo de intento de suicidio se relaciona principalmente con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) después de experiencias traumáticas o se aplica también a las personas que experimentaron el trauma, pero no desarrollan el TEPT.

Objetivo. Examinamos la asociación entre la exposición a eventos traumáticos con y sin TEPT como resultado y el riesgo de un posterior intento de suicidio en una muestra comunitaria de jóvenes adultos urbanos.

Diseño. Un estudio de cohorte dio seguimiento a jóvenes adultos quienes habían participado en un ensayo aleatorio de todos los estudiantes de primer año que ingresaron en 19 escuelas públicas.

Escenario. Baltimore, Maryland, un escenario urbano.

Participantes. Un total de 1698 adultos jóvenes (edad media, 21; 47% varones; 71% Afroamericanos) quienes representaron el 75% de la cohorte original de 2311 personas.

Principal medida de resultado. El riesgo relativo de un posterior intento de suicidio asociado con TEPT y con exposición a traumas agresivos y no agresivos (sin TEPT), según lo estimado utilizando el análisis de supervivencia de tiempo discreto.

Resultados. El trastorno de estrés postraumático estuvo asociado a un riesgo mayor de un intento de suicidio posterior. La asociación entre un intento de suicidio-TEPT fue robusta, incluso después del ajuste para un episodio depresivo mayor previo, abuso o dependencia del alcohol y abuso o dependencia de drogas (riesgo relativo ajustado, 2.7; intervalo de confianza 95%, 1.3-5.5; P<.01). En contraste, la exposición a eventos traumáticos sin TEPT no se asoció con un mayor riesgo de intento de suicidio.

Conclusiones. El trastorno de estrés postraumático es un predictor independiente del intento de suicidio. La exposición a eventos traumáticos sin TEPT no está asociada a un posterior intento de suicidio.

Holly C. Wilcox; Carla L. Storr; Naomi Breslau. Trastorno de Estrés Postraumático e intentos de suicidio en una muestra comunitaria de jóvenes adultos americanos urbanos. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2009 MAR; 66(3):305-311.

Terapia cognitivo-conductual para la prevención del suicidio.- Objetivo: Describir los elementos de un manual basado en la terapia cognitivo-conductual para la prevención del suicidio (CBT-SP) y reportar

su viabilidad en la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida en adolescentes que recientemente intentaron suicidarse.

Método: La CBT-SP fue desarrollada utilizando una reducción del riesgo y un enfoque de prevención de recaída y teóricamente basado en los principios de la terapia cognitivo-conductual, terapia dialéctica conductual y terapias dirigidas para jóvenes suicidas con depresión. El CBT-SP consiste en fases agudas y de continuación, cada una con una duración alrededor de 12 sesiones e incluye un análisis de cadena de eventos suicidas, desarrollo de un plan de seguridad, adquisición de habilidades, psicoeducación, intervención familiar y prevención de recaída.

Resultados: La CBT-SP se administró a 110 pacientes depresivos con tentativas de suicidio recientes en edades de 13 a 19 años (promedio de edad 15.8 años, SD 1.6) en todos los cinco sitios académicos. Se completaron doce o más sesiones por el 72.4% de la muestra.

Conclusiones: Una intervención específica para adolescentes con alto riesgo de intentos de suicidio repetidos ha sido desarrollada y basada en el manual, y parece factible realizar pruebas adicionales de su eficacia.

Stanley, Barbara; Brown, Gregory; Brent, David A...(et.al) Terapia cognitivo-conductual para la prevención del suicidio (CBT-SP): Modelo de tratamiento, viabilidad y aceptabilidad. JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY. 2009 OCT; 48(10):1005-1013.

Suicidio en el trastorno depresivo mayor.- Objetivo: Identificar en una muestra de población antioqueña con trastorno depresivo mayor y antecedente de conducta suicida las características que se asocian a intentos de suicidio de alta letalidad.

Método: Se evaluaron 140 sujetos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y antecedente de, al menos, un intento de suicidio, por medio de una entrevista diagnóstica semiestructurada. De acuerdo con las características del intento de suicidio más serio, los sujetos se dividieron en grupos de menor letalidad (letalidad leve y moderada) y mayor letalidad (letalidad alta y extrema), los cuales se compararon en variables sociodemográficas y clínicas.

Resultados: Los sujetos con intentos de suicidio de letalidad alta y extrema con mayor frecuencia vivían solos, tenían antecedente de más de un intento de suicidio y presentaban dependencia a nicotina y a sustancias psicoactivas diferentes al alcohol. En el análisis multivariado se estableció que vivir solo y la dependencia a sustancias psicoactivas se asociaron de manera independiente con los intentos de suicidios de letalidad alta y extrema.

Conclusiones: Los hallazgos del presente estudio se corresponden con las características clínicas descritas en estudios previos en asociación con intentos de suicidio de alta letalidad. Los presentes resultados se proponen como factores para tener en cuenta en la valoración del riesgo suicida en sujetos con trastorno depresivo mayor.

Alejandro Aristizábal Gaviria; Andrea González Morales; Carlos Palacio Acosta...(et.al) Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. 2009 SEP; 38(3):446-463.

Comorbilidad del suicidio.- Antecedentes: Un número creciente de la literatura implica al trastorno depresivo mayor (MDD) y el trastorno de estrés postraumático (PTSD) como factores de riesgo para la ideación suicida (SI) y los intentos de suicidio (SA), aunque la investigación no ha examinado adecuadamente sus contribuciones diferenciadas al riesgo creciente del suicidio prospectivo o transversalmente.

Métodos: Se examinó la contribución de estos trastornos y de su comorbilidad a SI y SA, utilizando una muestra probabilística nacional de mujeres (n=3,085) y covariantes para la historia de trauma, abuso de sustancias y variables demográficas.

Resultados: Los análisis transversales indicaron que la comorbilidad durante la vida de MDD y PTSD estuvo asociada con una prevalencia mucho mayor de SI que de cualquier diagnóstico único; la prevalencia de SI fue elevada y comparable únicamente para PTSD y MDD. Los grupos de diagnóstico comórbido y únicamente PTSD, exhibieron una mayor prevalencia de SA que aquellos con únicamente MDD. Por último, un análisis prospectivo de dos años indicó que el PTSD en la línea base por sí solo, fue predictivo de un mayor riesgo de SI subsecuente que únicamente MDD, aunque el diagnóstico comórbido no diferenció de cualquier PTSD único o MDD único.

Conclusiones: Parece que el PTSD es un predictor particularmente fuerte de SI y SA. En general, únicamente el 16% de mujeres con SA durante la vida no tenían una historia de MDD o PTSD, destacando la importancia de evaluación de estas variables al evaluar el riesgo de suicidio.

Jesse R. Cougle; Heidi Resnick; Dean G. Kilpatrick. PTSD, depresión, y su comorbilidad en relación al suicidio: Análisis transversal y prospectivo de una muestra nacional probabilística de mujeres. DEPRESSION AND ANXIETY. 2009 DIC; 26(12):1151-1157.

Suicidio y psicosis.- Antecedentes: Los individuos con primer episodio de psicosis demuestran altas tasas de intentos de suicidio (SA).

Objetivos: 1) Examinar la prevalencia y factores de riesgo para los SA en una cohorte de primer episodio de psicosis (FEP) durante un período de seguimiento de 7.4 años. 2) Investigar las diferencias entre un único versus múltiples intentos de suicidio.

Métodos: Este estudio reporta datos de la línea base y de seguimiento desde un seguimiento naturalista y prospectivo de 413 pacientes con FEP tratados en un centro de especialidad de psicosis temprana. Las evaluaciones se realizaron a la entrada del tratamiento, remisión de los síntomas iniciales o de estabilización y seguimiento a largo plazo. Se utilizaron modelos de regresión logística binaria para evaluar las asociaciones no ajustadas y ajustadas entre la enfermedad temprana y las características sociodemográficas y dos medidas de resultado: cualquier SA durante el seguimiento; y múltiples SAs.

Resultados: Se encontraban disponibles los datos de seguimiento de 282 participantes. Sesenta y uno (21.6%) hizo un intento de suicidio durante el período de seguimiento, incluyendo 12 suicidios exitosos. Los siguientes factores de riesgo de la línea base incrementaron el riesgo de cualquier SA: historial de auto-lesión (OR= 4.27; $p < 0.001$), tendencias suicidas (OR= 2.30; $p = 0.022$), ser depresivo para $> 50\%$ del episodio psicótico inicial (OR= 2.49; $p = 0.045$), y desesperanza (OR= 2.03; $p = 0.030$). Un historia de problema de consumo de alcohol incrementó el riesgo de múltiples SAs (OR= 4.43; CI 95% (1.05-18.7); $p = 0.043$).

Discusión: En este estudio la prevalencia de intento de suicidio excede los informes de estudios FEP a corto plazo, pero es comparable a estudios de seguimiento a largo plazo, indicando que el riesgo permanece siendo elevado por lo menos 7 años después del inicio del tratamiento. El predictor clave de intentos de suicidio futuros fue la auto-lesión previa, indicando que se requieren de intervenciones para las auto-lesiones.

J. Robinson; M.G. Harris; S.M. Harrigan... (et.al) Tentativa de suicidio en primer episodio de psicosis: Un estudio de seguimiento de 7.4 años. SCHIZOPHR RES. 2010 ENE; 116(1):1-8.

Suicidio y trastorno bipolar I y II.- Objetivo: La prevalencia de los intentos de suicidio (SA) en el trastorno bipolar II (BPII), particularmente en comparación con la prevalencia en el trastorno bipolar I (BPI), es un tema controvertido y poco estudiado con resultados mixtos. Hasta la fecha, no ha habido ninguna revisión exhaustiva de los datos de prevalencia publicados por intentos de suicidio en BPII.

Métodos: Realizamos una revisión de la literatura y meta-análisis de informes publicados que especificaron la proporción de individuos con BPII en su presentación de datos sobre SA. La búsqueda sistemática reunió 24 informes que proporcionaban tasas de SA en BPII y 21 informes incluyendo tasas de SA tanto en BPI y BPII. Estimamos la prevalencia de los SA en BPII mediante la combinación de datos a través de informes de diseños similares. Para comparar las tasas de SA en BPII y BPI, calculamos un índice de probabilidad combinado (OR) y un intervalo de confianza del 95% (CI) con técnicas meta-analíticas de efecto aleatorio con datos retrospectivos de 15 informes que detallaban tasas de SA en BPI y BPII.

Resultados: De entre los 24 informes con cualquier dato BPII, el 32.4% (356/1099) de los individuos reportaron retrospectivamente una historia de vida de SA, 19.8% (93/469) reportaron retrospectivamente intentos de suicidio, y el 20.5% (55/268) de las personas con intentos de suicidio indexados se les diagnosticó con BPII. En 15 estudios retrospectivos apropiados para el meta-análisis, la prevalencia de intentos de suicidio en BPII y BPI no fue significativamente diferente: 32.4% y 36.3%, respectivamente (OR= 1.21, CI 95%: 0.98-1.48, $p = 0.07$).

Conclusión: Es considerable la contribución del BPII para el comportamiento suicida. Nuestros resultados sugieren que no hay ningún efecto significativo del subtipo bipolar sobre la tasa de SA. Nuestros resultados son particularmente alarmantes de acuerdo con otras evidencias, incluyendo (i) el bien documentado papel predictivo de SA para el suicidio cometido y (ii) la evidencia que sugiere que los individuos con BPII utilizan métodos significativamente más violentos y letales que los individuos con BPI. Para reducir la morbilidad y mortalidad relacionada con el suicidio, la atención clínica rutinaria para BPII debe incluir una evaluación del riesgo en curso e intervenciones dirigidas a los factores de riesgo.

Danielle M Novick; Holly A Swartz; Ellen Frank. Intentos de suicidio en el trastorno bipolar I y II: Una revisión y meta-análisis de la evidencia. BIPOLAR DISORDERS. 2010 FEB; 12(1):1-9.

TABAQUISMO

Tabaquismo y tratamiento grupal.- Objetivos. Sistematizar el por qué y el cómo se debe y puede hacer tratamiento de deshabituación tabáquica en formato grupal, atendiendo siempre a los máximos niveles de evidencia disponibles.

Material y métodos. Se realizó una revisión no sistemática de estudios clínicos y artículos de revisión, incluidos en la biblioteca Cochrane y en las bases de datos Medline, Science Citation Index y Psycinfo. Se revisaron asimismo las Guías de práctica clínica sobre atención al fumador y los protocolos de atención grupal publicados en nuestro país.

Resultados. El tratamiento en grupo del tabaquismo es eficaz y coste-efectivo. Sin embargo, para que sea así, dicho tratamiento debe reunir unas características específicas, tanto generales como del

terapeuta y del grupo. Asimismo, precisa de una estructuración y componentes determinados. Todos estos elementos se revisan en el artículo.

Conclusiones. El uso de un formato grupal en una intervención para dejar de fumar tiene dos justificaciones fundamentales: 1. Su eficacia se ha demostrado de forma rotunda, siendo en ello al menos equivalente a otras intervenciones que implican contacto personal a nivel individual y consistentemente mejor que los materiales de autoayuda por sí solos (fuerza de evidencia A). 2. Su mejor relación coste-efectividad. Es posible que exista, además, un beneficio terapéutico específico (evidencia tipo C). Dicho de otra forma, el abordaje grupal ofrece mejores tasas de abstinencia que las intervenciones breves y a un coste menor que la terapia individual intensiva.

E Oalno, S Veiga, A Esteban, B Matilla, M Otero, El tratamiento grupal del tabaquismo. TRASTORNOS ADICTIVOS. 2007 ENE; 9(1).

Tabaquismo: tratamientos psicológicos.- Objetivo. Analizar el coste-efectividad y la aceptación de tres tratamientos psicológicos (con y sin parches de nicotina), aplicados en un contexto de Atención Primaria.

Material y métodos. Participaron 164 fumadores que fueron distribuidos al azar a tres condiciones de tratamiento: consejo breve, autoayuda más seguimiento telefónico y tratamiento psicológico intensivo. Además, dentro de cada condición, los participantes se distribuyeron en dos subgrupos: tratamiento psicológico solo frente a tratamiento psicológico más parches de nicotina.

Resultados. De las 6 condiciones de tratamiento, los tratamientos que no emplearon parches de nicotina fueron más eficientes. El tratamiento más intensivo fue el que consiguió el mayor grado de adhesión. El 75% de los pacientes de este grupo acudieron a todas las sesiones y el 68% completaron las 8 semanas de parches de nicotina.

Conclusiones. Los tratamientos conductuales son altamente coste-efectivos cuando se aplican en los centros de salud. Estos resultados apoyan la factibilidad de integrar las orientaciones clínica y de salud pública en un único entorno, facilitando la accesibilidad de tratamientos eficaces a poblaciones amplias de fumadores.

F Alonso-Pérez, R Secades-Villa, G Duarte Climent, ¿Son eficientes los tratamientos psicológicos para dejar de fumar? TRASTORNOS ADICTIVOS. 2007 ENE; 9(1).

Tabaquismo y patología psiquiátrica.- Introducción. Existe una relación directa entre la dependencia tabáquica (prevalencia e intensidad) con la presencia de patología psiquiátrica. A menor prevalencia de consumo de tabaco en población general más evidente y relevante se hace esta asociación.

Material y métodos. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases científicas, consiguiendo un amplio número de artículos relacionados con el tema del tabaquismo y la patología psiquiátrica.

Resultados. Existe una relación directa y ampliamente comprobada por distintos estudios entre el consumo de tabaco y diferentes patologías psiquiátricas. Las patologías en las que más ampliamente ha sido estudiada esta comorbilidad han sido los trastornos psicóticos, los trastornos afectivos y de ansiedad y el consumo de otras sustancias psicoactivas. En el tratamiento del tabaquismo de pacientes que padecen alguna de estas patologías es conveniente: intensificar y prolongar las intervenciones, poner en práctica técnicas psicoeducativas y cognitivo-conductuales y la utilización de algún tratamiento farmacológico que ayude a controlar y/o reducir la aparición de recaídas en el consumo de tabaco o en la sintomatología psiquiátrica de base. Una pregunta que queda en el aire es el momento en el que iniciar el tratamiento de cesación, aunque se cree que el mejor momento es cuando la patología psiquiátrica esté estabilizada.

Conclusiones. Conviene abordar el consumo de tabaco en los pacientes que padecen patologías psiquiátricas ya que es un grave riesgo de morbilidad que, además, disminuye notablemente su calidad de vida.

N Sobradie, V García-Vicent, Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. TRASTORNOS ADICTIVOS. 2007 ENE; 9(1).

Tabaquismo y tecnologías de la información.- Objetivo. La mayoría de los fumadores quieren dejar de fumar. Un porcentaje importante de ellos lo intentan sin ningún tipo de ayuda profesional, lo que en muchas ocasiones conlleva un elevado número de recaídas. Una de las principales razones de estos intentos sin tratamiento es la frecuente falta de accesibilidad a los mismos. El objetivo del estudio es revisar las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación y su aplicación en el tratamiento del tabaquismo.

Material y métodos. Se analizan las distintas posibilidades de intervención en el tratamiento del tabaquismo basadas en las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación.

Resultados. El avance de las nuevas tecnologías ha proporcionado un aumento en la investigación y creación de programas de tratamiento del tabaquismo a distancia, mostrándose eficaces tanto los programas de intervención por teléfono como las páginas de internet que ofrecen ayuda para dejar de fumar. Otras tecnologías que están siendo validadas en esta línea son los mensajes de texto de los teléfonos móviles y los blogs o páginas web personales de opinión.

Conclusiones. Las nuevas formas de intervención basadas en las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación proporcionan mayor accesibilidad y flexibilidad en los tratamientos para dejar de fumar.

A Baena, M Quesada, El papel integrador y complementario de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación en el control y tratamiento del tabaquismo. TRASTORNOS ADICTIVOS. 2007 ENE; 9(1).

Tabaquismo en esquizofrenia.- El tabaquismo es un gran problema de salud prevalente entre los sujetos con esquizofrenia. Nuestro propósito era investigar la prevalencia y las asociaciones del tabaquismo en los pacientes con esquizofrenia a largo plazo. Métodos: Se entrevistó a los 760 pacientes de esquizofrenia y se registró su consumo de cigarrillos. Resultados: El tabaquismo era más prevalente en los pacientes masculinos que en los femeninos. En el análisis de regresión logística, el género masculino, la duración de la enfermedad (DDE) de 10-19 años, estar divorciado o separado, un nivel educativo más bajo y las dosis diarias de neurolépticos (DDN) altas se asociaban significativamente con el hábito regular de fumar. Fumar mucho se asociaba en hombres, con el tratamiento hospitalario. Conclusiones: En los pacientes de esquizofrenia, fumar se asocia con una DDE larga, con una DDN alta y la atención institucional. Las intervenciones para interrumpir o reducir el tabaquismo deben ser parte del tratamiento para los pacientes con esquizofrenia.

Salogangas, R.K.R.; Honkonen, T.; Tengard, E.; Koivisto, A.-M.; y Hietala, J, Tabaquismo en la esquizofrenia a largo plazo. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2006 NOV; 21(4).

Uso terapéutico.- "Se ha propuesto que la nicotina proporciona alivio de la ansiedad, gratificación oral y automedicación de los síntomas psicóticos en los pacientes psiquiátricos. Para investigar las relaciones entre las alteraciones psicopatológicas y el uso del tabaco, medimos la concentración de cotinina, el metabolito principal de la nicotina, en la saliva de pacientes psiquiátricos y voluntarios sanos. En una muestra de 42 pacientes esquizofrénicos correlacionamos la categoría de fumador, las concentraciones de cotinina, los perfiles de síntomas (PANSS) y los efectos secundarios de los neurolépticos. A pesar de informar de la misma cantidad de cigarrillos consumidos por día, la concentración de cotinina en la saliva era significativamente más alta en los pacientes con esquizofrenia que en los controles. No hubo diferencias significativas en las características clínicas entre los pacientes esquizofrénicos fumadores y no fumadores, pero los fumadores tendían a estar con dosis más altas de fármacos. Las concentraciones altas de cotinina correlacionaban significativamente con los síntomas negativos retraimiento pasivo y aislamiento social. Los resultados indican que los pacientes esquizofrénicos fuman cigarrillos con más intensidad que otros pacientes y los sujetos sanos. La correlación entre los niveles altos de cotinina y los síntomas negativos puede reflejar un intento por los pacientes esquizofrénicos de superar la retirada emocional y, así, los resultados pueden prestar apoyo a una hipótesis de automedicación".

Jan-Erik Strand y Henrik Nybäck, Uso del tabaco en la esquizofrenia: un estudio de las concentraciones de cotinina en la saliva de pacientes y controles. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2005; 20(1):50-54.

Tabaquismo: tratamiento sistémico-relacional.- "El tratamiento lineal de la dependencia nicotín-tabáquica parece ser útil algunos fumadores. Sin embargo, abrir el foco de la intervención puede dar a conocer el verdadero calado de la dependencia, así como los motivos del anclaje de la conducta adictiva. El objetivo fue presentar pautas de trabajo psicoterapéutico complementario, cuando no alternativo, sobre un grupo de 72 pacientes que expresaron conflictos soterrados de notable envergadura causando sufrimiento emocional con percepción de alivio mediante el consumo de cigarrillos.

Metodología: Diagnóstico de dependencia nicotín-tabáquica en todos los pacientes. Test de Fageström de Dependencia a Nicotina (TFDN), DSM-IV-R, valoración subjetiva de compulsión (craving) y desarrollo del genograma. -Prescripción de TSN combinada en todos los pacientes. -Programa de un año de duración. 25 sesiones de media. Utilización de técnicas con base epistemológica en el modelo sistémico-relacional en tres niveles: a.-Modelo estructural. Análisis de disfuncionalidad latente en el seno de la familia familiar (crisis abiertas no resueltas, límites difusos o rígidos, alianzas o coaliciones). b.-Modelo estratégico. Utilización de elementos de la terapia breve. -Trabajo con la pregunta del milagro. Terapia centrada en la solución. -Técnicas basadas en las excepciones. Trabajo sobre la faceta oculta del paciente fumador como no fumador. -Técnicas basadas en la externalización. Desmitificación de la cronicidad. -Trabajo de connotación positiva. "Hacer más de lo que funciona y evitar lo que no funciona". c.-Modelo constructivista. -Narrativa. El paciente fumador construye la realidad desde su autoimagen como "personalidad fumadora". -Utilización de cuentos y metáforas. Uso de tareas (el entierro del tabaco). -La escritura como interacción entre equipo terapéutico y paciente.

Resultados: El 78,40% de este grupo mantienen la abstinencia superior a un año desde el comienzo del tratamiento, habiendo sido dados de ALTA. CONCLUSIONES Desde nuestra experiencia clínica consideramos imprescindible abrir el abanico de herramientas terapéuticas que permitan entender las dificultades de los pacientes fumadores".

J. M Fuentes- Pila; Roberto Pereira, Abordaje clínico del tabaquismo desde un enfoque sistémico-relacional. PSIQUIATRÍA NOTICIAS. 2005; 7(3)

Tabaquismo y ataque de pánico.- Nueva York, EEUU (Reuters).- El tabaquismo diario está asociado con un riesgo elevado de desarrollo de ataques de pánico, de acuerdo con los resultados de un estudio publicado en la revista *General Psychiatry*.

La Dra. Naomi Breslau del Sistema de Salud Henry Ford en Detroit, Michigan, y el Dr. Donald F. Klein del Colegio de Médicos Cirujanos de la Universidad de Columbia en Nueva York, EUA, basaron sus hallazgos en el resultado de entrevistas con dos grupos de pacientes. La primera muestra incluyó a 1,007 personas, de 21 a 30 años de edad, reclutadas en el Sistema de Salud de Michigan (SSM) y el segundo grupo fue una muestra nacional que incluyó a 4,411 personas de 15 a 54 años de edad.

En la muestra de miembros de SSM, los fumadores cotidianos tuvieron 3 veces más la posibilidad de padecer de un primer ataque de pánico, comparados con los no fumadores, de acuerdo con el artículo. En el segundo grupo, los fumadores cotidianos tuvieron 1.9 veces más este riesgo.

Este es el primer estudio que demuestra una asociación entre el tabaquismo y el inicio del primer ataque de pánico, dijo la Dra. Breslau. "Esta puede ser una relación causal que, de hecho, el tabaquismo incrementa el riesgo de ataque de pánico,".

En la publicación, los investigadores señalan que "...ambos estudios sugieren el efecto de suspender el tabaquismo sobre la disminución del riesgo de ataques de pánico o alteraciones semejantes," pero esta tendencia no fue estadísticamente significativa en la muestra nacional.

A pesar de la aparente asociación entre el tabaquismo y los ataques de pánico, los doctores Breslau y Klein, también informan que "no hubo evidencias de que los ataques de pánico previo, estuvieran asociados con un incremento significativo en el riesgo por el tabaquismo diario, cuando la mayor concurrencia de depresión se tomó en cuenta." Ninguno de los investigadores observó que el antecedente de ataques de pánico incrementara el riesgo de inicio de tabaquismo.

Mayor riesgo de ataque de pánico en fumadores cotidianos. Copyright 2000 Psicología.com

Tabaquismo y depresión.- Un estudio de la Universidad de Oslo (Noruega) siguió a un grupo de 1.190 adultos a lo largo de 11 años. Se concluyó que aquellas personas que fuman más de 20 cigarrillos diarios presentan cuatro veces más probabilidades de experimentar depresión que aquellas que nunca han fumado. Por otro lado, no hallaron evidencia de que las personas con depresión tiendan a comenzar a fumar con posterioridad, ya que esto sólo ocurrió en el 15% de los casos los pacientes que habían experimentado un episodio de depresión.

Las probabilidades de experimentar depresión mayor parecen ser superiores entre los fumadores. American Journal of Epidemiology. 2006 MAR; 163 (5).

Tabaquismo y depresión.- Fundamento y objetivo: Numerosos estudios, en su mayoría transversales, han analizado la asociación entre hábito tabáquico y depresión, pero hasta el momento no hay evidencias suficientes para establecer el sentido de esta posible asociación. El objetivo de este trabajo ha sido realizar un análisis prospectivo de la asociación entre hábito tabáquico e incidencia de depresión en la cohorte SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). Sujetos y método: Se ha realizado un estudio de cohortes dinámico (reclutamiento permanentemente abierto), basado en 8.556 participantes universitarios, en quienes se valoró la incidencia de depresión en un período de 6 años de seguimiento prospectivo. La depresión se definió por el diagnóstico médico y/o consumo de antidepresivos referidos por el propio participante en al menos uno de los cuestionarios de seguimiento realizados a los 2, 4 y 6 años. La asociación entre el hábito tabáquico y la incidencia de depresión se estimó calculando los cocientes de riesgos (hazard ratios [HR]) y sus intervalos de confianza (IC) del 95% mediante modelos de regresión de Cox (riesgos proporcionales). Resultados: El tiempo medio de seguimiento de los participantes fue de 47,4 meses. Durante el seguimiento 190 participantes inicialmente exentos de depresión refirieron un diagnóstico médico de depresión. Se encontró un riesgo significativamente superior en fumadores (HR = 1,39; IC del 95%, 1,00-1,93) comparados con no fumadores, mientras que la relación era inversa en exfumadores que hacía más de 10 años que habían dejado el tabaco (HR = 0,42; IC del 95%, 0,19-0,94). Conclusiones: Este estudio indica una relación directa entre el consumo de tabaco y la incidencia de depresión.

Almudena Sánchez-Villegas, Manuel Serrano-Martínez, Álvaro Alonso, Jokin de Irala, Arancha Tortosa, Miguel Ángel Martínez-González, Efecto del tabaco en la incidencia de depresión en la cohorte SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). MEDICINA CLÍNICA. 2008 MAR; 130(11).

Tabaquismo, ansiedad y depresión.- Desde hace tiempo se sabe que el tabaquismo se asocia con la depresión y con la ansiedad. Este estudio analiza estas asociaciones teniendo en cuenta las enfermedades coexistentes, investiga las posibles variables contaminantes, compara la ansiedad y la depresión en ex-fumadores con las de fumadores actuales y no fumadores y analiza si la ansiedad y la depresión disminuyen desde que se deja de fumar. Los participantes (66%) tenían 20-89 años y se sometieron a cribado a una encuesta de salud de la población (n= 60,814) usando HADS. La asociación con el tabaquismo fue máxima en pacientes con depresión y ansiedad, seguidas de los pacientes con ansiedad, y sólo fue marginal en pacientes con depresión. Las asociaciones fueron más fuertes en mujeres y en jóvenes. Las variables que en parte explicaron esta asociación fueron los síntomas

somáticos, los datos socio-demográficos, los problemas con el alcohol y la actividad física baja. La ansiedad y la depresión eran máximas en fumadores actuales, seguidos de ex-fumadores y no fumadores. No se observó ninguna disminución a lo largo del tiempo en la ansiedad ni en la depresión desde el abandono del hábito de fumar. Los estudios anteriores sobre asociaciones entre depresión y tabaquismo podrían haber sobrestimado esta asociación ignorando la ansiedad coexistente.

Arnstein Mykletun; Simon Overland; Leif Edvard Aarø; Hanne-Marthe Liabø; Robert Stewart. El tabaquismo relacionado con la ansiedad y la depresión. Evidencias de una encuesta de población: estudio HUNT. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2008 MAR;23(2):77-84.

Tabaquismo y esquizofrenia.- Los pacientes esquizofrénicos fumadores, a pesar de tomar la dosis recomendadas de la Olanzapina, tenían una peor respuesta terapéutica. Este fracaso terapéutico de los pacientes esquizofrénicos fumadores es mayor que el de aquellos que no fuman según ha descubierto el equipo de profesionales del Centro de Farmacovigilancia de Extremadura (CEFEX).

Según el coordinador del CEFEX, Juan Antonio Carrillo, el tabaco es un factor que puede modificar la respuesta de los fármacos y que, a su vez, puede acelerar el metabolismo de determinadas sustancias, entre ellas, de la Olanzapina, una sustancia psicotrópica con la que se trata a los pacientes esquizofrénicos. Parece ser que en los pacientes psiquiátricos hay hasta un 90 por ciento que son fumadores lo que, comparado con la población general, la prevalencia del hábito tabáquico entre la población psiquiátrica es mucho más grande.

La terapia para combatir la esquizofrenia es menos efectiva entre aquellos pacientes fumadores. Europa Press, 2002.

Tratamiento.- Objetivos. Describir el resultado de un programa de deshabituación tabáquica llevado a cabo en atención primaria de salud. Diseño. Se trata un estudio prospectivo en el que se describe una intervención de ayuda a la deshabituación al tabaco intensiva e individual. El trabajo se llevó a cabo en el Centro de Salud de Markina (semirrural), donde sólo se realiza atención primaria. Participantes. Entre enero y diciembre de 2001, a los pacientes que acudían a las consultas y eran fumadores se les proponía participar en el programa, dándoles una breve descripción de éste. Los criterios de inclusión eran aceptar participar y obtener una puntuación de 7 o más (alto grado de motivación) en el test de Richmond. Intervención. Se llevó a cabo el programa individual e intensivo consistente en 6 consultas de apoyo durante un año y una de control a los 4 años. En la primera consulta, y en función de su pertinencia (Fägerstrom > 4), se ofrecía al paciente una orientación médica para que decidiera utilizar tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN) o bupropión. El paciente decidía. Las consultas de seguimiento y apoyo las realizaba la enfermera hasta cumplir 6 visitas en 2 meses y una al cumplir un año. A los 4 años se reevaluó a todos los participantes. Los datos recogidos se registraban en una planilla creada al efecto. Mediciones principales. Edad, sexo, situación laboral, prevalencia de enfermedad bronquial o cardiovascular, dependencia de la nicotina (test de Fägerstrom), peso al principio y al final, preferencia por TSN o bupropión, la tasa de abandono, tiempo de consulta dedicado y abstinencia final al tabaco. Resultados. Cumplieron criterios de inclusión (motivación alta) 24 personas, con una media de edad de $34,69 \pm 7,46$ años, un 56% mujeres y el 100% en situación laboral activa. La prevalencia de enfermedad bronquial era del 12,5% y la de cardiovascular, inexistente. El 91,66% mostraba dependencia media o alta a la nicotina, pero sólo el 62,5% aceptó la terapia medicamentosa (el 50% de ellos prefirió parches de nicotina, el 12,50%, bupropión). Se produjo un 29,13% de abandonos, todos ellos debidos a recaída. El tiempo medio dedicado a cada paciente fue de 140 min al año. Dejaron de fumar (análisis por intención de tratar) el 58,33% al año y el 35% a los 4 años. El peso medio de las personas al inicio del programa fue de $73,35 \pm 13,30$ kg o un índice de masa corporal (IMC) de $25,65 \pm 4,6$. Se controló el peso al año y a los 4 años y se observaron diferencias significativas ($p < 0,05$, con * 2 con corrección de Yates) entre los que dejaron de fumar respecto a los que no lo hicieron.

Jasone Basterretxea Oiarzabal J y otros, Resultado de un programa intensivo de deshabituación tabáquica en atención primaria de salud. ATENCIÓN PRIMARIA. 2006 SEP; 38(4).

Tabaquismo y trastornos psiquiátricos.- Los datos de los Estados Unidos y de varios países europeos muestran que los pacientes con trastornos del estado de ánimo mayores, esquizofrenia y fobia social fuman en índices significativamente más altos que la población en general. Sin embargo, no existen resultados publicados en este campo para Europa central, incluyendo Hungría.

En el presente estudio, se valoraron los índices del hábito de fumar actualmente y durante la vida de los pacientes no internados, con depresión unipolar importante según el DSM-IV (n=92), trastorno bipolar (n=60), esquizofrenia (n=80), trastorno esquizoafectivo (n=42) y trastorno de pánico sin depresión mayor (n=60), y se compararon los datos con los de los controles (n=5503), muestra representativa de la población general de Hungría.

Los resultados mostraron que, en comparación a los controles, los índices del hábito de fumar actuales y de la vida fueron significativamente más altos entre pacientes con depresión unipolar importante, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, pero no entre pacientes con trastorno de pánico sin depresión mayor.

Los resultados apoyan los resultados anteriores de otros países en relación con la fuerte asociación entre el tabaquismo y los trastornos del estado de ánimo mayores y de los esquizofrénicos.
Döme P et al, El tabaquismo y los trastornos psiquiátricos en Hungría. INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHIATRY IN CLINICAL PRACTICE. 2005 JUN; 9(2).

Comorbilidad.- Fundamento. Medir el perfil de morbilidad, la consecución de objetivos terapéuticos, el uso de recursos y la incidencia de eventos cardiovasculares (ECV) de sujetos fumadores en Atención Primaria (AP).

Pacientes y métodos. Diseño retrospectivo y multicéntrico. Se incluyó a todos los pacientes fumadores de más de treinta años de edad de cinco equipos de AP (año 2006). Se formó una cohorte comparativa formada por no fumadores. Las principales medidas fueron presencia de ECV, edad, sexo, índice de Charlson, comorbilidad, parámetros clínicos y costes directos (fijos y variables; visitas, medicamentos, pruebas y derivaciones). Se empleó un análisis de regresión logística y un análisis de la covarianza para la corrección del modelo ($p < 0,05$).

Resultados. Se incluyó a 55.653 pacientes. Un 20,8% (intervalo de confianza del 95%: 20,5–21,1%) fueron fumadores. El promedio de edad de los fumadores fue menor (48,2 frente a 55,9 años), con predominio de varones (60,8%) ($p < 0,01$) y similar índice de Charlson (0,3 frente a 0,3; $p = \text{no significativa [NS]}$). La proporción de fumadores en hipertensos fue del 18,8% y en diabéticos del 9,6%. La prevalencia de ECV en fumadores fue del 4,9 frente al 4,2% y la incidencia acumulada/anual del 14,2 frente al 12,5‰ ($p < 0,028$). Los fumadores mostraron mayores niveles de triglicéridos séricos (136,3 mg/dl) y colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (128,0 mg/dl) ($p < 0,001$). El tabaquismo tuvo una relación independiente con el alcoholismo (odds ratio [OR]=5,3) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (OR=2,5) en presencia de ECV (OR=1,2) ($p < 0,001$). Los costes directos corregidos no mostraron diferencias: 660,10 frente a 654,11 € ($p = \text{NS}$) (en todos sus componentes).

Conclusiones. La incidencia anual de ECV en sujetos fumadores fue mayor, con un menor promedio de edad. Los fumadores presentaron un similar número de comorbilidades y de costes totales/paciente. Los objetivos terapéuticos de control son mejorables en la prevención primaria de los factores de riesgo cardiovascular. Dejar de fumar debe ser la mejor estrategia para disminuir la incidencia de los ECV.

A. Sicras-Mainar; J. Fernández-De-Bobadilla; R. Navarro-Artieda; C. Sánchez-Maestre. Comorbilidades y consumo de recursos sanitarios en población fumadora. Un análisis desde Atención Primaria. REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA. 2010 MAR; 210(3):109-117.

Tabaquismo, suicidio y trastorno bipolar.- Objetivos: El consumo de cigarrillos en individuos con trastorno bipolar se ha asociado a la conducta suicida, aunque no está clara la relación exacta entre estos dos.

Métodos: En este estudio prospectivo observacional de 116 individuos con trastorno bipolar, examinamos la asociación entre el fumar y el suicidio de acuerdo al Cuestionario de Comportamientos Suicidas de Linehan (SBQ) y los intentos de suicidio prospectivos durante un período de nueve meses. La impulsividad se midió por la Escala de Impulsividad de Barratt.

Resultados: El tabaquismo se asoció con mayores puntuaciones de SBQ en la línea base en análisis univariados y ajustados, pero no fue significativo después del ajuste estadístico para la impulsividad en un modelo de regresión. Una mayor proporción de fumadores en la línea base tuvo un intento de suicidio durante el período de seguimiento (5/31, 16.1%) en comparación con los no fumadores (3/85, 3.5%); $p = 0.031$, índice de probabilidad = 5.25 (intervalo de confianza 95%: 1.2-23.5). El fumar al inicio del estudio también predijo significativamente puntuaciones más altas en SBQ a los nueve meses.

Conclusiones: En este estudio, el consumo de tabaco actual fue un predictor de la ideación y comportamiento suicida actual y a los nueve meses en el trastorno bipolar, y es probable que la impulsividad explique una parte de esta relación.

Michael J Ostacher; Richard T LeBeau; Roy H Perlis... (et.al) Tabaquismo asociado con el suicidio en el trastorno bipolar. BIPOLAR DISORDERS. 2009 NOV;11(7):766-771.

En el trastorno bipolar.- Objetivos: Este estudio comparó la prevalencia de los comportamientos del consumo de tabaco en pacientes con trastorno bipolar con controles normales y psiquiátricos (esquizofrenia y depresión mayor). El objetivo principal fue establecer que los pacientes bipolares fuman más que los controles normales. Se exploraron las diferencias con controles psiquiátricos.

Métodos: Se recogieron las muestras de 424 pacientes (99 bipolares, 258 esquizofrénicos y 67 con depresión mayor) y 402 controles voluntarios en el Centro de Kentucky. Estuvieron disponibles los datos del hábito de fumar de la población general de Kentucky. Se utilizaron índices de probabilidades (ORs) y sus intervalos de confianza 95% (CIs) para establecer la fuerza de las asociaciones. Se utilizó regresión logística para ajustar los ORs para las variables de confusión.

Resultados: Utilizando definiciones epidemiológicas del comportamiento de fumar y la población general como controles, conllevó a ORs no ajustados de trastorno bipolar de 5.0 (CI 95%: 3.3-7.8) para el tabaquismo actual, 2.6 (CI 95%: 1.7-4.4) para el no tabaquismo, y 0.13 (CI 95%: 0.03-0.24) para la cesación de fumar. Al utilizar una definición clínica y voluntarios como controles proporcionaron ORs

ajustados del trastorno bipolar respectivo de 7.3 (CI 95%: 4.3-12.4), 4.0 (CI 95%: 2.4-6.7), y 0.15 (CI 95%: 0.06-0.36). Las prevalencias del hábito de fumar diariamente para pacientes con depresión mayor, trastorno bipolar y esquizofrenia fueron del 57%, 66%, y 74%, respectivamente.

Conclusiones: El trastorno bipolar se asoció con prevalencias significativamente más altas de comportamientos de consumo de tabaco en comparación con la población en general o controles voluntarios, independientemente de la definición utilizada. Es posible que los comportamientos de fumar en el trastorno bipolar puedan tener prevalencias intermedias entre la depresión mayor y la esquizofrenia, pero las muestras más grandes o una combinación de estudios múltiples (meta-análisis) serán necesarios para establecer si esta hipótesis es correcta.

Francisco J Diaz; Danielle James; Sheila Botts...(et.al) Comportamientos de consumo de tabaco en el trastorno bipolar: Una comparación de la población en general, esquizofrenia y depresión mayor. BIPOLAR DISORDERS. 2009 MAR; 11(2):154-165.

Tabaquismo y depresión.- Introducción: Si bien existen evidencias de la relación entre fumar y depresión, poca relevancia se ha dado al impacto de la sintomatología depresiva y antecedentes de depresión en los resultados de programas de deshabituación tabáquica desarrollados en los lugares de trabajo. El objetivo del estudio es analizar la influencia de la sintomatología depresiva y antecedentes de trastorno depresivo mayor (TDM) sobre la abstinencia en el contexto de una intervención laboral y cual es el rol del sexo, dependencia y toma de antidepresivos.

Métodos: Estudio retrospectivo cuyos participantes fueron trabajadores del Ayuntamiento de Barcelona que se inscribieron voluntariamente. La intervención consistía en un abordaje multicomponente combinado con tratamiento farmacológico. Para evaluar la presencia de sintomatología depresiva inicial se utilizó la puntuación en el Inventario de Depresión de Beck (BDI). La presencia de antecedentes de TDM se registró en la evaluación basal.

Resultados: puntuaciones mayores en BDI se relacionaron con menor porcentaje de abstinencia a los 3, 6 y 12 meses. Puntuar en BDI > = 13, se asoció a un aumento de la probabilidad de recaída en 1,81 veces. Dicha relación era independiente del efecto de la severidad de la dependencia, del sexo y del tratamiento con antidepresivos. Contrariamente, la presencia de antecedentes no determinó la evolución clínica.

Conclusiones: Son necesarias nuevas estrategias terapéuticas específicas para reducir el impacto de la sintomatología depresiva en los programas para dejar de fumar en el lugar de trabajo.

Gemma, Nieva; Eugeni, Bruguera; Sergi, Valero; Miquel, Casas. Impacto de la sintomatología depresiva en los resultados de un programa de deshabituación tabáquica en el lugar de trabajo. ADICCIONES. 2010; 22(2):101-106.

TAQUIFEMIA

Definición.- "Alteración del habla que se caracteriza por la rapidez excesiva de la palabra, la omisión de sílabas o sonidos y la articulación imprecisa de los fonemas".

Belloch A. y otros, Manual de Psicopatología Vol I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 374.

TARTAJEO

Definición.- "Trastorno del habla que se caracteriza por una pronunciación torpe de las palabras, alteración del ritmo y dificultad de evocación de las palabras. Puede constituir un trastorno lingüístico propiamente dicho o, con más frecuencia, derivar de cuadros patológicos más globales (deficiencia mental, senilidad o trastornos emocionales)".

Belloch A. y otros, Manual de Psicopatología Vol I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 374.

TARTAMUDEZ

Definición.- "Trastorno del habla que se caracteriza por una alteración de la fluidez y del ritmo de la expresión oral. Comporta un patrón de respuestas complejo (cognitivo, lingüístico, emocional, comunicativo) que puede tener una gran variabilidad interindividual Clínicamente se suelen identificar tres formas: tónica, clónica y mixta".

Belloch A. y otros, Manual de Psicopatología Vol I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 374.

Definición.- 1. Una de las formas de la *Disartria*, que consiste en la repetición de sonidos, sílabas y rara vez palabras enteras, en forma espasmódica e intermitente, alternada con la imposibilidad momentánea de continuar el discurso, que es continuado al cabo de unos instantes en forma explosiva. La tartamudez obedece a diversos factores etiológicos: herencia, traumatismos durante el parto, padecimientos nerviosos, especialmente corea y encefalitis, shocks emocionales, etc. La gran mayoría de los que padecen esta perturbación del habla no tienen enfermedad alguna. Pero, mientras entre los niños normales se encuentra el 1,5 % de tartamudos, ese porcentaje se eleva hasta el 4 % entre los niños anormales. Tratándose de una tartamudez establecida, crónica, la suposición de una epilepsia larvada parece ser bien motivada, en cualquier caso se trata de un factor orgánico. En cuanto a su naturaleza

psicofísica, existen teorías que admiten para la tartamudez un origen patológico, en tanto otras conceden mayor importancia a factores de la educación. 2. El *Psicoanálisis* sostiene que es un síntoma de psiconeurosis, que se manifiesta en el erotismo oral.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

TEMA DELIRANTE

Definición.- Hace referencia al contenido de la idea delirante. Dicho contenido puede ser de control, persecutorio, de grandeza, de pobreza, nihilista, de culpa, extravagante, corporal, de referencia, de amor, etc.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 331.

TERROR NOCTURNO

Tratamiento.- Madanes expone un caso de terror nocturno, para ejemplificar las etapas de la intervención terapéutica. Estos pasos son: 1) Comprensión del problema (el terror nocturno del niño) como metáfora de un problema de los padres: el hijo ayudaba a su madre a través de su síntoma, suscitando en ella una conducta maternal idónea. 2) Las intervenciones: definir el problema como menos grave: no como escuchar voces, sino como pesadillas; dramatización en sesión de la pesadilla; pedido de que la madre simulara tener miedo y el hijo simulara ayudarla; impartir la directiva de simulación para el hogar. 3) Obstáculos a la terapia: fueron separados al bloquearse la intervención de la psicóloga escolar, que minimizaba el problema, y al bloquearse la intervención del padrastro, que no quiso intervenir. 4) Reorganización: la relación entre madre e hijo fue reorganizada en una jerarquía congruente. La madre apareció en una posición superior respecto al hijo, al ayudarlo a resolver su problema y al ayudarlo a conseguir cosas interesantes para hacer.

Resumen de Madanes Cloé (1984) Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu. Capítulo 7.

TIC

Definición.- "Movimientos musculares rápidos, involuntarios y espasmódicos, realizados en forma aislada, inesperada, repetitiva, frecuente, sin propósito y a intervalos irregulares".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 606.

Definición.- 1. Psiconeurosis caracterizada por espasmos musculares rápidos y repetidos, parecidos en su forma a ciertos movimientos voluntarios. 2. Contracciones espasmódicas de la cara o de otras partes, que se repiten con cierta frecuencia y que no están en ninguna relación significativa con la situación existente. 3. (*Psicoanálisis*) Referente a los tics asociados con factores psicológicos, Freud dice que "para causas excitables de esta naturaleza (es decir, traumatismos), hemos podido encontrar tanto anestias como neuralgias de la más diversas índole, a veces de muchos años de duración, contracciones y parálisis, ataques histéricos y convulsiones epileptoides que todos los observadores consideraron como una epilepsia genuina, petit-mal, síntomas de la naturaleza del tic, vómitos crónicos...". Hay dos tipos: el *Tic no Doloroso*, así llamado por *Charcot*, que consiste en un trastorno histérico de la cara, generalmente unilateral, caracterizado por una sacudida paroxística de los músculos faciales, junto con anestesia de la piel del mismo lado de la cara. El *Tic Psíquico* consiste en un gesto o una eyaculación realizada bajo la influencia de un impulso morbozo irresistible. Sinónimo: *Tic convulsivo*. Según S. E. Jelliffe y W. A. White, los diversos tics tienen a menudo origen somatopsíquico. Muchos llegan a degenerar en encefalitis. Cuando se cree que el tic tiene relaciones psicogénicas, se lo llama a menudo "tic habitual". Se refiere a las repeticiones habituales tales como muecas, parpadeo, movimientos de la cabeza y de los hombros, etc. Algunos llaman *tic local* al movimiento limitado a una región determinada como el ojo, por ejemplo. El *tic mímico* se refiere a la contracción involuntaria del músculo facial. *Tic psíquico* es el provocado por algún proceso o impulso inconciente. Los franceses hablan del *tic de pensée* (tic del pensamiento), refiriéndose al hábito involuntario de expresar toda idea que se presente a la mente.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

TOXICOFILIA

Definición.- "Término postulado por la cátedra de psicología forense de la Universidad de Buenos Aires, remite a una connotación más psicologista que pone el énfasis en el concepto de 'investimiento objetal', de 'amor al tóxico', siendo suficiente que tal dinamismo se dirija a un tóxico real, susceptible o no de crear dependencia física pero ciertamente 'tóxico', es decir, con poder para crear lesiones en el organismo de quien lo consume, sea o no de uso legal" (pág. 6).

Castex M (1992), El problema de la toxicofilia en Latinoamérica. Mito y realidad. Conferencia pronunciada en la Universidad de Salamanca, 26 de octubre de 1992.

TOXICOMANÍA

Condiciones de la sustancia tóxica.- Para que una sustancia pueda engendrar toxicomanía deberá reunir tres condiciones:

a) Tolerancia: Adaptación progresiva del organismo humano a la acción de una droga específica; por la neuroadaptación para lograr el mismo efecto se hará necesario un aumento progresivo de la dosis o de la cantidad en las sucesivas ingestas. Es decir que si se mantiene la misma dosis los efectos deseados irán disminuyendo; por ende cuando aumenta desmedidamente la tolerancia, aumenta la dosis.

b) Dependencia física: Complejo sintomático muy intenso, se expresa en intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga. Es un trastorno que se denomina síndrome de abstinencia, en el cual un conjunto de síntomas específicos, son peculiares para cada tipo de droga. El síndrome de abstinencia no se manifiesta cuando se administra una dosis adecuada.

La dependencia física suele constituirse en el factor de máximo temor y por ende en el "determinante", en la continuidad de la ingesta no sólo cuando se intenta efectuar el retiro en el consumo sino cuando, después de alcanzar ese retiro aparecen las recaídas (reincidencias).

c) Dependencia psíquica: El paciente necesita de la droga en forma compulsiva pues ella lo alivia de situaciones conflictivas o desagradables; es una situación en la que existe o se instala el sentimiento de satisfacción, representación de una vivencia que determina la administración regular o continúa de la sustancia adictiva ya sea para evitar el malestar o como medio de alcanzar el placer.

En las drogas que no está demostrada la exclusividad de la dependencia física, la presencia de la dependencia psíquica es evidentemente el más potente de los factores intervinientes.

Berman Marta (1997) Alcoholismo: certezas e interrogantes.

TRANSEXUALIDAD

Definición de transexualidad.- "Fenómeno físico de cambio de sexo. Sustitución, por medio de intervención quirúrgica, de los órganos sexuales característicos de cada sexo. Generalmente, se alude al deseo de ser 'psicológicamente' como el otro sexo. Desde nuestro punto de vista, surge como conflicto emocional por la represión sexual de las capacidades no reproductivas de las personas. No creemos que sea correcto hablar de ser 'psicológicamente hombre o mujer'. Se es persona".

Barragán Medero F, (1991), La educación sexual. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós, pág. 154.

Transexual.- "Individuo dotado de órganos sexuales normales pero que siente psíquicamente como un miembro del sexo opuesto".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 628.

Transexualismo.- Trastorno de la identidad de género caracterizado por un malestar persistente y un sentimiento de inadecuación respecto al propio sexo anatómico en una persona que ha alcanzado la pubertad y acompañado por una preocupación persistente acerca de cómo deshacerse de las características sexuales del propio sexo y adquirir las del sexo opuesto.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 459.

Generalidades.- "Trastorno de identidad sexual que se manifiesta por el deseo del sujeto de modificar todas las características propias de su sexo anatómico para parecerse al sexo contrario. El transexual siente un malestar, intenso y persistente, con respecto a su sexo fisiológico, dentro del cual se considera <<atrapado>>. Para que exista un verdadero transexualismo, este malestar debe ir acompañado de una búsqueda imperiosa de parecerse al sexo opuesto, al que el individuo afectado siente <<pertenecer psicológicamente>> y, por lo tanto, de un deseo de cambiar las características, tanto externas (ropa, apariencia) como internas (voz, genitales), que pueden identificarlo con un sexo con el cual no se corresponden psíquicamente. Se cree que una de cada 108.000 mujeres es transexual frente a la proporción de uno de cada 37.000 varones. La razón de esta diferencia estadística habría que buscarla en las propias discrepancias para adquirir la identidad sexual. El origen del transexualismo no está comprobado, aunque seguramente tenga una causa microbiológica procedente de un error hormonal cerebral en las primeras semanas del desarrollo intrauterino. La solución terapéutica suele ser la intervención quirúrgica de cambio de sexo".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Abordaje multidisciplinario.- La transexualidad es un fenómeno emergente en nuestra sociedad, por el cual una persona de un sexo biológico se siente pertenecer al contrario. El tratamiento realizado desde la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Hospital Ramón y Cajal de Madrid parte de un enfoque multidisciplinario y se basa en que el tratamiento no debe limitarse al médico (hormonal y cirugía de reasignación de sexo), sino que la intervención psicológica es fundamental.

Este proceso es multidisciplinario y exige 2 momentos de evaluación psicológica sucesivos, que en su caso pueden dar lugar al inicio del tratamiento hormonal y del apoyo psicológico, en la fase denominada

experiencia de vida real. La intervención psicológica debe ser individualizada y los objetivos terapéuticos que se plantean son, entre otros, apoyo en dificultades cognitivas o emocionales, desarrollo de estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento médico.

José Miguel Rodríguez-Molina; Nuria Asenjo; María Jesús Lucio... (et.al), Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: La Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. REVISTA INTERNACIONAL DE ANDROLOGÍA. 2009 JUN; 7 (2):112-120.

TRASTORNO

Definición.- Aunque la CIE-10 reconoce que el término 'trastorno' no es preciso, lo utiliza para señalar "la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. Los trastornos definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales". La CIE-10 utiliza el término 'trastorno' para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos como 'enfermedad' o 'padecimiento'.

CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento, Madrid, Organización Mundial de la Salud, 1992, página 25-26.

Trastorno, síntoma e inhibición.- La *inhibición* es un segundo tiempo del síntoma: por ejemplo la fobia de Juanito era el síntoma, pero luego venía la inhibición de salir a la calle. En el aprendizaje encontramos inhibiciones parciales (para sumar, para dividir, etc.), pero para que se produzcan tiene que haber defensas, yo, preconciencia, inconciencia reprimido. Sólo un niño bien estructurado produce inhibiciones, pero no toda inhibición es neurótica.

Un *trastorno* es un déficit estructural, una no constitución del yo, de la lógica aristotélica o identitaria. Trastornos son patologías que implican algo no constituido a nivel de aparato psíquico. Por ejemplo, una alteración en las construcciones sintácticas, ya que aquí es un problema de sujeto y objeto, de tiempo, de persona. Otro problema es no poder construir preposiciones: el significante suelto no opera como tal, no se inscribe en el doble eje de la lengua.

Los casos de dispersión del pensamiento (niño distraído) pueden entenderse como trastorno, aunque también como inhibición como cuando el niño está abstraído en un problema (divorcio de los padres, nacimiento del hermanito), y no puede invertir el conocimiento porque está tratando de resolver el enigma que lo atraviesa.

En el diagnóstico debe diferenciarse bien trastorno de síntoma para luego pensar la estrategia más adecuada y lograr que el niño organice la lógica secundaria.

En cuanto a cómo serían los *abordajes terapéuticos*, un niño con por ejemplo un grave déficit en la estructuración psíquica (trastorno), no hay que reeducarlo sino implantarle el lenguaje como categoría, fundar lo psíquico, la capacidad de simbolizar. Sólo luego de esto se puede encarar un análisis. Si no hay constitución del aparato psíquico de nada sirve interpretar en análisis, o tratar de 'enchufar' estructuras cognitivas, o el fonoaudiólogo tratar de que emita sonidos. Tampoco sirve corregir problemas de psicomotricidad, en tanto plus de excitación que no se puede canalizar. No se trata de educar, es decir, de impartir contenidos, sino de crear las estructuras de base.

En cuanto a las inhibiciones, primero hay que ver qué la produce y luego hacer psicopedagogía para rellenar las estructuras colgadas.

Condensado de Bleichmar S, Aportes psicoanalíticos para la comprensión de la problemática cognitiva. Incluido en Schlemenson S (comp) (1995) Cuando el aprendizaje es un problema. Buenos Aires: Miño y Dávila.

TRASTORNO ADAPTATIVO

Criterios diagnósticos.- El DSM- IV establece los siguientes criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos:

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

(1) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante

(2) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de seis meses.

Especificar si:

Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.

Crónico: si la alteración dura 6 meses o más.

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]

F43.28 Con ansiedad [309.24]

F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]

F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]

F43.9 No especificado [309.9]

Fuente: DSM-IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.

TRASTORNO AFECTIVO

Trastorno afectivo y genética.- No es extraño que los miembros de una misma familia compartan trastornos afectivos, y que estos problemas, además, se combinen con la depresión mayor. Esta conclusión es la que ha publicado recientemente un grupo de científicos en 'Archives of General Psychiatry', quienes aseguran que existen características patopsicológicas hereditarias que explicarían la presencia conjunta de varios trastornos distintos entre los diferentes miembros de una misma familia. Los trastornos afectivos son un conjunto de alteraciones mentales que incluyen patologías tan distintas como el déficit de atención, la hiperactividad, la bulimia nerviosa, la cataplejía, la fibromialgia, la migraña, los trastornos obsesivo-compulsivo, de pánico y de estrés post-traumático, el síndrome premenstrual y la fobia social, entre otros.

Los trastornos afectivos también se heredan. El Mundo. 2003; 13-Febrero.

Trastorno afectivo estacional y personalidad.- "Los factores de personalidad se han relacionado con el trastorno afectivo estacional (SAD). El estudio presente investiga la relación entre el modelo de 5 factores de personalidad (neuroticismo, extraversión, franqueza, acuerdo y conciencia) y el trastorno afectivo estacional. Participaron 95 pacientes con Trastorno afectivo estacional, los cuales completaron mediciones personales antes y después del tratamiento en un ensayo clínico y durante los meses de verano. Las puntuaciones de personalidad de los pacientes con Trastorno afectivo estacional fueron comparadas con el grupo de pacientes sanos. Se evaluaron la estabilidad y el cambio en las puntuaciones de personalidad con los cambios en los estados de ánimo. Las dimensiones de personalidad fueron evaluadas como pronosticadores posibles del resultado en el tratamiento. La evaluación de la personalidad se basa en los auto informes.

El perfil de personalidad de los pacientes con trastorno afectivo estacional difiere de los pacientes deprimidos no estacionales y de la norma. La elevada puntuación en "franqueza" parece ser una característica única de los pacientes con trastorno afectivo estacional. Como el estado de ánimo tiene un impacto significativo en las puntuaciones de personalidad, las evaluaciones de la personalidad en los pacientes con trastorno afectivo estacional deberían idealmente ser conducidas cuando están en remisión. Investigaciones posteriores han relacionado la estrecha relación entre la personalidad y el trastorno afectivo estacional.

Murray W y otros, Trastorno afectivo estacional y personalidad: Resultados del estudio CAN-SAD. J AFFECT DISORD. 2006 JUL; 93(1).

Trastorno afectivo.- El trastorno afectivo orgánico consiste básicamente en una alteración de ánimo similar a un episodio depresivo mayor y que es atribuible a un factor orgánico específico. A diferencia de lo que sucede en el trastorno depresivo mayor, no hay diferencias en la distribución por sexos. La prevalencia de este trastorno depende también de la enfermedad médica a la que se asocie, refiriendo el DSM-IV el 25-40% con ciertas enfermedades neurológicas (Parkinson, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, ACV, etc.).

Ceverino A y otros, Trastorno afectivo orgánico en un consumidor de cocaína. Trastornos Adictivos. 2003 Abr; 5(2):130 - 134.

Trastorno afectivo estacional.- El trastorno afectivo estacional (SAD) es una forma de depresión recurrente o trastorno bipolar que se caracteriza por el inicio anual regular de episodios de depresión mayor durante el otoño y/o invierno y remisión o episodios maniacos/hipomaniacos durante la primavera y el verano. El SAD explica alrededor del 10% de todos los síntomas depresivos y afecta a entre un 2-5% de la población general en climas templados. Durante las últimas dos décadas, una multitud de estudios han investigado los mecanismos patofisiológicos de esta enfermedad. Al respecto, las medidas actigráficas se han establecido como una importante herramienta de investigación. Existe una evidencia substancial sobre que el SAD se acompaña de por alteraciones cronobiológicas específicas, niveles de actividad bruscos, ritmos circadianos retrasados, y modelos de sueño alterados. Los métodos cronoterapéuticos como la terapia lumínica o la privación terapéutica del sueño son tratamientos altamente efectivos y no sólo capaces de invertir los síntomas psicológicos de la depresión sino también las irregularidades del ciclo sueño-vigilia, que se asocia con el SAD. Este artículo revisa las características cronobiológicas del SAD y proporciona ejemplos de casos para su ilustración.

D. Winkler; E. Pjrek; S. Kasper. Trastorno afectivo estacional: Un trastorno asociado con los ritmos endógenos. MEDICOGRAPHIA. 2007; 29(1):44-49.

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Definición.- "Pauta de conducta irresponsable y antisocial en un individuo mayor de 18 años, que empieza en la infancia o primera etapa de la adolescencia y continúa en la edad adulta. En la infancia pueden aparecer conductas como mentir, robar, escaparse de casa, etc., no corrigiéndose ni acongojándose cuando reciben castigos. Las conductas que presentan en la edad adulta entran en conflicto con las normas establecidas, y parecen regularse exclusivamente por su sensibilidad a las señales de recompensa y a la gratificación inmediata (Vallejo, 1980). Incluye conductas tales como la incapacidad para mantener una conducta laboral consistente, fracaso en adaptarse a las normas sociales con respecto a la conducta legal, irritabilidad y agresividad, fallos para planificar y actuaciones impulsivas, etc. (DSM-III-R, 1987)".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 589.

Trastorno antisocial y esquizofrenia.- Resumen: Antecedentes Pocos estudios han examinado a las personas con un trastorno de personalidad comórbido del espectro de la esquizofrenia y un trastorno de personalidad antisocial, un subgrupo que puede diferenciar psicofisiológicamente y de comportamiento de aquellos con cualquiera de estas condiciones por separado. Objetivos Probar si los individuos con ambos tipos de trastorno de personalidad están particularmente caracterizados por una orientación y excitación reducida y por ofensas criminales crecientes. Método En una muestra comunitaria adulta, se colectaron datos de crímenes auto-reportados y de conductancia cutánea en cuatro grupos de diagnóstico: trastorno de personalidad del espectro de la esquizofrenia únicamente; trastorno de personalidad antisocial únicamente; comorbilidad de los dos trastornos y por último un grupo control. Resultados El grupo comórbido mostró niveles significativamente mayores de comportamientos criminales que los otros tres grupos. También mostraron conductancia cutánea reducida orientada a los tonos neutrales, en comparación con los otros grupos, y una reducción de excitación significativa y orientando a los estímulos significativos en comparación con el grupo control. Conclusiones La orientación reducida puede reflejar un factor de riesgo de atención neurocognitivo para los trastornos antisociales y los de personalidad psicótica que indirectamente refleja un sustrato neural común para estos trastornos.

Robert A. Schug, Adrian Raine, Rand R. Wilcox, Características psicofisiológicas y comportamentales de individuos comórbidos por un trastorno de personalidad antisocial y trastorno de personalidad del espectro de la esquizofrenia. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 NOV;191(5).

TRASTORNO BIPOLAR

Definición.- El trastorno bipolar se caracteriza por elevaciones y descensos del estado de ánimo de carácter patológico, es decir, no se trata de los cambios de humor normales que todo el mundo experimenta en función de los acontecimientos de la vida, sino de la alternancia de episodios depresivos (iguales a los descritos en apartado anterior de la depresión), con otros episodios de euforia exagerada (manía o episodios maníacos). Estos episodios pueden variar en intensidad y en gravedad; los episodios de euforia pueden variar desde la hipomanía (la forma menos intensa) hasta la manía con síntomas psicóticos (la forma más grave).

En general estos episodios maníacos se caracterizan por ánimo eufórico, que se experimenta como una vivencia de ser capaz de todo y, frecuentemente, irritabilidad cuando a la persona que lo sufre se le lleva la contraria o cuando se le intenta contener en sus ideas extravagantes o comportamientos inadecuados, ya que generalmente la persona que sufre un episodio maníaco puede derrochar todo su dinero y el de su familia o incluso comprar sin dinero todo tipo de bienes que le son innecesarios; puede comenzar un montón de aficiones para abandonarlas al poco de empezar; puede vestir de manera estrafalaria; los hábitos alimentarios se pueden volver caprichosos; y disminuyen las necesidades de sueño de modo que puede, por ejemplo, empezar actividades domésticas incesantes de madrugada que alteran el descanso familiar. Por otra parte, como la persona que sufre un episodio maníaco se siente especialmente energética, puede sentir que tiene poderes especiales y llegar, en algunos casos, a desarrollar síntomas psicóticos como delirios de carácter megalomaniaco (la persona cree ser alguien importante o famoso) o erotomaniacos (cree ser sexualmente irresistible o que la gente se enamora perdidamente de él). El comportamiento desinhibido puede llevar al paciente a tener relaciones sexuales de riesgo sin protección, con el consiguiente riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados. Hasta en los casos más leves (que se llaman de hipomanía), en los que el paciente puede parecer en un primer momento divertido, agradable y gracioso, se pone de manifiesto el carácter inadecuado y automático de estos comportamientos, que llevan pronto a la exasperación a la gente de su entorno social.

¿Qué es el Trastorno Bipolar? Disponible en: <http://salud.discapnet.es/guias+de+salud/>

Tipos de trastornos bipolares.- Hay varios tipos de trastorno bipolar.

1) En el Tipo I se alternan episodios depresivos graves con episodios maníacos graves.

2) En el Tipo II los episodios depresivos se alternan con otros de hipomanía. El resto de los tipos son más raros. Cuando una persona sufre cuatro o más ciclos al año de depresión y/o hipomanía o manía, se considera que es un ciclador rápido. Diversos antidepresivos pueden hacer que un paciente deprimido entre en fase maníaca, o que un paciente con trastorno bipolar pase a ser un ciclador rápido. En el extremo más leve del trastorno bipolar se encuentra la ciclotimia, en el que la persona alterna durante toda la vida ciclos de buen y mal humor sin llegar a las características de depresión mayor ni de manía (sería el equivalente de la distimia en los trastornos depresivos).

¿Qué es el Trastorno Bipolar? Disponible en: <http://salud.discapnet.es/guias+de+salud/>

Tratamiento.- El trastorno bipolar tiene tratamiento eficaz, con los llamados estabilizadores del ánimo, de los cuales las sales de litio son los más conocidos. El litio es un elemento que se encuentra en muy poca cantidad en el cuerpo humano. Hace ya varias décadas se descubrió accidentalmente que controlaba el trastorno bipolar. No es raro el malentendido popular de que lo que sucede en el trastorno bipolar es una falta de litio, pero no es así; nadie tiene litio en el cuerpo en cantidad suficiente para ser detectado a no ser que se le dé como tratamiento. El litio en cantidad excesiva es muy tóxico; se determinan por ello los niveles periódicamente, para comprobar que están dentro del límite eficaz y poco peligroso (aunque como todos los fármacos, aun dentro de los niveles terapéuticos tiene efectos secundarios). Además del litio hay otros estabilizadores del ánimo. Son, todos ellos, fármacos que se utilizan para el tratamiento de la epilepsia (excepto un antagonista del calcio que se emplea como antihipertensivo y para el corazón), algunos de ellos desde hace mucho tiempo. En el momento de iniciar el tratamiento, si el individuo está en plena fase maníaca, se emplean también neurolépticos, que son fármacos para el tratamiento de las psicosis (se usan para tratar alucinaciones y delirios en la fase maníaca).

¿Qué es el Trastorno Bipolar? Disponible en: <http://salud.discapnet.es/guias+de+salud/>

Edad de aparición.- En una investigación, "los datos preliminares sugirieron la existencia de tres subgrupos de trastorno afectivo bipolar en función de la edad de aparición. Los autores se propusieron reproducir estos resultados y determinar la edad límite de cada subgrupo. Se utilizó un análisis combinado para determinar el modelo de ajuste óptimo para las edades de aparición observadas en 368 pacientes que ingresaron de forma consecutiva. Los resultados obtenidos se compararon con los del modelo descrito con anterioridad. Los autores también investigaron si los hermanos afectados tenían mayor probabilidad de pertenecer al mismo subgrupo teórico de edad de aparición identificado por el análisis combinado. Se confirmó la existencia de tres subgrupos definidos según la edad de aparición. El promedio de las edades calculado en este modelo fue 17,4 años (DE = 2,3), 25,1 años (DE = 6,2) y 40,4 años (DE = 11,3). Los hermanos afectados tenían mayor probabilidad de pertenecer al mismo subgrupo teórico. Existen tres subgrupos de pacientes con trastorno bipolar según la edad de aparición y cada subgrupo podría basarse en factor de vulnerabilidad determinado".

Bellivier F y otros, Edad de aparición del trastorno bipolar. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2003 MAY; 160(5):999-1001.

Edad de inicio.- "Objetivo: Evaluar si la edad en la variación del inicio refleja heterogeneidad genética subyacente en el trastorno bipolar. Los autores examinaron las características clínicas y familiares de edad de inicio en los sujetos con trastorno bipolar que provenían de familias con múltiples miembros afectados. Método: Un total de 211 familias con 1.856 sujetos fueron determinados a través de probandos de trastorno bipolar tipo I. Se evaluó a todos los sujetos por medio de la Entrevista Diagnóstica para Estudios Genéticos (Diagnostic Interview for Genetic Studies), y fueron diagnosticados por clínicos capacitados utilizando los mejores procedimientos de cálculo. Se utilizó un análisis acumulativo con los 211 probandos con trastorno bipolar para descomponer la distribución de edad de inicio en una mezcla de distribuciones normales teóricas. Luego se usó la regresión logística con ecuaciones de estimación general para examinar los correlatos clínicos y agregación familiar de la edad de inicio en todos los 717 sujetos con trastorno bipolar. Resultados: La distribución de edad de inicio consistió en una mezcla de tres distribuciones normales con medias de 16.6 (DE = 5.1), 26.0 (DE = 1.4), y 34.7 (DE = 6.6) años que comprendieron 79.7%, 7.2%, y 13.1% del grupo, respectivamente. Los puntos de corte en las edades 21 y 28 resultaron de este análisis y fueron utilizados para definir los subgrupos de edad de inicio. Los sujetos de inicio temprano (edad al inicio 21) tuvieron riesgos más altos de abuso de drogas, abuso de alcohol, ciclaje rápido e intentos de suicidio. Los sujetos afectados que provenían de una familia con probando de inicio temprano, tuvieron más probabilidades que otros de tener un inicio temprano (índice de probabilidad = 4.53, 95% IC = 3.09-6.64). Los sujetos que provenían de una familia con un probando cuya edad de inicio fue de <28, también tuvieron más probabilidad de tener riesgos más altos de abuso de drogas (índice de probabilidad = 11.62, 95% IC = 2.16-62.66). Conclusiones: La edad de inicio está asociada con la heterogeneidad genética en el trastorno bipolar y los agregados, posiblemente junto con el abuso de drogas, dentro de las familias. Estos resultados son consistentes con la conclusión de que la edad de inicio refleja heterogeneidad genética subyacente en el trastorno bipolar. Así, la edad de inicio puede ser usada para identificar más grupos homogéneos de

familias con trastorno bipolar, y de esta manera facilitar el mapeo de los genes susceptibles al trastorno bipolar”.

Ping-I Lin, Melvin G. McInnis, James B. Potash, Virginia Willour, Dean F. MacKinnon, J. Raymond DePaulo and Peter P. Zandi, Correlatos Clínicos y Agregación Familiar en la edad de inicio del Trastorno Bipolar. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2006 FEB; 163 (2).

Problemas diagnósticos.- “El trastorno bipolar es un problema grave de salud pública que afecta al 1,2- 2,5% de la población. En el estudio de la OMS, sobre la morbilidad mundial de la enfermedad, el trastorno bipolar ocupaba el sexto lugar entre todos los trastornos médicos. Su morbilidad es considerable, si se tienen en cuenta los años de vida productiva perdidos o los gastos en la atención médica, que aumentan a más del doble en relación con las poblaciones testigo comparables. La mortalidad es otro problema serio del trastorno bipolar, sobre todo, como consecuencia del suicidio pero también de la coexistencia frecuente de enfermedades médicas, en particular, de origen cardiovascular. La conclusión de que el trastorno bipolar suele diagnosticarse por defecto se apoya en un estudio importante, en el que se demostró que más de la mitad de las personas previamente hospitalizadas por manía omitían este dato en una entrevista efectuada varios años después, aún cuando dicha entrevista tenía una estructura perfectamente elaborada. En otras palabras, un gran porcentaje de los pacientes bipolares olvidó o negó que hubiera presentado manía en algún momento (Tsuang, Winokur y Crowe, 1980). Nosotros hemos comprobado que más del 40% de un grupo de pacientes ingresados en la Unidad de Manía del Centro Médico Universitario George Washington, con antecedentes de, al menos, un episodio previo de manía, habían sido remitidos por su psiquiatra y tratados como si sufrieran un trastorno unipolar (Ghaemi, Sachs, Chiou, Pandurangi y Goodwin, 1999). Uno de los elementos que contribuye al diagnóstico por defecto, sobre todo en los Estados Unidos, es la estructura del sistema de clasificación del DSM-IV. Al separar los trastornos bipolares ya desde el primer momento de la clasificación, resulta difícil darse cuenta de la estrecha relación entre el trastorno bipolar y la depresión unipolar con recidivas frecuentes, que es una categoría terciaria del DSM-IV incluidas dentro de los trastornos depresivos. Por eso, los médicos formados con este sistema probablemente presten menos atención a los pacientes deprimidos jóvenes, con recidivas frecuentes, que pueden constituir un caso de trastorno bipolar”.

Goodwin F, Avances recientes en el tratamiento del trastorno bipolar. Monografías de Psiquiatría. 2003.

Prevención de recaídas.- “La prevención a largo plazo de las recaídas en las fases maníacas o depresivas del trastorno bipolar es crucial en el tratamiento de cien millones de personas de todo el mundo que viven con esta enfermedad, según un grupo de importantes psiquiatras que se han reunido esta semana en la conferencia regional de la Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares (SITB) en Sydney, Australia. “Hoy, la Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares cede la palabra a psiquiatras de todo el mundo para establecer estándares más altos para el bienestar emocional y la estabilidad de los pacientes con trastorno bipolar,” afirmó Samuel Gershon, catedrático de Psiquiatría en la escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburgh y presidente de la SITB. “Los pacientes deberían conseguir paz mental y confianza para esforzarse en sus objetivos personales sin el continuo miedo a la recaída.” La recaída puede tener unas consecuencias devastadoras en los pacientes de trastorno bipolar, el principal trastorno afectivo en el que el individuo experimenta ciclos de depresión profunda, euforia extrema (manía) y periodos de bienestar. Durante la recaída en manía o depresión, los pacientes pueden experimentar interrupciones en sus relaciones y trabajos y pueden registrar tendencias suicidas”. Expertos coinciden en que la prevención de las recaídas es fundamental para la mejora del trastorno bipolar. Europa Press. 2004; 6-febrero.

Trastorno bipolar y trabajo.- En un reciente estudio publicado en la revista “Psychiatric Services”, se concluye que los pacientes con trastorno bipolar que están empleados muestran un mejor funcionamiento a nivel cognitivo. El propósito de este estudio era identificar las variables asociadas al estatus laboral entre las personas que padecen un trastorno bipolar, incluyendo el funcionamiento cognitivo, la severidad de los síntomas, las variables demográficas y las variables relacionadas con el curso de la enfermedad. En el estudio participaron 117 personas con desorden bipolar, a las que se les evaluó mediante el uso de baterías neuropsicológicas su funcionamiento cognitivo. Luego se determinó el estado laboral de cada uno de ellos. Los resultados obtenidos indicaron que los que trabajaban en el momento del estudio mostraron un mejor funcionamiento cognitivo, especialmente en la memoria verbal inmediata, y una mejora en la severidad de los síntomas. Sin embargo no se encontró ninguna asociación entre el estado laboral y la historia de síntomas psicopáticos y la edad de inicio de la enfermedad. Dickerson F y otros, Los pacientes con trastorno bipolar que trabajan tienen un mejor funcionamiento cognitivo. Psychiatric Services. 2004 Ene; 55(1):54-58.

Pronóstico.- Se examina si el switching (es decir, la transición directa de una polaridad afectiva a otra) tiene implicaciones pronósticas importantes en los pacientes que presentan un trastorno bipolar. Para ello se compararon los pacientes con trastorno bipolar (n = 97) cuyo primer episodio observado

prospectivamente incluía, al menos, un cambio de polaridad afectiva, con 97 pacientes con trastorno bipolar y un episodio de referencia monofásico, en cuanto a las diversas variables demográficas e históricas, los rasgos sintomáticos del episodio índice, el tiempo de recuperación del episodio índice, el tiempo de permanencia en un episodio afectivo durante un período de observación prospectivo y la evolución psicopatológica y psicosocial en la entrevista de seguimiento efectuada a los 10 años. Los pacientes cuyo episodio de referencia incluía al menos dos cambios de polaridad afectiva permanecieron significativamente más tiempo en un episodio afectivo durante el período de observación y mostraron una evolución psicopatológica y psicosocial significativamente más desfavorable a los 10 años de su reclutamiento que aquellos cuyo episodio de referencia comprendía sólo un cambio de polaridad afectiva o era monofásico. Los pacientes cuyo episodio de referencia polifásico comenzó con una depresión permanecieron un porcentaje significativamente mayor de tiempo en un episodio afectivo y presentaron a los 10 años una evolución significativamente más desfavorable que aquellos cuyo episodio índice polifásico había comenzado con un cuadro de manía o hipomanía. El patrón de cambio persistió a lo largo de todo el período de observación en el 42,4 % de los pacientes cuyo episodio de referencia había comenzado con manía y en el 65,2 % de aquellos cuyo episodio de referencia había comenzado con depresión. Un episodio de referencia que comprende, al menos, dos cambios de polaridad afectiva, especialmente si comienza con una depresión, en los pacientes con trastorno bipolar se relaciona con una evolución desfavorable a largo plazo. Este patrón constituye un objetivo importante para las nuevas estrategias farmacológicas y psicosociales.

Mario Maj; Raffaele Pirozzi; Lorenza Magliano; Luca Bartoli. Importancia pronóstica del cambio de polaridad en los pacientes con trastorno bipolar: estudio prospectivo de 10 años de seguimiento. *American Journal of Psychiatry*. 2002 Oct; 159(10):1711-1717.

Tratamiento.- Antecedentes: Los resultados de varios ensayos clínicos anteriores muestran que las terapias psicológicas estructurales puedan reducir significativamente las tasas de recurrencia de los episodios maníacos y depresivos en pacientes con trastorno bipolar. Objetivos: Comparar la eficacia del tratamiento habitual dentro de veintidós sesiones adicionales de terapia cognitivo conductual. Método. Llevamos a cabo un ensayo de tratamiento controlado, aleatorio, y pragmático (n=253). Los pacientes fueron evaluados cada ocho semanas durante dieciocho meses. Resultados: más de la mitad de los pacientes mostraron algún episodio recurrente durante los dieciocho meses, sin diferencias significativas entre grupos (tasa de daño=1.05; 95% CI 0.74–1.50). Los análisis demostraron una interacción significativa (P=0.04) tal que la terapia cognitiva conductual fue significativamente más efectiva que los tratamientos habituales en aquellos pocos pacientes que en los doce episodios previos, pero menos efectivas en aquella con más episodios. Conclusiones. Las personas con trastorno bipolar y que han tenido menos episodios previos se pueden beneficiar de la terapia cognitiva conductual. De cualquier manera, tales casos forman una minoría entre aquellos que reciben ayuda mental.

Jan Scout J y otros, Terapia cognitivo conductual para los trastornos bipolares severos y recurrentes. FUENTE: *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*. 2006 ABR; 188

Generalidades.- La denominación 'bipolar' alude a la presencia de dos polos o extremos en los diversos estados de ánimo: uno de los polos (el polo depresivo) es un estado de ánimo deprimido, mientras que en el otro polo (el polo maníaco) es un estado de ánimo elevado, exaltado, etc. En la vida cotidiana solemos usar las expresiones 'está bajoneado' o 'está eufórico' para designar, aunque sin demasiado rigor, estos estados de ánimo opuestos.

Entre ambos extremos encontramos diversas categorías intermedias, como por ejemplo los episodios hipomaníacos, que están próximos al polo maníaco, aunque los síntomas no son tan duraderos. Otro ejemplo son los episodios mixtos, donde aparece una alternancia entre un estado deprimido y uno exaltado. Este cuadro también se denominó, y aún suele denominarse, de acuerdo con la nosografía psiquiátrica clásica, psicosis maníaco-depresiva, y Freud mismo, en "Duelo y melancolía", la describió como 'melancolía'.

Desde ya, esto no quiere decir que lo que el DSM-IV llama trastorno bipolar se corresponda con la melancolía o la psicosis maníaco-depresiva, porque se trata de dos clasificaciones completamente distintas que usan criterios diferentes. Por ejemplo, Freud había destacado como síntoma importante y definitoria de la melancolía los autorreproches, mientras que en el DSM-IV se enumeran varios criterios para identificar los trastornos bipolares.

Para poder describir los diversos trastornos bipolares, debemos entonces tener presente una terminología previa: qué es episodio maníaco, hipomaníaco y mixto. El episodio maníaco se caracteriza por un periodo concreto (al menos una semana) durante el cual el estado de ánimo es anormal o persistentemente elevado, expansivo o irritable (DSM-IV, página 334). El episodio hipomaníaco se distingue de manera similar (DSM-IV página 342), con la diferencia de que el periodo de tiempo debe durar al menos cuatro días, como uno de los criterios. Finalmente, el llamado episodio mixto se caracteriza por un periodo de tiempo de al menos una semana, donde casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor, o de aquí su denominación de 'mixto'.

Una vez hechas estas aclaraciones, digamos que los trastornos bipolares en general se dividen en cuatro categorías: el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, el trastorno ciclotímico, y la categoría residual trastorno bipolar no especificado.

Lo esencial de un trastorno bipolar I es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos, o episodios mixtos. En cambio, lo definitorio del trastorno bipolar II es un curso clínico caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores, acompañados por al menos un episodio hipomaniaco. La presencia de un episodio maniaco o mixto impide que se realice el diagnóstico de trastorno bipolar II, con lo cual queda bastante claro la diferencia entre el trastorno bipolar I y el II.

Cazau P (1999) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson, 1995.

Daño cognitivo en el trastorno bipolar II.- Antecedentes: Se han descrito daños persistentes en la función neurocognitiva del trastorno bipolar. Objetivos: Comparar el funcionamiento cognitivo de pacientes con trastorno bipolar II con los de los pacientes con trastorno bipolar I y con los de un grupo control. Método: El estudio incluyó a 71 pacientes eutímicos con trastorno bipolar II (38 bipolares I, 33 bipolares II), quienes fueron comparados en variables clínicas y neuropsicológicas (función de ejecución, atención, memoria verbal y visual) y contrastados con 35 controles sanos en el funcionamiento cognitivo. Resultados: Comparados con los controles, ambos grupos bipolares mostraron un déficit significativo en la mayoría de las tareas cognitivas incluyendo la memoria funcional (DigitSpan Forwards, $P=0.005$; Trail Making Test, $P=0.001$). Aquellos con trastorno bipolar II tenían un nivel intermedio de funcionamiento entre el grupo bipolar I y el grupo control en la memoria verbal ($P<0.005$) y en las funciones de ejecución (tarea de interferencia Stroop, $P=0.020$). Conclusiones: El daño cognitivo existe en ambos subtipos de trastorno bipolar, aunque en mayor proporción en el trastorno bipolar I. Los mejores pronosticadores del funcionamiento psicosocial pobre en el trastorno bipolar II, fueron los síntomas depresivos subclínicos, el inicio temprano de la enfermedad y un pobre desempeño en una medida relacionada con la función ejecutiva.

Torrent C y otros, Daño cognitivo en el trastorno bipolar II. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2006 SEP; 189(36).

Trastorno bipolar en niños y adolescentes.- "Contenido: Los niños y adolescentes que presentan síntomas maníacos no reúnen frecuentemente todos los criterios del DSM-IV para el trastorno bipolar I (TB-I). Objetivo: Evaluar cómo se presentan clínicamente los síntomas y evaluar la historia familiar de niños y adolescentes con TB-I, trastorno bipolar II (TB-II), y trastorno bipolar no especificado (TB-NE). Diseño: Los pacientes y sus cuidadores primarios fueron evaluados por medio de una entrevista semi-estructurada, y la historia psiquiátrica familiar fue obtenida de la entrevista del cuidador primario. Escenario: Unidades de pacientes externos e internos en 3 centros universitarios. Participantes: Un total de 438 niños y adolescentes (promedio $\pm$ SD edad, 12.7 ± 3.2 años) con TB-I ($n = 255$), TB-II ($n = 30$) y TB-NE ($n = 153$). Medidas de Resultado Principal: Historia psiquiátrica del paciente y de la familia. Resultados: Los jóvenes con TB-NE no fueron diagnosticados en un principio con TB-I porque no reunían el criterio de duración del DSM-IV para un episodio maniaco o mixto. No hubo diferencias significativas entre los grupos de TB-I y TB-NE en edad de inicio, duración de la enfermedad, comorbilidad con otros trastornos, ideas suicidas y depresión mayor, historia familiar, y los síntomas maníacos que estuvieron presentes durante el episodio más grave que haya sufrido. Comparado con jóvenes con TB-NE, los sujetos con TB-I tuvieron síntomas maníacos más severos, mayor alteración funcional, mayores índices de hospitalización, psicosis, e intentos suicidas. El estado de ánimo elevado estuvo presente en el 81.9% de los sujetos con TB-NE y en el 91.8% de sujetos con TB-I. Los sujetos con TB-II tuvieron índices más altos de trastornos de ansiedad (comorbilidad) en comparación con los otros dos grupos y tuvieron una menor alteración funcional y menores índices de hospitalización psiquiátrica que los sujetos con TB-I. Conclusiones Los niños y adolescentes con TB-II y TB-NE tienen un fenotipo que se desarrolla en un continuum junto con los jóvenes con TB-I. El estado de ánimo elevado es un rasgo común entre los jóvenes con trastorno bipolar".

David Axelson D y otros, Fenomenología de niños y adolescentes con trastorno bipolar. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2006 OCT; 63(10).

Diferencias de género en el trastorno bipolar.- Determinar si los hombres y las mujeres con trastorno bipolar presentan diferencias en la edad de inicio, curso de la enfermedad, número de intentos de suicidio, tasas de comorbilidad y sintomatología. Los datos fueron recogidos de una muestra de 211 individuos adultos (121 mujeres; 90 hombres) mediante el Diagnostic Interview for Genetic Studies, registros médicos e información adicional proporcionada por los familiares.

Resultados: No se encontraron pruebas de la existencia de diferencias de género en la mayoría de las comparaciones realizadas. Sin embargo, hubo más hombres que mujeres que comunicaron haber sufrido un episodio de manía al inicio del trastorno bipolar de tipo I. También se observaron, en los hombres, tasas mayores de abuso/dependencia de alcohol, abuso/dependencia de cannabis, juego patológico y trastorno de conducta. Además, los hombres referían con mayor frecuencia haber padecido «problemas

conductuales» e «incapacidad de mantener una conversación» durante la manía. Las mujeres mostraron tasas más altas de trastornos de la alimentación comórbidos, cambios de peso y del apetito e insomnio de mantenimiento durante la depresión.

Conclusión: Los hombres y las mujeres resultaron muy similares en lo que se refiere a la sintomatología, edad de inicio del trastorno bipolar y número total de episodios de alteración del estado de ánimo. No obstante, se diferenciaron en el tipo de episodio al inicio y en los patrones de comorbilidad.

Kawa I y otros, Diferencias de género en el trastorno bipolar: edad de inicio, curso evolutivo, comorbilidad y sintomatología. BIPOLAR DISORDERS. 2005 ABR; 7.

Trastorno bipolar y psicosis.- Más de la mitad de pacientes bipolares desarrollan síntomas psicóticos a lo largo de su enfermedad, incluyendo delirios congruentes o no con el estado de ánimo, alucinaciones, trastornos formales de pensamiento o catatonía. Sin embargo, otros pacientes no los desarrollan, independientemente de la gravedad de sus síntomas afectivos. La manía bipolar se asocia a un mayor índice de antecedentes familiares de trastornos psicóticos, mayor comorbilidad, peor evolución y peor ajuste psicosocial posterior. La manía psicótica conlleva además un gran número de errores diagnósticos, especialmente en los primeros episodios. Estos resultados sugieren que el subgrupo de bipolares con síntomas psicóticos comparte carga hereditaria y algunos aspectos clínicos con otros pacientes psicóticos, sobre todo del espectro esquizofrénico, sugiriendo la posibilidad de una transmisión específica de la psicosis, superpuesta a la de las enfermedades de base. El análisis de marcadores endofenotípicos o de personalidad que pudieran disponer al desarrollo de síntomas psicóticos en el trastorno bipolar ayudará a dilucidar esta cuestión.

Lahera Forteza G y otros, Factores asociados al desarrollo de síntomas psicóticos en la manía. ARCHIVOS DE PSIQUIATRÍA. 2006 ABR; 69(2).

Trastorno bipolar II.- Revisión del conocimiento actual. Se revisó la bibliografía después de realizar una búsqueda en Medline y una selección manual de la bibliografía pertinente. Resultados: El trastorno bipolar de tipo II es un trastorno frecuente, con una prevalencia del 3-5% aproximadamente. Se han descrito diferentes características clínicas del trastorno bipolar de tipo II. La clave para su diagnóstico radica en la identificación de hipomanía en el pasado, aunque la depresión constituye el motivo de consulta típico de la enfermedad. Este aspecto es el responsable de una tasa notablemente alta de casos no diagnosticados y del consiguiente tratamiento del cuadro según las pautas establecidas para el trastorno unipolar. No queda claro si el trastorno bipolar de tipo II se presenta con excesiva frecuencia en la población de individuos con depresión resistente y si la remisión repentina de la acción antidepresiva constituye un fenómeno excesivamente frecuente en el trastorno bipolar de tipo II, que se refleja en la inducción de ciclación predominantemente depresiva. Existen pocos estudios sobre los estabilizadores del estado de ánimo que recomiendan provisionalmente su utilidad en el trastorno. Se ha propuesto el papel coadyuvante de las terapias psicosociales; sin embargo, existen escasos estudios publicados específicos con cohortes de trastorno bipolar de tipo II. Un pequeño número de ensayos clínicos a corto plazo sobre los antidepresivos ha sugerido la eficacia de éstos, si bien no se dispone de datos convincentes sobre su administración a largo plazo a modo de tratamiento de mantenimiento.

Conclusiones: Cada vez es mayor la bibliografía sobre el concepto clínico y el manejo del trastorno, sin embargo, aún resulta desproporcionadamente escasa frente a la epidemiología y la significación clínica del trastorno.

Berk M yDodd S, El trastorno bipolar de tipo II: una revisión. BIPOLAR DISORDERS. 2005 FEB; 7.

Reconocimiento temprano del trastorno bipolar.- Los trastornos bipolares frecuentemente no se diagnostican hasta mucho después de su inicio, dejando a los pacientes sin tratamiento o con un tratamiento inadecuado. El curso del trastorno es el más severo y con las mayores repercusiones negativas para estos afectados. El esfuerzo de esta investigación es, por lo tanto, investigar aprendiendo cómo reconocer los trastornos bipolares en una etapa temprana. En función de los resultados de investigación actuales, este artículo presenta consideraciones para una escala integrativa de síntomas tempranos con la cual las personas en riesgo pueden ser identificadas e intervenidas oportunamente. Esto puede requerir estudios prospectivos para determinar el poder pronosticador de los factores de riesgo integrados en la escala.

Hauser M y otros, Reconocimiento temprano del Trastorno Bipolar. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2007 FEB;22(2).

Trastorno bipolar y suicidio.- Origen: No existen estudios previos que comparen la prevalencia y los factores de riesgo para la conducta suicida durante las diferentes fases del trastorno bipolar.

Métodos: En el "Estudio Bipolar Jorvi (JoBS)", evaluaron a 1630 pacientes internos y externos psiquiátricos con posibles trastornos bipolares mediante el Cuestionario de Trastorno del ánimo. Utilizando las entrevistas SCID I y II, 191 pacientes fueron diagnosticados con trastornos bipolares (90 con trastorno bipolar I y 101 con trastorno bipolar II). Las ideas suicidas fueron medidas utilizando la Escala de Idea Suicida (EIS). Se evaluaron la prevalencia y los factores de riesgo para las ideas e

intentos suicidas durante las diferentes fases (fases depresivas, mixtas, depresivas mixtas e hipomaníacas/maníacas).

Resultados: Hubo marcadas diferencias entre las distintas fases respecto a los intentos suicidas y nivel de ideas suicidas. La desesperación pronosticó la conducta suicida durante la fase depresiva, mientras que una clasificación subjetiva de mayor severidad de depresión y una edad más joven pronosticó intentos de suicidio durante las fases mixtas. Limitaciones: El tamaño de la muestra es relativamente pequeño en algunas fases. Conclusiones: La conducta suicida varió marcadamente entre las diferentes fases del trastorno bipolar. Los intentos de suicidio e ideas suicidas estuvieron relacionadas con las fases que están asociadas con aspectos depresivos de la enfermedad. La desesperación y la severidad de la depresión fueron indicadores claves de riesgo en todas las fases.

Hanna M. Valtonen, Kirsi Suominen, Outi Mantere, Sami Leppämäki, Petri Arvilommi, Erkki Isometsä. Conducta suicida durante las diferentes fases del trastorno bipolar. J AFFECT DISORD. 2007 ENE; 97(1).

Tratamiento psicosocial.- Contexto: Se ha demostrado que las intervenciones psicosociales mejoran el resultado fármaco terapéutico en el trastorno bipolar.

Objetivo: Examinar las ventajas de las 4 psicoterapias específicas del trastorno en conjunto con la farmacoterapia, sobre el tiempo de recuperación y la probabilidad de continuar sano después de un episodio de depresión bipolar.

Diseño: Ensayo aleatorio controlado.

Escenario: Quince clínicas afiliadas al programa de mejora del tratamiento sistemático para el trastorno bipolar.

Pacientes: Un total de 293 pacientes no internados referidos con trastorno bipolar I o II y depresión, tratados con el protocolo fármaco terapéutico, fueron asignados aleatoriamente a una psicoterapia intensiva (n=163) o a un cuidado de colaboración (n= 130), una intervención psico-educacional breve.

Intervenciones: La psicoterapia intensiva se proporcionó semanalmente y dos veces por semana hasta 30 sesiones en 9 meses según los protocolos para la terapia enfocada a la familia, la terapia interpersonal y de ritmo social, y la terapia cognitivo conductual. El cuidado de colaboración consistió en 3 sesiones en 6 semanas.

Principales medidas del resultado: Las valoraciones del resultado fueron realizadas por psiquiatras en cada visita de farmacoterapia. Los resultados principales incluyeron el tiempo de recuperación y la proporción de pacientes clasificados como sanos durante cada uno de los 12 meses de estudio.

Resultados: Todos los análisis fueron por intención de tratamiento. Los índices de deterioro no diferenciaron en las condiciones de psicoterapia intensiva (35.6%) y de cuidado de colaboración (30.8%).

Los pacientes bajo psicoterapia intensiva presentaron índices de recuperación significativamente mayores al final del año (64.4% vs. 51.5%) y periodos menores de recuperación que los pacientes bajo cuidado de colaboración (índice de peligro, 1.47; Intervalo de confianza 95%, 1.08-2.00; P=0.01). Los pacientes bajo psicoterapia intensiva fueron 1.58 veces (intervalo de confianza 95%, 1.17-2.13) más probables a estar clínicamente sanos durante cualquier mes de estudio que aquellos bajo cuidado de colaboración (P=.003). No se observó ninguna diferencia estadística significativa en los resultados de las 3 psicoterapias intensivas.

Conclusiones: El tratamiento psicosocial intensivo como adjunto a la farmacoterapia fue más beneficioso que el tratamiento breve al mejorar la estabilización de la depresión bipolar. Los estudios futuros deben comparar la rentabilidad de los modelos de psicoterapia para el trastorno bipolar.

David J. Miklowitz, Michael W. Otto, Ellen Frank, Noreen A. Reilly-Harrington, Stephen R. Wisniewski, Jane N. Kogan, Andrew A. Nierenberg, Joseph R. Calabrese, Lauren B. Marangell, Laszlo Gyulai et al, Tratamientos psicosociales para la depresión bipolar. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2007 ABR; 64(4).

Trastorno bipolar pediátrico.- Objetivos y métodos: Se muestran los hallazgos obtenidos en recientes estudios longitudinales prospectivos y a largo plazo sobre la evolución, el resultado y el tratamiento en condiciones naturales de adultos con enfermedad bipolar, como base para un estudio del desarrollo a largo plazo del trastorno bipolar en pediatría. Resultados: El creciente conocimiento sobre la enfermedad bipolar en adultos subraya el elevado riesgo de recurrencias múltiples a lo largo de la vida, la morbilidad clínicamente significativa, las elevadas tasas de autolesión, la carga económica y social, y la frecuente resistencia al tratamiento con síntomas residuales entre los principales episodios. En la actualidad, no se dispone de bases empíricas que corroboren ninguna presunción sobre la evolución a largo plazo o los resultados de la enfermedad bipolar cuando se inicia durante la niñez o la adolescencia, o los efectos de las farmacoterapias convencionales en la modificación de su desarrollo y la limitación de resultados potencialmente adversos. La investigación propuesta articula objetivos descriptivos específicos que se basan en hallazgos obtenidos en adultos y describe los requisitos metodológicos centrales para este tipo de trabajo.

Conclusiones: En la actualidad, si se quiere obtener un avance científico significativo en el conocimiento de los efectos duraderos de la enfermedad bipolar y el valor potencial de los planteamientos actuales de su control, es necesario extender las innovaciones en la descripción y el análisis cuantitativo de los datos

clínicos longitudinales prospectivos a cohortes pediátricas amplias y sistemáticamente determinadas, seleccionadas a través de estudios multicéntricos.

Michael Strober; Boris Birmaher; Neal Ryan; David Axelson; Sylvia Valeri; Henrietta Leonard; Satish Iyengar; Mary Kay Gill; Jeffrey Hunt; Martin Keller, Enfermedad bipolar pediátrica: perspectivas actuales y futuras del estudio de su curso y tratamiento a largo plazo. BIPOLAR DISORDERS. 2006 AGO;8(4):311-321.

Evolución de los trastornos cognitivos en el trastorno bipolar.- Objetivos: Se está cuestionando la idea de que las personas con trastorno bipolar lleguen a una recuperación completa sindrómica y funcional entre los episodios de la enfermedad, ya que algunos indicios señalan que una amplia proporción no logra recuperar los grados premórbidos de funcionamiento tras la resolución de los principales síntomas afectivos. Cada vez hay más datos que sugieren que los pacientes bipolares presentan trastornos neuropsicológicos que persisten incluso durante el estado eutímico, lo que puede contribuir a que sus resultados psicosociales sean peores. Sin embargo, no se conoce con exactitud la etiología de este tipo de trastornos y su relación con la progresión de la enfermedad. El objetivo de esta revisión es considerar los hallazgos de estudios que investigan la relación entre el trastorno cognitivo y los resultados clínicos, y de estudios sobre la función neurocognitiva en familiares o parientes de primer grado (PPG) no afectados de pacientes con trastorno bipolar, para estudiar la evolución temporal del trastorno cognitivo en el trastorno bipolar. Métodos: Revisión sistemática de la bibliografía.

Resultados: La mayor parte de los indicios sugiere que la mayor disfunción neuropsicológica se asocia con un peor curso previo de la enfermedad, en particular, el número de episodios maníacos, las hospitalizaciones y la duración de la enfermedad. El hallazgo más constante fue una relación negativa entre el número de episodios de manía y el rendimiento de la memoria verbal declarativa. El trastorno en los PPG no afectados se documentó en la memoria verbal declarativa y en algunos aspectos de la función ejecutiva.

Conclusiones: El trastorno cognitivo puede ser un factor del rasgo de vulnerabilidad en trastornos bipolares que ya está presente antes de la instauración de la enfermedad y que empeora conforme ésta progresa. Es esencial seguir investigando la relación causal entre el trastorno cognitivo y el curso de la enfermedad.

Lucy J. Robinson, I. Nicol Ferrier, Evolución de los trastornos cognitivos en el trastorno bipolar: revisión sistemática de los indicios transversales. BIPOLAR DISORDERS. 2006 ABR; 8(2).

Depresión bipolar y unipolar.- Es común pero equívoca, la suposición de que no existen diferencias importantes entre las presentaciones clínicas del trastorno depresivo mayor y la depresión bipolar. Aquí comparamos las variables del curso clínico y los perfiles sintomáticos depresivos en una muestra grande de individuos con trastorno depresivo mayor (n=593) y trastorno bipolar (n=443). Las características clínicas asociadas a un curso bipolar incluyeron la presencia de psicosis, variación del estado anímico diurno e hipersomnia durante episodios depresivos, y un mayor número de episodios depresivos cortos. Tales características deben alertar al médico sobre un curso bipolar posible. Esto es importante porque el manejo óptimo no es similar para la depresión bipolar que para la unipolar.

Liz Forty; Daniel Smith; Lisa Jones; Ian Jones; Sian Caesar; Carly Cooper; Et al, Diferencias clínicas entre la depresión bipolar y unipolar. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 MAY; 192(5):388-389.

Hijos de pacientes bipolares I.- El objetivo del estudio fue averiguar la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo y trastornos por conducta perturbadora (o algunos de sus síntomas) en 35 niños, hijos de 29 pacientes ambulatorios adultos con un diagnóstico DSM-IV de trastorno bipolar I, en comparación con 33 niños, hijos de 29 adultos sanos, que fueron emparejados a los pacientes en cuanto a edad, nivel socioeconómico y nivel de educación.

Los hijos de pacientes bipolares presentaron un riesgo 9,48 veces superior de recibir un diagnóstico psiquiátrico. Si bien sólo dos hijos de pacientes con trastorno bipolar fueron diagnosticados con trastorno del estado de ánimo, el 30,9% mostró un estado de ánimo levemente depresivo, en comparación con el 8,8% de los individuos de comparación, una diferencia estadísticamente significativa.

Asimismo, los hijos de pacientes bipolares tuvieron una puntuación significativamente superior en las subescalas de hiperactividad y problemas conductuales, así como en el Índice de TDAH (trastorno por déficit de la atención con hiperactividad) de la Conners' Teacher Rating Scale. La conducta perturbadora y los síntomas del estado de ánimo observados precozmente en la vida pueden indicar la necesidad de una intervención psicosocial precoz.

F. Neslihan Inal-Emiroglu; A. Ozerdem, D.J. Miklowitz; A. Baykara, A. Akay, Trastornos del estado de ánimo y trastornos por conducta perturbadora en hijos de pacientes con trastorno bipolar I. WORLD PSYCHIATRY. 2008 JUN; 7(2):110-112.

Trastorno bipolar II y depresión mayor unipolar.- Introducción: el diagnóstico diferencial entre fase depresiva trastorno bipolar II y depresión mayor unipolar se basa en antecedentes de episodios hipomaniacos. En el trastorno bipolar tipo I, el antecedente de manía es más fácil de detectar. En la actualidad, el límite entre el trastorno bipolar y depresivo es difuso, y depende entre otras cosas, del

rigor del clínico para detectar rasgos hipomaniacos y de la información obtenida en las entrevistas familiares.

Objetivos: señalar la importancia del diagnóstico diferencial entre ambas patologías para instaurar un tratamiento correcto dado el efecto negativo del retraso del diagnóstico correcto del trastorno bipolar.

Metodología: realizamos una revisión bibliográfica sobre el tema en los artículos científicos incluida en las revistas de mayor impacto en los últimos 5 años, empleando para ello las bases de datos más importantes de las que disponemos.

Resultados: 41% de pacientes hospitalizados por depresión unipolar acabó presentando un episodio hipomaniaco o maniaco a lo largo de 15 años de seguimiento. Entre el 27-62% de todas las depresiones graves se ajustan a las características de trastorno bipolar tipo II o alguna de sus variantes.

Conclusiones: El objetivo principal en Salud Mental debería ser la intervención precoz en fases tempranas de la enfermedad bipolar, lo cual depende de un diagnóstico diferencial correcto, pues de lo contrario se generan errores en el tratamiento que podrían llevar a una peor evolución y pronóstico.

O. Sobrino Cabra; C. Moreno Menguiano; V. Gómez Macías, Depresión bipolar versus depresión unipolar. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2008 NOV.

Rendimiento cognitivo y calidad de vida en el trastorno bipolar.- Objetivo: En pacientes con trastorno bipolar (BD), las puntuaciones de calidad de vida (QOL) han sido atribuidas en gran parte a los síntomas del estado anímico. Sin embargo, las deficiencias en la QOL pueden ocurrir incluso en la eutimia, y han sido propuestos factores diferenciales como determinantes importantes de la QOL. Nuestro estudio fue diseñado para valorar el papel del rendimiento cognitivo en la QOL auto-reportada en pacientes con BD.

Método: En este estudio seccional transversal, examinamos la relación entre las variables cognitivas y la QOL auto-reportada en 55 pacientes bipolares I eutímicos y 50 sujetos sanos. Se administró a los participantes la versión abreviada de la Valoración de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud y una batería de pruebas neurofisiológicas.

Resultados: Los pacientes BD mostraron puntuaciones menores en todos los dominios de QOL con respecto a los sujetos control. Una QOL pobre auto-reportada correlacionó significativamente con un peor rendimiento cognitivo, especialmente en las pruebas de funcionamiento ejecutivo y abstracción verbal. Un modelo de regresión lineal reveló que todos los dominios de la QOL fueron significativamente previstos por variables cognitivas, con variaciones de rango desde 12% hasta 37%, y de 24% a 54% cuando se agregaron las variables clínicas al modelo.

Conclusiones: Los déficits en el funcionamiento ejecutivo y la abstracción verbal fueron predictores fuertes de la QOL pobre auto-reportada. Nuestros resultados sugieren que, junto con la estabilización del estado anímico, un adecuado funcionamiento cognitivo es deseable para alcanzar una mejor QOL. Estos hallazgos sugieren que la rehabilitación cognitiva puede ser un factor importante para el restablecimiento de la QOL para los niveles de línea base entre pacientes con BD.

Sofia Brissos; Vasco Videira Dias; Flávio Kapczinski. Rendimiento cognitivo y calidad de vida en el trastorno bipolar. CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 AGO;53(8):517-524.

Cambio súbito en estado de ánimo.- Objetivo: El cambio rápido del estado anímico en el trastorno bipolar ha sido asociado a una edad temprana de inicio, comorbilidad de pánico y suicidio. Este estudio tiene como objetivo confirmar estas asociaciones e investigar otros correlatos potenciales del cambio súbito del estado de ánimo utilizando familias de un estudio multicentro de vínculo bipolar.

Métodos: Los sujetos comprendieron un total de 1,143 probandos y parientes con diagnóstico de trastorno bipolar. Todos los sujetos fueron directamente entrevistados con un instrumento de diagnóstico estándar, y a todos los sujetos que cumplieron con los criterios para el trastorno bipolar se les preguntó si alguna vez su estado de ánimo había cambiado rápidamente.

Resultados: Los individuos con un cambio súbito del estado anímico obtuvieron significancia a la edad de inicio temprano del trastorno (18 versus 21 años, $p < 0.00001$), mayor ansiedad comórbida (47% versus 26%, $p < 0.00001$) y trastornos de abuso de sustancias (52% versus 42%, $p = 0.0006$), mayor tasa de comportamiento violento (6% versus 3%, $p < 0.004$), comportamiento suicida (46% versus 31%, $p < 0.00001$), y lesiones autoflingidas (13% versus 6%, $p < 0.0002$). El análisis de regresión logística múltiple encontró efectos netos significativos sobre el cambio súbito del estado anímico para la aparición temprana de los síntomas [índice de probabilidad (OR) = 0.62; intervalo de confianza 95% (ci): 0.45-0.85]; comorbilidad de la ansiedad (OR = 2.31; CI 95%: 1.34-3.98); e hipersensibilidad a los antidepresivos (OR=2.05; CI 95%: 1.49-2.83) como los predictores más fuertes.

Conclusiones: Esto confirma los informes anteriores que asocian el cambio súbito a un curso clínico más complejo, particularmente la aparición temprana de sintomatología bipolar, activación antidepresiva y comorbilidad de la ansiedad. Estos resultados apoyan una diferenciación clínica del trastorno bipolar en los subtipos basados en la estabilidad del síntoma.

Evaristus A Nwulia; Peter P Zandi; Melvin G McInnis...(et.al) Cambio súbito del estado de ánimo en familias con trastorno bipolar familiar. BIPOLAR DISORDERS. 2008 AGO; 10(5):597-606.

Funciones neuropsicológicas en el trastorno bipolar I y II.- Objetivos: La literatura informa de deterioros cognitivos persistentes en pacientes con trastorno bipolar incluso después de una remisión prolongada. Sin embargo, la mayoría de los estudios se han centrado únicamente en el trastorno bipolar I (BP-I), principalmente porque el trastorno bipolar II (BP-II) es a menudo infradiagnosticado o mal diagnosticado. Se debe prestar mayor atención a las diferencias entre BP-I y BP-II, especialmente en los aspectos de funcionamiento neuropsicológico. Examinamos las diferentes funciones neuropsicológicas en pacientes con BP-I y BP-II y los comparamos con los controles sanos.

Métodos: El estudio incluyó la comparación de 67 pacientes con trastorno bipolar interepisódico (BP-I: n=30; BP-II: n=37) y 22 controles, utilizando una batería de pruebas neuropsicológicas que evaluaron la memoria, velocidad psicomotora y ciertos aspectos de la función ejecutiva frontal.

Resultados: El grupo BP-I no obtuvo buenos resultados en memoria verbal, velocidad psicomotora y función ejecutiva comparado con los grupos BP-II y control. Ambos grupos bipolares tuvieron un desempeño significativamente menor que el grupo control en medidas de memoria de trabajo y velocidad psicomotora, mientras que el grupo BP-II mostró un nivel intermedio de desempeño en velocidad psicomotora en comparación con el grupo BP-I y el grupo control. No hubo diferencia entre los grupos en la memoria visual.

Conclusiones: El grupo BP-I se caracterizó por un rendimiento reducido en la memoria verbal, memoria de trabajo, velocidad psicomotora y función ejecutiva, mientras que los pacientes BP-II mostraron una reducción únicamente en la memoria de trabajo y velocidad psicomotora. El deterioro cognitivo existió en ambos subtipos de trastorno bipolar y fue mayor en los pacientes con BP-I. Las intervenciones de rehabilitación deben considerar las posibles diferencias cognitivas entre estos subtipos bipolar.

Yih-Lynn Hsiao; Yi-Syuan Wu; Jo Yung-Wei Wu... (et.al) Funciones neuropsicológicas en pacientes con trastorno bipolar I y bipolar II. BIPOLAR DISORDERS. 2009 AGO; 11(5):547-554.

Terapias psicológicas en el trastorno bipolar.- Objetivos: A pesar de algunos resultados alentadores y de componentes compartidos de las terapias psicológicas específicas para los trastornos bipolares, no todos los estudios encontraron un hallazgo concluyente de que la adición de una intervención psicosocial a las intervenciones farmacológicas mejora los resultados. Hubo algunas pruebas preliminares de análisis post hoc de que los pacientes con más de 12 episodios anteriores no se beneficiarían de la psicoeducación o la terapia cognitiva. Este trabajo presenta una revisión sistemática y una meta-análisis que examina la eficacia global de las terapias psicológicas específicas para el trastorno bipolar y el impacto del número de episodios previos sobre la eficacia de terapias psicológicas en la prevención de la recaída.

Métodos: Se realizaron búsquedas sistemáticas de literatura de bases de datos electrónicas y listas de referencia de revisiones existentes. Se combinó en una meta-análisis el número de participantes que experimentaron una recaída en estudios aleatorios, controlados para determinar el efecto de tratamiento global en la prevención de recaídas. Se utilizó un modelo de metarregresión para examinar si el número de episodios previos confundió el número de recaídas experimentadas por los participantes al final del tratamiento.

Resultados: El meta-análisis de recaída calculó un riesgo relativo total de 0.74 [intervalo de confianza 95% (CI): 0.64-0.85] con cierta heterogeneidad presente ($I^2=43.3\%$). La metarregresión de seis estudios no mostró ninguna relación entre el número de episodios y el número de recaídas al final.

Conclusión: La terapia psicológica diseñada específicamente para el trastorno bipolar es eficaz para prevenir o retrasar las recaídas en los trastornos bipolares y no hay pruebas claras de que el número de episodios previos modere el efecto.

Dominic H Lam; Rachel Burbeck; Kim Wright; Steve Pilling. Terapias psicológicas en el trastorno bipolar: El efecto de la historia de la enfermedad sobre la prevención de recaída - una revisión sistemática. BIPOLAR DISORDERS. 2009 AGO; 11(5):474-482.

Índice de masa corporal como predictor.- Objetivo: Varios estudios han reportado una mayor prevalencia de obesidad en pacientes que sufren de trastorno bipolar (TB). Para estudiar la relación del índice de masa corporal elevado (IMC) en pacientes con TB, investigamos las diferencias en las características sociodemográficas, clínicas y médicas con respecto al IMC, con la hipótesis de que el IMC está relacionado con el pronóstico y el resultado.

Métodos: Medimos el IMC de 276 sujetos de una muestra de atención terciaria del Registro Bipolar Marítimo. Los sujetos tenían de 16 a 83 años, con un diagnóstico psiquiátrico de trastorno bipolar I (n= 186), trastorno bipolar II (n= 85), y TB no especificado (n= 5). El registro incluyó datos demográficos básicos y detalles de la presentación clínica. Primeramente examinamos las variables que mostraban una asociación significativa con el IMC; posteriormente, modelamos la relación entre el IMC y el resultado psiquiátrico utilizando un análisis de ecuación estructural.

Resultados: La prevalencia de obesidad en nuestra muestra fue del 39.1%. Encontramos un IMC mayor en sujetos con un curso crónico ($p < 0.001$) y una duración prolongada de la enfermedad ($p = 0.02$), puntuaciones menores en la Escala de Evaluación Global de Funcionamiento ($p = 0.02$), y sobre la discapacidad ($p = 0.002$). Los pacientes con sobrepeso tenían trastornos de ansiedad social ($p = 0.02$) y

generalizada y comórbidos ($p = 0.05$), diabetes mellitus tipo II ($p < 0.001$) e hipertensión ($p = 0.001$). Los sujetos que lograron una remisión completa de síntomas sobre litio, mostraron un IMC significativamente menor ($p = 0.01$).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que el IMC está asociado al pronóstico y resultado del TB. Aún falta determinar si esta asociación es causal.

Cynthia Calkin, Caroline van de Velde, Martina Ruzicková... (et.al) ¿Puede ayudar el índice de masa corporal a predecir los resultados en pacientes con trastorno bipolar? BIPOLAR DISORDERS. 2009 SEP; 11(6):650 - 656.

Tratamiento del trastorno bipolar.- Introducción: Poco se conoce sobre la relación entre la adherencia al tratamiento y la disfunción cognitiva residual en pacientes eutímicos con trastorno bipolar. En un estudio anterior, el grupo de Barcelona ha evidenciado que sólo el 60 % de los pacientes bipolares eutímicos era completamente adherente, el 27 % era parcialmente adherente, y el 13 % tenía mala adherencia a los tratamientos prescritos (Colom et al, 2003). La adherencia parcial y la mala adherencia se relacionan con una peor evolución clínica y del funcionamiento social en el trastorno bipolar (Morris et al, 2007). El déficit cognitivo es en parte responsable del mal funcionamiento en el trastorno bipolar (Martínez-Aran et al, 2007). Ningún estudio previo ha explorado la relación entre la adherencia terapéutica y el rendimiento neurocognitivo en el TB.

Objetivos: Investigar si la mala adherencia al tratamiento se asocia con el deterioro cognitivo en pacientes bipolares eutímicos y evaluar si otros factores clínicos están relacionados con la adherencia y el funcionamiento cognitivo.

Metodología: Pacientes eutímicos con diagnóstico de trastorno bipolar I o II según el DSM-IV ($N = 103$: 61 con buena adherencia al tratamiento, 42 con mala adherencia al tratamiento) se evaluaron utilizando una batería neuropsicológica, que incluía: la estimación del nivel intelectual premórbido por el subtest de vocabulario; la FAS para la fluidez fonológica, y animal naming para la fluidez semántica; la atención y concentración con los dígitos directos y con el trazo A el TMT; la working memory con los dígitos inversos y el trazo B del TMT; el WCST para la flexibilidad cognitiva.

Resultados: Los pacientes bipolares con mala adherencia al tratamiento tenían más hospitalizaciones que aquellos con buena adherencia. Después de controlar el efecto de la edad, sexo, CI estimado, Young Mania Rating Scale y Hamilton Rating Scale por la depresión, los pacientes con mala adherencia al tratamiento puntuaban peor que los controles normales en el aprendizaje verbal y en algunas funciones ejecutivas. Después de controlar por las variables de confusión los análisis han demostrado que la única diferencia estadísticamente significativa es en la variable del trazo b (TMT) (que evalúa la working memory) entre los dos grupos de pacientes: con mala y buena adherencia al tratamiento. La mala adherencia al tratamiento también se asociaba con el subtipo bipolar I y con mayor gravedad de la enfermedad, según lo indicado por el número de episodios maníacos, de hospitalizaciones y la historia de psicosis. Los factores farmacológicos, tales como el tratamiento con litio, también pueden influir en la relación entre neurocognición y adherencia.

Conclusiones: Existe una relación entre la mala adherencia terapéutica y un peor funcionamiento cognitivo en pacientes bipolares. La mala adherencia se asocia a una mayor gravedad de la enfermedad (diagnóstico de trastorno bipolar tipo I, mayor número de hospitalizaciones, síntomas psicóticos previos).

A. Murru; A.M. Antonina Nivoli; I. Pacchiarotti... (et.al) Falta de adherencia al tratamiento y deterioro neurocognitivo en el trastorno bipolar. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2009 OCT;(2)

Tratamiento coadyuvante para el Trastorno Bipolar.- Objetivo: La psicoterapia ha sido largamente recomendada como coadyuvante de la farmacoterapia en el trastorno bipolar, pero no está claro qué intervenciones son efectivas y para qué pacientes, en qué intervalos, y para qué dominios del resultado. Este artículo revisa ensayos aleatorizados sobre la psicoterapia coadyuvante para el trastorno bipolar.

Método: Se describen 18 ensayos de psicoeducación individual y en grupo, cuidado sistemático, terapia familiar, terapia interpersonal, y terapia cognitivo conductual. Las variables relevantes para el resultado incluían el tiempo hasta la recuperación, la recurrencia, la duración de los episodios, la severidad de los síntomas y el funcionamiento psicosocial.

Resultados: Los efectos de las modalidades de tratamiento variaron según la patología clínica de los pacientes en el momento de la asignación aleatoria y la polaridad de los síntomas en el seguimiento. La terapia familiar, la terapia interpersonal y el cuidado sistemático parecieron ser los más efectivos en la prevención de las recurrencias cuando se iniciaban tras un episodio agudo, mientras que la terapia cognitivo conductual y la psicoeducación en grupo parecieron ser más efectivas cuando se iniciaban durante un periodo de recuperación. Los programas psicoeducacionales individuales y de cuidado sistemático fueron más efectivos para los síntomas maníacos que para los depresivos, mientras la terapia familiar y la terapia cognitivo conductual fueron más efectivas para los síntomas depresivos que para los maníacos.

Conclusiones: La psicoterapia coadyuvante mejora los resultados sintomáticos y funcionales del trastorno bipolar durante periodos de 2 años. Las diversas modalidades difieren en contenido, estructura, y mecanismos mediadores asociados. Los tratamientos que enfatizan la adherencia al tratamiento y un reconocimiento precoz de los síntomas del estado de ánimo tienen efectos más potentes sobre la manía,

mientras los tratamientos que enfatizan las estrategias cognitivas e interpersonales de afrontamiento (coping) tienen efectos más potentes sobre la depresión. La colocación de la psicoterapia en los algoritmos de cuidados crónicos y su papel como agente preventivo en los estadios precoces del trastorno merecen más investigación.

David J. Miklowitz. Tratamiento coadyuvante para el Trastorno Bipolar: Actualización de las evidencias. REVISTA DE TOXICOMANÍAS Y SALUD MENTAL (R.E.T). 2010;(59)

Trastorno bipolar y familia.- Como consecuencia de la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos, el papel de los cuidadores ha adquirido un interés relevante a lo largo de los últimos años. Con el objetivo de conocer el impacto de la enfermedad en los cuidadores, 88 familiares de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar (DSM-IV) completaron un cuestionario autoadministrado que recogía información sobre variados aspectos clínicos, sociodemográficos, carga experimentada, actitudes y conocimientos acerca de la enfermedad, entre otras cuestiones.

Encontramos que los familiares necesitaban con frecuencia ayuda psiquiátrica por el estrés generado por la enfermedad, percibían afectación en los planos laboral, lúdico y económico, junto con la estigmatización social. Resultaban de gran ayuda en la cumplimentación terapéutica y la información recibida acerca de la enfermedad y los recursos destinados eran percibida como insuficientes. También se obtuvo información de las parejas que describían afectación en las relaciones conyugales, sexuales y en la crianza.

Es necesario, por tanto, identificar aquellos factores que contribuyen al estrés familiar. Intervenciones como los grupos psicoeducativos pueden mejorar el conocimiento de la enfermedad y mejorar las técnicas de afrontamiento.

Sierra, P.; Livianos, L.; Arques, S.; Martínez, A.; Ribes, J. El punto de vista de los familiares de pacientes con trastorno bipolar. ARCHIVOS DE PSIQUIATRÍA. 2006 DIC; 69(4)

Enfermedad cardiovascular e hipertensión en trastorno bipolar I.- Objetivo: A pesar de una amplia evidencia de exceso de mortalidad cardiovascular en el trastorno bipolar (BD), pocos estudios han demostrado una prevalencia creciente de la enfermedad cardiovascular (CVD) y/o hipertensión (HTN) en el BD. Por lo tanto examinamos este tema en una muestra epidemiológica representativa.

Método: Se utilizó la Encuesta Epidemiológica Nacional 2001-2002 sobre el alcohol y Condiciones Relacionadas para determinar si la prevalencia de CVD y HTN diagnosticado por el médico, es elevada entre sujetos con trastorno bipolar I en el curso de la vida (BD-I), y si la CVD y la HTN son prevalentes en edades más tempranas entre sujetos con BD-I.

Resultados: La prevalencia ajustada por edad, raza y sexo de CVD fue significativamente mayor entre los sujetos con BD-I en comparación con los controles [índice de probabilidad (OR)= 4.95, intervalo de confianza 95% (CI): 4.27-5.75] y versus sujetos con trastorno depresivo mayor [(MDD); OR= 1.80, CI 95%: 1.52-2.14], así como la prevalencia de HTN (OR= 2.38, CI 95%: 2.16-2.62 versus controles, OR= 1.44, CI 95%: 1.30-1.61 versus MDD; $p < 0.0001$ para todos). Al controlar adicionalmente el estado civil, la educación, los ingresos, la obesidad, el fumar, los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias; no modificaron substancialmente estos resultados. La edad media de los sujetos con BD-I con CVD y HTN fue de 14 y 13 años más jóvenes, respectivamente, que los controles con CVD y HTN.

Conclusiones: Los adultos con BD-I presentan un mayor riesgo de CVD y HTN, prevalente sobre una década anterior que los adultos sin BD. Se requieren de estrategias para prevenir la carga cardiovascular excesiva y prematura en el BD-I.

Benjamin I Goldstein; Andrea Fagiolini; Patricia Houck; David J Kupfer. Enfermedad cardiovascular e hipertensión en adultos con trastorno bipolar I en los Estados Unidos. BIPOLAR DISORDERS. 2009 SEP; 11(6):657-662.

Trastorno bipolar de ciclo rápido.- Antecedentes. Se desconoce la epidemiología del trastorno bipolar de ciclo rápido en la comunidad.

Objetivos. Investigar las características epidemiológicas del trastorno bipolar de ciclo rápido y de ciclo no rápido en una muestra comunitaria grande.

Método. Se utilizó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI versión 3.0) para examinar la prevalencia, severidad, comorbilidad, deterioro, suicidio, características sociodemográficas, adversidad infantil y tratamiento del trastorno bipolar de ciclo rápido y de ciclo no rápido en diez países (n= 54.257). Resultados. La prevalencia del trastorno bipolar de ciclo rápido de doce meses fue de 0.3%.

Aproximadamente un tercio y dos quintas partes de los participantes con trastorno bipolar vitalicio y de doce meses respectivamente, cumplieron con los criterios para trastorno de ciclo rápido. En comparación con el trastorno bipolar de ciclo no rápido, el trastorno bipolar de ciclo rápido se asoció con una edad más joven en la edad de inicio, una persistencia mayor, síntomas depresivos más severos, un deterioro mayor para síntomas depresivos, más trastornos de ansiedad y una probabilidad creciente de utilizar los servicios de salud. No hubo una clara diferencia en las asociaciones con respecto a la niñez, los correlatos familiares y otros sociodemográficos.

Conclusiones. El perfil epidemiológico comunitario del trastorno bipolar de ciclo rápido confirma la mayoría del conocimiento base clínico actual de la enfermedad.

Sing Lee; Adley Tsang; Ronald C. Kessler...(et.al) Trastorno bipolar de ciclo rápido: Estudio comunitario. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2010 MAR;196(3):217-225.

Trastorno bipolar en familias.- Objetivo. A pesar del riesgo creciente, la mayoría de hijos de padres con trastorno bipolar (BP) no manifiestan BP. La identificación de factores de riesgo para BP en los hijos podría mejorar las estrategias preventivas y de tratamiento. Hemos examinado este tema en el Estudio Pittsburgh de Descendencia Bipolar (BIOS).

Método. Los sujetos incluyeron a 388 hijos, de edades 7-17 años, de 233 padres con BP-I o BP-II (la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV). Los diagnósticos de los hijos se determinaron utilizando el calendario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para niños en edad escolar, versión Presente y de Por Vida (KSADS-PL). El análisis se centró en los 41 hijos que fueron diagnosticados con BP-I (N = 9), BP-II (N = 5) o BP-NOS (N = 27).

Resultados. Los hijos con BP tenían padres probandos que eran significativamente más jóvenes en el momento de su nacimiento, eran más probable que fueran mujeres, y tenían una situación socio-económica más baja, versus los padres probandos de hijos sin BP. Las variables clínicas de los padres y las variables obstétricas no se asociaron significativamente con BP en los hijos. La historia de abuso físico y/o sexual, exposición a los antidepresivos, y la exposición a los estimulantes fue significativamente mayor en los hijos con versus sin BP. Hubo una prevalencia significativamente mayor del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastornos de ansiedad, trastorno negativista desafiante / trastorno de conducta (ODD / CD), y exposición a estimulantes y antidepresivos entre los hijos con versus sin BP. Las variables asociadas significativamente con BP entre los hijos en los análisis de regresión fueron los siguientes: edad del hijo mayor, edad de los padres en el nacimiento, trastornos de ansiedad en los hijos y ODD/CD, y co-padre biológico con BP.

Conclusión. La historia de ansiedad y / o trastornos de comportamiento perturbador, así como la presencia de BP bi-lineal de los padres, se asocia con un riesgo elevado de trastornos del espectro bipolar en los hijos. Si se replica de forma prospectiva, estos resultados podrían tener implicaciones para el diagnóstico y tratamiento de la psicopatología entre los hijos BP.

Benjamin I. Goldstein; Wael Shamseddeen; David A. Axelson... (et.al) Correlatos clínicos, demográficos y familiares de los trastornos del espectro bipolar entre los descendientes de padres con trastorno bipolar. JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY. 2010 ABR; 49(4):388-396.

Intervención psicosocial basada en grupos para el trastorno bipolar.- Antecedentes: Las intervenciones psicosociales tienen el potencial de mejorar la prevención de recaída en el trastorno bipolar.

Objetivos: Evaluar una intervención manualizada basada en grupo para personas con trastorno bipolar en un marco naturalista.

Método: Se seleccionaron al azar ochenta y cuatro participantes para recibir la intervención basada en grupo (un programa de 12 semanas y tres sesiones de refuerzo) o el tratamiento habitual, y seguimiento con encuestas telefónicas mensuales (durante 9 meses post-intervención) y entrevistas cara a cara (en la línea base, a los 3 meses y 12 meses).

Resultados: Los participantes que recibieron la intervención basada en grupo fueron significativamente menos propensos a tener una recaída de cualquier tipo y pasar menos tiempo indispuestos. Hubo una tasa reducida de recaídas en el grupo de tratamiento para las recaídas combinadas de cualquier tipo (índice de peligro 0,43.95% CI 0,20-0,95; $t_{343} = -2,09$. $P = 0,04$). Conclusiones: Este estudio sugiere que la intervención basada en grupo reduce el riesgo de recaída en el trastorno bipolar.

David Castle; Carolynne White; James Chamberlain... (et.al) Intervención psicosocial basada en grupos para el trastorno bipolar: Ensayo controlado aleatorio. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2010 MAY; 196(5):383-388.

Impulsividad y trastorno bipolar.- Objetivo: Determinar si las anomalías del control de los impulsos persisten a través del curso del trastorno bipolar, lo que representa marcadores potenciales de estado y endofenotipos.

Métodos: El control de los impulsos de 108 pacientes maníaco bipolar I o pacientes mixtos se midió en tres tareas diseñadas para estudiar la respuesta de inhibición, la capacidad de demorar la gratificación, y la atención, es decir, una tarea señal de parada, una tarea de recompensa retrasada, y una tarea de rendimiento continuo, respectivamente. Se obtuvieron también las puntuaciones de la Escala Barrett de Impulsividad (BIS-11). Se siguió a los pacientes durante un máximo de un año y se los volvió a evaluar con las mismas medidas si habían desarrollado depresión o eutimia. Los sujetos sanos de comparación también se evaluaron con los mismos instrumentos en dos ocasiones para evaluar la estabilidad de medición.

Resultados: Al inicio del estudio, los sujetos bipolares demostraron déficits significativos en las tres tareas en comparación con los sujetos sanos, en consonancia con la respuesta más impulsiva en el grupo bipolar maníaco/mixto. En general, el rendimiento en las tres tareas de comportamiento se normalizó al cambiar a depresión o al desarrollar eutimia. Por el contrario, las puntuaciones BIS-11 se elevaron

durante la manía y se mantuvieron elevados ya que los sujetos bipolares desarrollaron depresión o alcanzaron la eutimia.

Conclusiones: Los pacientes con trastorno bipolar I demuestran déficits en las pruebas de laboratorio de distintos aspectos de la impulsividad en fase maníaca, en comparación con los sujetos sanos, que en gran medida se normaliza con la recuperación y el cambio dentro de la depresión. Sin embargo, las puntuaciones elevadas en BIS-11 persisten a través de las fases de la enfermedad. Estos resultados sugieren que la impulsividad tiene componentes tanto dependientes del estado afectivo como componentes de rasgo en el trastorno bipolar.

Stephen M Strakowski; David E Fleck; Melissa P DelBello... (et.al) Impulsividad a través del curso del trastorno bipolar. BIPOLAR DISORDERS. 2010 MAY; 12(3):285-297.

TRASTORNO CICLOTÍMICO

Generalidades.- La palabra 'ciclotímico' ya nos está sugiriendo la idea de una alternancia -cíclica- entre estados de ánimo. La persona atraviesa periodos de depresión alternados con periodos de exaltación hipomaniaca, alternancia que debe estar cronificada. Por ejemplo: una persona puede tener un episodio depresivo y luego un episodio hipomaniaco, y ahí detenerse la sintomatología. En estos casos no ha alternancia, y por tanto no hay ciclotimia, pues después del episodio hipomaniaco no vuelve al depresivo. El DSM-IV, así, caracteriza al trastorno ciclotímico como una alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones que comprenden numerosos periodos de síntomas hipomaniacos y numerosos periodos de síntomas depresivos.

Para poder categorizar un trastorno como ciclotímico, los síntomas hipomaniacos deben ser insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios de un episodio maníaco, y los síntomas depresivos son igualmente insuficientes, en los mismos sentidos indicados, para cumplir los requisitos del episodio depresivo mayor. Durante un periodo de dos años (un año para niños y adolescentes), todos los intervalos libres de síntomas tienen una duración inferior a 2 meses. El diagnóstico de trastorno ciclotímico sólo se establece si en el periodo inicial de dos años de síntomas ciclotímicos no se presenta ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto (DSM-IV, pág. 371).

Cazau P (1999) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson, 1995.

TRASTORNO CORPORAL DISMÓRFICO

Definición.- Preocupación excesiva por algún defecto imaginario sobre la apariencia física. Antes conocido como dismorfofobia, si la persona tiene realmente algún defecto físico, el problema consiste en una preocupación excesiva sobre él, que resulta injustificada.

Belloch A, Sandín B y Ramos F, "Manual de Psicopatología", Volumen II, Madrid, McGraw-Hill, 1996, capítulo 7.

Generalidades.- El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), antes Dismorfofobia, englobado dentro del epígrafe "Trastornos somatomorfos" (DSM-IV), se define como una preocupación excesiva y persistente por algún defecto imaginado o real, del aspecto físico. Tiene un alto grado de comorbilidad con otros trastornos psicológicos (Ansiedad, Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC), Depresión, Conducta delirante, Abuso de alcohol o drogas e Ideación suicida, entre otros). Desde la perspectiva de la Modificación de conducta, el uso de la combinación de las Técnicas de Intención Paradójica, Saciación Estimular y Prevención de Respuesta, se presenta como una herramienta útil para el tratamiento del TDC y la remisión de los síntomas asociados, que puede ser utilizada sola o en combinación con Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS).

Emilio García Losa. Tratamiento intensivo del trastorno dismórfico corporal con técnicas de intención paradójica, saciación estimular y prevención de respuesta. Un caso clínico. PSIQUIATRIA.COM. 2009; 13(4)

TRASTORNO DE ACUMULACIÓN

Diagnóstico.- Este artículo ofrece una revisión de la literatura centrada en la acumulación compulsiva y presenta una serie de opciones y recomendaciones preliminares a considerar para el DSM-V. En el DSM-IV-TR, la acumulación está catalogada como uno de los criterios de diagnóstico para el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (OCPD).

Según el DSM-IV-TR, cuando la acumulación es extrema, los médicos deben considerar un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo (OCD) y pueden diagnosticar tanto OCPD como OCD si los criterios se cumplen en ambos casos. Sin embargo, la acumulación compulsiva parece ser con frecuencia independiente de otros trastornos neurológicos y psiquiátricos, incluyendo OCD y OCPD.

En esta revisión, primeramente se aborda si la acumulación se debe considerar un síntoma de OCD y/o un criterio de OCPD. En segundo lugar, se analiza si la acumulación compulsiva debe clasificarse como un trastorno separado en el DSM-V, sopesando las ventajas y desventajas de realizarlo. Finalmente, se

discute dónde debería estar clasificada la acumulación compulsiva en el DSM-V si se incluye como un trastorno separado.

Se concluye que hay pruebas suficientes para recomendar la creación de un nuevo trastorno, provisionalmente llamado trastorno de acumulación. Dado el vínculo histórico entre acumulación y OCD/OCPD, y el enfoque conservador adoptado por el DSM-V, puede tener sentido en la siguiente lista provisional como un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo. Una alternativa a nuestra recomendación sería incluirlo en un Apéndice de Conjuntos de Criterios Previstos para Estudios Posteriores. La creación de un nuevo diagnóstico en el DSM-V probablemente incrementaría la conciencia pública, mejoraría la identificación de casos, y estimularía tanto la investigación como el desarrollo de tratamientos específicos para el trastorno de acumulación.

David Mataix-Cols; Randy O. Frost; Alberto Pertusa... (et.al) Trastorno de acumulación: ¿Un nuevo diagnóstico para el DSM-V? DEPRESSION AND ANXIETY. 2010 JUN; 27(6):556-572.

Terapia cognitivo-conductual.- Objetivo: Este estudio investigó un tratamiento multicomponente cognitivo-conductual (CBT) para la acumulación basada en un modelo propuesto por Frost y colegas y manualizado en Steketee y Frost (2007).

Método: Se reclutaron de la comunidad y de una clínica de ansiedad con base universitaria los participantes con acumulación clínicamente significativa. De los 46 pacientes asignados aleatoriamente al CBT o a la lista de espera (WL), 40 completaron las 12 semanas de evaluación y 36 completaron 26 sesiones. El tratamiento incluyó la educación y formulación del caso, entrevista motivacional, entrenamiento en habilidades para la organización y resolución de problemas, exposición directa a no adquirir y desechar, y terapia cognitiva. Las medidas incluyeron un Inventario Revisado de Ahorro (autoinforme), Entrevista- Escala de Evaluación de Acumulación y medidas de mejora clínica global. Los análisis de medidas repetidas entre grupos utilizando modelos lineales generales examinaron el efecto de CBT versus WL sobre los síntomas de acumulación y el estado de ánimo después de 12 semanas. Dentro de los análisis de grupo se examinó los efectos pre-post de todos los participantes CBT combinado después de 26 sesiones.

Resultados: Después de 12 semanas, los participantes CBT se beneficiaron significativamente más que los pacientes WL sobre la severidad de la acumulación y el estado de ánimo con tamaños de efecto moderado. Después de 26 sesiones de CBT, los participantes mostraron reducciones significativas en los síntomas de acumulación con tamaños de efecto grande para la mayoría de las medidas. En la sesión 26, se consideró que el 71% de los pacientes mejoró en las tasas de mejora clínica global del terapeuta y el 81% de los pacientes se clasificaron a sí mismos como mejorados, el 41% de los que completaron el tratamiento mejoraron clínicamente de manera significativa.

Conclusiones: El CBT multicomponente fue eficaz en el tratamiento de acumulación. Sin embargo, el rechazo del tratamiento y el cumplimiento siguen siendo una preocupación, y es necesaria investigación adicional con asesores independientes para establecer los beneficios del tratamiento y la durabilidad de las ganancias.

Gail Steketee; Randy O. Frost; David F. Tolin... (et.al) Ensayo controlado de lista de espera de terapia cognitivo-conductual para el trastorno de acumulación. DEPRESSION AND ANXIETY. 2010 MAY; 27(5):476-484.

TRASTORNO DE ANGUSTIA

Abordaje.- Como el resto de los trastornos mentales, el Trastorno de Angustia (TA) presenta una etiología multifactorial. La única vía de profundizar en su conocimiento pasa por un abordaje multidisciplinar, que va desde las neurociencias básicas al estudio psicológico de los pacientes. La mesa "Investigación actual en el Trastorno de Angustia" pretende describir algunas de las tendencias actuales en la investigación sobre este trastorno poniendo como ejemplo las líneas de estudio desarrolladas en la Unidad de Trastornos de Angustia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Se exponen estudios sobre parámetros bioquímicos, hormonales, neurofisiológicos, genéticos, y acerca del estudio psicológico en estos pacientes.

Andrés Herrán; Deirdre Sierra Biddle; María Carrera; Ana Ayestarán. Investigación actual en el trastorno de angustia. Interpsiuis. 2003.

Trastorno de angustia, emoción y personalidad.- *Objetivos.* Diversos estudios demuestran que la evaluación de los trastornos y rasgos de personalidad cuando los pacientes presentan un trastorno del Eje I podría no reflejar con precisión sus rasgos habituales durante periodos no sintomáticos. El objetivo del presente estudio es examinar el posible efecto de los síntomas ansiosos y depresivos sobre los rasgos de personalidad en pacientes con Trastorno de Angustia.

Pacientes y método. Se incluyeron pacientes con Trastorno de Angustia con y sin agorafobia (DSM-IV) diagnosticados mediante la entrevista MINI. Para la evaluación de los síntomas de ansiedad-estado se administró el Inventario STAI y para la de los síntomas depresivos el Cuestionario de depresión de Beck. Los rasgos de personalidad se evaluaron mediante el Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II).

Resultados. La muestra se componía de 62 pacientes (21 hombres y 41 mujeres), con una edad media de 33 años, y una mediana de 8 meses de tiempo medio de evolución del trastorno. Los pacientes que presentaban más sintomatología depresiva puntuaban más en las escalas evitativa, límite, autodestructiva y esquizotípica ($p=0,000$), y los que presentaban mas sintomatología ansiosa puntuaban más en las escalas evitativa, autodestructiva y limite ($p=000$). Las puntuaciones obtenidas en el estado emocional de los pacientes mostraban una correlación positiva ($p=0,000$) con las puntuaciones directas en la escala de alteración del MCMI-II.

Conclusiones. Los pacientes con trastorno de angustia con más síntomas ansiosos y depresivos presentan puntuaciones más elevadas en las escalas evitativa, autodestructiva y limite del MCMI-II.

María Carrera; Ana Ayestarán; Andrés Herrán; Deirdre-Sierra Biddle; José Luis Vázquez Barquero. Estados emocionales y perfil de personalidad en pacientes con trastorno de angustia. *Interpsiquis*. 2003.

Nuevas psicoterapias para los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.- Objetivo: Discutir las psicoterapias para la depresión y la ansiedad que han surgido en los últimos años y evaluar su nivel actual de apoyo empírico.

Método: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica electrónica y manual de psicoterapias para los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Resultados: Cinco nuevas terapias para los trastornos del estado de ánimo y 3 intervenciones para el trastorno por estrés postraumático con co-ocurrencia de abuso de sustancias cumplieron los criterios para su inclusión en esta revisión. Se han desarrollado menos psicoterapias para otros trastornos de ansiedad. Aunque la investigación para algunas de las psicoterapias ha demostrado superioridad a la atención habitual, ninguna ha establecido firmemente la eficacia o las ventajas específicas sobre otras psicoterapias establecidas.

Conclusiones: Una pluralidad de las nuevas psicoterapias introducidas y establecidas en los últimos 5 años han sido diferentes asimilaciones de modelos cognitivo-conductuales, interpersonales, o psicodinámicos previamente establecidos. Si bien los resultados iniciales son prometedores para algunos, son necesarios ensayos de eficacia y repeticiones más rigurosas antes de que se puedan extraer conclusiones en relación con sus beneficios relativos.

Shannon Wiltsey Stirman; Katherine Toder; Paul Crits-Christoph. Nuevas psicoterapias para los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. *CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*. 2010 ABR; 55(4):193-201.

Trastorno de preocupación generalizada.- Antecedentes: El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) ha experimentado una serie de cambios importantes de clasificación desde su primera inclusión en el DSM-III. La mayoría de estas revisiones han sido en respuesta a su escasa fiabilidad entre evaluadores y por las inquietudes de una inexactitud de validez diagnóstica. Este artículo proporciona opciones para la revisión de los criterios del TAG del DSM-IV para el DSM-V.

Método: Primero, se realizaron búsquedas para identificar la evidencia de los Grupos de Trabajo del DSM anterior invocados en la revisión del TAG del DSM-III-R y las clasificaciones del trastorno de sobrepreocupación. En segundo lugar, se examinó la literatura referente a los criterios del DSM-IV para el TAG.

Conclusiones: La revisión presenta una serie de opciones a considerar para el DSM-V. Una opción es que el TAG sea re-etiquetado en el DSM-V como un trastorno de preocupación generalizado. Esto reflejaría su rasgo distintivo. Las revisiones propuestas darían como resultado un trastorno que es caracterizado por una ansiedad excesiva y preocupación generalizada a un número de acontecimientos o actividades durante 3 meses o más. La preocupación actúa como una estrategia cognitiva de afrontamiento que se manifiesta en conductas de evitación. La fiabilidad y la validez de los cambios propuestos podrían investigarse en pruebas de validez del DSM-V y ensayos de campo.

Gavin Andrews; Megan J. Hobbs; Thomas D. Borkovec... (et.al) Trastorno de preocupación generalizada: Una revisión del trastorno de ansiedad generalizada del DSM-IV y opciones para DSM-V. *DEPRESSION AND ANXIETY*. 2010 FEB; 27(2):134-147.

TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Generalidades.- Nuestra comprensión del trastorno de ansiedad social (también conocido como fobia social) ha pasado de la conciencia rudimentaria que no es más que la timidez a una apreciación mucho más sofisticada de su prevalencia, por su carácter crónico y pernicioso, y sus bases neurobiológicas.

El trastorno de ansiedad social es el trastorno de ansiedad más común, tiene una edad de inicio temprano- a la edad de 11 años alrededor del 50% y a la edad de 20 años alrededor del 80% de los individuos, y es un factor de riesgo para la posterior enfermedad depresiva y el abuso de sustancias.

Los estudios de neuroimagen funcional apuntan a una actividad incrementada en la amígdala y en la ínsula de los pacientes con trastorno de ansiedad social, y estudios genéticos se centran cada vez en este y otros (es decir, neuroticismo como rasgo de la personalidad) fenotipos básicos para identificar los lugares de riesgo.

Ahora existe una gama de tratamientos eficaces cognitivo-conductuales y farmacológicos para niños y adultos, el problema reside en la integración óptima y la difusión de estos tratamientos, y aprender a ayudar al 30-40% de los pacientes para quienes el tratamiento no funciona.

Murray B Stein; Dan J Stein. Trastorno de ansiedad social. THE LANCET. 2008 MAR; 374(9618):1115-1125.

Temperamento, familia y compañía en el trastorno de ansiedad social.- El presente estudio ex post facto informa sobre la influencia de la inhibición, estilo de apego, estilo de crianza de los hijos y comparación social sobre el trastorno de ansiedad social. Primero, se estudió el efecto aislado de cada variable mediante la comparación de dos grupos clínicos y un grupo control. Después, se analizó la influencia de estas variables en su conjunto, utilizando un modelo de ecuación estructural, controlando posibles efectos mediadores.

La muestra estaba compuesta por adolescentes con edades entre 12 y 18 años, quienes fueron distribuidos en tres grupos de comparación: fobia social, otros trastornos de ansiedad y grupo control. Se utilizó una entrevista clínica estructurada e instrumentos de autoinformes para la evaluación de los jóvenes.

Los resultados demuestran un efecto específico de la inhibición y la comparación social en el trastorno de ansiedad social. El modelo de ecuación estructural demostró un efecto combinado de la inhibición, comparación social y la calidad de apego a los iguales como predictores de la ansiedad social, igual que el rol mediador de la comparación social mediante el efecto de otras variables.

Aunque este estudio presenta algunas limitaciones, sus resultados contribuyen al entendimiento de algunas de las vías de desarrollo y mantenimiento de la ansiedad social durante la adolescencia.

Marina Cunha; Isabel Soares; José Pinto-Gouveia. El papel del temperamento individual, la familia y los compañeros en el trastorno de ansiedad social: Un estudio controlado. FUENTE: INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY. 2008 SEP;8(3):631-655.

Trastorno de ansiedad social en psicosis.- Antecedente. El trastorno de ansiedad social constituye un problema significativo para las personas con psicosis. No está claro si se trata de un producto derivado del pensamiento de persecución.

Objetivos. Comparar la fenomenología del trastorno de ansiedad social en la psicosis de primer episodio con la de un grupo sin psicosis. Se investigó la relación entre la ansiedad social y los síntomas psicóticos.

Método. Se comparó a una muestra de personas con psicosis de primer episodio (grupo FEP) con una muestra con trastorno de ansiedad social sin psicosis (grupo SaD).

Resultados. De los individuos en el grupo FEP (n= 80) el 25% fueron diagnosticados con un trastorno de ansiedad social ICD-10 (grupo FEP/SaD); otro 11.6% reportó dificultades severas en los encuentros sociales. Los grupos FEP/SaD y SaD informaron niveles comparables de ansiedad social, síntomas autonómicos, evitación y depresión. La ansiedad social en la psicosis no estuvo relacionada con síntomas positivos de la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) incluyendo sospechas/persecución. Sin embargo, un porcentaje significativamente mayor de individuos socialmente ansiosos v. no socialmente ansiosos con psicosis, expresó una amenaza percibida de perseguidores, aunque esto no afectó a la severidad de la ansiedad social dentro del grupo FEP/SaD. La mayoría del grupo FEP/SaD no tenía delirios de persecución concurrentes.

Conclusiones. La ansiedad social es una comorbilidad significativa en la psicosis de primer episodio. No es simplemente un epifenómeno de síntomas psicóticos y de paranoia clínica, y tiene más de una vía causal. Para un subgrupo de personas socialmente ansiosas con psicosis, se encuentra presente un deterioro anticipado y los procesos que subyacen en su relación con la ansiedad social merecen de una mayor investigación.

Maria Michail; Max Birchwood. Trastorno de ansiedad social en psicosis de primer episodio: Incidencia, fenomenología y relación con la paranoia. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2009 SEP; 195(3):234-241.

Subtipos de trastorno de ansiedad social en países desarrollados y en desarrollo.-

Antecedentes: Aunque el trastorno de Ansiedad Social (SAD) está clasificado en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV) dentro de los subtipos generalizados y no-generalizado, algunas encuestas comunitarias en países occidentales no encontraron evidencia de disyunciones en la relación dosis-respuesta entre el número de miedos sociales y los resultados para apoyar esta distinción. Como objetivo tuvimos que determinar si esto sucede en un amplio conjunto de países desarrollados y en vías de desarrollo y si los subtipos de acuerdo al número de rendimiento versus a los miedos de interacción podría ser más útil.

Método: La Iniciativa de la Encuesta sobre Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud llevó a cabo encuestas epidemiológicas poblacionales en 11 países en desarrollo y en 9 desarrollados, utilizando la Entrevista de Diagnóstica Internacional Compuesta para evaluar los trastornos del DSM-IV. Se evaluaron catorce de rendimiento y miedos de interacción. Se examinaron las asociaciones entre el número de miedos sociales en SAD y numerosos resultados (edad de inicio de la enfermedad, persistencia, severidad, comorbilidad, tratamiento). Los análisis adicionales examinaron las asociaciones con el número de rendimiento versus el número de miedos de interacción.

Resultado: Los miedos sociales de por vida son bastante comunes tanto en países desarrollados (15.9%) como en países en vías de desarrollo (14.3%), pero el SAD de por vida es mucho más común en los países desarrollados (6.1%) que en países en desarrollo (2.1%). Entre aquellos con SAD, la persistencia, severidad, comorbilidad y el tratamiento tienen relaciones dosis-respuesta con el número de miedos sociales, sin linealidad clara en las relaciones que podrían apoyar una distinción entre el SAD generalizado y no-generalizado. La distinción entre los miedos de rendimiento y los miedos de interacción no suele ser importante para predecir estos resultados.

Conclusión: No se encontró evidencia para apoyar la subtipificación del SAD en base a cualquier número de miedos sociales o miedos de rendimiento versus el número de miedos de interacción.

Dan J. Stein; Ayelet Meron Ruscio; Sing Lee... (et.al) Subtipos de trastorno de ansiedad social en países desarrollados y en desarrollo. DEPRESSION AND ANXIETY. 2010 ABR; 27(4):390-403.

TRASTORNO DE CONVERSIÓN

Definición.- Pérdida o alteración en el funcionamiento fisiológico (por ejemplo parálisis, sordera, ceguera) que sugiere un trastorno físico, pero para el cual no existe patología orgánica subyacente. El principal aporte para explicar la conversión viene del psicoanálisis: Freud comenzó proponiendo que la energía psíquica asociada con deseos e impulsos inconscientes inaceptables podrían convertirse en síntomas somáticos. Un típico trastorno de conversión es la anestesia de guante, donde la persona tiene insensibilizada la mano hasta la muñeca.

Belloch A, Sandín B y Ramos F, "Manual de Psicopatología", Volumen II, Madrid, McGraw-Hill, 1996, capítulo 7.

TRASTORNO DE DOLOR

Definición.- El dolor somatoforme es un dolor severo y prolongado que, o bien es inconsistente con la distribución anatómica del sistema nervioso, o bien no puede ser explicado a partir de una patología orgánica.

Belloch A, Sandín B y Ramos F, "Manual de Psicopatología", Volumen II, Madrid, McGraw-Hill, 1996, capítulo 7

TRASTORNO DE ESTADO DE ÁNIMO

Aspectos diagnósticos.- Los trastornos del estado de ánimo abarcan un extenso grupo de enfermedades psiquiátricas en las cuales los estados de ánimo patológicos y las alteraciones vegetativas y psicomotoras son predominantes. Hoy en día se prefiere utilizar el término 'trastorno de estado de ánimo' y no 'trastorno afectivo', ya que cuando se dice 'trastornos del estado de ánimo' se procura designar alteraciones emocionales o estados emocionales sostenidos, y no sólo la expresión externa (afectiva) del estado emocional actual. Se los considera, además, síndromes, es decir un conjunto de signos y síntomas que persisten durante semanas o meses y representan una diferencia acentuada con respecto al estado o al funcionamiento habitual o 'normal' del sujeto, teniendo así recurrencias periódicas o cíclicas.

Resulta interesante destacar, en este punto, el significado preciso que tiene 'trastorno de estado de ánimo' desde el punto de vista psicofisiológico.

Existen ciertos estímulos que tienen el poder de desencadenar un cambio en el estado de ánimo, tanto en las personas normales como en las que padecen algún trastorno. Estos estímulos pueden ser externos (por ejemplo presenciar un accidente automovilístico) o también internos (por ejemplo un recuerdo agradable o desagradable). Tales estímulos pueden alterar el ánimo de una persona, tornándolo alegre o deprimido.

A nivel fisiológico (Ganong, 1980), cuando estos estímulos aparecen, es activado inmediatamente el circuito de Papez, llamado circuito de la emoción, ubicado en la base del encéfalo. A partir de allí, a partir de este circuito se producirán dos tipos de descargas a través de diferentes vías nerviosas: una descarga ascendente, que irradia hacia la corteza cerebral ('hacia arriba'), y una descarga descendente que irradia hacia el cuerpo en su conjunto hacia las glándulas y hacia los músculos ('hacia abajo').

La descarga ascendente determina que la persona 'sienta' una emoción (por ejemplo que se sienta alegre, triste, exaltada, deprimida), mientras que la descarga descendente determina que la persona 'exprese' esa emoción (tenga taquicardia, sudores, palpitaciones, etc.).

¿Cómo podríamos relacionar estos procesos psicofisiológicos con los trastornos de estado de ánimo? A través de dos puntos:

- 1) Estas descargas ascendentes o descendentes son normales cuando son desencadenadas por un estímulo apropiado y tienen una duración breve. En cambio, en los trastornos del estado de ánimo, estas descargas persisten en el tiempo más allá del estímulo que las desencadenó. Por ejemplo, si el estado de ánimo anormalmente elevado persiste al menos cuatro días, estamos en presencia de un episodio hipomaniaco (Manual del DSM-IV, página 344), y si tal estado de ánimo se mantiene al menos una semana, hablamos de un episodio maniaco (DSM-IV, página 338).

Las diferencias entre el episodio maníaco y el hipomaniaco son básicamente dos: a) el primero dura al menos una semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización) (DSM-IV, página 338), mientras que el segundo dura al menos cuatro días y es claramente diferente del estado de ánimo habitual (DSM-IV, pág 244). b) en el primero, la alteración es lo suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de la actividad social habitual, o para necesitar hospitalización para prevenir daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos (DSM-IV, pág 339). En cambio, el episodio hipomaniaco no presenta dichas características (DSM-IV, pág. 345).

2) Entre los diferentes criterios que el DSM-IV establece para las distintas categorías de los trastornos del estado de ánimo, algunos corresponden a una descarga ascendente y otros a una descarga descendente. Así, por ejemplo, en el caso del episodio maníaco (DSM-IV, página 338), un sentimiento de grandiosidad y exaltación de sí, al tratarse de una experiencia subjetiva, de un afecto que la persona 'siente', correspondería a una descarga ascendente del circuito de Papez, mientras que el criterio de la agitación motora correspondería a la descarga descendente del dicho circuito.

Hechas estas aclaraciones, podemos abordar ahora una caracterización conceptual de los trastornos del estado de ánimo y una descripción de sus diferentes categorías.

La característica principal que permite caracterizar los trastornos del estado de ánimo es una alteración del humor, es decir, del estado de ánimo. La palabra 'humor' designaba originalmente un 'líquido corporal' que, como por ejemplo la bilis negra o la bilis amarilla, era considerada por los griegos como causa de las alteraciones del estado de ánimo. Hipócrates, por ejemplo, atribuyó la melancolía (patología semejante a la depresión mayor, en las modernas clasificaciones) a un aumento de bilis negra en la sangre que ejercía una 'nefasta' influencia sobre el cerebro. Este líquido corporal provocaba aversión a los alimentos, insomnio, desaliento, inquietud e irritabilidad.

Hoy en día, existen diversas teorías que, como el psicoanálisis, atribuyen una causa psíquica a los trastornos depresivos. Sin embargo, el DSM-IV no se pronuncia sobre etiologías, salvo cuando esté comprobada una etiología de tipo biológico, como puede ser una enfermedad médica o la acción de una sustancia.

Las primeras clasificaciones del DSM hacían referencia a causas internas o endógenas y a causas externas o exógenas, especialmente cuando describían depresiones endógenas y depresiones reactivas, es decir, depresiones que obedecían a una causa psíquica no especificada o bien a una causa externa bien determinada y que justificara la depresión del estado de ánimo (la pérdida de un ser querido, la pérdida del empleo, etc).

Sin embargo, a partir del DSM-III-R y del DSM-IV se desvanece la dicotomía endógeno - reactivo, con lo cual el diagnóstico de la depresión y otros estados de ánimo no se basa en etiologías sino en manifestaciones sintomáticas. Por ejemplo, si el estado de ánimo es elevado o deprimido, o bien si alterna entre ambos, como en los trastornos bipolares. Como indican Kaplan y Sadock (1997), fue a partir de 1962 cuando Leonhardt y otros que empiezan a establecer en sus investigaciones la distinción categorial entre depresiones unipolares y bipolares, criterios que finalmente fueron incorporados por el DSM.

Una de las razones para abandonar el punto de vista etiológico fue que el concepto de lo 'endógeno' era muy difícil de determinar o delimitar, por ejemplo en el caso de los trastornos unipolares. Así, sólo el 40% de las depresiones llamadas 'endógenas' reconoce precipitantes psíquicos, y esto sin tener en cuenta la reactivación de duelos antiguos. De aquí la aparición de términos como la "distimia endorreactiva" de Weibrecht, que expresaban la dificultad para asignar determinadas etiologías a las patologías. Así, quien dice 'endorreactiva' está atribuyendo una causa psíquica interna ('endo') y al mismo tiempo una causa psíquica externa ('reactiva').

Sólo a partir de 1980, con la publicación del DSM-III y luego del DSM-IV se pudo empezar a considerar los trastornos mentales desde un punto de vista fenomenológico o descriptivo, haciendo abstracción de los supuestos fenómenos psicodinámicos invocados por la teoría psicoanalítica freudiana y otras.

Los trastornos del estado de ánimo, siguiendo un criterio puramente descriptivo, pueden ser clasificados en tres grandes grupos (DSM-IV, página 323): 1. Trastornos depresivos. 2. Trastornos bipolares. 3. Trastornos debidos a etiología orgánica.

Cazau P (1999) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Ganong William (1980) Manual de fisiología Médica. México: Editorial El Manual Moderno, 7º edición.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson, 1995.

Kaplan y Sadock (1997) Sinopsis de psiquiatría. Tomo de Ciencias de la Conducta y psiquiatría clínica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 7º edición.

Diagnóstico diferencial.- Hay patologías que, reuniendo los criterios principales de los trastornos del estado de ánimo, no deben, sin embargo, ser considerados como tales.

En este grupo de patologías entran fundamentalmente dos: los trastornos del ánimo producidos por una enfermedad médica, y los inducidos por alguna sustancia medicamentosa o alguna droga. Es importante aclarar que el DSM-IV considera a estos dos casos como trastornos del estado de ánimo (página 323),

pero los citamos aquí porque son patologías que pueden ser confundidas con otros trastornos de ánimo también clasificados por el DSM-IV, como los trastornos depresivos y los trastornos bipolares.

Así, por ejemplo, hay ciertas enfermedades médicas que producen alteraciones del estado de ánimo. Como ejemplo, podríamos citar (Ganong, 1980) al hipertiroidismo que produce una elevación persistente y elevada del estado de ánimo dando lugar a un síndrome muy similar al episodio maniaco. También, podemos citar al hipotiroidismo, que al revés del anterior, produce una depresión del estado de ánimo pudiendo ser entonces confundido con el trastorno de ánimo denominado depresión.

Sabemos también que ciertos medicamentos presentan acciones depresivas o acciones estimulantes del estado de ánimo: respectivamente, se denominan psicofármacos psicolépticos y psicoanalépticos. También, utilizar drogas como la cocaína y otras, producen alteraciones del estado de ánimo que pueden confundirse con los trastornos del estado de ánimo descriptos como tales en el DSM-IV, o en el texto de Kaplan y Sadock (1997).

Por todo ello, antes de diagnosticar un trastorno como trastorno del estado de ánimo hay que hacer una investigación sobre el paciente para determinar si su sintomatología no es debida a enfermedad médica, o bien al uso de drogas.

Otros ejemplos de patologías que pueden confundirse con trastorno de estado de ánimo es por ejemplo la esclerosis múltiple o el accidente cerebrovascular, que ofrecen una sintomatología similar a la llamada depresión mayor (DSM-IV, página 331). De la misma manera, un tumor cerebral o la enfermedad de Cushing, esta última una enfermedad de las glándulas suprarrenales, suelen dar una sintomatología similar al llamado episodio mixto, otra categoría dentro de los trastornos de ánimo (DSM-IV, página 340).

Por último, es importante aclarar que, por lo menos en el territorio de los trastornos mentales, no hay prácticamente síntomas patognomónicos, o sea, un solo síntoma que identifique unívocamente la enfermedad, por lo que para hacer un diagnóstico, para ubicar la sintomatología dentro de una categoría, deberemos considerar varios criterios y no uno solo. Por ejemplo, un estado de ánimo deprimido, por sí solo, no basta para identificar la depresión mayor o la depresión menor, porque también podemos encontrar dicho estado de ánimo en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, etc.

Considerar varios criterios en vez de uno solo es una medida de seguridad para evitar confundir unas patologías con otras, con lo que podremos hacer un diagnóstico lo más acertado posible.

Cazau P (1999) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada Ganong William (1980) Manual de fisiología Médica. México: Editorial El Manual Moderno, 7ª edición.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson, 1995.

Kaplan y Sadock (1997) Sinopsis de psiquiatría. Tomo de Ciencias de la Conducta y psiquiatría clínica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 7ª edición.

Betta Juan (1981) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: Centro Editor Argentino, 8ª edición.

Tratamientos.- Los trastornos del estado de ánimo, actualmente, se tratan mediante dos formas, que suelen incluso estar combinadas entre sí: farmacoterapia y psicoterapia. Existen diversos psicofármacos que suprimen o atenúan, por ejemplo la depresión o los estados maniacos, pues actúan directamente sobre ciertos neurotransmisores inhibiendo su recaptación a nivel del botón sináptico.

Para la elección del tratamiento, resulta importante un buen diagnóstico previo, ya que cuando, por ejemplo, un estado depresivo es consecuencia de un problema orgánico (como por ejemplo el hipotiroidismo), el tratamiento debe incluir también el abordaje de la patología orgánica.

Cazau P (1999) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Género y transmisión familiar en los trastornos de estado de ánimo.- *“Origen:* Los trastornos del estado de ánimo manifiestan transmisión familiar debido a los factores de riesgo del medio ambiente y la genética. Los trastornos del estado de ánimo son más comunes en mujeres, aunque todavía no es clara la transmisión familiar del rol de género. Este estudio examina los índices de transmisión del trastorno del estado de ánimo al vástago basándose en el sexo del padre afectado, sexo del vástago y el rol de los factores clínicos, como la historia de abuso en la niñez, los trastornos psiquiátricos comórbidos, y los rasgos de agresión e impulsividad. *Métodos:* El riesgo de transmisión del trastorno del ánimo al vástago desde las madres o los padres diagnosticados con trastorno del estado de ánimo se comparó en una muestra de 272 sujetos con un trastorno del estado de ánimo grave utilizando ecuaciones estimadas generalizadas (EEG). Se compararon las características demográficas y clínicas de todos los sujetos masculinos y femeninos diagnosticados. Las características que difirieron en los sujetos diagnosticados se añadieron al modelo para obtener una prueba imparcial de diferencias de género en el índice de transmisión. Se utilizaron los modelos EEG multivariantes, uno para los sujetos masculinos diagnosticados y uno para sujetos femeninos diagnosticados, para examinar los factores de riesgo en la transmisión del trastorno del estado de ánimo. *Resultados:* El índice de transmisión familiar de los trastornos del estado de ánimo desde sujetos diagnosticados femeninos fue casi del doble del de masculinos diagnosticados. No hubo diferencia en la transmisión al vástago femenino o masculino. Para sujetos diagnosticados masculinos, el trastorno del estado de ánimo del vástago estuvo independientemente asociado con el inicio en la temprana edad del trastorno del estado de ánimo del

sujeto diagnosticado, mayor número de años de enfermedad del sujeto diagnosticado e historia de abuso en la niñez del sujeto diagnosticado. Para sujetos diagnosticados femeninos, el trastorno del ánimo del vástago se asoció con mayores puntuaciones de agresión en diagnóstico. Limitaciones: No entrevistamos a los vástagos directamente y también tuvimos datos limitados de las psicopatologías en los co-padres. Este es un estudio cross-seccional y no puede dar cuenta de la aparición de la enfermedad en el vástago en el futuro. **Conclusiones:** Los dos índices cruzados de transmisión maternal del trastorno del estado de ánimo pueden reflejar diferencias en la regulación de la transmisión maternal y paternal del trastorno del estado de ánimo. Son necesarios estudios futuros para determinar la relativa contribución de los factores genéticos y no genéticos e identificar los factores responsables de los mayores índices de transmisión de las madres con trastornos del estado de ánimo”.

Currier D y otros, Las diferencias de sexo en la transmisión familiar de los trastornos del estado de ánimo. FUENTE: J AFFECT DISORD. 2006 OCT; 95(1)

Transmisión familiar.- Origen: Los trastornos del estado de ánimo manifiestan transmisión familiar debido a los factores de riesgo del medio ambiente y la genética. Los trastornos del estado de ánimo son más comunes en mujeres, aunque todavía no es clara la transmisión familiar del rol de género. Este estudio examina los índices de transmisión del trastorno del estado de ánimo al vástago basándose en el sexo del padre afectado, sexo del vástago y el rol de los factores clínicos, como la historia de abuso en la niñez, los trastornos psiquiátricos comórbidos, y los rasgos de agresión e impulsividad. Métodos: El riesgo de transmisión del trastorno del ánimo al vástago desde las madres o los padres diagnosticados con trastorno del estado de ánimo se comparó en una muestra de 272 sujetos con un trastorno del estado de ánimo grave utilizando ecuaciones estimadas generalizadas (EEG). Se compararon las características demográficas y clínicas de todos los sujetos masculinos y femeninos diagnosticados. Las características que difirieron en los sujetos diagnosticados se añadieron al modelo para obtener una prueba imparcial de diferencias de género en el índice de transmisión. Se utilizaron los modelos EEG multivariantes, uno para los sujetos masculinos diagnosticados y uno para sujetos femeninos diagnosticados, para examinar los factores de riesgo en la transmisión del trastorno del estado de ánimo.

Resultados: El índice de transmisión familiar de los trastornos del estado de ánimo desde sujetos diagnosticados femeninos fue casi del doble del de masculinos diagnosticados. No hubo diferencia en la transmisión al vástago femenino o masculino. Para sujetos diagnosticados masculinos, el trastorno del estado de ánimo del vástago estuvo independientemente asociado con el inicio en la temprana edad del trastorno del estado de ánimo del sujeto diagnosticado, mayor número de años de enfermedad del sujeto diagnosticado e historia de abuso en la niñez del sujeto diagnosticado. Para sujetos diagnosticados femeninos, el trastorno del ánimo del vástago se asoció con mayores puntuaciones de agresión en diagnóstico.

Limitaciones: No entrevistamos a los vástagos directamente y también tuvimos datos limitados de las psicopatologías en los co-padres. Este es un estudio cross-seccional y no puede dar cuenta de la aparición de la enfermedad en el vástago en el futuro.

Conclusiones: Los dos índices cruzados de transmisión maternal del trastorno del estado de ánimo pueden reflejar diferencias en la regulación de la transmisión maternal y paternal del trastorno del estado de ánimo. Son necesarios estudios futuros para determinar la relativa contribución de los factores genéticos y no genéticos e identificar los factores responsables de los mayores índices de transmisión de las madres con trastornos del estado de ánimo.

Currier D y otros, Las diferencias de sexo en la transmisión familiar de los trastornos del estado de ánimo. J AFFECT DISORD. 2006 OCT; 95(1).

Trastornos del estado de ánimo y trastornos de la alimentación.- Objetivo: Llevamos a cabo una revisión de los estudios realizados acerca de la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en sujetos con trastornos alimentarios (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa). Método: Realizamos una búsqueda manual computerizada (Medline) de los estudios publicados sobre la comorbilidad entre los trastornos alimentarios y los trastornos del estado de ánimo. Para obtener un criterio de diagnóstico suficientemente homogéneo para ambos trastornos, esta búsqueda fue limitada a artículos publicados entre 1985 y 2006. Resultados: Muy pocos estudios incluían grupos control, pocos estudios compararon subgrupos de diagnóstico de sujetos con trastornos alimentarios y los resultados son escasos o contradictorios.

Godart N y otros, Estudios de la comorbilidad de los trastornos de la alimentación y los trastornos del estado de ánimo: Una revisión. J AFFECT DISORD. 2007 ENE;97(1).

Comorbilidad.- Contexto: Aunque se ha establecido una asociación entre los trastornos del estado anímico y los trastornos de consumo de sustancias, existe una falta de datos prospectivos a largo plazo sobre el orden de inicio y los subtipos de trastornos del estado anímico asociados a sustancias específicas y a su progresión.

Objetivo: Estimar los riesgos respectivos planteados por los subtipos de trastornos del estado anímico o las condiciones del espectro bipolar, para el desarrollo subsiguiente de los trastornos de consumo de sustancias.

Diseño: Se administraron 6 tipos de entrevistas de diagnóstico directas a una muestra de adultos jóvenes durante un período de 20 años. Los trastornos y síndromes del estado anímico valorados en cada entrevista fueron utilizados para predecir las incidencias acumulativas de trastornos de consumo de sustancias en las entrevistas subsecuentes.

Participantes: Se dio seguimiento a 591 individuos (292 hombres y 299 mujeres) que fueron seleccionados en la inscripción del estudio, de una muestra representativa de adultos jóvenes en Zurich, Suiza.

Principales medidas de resultado: Entrevista de Diagnóstico Estructurada para la Psicopatología y Síndromes Somáticos, una entrevista clínica semi-estructurada que recogió datos de un espectro de expresión de los trastornos del estado anímico y de consumo de sustancias y los trastornos de acuerdo a los criterios de DSM-III-R y DSM-IV.

Resultados: Los individuos que presentaban síntomas maniacos estaban en un riesgo significativamente mayor para el inicio posterior de abuso/dependencia de alcohol, consumo y abuso/dependencia de cannabis y, consumo y abuso/dependencia de benzodiazepinas. El trastorno bipolar II predijo el abuso/dependencia de alcohol y, consumo y abuso/dependencia de benzodiazepinas. En contraste, la depresión mayor fue de pronóstico únicamente de un abuso/dependencia de benzodiazepinas posterior.

Conclusiones: En comparación con la depresión mayor, el trastorno bipolar II estuvo asociado a un desarrollo de consumo de alcohol, benzodiazepinas y otros trastornos. Hubo una especificidad menor de síntomas maniacos que tendieron a predecir todos los niveles de sustancias investigadas aquí. Los diferentes patrones de asociación entre los trastornos del estado anímico y la trayectoria de consumo de sustancias tienen implicaciones importantes para la prevención y proporcionan información acerca de que carecen los mecanismos subyacentes.

Kathleen R. Merikangas, Richard Herrell, Joel Swendsen, Wulf Rössler, Vladeta Ajdacic-Gross, Jules Angst, Especificidad de las condiciones del espectro bipolar en la comorbilidad de los trastornos del estado anímico y consumo de sustancias. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2008 ENE;65(1).

Episodios y trastornos del estado de ánimo: Patrones de incidencia y de conversión en las tres primeras décadas de vida.-

Objetivos: Sigue habiendo importantes cuestiones relativas con respecto a los patrones de incidencia de los episodios del estado de ánimo en adolescentes y adultos jóvenes de la comunidad y la tasa de conversión de trastornos unipolares a bipolares. Abordamos estos aspectos examinando datos de un estudio comunitario longitudinal prospectivo para (i) determinar la incidencia acumulativa de episodios del estado anímico y trastornos en las tres primeras décadas de vida; (ii) determinar el riesgo para el primer inicio de depresión entre individuos con una historia previa de episodios hipomaniacos/maníacos y viceversa; y (iii) determinar las características clínicas y de tratamiento de estos sujetos.

Métodos: Utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de Munich, los entrevistadores clínicamente entrenados evaluaron los episodios del estado de ánimo y los trastornos mentales en 3.021 sujetos de la comunidad (en edades de 14-24 en la línea base y 21-34 en el tercer seguimiento).

Resultados: La incidencia estimada acumulativa a la edad de 33 fue de 2.9% para maníacos, 4.0% para hipomaniacos, 29.4% para depresión mayor y 19.0% para episodios depresivos menores; en general, el 26.0% tuvo depresión mayor unipolar, el 4.0% depresión bipolar, el 1.5% manía unipolar y el 3.6% hipomanía unipolar (sin depresión mayor). En general, el 0.6% y el 1.8% tenía manía o hipomanía unipolar, respectivamente, sin indicación para incluso depresión menor. Un total del 3.6% de los casos de depresión mayor unipolar inicial desarrolló (hypo) manía posteriormente, con tasas particularmente altas en la depresión de inicio en la adolescencia (<17 años: 9%). Un total del 49.6% de los casos de manía unipolar inicial, desarrollaron subsecuentemente una depresión mayor y el 75.6% una depresión mayor o menor. Mientras que los casos bipolares tenían más efectos adversos clínicos y de curso de depresión y altas tasas de tratamiento que los casos de depresión unipolar, los casos bipolares no difirieron significativamente en las características de la manía de los casos de manía unipolar.

Conclusiones: Los trastornos del estado de ánimo unipolar y bipolar son más frecuentes que lo que se creía anteriormente, en la adolescencia y la edad adulta joven, un periodo de tiempo en donde el reconocimiento y las tasas de intervención por el sistema de salud son más bien bajos. La conversión para el trastorno bipolar es limitada en la depresión unipolar inicial, pero común en la manía unipolar inicial. El resto de los casos de manía unipolar parecen ser significativos en términos de características clínicas y de curso y por lo tanto requieren de mayor investigación para replicar estos resultados.

Katja Beesdo; Michael Höfler; Ellen Leibenluft...(et.al) Episodios y trastornos del estado de ánimo: Patrones de incidencia y de conversión en las tres primeras décadas de vida. BIPOLAR DISORDERS. 2009 SEP; 11(6):637-649.

TRASTORNO DE PÁNICO

Generalidades.- Con la desaparición del término “neurosis” y la reclasificación de los trastornos de ansiedad, las crisis recurrentes de ansiedad aguda, asociadas o no con agorafobia adquieren una identidad nosológica independiente. En los últimos años la detección de una alta prevalencia de los trastornos de pánico, las consecuencias de esta enfermedad y la elevada utilización de recursos sanitarios por estos pacientes han hecho que sean el objetivo de numerosos estudios. Actualmente se describe el trastorno de pánico como el trastorno de ansiedad más típico y probablemente como el paradigma de los trastornos de ansiedad.

Deirdre Sierra; Maria Carrera; Andrés Herrán; Ana Ayestarán; María Luz Ramírez, Fases tempranas de Trastorno de Pánico y repercusiones en la clínica. REVISTA NORTE DE SALUD MENTAL. 2008 FEB;7(30):32-38.

Factores de riesgo.- “El 26- 40% de los individuos que sufren trastornos de pánico con agorafobia (PDA) no se benefician perceptiblemente con la terapia cognitivo-conductual. Los problemas maritales están entre los factores de riesgo que pueden explicar este impacto limitado. Algunos estudios sugieren que el resultado del tratamiento del PDA está relacionado con la capacidad de la pareja de comunicar y de solucionar los problemas durante y después del tratamiento. También puede ser útil clarificar la interacción de las variables interpersonales maritales con la severidad del PDA antes de cualquier intervención. Este estudio tiene como objetivo especificar las relaciones entre la severidad del síntoma del PDA por una parte y por otra, el ajuste marital, el estilo de apego y la resolución de problemas personales en ambos esposos. Los resultados obtenidos de un grupo de 67 pacientes con PDA (44 mujeres y 23 hombres) y de sus parejas mostraron que los síntomas de algún PDA o síntomas depresivos comórbidos eran más severos cuando ambos esposos anotaron independientemente marcadores bajos en la capacidad para resolver problemas o en el ajuste marital, y cuando el estilo de apego de los pacientes con PDA era inseguro. El ajuste y las dificultades maritales en la resolución de problemas, más específicamente, evitación de actividades de solución de problemas en pacientes con PDA, eran los mejores factores predictores de la severidad de los síntomas del PDA. A la luz de estos resultados, un programa más completo de solución de problemas y de aceptación de estrategias se podría desarrollar como parte de un tratamiento cognitivo conductual de PDA. Se discuten otras implicaciones teóricas y clínicas”.

Roger Marcaurelle; Claude Bélanger; André Marchand; Theodora E. Katerelos; Nicole Mainguy, Predictores maritales de la severidad de los síntomas en el trastorno de pánico con agorafobia. JOURNAL CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY. 2005; 19(2):211-232.

Comorbilidad con agorafobia.- “Se utilizaron datos a partir de 3372 parejas de gemelos masculinos procedentes del Registro de Gemelos de Vietnam para examinar la comorbilidad e influencias familiares en la frecuentemente observada asociación entre el comportamiento agorafóbico y el pánico. Debido al bajo predominio de trastornos de pánico definidos por el DSM-III-R, también se examinaron los sujetos que habían experimentado por lo menos un ataque de pánico durante sus vidas. El comportamiento agorafóbico entre individuos con una historia de ataques de pánico mostró la agregación familiar (índice de probabilidad = 5.7; $P = .018$). Los probandos con ataques de pánico y comportamiento agorafóbico y sus co-gemelos tenían un riesgo más alto de depresión mayor que los probandos sin evitación agorafóbica y sus co-gemelos ($P = .01$). Los grupos no se diferenciaron por la dependencia al alcohol o la personalidad antisocial. El comportamiento agorafóbico asociado a los ataques de pánico es familiar y está asociado con la depresión mayor comórbida. La agorafobia que sigue al ataque de pánico no parece reflejar la severidad mientras que el comportamiento agorafóbico en los probandos no estaba relacionado con el riesgo de ataques de pánico en los co-gemelos”.

Ming Tsuang; Katharina Domschke; Beth A. Jerskey; Michael J. Lyons. Comportamiento agorafóbico y ataque de pánico: estudio con gemelos masculinos. JOURNAL ANXIETY DISORDER. 2004; 18(6):799-807

Manifestaciones clínicas.- “En las crisis de pánico asistimos a un drama: a un desgarrar y a la vez a un develamiento. La persona se da cuenta que algo ocurre con su cuerpo, el que le da señales de inminente disolución: la taquicardia, la disnea, la sensación de pérdida de conciencia son signos inequívocos para él que la naturaleza que él propiamente es ha entrado en un ciclo de enfermedad y muerte. Pero esa *propiedad*, este aspecto de lo que somos, es al mismo tiempo y paradójicamente. Una ajénidad (y allí está la revelación): ajénidad respecto del proyecto personal, y por lo tanto carente de propósito y absurda. Y esta disociación está ocurriendo en forma súbita e incontrolable. Pero, implacable, la ‘falla’, esta ‘falla’ que ahora experimento, hace irrelevantes mis creencias, mis disputas, mis pretensiones, mis pequeños afanes, con excepción de la realidad de la muerte que me recuerda que soy también parte de la naturaleza y, por lo mismo, no puedo escapar de ella. Esa ‘falla’, insinuada, simbolizada o franca, es la grieta desde la que surge lo que denominamos angustia: angustia frente a la naturaleza que, en un ineludible aspecto, también somos, pero que, sin embargo no es todo lo que somos” (Ojeda, 2003).

Ojeda César (2003) Historia y redescrición de la angustia clínica. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. Vol 4, Nº 2, Santiago, Abril 2003.

Manifestaciones clínicas.- “La situación clínica habitual suele ser la siguiente: la primer crisis sorprende a una persona que dice haberse sentido bien hasta ese momento, haciendo algo habitual y rutinario, de pronto, en forma súbita, es sacudida por la peor experiencia de su vida. El terror lo inunda, su corazón late desesperadamente, la respiración lo desborda, el piso se hace inestable a sus pies. Invasado por el pánico está convencido de que está a punto de morir de un ataque cardíaco, a ciegas pide ayuda como puede y eventualmente llega a la guardia médica. El médico lo examina y no encuentra nada de cuidado, reasegura a su paciente, puede ser ‘tensión o estrés’, pero en cualquier caso nada preocupante. El paciente se recupera, se siente bien nuevamente. Varios días o aun semanas transcurren hasta que bruscamente aparece otra crisis. Ahora consulta a otro médico quien tampoco encuentra nada patológico, reclama un chequeo general. Nada aparece en los estudios biológicos, nuevamente el médico lo reasegura, pero pasa una semana más y se da otra crisis de pánico” (Manfredi C y Linetzky, 2000:755-756).

Manfredi C y Linetzky L, Algunas observaciones acerca del trastorno por pánico y su relación con la historia infantil del sujeto. Revista Psicoanálisis APdeBA, Vol XXII, Nº3, 2000. 755-772.

Etiología.- “Desde su descripción original en el año 1871 por Da Costa, el Trastorno por Angustia ha pasado por distintas denominaciones e interpretaciones etiopatogénicas. Entre los distintos nombres que recibió desde su descripción se destacan: Corazón irritable o Síndrome de Da Costa, Neurosis de Angustia (Freud, 1895), Síndrome de esfuerzo (Lewis, 1918) y Astenia neurocirculatoria (Oppenheimer)” (Rojas, 2004).

Rojas José (2004) Un caso de trastorno de pánico con agorafobia. Un abordaje psicoanalítico psicodinámico”. Tesis de grado. Universidad César Vallejo.

Etiología.- Las causas para explicar el origen del trastorno de angustia o pánico y de la agorafobia han variado. La primera sugerencia ha sido la existencia de una disfunción neurovegetativa, llamada por Cullen distonía neurovegetativa. En el siglo XVII se señaló como base una predisposición constitucional a una reactividad mayor a los factores estresantes de la vida. Alternativamente se ha aceptado que ciertos hechos traumáticos podrían resultar causa suficiente para precipitar intenso temor o angustia. Estas condiciones actuarían patogénicamente si tienden a repetirse o a confluír en el tiempo, de modo de mantener al sujeto en niveles altos de tensión. La neurosis del soldado, denominación que empleo Da Silva para sus primeras descripciones de lo que hoy se llama trastorno por pánico, y que toma su nombre de las observaciones realizadas en las manifestaciones psicósomáticas de tensión extrema sufridas en el frente de guerra, constituye un buen ejemplo.

La insuficiencia de las causas externas en la reacción de pánico hizo pensar en la existencia de factores psicológicos o conflictos internos no conscientes capaces de modular la experiencia y tomar la primacía sobre los hechos reales. Se sugirió la existencia de ciertos procesos psicodinámicos cuya expresión resultante sería la angustia cercana a la conciencia.

Eysenck, apuntando a una base psicobiológica, elaboró una concepción dimensional donde, en el caso del trastorno de pánico, adquirirían relevancia las dimensiones del neuroticismo, que sería la consecuencia de cierta labilidad neurovegetativa apta para el desarrollo de la ansiedad.

Chappa H (1974), Pánico y agorafobia. Abordaje cognitivo y psicofarmacológico. Buenos Aires: Editorial Salerno.

Etiología.- “A partir de la observación de ciertas regularidades presentes en la historia de los pacientes panicosos, comenzamos a considerar a estos casos un tipo específico de situación traumática infantil: la muerte de uno o ambos padres o de alguien significativo para el niño, así como factores desencadenantes del cuadro patológico, que invariablemente se relacionan con situaciones graves con riesgo de muerte de otro significativo, en los meses previos al primer ataque de pánico” (Manfredi C y Linetzky, 2000:766).

“Los sucesos infantiles traumáticos, vinculados a la muerte o enfermedad de figuras significativas convivientes, se asocian a un déficit en alguna función necesaria para poder contener o transformar dentro del área de los procesos psíquicos la temática de la muerte, que irrumpe a nivel somático, como fenómeno del campo de lo no simbolizado, de lo irrepresentable, una suerte de ‘agujero’ en la vida psíquica” (Manfredi C y Linetzky, 2000:769-770).

Manfredi C y Linetzky L, Algunas observaciones acerca del trastorno por pánico y su relación con la historia infantil del sujeto. Revista Psicoanálisis APdeBA, Vol XXII, Nº3, 2000. 755-772.

Según Freud.- “Freud (1894) ya se había ocupado de lo que actualmente se conoce como Trastorno por Pánico, en su concepción de las Neurosis Actuales, particularmente las Neurosis de Angustia” (Manfredi C y Linetzky, 2000:758).

“Destacamos especialmente dos de los conceptos sostenidos por el creador del psicoanálisis en 1894:

1) Se trataría de una neurosis actual, no histérica. Sus síntomas no están anclados en el pasado del paciente. Proviene de una dificultad actual para procesar psicológicamente la tensión sexual somática, tensión que, al no poder convertirse en proceso psíquico, es descargada en forma de síntomas somáticos de la crisis de angustia (sin contenido, sin simbolismo, con significación posible solo en forma secundaria).

La etiología de los síntomas está enraizada profundamente en la biología.

Freud en este momento coincide por lo postulado por la Psiquiatría Biológica actual: se trata de una descarga somática (descarga noradrenérgica diríamos actualmente).

2) Secundariamente a las crisis aparece la agorafobia, anticipándose a la emergencia de las nuevas crisis. Pero esta fobia no tiene otro contenido que la explica.

La evitación de una nueva crisis de angustia sería el único contenido posible de hallar en el temor a los espacios abiertos. También esta forma de concebir la angustia en la agorafobia de excluida a las explicaciones metapsicológicas.

Coincide también Freud con la idea de agorafobia que nos aproxima al DSM, donde el temor es una especie de espera angustiosa a que la crisis se produzca en algún lugar en que no pueda ser prontamente auxiliado y por eso el paciente evita alejarse de su hogar (miedo al miedo, dicen nuestros pacientes)" (Manfredi C y Linetzky, 2000:760).

Manfredi C y Linetzky L, Algunas observaciones acerca del trastorno por pánico y su relación con la historia infantil del sujeto. Revista Psicoanálisis APdeBA, Vol XXII, Nº3, 2000. 755-772.

Reacción de paralización en el trastorno de pánico.- Antecedentes: La ansiedad anticipatoria puede describirse como una respuesta condicionada con una postura defensiva de paralización y activación autonómica. El objetivo de este estudio fue evaluar el análisis de control postural y la activación autonómica en pacientes con trastorno de pánico (TP), presentándoles estímulos visuales.

Métodos: Los pacientes con TP (n=29) y controles sanos (n=27) se colocaron en una plataforma sólida mientras observaban una serie de imágenes ansiógenas, de mutilación y neutrales. Se midieron las respuestas de conductancia de la piel y los desplazamientos del centro de presión.

Resultados: En general, los pacientes con TP mostraron un movimiento corporal significativamente reducido, una frecuencia de calor promedio incrementado y un aumento de la conductancia en la piel, en comparación al grupo control durante el experimento ($P<.05$). Los pacientes con TP también mostraron una correlación negativa entre la ansiedad anticipatoria y el área de movimiento promedio durante el experimento. Sin embargo, no hubo diferencia significativa en la velocidad del balanceo corporal en comparación con los controles sanos mientras visualizaban el bloque de imágenes ansiógenas o el bloque de imágenes neutrales.

Conclusiones: Nuestros datos muestran que los pacientes con TP que experimentan ansiedad anticipatoria pueden presentar una movilidad menor, consistente con la conducta de paralización de la cascada de defensa. Los datos también muestran que los pacientes con TP no tienen una inestabilidad postural cuando se confrontan con un contexto ansiógeno específico. La importancia de este estudio es que demuestra objetivamente la conducta tipo paralización en pacientes con TP.

Fabiana L. Lopes; Tatiana M. Azevedo; Luiz A. Imbiriba... (et.al). Reacción de paralización en pacientes con trastorno de pánico asociado con la ansiedad anticipatoria. DEPRESSION AND ANXIETY. 2009 OCT; 26(10):917-921.

Subtipos de ataques de pánico.- Antecedentes: El trastorno de pánico es un trastorno heterogéneo, que comprende una variedad de síntomas somáticos, fisiológicos y cognitivos durante ataques de pánico repetidos. Como resultado, los datos importantes han examinado si los ataques de pánico pueden clasificarse dentro de un diagnóstico distinto o subtipos funcionales. El objetivo de este estudio es evaluar la literatura existente sobre la validez de los subtipos de ataque de pánico.

Métodos: Esta revisión se centra en datos publicados desde el 2000, con la publicación del DSM-IV-TR, complementado por datos replicados publicados desde 1980, con la publicación del DSM-III y posteriormente del DSM-IV. Se revisan los reportes publicados que evalúan la evidencia empírica para la validez de los subtipos de ataque de pánico.

Resultados: Se ha demostrado que cinco conjuntos de síntomas de pánico (respiratorio, nocturno, no miedo, cognitivo y vestibular) se agrupan en diferentes grados de consistencia. Sin embargo, ninguno de estos subtipos potenciales se ha asociado con criterios de validación externa suficiente y fiable indicativo de diferencias funcionales. Esta aparente falta de resultados puede relacionarse con inconsistencias metodológicas o limitaciones a través de estudios revisados.

Conclusiones: Aunque en la actualidad los datos no justifican la utilidad de una subclasificación, una futura investigación enfocada a las lagunas patentes en la literatura, incluyendo una medición más clara de los subtipos del síntoma, un mayor uso de los paradigmas de desafío biológicos y medidas fisiológicas y otras medidas más objetivas del miedo y la ansiedad, y la exploración de una subclasificación basada en factores biológicos como genéticos, puede apoyar la designación futura de los subtipos de ataque de pánico y de su utilidad clínica en última instancia.

Katharina Kircanski; Michelle G. Craske; Alyssa M. Epstein; Hans-Ulrich Wittchen. Subtipos de ataques de pánico: Una revisión crítica de la literatura empírica. DEPRESSION AND ANXIETY. 2009 OCT; 26(10):878-887.

Sobregeneralización del miedo.- Objetivo: El condicionamiento clásico ocupa un lugar destacado en muchos relatos etiológicos del trastorno de pánico. De acuerdo a esto, los estímulos condicionados neutrales presentes durante los ataques de pánico adquieren propiedades pánicogénicas. Los estímulos condicionados que accionan los síntomas de pánico no se limitan a los estímulos condicionados originales

pero se cree que se generalizan a estímulos semejantes a aquellos que co-ocurren con el pánico, resultando en la proliferación de las señales de pánico. Los autores condujeron una evaluación basada en el laboratorio de este correlato potencial del trastorno de pánico probando el grado en el cual los pacientes con pánico y los sujetos sanos manifiestan generalización del miedo condicionado.

Método: Para el estudio se reclutaron a diecinueve pacientes con diagnóstico de trastorno de pánico por el DSM-IV-TR y 19 sujetos sanos de comparación. El paradigma de generalización del miedo consistió en 10 anillos de tamaño graduado presentados sobre un monitor de ordenador; el de tamaño extremo fue una señal de peligro condicionado, el otro extremo una señal de seguridad condicionada, y los ocho anillos de tamaño intermedio crearon un continuo de similitud de un extremo al otro. La generalización se evaluó por la potenciación del miedo condicionado del reflejo de sobresalto de acuerdo a la evaluación con electromiografía (EMG).

Resultados: Los pacientes con pánico exhibieron una generalización condicionada más fuerte que los sujetos de comparación, de acuerdo con lo reflejado por el sobresalto EMG. El miedo condicionado en pacientes con pánico se generalizó a anillos con hasta tres unidades de no similitud a la señal de peligro condicionada, mientras que la generalización en los sujetos de comparación fue restringida a anillos con únicamente una unidad de no similitud.

Conclusiones: Los resultados muestran una tendencia marcada hacia la sobregeneralización del miedo en el trastorno de pánico y proporcionan una metodología para investigaciones de laboratorio de este correlato de pánico condicionado y central, aún poco estudiado. Dado la supuesta base molecular del condicionamiento del miedo, estos resultados pueden tener implicaciones para nuevos tratamientos y prevención en el trastorno de pánico.

Shmuel Lissek; Stephanie Rabin; Randi E. Heller... (et.al) Sobregeneralización del miedo condicionado como un marcador patógeno del trastorno de pánico. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2010 ENE; 167(1):47-55.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Generalidades.- Se definen los trastornos de personalidad como aquellos rasgos de personalidad permanentes que son inflexibles y desadaptativos, que causen incapacitación social significativa, perturben la eficacia laboral y promuevan un malestar o un sufrimiento subjetivo.

Según el modelo de los cinco grandes, para evaluar un trastorno de la personalidad hay que examinar cinco aspectos del funcionamiento personal, relacionados con la emocionalidad y las relaciones interpersonales: la extroversión, el neuroticismo (ansiedad), la apertura a la experiencia, la cordialidad y escrupulosidad.

Según el DSM, los trastornos de personalidad se agrupan en cuatro grandes categorías: 1) Personas raras y excéntricas que agrupan las categorías de paranoide, esquizoide y esquizotípico. El paranoide tiene por ejemplo la creencia a ser explotado o perjudicado por otros sin base real suficiente, y se cuestiona la lealtad de sus amigos. El esquizoide se aísla de los demás y tiene una afectividad pobre, no interesándose ni críticas ni elogios, ni en actividades sexuales. El esquizotípico tiene ansiedad social excesiva, pensamiento mágico, conducta excéntrica, afectividad inapropiada. 2) Personalidades erráticas, emotivas y teatrales que cubren el histriónico, antisocial, narcisista y límite (bordeline). El histriónico necesita alabanzas constantes y es sexualmente seductor de forma inapropiada. Le gusta ser el centro de atención, y no tolera la frustración. El narcisista siente rabia, vergüenza o humillación ante las críticas, y un sentimiento grandioso de su propia importancia. 3) Personas temerosas con ansiedad marcada: dependiente, obsesivo - compulsivo, pasivo - agresivo y trastorno por evitación. En este último caso evita actividades que supongan un contacto significativo con los demás, no desean relacionarse con la gente. 4) Mixto y atípico que incluye al resto de las alteraciones.

Belloch A, Sandín B y Ramos F, "Manual de Psicopatología", Volumen II, Madrid, McGraw-Hill, 1996, capítulo 16.

Generalidades.- El DSM-IV, de la Asociación Psiquiátrica Americana establece los siguientes criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad (IPDE, 1996):

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
2. afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad, y adecuación de la respuesta emocional).
3. actividad interpersonal.
4. control de los impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

La clasificación de los trastornos de personalidad, en el DSM-IV se realiza de la siguiente manera:

GRUPO A. Excesivamente introvertidos, raros y excéntricos

Trastorno PARANOIDE de la personalidad

Trastorno ESQUIZOIDE de la personalidad

Trastorno ESQUIZOTÍPICO de la personalidad

GRUPO B. Excesivamente extrovertidos, emocionales, impulsivos e inestables

Trastorno HISTRIONICO de la personalidad

Trastorno LÍMITE (BORDERLINE) de la personalidad

Trastorno NARCISISTA de la personalidad

Trastorno ANTISOCIAL de la personalidad

GRUPO C. Excesivamente ansiosos y apocados

Trastorno de la personalidad por EVITACIÓN

Trastorno de la personalidad por DEPENDENCIA

Trastorno OBSESIVO-COMPULSIVO de la personalidad

Trastorno de la personalidad NO ESPECIFICADO

La clasificación CIE-10 de los trastornos de la personalidad presenta respecto a la clasificación DSM-IV las siguientes diferencias (CIE-10, 1992):

No incluye el trastorno esquizotípico de la personalidad, que pasa a la sección de "Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes" con el nombre de "Trastorno esquizotípico".

El trastorno límite de la personalidad recibe en la CIE-10 el nombre de "Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad" y se subdivide en dos tipos:- "impulsivo" y "límite".

No incluye el trastorno narcisista de la personalidad.

El trastorno antisocial de la personalidad recibe el nombre de "Trastorno disocial de la personalidad".

El trastorno de la personalidad por evitación recibe el nombre de "Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad".

El trastorno de la personalidad por dependencia recibe el nombre de "trastorno dependiente de la personalidad".

El Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad recibe el nombre de Trastorno anancástico de la personalidad.

IPDE (1996) Examen Internacional de los Trastornos de la personalidad. Módulo DSM-IV, Módulo CIE-10, Programa IPDE 100. O.M.S. Madrid: Meditor.

Trastornos de personalidad y esquizofrenia.- "Las publicaciones sobre la comorbilidad de los trastornos de personalidad con otras entidades clínicas han proliferado en los últimos años y se ha señalado la alta frecuencia de su presentación. Se ha argumentado que dicha comorbilidad no es real, sino un artificio de los actuales sistemas diagnósticos. La comorbilidad de trastornos de personalidad y esquizofrenia no es una excepción, aunque su frecuencia es menor que en el caso de otros trastornos mentales. Los problemas metodológicos que esta comorbilidad plantea son complejos y ponen en cuestión los fundamentos de los actuales sistemas diagnósticos. El objetivo de este trabajo es plantear las debilidades de estos sistemas diagnósticos, tomando como referencia la aparente comorbilidad de los trastornos de personalidad y la esquizofrenia.

Se estudia a una población de 60 sujetos diagnosticados de esquizofrenia, siguiendo los criterios de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Mediante el instrumento diagnóstico confeccionado por el grupo SECOR, se valoran los criterios diagnósticos de trastornos de personalidad (LIDTP) y los criterios diagnósticos para la esquizofrenia (LIDESQ).

El 91,6% de los pacientes cumplía criterios para, al menos, 1 trastorno de personalidad, y el 41,7%, entre 3 y 9. Los trastornos más comórbidos eran los pertenecientes al grupo A (esquizotípico, esquizoide y paranoide), como era de esperar. Sin embargo, es sorprendente que un 31,7% de los pacientes esquizofrénicos cumpliera criterios para el trastorno de personalidad ansioso-evitativo y un 26,7% para el de inestabilidad emocional, tipo impulsivo.

La alta comorbilidad de esquizofrenia y trastornos de personalidad es un artificio de los actuales sistemas diagnósticos, que se debe revisar al menos en 3 aspectos: la jerarquización diagnóstica, el solapamiento de los síntomas y la redefinición de los criterios sobre los que se establece el diagnóstico de trastorno de personalidad".

Franco M, Alcalá V, Mojarro M, Camacho, Casas N y Giner J. Trastornos de personalidad y esquizofrenia: ¿comorbilidad o artificio diagnóstico? PSQUIATRIA BIOLÓGICA. 2005 NOV; 12(6):225 - 231.

Trastornos de personalidad y depresión.- Aunque continúa siendo motivo de debate, casi sin ninguna duda el pronóstico de los trastornos depresivos se agrava con la presencia de un trastorno comórbido de la personalidad. Este hallazgo es intuitivo pero no aceptado por todos los investigadores que trabajan en este campo. En parte, esto podría deberse a las dificultades en el diseño y la interpretación de los estudios de investigación sobre ambos procesos, las dificultades para evaluar transversalmente los

trastornos de la personalidad en relación con la depresión, la naturaleza variable tanto de la depresión como los trastornos de la personalidad y los factores etiológicos similares para ambos procesos.

A esto se debe añadir que este pronóstico más desfavorable se observa con independencia del tipo de intervención utilizada para tratar la depresión. No se dispone de estudios que hayan examinado programas de tratamiento específico para ambos procesos, instaurados de forma paralela, lo que dificulta la separación de los efectos del tratamiento de los trastornos depresivos de los marcadores de rasgo de los pacientes.

El tratamiento de pacientes con comorbilidades requiere una estrategia terapéutica diseñada individualmente que tenga en cuenta la gravedad de cada entidad y su influencia en la función social y la psicopatología. La depresión ha de tratarse de manera agresiva y es probable que las intervenciones específicas dirigidas a la influencia del trastorno de la personalidad se traduzcan en mejoras. Puede ser que la duración del tratamiento tenga que ser más prolongada, al igual que en el caso de numerosos procesos duales.

Es necesario realizar investigaciones que clarifiquen la interrelación de ambos procesos. Las claras diferencias en las clasificaciones clínicas actuales y los marcos de tiempo de ambos procesos, en comparación con los hallazgos de investigación hasta la fecha, dificultan esta investigación.

Giles Newton-Howes. Influencia de los trastornos de la personalidad en el pronóstico de la depresión. *PSIQUIATRIA BIOLÓGICA*. 2008 NOV;15(6):223-227.

Trastornos de personalidad y esquizofrenia.- Se da una alta incidencia de los trastornos de personalidad en esquizofrenia, aunque los estudios realizados no han encontrado una prevalencia clara de ningún trastorno en concreto. Tampoco se han llegado a conclusiones claras sobre la relación entre los trastornos de personalidad y los síntomas positivos y negativos.

Este trabajo valora la presencia de trastornos de personalidad en una muestra de 107 pacientes, y su relación con variables clínicas y sociodemográficas. Los resultados obtenidos indican que un alto porcentaje de pacientes tiene asociado algún trastorno de personalidad.

Los trastornos más frecuentes fueron los trastornos esquizoide, fóbico, dependiente, compulsivo y esquizotípico. Estos trastornos se relacionaron con síntomas positivos y negativos. No se halló ninguna relación significativa con las variables sociodemográficas.

Estos datos son consistentes con resultados previos, y plantean la necesidad de desarrollar programas de intervención específicos para pacientes con esquizofrenia con comorbilidad de trastornos de personalidad.

Bengochea Seco, R; Gil Sanz, D; Arrieta Rodríguez, M...(et.al). Incidencia de los trastornos de personalidad en esquizofrenia: Relación con variables clínicas y sociodemográficas. *ANALES DE PSIQUIATRÍA*. 2008;24(6).

Psicoterapias prometedoras para los trastornos de personalidad.- Objetivo: Proporcionar una revisión narrativa de la investigación reciente sobre el tratamiento psicoterapéutico en pacientes con trastornos de la personalidad (PD).

Método: Realizamos búsquedas en PubMed y PsycINFO de los artículos recientemente publicados, que proporcionaban información sobre los resultados del tratamiento de psicoterapéutico para los PD. Centramos nuestra atención en los estudios que emplearon una metodología de ensayo controlado aleatorio (RCT). El periodo de búsqueda comprendió desde enero de 2006 a junio de 2009.

Resultados: La efectividad de varios paquetes de tratamiento mediante psicoterapia para los PD está respaldada por los resultados favorables de los RCT. Los efectos beneficiosos de la psicoterapia incluyeron la reducción de la sintomatología, un funcionamiento social e interpersonal mejorados, la reducción de la frecuencia de conductas inadaptadas, y disminución de la hospitalización. Los efectos equivalentes entre las intervenciones que se compararon fueron comunes. Muchos de los tratamientos estudiados tan sólo requirieron un entrenamiento limitado por los terapeutas. La mayoría de estudios se centraron en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad (BPD). Algunos hallazgos sugirieron que la psicoterapia era rentable, sin embargo, pocos estudios incluyeron, en realidad, análisis de costos formales. Sólo un estudio incluyó el seguimiento de los pacientes después del tratamiento de un año.

Conclusiones: Existe un fuerte apoyo al uso de la psicoterapia para tratar a pacientes con PD. Sin embargo, la mayor parte de la evidencia es limitada al BPD. Los resultados de estudios recientes son prometedores para la formación y la práctica. Las investigaciones futuras deben tratar la identificación de emparejamientos paciente-tratamiento adecuados, la elucidación de los ingredientes activos de tratamiento y la iluminación de los factores que son comunes entre los tratamientos que dan cuenta de sus efectos equivalentes.

Hadjipavlou, George; Ogrodniczuk, John S. Psicoterapias prometedoras para los trastornos de personalidad. *CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*. 2010 ABR;55(4):202-210.

TRASTORNO DEL CONTROL DE IMPULSOS

Definición.- "Fracaso en resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino para el propio individuo o para los demás. Este fracaso va acompañado por una sensación

creciente de tensión o activación antes de llevar a cabo el acto. El sujeto experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de consumir el acto (DSM-III-R, 1987).
Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 589.

TRASTORNO DEL DESARROLLO

Tipos.- Nagera divide los trastornos del desarrollo en cuatro tipos:

- a) *Interferencias en el desarrollo*: cuando el ambiente impone al niño exigencias que no son adecuadas i razonables a su yo y a las cuales no puede controlar sin grandes trastornos.
- b) *Conflictos del desarrollo*: cuando el ambiente impone en mayor o menor medida en todo niño ciertas exigencias específicas en las fases adecuadas, o bien cuando se alcanzan niveles de maduración y desarrollo que provocan conflictos específicos.
- c) *Conflictos neuróticos*: se originan entre la actividad de los impulsos y las exigencias internalizadas precursoras del superyo.
- d) *Neurosis infantil*.

Esta clasificación es evolutiva, lo que significa por ejemplo que la neurosis infantil aparece luego de las anteriores. Nagera sostiene que una combinación de diferentes interferencias en el desarrollo, conflictos del desarrollo, conflictos neuróticos (en diferentes proporciones según el caso), conduce al desarrollo, en cualquier individuo, de formas específicas de neurosis.

Por ejemplo, cuando el niño llegó a la fase fálico-edípica y sufre una neurosis infantil, no hay duda que al estudiar las fases anteriores de su desarrollo podremos con frecuencia comprobar qué tipos de interferencia en el desarrollo hubieron, qué tipos de conflictos del desarrollo y qué tipos de conflictos neuróticos han desempeñado un papel importante, y en qué momento del desarrollo lo han hecho.

Condensado de Nagera Humberto (1989) Neurosis infantil. Problemas de desarrollo. Buenos Aires: Hormé.

Generalidades.- La gran variedad de trastornos infantiles aumenta por un lado por la gran dependencia del niño (lo que genera tensiones externas) y por el otro por esfuerzos y tensiones relacionados con los procesos del desarrollo en sí mismo (tensiones internas).

Tensiones externas.- Como el niño no puede cuidarse a sí mismo, necesita de los demás, y cuando estas necesidades no se satisfacen se producen tensiones de origen externo. Esas necesidades son el sueño, la alimentación, la evacuación y el deseo de estar acompañado. El manejo incorrecto de las necesidades infantiles tempranas tiene repercusiones posteriores en el desarrollo patológico.

Tensiones internas.- Son inevitables porque el mismo desarrollo también lo es. A diferencia de la patología adulta, este estrés infantil (tensiones internas) es transitorio y queda atrás una vez superada la etapa del desarrollo donde aparecieron.

Las tensiones internas producen también inevitablemente en ciertas edades infantiles trastornos del sueño (por ejemplo en el segundo año), en la alimentación (los primeros aparecen con la lactancia), temores arcaicos que parecen ser congénitos (que van disminuyendo conforme se desarrolla el yo), trastornos en el caminar, trastornos obsesivos (orden y limpieza excesivos), y luego trastornos en la fase fálica, preadolescencia y adolescencia (angustia de castración, temores de muerte, resurgimiento en la preadolescencia de tendencias pregenitales difusas, etc).

Condensado de Freud Anna (1975) Normalidad y patología en la niñez. Capítulo 5

TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO

Generalidades.- Desde un punto de vista clínico, los trastornos del estado de ánimo se refieren fundamentalmente al estado de ánimo depresivo, o bien al estado de ánimo que, como en la depresión bipolar, alterna entre la euforia (manía) y la depresión en forma cíclica.

Sentirse triste o deprimido no es, sin embargo, un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión. Esta distinción es importante, pues la depresión entendida como 'síntoma', es decir, sentirse triste, está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos, como la esquizofrenia o las obsesiones, así como en algunas enfermedades médicas, sin que por ello constituya un 'síndrome' depresivo, es decir, un conjunto covariante de síntomas relacionados tales como tristeza, insomnio, pérdida de peso, etc.

Por lo tanto, para identificar un trastorno del estado de ánimo se requieren evaluar varios aspectos, o sea un síndrome, y además diferenciarlo de un trastorno normal, como puede ser una depresión consecutiva a un duelo. El cuadro que presenta una persona depresiva puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y a su evolución temporal. Algunas veces se da por episodios, y en otras veces la depresión es continua. La depresión presenta manifestaciones anímicas (cambia el estado de ánimo), motivacionales y conductuales (tienden a la inacción), cognitivas (disminuyen la memoria, la atención y la concentración), físicos (cansancio, insomnio, etc.) e interpersonales (tienden a aislarse).

Las depresiones pueden ser reactivas, cuando están desencadenadas por un acontecimiento externo precipitante, llamadas también depresiones psicosociales, y las depresiones endógenas, que algunos adjudican a un factor psicógeno.

La depresión puede ser bipolar si alterna con euforia, o unipolar si hay solamente depresión. También puede ser primaria o secundaria, según que no esté o sí esté asociada a otra enfermedad de la cual depende.

También se distingue una depresión mayor y una menor. La primera se caracteriza por un episodio depresivo mayor, en el cual nunca ha habido un episodio maníaco (euforia) o hipomaníaco (menos eufórico), y que no es un trastorno esquizofrénico o psicótico de otro tipo. La depresión menor tiene una duración semejante al episodio depresivo mayor, pero con una menor presencia de síntomas. Debe distinguirse el episodio del trastorno. El episodio me permite ubicar al paciente depresivo en algún trastorno.

La distimia es otra categoría, caracterizada porque es un estado de ánimo depresivo de larga duración (al menos dos años continuados) acompañado de otros síntomas propios del episodio depresivo mayor. Otra variedad es el trastorno bipolar, que se caracteriza porque existe o ha existido alguna vez un episodio maníaco o hipomaníaco. Este padecimiento suele interferir mucho en el trabajo y las relaciones familiares del paciente, y el riesgo de suicidio, en la fase depresiva, es alto.

Belloch A, Sandín B y Ramos F, "Manual de Psicopatología", Volumen II, Madrid, McGraw-Hill, 1996, capítulo 9.

Generalidades.- Trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Los trastornos del estado de ánimo se dividen en los siguientes grupos:

Trastornos depresivos	Se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.
	Trastorno depresivo mayor
	Trastorno distímico
	Trastorno depresivo no especificado
Trastornos bipolares	Implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.
	Trastorno bipolar I
	Trastorno bipolar II
	Trastorno ciclotímico
Otros trastornos del estado de ánimo	Trastornos considerados a) efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, b) de una sustancia (droga, medicamento, tóxico), o bien c) trastornos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y donde es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado.
	Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
	Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
	Trastorno de estado de ánimo no especificado

En estos grupos se incluyen *especificaciones*. Las especificaciones tienen como finalidad mejorar la especificidad diagnóstica, crear subgrupos más homogéneos, servir para la elección del tratamiento y mejorar la predicción pronóstica. Existen dos tipos de especificaciones: a) las que describen el episodio afectivo más reciente, y b) las que describen el curso de los episodios recidivantes.

American Psychiatric Association (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV). Barcelona: Masson.

TRASTORNO DELIRANTE

Generalidades.- El trastorno delirante es un trastorno psiquiátrico de frecuente aparición en la edad adulta tardía en el cual los síntomas predominantes son ideas delirantes. Este trastorno se llamó con anterioridad paranoia o trastorno paranoide. Estos términos, no obstante, implican de forma incorrecta que el contenido de las ideas delirantes es siempre persecutorio y esto no es cierto. Las clasificaciones actuales han sustituido estos términos por el de trastorno delirante en el DSM-IV-RT y trastorno de ideas delirantes en la CIE-10, al objeto de no confundir el tema de la idea delirante con el trastorno. Las ideas delirantes en el trastorno delirante pueden ser, además de persecutorias, de grandiosidad, erotomaniacas, celotípicas, somáticas y mixtas.

E. de Portugal E y Cervilla J. Trastorno delirante: aspectos clínicos y terapéuticos. AULA MÉDICA PSIQUIATRÍA. 2004; (5)

Estudios empíricos.- Objetivo. Hay pocos datos publicados de estudios empíricos sobre el trastorno delirante (TD). Intentamos describir las correlaciones sociodemográficas y clínicas del TD e identificar los perfiles clínicos asociados con el TD y sus subtipos. Métodos. Este fue un estudio de registro de casos basado en todos los sujetos que acudían a los servicios de salud mental de la comunidad en un área geográficamente bien definida. 467 pacientes habían sido diagnosticados de TD en los servicios

psiquiátricos de un área de 607.494 habitantes, aproximadamente que vivían en el Sur de Barcelona (España) durante un periodo de tres años (2001-2003). Se hizo una revisión sistemática cuidadosa de historias médicas computarizadas para establecer el diagnóstico de DSM- IV, obteniéndose una muestra válida de 370 pacientes que cumplieron los criterios de TD del DSM-IV. Las variables independientes recogidas fueron datos sociodemográficos, historia psiquiátrica personal y familiar, y diagnósticos de enfermedades coexistentes en todos los ejes del DSM-IV, incluido el GAF. Usamos métodos estadísticos descriptivos y univariantes para explorar las frecuencias de la muestra y las correlaciones a través de los tipos de TD. Resultados. La edad media de los pacientes era de 55 años y la muestra tenía una puntuación media de GAF de 51 que indicaba baja funcionalidad; el 56,5% de los pacientes eran mujeres. Los tipos de TD más frecuentes eran persecutorio (48%), celotípico (11%), mixto (11%) y somático(5%), mientras que el 23% era del tipo no especificado (NOS). Los síntomas más frecuentes identificados fueron autorreferencia (40%), irritabilidad (30%), ánimo depresivo(20%) y agresividad (15%). Sufrían alucinaciones el 16% de los pacientes (el 6% táctiles; el 4% olfativas). Casi el 9% tenía antecedentes familiares de esquizofrenia (mayor en los del subtipo celotípico) y el 42% tenían otro diagnóstico coexistente del eje II (trastorno de la personalidad, sobre todo, paranoide). La depresión era significativamente más frecuente en los tipos persecutorio y celotípico. Finalmente el funcionamiento global era significativamente mejor en los tipos celotípicos y mixtos y peor en los tipos erotomaniaco y grandioso ($p= 0,008$). Conclusiones. En ausencia de otros datos empíricos similares, este estudio limitado proporciona evidencias empíricas únicas de algunas correlaciones clínicas y de riesgo del TD y sus subtipos.

Enrique de Portugal; Nieves González; Josep M. Haro; Jaume Autonell; Jorge A. Cervilla. Estudio descriptivo de un registro de casos de trastorno delirante. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2008 MAR;23(2):125-133.

Correlatos clínicos y psicosociales.- Objetivo: La finalidad de este estudio es describir los correlatos psicosociales y clínicos del trastorno delirante (TD) y sus tipos. Este enfoque es importante porque la mayor parte del conocimiento existente sobre el TD no procede de datos empíricos obtenidos con el empleo de un método de investigación sistemático validado.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal en una muestra de 86 pacientes que cumplían los criterios del DSM-IV para el TD según lo determinado con la aplicación del SCID-I. Las variables estudiadas se evaluaron con una metodología sistemática y con instrumentos estandarizados, e incluyeron los posibles factores de riesgo psicosocial (bajo nivel socioeconómico o aislamiento social, inmigración, deficiencias sensoriales, edad avanzada al inicio), los antecedentes psiquiátricos familiares y personalidad premórbida (SAP), la psicopatología psicótica (PANSS), el síndrome depresivo (MADRS), la función cognitiva general (MMSE), la comorbilidad de eje I (MINI) y otros aspectos clínicos, como el funcionamiento general (GAF) y la discapacidad (SDI). Se completó también un cuestionario sociodemográfico y clínico.

Resultados: La media de edad al inicio del TD era 39,6 años y un 61,6% de los pacientes eran mujeres. Los tipos más frecuentes de TD fueron el persecutorio (59,3%) y el celotípico (22,1%). Casi un 21% de los pacientes tenían antecedentes familiares de esquizofrenia y el 17,4%, de TD (en un porcentaje significativamente mayor en el tipo celotípico). El 64% de los pacientes tenían trastorno de la personalidad premórbida (el 38,4%, paranoide, y el 12,8%, esquizoide). El tipo de TD de grandiosidad se relacionaba de manera significativa con unas puntuaciones más altas de la subescala positiva de la PANSS, y el tipo mixto, con puntuaciones más bajas de la subescala negativa de la PANSS. La depresión afectaba al 45,3% de los pacientes (principalmente, depresión leve) y un 45,3% tenía alucinaciones (el 20,9%, táctiles, y el 16,3%, olfatorias), que eran más frecuentes en los casos de tipo somático. La media $\pm$ desviación estándar de la MMSE era $27,6 \pm 2,5$, lo cual indicaba una función cognitiva preservada. La media de GAF era $63,9 \pm 11,3$, que corresponde a un grado moderado de discapacidad; este aspecto era significativamente peor en los casos del tipo de grandiosidad.

Conclusiones: Este estudio aporta una evidencia única, de carácter empírico y fiable, sobre los correlatos psicosociales, clínicos y psicopatológicos reales del TD y sus tipos.

Enrique de Portugal; Nieves González; Miriam Vilaplana... (et.al) Un estudio empírico de los correlatos psicosociales y clínicos del trastorno delirante: El estudio DELIREMP. FUENTE: REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2009 JUN; 2(2):72-82.

TRASTORNO DEPRESIVO

Generalidades.- Los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo anormal y persistentemente disminuido, o estado de ánimo deprimido, y se distinguen del otro gran grupo de los trastornos bipolares, por el hecho de que en los trastornos depresivos no existe una historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaniaco (DMS-IV, página 323).

Los trastornos depresivos abarcan tres grandes categorías: el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado. Esta última es una categoría residual, que suele emplear el DSM, para ubicar allí aquellos cuadros que por ejemplo no pueden ser ubicados en las grandes categorías por no cumplir con sus criterios diagnósticos. El trastorno depresivo no especificado es

caracterizado como un trastorno que no cumple los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o con estado de ánimo mixto o ansioso. Ejemplos de trastornos depresivos, son: el trastorno disfórico premenstrual; el trastorno depresivo menor (posee menos de los cinco ítems requeridos para el trastorno depresivo mayor. En otras palabras, se caracteriza por la presencia de uno o más episodios de síntomas depresivos con una duración idéntica a los de la depresión mayor, pero con menos síntomas y un menor deterioro global); trastorno depresivo breve recidivante; el trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia; un episodio depresivo mayor superpuesto con un trastorno delirante; y finalmente casos donde el clínico concluye que hay un trastorno depresivo pero donde es incapaz de determinar si es primario o debido a enfermedad médica o acción de alguna sustancia.

Cazau P (1999) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson, 1995.

Curso.- Antecedentes. No está claro si la severidad de episodios depresivos cambia durante el curso de trastorno depresivo. Objetivos. Investigar si la severidad de episodios depresivos incrementa durante el curso de la enfermedad. Método. Utilizando un registro de caso danés a nivel nacional, se identificaron a todos los pacientes psiquiátricos internados y no internados, con un diagnóstico principal ICD-10 de episodio depresivo leve, moderado o severo; al final del primer contacto. Los pacientes incluidos en el estudio fueron del período 1994-2003. Resultados. Un total de 19.392 pacientes recibieron un diagnóstico de un solo episodio depresivo en el primer contacto. La prevalencia de episodios depresivos severos incrementó del 25.5% en el primer episodio al 50.0% en el décimo quinto episodio y la prevalencia de los episodios psicóticos incrementó de 8.7% en el primer episodio al 25.0% en el décimo quinto episodio. Se encontró el mismo patrón sin importar el género, la edad en el primer contacto y el estado civil. Conclusiones. La severidad creciente de los episodios depresivos enfatiza la importancia de un tratamiento temprano y profiláctico sostenido.

Lars Vedel Kessing. Severidad de episodios depresivos durante el curso del trastorno depresivo. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 ABR;192(4):290-293.

TRASTORNO DEPRESIVO DE LA PERSONALIDAD

Comorbilidad.- "El trastorno depresivo de la personalidad (TDP) está incluido en el apéndice B del DSM-IV a la espera de que estudios futuros puedan aclarar si se trata de una categoría diagnóstica independiente de otros trastornos de los ejes I y II. En este artículo se presentan nuevos datos sobre su relación con el trastorno depresivo mayor y la distimia. Pacientes y método: En una muestra aleatoria de atención primaria, se evalúa si los pacientes presentan un trastorno depresivo de la personalidad según los criterios del DSM-IV, un trastorno depresivo mayor o un trastorno distímico, así como los antecedentes personales y familiares de los pacientes con trastornos afectivos. Resultados: Se obtiene una muestra de 657 pacientes, de los cuales el 3,6% (n = 24) cumple criterios diagnósticos de trastorno depresivo de la personalidad. En el momento de la exploración, el 37,5% de los pacientes con trastorno depresivo de la personalidad son diagnosticados también de distimia y el 20,8% de trastorno depresivo mayor. Una tercera parte de los casos diagnosticados de trastorno depresivo de la personalidad nunca han presentado un trastorno del estado de ánimo. Los antecedentes familiares afectivos son más frecuentes en los pacientes diagnosticados de trastorno depresivo de la personalidad. Conclusiones: El trastorno depresivo de la personalidad, a pesar del solapamiento conceptual y empírico existente, puede ser distinguido clínicamente de otros trastornos afectivos del eje I. Estudios futuros deberán informar acerca del curso y pronóstico de este trastorno y de su relación con otros trastornos del eje II".

Hernández Viadela M y otros, Trastorno depresivo de la personalidad y alteraciones del estado de ánimo. PSIQUIATRIA BIOLÓGICA. 2003 NOV; 10(6).

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Generalidades.- Tiene como característica esencial un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

Vale aclarar aquí qué se entiende por episodio depresivo mayor, episodio maníaco, mixto e hipomaníaco. El episodio depresivo mayor es un periodo de por lo menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede aparecer como irritable en vez de deprimido. Señala el DSM-IV (página 326) que la identificación se completa con el hecho de que el cuadro, para ser considerado un episodio depresivo mayor, debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o de peso, del sueño o la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. El síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente respecto del estado del sujeto antes del episodio. El episodio depresivo

mayor debe asimismo acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El trastorno depresivo mayor queda identificado, además, cuando la sintomatología no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesta a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado, que son las otras categorías diagnósticas establecidas por el DSM-IV con las cuales podría ser confundido el trastorno depresivo mayor.

Finalmente, el DSM-IV distingue dos tipos básicos de trastorno depresivo mayor: el que tiene un episodio único, y el recidivante. Esto último significa que la persona a sufrido dos o más episodios depresivos mayores.

Cazau P (1999) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson, 1995.

Descripción clínica.- El trastorno del estado de ánimo más fácil de reconocer es el trastorno depresivo mayor, episodio único, que se define por la ausencia de episodios maníacos o hipomaníacos antes o durante el episodio. Sabemos ahora que es poco frecuente que se de un solo episodio depresivo aislado en la vida (Barlow, 2004:204).

Tabla DSM-IV-TR Criterios diagnósticos para el Trastorno Depresivo Mayor, episodio único:

A) Presencia de un episodio depresivo mayor.

B) El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C) Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancia o por tratamientos, o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Hay pruebas considerables de que la depresión siempre se asocia con un estilo explicativo pesimista y con cogniciones negativas. También hay pruebas de que las vulnerabilidades cognitivas predisponen a algunas personas a ver los sucesos de manera muy negativa, y por ello los pone en riesgo de deprimirse (Barlow, 2004:232-233).

Barlow D (2004) Psicopatología. Barcelona: Thompson. 3º Edición.

Trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar I.- "Al menos tres grandes teorías consideran la relación entre trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I. La hipótesis más aceptada, apoyada por diferentes tipos de estudios genéticos y biomédicos, es que el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I son entidades nosológicas completamente diferentes. Recientemente algunos investigadores han sugerido que el trastorno bipolar I es una expresión más grave del mismo proceso fisiopatológico que se observa en el trastorno depresivo mayor. La tercera hipótesis es que la depresión y la manía son los dos extremos de un abanico de experiencias emocionales: tal conceptualización no se ve confirmada por las observaciones clínicas habituales de que muchos pacientes presentan estados mixtos con síntomas depresivos y maníacos" (págs. 530-531).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Efecto de la edad de inicio.- Resumen: Objetivo: Este artículo evalúa si la edad de inicio define un subgrupo específico de trastorno depresivo mayor en 4.041 participantes que entraron en el estudio Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D). Método: El estudio incorporó a pacientes ambulatorios de 18-75 años de edad con trastorno depresivo mayor no psicótico en atención primaria y asistencia psiquiátrica. Al entrar en el estudio, los participantes calcularon la edad a la que se había iniciado su primer episodio depresivo mayor. Este artículo divide la población en cinco grupos de edad de inicio: en la infancia (edad < 12 años), en la adolescencia (edad 12-17 años), en la edad adulta temprana (edad 18-44 años), en la edad adulta intermedia (edad 45-59 años) y en la edad adulta tardía (edad >= 60 años). Resultados: Ningún grupo se diferenció claramente de los demás. En lugar de ello, los autores observaron un gradiente aparente, en el que las edades más tempranas de inicio se asociaban con no haber estado casado nunca, mayor deterioro social y de la actividad laboral, peor calidad de vida, mayor comorbilidad médica y psiquiátrica y una manera de considerar la vida y a sí mismos más negativa, más episodios depresivos a lo largo de la vida y más tentativas autolíticas y mayor gravedad de los síntomas e ideación suicida en el episodio de referencia en comparación con las edades más tardías de inicio del trastorno depresivo mayor. Conclusiones: Aunque la edad de inicio no define subgrupos distintos depresivos, el inicio más temprano se asocia a múltiples indicadores de mayor carga de la enfermedad a lo largo de un amplio abanico de indicadores.

Sidney Zisook, Ira Lesser, Jonathan W. Stewart, Stephen R. Wisniewski, G.K. Balasubramani, Maurizio Fava, William S. Gilmer, Timothy R. Dresselhaus, Michael E. Thase, Andrew A. Nierenberg, Madhukar H, Efecto de la edad de inicio en el curso del trastorno depresivo mayor. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 OCT; 164(10).

Trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo de la personalidad.- Objetivo: Una de las controversias más importantes relacionadas con el trastorno depresivo de la personalidad es la superposición con los trastornos del estado de ánimo. El objetivo de este estudio era calcular los orígenes genético y ambiental de covarianza entre el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno depresivo mayor y en qué medida los factores genéticos, compartidos, y los factores ambientales, únicos, son específicos para cada trastorno.

Método: Un total de 2.801 jóvenes adultos gemelos del Norwegian Institute of Public Health Twin Panel fueron evaluados en entrevistas personales para el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno depresivo mayor con la Entrevista Estructurada para el DSM-IV y con la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) Los modelos bifactoriales de Cholesky fueron ajustados a los datos usando el programa estadístico Mx.

Resultados: En el modelo con mejor ajuste, la covariación entre el trastorno de depresivo de la personalidad y el trastorno depresivo mayor se ajustaron sólo por los factores genéticos y por los factores ambientales únicos. Un modelo que no incluía factores genéticos específicos del trastorno depresivo mayor fue rechazado. Los autores no encontraron signos claros de diferencias de sexo en el origen de la comorbilidad del trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo de la personalidad.

Conclusiones: A pesar de que el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno depresivo mayor comparten una proporción sustancial de los factores de riesgo genéticos y ambientales, los resultados de este estudio apoyan la hipótesis de que son dos entidades distintas con etiologías superpuestas pero no idénticas.

Ragnhild E. Ørstavik, Kenneth S. Kendler, Nikolai Czajkowski, Kristian Tambs, Ted Reichborn-Kjennerud, Relación entre el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno depresivo mayor: estudio poblacional con gemelos. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 DIC; 164(12).

Transmisión de padres a hijos del trastorno depresivo mayor.- La evidencia sugiere una relación entre la depresión paternal y las fobias en los descendientes, así como nexos entre los miedos de la niñez y el riesgo para una depresión mayor. Este estudio examina la relación entre el trastorno depresivo mayor (TDM) y los trastornos de ansiedad en padres así como miedos y fobias específicos en los descendientes. Se valoraron psiquiátricamente a 318 niños de padres con TDM de por vida, trastorno de ansiedad, trastorno ansiedad + TDM, o ninguno; a través de entrevistas a los padres. Los índices de fobias específicas en los descendientes no diferenciaron significativamente en los grupos parentales. Los miedos específicos fueron significativamente elevados en los descendientes de padres con trastorno de ansiedad + TDM, en relación a los otros grupos (TDM, trastorno de ansiedad y los controles, que no diferenciaron). No pudimos encontrar fobias crecientes en los descendientes de padres con TDM sin trastorno de ansiedad. Los índices elevados de miedos específicos en los descendientes de padres con trastorno de ansiedad + TDM pueden ser una función de una psicopatología paternal más severa, carga genética creciente o influencias ambientales no medibles.

Matthew G. Biel; Rachel G. Klein; Salvatore Mannuzza; Erica R. Roizen; Nhan L. Truong; Roxann Roberson-Nay; Daniel S. Pine. ¿Acaso un trastorno depresivo mayor en padres predice miedos y fobias específicos en los descendientes? DEPRESSION AND ANXIETY. 2008 MAY;25(5):379-382.

Diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor.- Introducción: Existen pocos hallazgos tan estudiados y comprobados en la literatura como la mayor prevalencia de la depresión en las mujeres. Sin embargo, todavía son muchas las dudas acerca de las características propias y diferenciales de la depresión en la mujer. Se sabe que hay mayor frecuencia de síntomas somáticos en este grupo, pero parece subestimado el impacto que estos síntomas tienen en la calidad de vida de las pacientes. Estos aspectos se han estudiado en una muestra de enfermos depresivos.

Material y métodos: Se trata de un estudio epidemiológico de corte transversal no intervencionista. La muestra final es representativa y consta de 1.164 pacientes (629 mujeres y 535 varones) con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor (DSM-IV) reclutados en centros de salud mental de España. Se aplican las escalas de Hamilton (HAM-D17), de calidad de vida para la depresión (QLDS) y PHQ-15 para síntomas somáticos. Se analizan las diferencias mediante la prueba de la X² y ANOVA o test de la t de Student según el caso.

Resultados y conclusiones: Hay diferencias significativas en los síntomas somáticos de la depresión entre varones y mujeres, más frecuentes en ellas. Se observa una correlación positiva entre estos síntomas y un empeoramiento de la calidad de vida. En cuanto a las diferencias clínicas medidas con la escala de Hamilton, sólo ciertos ítems son significativos, sin que se pueda extraer conclusiones. Estos datos indican diferencias en la depresión según el sexo que se debe replicar y estudiar en otras muestras. Sería interesante asimismo estudiar otros aspectos clínicos o factores de riesgo relacionados.

Dolores Saiz Gonzalez; Mercedes Rodríguez; Carmen García. Diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor: Síntomas somáticos y calidad de vida. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2009 JUL; 2(3):119-127.

Temperamento y carácter en el trastorno depresivo mayor.- Antecedentes: El objetivo de este estudio fue comparar los rasgos de personalidad entre pacientes con trastorno depresivo mayor (MDD) y sujetos sanos de comparación (HC) y examinar si los rasgos de personalidad en pacientes están asociados con características clínicas específicas del trastorno.

Métodos: Se compararon a sesenta pacientes con MDD (45 depresivos, 15 remitidos) con 60 HC utilizando el Inventario de Temperamento y Carácter. Se utilizó un análisis de covarianza, con la edad y género como covariables, para comparar las puntuaciones medias del Inventario de Temperamento y Carácter entre los grupos de sujetos.

Resultados: Los pacientes depresivos con MDD puntuaron significativamente más alto que los HC en búsqueda de novedades, evitación del daño y auto-trascendencia y más bajo en dependencia de recompensa, auto-dirección y cooperación. Los pacientes remitidos con MDD puntuaron significativamente más bajo que los HC únicamente en la auto-dirección. La comorbilidad con trastorno de ansiedad tuvo un efecto principal únicamente sobre la evitación del daño. La evitación del daño estuvo positivamente correlacionada con la intensidad de la depresión y con el número de episodios. La auto-dirección tuvo una correlación inversa con la intensidad de la depresión.

Conclusiones: Los pacientes con MDD presentan un perfil de personalidad diferente de los HC, y estas diferencias se ven influidas por el estado de ánimo y los trastornos de ansiedad comórbidos. Al considerar a los pacientes que han estado en remisión por algún tiempo, las diferencias pertenecen a pocas dimensiones de la personalidad. El número acumulado de episodios depresivos puede dar lugar a un aumento de la evitación del daño.

Fabiano G. Nery; John P. Hatch; Mark A. Nicoletti...(et.al) Rasgos de temperamento y carácter en el trastorno depresivo mayor: Influencia del estado de ánimo y recurrencia de episodios. DEPRESSION AND ANXIETY. 2009 ABR; 26(4):382-388.

TRASTORNO DISOCIAL

Generalidades.- Para el trastorno disocial, el DSM-IV establece los siguientes criterios diagnósticos:

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales (1) a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros (2) a menudo inicia peleas físicas (3) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola) (4) ha manifestado crueldad física con personas (5) ha manifestado crueldad física con animales (6) ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada) (7) ha forzado a alguien a una actividad sexual. Destrucción de la propiedad (8) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves (9) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios). Fraudulencia o robo (10) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona (11) a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, «tíma» a otros) (12) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones). Violaciones graves de normas (13) a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad (14) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo) (15) suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o n Criterios para el diagnóstico de F91.8 Trastorno disocial [312.8] (continuación)

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

De acuerdo al DSM-IV, para sintetizar, la característica esencial del trastorno disocial es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto.

Aunque de formato diferente, los criterios diagnósticos del DSM-IV y de la CIE-10 para el trastorno disocial resultan casi idénticos.

En el anexo del tomo V de la CIE 10 figuran en forma breve los capítulos de la clasificación más relevantes para los servicios de Salud Mental: Trastornos disociales.

Para hacer el diagnóstico de los Trastornos disociales (F91) que marca la CIE 10 se tiene que tener en cuenta la permanencia de los síntomas y la edad en que se presenta (ej. una rabieta en un niño de tres años no puede ser considerada como una conducta anormal). La CIE 10 también expresa que un crimen violento no podría estar al alcance de los niños pequeños, aunque actualmente estamos viendo casos de violencia extrema en niños cada vez de menor edad. El diagnóstico se basa en la forma de comportamiento de estos niños: peleas permanentes o intimidaciones, crueldad con otras personas o con animales, destrucción de objetos ajenos, incendio, robo, mentiras frecuentes, falta de escolaridad, fugas

del hogar, provocaciones, desafíos, rabietas frecuentes. En forma persistente puede llegar al Trastorno disocial de la personalidad (F60.2, descripto anteriormente).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) el suicidio y las lesiones autoinfligidas quedan incluidas en las categorías X-85-Y09 (agresiones) y X60-X84, que son otros ítems de interés para tipificar la conducta agresiva.

CIE-10 (1995) Clasificación Internacional de Enfermedades. Organización Mundial de la Salud.

DSM-IV, (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Toray-Masson.

TRASTORNO DISOCIATIVO

Definición.- "Grupo de enfermedades que se caracterizan por una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica. En su evaluación debe tenerse en cuenta la perspectiva intelectual, ya que estos trastornos son una expresión frecuente y aceptada de las actividades culturales y de las costumbres religiosas de muchas sociedades. Incluye: a) la amnesia disociativa, caracterizada por la incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que no puede achacarse al olvido ordinario. Suele aparecer tras haber sufrido acontecimientos traumáticos o situaciones muy estresantes (automutilación, intentos autolíticos, explosión de violencia, acontecimientos bélicos, catástrofes naturales, etc.), remitiendo a veces el cuadro de forma espontánea si se aparta al individuo de la situación que ha originado el trastorno. Puede ser localizada (no se recuerdan los acontecimientos que se han presentado en un período de tiempo circunscrito) o selectiva (se recuerdan algunos acontecimientos que se han presentado en ese período de tiempo). La duración de los episodios de amnesia puede comprender desde minutos hasta años; b) la fuga disociativa, que se identifica por la desaparición del sujeto de su domicilio o trabajo durante horas o días, a continuación de la cual se produce una amnesia masiva del período de fuga. Ocasionalmente el individuo afectado refiere haber sentido una <<identidad>> distinta a la suya (por ejemplo, <<era otra persona>>, <<era como si yo fuera otra persona>>, etc.). La mayoría de las veces existen factores estresantes psicosociales, temporalmente relacionados con la conducta de fuga. En la fuga disociativa se incluyen algunos síndromes definidos culturalmente como <<síndromes de huida>>, por ejemplo, algunas formas de amok; c) el trastorno de identidad disociativo (o personalidad múltiple), caracterizado porque el sujeto habla o se comporta como si tuviera dos o más personalidades, hasta el punto que de alguna de ellas, en algún momento, dirige su conducta. Cada personalidad se vive como una historia personal con una imagen, una identidad e incluso un nombre distintos. Generalmente hay una identidad primaria que responde al nombre del individuo y se manifiesta pasiva, dependiente, culpable y depresiva. Las identidades alternantes poseen habitualmente diferentes nombres y rasgos que contrastan con la identidad primaria (por ejemplo, son hostiles, dominantes y autodestructivas). El tiempo que se requiere para pasar de una identidad a otra es normalmente de unos segundos, pero a veces esta transición se realiza gradualmente. El número de identidades que se han podido registrar oscila entre dos y más de cien. A menudo, el stress psicosocial produce la transición de una identidad a otra. Los individuos con este trastorno presentan frecuentemente lapsus de memoria que afectan a su historia personal. No resulta fácil descartar un poderoso factor de simulación o de dramatización entre los sujetos; y d) el trastorno de despersonalización que se manifiesta por la presencia de episodios persistentes o recurrentes de despersonalización, caracterizados por la sensación de extrañeza o distanciamiento de uno mismo. El individuo se siente como si fuera un autómatas o estuviera viviendo en un suelo o en una película. Se mantiene intacto el sentido de la realidad (por ejemplo, es conciente de que se trata solo de una sensación y de que no es un autómatas). Esta sintomatología provoca malestar y deterioro de la actividad normal de la persona".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Trastorno disociativo y traumas.- El trastorno disociativo es una patología relativamente poco frecuente que se ha asociado a la presencia de acontecimientos traumáticos en la infancia y, especialmente, a los abusos sexuales.

Nuestro estudio presenta una muestra clínica de 36 pacientes que padecen un trastorno disociativo, evaluados prospectivamente mediante escalas estandarizadas en las consultas habituales de psiquiatría general.

La muestra se compone básicamente de mujeres (34/36), casadas (86,1%), de clase media-baja y con una importante comorbilidad (38,9 % trastornos afectivos, 52,8% de conversión, 41,7% de ansiedad y/o 38,9% trastornos de personalidad).

Nuestros resultados muestran una alta tasa de acontecimientos traumáticos en la infancia (58,3 %) y de antecedentes de abusos sexuales (27,8%) en esta población, así como de otros acontecimientos traumáticos (55,6 %) en la edad adulta. La prevalencia de cualquier acontecimiento traumático (27/36) es más alta que en población general española, pero sólo discretamente para el caso de los abusos sexuales en la infancia. La gravedad de las puntuaciones de acontecimientos traumáticos correlaciona con la gravedad de la clínica disociativa. La presencia de acontecimientos traumáticos en la infancia de

tipo sexual se asocian con la gravedad de la clínica disociativa medida con la Escala de disociación DES. En nuestra muestra, la edad del primer acontecimiento traumático no muestra relación con la gravedad de la clínica disociativa. Los antecedentes de abusos sexuales en la infancia (y no otros) también se relacionan con una mayor presencia de trastornos afectivos y conversivos.

M. T. Bru; M. Santamaría; R. Coronas; J. V. Cobo. Trastorno disociativo y acontecimientos traumáticos. Un estudio en población española. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2009 AGO; 37(4):200-204.

La personalidad en el trastorno disociativo.- Introducción: El trastorno disociativo se ha asociado con la presencia de acontecimientos traumáticos en la infancia y, especialmente, con los abusos sexuales. Igualmente, se han propuesto diversos factores de personalidad que pueden influir en la aparición de este trastorno.

Metodología: El presente estudio analiza una muestra de 36 personas diagnosticados de trastorno disociativo (DSM-IV) y atendidos en las consultas externas de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). Se realizó una evaluación de la personalidad mediante el Inventario de Personalidad Millon-II y diferentes mediciones clínicas estandarizadas.

Resultados: Se encontraron puntuaciones patológicas en las diversas subescalas en todos los sujetos, pero especialmente una elevación muy significativa de las subescalas de esquizoidia, esquizotipia, histeria, depresión, ansiedad, abuso de alcohol y pensamiento psicótico. No se detectó una presencia significativa de personalidad histriónica en nuestra muestra. Los antecedentes de traumas en la infancia muestran asociación estadísticamente significativa con puntuaciones elevadas en las subescalas de antisocial, narcisista, de esquizoidia y de neurosis depresiva. Sin embargo, la presencia de traumas sexuales específicos en la infancia no se correlaciona con ninguna alteración en las diferentes subescalas. La gravedad de la clínica disociativa se encontraba relacionada con la puntuación en las subescalas de personalidad autodestructiva, de abuso de alcohol, de abuso de drogas, de pensamiento psicótico y de depresión mayor.

Conclusiones: En nuestra muestra, la personalidad de los sujetos con síntomas disociativos está más cercana al constructo de personalidad esquizoide y esquizotípica.

María-Teresa Bru; Miriam Santamaría; Esther Pousa... (et.al) La personalidad en el trastorno disociativo. ARCHIVOS DE PSIQUIATRÍA. 2008; 71(1):15-31.

TRASTORNO DISTÍMICO

Generalidades.- Su característica esencial es la presencia de un estado de ánimo crónicamente deprimido, que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante por lo menos dos años. Las personas distímicas describen su estado de ánimo como triste y 'desanimado'. Además, deben existir otros dos síntomas de una lista que incluye pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse y tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

No deberemos establecer un diagnóstico de trastorno distímico, si la persona ha presentado alguna vez un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco, o bien si alguna vez se han cumplido los criterios para un trastorno ciclotímico.

Cazau P (1999) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson, 1995.

TRASTORNO DUAL

Definición.- "Nombre que recibe la coexistencia de patología psíquica y de algún tipo de dependencia".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 526.

TRASTORNO LÍMITE

Trastorno límite de la personalidad y trastorno depresivo mayor.- El trastorno límite de la personalidad (TLP) está caracterizado por una alta frecuencia de comorbilidad con trastorno depresivo mayor (TDM). Este estudio comparó las características clínicas de 2 grupos de pacientes con TDM: aquellos con TLP concomitante y aquellos con otros trastornos de personalidad concomitantes. Métodos: Evaluamos 119 pacientes externos, utilizando una entrevista semiestructurada para rasgos clínicos y demográficos, la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV, escalas de ansiedad y depresión Hamilton, la Escala de Auto-Clasificación de Depresión Zung (ZSDS), la Escala de Evaluación de Funcionamiento Ocupacional (SOFAS), la Escala de Incapacidad Sheehan, y el Cuestionario Revisado de Experiencias de la Niñez. Llevamos a cabo un análisis de regresión, utilizando el número de criterios para TLP como la variable dependiente. Resultados: La severidad del TLP estuvo positivamente relacionada a la puntuación de la ZSDS, para conductas autolesivas, y para los trastornos del estado de ánimo en parientes de primer grado; estuvo negativamente relacionada a la puntuación de la SOFAS y a la edad al inicio del TDM.

Conclusión: Los pacientes con TDM y TLP comórbido presentan características diferenciales que indican una condición más seria y dañada con un vínculo familiar más fuerte con trastornos del estado de ánimo que el mostrado por pacientes depresivos con otros co-diagnósticos del Eje II.

Bellino S y otros, Depresión Mayor en Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad: Una Investigación Pública. CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2005 MAR; 50(4).

Psicoterapia del Trastorno Límite de la Personalidad.- Introducción. La efectividad de las estrategias terapéuticas en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) depende de diferentes variables entre las que destaca la adherencia terapéutica y la motivación al cambio. Es posible que algunos factores genéticos puedan también influir en la utilidad de la psicoterapia.

Objetivos. El objetivo de este estudio es evaluar si existe asociación entre los polimorfismos del gen del transportador de la serotonina (SERT) y del gen del receptor de dopamina 4 (DRD4) y la adherencia a la psicoterapia en pacientes con TLP.

Metodología. Fueron incluidos un total de 105 pacientes con TLP según criterios DSM-IV. Los pacientes participaron en una intervención grupal de Terapia Dialéctica Conductual grupal de 14 semanas de duración. Para explorar la efectividad de la psicoterapia se utilizaron variables pragmáticas como la tasa de abandono y la visita máxima en psicoterapia realizada. Se analizaron los polimorfismos 5-HTTLPR y VNTR del gen del transportador de serotonina (SERT) y la presencia del alelo de 7 repeticiones (D4.7) del polimorfismo VNTR del gen que codifica el receptor dopaminérgico 4 (DRD4).

Resultados. El 36% de los pacientes no finalizaron la intervención de psicoterapia grupal. No se observó ninguna relación entre los polimorfismos 5-HTTLPR del SERT y el VNTR del DRD4 y la tasa de abandono o el tiempo en retención en terapia. Se observó una relación significativa entre la presencia del alelo de 12 repeticiones del VNTR del SERT y una mayor adherencia a la psicoterapia.

Conclusiones. Variables genéticas pueden jugar un papel de adherencia a la psicoterapia. Se propone el concepto psicoterapia genómica como estrategia útil en el estudio de intervenciones terapéuticas.

J.C. Pascual Mateos; T. Tiana Sastre; J.Soler Rivaudi... (et.al) Psicoterapia genómica: Una aproximación útil para el estudio de la psicoterapia. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2008 NOV; 1:602.

Rehabilitación neuropsicológica.- La evidencia de que los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) padecen alteraciones neuropsicológicas significativas se ha ido confirmando en recientes estudios de investigación. La disfunción neurocognitiva del TLP parece afectar principalmente a funciones propias de las áreas prefrontales que participan en el procesamiento y manejo de la información y en la regulación de las respuestas conductuales complejas.

Las alteraciones neuropsicológicas no sólo se evidencian en los tests específicos sino que se reflejan y podrían tener un papel importante en las manifestaciones clínicas del trastorno límite, como la disregulación emocional y las conductas impulsivas.

La terapia de rehabilitación neurocognitiva ha sido utilizada con éxito en trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, caracterizada también por la presencia de disfunciones neuropsicológicas. Por ello es esperable que la rehabilitación de las funciones neurocognitivas afectadas en el TLP contribuya a la mejoría funcional de los pacientes.

En el presente trabajo se describe una serie de cinco pacientes con TLP que presentaban disfunciones neuropsicológicas notables y que fueron tratados con éxito mediante un programa específico de rehabilitación neurocognitiva. Los resultados observados justifican la realización de estudios clínicos controlados de la eficacia de esta técnica en el tratamiento del TLP.

R. Arza; M. Díaz-Marsá; C. López-Micó... (et.al) Rehabilitación neuropsicológica en pacientes con trastorno límite de personalidad: Una serie de casos. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2009 AGO; 37(4):236-239.

Tratamientos.- Antecedentes: La psicoterapia centrada en la transferencia es un tratamiento manualizado para el trastorno límite de la personalidad.

Objetivos: Comparar la psicoterapia centrada en la transferencia con el tratamiento por experimentados psicoterapeutas comunitarios.

Método: En un ensayo controlado aleatorio (NCT00714311) 104 pacientes ambulatorios femeninos fueron tratados durante 1 año ya sea con psicoterapia centrada en la transferencia o por un psicoterapeuta con experiencia de la comunidad.

Resultados: Significativamente menos participantes abandonaron el grupo de psicoterapia centrada en la transferencia (38,5% v. 67,3%) y también una cantidad significativamente menor intentaron el suicidio ($d = 0,8$. $P = 0,009$). La psicoterapia centrada en la transferencia fue significativamente superior en los dominios de la sintomatología límite ($d = 1,6$. $P = 0,001$), el funcionamiento psicosocial ($d = 1,0$. $P = 0,002$), organización de la personalidad ($d = 1,0$. $P = 0,001$) y admisiones de pacientes psiquiátricos internos ($d = 0,5$. $P = 0,001$). Ambos grupos mejoraron significativamente en los dominios de depresión y ansiedad y el grupo de psicoterapia centrada en la transferencia en la psicopatología general, todo ello sin diferencias significativas de grupo ($d = 0,3-0,5$). El comportamiento de autolesión no varió en ningún grupo.

Conclusiones: La psicoterapia centrada en la transferencia es más eficaz que el tratamiento por psicoterapeutas experimentados de la comunidad en los dominios de la sintomatología límite, el funcionamiento psicosocial y la organización de la personalidad. Por otra parte, existe evidencia preliminar de una superioridad en la reducción de las tendencias suicidas y la necesidad de tratamiento psiquiátrico en pacientes internos.

Stephan Doering; Susanne Hörz; Michael Rentrop... (et.al) Psicoterapia centrada en transferencia vs tratamientos de psicoterapeutas comunitarios para el trastorno límite de la personalidad: Ensayo controlado aleatorio. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2010 MAY; 196(5):389-395.

TRASTORNO NARCISISTA

Trastorno narcisista según Kohut.- Lo psicopatológico reside en una deficitaria estructuración del self, derivada de una interacción con objetos del self insuficientemente responsivos (empáticos). Si el self no se estableció con cohesión y firmeza, se ven patologías vinculadas con frustraciones que debilitaron uno de sus polos, o la tendencia a su colapso y desintegración. Kohut estudió pacientes con trastornos narcisistas de la personalidad. Otros pacientes no son analizables, como la psicosis (debilidad, distorsión y desintegración del self severas), los fronterizos (similar a la psicosis aunque con defensas de relativa eficacia), y personalidades esquizoides y paranoides (se distancian de los demás -con frialdad o desconfianza- para protegerse de la experiencia de fragmentación del self).

Trastornos narcisistas de la personalidad y la conducta.- La *patología narcisista* se caracteriza por grandiosidad arrogante que oscila con humillación y vergüenza, hipocondría y depresión. Además, hay agotamiento del yo si aparece frialdad emocional y falta de entusiasmo como defensas frente a los reclamos narcisistas, y la búsqueda permanente de suministros externos de autoestima. Los síntomas de la *patología narcisista* buscan obtener por la fuerza la respuesta especular del objeto del self, en un intento desesperado por aumentar la autoestima.

Las necesidades narcisistas primitivas son más urgentes y graves porque estos pacientes no tienen estructuras compensatorias, como ocurre en los *trastornos narcisistas de la personalidad*, donde hay un procesamiento secundario de tipo neurótico debido a que las fallas en el objeto del self han sido compensadas, aunque en forma insuficiente, por estructuras ligadas al desarrollo de la imago parental idealizada.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

La transferencia en los trastornos narcisistas según Kohut.- El diagnóstico no surge solamente de los síntomas, sino del tipo de transferencia que hace el paciente en terapia. Son transferencias narcisistas que se producen al activarse las interacciones entre el self arcaico deficitario y sus objetos del self, y donde el primero busca restaurarse interactuando con el analista. Kohut describe tres tipos de transferencia:

a) *Transferencia especular.-* Donde el paciente busca del analista ser confirmado en su grandiosidad exhibicionista. El analista debe sustentar el self debilitado del paciente, reflejando con empatía el exhibicionismo desplegado.

b) *Transferencia idealizadora.-* El analista, instalado en el lugar del objeto del self del polo idealizado del self arcaico, es idealizado y admirado en su omnipotencia y omnisciencia, y el reclamo narcisista pasa por mantener una unión con él sin interferencias de ningún tipo, como la falta de empatía del analista, que generan vivencias de vacío, angustia y desvalimiento.

c) *Transferencia gemelar o alter-ego.-* Reactualización de experiencias pasadas donde el self busca en el analista un objeto del self que lo haga sentir como un igual, como un semejante, como un humano entre los humanos. Tiene que ver con la zona de los talentos y habilidades, que Kohut ubica entre los 4 y los 10 años.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

TRASTORNO NEUROLÓGICO

Generalidades.- La etiología de muchos síntomas que los psicoterapeutas se empeñan en tratar mediante psicoterapia, solamente pueden residir total o parcialmente, en una disfunción o daño neurológico, sobre todo a nivel de la corteza cerebral.

Ciertos síntomas pueden tener una causa neurológica, como experiencias de "dejá vu", despersonalización, alucinaciones, conductas excéntricas, pensamiento incoherente y aun depresión y angustia interna. En este libro Small, alerta sobre estas posibilidades y al mismo tiempo propone diversas técnicas para hacer el diagnóstico diferencial o neuropsicodiagnóstico.

A modo de ejemplo, Small cita el caso de Sam, el cual presentaba síntomas típicamente "psicógenos", no obstante lo cual, diez años de psicoterapia, hicieron progresar muy poco al enfermo. Se sospechó entonces de un origen neurológico de sus síntomas depresivos, sospecha que quedó confirmada mediante

electroencefalogramas que mostraban una lesión antigua en el lóbulo temporal, producto del parto o bien de un accidente sufrido a los 15 años.

Condensado de Small Leonard (1974) Psicoterapia y neurología (Problemas de diagnóstico diferencial). Buenos Aires. Amorrortu.

Síntomas y síndromes de interés para el psicoterapeuta.- Existen trastornos neurológicos groseros donde uno fácilmente se da cuenta que debe hacer la derivación al neurólogo, pero los que aquí nos interesan son los trastornos neurológicos leves, equívocos, trastornos que la exploración neurológica clínica y electroencefalográfica no siempre es capaz de detectar. Tampoco los tests psicológicos detectan fácilmente el trastorno neurológico del psicogénico. El psicoterapeuta inexperto puede atribuir un origen puramente psicogénico a trastornos de origen neurológico o de origen doble (neurológico y psicogénico), dado el polimorfismo que caracteriza a estos signos.

Llamaremos signos equívocos o "menores" a aquellos que pueden sugerir una patología neurológica, pero que implican una manifestación tan leve o aparecen de una manera tan ocasional e incoherente, que no bastan para un diagnóstico cierto. Suelen no guardar relación con otros signos o síntomas, y es más frecuente en pacientes con perturbaciones emocionales, sobre todo en los niños.

Se comprobó por ejemplo, que un 37 % de pacientes psiquiátricos tenía anomalías psicológicas, y presentaban todos ellos por lo menos un signo mayor o grosero (reflejos patológicos, etc.) y dos signos menores o equívocos (déficit de coordinación, trastornos sensoriales, grafiestesia o incapacidad de percibir el trazado de símbolos en la piel, etc.).

En general las investigaciones sugieren que las anomalías neurológicas son más frecuentes de lo que se supone en la población psiquiátrica, y además que la incidencia de trastornos psiquiátricos, será probablemente más alta en las poblaciones con anomalía neurológica, o sea que muchos daños psiquiátricos pueden acentuarse por daños neurológicos.

La frecuente dificultad para distinguir entre esquizofrenia, crisis de ansiedad, epilepsia y otros trastornos cerebrales, es razón suficiente para procurar un trastorno neuropsicodiagnóstico más efectivo. Incluso por ejemplo un déficit de aprendizaje en el niño puede deberse tanto a daños cerebrales, como a factores genéticos, perturbaciones neuróticas, etc., o a todos estos factores sumados.

El terapeuta deberá tener en cuenta tres cosas: 1) en la población psiquiátrica se pueden encontrar signos neurológicos menores, siempre y cuando se busquen; 2) se describieron hallazgos electroencefalográficos y neurológicos normales en pacientes que presentaban síntomas "sugestivos" y en quienes no tardó en aflorar alguna patología neurológica (incluso tumores y trastornos paroxísticos); 3) se obtuvieron curaciones usando medicamentos químicos en pacientes que tenían exámenes electroencefalográficos y neurológicos normales. El sentido común debe llevarnos a evaluar cuidadosamente los signos neurológicos equívocos o menores, junto con los psicogénicos, en cuanto a su posible influencia en la determinación de los síntomas del paciente.

El autor destaca 7 (siete) tipos de perturbaciones de interés para el psicoterapeuta:

- 1- Disfunción cerebral mínima
- 2- Epilepsia: formas menos evidentes
- 3- Esquizofrenia
- 4- Retardo mental
- 5- Depresión
- 6- Perturbaciones fisiológicas del funcionamiento cortical
- 7- Electroencefalograma de espiga positiva de 14 y 6 por segundo

Las *perturbaciones fisiológicas de la corteza cerebral* producen alteraciones concomitantes en el estado de ánimo y la conducta. Son especialmente importantes las que causan anoxia cerebral, pues esto produce extraños cambios de conducta difíciles de diagnosticar. La anoxia cerebral puede provenir de asma grave, cardiopatías, hipoglucemia, hiperventilación, etc. La hipoglucemia a su vez puede deberse a sobredosis de insulina, trastornos endocrinos, tumores de páncreas o de hipófisis, alcoholismo, problemas hepáticos, lesiones en el hipotálamo, cirugía intestinal y diarreas prolongadas. La sintomatología producida por la anoxia aparece rápidamente y puede confundirse con una crisis de ansiedad, por eso debe prestarse atención a otros síntomas de tipo neurológico, como fenómenos convulsivos, desorientación, alteraciones en la percepción, etc. La hipoglucemia puede agravar un cuadro neurótico o psicótico previo. El diagnóstico de hipoglucemia depende en última instancia del informe del laboratorio.

Una última perturbación equívoca del comportamiento se ve en el *EEG de espiga de 14 y 6 por segundo*. Tales perturbaciones se pueden confundir muy fácilmente con trastornos de conducta psicológicos. Además de trastornos conductuales, puede verse también disautonomía (con cefaleas, náuseas, vómitos, etc.), convulsiones, actos aislados de intensa cólera, trastornos clínicos o neurológicos no epileptiformes, embotamiento afectivo y superficialidad emocional, etc. La mayor incidencia de espiga positiva se vio en sujetos de 14-15 años; luego disminuye progresivamente con la edad hasta desaparecer. El tipo de relación familiar y los déficits afectivos, suelen estar entre las causas de la espiga positiva. En cuanto al tratamiento, los pacientes responden favorablemente a ciertas drogas o combinación de ellas, pero también es decisiva una re-educación afectiva que hasta puede incluir también al grupo familiar. Algunos

autores subrayan la importancia de la psicoterapia de la familia, concentrándola en los sentimientos de culpa y los entrecruzamientos de acusaciones entre los miembros familiares.
Condensado de Small Leonard (1974) Psicoterapia y neurología (Problemas de diagnóstico diferencial). Buenos Aires. Amorrortu.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Definición.- "El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se define como un estado mental caracterizado por una triada básica: obsesiones, compulsiones y dudas. La *obsesión* es un tipo de pensamiento intrusivo, parasitario, constante y forzado, y, como característica fundamental: no puede ser rechazado. La *compulsión* es una urgencia a llevar a cabo tareas mentales o motoras. A diferencia del impulso, la compulsión permite un cierto control volitivo, de una duración moderada, pero al fin la tarea debe realizarse. Una característica fundamental: tratar de controlar la compulsión produce ansiedad intensa, que se alivia llevando a cabo la tarea compulsiva. La *duda* o inhabilidad para tomar decisiones, constituye un factor importante dentro de la sintomatología del TOC. Para los franceses el TOC es la enfermedad de la duda".

Yaryura-Tobías José, "El trastorno obsesivo-compulsivo de la niñez y la adolescencia", incluido en Grau Martínez A y otros (2000), Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. Madrid: Editorial médica Panamericana, pág. 307.

Tratamientos.- "Resumen: Objetivo: El Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una enfermedad crónica incapacitante con profundas implicaciones para el funcionamiento social. El treinta por ciento de todos los pacientes con TOC muestran una mejora insuficiente con el tratamiento "state-of-the-art". Se investigaron distintas opciones de tratamiento convencional y tratamiento alternativo para esta población.

Método: Se llevó a cabo una revisión selectiva de la literatura científica relevante en el tratamiento del TOC y resistencia al tratamiento.

Resultados: Además de los inhibidores selectivos de la reabsorción de serotonina (ISRS) y la terapia cognitiva de conducta, las mono-terapias alternativas, las estrategias de aumento de los ISRS con una variedad de fármacos y la terapia electro-convulsiva han mostrado resultados en casos individuales, pero no se ha encontrado evidencia concluyente en pruebas controladas con placebo. Algunos estudios investigan la neurocirugía para el TOC refractario, sin embargo, la mayoría de estos estudios tienen defectos metodológicos.

Conclusión: Algunos enfoques novedosos actualmente bajo investigación han mostrado efectos prometedores para la resistencia al tratamiento en pacientes con TOC. Estos incluyen el aumento de los ISRS con antipsicóticos atípicos y la estimulación cerebral profunda crónica, una nueva técnica quirúrgica. Serán necesarias pruebas controladas con placebo- para ambas opciones de tratamiento para confirmar hallazgos preliminares".

K. Schruers K y otros, El Trastorno Obsesivo Compulsivo: una revisión crítica de las perspectivas terapéuticas. ACTA PSYCHIATR SCAND. 2005 ABR; 111(4).

Generalidades.- El trastorno obsesivo-compulsivo es una condición clínica grave e incapacitante que se presenta generalmente en la adolescencia tardía o adultez temprana y, si no se trata, tiene un curso crónico. Ya sea que este trastorno debería clasificarse como un trastorno de ansiedad o en un grupo de supuestos trastornos relacionados con el obsesivo-compulsivo, es todavía un tema de debate.

Los modelos biológicos del trastorno obsesivo-compulsivo proponen anomalías en la vía de la serotonina y de los circuitos disfuncionales en el área órbita-estriado y la corteza dorsolateral prefrontal. El apoyo para estos modelos es mixto y no tienen en cuenta la heterogeneidad sintomática del trastorno.

El modelo cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo, que cuenta con algún apoyo empírico, pero no explica totalmente el trastorno, hace hincapié en la importancia de las creencias disfuncionales en individuos afectados. Ambos modelos biológicos y cognitivos han dado lugar a tratamientos empíricos para el trastorno, es decir, los inhibidores de la recaptación de serotonina y varias formas de terapia cognitivo-conductual.

Nuevos avances en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo implican medicaciones que trabajan en conjunción con la terapia cognitivo-conductual, más prometedor de lo que es la D-cicloserina.

Jonathan S Abramowitz; Steven Taylor; Dean McKay. Trastorno obsesivo-compulsivo. THE LANCET. 2009 AGO; 374(9688):491-499.

Tratamiento de la acumulación compulsiva.- Antecedentes: Los tratamientos de grupo de tiempo limitado cognitivo conductual (GCBT) para el trastorno obsesivo-compulsivo han demostrado una mejora en los síntomas objetivos. Un estudio de una muestra pequeña de GCBT, especialmente para problemas de acumulación también mostró beneficios. Este estudio examina la eficacia de un GCBT especializado para la acumulación compulsiva en una muestra mayor.

Métodos: Treinta y dos pacientes diagnosticados con acumulación participaron en cinco grupos. Cuatro grupos se reunieron una vez por semana, 2 horas durante 16 semanas (n=27) y un grupo se reunió

durante 20 semanas (n=5). Todos los participantes tuvieron dos sesiones individuales de 90 minutos en casa. Se completaron las evaluaciones de auto-informe en la línea base, a la mitad del tratamiento y en el post-tratamiento; con respecto a la conducta de acumulación y los síntomas relacionados (por ejemplo, depresión). La muestra fue predominantemente femenina, blancos, de alto nivel educativo, desempleados y sin pareja/no casados; con una edad media de 53. La mayoría de la muestra fue diagnosticada con trastorno depresivo mayor y trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo.

Resultados: Los participantes mostraron una mejora significativa desde el pre hasta el post-tratamiento sobre Saving Inventory Revised, Saving Cognitions Inventory, Clutter Image Rating, and Clinical Global Severity. El grupo más reciente (n=8) que utilizó un tratamiento más formalizado y un protocolo de investigación mejoró significativamente más que los miembros anteriores.

Conclusión: Este estudio demuestra la viabilidad y el éxito modesto de los métodos de GCBT en la mejora de los síntomas de acumulación. El tratamiento de grupo puede ser especialmente valioso debido a su coste-eficacia, un mayor acceso de los clientes para los médicos entrenados y a una reducción al aislamiento social y estigma vinculado a este problema. Se requiere de una mayor investigación para mejorar la eficacia de los métodos GCBT para la acumulación y para examinar la durabilidad del cambio, los predictores de los resultados, y los procesos que influyen en el cambio.

Jordana Muroff; Gail Steketee; Jessica Rasmussen... (et.al) Tratamiento cognitivo y conductual grupal para la acumulación compulsiva: Un ensayo preliminar. DEPRESSION AND ANXIETY. 2009 JUL; 26(7):634-640.

Trastorno obsesivo-compulsivo y funciones cognitivas.- Antecedentes: La inconsistencia de los informes previos que examinaron la función cognitiva en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) sugiere su heterogeneidad. En este estudio, examinamos el efecto de la duración de la enfermedad sobre la función cognitiva en el TOC.

Métodos: Examinamos la función cognitiva de 32 pacientes con TOC y de 16 voluntarios sanos, mediante pruebas neuropsicológicas e imágenes de resonancia magnética funcional mientras realizaban tareas de Stroop y N-back, para evaluar la atención y la memoria no verbal. Los pacientes fueron divididos en dos grupos de acuerdo a la duración de la enfermedad: un grupo a corto plazo (n=17, 5.5±3.1 años) y un grupo a largo plazo (n=15, 20.3±6.1 años). Se llevó a cabo un análisis estadístico para determinar las diferencias entre estos dos grupos y el grupo control normal (n=16).

Resultados: El grupo a largo plazo mostró un déficit de atención y de disfunción de la memoria no verbal en las pruebas neuropsicológicas. En contraste, en las imágenes de resonancia magnética funcional, el grupo a corto plazo mostró una activación más débil del caudado derecho durante la tarea Stroop y una activación más fuerte de la corteza prefrontal dorso-lateral derecha durante la tarea N-back que los grupos a largo plazo y el grupo control normal.

Conclusiones: Los resultados sugirieron que la activación cerebral atípica ocurre en la fase temprana del TOC y que la persistencia a largo plazo del TOC puede implicar una disminución en la función cognitiva.

Tomohiro Nakao; Akiko Nakagawa; Takashi Yoshiura... (et.al) Efecto de la duración del trastorno obsesivo-compulsivo sobre la función cognitiva: Un estudio con MRI funcional. DEPRESSION AND ANXIETY. 2009 SEP; 26(9):814-823.

Aspecto motor del trastorno obsesivo-compulsivo.- Objetivo: Determinar si además de la repetición, los rituales motores de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) implican una funcionalidad reducida debido a los actos numerosos y medibles que son irrelevantes e innecesarios para la realización de tareas.

Método: Comparar los rituales motores de los pacientes con TOC con el comportamiento de individuos control (no pacientes), quienes fueron instruidos para realizar la misma tarea motora.

Resultados: El comportamiento del trastorno obsesivo-compulsivo abarca actos abundantes que no fueron realizados por los controles. Estos actos parecen innecesarios o incluso irrelevantes para la tarea que los pacientes estaban realizando, y por lo tanto se llaman "no funcionales". Los actos no funcionales abarcan casi el 60% de la conducta motora del TOC. Por otra parte, el comportamiento del TOC consiste en cadenas cortas de actos funcionales limitados por cadenas largas de actos no funcionales.

Conclusión: La abundancia de los actos irrelevantes o innecesarios en los rituales motores del TOC representa una funcionalidad reducida en términos de finalización de la tarea, caracterizando a los rituales del TOC como comportamientos pésimos (antónimo de comportamiento óptimo).

R. Zor; H. Keren; H. Hermesh... (et.al) Trastorno obsesivo-compulsivo: Un trastorno del comportamiento motor (no funcional). ACTA PSYCHIATR SCAND. 2009 OCT; 120(4):288-298.

Comorbilidad.- Antecedentes: En este estudio, nuestro objetivo es determinar las tasas de prevalencia de la comorbilidad del trastorno obsesivo-compulsivo (OCD) y evaluar el impacto de la comorbilidad del OCD sobre las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con trastorno bipolar (BD).

Métodos: A partir de la Lista de Comprobación de Síntomas de la Escala Obsesivo Compulsivo de Yale-Brown y la Entrevista Clínica Estructurada para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición -IV/ Versión Clínica en los pacientes bipolares, se formaron 2 grupos, BD con comorbilidad OCD (BD-OCD) y BD sin comorbilidad de OCD. Se compararon las variables sociodemográficas y clínicas de estos grupos.

Resultados: De 214 pacientes con BD, el 21,9% de ellos tenía síntomas de obsesión y/o compulsión y el 16,3% tenían síntomas a nivel de OCD. Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la frecuencia de la comorbilidad de OCD en pacientes BD-I (22/185, 11,9%) y BD-II (3 / 13, el 23,1%), pero el OCD resultó ser significativamente más elevado en pacientes BD no especificado (10/16, 62,5%) que en BD-I ($P < .001$) y BD-II ($P = .03$). Seis pacientes (17,1%) del grupo BD-OCD tenían un curso crónico (la presencia de al menos un episodio de trastorno del estado de ánimo con una duración de más de 2 años), mientras que el grupo BD sin OCD no tenía ninguno, lo que fue estadísticamente significativo. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos BD-OCD y BD sin OCD en cuanto a la edad, sexo, educación, estado civil, polaridad, edad de inicio de BD, presencia de síntomas psicóticos, presencia de ciclos rápidos, la historia de intentos de suicidio, tipo del primer episodio, y tipo de episodio predominante.

Limitaciones: La principal limitación de nuestro estudio fue la evaluación de algunas variables basadas en el recuerdo retrospectivo.

Conclusiones: Nuestro estudio confirma las tasas altas de comorbilidad para OCD en pacientes BD.

Futuros estudios que examinan la relación entre el OCD y BD usando un diseño longitudinal puede ser útil para mejorar nuestra comprensión del mecanismo de esta asociación.

Ahmet Koyuncu; Rabit Tükel; Ýlker Özyýldýrým... (et.al) Impacto de la comorbilidad del trastorno obsesivo-compulsivo sobre las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con trastorno bipolar. *COMPR PSYCHIATRY*. 2010 MAY;51(3):293-297.

Características clínicas del trastorno obsesivo-compulsivo comórbido y trastorno bipolar en niños y adolescentes.- **Objetivo:** Explorar la comorbilidad bidireccional entre el trastorno bipolar (BPD) y el trastorno obsesivo-compulsivo (OCD) en los jóvenes y examinar el perfil de los síntomas y los correlatos clínicos de ambos trastornos en el contexto de la comorbilidad recíproca y el estado de determinación.

Métodos: Dos muestras de jóvenes referidos en forma consecutiva (edades 6-17 años) obtenidas simultáneamente para los estudios respectivos de BPD y OCD se compararon utilizando la evaluación clínica y escalar y entrevistas estructuradas de diagnóstico.

Resultados: Un total de 21% (17/82) de los sujetos BPD y el 15% (19/125) de los sujetos con OCD cumplieron los criterios diagnósticos del DSM-III-R para ambos trastornos. En presencia de BPD, los jóvenes con OCD experimentaron con frecuencia obsesiones y compulsiones de acumulación/ahorro, junto con un perfil clínico de mayor comorbilidad, peor funcionamiento global, y una mayor tasa de hospitalización que es característica del BPD. Múltiples trastornos de ansiedad ($p > = 3$), especialmente el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia social, estuvieron presentes en una frecuencia más alta cuando el OCD y el BPD fueron comórbido que de otra manera. En los sujetos con OCD comórbido y BPD, el trastorno primario de comprobación se asoció con un inicio más precoz y un deterioro más severo.

Conclusiones: Se observó una tasa inesperadamente alta de comorbilidad entre BPD y OCD en los jóvenes independientemente del diagnóstico primario de determinación. En la juventud con OCD comórbido y BPD, las características clínicas de cada trastorno coinciden y son análogas a su presentación clínica en jóvenes sin comorbilidad recíproca, con la excepción de un mayor riesgo de obsesiones y compulsiones de acumulación / ahorro y la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad.

Gagan Joshi; Janet Wozniak; Carter Petty... (et.al) Características clínicas del trastorno obsesivo-compulsivo comórbido y trastorno bipolar en niños y adolescentes. *BIPOLAR DISORDERS*. 2010 MAR; 12(2):185-195.

Trastornos de la alimentación en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo.- **Objetivo:** El objetivo es evaluar la prevalencia y las características clínicas asociadas de los trastornos de alimentación (ED) en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (OCD).

Método: Este es un estudio transversal comparando 815 pacientes con OCD. Los participantes fueron evaluados mediante entrevistas estructuradas y escalas: SCID-I, Y-BOCS, Y-BOCS Dimensional, Babs, Depresión de Beck e Inventarios de Ansiedad.

Resultados: Noventa y dos pacientes (11,3%) presentaron los siguientes EDs: [trastornos por atracones = 59 (7.2%)], bulimia nerviosa [= 16 (2.0%)], o anorexia nerviosa [= 17 (2.1%)]. En comparación con los pacientes con OCD sin ED (OCD-No-ED), los pacientes con OCD-ED fueron más probables de ser mujeres con tratamiento psiquiátrico previo. Las puntuaciones media totales en la Y-BOCS, Y-BOCS Dimensional y Babs fueron similares en los grupos. Sin embargo, los pacientes con OCD-ED mostraron una mayor prevalencia de condiciones comórbidas, aumento de ansiedad y puntuaciones de depresión, y mayor frecuencia de intentos de suicidio que el grupo OCD-no-ED. Los pacientes principalmente diagnosticados con OCD con ED comórbido pueden estar asociados con una mayor gravedad clínica.

Discusión: Futuros estudios longitudinales deben investigar las correlaciones dimensionales entre OCD y ED.

Paulo C. Sallet; Pedro Gomes de Alvarenga; Ygor Ferrão... (et.al) Trastornos de la alimentación en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo: Prevalencia y correlatos clínicos. *INTERNATIONAL JOURNAL OF EATING DISORDERS*. 2010 MAY; 43(4):315-325.

Psicopatología de los padres de niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo.-

Objetivo: Nuestro objetivo fue determinar las tasas de psicopatología en los padres de niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y comparar estos con la que se encuentra en los padres de niños con trastornos del aprendizaje de lectura y expresión escrita.

Método: Treinta y un niños con TOC, con edades entre 8-15 años y sus padres (n = 62), con edades entre 43-48 años, fueron estudiados y comparados a 30 niños con trastornos del aprendizaje, con edades entre 7-16 años, y sus padres (n = 58), con edades entre 40-46 años. Con el fin de investigar la psicopatología de los padres, se administraron la Lista de Comprobación-90-R de Síntomas (SCL-90-R), el Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo y la Escala Obsesivo-Compulsivo de Yale-Brown. La psicopatología de los niños se examinó a través del Programa de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para los niños en edad escolar y otros instrumentos.

Resultados: Ambos padres y madres de los probandos diferían de los controles en una variedad de síntomas (es decir, ansiedad, depresión, obsesiones, etc.). Ambos padres habían aumentado la severidad de la sintomatología de OC en comparación con los controles. Además, los padres de los probandos tuvieron sintomatología severa de OC en un porcentaje mayor que las madres y respectivos controles.

Conclusión: Las puntuaciones elevadas de los padres de niños con TOC en algunas subescalas SCL-90-R pueden ser percibidas como un índice elevado de la psicopatología. Más padres en el grupo TOC, en comparación con las madres y los controles, se encontró que tenían síntomas OC en SCL-90-R y mayor severidad de los síntomas de OC en la Escala Universidad Obsesivo-Compulsivo de Yale-Brown. El último hallazgo requiere más estudios. La psicopatología de los padres en los niños con TOC necesita ser abordado clínicamente.

Magda Liakopoulou; Sofia Korloua; Katerina Sakellariou... (et.al) La Psicopatología de los padres de niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo. PSYCHOPATHOLOGY. 2010 JUN; 43(4):209-215.

TRASTORNO POR ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

Definición.- Se define el trastorno por ansiedad de separación en el DSM IV como la aparición de una ansiedad excesiva o inadecuada al nivel de desarrollo, ante la separación del hogar o de aquellas personas a las que el niño está más vinculado. Puede presentarse clínicamente como absentismo escolar, miedos o angustia ante la separación, síntomas físicos como cefalea o abdominalgia si anticipa que aquélla va a suceder, y pesadillas en torno a estos temas. Debe aparecer antes de los 18 años y durar al menos 4 semanas. En el DSM IV queda como el único de los trastornos de ansiedad propio de la infancia y la adolescencia.

No obstante, cierto grado de ansiedad de separación es un fenómeno universal y esperable como parte del desarrollo de un niño normal. A los 6 -7 meses de edad, el niño puede mostrar temor a separarse de la madre, sobre todo en ambientes extraños. La ansiedad normal de separación tiene un pico de mayor intensidad hacia los 18 meses de edad, pero no es excepcional que se prolongue hasta la preescolaridad. El niño de 3 años ya tiene capacidad cognitiva para percatarse de que la separación es temporal y es capaz de mantener una imagen interna de la madre durante su ausencia. Por ello, la ansiedad de separación decrece entre los 3 y 5 años.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

Generalidades.- "La mala atención y la baja atención inapropiadas para la etapa del desarrollo caracterizan a estos trastornos, según el DSM-III. En el pasado, a este tipo de trastorno se le había dado una gran variedad de nombres, entre los que se destacan el de reacción hipercinética de la infancia, síndrome hipercinético, síndrome del niño hiperactivo, lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima y disfunción cerebral menor. El DSM-III describe tres trastornos diferenciados: 1) el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad, 2) el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y 3) el trastorno por déficit de atención, tipo residual" (Kaplan y Sadock, 1992:763).

Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.- "Dificultad para prestar atención a las tareas escolares, así como a las actividades lúdicas o a la conversación. Es propio de niños y adolescentes, presentándose en un porcentaje comprendido entre el 3 y el 5 %, con una relación masculino-femenino de 4 a 1. Las tareas o actividades resultan particularmente afectadas cuando exigen un esfuerzo mental sostenido, pero también se extravían con facilidad los elementos necesarios para ellas y se producen frecuentes olvidos en la vida cotidiana. El trastorno se asocia a problemas de hiperactividad-impulsividad, entre los cuales destacan el movimiento continuo, que impiden a estos niños permanecer sentados durante mucho tiempo. A menudo corren o trepan de manera excesiva en situaciones en las que es inapropiado, actúan como <<impulsados por un motor>> y suelen hablar en exceso. Es un trastorno que puede provocar deterioro en el funcionamiento social, familiar y académico. Se cree que refleja alteraciones neurológicas sutiles, aun no definidas claramente. Aunque no siempre, se relaciona con el trauma perinatal y la desnutrición temprana, pero influyen también factores genéticos. El trastorno

persiste en la adolescencia en un 20 a 25 % de los casos, y en algunos continúa hasta la edad adulta, sobre todo si el problema no ha sido tratado. En estos casos se presentan fundamentalmente trastornos de la atención y sentimientos subjetivos de inquietud, si bien los individuos que tuvieron un trastorno de conducta asociado en la infancia (riñas, crueldad, fraudes, fugas del hogar) o un trastorno desafiante y oposicionista (estallidos temperamentales, rechazos de las normas, atribuir a los demás errores propios, susceptibilidad y resentimiento), pueden desembocar en personalidades antisociales o claramente delictivas. El tratamiento farmacológico tiene éxito en el 75 % de los casos, efectuándose con sustancias estimulantes como el metilfenidato, a las que se unen, en ocasiones, técnicas terapéuticas conductuales". Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Diagnóstico.- Resumen: Objetivos. Evaluar la validez del diagnóstico clínico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Diseño. Estudio descriptivo, transversal. Emplazamiento. Área VI de Salud Mental de Murcia. Participantes. Pacientes derivados de forma consecutiva a la consulta de psiquiatría infantil entre los meses de julio y septiembre de 2005. Mediciones principales. Se compararon los diagnósticos de sospecha en la derivación del pediatra con los definitivos realizados en psiquiatría (patrón oro). Se estimaron la sensibilidad, la especificidad, los valores predictivos y cocientes de probabilidad. Resultados. De 75 pacientes, se estudió a 66 (12% de pérdidas), 15 con TDAH y 51 con otros diagnósticos (23 con los diagnósticos diferenciales de TDAH). La sensibilidad fue del 86,7% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 69,5-100), la especificidad del 54,9% (IC del 95%, 41,3-68,6), el valor predictivo positivo del 36,1% (IC del 95%, 20,4-51,8) y el valor predictivo negativo del 93,3% (IC del 95%, 84,4-100). Conclusiones. Se ha obtenido una validez diagnóstica moderada con una sensibilidad alta, una especificidad baja y un valor predictivo positivo bajo estimado para una prevalencia de TDAH baja. Existe una tendencia a sobrediagnosticar el cuadro. El diagnóstico de sospecha en atención primaria se comportó como una prueba de cribado. El diagnóstico clínico en atención primaria debería completarse con otras pruebas diagnósticas que nos aporten mayor especificidad.

Inés Morán Sánchez, Fernando Navarro-Mateu, Fuensanta Robles Sánchez, Asunción de Concepción Salesa, Validez del diagnóstico clínico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en las derivaciones de pediatría a la consulta de psiquiatría infantil. ATENCIÓN PRIMARIA. 2008 ENE;40(1).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Tratamientos psicosociales.- Aunque la medicación es una piedra angular en el tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (ADHD), se pueden utilizar numerosos tratamientos no farmacológicos en combinación con los farmacológicos. Un tratamiento multimodal que combine psicoeducación, medicación, psicoterapia, habilidades compensatorias de comportamiento/auto-manejo, herramientas y dispositivos tecnológicos, ayuda, defensa, y ajustes razonables del lugar de trabajo o escuela, probablemente sea el tratamiento más comprensivo y eficaz. Este artículo describe una variedad de tratamientos psicosociales que se utilizan comúnmente en adolescentes y adultos que sufren de TDAH.

Kevin Murphy, JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY. 2005 MAY;61(5). Tratamientos psicosociales para el TDAH en adolescentes y adultos: Una revisión práctica.

Trastorno por déficit de atención / hiperactividad en el adulto.- Introducción. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) constituye el diagnóstico neurológico más frecuente en niños chilenos. Su evolución en el adulto se ha reconocido recientemente y no se ha estudiado suficientemente en nuestro medio, a pesar de su constatado impacto personal y social. Objetivo. Describir las características de los adultos diagnosticados como TDAH en una Unidad de Memoria, verificando la existencia de diferencias según sexo. Pacientes y métodos. Se aplicó una escala de evaluación demográfica y sintomática a todos los pacientes con diagnóstico de TDAH, ingresados en la Unidad de Memoria de la Pontificia Universidad Católica de Chile, durante el año 2004. Resultados. Se incluyó a 86 pacientes. El promedio de edad fue de 37 años, el 53% del sexo masculino. La mayoría de los diagnósticos correspondió a TDAH de tipo combinado, sin existir diagnóstico previo. Los motivos de consulta principales fueron los problemas de memoria y distracción. En el 59% de los pacientes se identificó un factor estresante que pudo haber empeorado los síntomas, favoreciendo la consulta. La comorbilidad principal fue la depresión, con una incidencia significativamente mayor en mujeres. Conclusiones. Se plantean las limitaciones de los criterios diagnósticos de TDAH en el adulto. Se analizan las diferencias por sexo, encontrándose en varones un perfil más disruptivo y en mujeres uno más depresivo. Existe un subdiagnóstico evidente en mujeres con TDAH de la infancia, con un impacto potencial importante en la evolución neuropsicológica de esa población. Se discute el diagnóstico diferencial con deterioro cognitivo leve, en los pacientes que refieren un deterioro reciente de la memoria.

J. González-Hernández, D. Galdames-Contreras, S. Oporto-Segura, A. Nervi-Nattero, R. von Bernhardt, Trastorno por déficit de atención/hiperactividad del adulto: estudio descriptivo en una Unidad de Memoria. REVISTA DE NEUROLOGÍA. 2007; 44(9).

TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

Criterios diagnósticos.- El DSM- IV establece los siguientes criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

(1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

(1) sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.

(2) reducción de su entorno (p. ej., estar aturdido).

(3) desrealización.

(4) despersonalización.

(5) amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

C. El acontecimiento traumático es reexperimentando persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de FLASHBACK recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

Fuente: DSM-IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Criterios diagnósticos.- El DSM- IV establece los siguientes criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés posttraumático:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

(1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. NOTA: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de FLASHBACK, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

- (5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás
 - (6) restricción de la vida afectiva (por ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
 - (7) sensación de un futuro desolador (por ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
 - (2) irritabilidad o ataques de ira
 - (3) dificultades para concentrarse
 - (4) hipervigilancia
 - (5) respuestas exageradas de sobresalto
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Especificar si:
- Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses
- Crónico: si los síntomas duran tres meses o más
- Especificar si:
- De inicio moderado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses
- Fuente: DSM-IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.

Síntomas.- El trastorno por estrés post traumático (TEP) puede afectar a un 2-3% de la población en general en cualquier momento. Es un trastorno mental relativamente ordinario, más frecuente que la esquizofrenia (0,5%), pero menos frecuente que la depresión mayor (5-10%). Es también relativamente persistente, durando un año o más. Los casos severos del TEP pueden ser extremadamente duraderos, una vez que están establecidos. Se investiga la frecuencia de los síntomas de una muestra relativamente grande de víctimas de trastorno por estrés post traumático (TEP) y se comparan los perfiles masculinos y femeninos de la sintomatología. Para ello se examinaron a un total de 103 asistentes a una clínica para el TEP utilizando una lista de las características del DSM-IV para el TEP. La presencia y la ausencia de todos los síntomas fueron evaluadas en una entrevista. También se investigó sobre algunos síntomas adicionales, por ejemplo cambios de humor, consumo de sustancias, el deseo sexual o la libido. Ciertos síntomas estaban presentes en más del 30% de las víctimas. Las frecuencias de los síntomas para la ansiedad, el insomnio, el estrés y los sueños recurrentes, la irritabilidad, la baja concentración, comportamiento de evitación y separación alcanzaron el 70%. Algunos síntomas (tales como la incapacidad de recordar las partes del trauma y el afecto restringido) ocurrieron en no más del 35% de las víctimas. Los hombres tienen considerablemente más probabilidades que las mujeres para ser víctimas de irritabilidad ($p < 0,05$) y para consumir alcohol en exceso ($p < 0,05$). Los síntomas tienden a originar una reacción aguda de estrés, ocurren temprano y persisten durante muchos meses.

Ben Green, Trastorno por estrés post traumático: perfiles de la sintomatología. CURRENT MEDICAL RESEARCH AND OPINION. 2003;19(3):200-204.

Síntomas.- El análisis factorial se aplica a los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) para reducir el espacio multidimensional del síntoma a dos dimensiones; 1 dimensión correlacionada fuertemente con síntomas depresivos y la otra dimensión independiente débilmente correlacionada con los síntomas depresivos. Estos factores se utilizan para determinar si la eficacia de una medicación con antidepresivos se debe a su efecto antidepresivo. El tratamiento demuestra ser eficaz en ambas dimensiones. El análisis factorial vierte luz en la estructura de los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático, apoya al TEP como trastorno psiquiátrico distinto, y apoya los criterios diagnósticos.

Michael Gaffney, Análisis factorial de la respuesta al tratamiento en el trastorno por estrés postraumático. Journal of Traumatic Stress. 2003 Feb;16(1):77-80.

Generalidades.- Se ha encontrado que el trastorno por estrés postraumático puede ser una fuente importante de incapacidad y de desventajas que exige atención en cualquier política sanitaria pública. La capacidad de proporcionar un tratamiento de modo temprano depende de los individuos que están en riesgo cuanto antes después de exposición. La intensidad de los síntomas de la disociación frente a un acontecimiento durante el primer mes fue más importante que la disociación peritraumática como ha sugerido investigaciones anteriores. Las investigaciones epidemiológicas de muestras basadas en la comunidad y de acontecimientos traumáticos específicos sigue siendo la espina dorsal de las investigaciones de los factores de riesgo tales como sexo en el inicio del trastorno. Se puede decir que pocos avances han ocurrido en el dominio del tratamiento. Los aparentes beneficios de los antipsicóticos atípicos presentan un desarrollo interesante en la literatura. La evidencia demuestra una morbilidad predecible de la exposición a los acontecimientos traumáticos. El desafío es implementar sistemas de

atención médica que redireccionen la evidencia que eche abajo las construcciones más convencionales de la morbilidad psiquiátrica.

Alexander McFarlane, Trastorno por estrés postraumático: la intersección de la epidemiología y la adaptación psicobiológica individual. *Current Opinion*. 2003 Dic; 16(1):57-63.

Y estrés agudo.- En un grupo de víctimas de un crimen violento, los autores investigaron la coincidencia diagnóstica entre los casos de estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático (TEP) y su capacidad relativa de predecir el TEP a los 6 meses. Un grupo de 157 víctimas de asalto violento de ambos sexos fue entrevistado en el plazo de 1 mes del crimen. A los seis meses de seguimiento, el 87,9% fueron reentrevistados por teléfono. En la línea de fondo el porcentaje para el estrés agudo fue del 19,1%, el índice para el trastorno por estrés postraumático del 21,0%, y el porcentaje de acuerdo entre ambos fue del 95,5%. Los dos diagnósticos eran factores predictores igualmente eficaces del TEP en los 6 meses posteriores. El alto nivel de coincidencia entre el trastorno de estrés agudo y el TEP hace que nos preguntemos si, según lo formulado actualmente, representan diagnósticos distintos.

Chris R. Brewin; Bernice Andrews; Suzanna Rose, Coincidencia diagnóstica entre el estrés agudo y el tep en víctimas de un crimen violento. *American Journal of Psychiatry*. 2003 Abr; 160(4):783-785.

Y psicosis.- Se utilizó un enfoque basado en los antecedentes familiares para determinar si el trastorno por estrés postraumático (TEP) con síntomas psicóticos secundarios guardaba relación con la predisposición familiar a la esquizofrenia y otras psicosis. Se utilizaron métodos basados en la historia familiar para comparar los índices de psicopatología familiar en los familiares de primer grado de tres grupos de probandos: 1) pacientes con TEP, según el DSM-IV, con síntomas psicóticos secundarios, 2) pacientes con TEP, según el DSM-IV, sin síntomas psicóticos y 3) individuos sanos de control equiparados. El TEP con síntomas psicóticos secundarios no se relacionó con una mayor incidencia de trastorno psicótico familiar, aunque sí guardó relación con un mayor riesgo mórbido de depresión. El TEP con síntomas psicóticos secundarios no guardó relación con la psicosis familiar, lo que indica que no refleja la presencia de un trastorno psicótico subyacente.

Frederic J. Sautter; John Cornwell; Janet J. Johnson; Justin Wiley; Stephen V. Faraone, Antecedentes familiares en estrés postraumático con síntomas psicóticos secundarios. *American Journal of Psychiatry*. 2003 Oct; 159(10):1775-1777

Etiología interna.- En la etiología del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) no sólo se valoran actualmente las grandes catástrofes: experiencias personales acompañadas de un estrés capaz de dañar permanentemente el sistema nervioso, tras un período de latencia, pueden desencadenar los más diversos síndromes, incluidos los considerados como neuróticos. Ante la crisis de consenso en la etiología de los trastornos neuróticos, el TEPT representa la oportunidad de seguir profundizando en el estudio de la influencia de los conflictos intrapsíquicos en el daño biológico a largo plazo del SNC, así como en la relación entre la conducta neurótica y los llamados traumas infantiles. A la etiología del gran trauma presente en el TEPT y en la Reacción a estrés agudo, el autor opone el carácter de estresor crónico intrapsíquico que alcanzan los conflictos inconscientes, psicotraumáticos en cuanto se retroalimentan y reactivan, actuando cual espinas irritativas sobre el sistema límbico, llevándole a la claudicación por sobrecarga de información y, con una biología propicia, a la sintomatología neurótica. Se critica como arbitrario, excluyente y reduccionista el enfoque biologicista de la CIE-10 al abordar los trastornos neuróticos.

Alberto Clavijo Portieles. El conflicto internalizado y el trastorno por estrés postraumático. *PSIQUIATRIA.COM*. 2002; 6(4)

Tratamientos psicológicos.- Antecedentes: La eficacia relativa, de los diferentes tratamientos psicológicos para el trastorno de estrés postraumático crónico (TEP), es confusa. Objetivos: Determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos específicos para el TEP crónico. Método: En una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios, se valoraron los estudios elegibles contra criterios de calidad metodológicos y los datos fueron extraídos y analizados. Resultados: Se incluyeron 38 ensayos controlados aleatorios en el meta-análisis. La terapia cognitiva conductual enfocada al trauma (TFCBT), la desensibilización y reproceso del movimiento ocular (EMDR), el manejo del estrés y la terapia del comportamiento cognitivo grupal, mejoraron los síntomas del TEP más que la lista de espera o cuidado general. No hubo evidencia concluyente con respecto a otras terapias. No hubo evidencia de una diferencia en eficacia entre la TFCBT y el EMDR, pero hubo cierta evidencia de que la TFCBT y el EMDR fueron superiores al manejo del estrés y a otras terapias, y que el manejo del estrés fue superior a otras terapias. Conclusiones: El tratamiento psicológico de primera línea para el TEP debe estar enfocado al trauma (TFCBT o EMDR).

Jonathan I. Bisson, Anke Ehlers, Rosa Matthews, Stephen Pilling, David Richards, Stuart Turner, Tratamientos psicológicos para el trastorno de estrés postraumático crónico: Revisión sistemática y meta-análisis. *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*. 2007 FEB;190(2).

Memoria e inteligencia en el TEP.- Son escasos los estudios de memoria a corto plazo e inteligencia general asociada a la duración y la severidad del trastorno de estrés postraumático (TEP) en los índices del Tipo A. El objetivo de los autores fue determinar el comportamiento Tipo A e identificar los subgrupos de pacientes que desempeñaron más pobremente pruebas de memoria e inteligencia, y los índices Tipo A relacionadas con la severidad y la duración de su enfermedad. Se administraron pruebas de memoria e inteligencia no verbales a 30 hombres con TEP y a 20 hombres sin TEP. Durante el contacto inicial con los participantes, 2 expertos valoraron 3 características mayores de propensión coronaria (hipertensión, musculatura facial forzada y discurso explosivo). Se encontraron diferencias significativas entre el TEP y los grupos de control en los índices de tipo A totales. Aquellos con TEP más severo, desempeñaron más pobremente las pruebas de retención visual y mostraron índices más altos en reactividad de presión sanguínea diastólica subjetiva y auto-referida, durante la proyección de la imagen de resonancia magnética. En el grupo TEP, los altos índices de error en la prueba de retención visual predijeron el comportamiento de Tipo A y los bajos índices en las pruebas de diseño de bloqueo de memoria fotográfica predijeron índices altos Tipo A. Se encontró una correlación positiva significativa entre el Tipo A y el estrés subjetivo valorado clínicamente, mientras que las correlaciones fueron significativamente negativas entre la memoria fotográfica y el comportamiento de Tipo A. El miedo reprimido está comúnmente asociado al TEP. Décadas de investigación sobre el comportamiento Tipo A han aislado el miedo como un factor crucial en la enfermedad cardiovascular.

Reza Emdad, Hans Peter Sondergaard, Memoria alterada e inteligencia general relacionadas con la severidad y la duración de la enfermedad de pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático tipo A. BEHAVIORAL MEDICINE. 2005; 32(1).

Estrés postraumático y recuerdo.- Antecedente: A menudo el diagnóstico del trastorno de estrés post-traumático (PTSD) depende de un auto-informe retrospectivo de exposición a un evento de vida amenazante.

Objetivos: Examinar la estabilidad del recuerdo percibido de amenaza en una muestra comunitaria expuesta a un evento estresante distinto.

Método: 532 ciudadanos noruegos que experimentaron el tsunami del sudeste asiático del 2004, completaron un cuestionario de auto-informe a los 6 y 24 meses después del desastre. El cuestionario midió la intensidad de amenaza percibida, exposición, respuesta de estrés inmediata, psicopatología, dimensiones de la personalidad, auto-eficacia y apoyo social.

Resultados: La intensidad del recuerdo de amenaza incrementó (de 6 a 24 meses) ($P < 0.001$). La amplificación del recuerdo se asoció con una falta de mejora de los síntomas de PTSD ($P < 0.05$), pero no con el grado de exposición, respuesta de estrés inmediata, síntomas del estado de ánimo o estrés, personalidad, auto-eficacia o apoyo social.

Conclusiones: La amplificación del recuerdo de amenaza percibida de un único evento estresante se produce en la población general, pudiendo obstaculizar la mejora de síntomas del PTSD y cuestionar la validez del diagnóstico del PTSD.

Trond Heir; Auran Piatigorsky; Lars Weisæth. Cambios longitudinales en recuerdos percibidos de amenaza después de un desastre natural. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2009 JUN; 194(6):510-514.

TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

Definición.- Este trastorno se caracteriza por quejas sobre múltiples síntomas físicos, como desmayos, náuseas, debilidad, problemas urinarios, etc., los cuales no se fundamentan en causa orgánica alguna.

Belloch A, Sandín B y Ramos F, "Manual de Psicopatología", Volumen II, Madrid, McGraw-Hill, 1996, capítulo 7.

TRASTORNO PSICOMOTOR

Definición.- "Trastorno que se caracteriza por la alteración de la respuesta motora adecuada en la interacción del individuo con experiencias afectivas o cognitivas". Los trastornos psicomotores más relevantes son: la agitación motora, el estupor, los temblores, las convulsiones, los tics, los espasmos, la catatonía, las estereotipias, los manierismos, las discinesias y las apraxias.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 606.

TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO

Pronóstico.- "En un reciente estudio publicado en la revista "British Journal of Psychiatry" se realiza un seguimiento longitudinal en pacientes con trastornos psicóticos agudos y transitorios en comparación con un grupo con esquizofrenia, a los que se emparentó por edad y sexo. Se realizaron valoraciones con instrumentos estandarizados en ambos grupos en tres periodos de tiempo distintos tras haber sufrido episodios psicóticos. Los resultados obtenidos indicaron que los pacientes con esquizofrenia experimentaron un peor deterioro funcional que aquellos con trastornos psicóticos agudos y transitorios.

Además éstos últimos podían tener buenos resultados sin la medicación cosa que no ocurría en los pacientes con esquizofrenia”.

Los pacientes con trastornos psicóticos agudos transitorios tienen mejor pronóstico que los pacientes con esquizofrenia. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2005 AGO; 187.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE

Generalidades.- Como su nombre indica es un trastorno psicótico que puede parecerse por los síntomas a la esquizofrenia paranoide, pero que dura unos días, desaparece sin secuelas y puede no volver a presentarse nunca más. Suele tener un desencadenante (una época de mayor estrés, cambios en la vida habitual, el nacimiento de un hijo, etc.) y mejor pronóstico que otros trastornos psicóticos.

<http://salud.discapnet.es/guias+de+salud/guia+sobre+salud+mental/trastornos+psicoticos/>

TRASTORNO RESPIRATORIO

Trastorno respiratorio y depresión.- Los trastornos respiratorios asociados al sueño y la depresión han estado cada uno independientemente asociados con la morbilidad substancial, deterioro e incapacidad. El desarrollo de estrategias clínicas para tratar la depresión en pacientes con problemas respiratorios asociados al sueño requiere el análisis de la asociación entre las 2 condiciones. Pues bien, un estudio que se publica en la revista “Archives of Internal Medicine” señala que los sujetos con problemas respiratorios asociados al sueño, en los que aparecen signos como las pausas frecuentes en el ritmo respiratorio o la respiración dificultosa, tienen más posibilidades de desarrollar depresión, mayor cuanto más severas son las alteraciones respiratorias. Investigadores de la Universidad de Wisconsin, encabezados por Paul Peppard revisaron varios trabajos de estudios del sueño y determinaron que los sujetos con problemas respiratorios nocturnos tenían más probabilidades de desarrollar depresión, el doble de las que presentaban las personas sin problemas respiratorios. Con el tiempo aumentaban los casos de depresión. En el estudio participaron 1.408 adultos de entre 30 y 60 años cuando comenzó el estudio en 1988. Según los científicos en comparación con los pacientes sin trastorno respiratorio durante el sueño, aquellos otros con casos reducidos del problema fueron 1,6 veces más propensos a la depresión; aquellos con los casos leves dos veces más propensos; y los pacientes con los trastornos respiratorios moderados o graves 2,6 veces más propensos a la depresión. Los individuos cuyos problemas respiratorios empeoraron a lo largo del tiempo vieron incrementados sus riesgos de convertirse en pacientes depresivos.

Fuente: Un estudio asocia los trastornos respiratorios asociados al sueño con el riesgo de depresión. ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE. 2006 SEP; 166(16):1709-1715.

TRASTORNO SEXUAL

Definición.- "Comportamientos de carácter sexual o aspectos de la actividad sexual que conlleva una experiencia subjetiva de malestar o que produce malestar a otra persona" (pág. 459).

Conviene distinguir entre trastorno sexual, disfunción sexual (ver) y trastorno de la identidad sexual (o de la identidad de género). En este último caso, se trata de una "disociación entre el sexo anatómico y la propia identidad sexual".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 459.

Transexualidad: atención médica.- Resumen: El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) acordó el pasado mes de diciembre de 2007 que la transexualidad sea atendida en centros, servicios o unidades de referencia del sistema sanitario y que esta atención se incluya este año 2008 en la cartera de servicios comunes del SNS. La transexualidad consiste en una disociación entre el sexo genético, gonadal y fenotípico, y el sexo psicológico o identidad de género, siendo considerada todavía un trastorno mental y enfermedad, algo a lo que se oponen las organizaciones de transexuales y numerosos profesionales de la salud mental, entre los que se encuentran psicólogos y sociedades científicas de sexología. En cuanto a los datos epidemiológicos, según un estudio holandés, la prevalencia de la transexualidad es de 1 por cada 11.900 hombres y de 1 por cada 30.000 mujeres. Respecto a la razón de sexos, el estudio establece la prevalencia en 2,5 de hombre a mujer, por 1 de mujer a hombre. La atención sanitaria va dirigida a realizar un proceso de reasignación de sexo, que consiste en el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, psicológico, endocrinológico y quirúrgico, con el objeto de modificar la apariencia externa del individuo para hacerla congruente con el género sentido. A partir de este acuerdo del Consejo Interterritorial, la atención a la transexualidad en las unidades de referencia incluirá el diagnóstico diferencial para identificar que, efectivamente, la persona se encuentra en una situación de transexualidad y que no presenta otros trastornos, la confirmación diagnóstica y el tratamiento integral por un equipo multidisciplinar, según informa el Ministerio de Sanidad y Consumo. La atención psicológica de la transexualidad se incluirá en la cartera de servicios sanitarios. INFOCOPONLINE. 2008 ENE.

TRASTORNO SOMATOFORME

Definición.- Los trastornos somatoformes se definen como un grupo de trastornos mentales caracterizados por la aparición de síntomas físicos, que no se explican mediante una condición médica general y que, sin embargo, se encuentran relacionados con factores psicológicos (por ejemplo acontecimientos traumáticos). El DSM-IV incluye dentro de estos trastornos el trastorno por somatización, el trastorno somatoforme indiferenciado, el trastorno de conversión, el trastorno de dolor, la hipocondría y el trastorno corporal dismórfico.

Belloch A, Sandín B y Ramos F, "Manual de Psicopatología", Volumen II, Madrid, McGraw-Hill, 1996, capítulo 7.

Trastorno somatoforme indiferenciado.- Es una categoría residual, donde se ubican aquellos cuadros que no entran en las otras clasificaciones. Entran aquí la mayoría de pacientes con problemas persistentes de somatización.

Belloch A, Sandín B y Ramos F, "Manual de Psicopatología", Volumen II, Madrid, McGraw-Hill, 1996, capítulo 7.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Abordaje en consulta primaria.- Resumen: Se calcula que el porcentaje de población adulta con problemas de sueño es cercano al 35-45%, y cada vez es más intensa la demanda del médico de atención primaria para atender a estos pacientes. Para ello el médico precisa disponer de formación adecuada en medicina de sueño, tiempo suficiente para dedicar a los pacientes, recursos materiales y humanos, y posibilidad de administrar tratamientos. Los pacientes habitualmente presentan uno de los siguientes síntomas: excesiva somnolencia en su esperado tiempo de vigilia, incapacidad para dormirse o mantenerse dormidos (insomnio) y conductas anómalas inmediatamente antes o durante el sueño. En el primer caso, por su potencial gravedad, se deberá sospechar síndrome de apnea-hipopnea de sueño, narcolepsia, hipersomnia idiopática o síndrome del sueño insuficiente, por lo que se debe solicitar el estudio de sueño oportuno y administrar el tratamiento adecuado. Si se considera necesario, se remitirá al paciente a un experto en sueño. En el caso del insomnio, se deberá investigar y tratar el trastorno subyacente y, en caso de ser necesario, solicitar la ayuda del especialista correspondiente. En el supuesto de que existan conductas anómalas inmediatamente antes o durante el sueño (síndrome de piernas inquietas, movimientos periódicos de las extremidades, sonambulismo, epilepsia, síndrome de comportamiento alterado del sueño REM, etc.) es aconsejable, especialmente en caso de duda, recurrir a un experto en sueño. En cualquier otra sintomatología el médico debería realizar sistemáticamente preguntas simples referentes a la cantidad y calidad del sueño para tener la máxima seguridad de que éste es correcto.

A Boyé Ribé, Esquema de abordaje en la consulta primaria de los trastornos del sueño más frecuentes. VIGILIA-SUEÑO. 2007 SEP;18(1).

Sueño, depresión y manía.- Objetivos: Muchos pacientes refieren que, durante los episodios de depresión y manía, duermen menos de 6 h por la noche. Este tipo de déficit de sueño puede ser un factor de riesgo de posteriores episodios del humor; sin embargo, sigue desconociéndose el impacto a largo plazo del déficit de sueño. El presente es uno de los pocos estudios longitudinales que evalúan el efecto prospectivo del déficit de sueño en la depresión y la manía.

Métodos: Se seleccionó una submuestra de 54 individuos de un estudio longitudinal del trastorno bipolar de tipo I. Los participantes se incorporaron al estudio durante un episodio afectivo. Los datos de los síntomas basales se recopilaron en el mes 4 para permitir la recuperación del episodio inicial, el sueño se evaluó en el mes 6 y los datos de los síntomas de seguimiento se recogieron durante los meses 7 a 12.

Resultados: El déficit de sueño fue un indicador de síntomas depresivos en el seguimiento de 6 meses, pero no de síntomas maníacos.

Conclusiones: Es probable que se pasara por alto el impacto del déficit de sueño en la manía porque las evaluaciones cubrieron un mes completo. El control de la duración del sueño puede ayudar a prever la depresión en el trastorno bipolar y ofrece la oportunidad de intervenir de forma dirigida.

Carol A Perlman; Sheri L Johnson and Thomas A Mellman, Impacto prospectivo de la duración del sueño en la depresión y la manía. BIPOLAR DISORDERS. 2006 JUN;8(3):271-274.

Generalidades.- Ejemplos de trastornos que pueden ocurrir en relación al dormir son las disomnias, la hipersomnia, el insomnio, la parasomnia, el somniloquio y la narcolepsia. También puede mencionarse el mioclonus nocturno (contracción muscular que produce sacudidas repetidas de las extremidades durante el sueño), la jactatio capitis nocturna (balanceo repetitivo de la cabeza o de todo el cuerpo desde el inicio del sueño hasta la primera aparición del estadio MOR), y la apnea del sueño (interrupción de la respiración durante diez o más segundos).

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 399.

Trastornos del sueño y depresión.- Las alteraciones del sueño son una característica clínica común de muchos trastornos psiquiátricos. Se ha estimado que el 90% de los pacientes con depresión se quejan sobre la calidad del sueño. No es sorprendente ya que las regiones cerebrales implicadas en la depresión también lo aparecen en la regulación del sueño y la vigilia. La posible explicación para las alteraciones del sueño en la depresión incluye el incremento de la ansiedad y los despertares en la mayoría de los pacientes, anomalías en los ritmos circadianos y el hecho de que los sistemas neurobiológicos incluidos en el estado del ánimo y la conducta podrían mediar en el sueño.

Las investigaciones polisomnográficas del sueño han demostrado que el sueño en la depresión se manifiesta con alteraciones en cuanto a su continuidad, caracterizadas por una reducción del sueño de onda lenta y una desinhibición del sueño REM, con un acortamiento de la latencia REM, una prolongación del primer periodo REM y un incremento de la densidad REM.

Distintos modelos teóricos han sido desarrollados para explicar las anomalías del sueño en la depresión, como los dos modelos del proceso del sueño y regulación, el modelo crisis de la hormona liberadora de hormona del crecimiento/hormona liberadora de corticotropina (GHRH/ CRH), y el modelo de interacción recíproca del sueño no REM (NREM) y de la regulación del sueño REM. La manipulación del ciclo sueño-vigilia, la privación del sueño, o una fase avanzada del periodo de sueño, alivia los síntomas de la depresión y los agentes depresivos más efectivos suprimen el sueño REM.

Estos hallazgos indican una fuerte relación entre el sueño y la depresión. Esta revisión examina el conocimiento actual de los cambios del sueño en la depresión, discutiendo la contribución de esta información para nuestro conocimiento de la etiología de la depresión, con énfasis en las alteraciones de los ritmos circadianos en la depresión, y considerando las implicaciones clínicas de los indicadores del sueño como potenciales marcadores para la investigación y la monitorización clínica de la depresión.

V. de los Reyes; C. Guilleminault. Trastornos del sueño como principal manifestación clínica de alteración de los ritmos circadianos en la depresión. MEDICOGRAPHIA. 2007; 29(1):28-37.

Duración del sueño y depresión.- La presente investigación ex post facto analiza la relación entre la duración habitual de sueño y el estado de ánimo deprimido. La muestra estuvo compuesta por 141 estudiantes sanos de ambos sexos, 19 con patrón de sueño corto (6 horas de sueño diario o menos), 64 con patrón de sueño intermedio (7-8 horas de sueño diario) y 58 con patrón de sueño largo (más de 9 horas de sueño diario). El ánimo deprimido se evaluó con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la subescala de depresión del Cuestionario de Salud General (GHQ-28). Los sujetos con patrón de sueño corto y largo mostraban puntuaciones superiores en ánimo deprimido que aquellos con patrón de sueño intermedio. El análisis de cada uno de los ítems de depresión específicos mostró que los sujetos con patrón de sueño corto diferían de los patrones de sueño intermedio en los síntomas somáticos de la depresión, mientras las diferencias entre los sujetos con patrón de sueño largo e intermedio se producían en aspectos cognitivos. Se presentan algunas hipótesis explicativas sobre los mecanismos que pueden estar mediando las relaciones entre duración de sueño y estado de ánimo deprimido. El desarrollo de iniciativas educacionales destinadas a optimizar los hábitos de sueño de los estudiantes puede ser útil para prevenir depresiones futuras.

Gualberto Buena-Casal, Elena Miró, María Isabel Iáñez, and Andrés Catena, Relación entre la duración habitual del sueño y el estado de ánimo deprimido: síntomas somáticos vs síntomas cognitivos. INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY. 2007 ENE; 7(1).

En Atención Primaria.- Los trastornos del sueño son muy frecuentes en la población por lo que resultan un motivo habitual de consulta en Atención Primaria. Se conoce que hasta cuatro de cada diez individuos no obtienen, de forma regular, un sueño reparador.

El papel del sueño en problemas como la hipertensión arterial, la insuficiencia respiratoria y el sobrepeso, los tres de amplia prevalencia en la población general, es hoy indiscutible. La calidad o cantidad insuficiente de sueño pueden agravar ciertas enfermedades mentales e incrementan el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares.

Cualquier enfermedad médica puede alterar el sueño y la elevada morbi-mortalidad de algunas entidades como el Síndrome de apnea-hipopnea del sueño aconsejan su diagnóstico precoz. Por todo ello es importante interrogar específicamente al paciente sobre la calidad y hábitos de sueño con el fin de obtener diagnósticos precoces, derivaciones oportunas y tratamientos adecuados, lo que redundará en una mejor calidad asistencial y una reducción de los actuales costes sanitarios.

L. Domínguez Ortega; E. Díaz Gallego. Aproximación a la patología del sueño en Atención Primaria. SEMERGEN. 2010 MAY;36(4):221-226.

TRAVESTISMO

Definición.- "Impulso avasallador a personificar el sexo opuesto y vestirse con la indumentaria que lo caracteriza".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 628.

Definición.- El transvestismo es la utilización continuada de las ropas propias del sexo puesto. Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 459.

Definición.- "Tendencia a utilizar los atributos externos de género del otro sexo, vestidos, adornos y apariencia externa. No constituye una patología sexual, aunque pueda generar conflictos afectivos por la prohibición social de transgredir una norma convencional y arbitraria. No existe relación entre el hecho de ser hombre o mujer y vestir de una determinada forma".

Barragán Medero F, (1991), La educación sexual. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós, pág. 154.

TRICOMANÍA

Definición.- Afección producida por la singular acción obsesiva de arrancarse los cabellos de un modo constante, bien de la cabeza, bien de las cejas, de la barba, o el vello corporal. En esa forma se producen alopecias típicas, a veces en forma de manchas, que para una primera exploración pueden resultar difíciles de diagnosticar. A veces estos pacientes se tragan los cabellos, los cuales llegan a constituir grandes bolas tricobezoarias que en algunos casos han obligado a una operación por obstrucción intestinal. El arrancar los cabellos depende a veces de una sensación de *prurito*, pero en otros casos el enfermo arranca los cabellos sin pensar en ello. La tricomía se observa, la mayoría de las veces, en histéricos. Sinónimos: *Tricotilomanía*, *trictilomanía*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

VACÍO EXISTENCIAL

Generalidades.- Una de las metáforas favoritas de Viktor Frankl es el *vacío existencial*. Si el sentido es lo que buscamos, el sin sentido es un agujero, un hueco en tu vida, y en los momentos en que lo sientes, necesitas salir corriendo a llenarlo. Frankl sugiere que uno de los signos más conspicuos de vacío existencial en nuestra sociedad es el aburrimiento. Puntualiza en cómo las personas con frecuencia, cuando al fin tienen tiempo de hacer lo que quieren, parecen no querer hacer nada!. La gente entra en barrena cuando se jubila; los estudiantes se emborrachan cada fin de semana; nos sumergimos en entretenimientos pasivos cada noche; la neurosis del domingo, le llama.

De manera que intentamos llenar nuestros vacíos existenciales con "cosas" que aunque producen algo de satisfacción, también esperamos que provean de una última gran satisfacción: podemos intentar llenar nuestras vidas con placer, comiendo más allá de nuestras necesidades, teniendo sexo promiscuo, dándonos "la gran vida". O podemos llenar nuestras vidas con el trabajo, con la conformidad, con la convencionalidad. También podemos llenar nuestras vidas con ciertos "círculos viciosos" neuróticos, tales como obsesiones con gérmenes y limpieza o con una obsesión guiada por el miedo hacia un objeto fóbico. La cualidad que define a estos círculos viciosos es que, no importa lo que hagamos, nunca será suficiente.

Entonces, ¿cómo hallamos nuestro sentido?. Frankl nos presenta tres grandes acercamientos: el primero es a través de los valores experienciales, o vivenciar algo o alguien que valoramos. Aquí se podrían incluir las experiencias pico de Maslow y las experiencias estéticas como ver una buena obra de arte o las maravillas naturales. Pero nuestro ejemplo más importante es el de experimentar el valor de otra persona, v.g. a través del amor. A través de nuestro amor, podemos inducir a nuestro amado/a a desarrollar un sentido, y así lograr nuestro propio sentido.

La segunda forma de hallar nuestro sentido es a través de valores creativos, es como "llevar a cabo un acto", como dice Frankl. Esta sería la idea existencial tradicional de proveerse a sí mismo con sentido al llevar a cabo los propios proyectos, o mejor dicho, a comprometerse con el proyecto de su propia vida. Incluye, evidentemente, la creatividad en el arte, música, escritura, invención y demás. También incluye la generatividad de la que Erikson habló: el cuidado de las generaciones futuras.

La tercera vía de descubrir el sentido es aquella de la que pocas personas además de Frankl suscriben: los valores actitudinales. Estos incluyen tales virtudes como la compasión, valentía y un buen sentido del humor, etc. Pero el ejemplo más famoso de Frankl es el logro del sentido a través del sufrimiento. El autor nos brinda un ejemplo de uno de sus pacientes: un doctor cuya esposa había muerto, se sentía muy triste y desolado. Frankl le preguntó, "¿Si usted hubiera muerto antes que ella, cómo habría sido para ella?. El doctor contestó que hubiera sido extremadamente difícil para ella. Frankl puntualizó que al haber muerto ella primero, se había evitado ese sufrimiento, pero ahora él tenía que pagar un precio por sobrevivirle y llorarle. En otras palabras, la pena es el precio que pagamos por amor. Para este doctor, esto dio sentido a su muerte y su dolor, lo que le permitió luego lidiar con ello. Su sufrimiento dio un paso adelante: con un sentido, el sufrimiento puede soportarse con la dignidad.

Frank también señaló que de forma poco frecuente se les brinda la oportunidad de sufrir con valentía a las personas enfermas gravemente, y así por tanto, mantener cierto grado de dignidad. ¡Anímate!, decimos, ¡Sé optimista!. Están hechos para sentirse avergonzados de su dolor y su infelicidad.

No obstante, al final, estos valores actitudinales, experienciales y creativos son meras manifestaciones superficiales de algo mucho más fundamental, el *suprasentido*.

VAGINISMO

Definición.- Disfunción sexual caracterizada por la aparición de espasmos en la musculatura del tercio externo de la vagina que interfieren e incluso llegan a impedir el coito.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 459.

Definición.- Contracción espasmódica, dolorosa e involuntaria, de los esfínteres de la vagina, en forma de reacción psicogenética tendiente a prevenir la intromisión del pene, y que refleja la repugnancia de tipo neurótico hacia el acto sexual. El espasmo puede servir también para retener el pene y, en este caso, tiene un significado contrario.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Vaginismo mental.- El *vaginismo* como expresión de la aversión exagerada hacia el acto sexual.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Vaginismo psíquico.- Espasmo doloroso en la vagina como protesta contra el acto sexual.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

VIOLENCIA

Definición.- Una definición clásica revela la violencia como una forma de ejercicio de poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política...) siendo considerada una forma de ejercicio de poder e implica la existencia de un arriba y un abajo, reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno, patrón-empleado, joven-viejo, etc. (Corsi 1994).

Corsi, J. (1994). Violencia Familiar. Buenos Aires: Paidós (3ª edición 1997).

Etiología.- "Un estudio revela que cerca del 20 por ciento de los casos de violencia son originados por factores biológicos, mientras que en el 80 por ciento restante intervienen factores sociales. El informe, dirigido por José Sanmartín, director del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia de España, señala que los factores que llevan a una persona a convertirse en un ser violento empiezan en el mismo momento de la gestación y del parto. Sanmartín explicó que se trata de factores congénitos, entre los que cita el tabaquismo y la ingesta excesiva de alcohol, que provoca el llamado síndrome del alcohol fetal. En España, dos de cada mil bebés nacen con este síndrome. Hay estudios, concluyó, que indican también que un bebé que ha sufrido las consecuencias de un parto complicado y que además es posteriormente rechazado y maltratado presenta un mayor riesgo de presentar conductas violentas que otro que no registra estos dos factores".

Etiología de la violencia. Diario La U, Buenos Aires, 31 de octubre de 2002.

Violencia y televisión.- Días atrás se conocieron los resultados de una investigación de la Universidad de Columbia y el Instituto de Psiquiatría de Nueva York, realizada durante 17 años, y en la cual se examinaron más de 700 menores entre 1 y 10 años al momento del inicio de la investigación.

Se pudieron así diferenciar tres grupos: a) quienes ven televisión no más de una hora por día: el 5,7% de estos niños y adolescentes presentó actos agresivos. b) quienes ven televisión durante tres horas por día: el 22,5 presentó comportamiento agresivo, y c) quienes ven televisión más de tres horas: la proporción subió al 28,8%.

También pudo constatar que las conductas violentas fueron tres veces más numerosas entre los varones. La agresividad masculina se revela especialmente en la adolescencia, mientras que la femenina, más tardíamente, al alcanzar la mayoría de edad.

Conviene indicar un dato señalado por la Asociación Americana de Psicología según el cual los menores captan en la televisión, alrededor de 8000 homicidios en los diez primeros años de vida, y hay motivos para suponer que esas experiencias reiteradas desensibilizan al niño inclinándolo hacia la ejecución de actos violentos.

Extractado de La Nación, Televisión y violencia. Buenos Aires, 23 de abril de 2002.

Premisas.- Según Perrone y Nannini (1998:28) la violencia es un fenómeno que se configura a partir de cuatro premisas básicas: 1) "la violencia no es un fenómeno individual sino la manifestación de un fenómeno interaccional". 2) "Todos cuantos participan en una interacción se hallan implicados y son, por lo tanto, responsables (en sentido interaccional, no legal)". 3) "Todo individuo adulto, con capacidad suficiente para vivir de modo autónomo, es el garante de su propia seguridad. Si no asume esta responsabilidad, estimula los aspectos incontrolados y violentos de la otra persona, con lo que organiza y

alimenta una interacción de carácter violento". 4) "Cualquier individuo puede llegar a ser violento, con diferentes modalidades o manifestaciones".

Perrone R y Nannini M (1998) Violencia y abusos sexuales en la familia, Buenos Aires, Paidós Terapia Familiar.

Violencia: perspectiva psicoanalítica.- La pregunta acerca de la agresión, remite de manera directa a su raíz pulsional, su ubicuidad en el contexto de la pulsión de vida, en la medida en que, sostenida en la presión Eros-Tanatos, se inhibe la meta directa de la agresividad, y su fuerza es utilizada a favor del yo y del nosotros. Remite de esa manera a su asociación libidinal y erótica. Así, cuando nos encontramos ante lo que se manifiesta entre nosotros y dentro de cada uno de nosotros, como la expresión más primitiva de la agresión, la violencia; estamos ante una ruptura del ordenamiento producido por el desarrollo social, en la medida que estos logros fueron y son posibles, en virtud de la renuncia a la violencia destructiva (...) La violencia, así implica una regresión. El acto violento presupone un movimiento regresivo. La emergencia de los actos violentos es posible cuando la discriminación y la posibilidad de intercambio, es suplantada por la confusión y la indiferenciación, que anulan la posibilidad de comunicarse, y condenan al sujeto a la soledad e indefensión. La violencia aparece cuando se regresiona desde la posibilidad de usar las palabras como medio de comunicación, a situaciones donde ésta no tiene lugar y es suplantada por acciones enajenadas de sentido, o por palabras utilizadas a modo de actos (Masih, 1994, pp. 55-56).

En la violencia como señala Puget (1991), la opción decisión es anulada, se manipula al otro para anular su posibilidad de pensar, creándole un agujero mental. La persona violentada se a-aliena; si la violencia es permanente viven en estado de amenaza, deja de desear. Violencia remite a violación; con todo su sentido metafórico: provocar un agujero en un espacio que no lo tiene o utilizar los preexistentes para doblegar y quitarle a la otra persona su opción de dejar entrar o prohibir entrar. Es la opción de decisión que la violencia y el violador quitan al violentado.

Ya en referencia a los vínculos, Puget y otros (1993), definen la violencia como un acto vincular cuyo objetivo es el deseo de matar, eliminar psíquicamente o físicamente a otro sujeto, o matar el deseo en el otro, lo humano en el otro, transformándolo en un no sujeto al privarlo de todo posible instrumento de placer y por ende de existencia. Sólo impera el deseo de uno que se transforma en soberano. No admite la existencia de otro.

La violencia está signada por: el desconocimiento del otro como sujeto en su singularidad, el intento de anularlo es una manifestación del narcisismo, entendiendo este como la no diferenciación yo-objeto, yo-otro. Implica el no reconocimiento de la autonomía del otro.

Puget, J. (1991). Violencia en la vida cotidiana. Conferencia A.P.D.H. Buenos Aires.

Puget, J. y col. (1993). El status psicoanalítico de la violencia social. Amsterdam: 38ª Internacional Psychoanalytic Congreso.

Violencia parental.- La violencia parental es otra de las dimensiones de la variable violencia familiar. La violencia parental es definida como la violencia ejercida por los padres hacia sus hijos, y abarca un amplio espectro de comportamientos que se extienden desde la simple acción por omisión (no preocuparse por los hijos) hasta el filicidio.

Cazau P (2001) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

La violencia en los pacientes.- "Antecedentes: La investigación ha descubierto muchas características relacionadas con la violencia cometida por enfermos mentales. Sin embargo, pocos estudios han hecho hincapié en comprender la conexión entre la violencia y la dinámica, variables maleables tales como el nivel de compromiso con el tratamiento. *Objetivos:* Explorar la conexión entre la violencia en la comunidad y las creencias de los pacientes sobre el beneficio del tratamiento psiquiátrico. *Métodos:* Fueron entrevistados 1011 pacientes externos adultos que recibían tratamiento para el trastorno psiquiátrico en los sistemas de salud mental de cinco estados norteamericanos. *Resultados:* Los análisis de las dos variables revelaron que la violencia de la comunidad estuvo inversamente relacionada con la adherencia al tratamiento, la necesidad de tratamiento percibida y la efectividad del tratamiento percibida. El análisis multivariable mostró que estas variables estaban asociadas con reducidas probabilidades de violencia y de otros actos agresivos. *Conclusiones:* Los resultados sugieren que se consideren las percepciones clínicas del beneficio del tratamiento. Parece ser que éstas pueden mejorar las medidas en la evaluación de riesgo de violencia en la práctica psiquiátrica".

Elbogen E y otros, El compromiso con el tratamiento y riesgo de violencia en los trastornos mentales. FUENTE: BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2006 OCT; 189(4)

Violencia primaria y secundaria según Aulagnier.- La *violencia primaria* es la ejercida por el discurso materno en tanto se anticipa a todo posible entendimiento por parte del niño. Es necesaria para permitir el acceso del sujeto al orden de lo humano.

La madre le habla al niño de él, le otorga posibilidad de investir su cuerpo dándole sentido a las sensaciones de placer y dolor: es la 'puesta en historia de su vida somática'. Gracias a ello el niño se

convierte en sujeto y transforma en significativas las sensaciones somáticas, antes indecibles e impensables. Lo que el infans necesita es lo que la madre desea que él necesite.

En tanto 'portavoz', la madre da significaciones, organizando la psique del infans. La madre porta significaciones del mundo exterior. La madre utiliza un discurso anticipatorio: ella nombra, piensa y le cuenta al hijo sobre sus anhelos, permitiendo el surgimiento de un Yo con su propio proyecto identificatorio.

La madre le habla a un Yo que aún no advino: la 'sombra hablada', discurso anterior incluso al nacimiento del bebé, un discurso que habla del deseo de un hijo. La relación de la madre con la sombra hablada es autoerótica y sin confrontación con el hijo real.

El deseo del padre se manifiesta con menor dificultad en la posibilidad de proyectar al hijo a su lugar de futuro sujeto. Apoyado en valores culturales, el padre se verá menos amenazado cuando el niño sea adulto, pues ello le asegura la función paterna. El padre es el primer representante de los otros y el discurso social.

Respecto de la *violencia secundaria*, el deseo de la madre es seguir postulándose como suministro para el infans, como la única capaz de darle amor. Cuando sigue así y no renuncia a este deseo, el infans sufrirá una violencia secundaria. Es un exceso de violencia que se ejerce sobre el Yo que carece de los medios defensivos adecuados, y se trata de un abuso desestructurante. La violencia secundaria es la imposibilidad de la madre de abandonar un saber que ella posee acerca de su hijo, de no poder aceptar los pensamientos propios del niño.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Violencia laboral.- Antecedentes: En el sector sanitario, el personal de enfermería es uno de los grupos más expuestos a la violencia en todo el mundo. Sin embargo, no es obvio que el personal de enfermería psiquiátrica (PEP) esté más expuesto a la agresión y el agotamiento laboral (burnout). Objetivos: Determinar la naturaleza y los efectos de los actos agresivos hacia el personal de enfermería en los servicios médicos en Polonia. Métodos: Se distribuyó diversos cuestionarios (Escala de Estrés en el Trabajo, Cuestionario de Salud General, Inventario de Agotamiento laboral de Maslach, Escala de Satisfacción Laboral) entre miembros del personal de enfermería psiquiátrica (PEP, n = 78) y no psiquiátrica (PENP, n = 335). Se alcanzó una tasa de respuesta del 92,6%. Resultados: Se encontraron diferencias significativas entre el PEP y el PENP con respecto a sus experiencias de violencia. El incidente comunicado con más frecuencia era el abuso verbal, seguido por las amenazas y la agresión física. Los pacientes eran los autores de manera significativamente más frecuente en las salas psiquiátricas que en las otras salas. El nivel de agresión entre el personal no variaba significativamente entre los grupos, ni tampoco el nivel de satisfacción laboral y de ausentismo. Conclusión: La frecuencia de los actos violentos y el estrés relacionado con ellos señala la gran necesidad del desarrollo de programas preventivos para abordar la cuestión de la violencia en el trabajo.

Mere D y otros, Violencia en el lugar de trabajo: una encuesta del personal de enfermería. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2006 OCT; 21.

VIOLENCIA CONYUGAL

Definición.- Es aquella que se instala en la relación íntima y estable entre un hombre y una mujer, estén o no legalmente casados. La violencia conyugal puede asumir cuatro formas: la violencia de la mujer hacia el hombre (1% de los casos), la violencia mutua (23% de los casos), y la violencia del hombre hacia la mujer (76% de los casos) (Ferreira, 1999:29).

Ferreira Graciela (1999) La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica. Buenos Aires: Sudamericana, 4ª edición.

El ciclo de la violencia conyugal.- La violencia conyugal tiene un ciclo de tres fases (Corsi, 1999):

En la primera fase, denominada "fase de acumulación de tensión" se produce una sucesión de pequeños episodios que llevan a roces permanentes en los miembros la pareja, con un incremento constante de ansiedad y hostilidad. El hombre y la mujer se encierran en un circuito en el que están mutuamente pendientes de sus reacciones.

La tensión alcanza su punto máximo y sobreviene la segunda fase, denominada "episodio agudo", en la que toda la tensión que se había venido acumulando da lugar a una explosión de violencia, que puede variar en gravedad, oscilando desde un empujón hasta el homicidio. Se caracteriza por el descontrol y la inevitabilidad de los golpes. Las mujeres se muestran sorprendidas frente al hecho que se desencadena de manera imprevista ante cualquier situación de la vida cotidiana.

En la tercera fase, denominada "luna de miel", se produce el arrepentimiento, pedido de disculpas y promesa de que nunca más va a ocurrir por parte del hombre. Pero al tiempo vuelve a reaparecer los períodos de acumulación de tensión y se reinicia el ciclo.

Otro aspecto de la violencia conyugal se relaciona con la intensidad creciente de violencia. En la primera etapa, la violencia es sutil, toma forma de agresión psicológica. Por ejemplo, implica lesiones en la

autoestima de la mujer, ridiculizándola, agrediendo emocionalmente, ignorándola, riéndose de sus opiniones, etc. Si bien las consecuencias de este tipo de violencia no son visibles, provocan en la víctima un debilitamiento de las defensas psicológicas, y la víctima puede empezar a ser más introvertida y a deprimirse.

En un segundo momento aparece la violencia verbal, que refuerza la violencia psicológica. El agresor comienza a denigrar a la víctima poniéndole sobrenombres descalificantes, insultándola, criticándole el cuerpo, amenazándola con agresión física u homicidio, ridiculizándola en presencia de otras personas, gritándole y culpándola de todo. De esta manera, el agresor va creando un clima de miedo constante.

Luego comienza la violencia física, comienza con apretones, pellizcos, sigue con cachetadas, hasta llegar a las trompadas y patadas. Luego más tarde comienza a recurrir a objetos para provocar daño y en medio de ésta agresión le exige tener contactos sexuales. Esta escalada creciente puede terminar en homicidio o suicidio, siendo la única manera de cortar con este ciclo de violencia creciente, es a través de la intervención de un tercero externo a la pareja.

Corsi Jorge, Violencia intrafamiliar, Revista Argentina de Clínica Psicológica, Buenos Aires, 1999.

Violencia conyugal y otros abusos.- El concepto de violencia conyugal incluye también otros tipos de abuso como el abuso económico (Gennaro, 1999:347) (no proveer a las necesidades de la familia, ocultar a la cónyuge ganancias, obligarla a mendigar por cada gasto, o negar dinero para consultas médicas). También incluye obligar a la mujer a no salir y desarrollar sus actividades sociales, destruir sus objetos íntimos como fotografías, recuerdos, etc.

Gennaro M (1999) Violencia familiar, incluido en Sánchez Bodas A (comp), Counseling Humanístico, Volumen II. Buenos Aires: Ediciones Holos.

Importancia del problema.- El fenómeno de la violencia es sin duda uno de los problemas más importantes y acuciantes de la humanidad. Un aspecto de este fenómeno es la violencia doméstica, que supone la causa más común de lesiones en la mujer, inclusive más que las lesiones producidas por accidentes viales, robos o violaciones

Sólo en los EEUU, se ha estimado que se "produce abuso por parte del cónyuge en 2 a 12 millones de familias. Este aspecto de la violencia doméstica se ha reconocido como un problema severo, como consecuencia del reciente énfasis cultural de los derechos civiles y el trabajo de los grupos feministas. No obstante, el problema, en sí mismo, parece que tiende a mantenerse. El principal problema del abuso del cónyuge es el abuso de la esposa. Un estudio estimó que había 1,8 millones de esposas en los EEUU que eran golpeadas, excluyendo las mujeres divorciadas y las chicas golpeadas de forma ocasional" (Kaplan y otros, 1996).

La importancia del tema reside en el hecho comprobado que "la familia es el lugar en el que más frecuentemente se dan hechos de violencia de todo tipo, incluidos los homicidios" (Vander Zanden, 1989:366).

Según un informe del Banco Mundial, en las economías de mercado establecidas, la violencia de género es responsable de uno de cada cinco días de vida saludables perdidos por las mujeres en edad reproductiva. Asimismo, en la Campaña de las Naciones Unidas por los derechos humanos de las mujeres, se citan estudios recientes que destacan que la violencia de género es una causa significativa de enfermedad y muerte femeninas, producto de golpizas durante el embarazo, y del escaso acceso a los servicios de salud, entre otras.

Una investigación llevada a cabo en 1994 bajo el título de "Violencia contra la mujer: la carga oculta de la salud", de las expertas en el tema Lori Heise, Jacqueline Pintaguy y Adrane Germain, y publicado por el Banco Mundial, apunta a llamar la atención sobre el escaso interés por documentar el fenómeno de la violencia hacia la mujer. "Casi no se ha prestado ninguna atención política a la ubicación de la violencia contra la mujer como tema de salud pública y se ha hecho menos aún por abordar las causas subyacentes del abuso. Los esfuerzos por lograr que se reconozca a la violencia como un tema de justificado interés internacional, se han visto obstaculizados por la falta de datos poblacionales sobre el abuso y sus consecuencias sobre la salud".

Como podemos apreciar, el tema de la violencia familiar -y en particular, la violencia conyugal donde la mujer es la víctima- es un tema que tiende a ser soslayado, cuando no excluido. En este sentido señala acertadamente Fernández, que "los procesos mencionados no son invisibles, sino que están *invisibilizados*; es decir que aquellos aspectos de la subordinación de género (discriminaciones, exclusiones, descalificaciones, sean de una forma de trabajo, de una manera de sentir, de obrar, de pensar, etc.) se encuentran *naturalizados*. Los procesos por los cuales, desde distintos lugares e instituciones sociales, se hace posible la discriminación, se vuelven invisibles, en tanto se construye un consenso por el cual se atribuye a la naturaleza lo que ha producido la cultura" (Giberti y Fernández, 1992:144).

E. Dorola destaca que esta violencia invisible "está implícita en los roles adscriptos asignados a la mujer en razón de concepciones 'naturalistas' y 'esencialistas' de su condición de género, desconociendo así el carácter de construcción cultural que éste reviste" (Giberti y Fernández, 1992:194).

Tal vez lo anterior sea la razón por la cual no he encontrado en la bibliografía consultada estudios poblacionales y/o sociales que evidencien la existencia de una dificultad de la mujer que no le permite hacer un corte con el vínculo violento que mantiene con su cónyuge o compañero. Estas razones justifican por sí solas la necesidad de realizar estas investigaciones, siendo la presente tesina un esfuerzo orientado en esta dirección.

Giberti E y Fernández A (comp) (1992) La mujer y la violencia invisible. Buenos Aires: Sudamericana, 2º edición.

Kaplan H. y otros (1996) Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1996, 7º edición.

Vander Zanden J (1989) Manual de Psicología Social. Buenos Aires: Paidós.

Tratamiento cognitivo-conductual.- El objetivo de este estudio fue evaluar un programa individual de tipo cognitivo-conductual, de 20 sesiones, en el tratamiento de hombres violentos contra la pareja, llevado a cabo durante 10 años en un marco comunitario.

La muestra constó de 196 sujetos que participaron voluntariamente en el estudio. Se utilizó un diseño experimental de medidas repetidas (en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses). La tasa de éxitos fue del 88% en los pacientes que completaron el tratamiento. A pesar de la pérdida de pacientes en el seguimiento (un total de un 46% al cabo de un año), los resultados se mantuvieron en los pacientes evaluados en los cuatro periodos establecidos (un 53% al cabo de 12 meses), con una alta reducción de las recaídas. Sin embargo, hubo un nivel más bien alto de rechazos y de abandonos del tratamiento.

Una conclusión es que hay que desarrollar estrategias motivacionales para atraer y mantener a los sujetos en el tratamiento. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica, para la toma de decisiones sociales y para las investigaciones futuras.

Enrique Echeburúa; Belén Sarasua; Irene Zubizarreta; Paz de Corral. Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: Una experiencia de 10 años (1997-2007). INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY. 2009; 9(2):199-217.

Violencia conyugal y estrés postraumático.- Introducción: La violencia doméstica por la pareja (VDP) contra las mujeres es un evento frecuente de violencia interpersonal en países en desarrollo y desarrollados y representa un problema médico-legal y de la salud pública. La VDP se relaciona con el trastorno de estrés postraumático (TEP); sin embargo, esta asociación no se ha investigado en Colombia. Objetivo: Establecer la fortaleza de la asociación entre VDP y TEP en mujeres remitidas a evaluación psiquiátrica forense en Bucaramanga, Colombia.

Método: Se diseñó un estudio de casos y controles. Se tomaron como casos 132 mujeres que reunieron criterios para TEP, según los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana, y como controles a un grupo de 262 mujeres sin TEP. Primero se calculó la razón de oportunidad (OR); posteriormente, se usó la regresión logística para controlar variables confusoras.

Resultados: Un total de 76 (56,6%) mujeres en el grupo de casos informó VDP durante el último año, comparado con 85 (32,6%) en el grupo control. La VDP se asoció significativamente con TEP (OR=3,09; IC95%: 1,58-6,03), aun después de controlar por edad, empleo, incapacidad médico-legal y pareja agresora actual.

Conclusiones: La VDP incrementa tres veces el riesgo de TEP en mujeres que asisten a evaluación psiquiátrica forense en Bucaramanga, Colombia.

Leddy Marina Contreras-Pezzotti; Juan Ernesto Arteaga-Medina; José Fidel Latorre... (et.al) Asociación entre violencia doméstica por la pareja y trastorno de estrés postraumático: Un estudio de casos y controles. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. 2010 MAR;39(1):85-92.

Variables predictoras del rechazo, abandono y fracaso terapéutico.- El objetivo de este estudio ex post facto fue determinar las variables predictoras del rechazo, abandono y fracaso terapéutico en hombres maltratadores tratados psicológicamente de forma voluntaria en un marco comunitario. La muestra constó de 451 sujetos que habían acudido en busca de tratamiento psicológico en los últimos diez años (1997-2007).

La terapia ofrecida fue un programa estructurado cognitivo-conductual de veinte sesiones en un formato individual. Según el análisis de regresión logística, la probabilidad de rechazo de la terapia (n = 255; 56,1%) era mayor cuando los agresores eran inmigrantes y cuando no se trataba también a la víctima dentro de un abordaje integral.

Los sujetos abandonaban más el tratamiento (n = 88; 45%) cuando estaban en paro y cuando no se trataba a la víctima. Y, a su vez, los fracasos terapéuticos (n = 13; 13,7%) fueron más probables cuando los agresores eran menos empáticos y estaban más inadaptados a la vida cotidiana.

Por último, no hubo variables predictoras claras de la pérdida de sujetos en el seguimiento de los 12 meses (n = 44; 46,3%). Se comentan las implicaciones de este estudio para investigaciones futuras.

Enrique Echeburúa; Belén Sarasua; Irene Zubizarreta... (et.al) Variables predictoras del rechazo, abandono y fracaso terapéutico en hombres violentos contra su pareja tratados psicológicamente en un marco comunitario.

INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY. 2010 SEP; 10(3):403-420.

VIOLENCIA FAMILIAR

Generalidades.- Podemos suponer que, cuando hablamos de violencia familiar, estamos ante la presencia de un fenómeno extendido en el conjunto de toda la sociedad, y que no habría sectores privilegiados inmunes a esta problemática.

"Los malos tratos a la esposa se dan en familias de todos los grupos raciales y religiosos, y en todos los estratos socioeconómicos, y es mucho más frecuente en familias con problemas de abuso de sustancias, en particular cuando se abusa del alcohol o del crack" (Kaplan y otros, 1996:812).

Una causa de no denuncia no invocada y que creemos que puede tener peso, sobre todo en las clases sociales menos favorecidas, es la particular cosmovisión que tienen y que les permite considerar la violencia física como parte natural del mundo y por tanto quedar legitimada como ley inexorable.

Estas normas pueden haber sido inculcadas ya desde la infancia. Al respecto, Vander Zanden dice que presumiblemente, "la experiencia de un individuo con la violencia, sea como víctima o como observador, le enseña a tolerar y aún a aprobar este recurso" (Vander Zanden, 1989:367).

La hipótesis según la cual pesan mucho los factores culturales es avalada por otros investigadores. Por ejemplo Corsi sostiene que el hecho de que muchas personas reaccionen agresivamente frente a circunstancias similares nos remite a la existencia de significados culturalmente estructurados, que muchas veces adoptan la forma de mitos, prejuicios y creencias, compartidos por quienes pertenecen a una misma cultura o sub-cultura. Por ejemplo, se inscriben en el contexto de un sistema de creencias que incluye los prejuicios raciales o sexistas como premisas" (Corsi, 1994:27).

Otro argumento en relación con el anterior adscribe a la violencia familiar un origen filogenético, un sistema de creencias que va transmitiéndose de generación en generación y que cada vez legitima o justifica con mayor fuerza el ejercicio de la violencia. Por ejemplo, Perrone dice que "durante siglos, la familia vivió como una unidad al margen de la ley. La ley se limitaba al mundo exterior a la familia, y dentro de ella estaba todo permitido, podía existir la violencia, los abusos sexuales, lo arbitrario, etc" (Perrone, 1991:27).

Datos obtenidos por otros investigadores (Intebi, 1993:20) revelan que en realidad las denuncias se hacen en los más diversos ámbitos, ya que la mayoría de los casos de personas que llegan a los grupos de autoayuda proviene de hospitales, escuelas, juzgados, psicoterapeutas, asistentes sociales, etc.

Corsi Jorge, Conducta agresiva y construcción de la realidad, en Revista "Psicologías de Buenos Aires", Bs. As., Año II, N°20, enero 1994.

Intebi Irene, Padres violentos: grupos de autoayuda. Revista "Psicologías de Buenos Aires" Buenos Aires, Año 2, N°15, Junio 1993.

Kaplan H. y otros (1996) Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1996, 7ª edición.

Perrone R., La familia violenta: ese lugar peligroso, Revista "Psicologías de Buenos Aires", Bs. As., Año 1, N°1, Noviembre de 1991.

Vander Zanden J (1989) Manual de Psicología Social. Buenos Aires: Paidós.

Violencia familiar.- El término violencia familiar "alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo relativamente estable". A su vez, "se denomina relación de abuso a aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes que, por acción o por omisión, ocasionan daño físico y/o psicológico a otro miembro de la relación" (Corsi Jorge, 1999:30). Por lo tanto, se considera a la violencia como una situación en la que alguien con más poder abusa de otra con menos poder: la violencia tiende a prevalecer en el marco de relaciones en las que existe la mayor diferencia de poder. Los dos ejes de desequilibrio de poder dentro de la familia están dados por el género y por la edad. En efecto, la investigación epidemiológica acerca del problema de la violencia familiar ha demostrado que existen dos factores que resultan decisivos a la hora de establecer la distribución del poder y, por lo tanto, determinar la dirección que adopta la conducta violenta y quienes son las víctimas más frecuentes a las que se les ocasiona el daño. Los dos factores citados son género y edad. Por lo tanto, los grupos de riesgo para la violencia en contextos privados son las mujeres y los niños, definidos culturalmente como los sectores con menos poder.

Corsi Jorge (comp) (1999) Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social, Buenos Aires: Paidós.

Violencia familiar.- La violencia familiar es un caso especial de comportamiento antisocial, por cuanto la familia es también una unidad socio-cultural. Se entiende por 'conducta antisocial' cualquier comportamiento habitual que no respete las normas consensualmente establecidas de convivencia social, se oponga abiertamente a ellas y que además implique la liberación de un monto de violencia objetivamente infundado que atente contra el normal desenvolvimiento de las relaciones sociales (Devries, 1995:66).

En sus múltiples manifestaciones, la violencia siempre es una forma de ejercicio del poder, mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política...) e implica la existencia de un

"arriba" y un "abajo", reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno, patrón-empleado, joven-viejo, etc.

En un sentido restringido, podemos focalizar nuestra observación en las conductas violentas, cuando nos ubicamos en el nivel de las acciones individuales. El empleo de la fuerza se constituye, así, en un método posible para la resolución de conflictos interpersonales, como un intento de doblegar la voluntad del otro, de anularlo, precisamente, en su calidad de "otro". La violencia implica una búsqueda de eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder, mediante el control de la relación obtenido a través del uso de la fuerza.

Para que la conducta violenta sea posible, tiene que darse una condición: la existencia de un cierto desequilibrio de poder, que puede estar definido culturalmente, definido por el contexto u obtenido a través de maniobras interpersonales de control de la relación.

El desequilibrio de poder puede ser permanente o momentáneo: en el primer caso, la definición de la relación está claramente establecida por normas culturales, institucionales, contractuales, etc.; en el segundo caso, se debe a contingencias ocasionales.

La conducta violenta, entendida como el uso de la fuerza para la resolución de conflictos interpersonales, se hace posible en un contexto de desequilibrio de poder, permanente o momentáneo.

"Violencia suele ser confundida con agresividad. La agresividad sirve para definir el territorio de cada uno y hacer valer 'su derecho'. La violencia, en cambio, rompe los límites del propio territorio y los del otro, invade la relación y los vuelve confusos. Es una fuerza destructora de sí mismo y del otro. Es consensual definir el acto violento como *toda atentado a la integridad física y psíquica del individuo, acompañado por un sentimiento de coerción y peligro*" (Perrone y Nannini, 1998:30).

La violencia da cuenta de la capacidad humana para oponer resistencia, incluye aspectos fisiológicos, conductuales y vivenciales. La agresión puede adoptar diferentes formas, motoras, verbales, gestuales, posturales. Toda conducta agresiva tiene un origen (agresor) y un destino (agredido). Para que una conducta se considere como agresiva debe tener el requisito de la intencionalidad, es decir la intención por parte del agresor de ocasionar un daño.

Se podría decir que, una persona agresiva es aquella que tiende a percibir los datos de la realidad como provocadores y amenazantes, y frente a tal construcción cognitiva reacciona con conductas de ataque y defensa.

Es necesario distinguir entre conflicto familiar y la violencia familiar. Comportamientos normales como discusiones, peleas, controversias no conducen, necesariamente a comportamientos violentos para su resolución.

El conflicto refiere a factores que se oponen entre sí. Los conflictos interpersonales surgen de la interacción social como expresión de la diferencia de intereses, deseos y valores de quienes participan en ella. El conflicto se encuentra en cualquier interacción humana.

Dado que la presencia de conflictos en las relaciones interpersonales es inevitable, en lo que nos tenemos que detener es en el método utilizado para su resolución. No es difícil diferenciar el conflicto resuelto mediante la puesta en juego de conocimientos, aptitudes y habilidades comunicativas, y otro que se resuelve mediante el ejercicio de poder y de autoridad.

La violencia familiar se expresa a través del maltrato, entendido este como cualquier comportamiento por acción u omisión, de carácter intencional que provoca un daño físico o psíquico en otro miembro de la familia (Grosman C, Mesterman S y Adamo M, 1992).

Devries Raúl y Alicia, (1995) Adolescencia. Desafío para padres, Buenos Aires, Paidós.

Grosman C, Mesterman S, Adamo M (1992): "Violencia en la familia". Buenos Aires. Editorial Universidad.

Perrone R y Nannini M (1998) Violencia y abusos sexuales en la familia, Buenos Aires, Paidós Terapia Familiar.

Violencia familiar: intervenciones.- El fenómeno de la violencia familiar debe comprender los aspectos preventivos tanto como los terapéuticos, y tener en cuenta los siguientes puntos:

- Develar los mitos y estereotipos culturales que sirven de basamento a la violencia.
- Concienciar a la comunidad acerca de la violencia familiar entendida como un problema social.
- Proporcionar modelos alternativos de funcionamiento familiar, más democráticos y menos autoritarios.
- Promover la creación de una red de recursos comunitarios para proveer apoyo y contención a las víctimas de la violencia.
- Crear programas de tratamiento y recuperación para víctimas y para perpetradores de violencia intrafamiliar.
- Utilizar los medios masivos de comunicación para informar acerca del problema y desmitificarlo.
- Proponer modificaciones en la estructura y en los contenidos del sistema de educación formal.
- Crear programas de capacitación para profesionales, educadores y otros sectores involucrados, para prevenir la victimización secundaria.
- Desarrollar programas de prevención dirigidos a niños de distintas edades, con el fin de que identifiquen las distintas formas de abuso y se conecten con formas alternativas de resolución de conflictos.

- Orientar los tratamientos, en el nivel individual, hacia un incremento de la autoestima, reducción del aislamiento social y configuración de vínculos más igualitarios y menos posesivos.

Cazau P (2001) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Violencia familiar.- Según Dohmen (1994) las familias que presentan problemas de violencia muestran un predominio de estructuras familiares de corte autoritario, en las que la distribución del poder sigue los parámetros dictados por los estereotipos culturales. Habitualmente, este estilo verticalista no es percibido por una mirada externa, ya que la imagen social de la familia puede ser sustancialmente distinta de la imagen privada.

Esta disociación entre lo público y lo privado, para ser mantenida, necesita a veces de cierto grado de aislamiento social, que permite sustraer el fenómeno de la violencia de la mirada de los otros.

Los antecedentes que emergen de la historia personal de quienes están involucrados en relaciones violentas muestran un alto porcentaje de contextos violentos en las familias de origen, moldeados por los arquetipos de género transmitidos.

Los hombres violentos en su hogar suelen haber sido niños maltratados o, al menos, testigos de la violencia de su padre hacia su madre. Las mujeres maltratadas también tienen historias de maltrato en la infancia.

La violencia en la familia de origen ha servido de modelo de resolución de conflictos interpersonales y ha ejercido el efecto de "normalización" de la violencia: la recurrencia de tales conductas, percibida a lo largo de la vida, las ha convertido en algo corriente, a tal punto que muchas mujeres no son conscientes del maltrato que sufren, y muchos hombres no comprenden cuando se les señala que sus conductas ocasionan daño.

Hay un factor que es común a quienes han sufrido situaciones de violencia en la infancia, sean hombres o mujeres: la baja autoestima. Pero por efecto de la socialización de género, se manifiesta de manera distinta según el sexo: en las mujeres incrementa los sentimientos de indefensión y culpabilidad; en los hombres, activa mecanismos de sobrecompensación que los llevan a estructurar una imagen externa dura.

Dohmen, M. (1994) Abordaje interdisciplinario del síndrome de la mujer maltratada de Violencia Familiar. Corsi J. (comp). Cap II. Buenos Aires: Paidós (1997).

Condiciones de la violencia familiar.- Existen ciertas características de la organización familiar que facilitan la aparición del fenómeno de la violencia. Entre estas características podemos citar:

- a) Una organización jerárquica fija e inamovible, basada en la creencia, muchas veces explícita, en desigualdades naturales.
- b) Un sistema de autoridad donde la distribución del poder se organiza en concordancia con las jerarquías, conformando relaciones de dominación / subordinación autoritarias.
- c) Una modalidad relacional, cercenadora de la autonomía, en tanto los miembros de la familia interactúan rígidamente, esto es, sólo en términos de funciones con relación a otros y sin posibilidad de recortar su propia identidad. De esta manera son y actúan como el sistema les impone ser, permaneciendo inmovilizados en sus lugares.
- d) Fuerte adhesión a los modelos dominantes de género, o estereotipos de género.

Cazau P (2001) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Violencia familiar y género.- Las creencias culturales asociadas al problema de violencia familiar han sido estudiadas por diversas disciplinas como la sociología, antropología, psicología, etc, que han definido al entorno más amplio como "sociedad patriarcal", dentro de la cual el poder, conferido al hombre por sobre la mujer y a los padres por sobre los hijos, es el eje que estructura los valores sostenidos históricamente por nuestra sociedad occidental. El sistema de creencias patriarcal sostiene un modelo de familia vertical, con un vértice constituido por el jefe de familia, que siempre es el padre, y estratos inferiores donde son ubicados la mujer y los hijos.

Dentro de esa estratificación, el subsistema filial también reconoce cierto grado de diferenciación basada en el género, ya que los hijos varones son más valorados y, en consecuencia, obtienen mayor poder que las hijas mujeres.

Unida a este modelo vertical, encontramos una concepción acerca del poder y la obediencia en el contexto familiar. Las formas más rígidas del modelo prescriben obediencia automática e incondicional de la mujer hacia el marido y de los hijos hacia los padres. Pero aun las formas más flexibles sostienen una concepción acerca de la distribución del poder dentro de la familia y una serie de creencias generalizadas que habitualmente se traducen en frases populares, tales como la mujer deber seguir al marido o los hijos deben obedecer a los padres.

Este sistema de creencias va dando forma a los conceptos de roles familiares, derechos y responsabilidades de los miembros de la familia. Así por ejemplo, un hombre socializado con un contexto patriarcal tiene la absoluta convicción de que le corresponde el derecho de que sus deseos no sean contrariados en el ámbito familiar; cualquier transgresión a esa regla justificará el uso de la fuerza para castigar a quien no la ha respetado.

Las creencias culturales acerca de lo que es un hombre incluye estereotipos de la masculinidad que asocia al varón con la fuerza. Por lo tanto, se percibe como posible el uso de la fuerza para resolución de conflictos. Desde niños, los varones son alentados a resolver problemas mediante actitudes competitivas y a imponerse a los otros. En contrapartida, la mujer es culturalmente percibida como más débil y, por lo tanto, se la asocia a conceptos tales como dulzura, sumisión y obediencia.

Las definiciones culturales acerca de lo que significa ser mujer, varón o niño, junto con la concepción sobre la familia tienen una relación directa con el problema de la violencia familiar, ya que proporcionan el marco más general en el cual transcurre el drama.

Cazau P (2001) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Violencia familiar: mitos.- En lo que respecta a la violencia familiar, existe una enorme cantidad de mitos que es necesario revisar para poder comprender la realidad del fenómeno. He aquí algunos de ellos (Jorge Corsi, 1994):

Mito 1: Los casos de violencia familiar son escasos; no representan un problema tan grave.

Realidad: Hasta hace algunos años, el fenómeno de la violencia familiar no había sido estudiado ni sacado a la luz, por tratarse de un fenómeno oculto, cuyos protagonistas hacen todo lo posible por disimular. Pero cuando se comenzó a investigar, las estadísticas mostraron la magnitud social del problema: alrededor del 50% de las familias sufre alguna forma de violencia.

Mito 2: La violencia familiar es producto de algún tipo de enfermedad mental.

Realidad: Los estudios realizados muestran que menos del 10% de los casos de violencia familiar son ocasionados por trastornos psicopatológicos de algunos de los miembros de la familia. Por el contrario, se ha comprobado la afirmación opuesta: que las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia a menudo desarrollan trastornos psicopatológicos, como cuadros de depresión, angustia, insomnio, etc.

Mito 3: La violencia familiar es un fenómeno que sólo ocurre en las clases sociales más carecientes.

Realidad: La pobreza y las carencias educativas constituyen factores de riesgo para las situaciones de violencia, pero no son patrimonio exclusivo de esos sectores de la población. Se sabe que los casos de violencia familiar se distribuyen en todas las clases sociales y en todos los niveles educativos. Hay casos de abuso crónico en familias de profesionales, empresarios, comerciantes, etc.

Lo que ocurre es que, a medida que ascendemos en la escala social, existen más recursos para mantener oculto el problema.

Mito 4: El consumo de alcohol es la causa de las conductas violentas.

Realidad. El consumo de alcohol puede favorecer la emergencia de conductas violentas, pero no las causa. De hecho, muchas personas alcohólicas no usan la violencia dentro de su hogar, y también es cierto que muchas personas que mantienen relaciones familiares abusivas no consumen alcohol. Y existe un tercer argumento: las personas que utilizan la violencia dentro de su hogar cuando están alcoholizadas no son violentas cuando deben en otros lugares o en situaciones sociales.

Mito 5: Si hay violencia, no puede haber amor en una familia.

Realidad: Los episodios de violencia dentro del hogar no ocurren de forma permanente, sino por ciclos. En los momentos en los que los miembros de la familia no están atravesando por la fase más violenta del ciclo, existen interacciones afectuosas

Mito 6: A las mujeres que son maltratadas por sus compañeros les debe de gustar; de lo contrario no se quedarían.

Realidad: Los acuerdos masoquistas no entran dentro de la definición de violencia doméstica. En la mayoría de los casos de mujeres que sufren situaciones crónicas de abuso no pueden salir de ellas por una cantidad de razones de índole emocional, social, económica, etc. Además, una mujer víctima de maltrato experimenta sentimientos de culpa y vergüenza por lo que le ocurre, y eso le impide muchas veces pedir ayuda. Pero en ningún caso experimentan placer en la situación de abuso; los sentimientos más comunes son el miedo, la impotencia y la debilidad.

Mito 7: Las víctimas de maltrato a veces se lo buscan: "algo hacen para provocarlo".

Realidad: Es posible que su conducta provoque enojo, pero la conducta violenta es absoluta responsabilidad de quien la ejerce.

No hay provocación que justifique una trompada, un golpe en la cabeza o una patada. Los hombres que ejercen violencia en su hogar intentan permanentemente justificar su conducta en la provocación y eso les permite eludir su responsabilidad

Mito 8: El maltrato emocional no es tan grave como la violencia física.

Realidad: El abuso emocional continuado, aun sin violencia física, provoca consecuencias muy graves desde el punto de vista del equilibrio emocional. Muchos psiquiatras llegan a diagnosticar cuadros psicóticos en personas que, en realidad, están sufriendo las secuelas del maltrato psicológico crónico.

Mito 9: La conducta violenta es algo innato, que pertenece a la "esencia" del ser humano.

Realidad: La violencia es una conducta aprendida a partir de modelos familiares y sociales que la define como un recurso válido para resolver conflictos. Se aprende a utilizar la violencia en la familia, en la escuela, en el deporte, en los medios de comunicación. De la misma forma, sería posible aprender a resolver las situaciones conflictivas de manera no violenta.

Corsi, J. (1994). Violencia Familiar. Buenos Aires: Paidós (3ª edición 1997).

Violencia familiar: mitos.- Desde el nacimiento, hombres y mujeres son influenciados por mensajes que modelan algunos rasgos de personalidad, así como sus creencias, opiniones y modos de comportarse. Algunas de estas creencias y mitos conciernen a la relación entre hombre y mujer, y permiten legitimar la violencia familiar, tales como por ejemplo (Ferreira, 1996:79) "Hay amores que matan", "Los hombres son agresivos por naturaleza", "El lugar de la mujer es su hogar", "Porque te quiero te aporreo", "El matrimonio no es un lecho de rosas", "El amor es sufrimiento", "Las mujeres necesitan mano fuerte", "A golpes se hacen los hombres", "Los hombres son chicos grandes", etc.

Este conjunto de refranes o dichos populares expresan creencias que "forman un entramado ideológico no conciente, que es aceptado tácitamente sin previo análisis. Está abonado por una serie de argumentos estereotipados, surgidos de costumbres, dichos y tradiciones" (Ferreira, 1996:78).

Algunos otros mitos y creencias se refieren específicamente al hombre. Dice Corsi que "los hombres golpeadores se apoyan en los valores culturales, basados particularmente en los mitos de la masculinidad que definen cómo 'debe ser El Hombre'. Desde esta posición necesitan tener el control, la dominación y la jerarquía con respecto a la mujer, a la cual subordinan y someten para mantener el status descrito" (Corsi, 1995:73).

Corsi Jorge y otros, Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención, Buenos Aires, 1995.

Ferreira Graciela (1996) Cartilla para trabajadores de la salud. Asesoramiento y recursos para la intervención de los trabajadores de la salud en situaciones de violencia familiar. Buenos Aires, Asociación Argentina de Prevención de la violencia familiar.

Violencia familiar: factores de riesgo.- A partir de investigaciones sociales realizadas, R. Gelles y M. Straus (1988) han identificado 11 factores que pueden incrementar el riesgo potencial dentro de la familia:

La duración del período de riesgo; es decir, la cantidad de tiempo que los miembros de una familia están juntos.

La gama de actividades y temas de interés; la interacción entre los miembros de una familia se produce en una multiplicidad de contextos.

La intensidad de los vínculos interpersonales.

Los conflictos de actividades; es decir, las diferencias de opinión en las decisiones que afectan a todos los miembros.

El derecho culturalmente adquirido a influir en los valores, los comportamientos y las actitudes de los otros miembros de la familia.

Las diferencias de edad y sexo.

Los roles atribuidos, en función de la edad y el sexo.

El carácter privado del medio familiar.

La pertenencia involuntaria; es decir, el hecho de no haber elegido la familia.

El estrés atribuible al ciclo vital, los cambios socioeconómicos y otros.

El conocimiento íntimo de la vida de cada uno de los otros miembros, de sus puntos débiles, de sus temores y preferencias.

Todos estos factores incrementan la vulnerabilidad de la familia y transforman al conflicto, inherente a toda interacción, en un factor de riesgo para la violencia.

Gelles R y Straus M (1988) Intimate violence. New York. Simon and Schuster.

Violencia familiar: perspectiva psicosocial.- Para poder aproximarnos al estudio de la pareja como entorno cotidiano real, es necesario tener presentes las representaciones socio-culturales y las nociones míticas que nos han transmitido y que hemos aprendido, donde la pareja y la familia aparecen como lugar ideal de realización afectiva, comprensión, seguridad, sostén y amparo. Sin embargo las estadísticas muestran a la pareja y a la familia por sus características de porosidad, permeabilidad, intimidad, privacidad y creciente aislamiento, como una estructura vincular que tiende a ser conflictiva y núcleo de violencia potencial.

La violencia familiar representa un grave problema social, ya que se estima que alrededor del 50% de las familias sufre o ha sufrido alguna forma de violencia considerable (Corsi 1994).

Comprenderlo como un problema social implica cuestionar la creencia bastante común de que lo que sucede dentro del ámbito familiar es una cuestión absolutamente privada. Dohmen (1994) enumera algunas razones para dejar de considerarlo como un problema privado:

- 1. Las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia dentro del hogar presentan una debilitación gradual de sus defensas físicas y psicológicas, lo cual se traduce en un incremento de los problemas de salud (enfermedades psicosomáticas, depresión, etc.)
- 2. También se registra una marcada disminución en el rendimiento laboral (ausentismo, dificultades en la concentración, etc.)
- 3. Los niños y adolescentes, que son víctimas o testigos de la violencia intrafamiliar, frecuentemente presentan trastornos de conducta escolar y dificultades en el aprendizaje.

- 4. Los niños, que aprenden en su hogar modelos de relación violentos, tienden a reproducirlos en sus futuras relaciones, perpetuando así el problema.
- 5. Un alto porcentaje de menores conductas delictivas proviene de hogares donde han sido víctimas o testigos de violencia crónica.

Éstas son algunas de las razones por las cuales el problema de la violencia familiar no puede seguir siendo entendida como una cuestión privada, ya que la salud, la educación, el trabajo, la seguridad son cuestiones públicas y comunitarias. Por lo tanto, un factor potencialmente perturbador para todas esas áreas debe ser considerado como un problema que nos afecta a todos, en tanto integrantes de una comunidad.

Corsi, J. (1994). *Violencia Familiar*. Buenos Aires: Paidós (3ª edición 1997).

Dohmen, M. (1994) *Abordaje interdisciplinario del síndrome de la mujer maltratada de Violencia Familiar*. Corsi J. (comp). Cap II. Buenos Aires: Paidós (1997).

Prevención primaria en violencia familiar.- Sin embargo, el problema de la violencia familiar y el de la mujer golpeada es lo suficientemente complejo e importante como para no quedar circunscripto a la órbita de la prevención secundaria. Requiere también en forma simultánea intervenir a nivel de prevención primaria, y en este sentido valen recomendaciones como las siguientes (Corsi, 1999:62):

Develar los mitos y estereotipos culturales que sirven de basamento a la violencia.

Concientizar a la comunidad acerca de la violencia familiar entendida como un problema social.

Proporcionar modelos alternativos de funcionamiento familiar, más democráticos y menos autoritarios.

Alentar la existencia de una legislación adecuada y específica para el problema de la violencia doméstica.

Promover la creación de una red de recursos comunitarios para proveer apoyo y contención a las víctimas de violencia.

La importancia de este enfoque ecológico multidimensional, como lo denomina J. Corsi, reside en que el problema no se resuelve cuando la mujer logra liberarse del vínculo con el hombre golpeador: todavía debe enfrentar una sociedad que no está preparada para recibirla.

En efecto, incluso cuando las mujeres se han liberado de sus abusadores, "deben luchar contra los elementos de una cultura que sabotea sus esfuerzos... Además, las imágenes presentadas por los medios y sostenidas por creencias populares acerca de la mujer golpeada, intensifican la vulnerabilidad que el abuso provoca y hacen impacto sobre su capacidad para definir sus propias experiencias" (Kirkwood, 1999:201).

Kirkwood Catherine (1999) *Como separarse de su pareja abusadora. Desde las heridas de la supervivencia a la sabiduría para el cambio*. Barcelona: Granica.

Corsi Jorge (comp) (1999) *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.

Violencia familiar.- La violencia familiar, el maltrato infantil, el abuso sexual y la violencia político-social son agresiones que se incrementan progresivamente en Colombia; sus consecuencias sobre los niños y adolescentes no solo son inmediatas sino que también afectan el desarrollo y favorecen la aparición de psicopatología en la juventud y la adultez. El presente estudio busca una asociación entre violencia familiar, abuso sexual, terrorismo y desarrollo de psicopatología como depresión e ideación suicida en un grupo de consultantes quienes hacían parte de una comunidad universitaria, los que recibieron asesoría por especialistas en psiquiatría. El presente estudio es retrospectivo y transversal. Se evaluaron 137 consultantes pertenecientes a una comunidad universitarias mediante Historia Clínica, entrevista y escala de Zung. Como conclusiones del estudio se encontró una asociación significativa entre haber padecido violencia en la infancia (intrafamiliar, sexual, social) y el desarrollo de psicopatología en la juventud y vida adulta, especialmente depresión, consumo de alcohol y THC, ideación suicida e intentos suicidas.

Héctor Adolfo Montoya Padilla; Gloria Marcela Basto Beltrán. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad Antonio Nariño, Bogotá DC., (Colombia, SA). *Violencia y desarrollos psicopatológicos en la juventud y adultez*. Interpsiquis (2003).

Violencia familiar en esquizofrenia.- Resumen: Se realizó un estudio descriptivo transversal cuyo universo estuvo constituido por los pacientes esquizofrénicos diagnosticados según las pautas contempladas en el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-3), en los Centros de Salud Mental Comunitarios pertenecientes a las 4 áreas de salud del Municipio Pinar del Río en el año 2005. En 100 de estas familias se tenía previamente el conocimiento de la existencia de un esquizofrénico entre sus integrantes. Se aplicó una encuesta anónima y se realizó una entrevista diagnóstica y un examen psiquiátrico directo a la persona reconocida como violenta (obviándose el caso en que fuera el esquizofrénico), teniendo como objetivo evaluar el comportamiento de la violencia en la familia del esquizofrénico, aplicando valores porcentuales, encontrando que más de un tercio de los esquizofrénicos se condujo con frecuencia de manera violenta, a diferencia de los sujetos sin trastorno mental en los que este fenómeno se presentó en el 6.1%. La categoría "frecuente" en los episodios de violencia fue muy superior a todas, con el 60.8%, constatándose en todos los casos un franco predominio de la violencia psicológica. Se le atribuyó a la enfermedad mental la principal causa de la violencia en las familias. Los

hijos fueron considerados en la investigación los que con mayor frecuencia se comportaron de manera violenta a diferencia del resto de los integrantes de la familia.

Roberto González Pérez; Dalia Carmona Domínguez, La violencia en la familia del esquizofrénico. INTERPSIQUIS. -1; (2008).

Violencia y abusos sexuales en la familia.- El texto de Perrone y Nannini trata del problema de la violencia y los abusos sexuales en el ámbito familiar, y, como el subtítulo lo indica, se trata de un abordaje desde un marco teórico sistémico y comunicacional.

Luego de algunas reflexiones a modo de preámbulo, los autores desarrollan la temática indicada en dos partes: la primera trata de la violencia y la familia, y la segunda del abuso sexual y el incesto.

La necesidad de introducir un enfoque diferente que permitiese considerar el problema de la violencia familiar de manera dinámica y desde una perspectiva de cambio, llevó a los autores a establecer cuatro premisas básicas:

Primera premisa: La violencia no es un fenómeno individual sino la manifestación de un fenómeno interaccional. Segunda premisa: Todos los que participan en una interacción se hallan implicados y son, por lo tanto, responsables (en un sentido interaccional, no legal). Tercera Premisa: Todo individuo adulto con capacidad para ser autónomo, es el garante de su propia seguridad. Si no asume esta responsabilidad, estimula los aspectos incontrolados y violentos de la otra persona, con lo que organiza y alimenta una interacción de carácter violento. Cuarta premisa: Cualquier individuo, en determinado contexto o en determinada interacción, puede llegar a ser violento, con diferentes modalidades o manifestaciones.

La hipótesis general que ha servido de guía a los autores para desarrollar sus ideas en este libro puede formularse diciendo que el acto violento no representa una forma de desorden sino que obedece a un orden prioritario, resultante de las secuencias circulares, de interacciones y de mensajes repetitivos intercambiados entre varios protagonistas, cuya implicación es innegable.

Se nota así el marco teórico utilizada: interaccional y comunicacional, marco que nos permite entender que la violencia no se ejerce de una persona hacia otra sino que se trata de un intercambio, de una interacción donde todos son a la vez verdugos y víctimas. Se llaman 'participantes' a las personas que participan de una interacción en el momento de la acción violenta. El libro se propone mostrar que existen modelos de interacciones que conducen a la violencia.

Lejos de ser un fenómeno indiscriminado o multiforme, la violencia adopta dos formas distintas, en lo que los autores consideran su descubrimiento fundamental: la violencia agresión y la violencia castigo.

La violencia agresión es aquella que se establece entre personas relacionadas simétricamente, es decir en pie de igualdad. En cambio, la violencia castigo tiene lugar entre personas implicadas en una relación complementaria, es decir, desigualitaria. Los autores toman así los conceptos de interacciones simétricas y complementarias de la teoría comunicacional, para poder tipificar los relaciones de violencia.

El abuso sexual y el incesto tiene lugar en el marco del segundo tipo de violencia, la violencia castigo, ya que la relación se organiza apoyándose en la evidencia de que ambos pertenecen a niveles o status diferentes, lo que hace que uno de ellos pueda atribuirse prerrogativas sobre el otro abusando de él. El abuso sexual es la forma más extrema de este tipo de violencia, mientras que el incesto no llega a dichos extremos.

Sinopsis de Perrone R y otro, Violencia y abusos sexuales en la familia.

VITILIGO

Tratamiento psicológico.- Resumen: Se realiza una presentación de 3 casos de vitiligo, una de las dermatopatías que más se presenta donde el factor psicológico es un disparador para el sistema inmunológico, estos fueron tratados con 15 sesiones de hipnosis combinada con acupuntura cada uno y los resultados fueron positivos.

Claribel Suárez López; Nadieska Angulo Martínez, Tratamiento del vitiligo regulando energías a través de la hipnosis y la acupuntura. INTERPSIQUIS. -1; (2008).

VOYEURISMO

Definición.- Parafilia que se caracteriza por ser la principal fuente de excitación sexual para el sujeto la contemplación de personas desnudas o realizando algún tipo de actividad sexual.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 459.

PSICOTERAPIAS

ABANDONO DEL TRATAMIENTO

Generalidades.- El abandono del tratamiento es un fenómeno generalizado que distorsiona el funcionamiento de los servicios médicos y puede acabar afectando a la propia evolución de los pacientes.

Para investigar sus causas, se ha estudiado su incidencia y los factores potencialmente asociados, en una cohorte de pacientes mayores de 17 años ingresados por primera vez en nuestro Servicio de Salud Mental durante el año 1997. Los resultados confirman una elevada tasa de abandonos (62,7%), formado por un grupo heterogéneo en el que la primera causa es la mejoría (43%), seguida de la ineficacia del tratamiento (23%). Como factores predictivos del abandono, únicamente hemos podido distinguir el número menor de contactos y el tratamiento con un neuropsiquiatra. Los abandonos precoces (con sólo 4 contactos) suponen el 30% del total, y en general se producen por mejoría y, sobre todo, entre los pacientes atendidos por los psiquiatras. No parece que el abandono agrave la evolución de los pacientes, en parte quizás porque en los procesos más graves (ejemplo psicosis) se consigue mantener un buen cumplimiento terapéutico.

Miguel A. Moré M, Huidobro A, Rodríguez M y Holgado P, Estudio de los abandonos de tratamiento. Archivos de Psiquiatría. 2002 Sep; 65(3):243-262.

ABREACCIÓN

Definición.- 1. El proceso de eliminar u olvidar una acción reprimida o una experiencia desagradable reviviéndola en discurso, acción o sentimiento. Bleuler y Freud denominaban abreacción al proceso por el cual se hace desaparecer el carácter enfermizo por el método catártico. El propósito del tratamiento psicoanalítico es revivir el trauma y dar así la posibilidad para que la descarga que no ha tenido lugar, pueda efectuarse. Durante el análisis, esta descarga se produce, en general, a medida que entran en el terreno de lo consciente las representaciones reprimidas (Al.: *Abreagieren*).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ABSOLUCIÓN

Definición.- (Psicoanálisis) La confesión psicoanalítica en el tratamiento tiene un carácter de *catarsis* con la exigencia tácita de que el enfermo quede absuelto de su pecado (en Psicoanálisis: de un *Complejo de Edipo*, es decir, de incesto y parricidio). Según este concepto del Psicoanálisis llega el sujeto a este último punto de absolución, como solución a su complejo de culpabilidad. Ve en el psicoterapeuta su "redentor" (Caruso) y espera las palabras "ego te absuelvo", palabras que ya no incumben a las tareas terapéuticas, sino pertenecen al sacerdote.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ACERCAMIENTO CENTRADO EN LA PERSONA

Generalidades.- La psicoterapia de Carl Rogers nace en EE.UU. alrededor de la década del 50, donde el escenario de la psicoterapia era dominado por el psicoanálisis por un lado, y la psicoterapia conductista por el otro.

Sus hallazgos clínicos en la práctica como psicoterapeuta son la fuente principal de la que se nutre para elaborar ulteriormente su teoría y diseñar la copiosa investigación que acompañó cada paso de su desarrollo conceptual.

Esta modalidad psicoterapéutica - a la que podría incluirse dentro de la llamada Psicología Humanística, y de la cual Rogers es uno de sus fundadores - está basada en un concepto que es clave para su comprensión: la *Tendencia Actualizante*, es decir, la capacidad que todo organismo vivo posee, en potencia, de desplegar al máximo su tendencia de autodesarrollo y la autorrealización. Traducido a la práctica terapéutica, se trata de la *confianza básica* de que en todo individuo existe implícita una capacidad para transformarse en la dirección de su desarrollo como la persona que es.

Para propiciar esta transformación, el terapeuta debe proveer a la relación terapéutica de un clima de seguridad psicológica, desprovisto de amenaza y que promueve la libre expresión - por parte del consultante y de él mismo -, de su experiencia inmediata.

Para procurar este clima, el terapeuta debe poner en funcionamiento las "actitudes facilitantes" que son condición necesaria y suficiente para el desarrollo del proceso terapéutico. Estas son:

- 1.- *La empatía*: Las capacidades de captar la realidad experiencial del consultante tal como él la percibe.
- 2.- *La congruencia*: La capacidad por parte del terapeuta de tomar contacto con la experiencia genuinamente vivida por sí mismo en el aquí y ahora de su relación con el consultante. Sería sinónimo de la noción de *autenticidad*.
- 3.- *La consideración positiva incondicional*: La capacidad de acercarse a la experiencia del consultante sin prejuicios y sin juzgar su experiencia, en la idea de comprenderlo, más que juzgarlo más allá de una consideración valorativa o axiológica.

Dadas estas actitudes, y a condición de que el paciente pueda percibirlas, se producirá un proceso de transformación y de reorganización del sí mismo, que llevaría a la persona en la dirección del "funcionamiento óptimo de su personalidad"

Este método tiene su apoyatura instrumental y técnica en una modalidad de respuesta que es el *reflejo*, uno de los modos más habituales para facilitar la libertad de expresión en el consultante.

La aplicación de esta psicoterapia no está condicionada por psicodiagnósticos que excluyen sus efectos terapéuticos, porque está fundada en el respeto y en una relación de persona a persona.

Rud Claudio, La psicoterapia del Acercamiento Centrado en la Persona. Incluido en en Sánchez Bodas y otros (1994) Psicoterapias en Argentina. Buenos Aires: Holos, página 236.

ACUPUNTURA

Generalidades.- La acupuntura es una terapéutica de la medicina tradicional china utilizada desde hace más de 3.000 años. Recientemente ha ido ganando popularidad entre pacientes y médicos en el mundo occidental. Investigaciones en ciencias básicas aclaran los mecanismos fisiológicos de la acupuntura. Múltiples investigaciones muestran que la acupuntura desencadena una respuesta neuroendocrina que activa cascadas de opioides endógenos.

Numerosos estudios clínicos controlados y aleatorizados, y revisiones sistemáticas han intentado evaluar la eficacia clínica de la acupuntura. La evidencia derivada de estos trabajos avala la acupuntura como un tratamiento eficaz para el dolor dental, las náuseas y vómitos de los posoperatorios y de la quimioterapia. Para otras condiciones, los resultados todavía no son concluyentes dado que la investigación clínica en acupuntura plantea retos metodológicos que están en proceso de ser superados.

La acupuntura es una terapéutica segura en manos entrenadas. La comunidad médica se está abriendo a la utilización de la acupuntura como una terapéutica no farmacológica complementaria a la práctica médica habitual. Son necesarios más estudios que nos permitan ir esclareciendo las dudas y que sirvan de puente entre este antiguo arte de curar y los sistemas modernos de salud.

N. Ospina-Díaz. Introducción a la acupuntura. Fundamentos e interés para el médico de Atención Primaria.

SEMERGEN. 2009 OCT; 35(8):380-384.

ADICCIÓN

Intervenciones psicosociales en adicción.- Objetivo: A pesar de los significativos avances en los tratamientos psicosociales en los trastornos por consumo de sustancias, no se ha demostrado bien el éxito relativo de estos enfoques. En este metaanálisis, los autores proporcionan los tamaños de los efectos de varios tipos de tratamientos psicosociales, así como los índices de abstinencia y de cumplimiento del tratamiento en ensayos de tratamiento de abuso y dependencia de cannabis, cocaína, opio y polisustancias. Método: Mediante una serie de búsquedas extensas en la bibliografía, los autores identificaron un total de 34 situaciones de tratamiento bien controladas, 5 para cannabis, 9 para cocaína, 7 para opiáceos y 13 para polisustancias que representaban el tratamiento de 2.340 pacientes. Los tratamientos psicosociales evaluados incluían manejo de contingencias, prevención de recaídas, terapia cognitivo-conductual general y tratamientos que combinaban terapia cognitivo-conductual y manejo de contingencias. Resultados: En conjunto, los datos de ensayos controlados indicaron que los tratamientos psicosociales proporcionan beneficios, reflejando un tamaño del efecto moderado de acuerdo con los estándares de Cohen. Estas intervenciones eran más eficaces en el caso del consumo de cannabis y peores en el policonsumo. El efecto más fuerte se halló en las intervenciones con manejo de contingencias. Aproximadamente un tercio de los participantes a lo largo de los tratamientos psicosociales abandonaron antes de completar el tratamiento, en comparación con el 44,6 % de las situaciones de control. Conclusiones: Los tamaños de los efectos para los tratamientos psicosociales del consumo de drogas oscilaron entre las categorías bajo-moderado y alto-moderado, dependiendo del trastorno de consumo de sustancias y del tratamiento en estudio. Dadas las discapacidades sociales, emocionales y cognitivas a largo plazo asociadas a los trastornos por consumo de sustancias, estos tamaños de efectos son dignos de mención y similares a los de otros tratamientos eficaces en psiquiatría. Lissa Dutra; Georgia Stathopoulou; Shawnee L. Basden; Teresa M. Leyro; Mark. B. Powers; Michael W. Otto. Revisión metaanalítica de las intervenciones psicosociales en los trastornos por consumo de sustancias. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 FEB;165(2):179-187.

ADMISIÓN

Generalidades.- Durante la admisión, los objetivos de ayuda que persigue el paciente se transforman en metas de una psicoterapia.

Factores que condicionan la declaración de malestar.- La declaración del malestar, núcleo del motivo de consulta, está predicha por una triple acción condicionante que impone el terapeuta admisor:

- a) Contextual: factores que rodean el primer encuentro, tales como prestigio de la psicoterapia, prestigio del terapeuta consultado y grado de credibilidad que el paciente asigna al tratamiento.
- b) Actitudinal: forma como el entrevistador se sitúa ante el paciente, la forma como inicia el contacto, la forma de saludar, en tono de voz, etc.
- c) Verbal: habitualmente privilegiado por el terapeuta. Son importantes las primeras verbalizaciones, como ¿en qué puedo ayudarlo?, o ¿qué lo trae a la consulta?, etc.

Cuando el paciente declara su malestar, éste queda automáticamente resignificado por los tres condicionantes señalados.

Hay pacientes que consultan cuando no lo precisan. Si alguien no está preparado para una psicoterapia es porque no la necesita, porque necesita otra forma de terapia o porque necesita otra cosa antes.

Dos preguntas debe responder una admisión: 1) como saber si una declaración de malestar requiere psicoterapia o no, y 2) en caso afirmativo, cuál es el procedimiento más recomendable para seguir con esa persona? Para todo ello debemos considerar las características del malestar, el sujeto de la consulta, la evolución de la demanda, y las atribuciones del paciente sobre su propio malestar (esto último se ve en el capítulo 14).

El sujeto de la consulta.- Este sujeto puede ser el mismo interesado en el tratamiento, u otra persona que lo representa, como los familiares de un psicótico o un demente, o los padres de un niño. La psicoterapia suele tener éxito cuando responde a una libre disposición del paciente, pero genera frustración y fracasa cuando es una forma de coerción.

Evolución de la demanda.- La demanda va evolucionando entre el momento donde comenzó el malestar y el momento de la consulta. El malestar que da lugar a la demanda puede iniciarse de dos maneras: bruscamente (cuando la situación supera la capacidad de procesar información, como las experiencias traumáticas, donde los sujetos suelen reclamar soluciones rápidas), o progresivamente (un problema que el paciente viene arrastrando, pero que no determina inmediatamente una consulta, como por ejemplo una eyaculación precoz). Cuanto más prolongado es el tiempo de consulta, más profunda suele ser la disfuncionalidad.

Estimaciones en la admisión.- La decisión de admitir un paciente abarca dos tipos de evaluaciones:

a) Del paciente: estimaciones subjetivas e intersubjetivas que confluyen en torno a la naturaleza del malestar, intensidad del sufrimiento, consecuencias que acarrea, expectativas para la vida del paciente y personas allegadas a él, y los esfuerzos que deberá hacer para tratarse.

b) Del terapeuta: Conformada por su estimación el torno a la severidad del trastorno, la comprensión teórica de que dispone, los recursos técnicos para enfrentar esa situación y otros recursos adicionales para poder ayudar al paciente.

Acuerdo entre paciente y terapeuta en cuanto a los objetivos.- Un 30% de pacientes no comienzan el tratamiento, a pesar de que el admisor se lo indica, y la razón de esas deserciones está vinculada con un error de los admisores en el momento de evaluar la estimación subjetiva del paciente en cuanto a objetivos del tratamiento y nivel de esfuerzos requerido para seguir adelante con él.

Debe haber por lo tanto, un acuerdo inicial entre paciente y terapeuta en cuanto a los objetivos de la terapia. Criterios para esto son por ejemplo en que se pongan de acuerdo en cuanto a la severidad del problema, los esfuerzos que requiere tratárselo, aceptación de las reglas que impone el terapeuta en cuanto a tiempo de sesiones, costo del tratamiento, etc.

Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 13.

AGORAFOBIA

Tratamientos combinados y realidad virtual.- Introducción. Diversos estudios de validación han identificado el uso de ciertos psicofármacos, las terapias cognitivo- conductuales (TCC) y los tratamientos combinados como procedimientos eficaces para el tratamiento de la agorafobia. Investigaciones recientes sugieren que la agorafobia puede ser abordada también con procedimientos como terapia de exposición a realidad virtual (TERV) los escenarios fóbicos. Metodología. Veintisiete pacientes con agorafobia fueron distribuidos en dos grupos de psicofármacos (paroxetina y venlafaxina) y en dos procedimientos cognitivo-conductuales (con o sin exposición a TERV). Se utilizaron siete escenarios virtuales.

Resultados. Se observan mejorías clínicamente significativas en todos los grupos experimentales. Respecto a los psicofármacos (paroxetina y venlafaxina), ambos mejoran significativamente la sintomatología, y en lo que a las TCC se refiere, los pacientes tratados con TERV parecen beneficiarse en mayor medida, especialmente los crónicos.

Conclusiones. Los tratamientos combinados para la agorafobia, incluyendo paroxetina, venlafaxina y técnicas cognitivo- conductuales (con o sin TERV), parecen mostrar beneficios clínicos. Las TERV parecen ser un posible tratamiento eficaz para la agorafobia, especialmente para los pacientes con agorafobia crónica.

C. T. Pitti , W. Peñate , J. de la Fuente , J. M. Bethencourt , L. Acosta , M. L. Villaverde , R. Gracia, Agorafobia: tratamientos combinados y realidad virtual. Datos preliminares. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2008 MAR;36(2).

AJUSTE PSICOSOCIAL

Ajuste psicosocial y función ejecutiva en pacientes en remisión.- Objetivos: Los objetivos de este estudio fueron examinar las relaciones entre la función ejecutiva y el ajuste psicosocial, y los efectos de

mediación y de moderación del insight sobre la asociación entre la función ejecutiva y el ajuste psicosocial en pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia en remisión clínica.

Métodos: Se evaluó el nivel de ajuste psicosocial en 96 sujetos con trastorno bipolar y 96 sujetos con esquizofrenia que se encontraban en estado de remisión. Se examinó la asociación entre la función ejecutiva y el ajuste psicosocial y los efectos de mediación y de moderación de la lucidez a través de modelos de análisis de regresión múltiple y de la prueba de Goodman.

Resultados: Los resultados indicaron que la función ejecutiva tenía un efecto directo sobre el ajuste psicosocial en sujetos con trastorno bipolar y esquizofrenia. Sin embargo, el efecto de mediación del insight sobre la asociación entre la función ejecutiva y el ajuste psicosocial únicamente se encontró en sujetos con esquizofrenia, pero no en sujetos con trastorno bipolar. No se encontró ningún efecto de moderación del insight sobre la asociación entre la función ejecutiva y el ajuste psicosocial en sujetos con esquizofrenia o trastorno bipolar.

Conclusiones: Los resultados de este estudio indicaron que la función ejecutiva tiene un papel importante en el ajuste psicosocial en ambos pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia. Mientras tanto, el insight tiene un papel diferente en la asociación entre la función ejecutiva y el ajuste psicosocial en pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia.

Cheng-Fang Yen; Chung-Ping Cheng; Chi-Fen Huang...(et.al) Relación entre el ajuste psicosocial y la función ejecutiva en pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia en remisión: Los efectos de mediación y moderación del insight. BIPOLAR DISORDERS. 2009 MAR; 11(2):190-197.

ALIANZA TERAPÉUTICA

Generalidades.- El concepto de la alianza terapéutica tuvo su origen en la literatura psicoanalítica, pero en los últimos años diversos investigadores y teóricos de distintas tradiciones de psicoterapia han comenzado a explorar su valor potencial como en la psicoterapia genérica. Josef Breuer y Sigmund Freud ([1912] 1958) se refirieron desde un principio al paciente como a un colaborador activo del tratamiento, pero sin centrarse en la importancia de la alianza terapéutica en el psicoanálisis. Para 1912, no obstante, Freud ([1912] 1958) subrayó con más claridad la importancia de la camaradería y el afecto entre el paciente y el terapeuta en el psicoanálisis.

El vínculo de la alianza terapéutica se refiere a la índole de la relación entre el terapeuta y el paciente. Bordin (1979) sostiene que las diferentes formas de psicoterapia establecen distintas exigencias respecto a la relación. Por ejemplo, el tipo de vínculo necesario para alentar al paciente a llevar a cabo un ejercicio conductual seguramente difiere en calidad (aunque no necesariamente en intensidad) de la clase de vínculo que requiere que el cliente revele material íntimo al terapeuta. El tipo de vínculo necesario para una terapia estratégica tenderá a ser muy distinto del requerido para una terapia centrada en el cliente.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 3.

Ruptura de la alianza.- Una ruptura de la alianza se puede definir como un punto en la interacción entre paciente y terapeuta en que la calidad de la alianza terapéutica se quebranta o se deteriora. La rotura en las alianzas varían en cuanto a intensidad, gravedad y duración. Van desde simples malentendidos, que se resuelven fácil y rápidamente en poco tiempo, hasta problemas más crónicos en la alianza terapéutica que pueden extenderse durante el transcurso de una o más sesiones, o durante el curso de la terapia.

Los siguientes son siete indicadores comunes de la existencia de problemas en la alianza:

- 1- el paciente comunica sentimientos negativos o escépticos directamente;
- 2- el paciente comunica sentimientos negativos indirectamente, a través de sarcasmos;
- 3- el paciente hace alusión de la existencia de problemas en la relación terapéutica refiriéndose a relaciones temáticamente similares;
- 4- el paciente y el terapeuta discrepan respecto de los objetivos o las tareas de la terapia;
- 5- el paciente acata o consiente;
- 6- el paciente no responde a una intervención;
- 7- el paciente activa dispositivos de seguridad.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 4.

Alianza terapéutica y trastornos de la personalidad.- "Este estudio preliminar examinó la relación entre los trastornos de la personalidad, la alianza terapéutica, los síntomas psiquiátricos, y la conducta de abandono. 47 pacientes externos adultos con trastornos de la personalidad que buscaban tratamiento psicoterapéutico fueron evaluados. Los autores encontraron que (a) la fuerza de los índices prematuros específicos de la alianza terapéutica (Consenso de la estrategia de trabajo y comprensión e implicación del terapeuta) están asociados perceptiblemente a un abandono posterior; (b) los pacientes clúster A según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ta edición) tienen dificultad para establecer la alianza de trabajo; (c) los terapeutas evalúan la alianza con los pacientes racimo B negativamente; y (d) las evaluaciones de los terapeutas son siempre más bajas que las evaluaciones de los pacientes. Las implicaciones de estos resultados se discuten".

Lingiardi V; Filippucci L; Baiocco R, Evaluación de la alianza terapéutica en la psicoterapia de los trastornos de la personalidad. PSYCHOTHERAPY RESEARCH. 2005 JUN; 15(2):45 - 53.

Alianza de ayuda y problemas interpersonales.- El presente documento investiga la cantidad de problemas interpersonales en una muestra de pacientes no internados (N=714) y el grado en que los problemas interpersonales de un paciente determinan la calidad de la alianza de ayuda, utilizando datos de un estudio naturalístico longitudinal grande en curso y el resultado de la psicoterapia. Los resultados muestran que al inicio de la psicoterapia, los sujetos presentaron angustia interpersonal significativa de 2.43 de escala de ocho IIP. Los problemas interpersonales fueron más frecuentes en los octantes introvertidos, sumisos, explotables, y excesivamente alimentados. Además, los problemas interpersonales estuvieron relacionados con la alianza de ayuda en diversas formas: Los pacientes demasiado hostiles presentaron una alianza de ayuda inicial relativamente pobre mientras que los pacientes demasiado amistosos tuvieron índices más favorables de relación con el terapeuta. Sin embargo, los problemas interpersonales en la ingestión no predijeron la alianza terapéutica un año y medio después. Los resultados indican que una alianza de ayuda inicial pobre puede invertirse durante el curso del tratamiento. Se discuten las implicaciones para investigaciones futuras en la práctica psicoterapéutica.

Bernd Puschner, Stephanie Bauer, Leonard M. Horowitz, Hans Kordy, La relación entre los problemas interpersonales y la alianza de ayuda. JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY. 2005 ABR; 61(4).

ANÁLISIS DIRECTO

Definición.- Método de psicoterapia analítica, que involucra una serie de procedimientos técnicos destinados a establecer una relación afectiva estrecha entre terapeuta y paciente, así designado por la utilización de "interpretaciones directas" dadas al paciente; las mismas se refieren a contenidos inconcientes que el sujeto expresa, verbal, conductual, gestual, mímica o posturalmente; no exigen un análisis de las resistencias; no recurren sistemáticamente a las cadenas asociativas.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ANÁLISIS TRANSACCIONAL

Definición.- La psicología transaccional es una corriente psicoterapéutica emanada de las investigaciones realizadas por el psiquiatra Berne de la Universidad de Montreal entre 1954 y 1970. El Dr. Berne, fundador de la Sociedad Internacional de Análisis Transaccional, señala entre los fundamentos de su metodología que la relación entre dos individuos depende de los hechos experimentados por cada uno y su particular modalidad de exteriorización y existe una serie de transacciones entre ellos determinadas por la personalidad de ambos. La concepción transaccional de la personalidad consiste en un modelo estructural de tres estados: Padre, Adulto, Niño, observables a través de los comportamientos o conductas públicas de las personas. En cada momento o situación un individuo puede elegir respecto al uso positivo (OK) o negativo (NO OK) de los estados Padre y Niño. El funcionamiento se considerará positivo cuando el sujeto emita respuestas en función de los estímulos que recibe, incluyendo el uso del estado del Yo más adecuado a la situación; cuando la personalidad funciona normalmente, todos los estados del Yo funcionan de modo integrado: ni los temores del Niño (N), ni los prejuicios del Padre (P), confundirán los datos del Adulto (A) en un continuo fluir de energía psíquica; este fluir puede verse interrumpido por determinadas formas psicopatológicas.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- De acuerdo a Kertesz, el Análisis Estructural y Transaccional ofrece una teoría sistemática, consistente, de la dinámica de la personalidad social derivada de experiencias clínicas, y una forma de terapia activa y racional que, siendo adaptable y comprensible, es apropiada para la gran mayoría de los pacientes. Es también un método de trabajo que se aplica al estudio y modificación de la conducta. En este sentido "constituye un enfoque racional de la conducta humana, habiendo demostrado ser una herramienta muy eficaz para producir cambios positivos en las comunicaciones intra-personales, Inter.-personales y grupales".

El A.T. se centra en: a) Considerar la conducta observable, la que se manifiesta "aquí y ahora", por medio de lenguaje verbal y no-verbal. b) Promover la responsabilidad propia del individuo sobre su conducta. c) Usar un lenguaje comprensible, ameno y sugestivo para describir los estados del yo y los procesos psicológicos. d) Y utilizar modelos explicativos de la conducta operativos y comprobables.

En 1949 Eric Berne inicia sus investigaciones sobre "La naturaleza de la intuición" y publica diversos estudios sobre este tema, que constituirá los fundamentos de la nueva teoría. En 1954 da forma al Análisis Estructural, mediante el cual intentó analizar la personalidad partiendo de tres estados básicos: Padre, Adulto, Niño. Según su teoría, el Padre contiene las normas, patrones y prohibiciones impuestas en la infancia por los progenitores del niño, familiares y profesores. El Adulto funciona como un

ordenador que recibe y procesa información. El Niño representa el mundo de los sentimientos, impulsos y emociones.

Berne concibe estos estados del yo como parte integrantes de la totalidad de la persona o ego. Profundizando en este primer análisis, que denominó "Análisis Estructural de primer grado", y siempre a partir de la práctica clínica, puso de relieve las diferentes manifestaciones de cada uno de estos Estados del Yo y formuló su "Análisis estructural de segundo grado", que permite una exploración más fina de la dinámica de la personalidad.

http://members.es.tripod.de/Bastidas_de_Haro/paginabreveintroduccion.html

Generalidades.- El Análisis Transaccional fue creado por el psiquiatra Eric Berne. Éste nació en Montreal en 1910, de padre médico y madre escritora. Su padre falleció joven de tuberculosis, y la familia Berne emigró a Estados Unidos, en parte debido al antisemitismo en ese momento. El joven Berne realizó sus estudios de medicina y psiquiatría radicándose finalmente en San Francisco. Al no ser aceptado como miembro didáctico de la asociación psicoanalítica de la zona, decidió avanzar en sus propias teorías. Basadas principalmente en la psicología del Yo, bajo influencia de su ex analista, Paul Federn, y de Edoardo Weiss. Alrededor de 1956, concibió el concepto de los "estados del Yo", o partes concientes de la personalidad. Inicialmente separó el "Adulto" interno, del "Niño", escribiendo las iniciales con mayúsculas, y con minúsculas al referirse a las edades (niño, adulto). El Adulto se asemeja al Yo del psicoanálisis, pero el Niño difiere totalmente del "Ello", por ser "un conjunto de pensamientos, emociones y conductas" mayormente conciente. En el Niño todo lo biológico, las emociones auténticas, lo sexual, la curiosidad, creatividad e intuición. Posteriormente agregó un tercer estado del Yo, el "Padre" (Parent), que contiene las normas, valores y grabaciones provenientes de figuras externas. Berne decía que los estados del Yo se pueden fotografiar y grabar, observando las conductas verbales y no verbales. Esto no es posible con las instancias psicoanalíticas del Superyó, Yo y Ello.

Su primer trabajo sobre *Análisis Transaccional data de 1957: Análisis Transaccional un nuevo y efectivo método de terapia grupal*. Posteriormente trazó vectores sobre los estados del Yo, creando el Análisis de las Transacciones. P. ej., Adulto-Adulto: "¿Qué hora es?"..."Las cinco". Ésta sería una transacción complementaria. En cambio, si la respuesta fuera: "Comprate un reloj" el Padre se dirigiría al Niño del emisor. Otro genial aporte de Berne es el de los "Juegos psicológicos": series de transacciones repetitivas, con una parte oculta y al final previsible. Hoy día podrían llamarse "programas de computación mental complementarios entre los participantes. Los "juegos" no suelen ser alegres, a pesar de su denominación. Algunos de sus nombres son muy pintorescos, denotando intuitivamente su esencia. "Esta vez te agarré, desgraciado"..., "Si no fuera por ti..." "Solo trato de ayudarte"..., "Peléen entre ustedes", etc. Pero tal vez la fase más fascinante del Análisis Transaccional es el Análisis del Argumento: un plan de vida formado en la infancia bajo influencia familiar, y luego olvidado... pero que sigue influenciando nuestra conducta, subconscientemente.

Muchas de las teorías de este autor se originaron en sus Seminarios de los martes, en su casa de San Francisco, 1958 hasta su muerte por un infarto en 1970. De ahí surgió luego una asociación internacional que llegó a agrupar más de 40 países, originando congresos internacionales y publicando su revista periódica.

El autor de esta reseña conoció a Berne en Viena, durante el Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo, en 1968. Ya anteriormente había estudiado y aplicado sus técnicas, gracias a la sugerencia de Leopold Bellak, en 1966, basado en *Los juegos en que participamos* (Games people play), un best-seller. Me impresionó su sencillez, su inteligencia y cierto grado de timidez. Recuerdo aun ese café de Viena, donde conversamos varias horas, estando detrás, en otro sillón, Jacobo Moreno con su esposa, Zerka (estaban cerca). La relación personal con Berne me decidió a emplear su método con todo", y gracias a la colaboración de un grupo de colegas, logramos implementarlo en Argentina, Latinoamérica y España, entre 1968 y 1978.

Las fases de la teoría transaccional establecidas "transaccionalmente" por su autor fueron:

1. Análisis Estructural: capacitación del propio Padre, Adulto y Niño (P, A, N).
2. Análisis de las Transacciones: estudio de los estímulos y respuestas entre mis estados del Yo y los de otras personas.
3. Análisis de los Juegos psicológicos: diagnóstico de los juegos en que intervengo y detención de mis "movidas". Logre del control de mi Adulto.
4. Análisis del Argumento de vida. Concientización de este plan inconciente y toma de nuevas decisiones, fijación de metas de vida autónomas.

Nosotros hemos clasificado el Análisis Transaccional en diez "instrumentos", que incluyen a los 4 anteriores, más otros no tan sistematizados por Berne, y algunos que aparecieron después de su muerte:

1. Análisis Estructural o de la personalidad.
2. Análisis de las Transacciones.
3. Intercambio de "Caricias" o refuerzos sociales.
4. Posiciones Existenciales (cómo me veo y cómo me ven. La Posición Realista es Yo estoy bien, tu estás bien").

5. Estructuración del tiempo, en 6 categorías: Aislamiento, Rituales, Pasatiempos, Actividad, Juegos e Intimidad.

6. Emociones auténticas y sustitutivas o "rebusques" serían: angustia, culpa, resentimiento, inadecuación, depresión, etc.

7. Análisis de los Juegos.

8. Análisis del Argumento.

9. Miniargumento. Consistente en secuencias de conductas que nos llevan a profundizar la patología, a partir de 5 "Impulsores" o mensajes parentales: Sé Perfecto, Sé fuerte, Apúrate, Complace, Trata más.

10. Dinámica de grupos.

Para cada instrumento, existen gráficos específicos que ayudan a captar y fijar ese concepto. Además, se han ideado una serie de técnicas para su empleo, que se enseñan en los cursos de formación avanzada. Éstos se llaman, tradicionalmente, "202" y "203", siendo el "101" el introductorio, que dura de 9 a 12 horas.

La Asociación Argentina de Análisis Transaccional y Nuevas Ciencias de la Conducta (ANTAL), fundada el 1968, patrocina estos cursos y otorga títulos de miembro Clínico, Especial (para áreas no clínicas, como las organizaciones y la educación), y Didáctico.

Sus principales características:

- Es una filosofía positiva y de confianza en el ser humano: en su autonomía y responsabilidad. Por eso, su orientación es humanística.

- Modelo de aprendizaje. No de "enfermedad mental". Los problemas son aprendidos o "grabados" en la infancia y pueden ser reaprendidos con la relativa rapidez.

- Es sencillo. Evita el lenguaje académico, reemplazándolo por términos de uso diario.

- El objetivo y sus conceptos son demostrables. No incluye teorías esotéricas o subjetivas.

- Es diagramable. El canal visual de sus dibujos favorece la comprensión.

- Es preventivo y predictivo. Por su claridad y potencia, especialmente en cuanto al Argumento de la vida, permite cambios en el programa mental antes de que sucedan eventos graves.

- Es efectivo. Especialmente si se lo combina con otras escuelas, logra un elevado porcentaje de éxitos en el tratamiento (80-90% de cumplimiento de los objetivos).

Es contractual. El "Contrato" es una meta objetiva de cambios positivos, como ser, "Pesar 60 Kg... Estudiar 4 horas por día y retener lo aprendido"... Decidir qué hacer con mi matrimonio antes de 30 días... Dejar de fumar... "Una psicoterapia con objetivos verificables no tiene ninguna validez. Si no sabes a dónde te diriges, cualquier camino te lleva".

- Es divertido. No cree en la solemnidad ni en posturas autoritarias del terapeuta. Un buen humor es parte continua de su proceso.

- Es igualitario, democrático. Berne decía que en un grupo transaccional es difícil saber quién es el terapeuta para un lego, ya que todos conocen la teoría y se ayudan mutuamente.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Aplicaciones.- 1. *Psicoterapia* (área clínica). Es efectivo con la mayoría de los pacientes, inclusive psicóticos. Aquí debemos mencionar la labor de Jacqui Schiff, quien "reparentalizó" a esquizofrénicos y maníacos-depresivos con gran éxito. Es muy útil para las comunicaciones entre parejas y familias. Generalmente se realiza en grupos de 8 a 12 pacientes, durante hora y media, una vez por semana. A veces se refuerza con alguna sesión individual, de pareja o familiar. El terapeuta debe tener buen manejo de todos sus estados del Yo: un Padre Crítico positivo firme, un padre Nutritivo que dé buen permiso y protección. Un Niño Libre intuitivo y cariñoso, y que exprese emociones auténticas cuando sea conveniente. Muchos profesionales de la salud mental poseen personalidad con limitaciones que les impiden enfrentar un grupo de este tipo. Otras escuelas, como el psicoanálisis, la terapia existencial, o el conductismo tradicional, exigen menos compromiso de todas estas partes de la personalidad.

2. *Área organizacional*. Se presta excelentemente para las comunicaciones, liderazgo, dinámica de grupos, solución de conflictos, etc. Lo venimos empleando desde 1974 en nuestra país en IDEA (Instituto para el desarrollo de los ejecutivos en Argentina), FORD motor, RENAULT, HIERROMAT, etc. Y numerosas empresas familiares, pequeñas y medianas.

3. *Educación*: para la formación de docentes, y su proceso de relación con alumnos y padres.

4. *Área religiosa, militar, deportiva, artística*.

5. *Autoconocimiento y autoayuda*.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Críticas y limitaciones.- El Análisis Transaccional fue criticado (y lo sigue estando) por su sencillez, aparente superficialidad, y rapidez supuesta de resultados con posibles recaídas, principalmente por los defensores de las escuelas psicoanalíticas. En realidad, sus retractoros desconocen sus métodos, a lo sumo han leído algunos de los textos de divulgación. En nuestra experiencia, en su inmensa mayoría, sólo lo conocen de oídas. Sin embargo, en la práctica ninguna escuela es una panacea. El Análisis Transaccional es a nuestro juicio, la mejor disciplina psicológica para comprender, diagramar, planear estrategias de cambio. Pero es conveniente combinarlo con técnicas de la terapia Gestalt para

incrementar su potencia, así como métodos del conductismo, por ejemplo para el tratamiento de las fobias. En realidad, no existe ningún tratamiento "de confesión", todos deben ser "a medida" para responder a la individualidad de cada ser humano.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ANTIPSIQUIATRÍA

Definición.- "Término inespecífico que se refiere a opiniones diversas y negativas acerca de la teoría y la práctica de la psiquiatría. Como movimiento político-cultural cobró auge en Europa y Estados Unidos en la década de 1960. Sus teóricos (F. Basaglia, D. Cooper y R. D. Laing) se oponían tanto a la organización asistencial psiquiátrica tradicional como al uso de la farmacología u otros agentes físicos en el tratamiento psiquiátrico. Si bien significó un revulsivo que tuvo ciertos efectos positivos para la humanización de las instituciones psiquiátricas, la base teórica de sus postulados carece de cualquier valor científico y ha sido en parte la responsable de la divulgación de los orígenes de la enfermedad mental y su tratamiento responsable".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

APOYO

En psicoterapia familiar.- La forma de apoyar a un miembro de la familia es permitirle que entre en contacto con sus sufrimientos, para lo cual debemos tener una fe incondicional de que podrá sobrellevarlos apelando a sus reservas de autoestima, vitalidad, etc. O sea debemos entender el apoyo más como connotar positivamente lo negativo que como connotar positivamente lo positivo (esto último sería soslayar el sufrimiento).

El apoyo se expresa de dos modos: primero, considerándolo como una persona completa y competente, y segundo, que la terapia le sirva de contexto para aprender y crecer, y de proponerlo como recurso terapéutico si en el futuro surge otro problema en la familia.

Condensado de Andolfi (1993) Tiempo y mito en la psicoterapia familiar. Capítulo 3.

Apoyo social en la depresión.- Antecedentes: El objetivo de este estudio longitudinal prospectivo de adolescentes, fue investigar las diferencias socioeconómicas en la depresión adulta y en el ámbito de apoyo social desde la adolescencia hasta la edad adulta. También estudiamos el efecto de modificación del apoyo social sobre la relación entre el estatus socioeconómico (SES) y la depresión.

Métodos: Todos los alumnos de 16 años de noveno grado de una ciudad finlandesa, completaron los cuestionarios en la escuela (n=2194). Se dio seguimiento a los sujetos, utilizando cuestionarios postales cuando tenían 22 y 32 años de edad.

Resultados: A los 32 años de edad había una gradiente social en la depresión, con una prevalencia sustancialmente mayor en sujetos con un SES menor. Un SES paternal bajo durante la adolescencia no afectó el riesgo de depresión a los 32 años de edad, pero sí el nivel de educación inferior de la persona a los 22 años. Se encontró un nivel inferior de ayuda entre sujetos con un SES menor particularmente en mujeres. Cierta evidencia indicó que un nivel bajo de ayuda social tuvo un mayor impacto en la depresión en sujetos del grupo SES menor. Sin embargo, esta relación varió dependiendo del dominio del apoyo social, etapa de la vida y género. Por otra parte, los resultados no soportaron la hipótesis de que el apoyo social explicaría sustancialmente la variación en la depresión en los grupos SES.

Limitaciones: Las valoraciones y clasificaciones de la ayuda social fueron algo breves y burdas, particularmente en la adolescencia y edad adulta temprana.

Conclusiones: Es importante prestar atención a los recursos de ayuda o apoyo social en programas preventivos y también en los escenarios de tratamiento, con un enfoque especial en personas de estatus socioeconómico bajo.

Taina Huurre, Mervi Eerola, Ossi Rahkonen, Hillevi Aro, ¿El apoyo social afecta la relación entre el estatus socioeconómico y la depresión? Un estudio longitudinal desde la adolescencia hasta la edad adulta. J AFFECT DISORD. 2007 JUN;100(1).

ARTETERAPIA

Arteterapia en trastornos alimentarios.- Introducción: La arte terapia es una terapia psicodinámica que ayuda al paciente a acercarse a la experiencia emotiva. Se basa en el presupuesto teórico que a través de los materiales artísticos y el dibujo, los pacientes puedan llegar a individuar y superar bloques emotivos, defensas y ansiedad asociadas. El proceso artístico puede ser clasificado en tres tipos (M) según como el paciente usa los materiales artísticos y según como vincula con el arte terapeuta: 1. Concentración corpórea (M1), 2. Resolución formal (M2), 3. Narración simbólica. (M3).

Objetivos: Evaluar la asociación entre tipo de M en primera sesión (S1) y última sesión (S3), posibilidad de cambio y de que las pacientes accedan a M3 respecto a diagnóstico, edad, cronicidad.

Metodología: Muestra de 17 pacientes ingresadas en Unidad de Hospitalización de trastornos alimentarios. Diagnóstico según criterios DSM IV. Taller de arteterapia abierto. Se ha usado SPSS v15.

Resultados: Se ha visto que en S1 el 64,7 % de las pacientes usan M2, todas las pacientes bulímicas usan M1 ($p < 0,05$), no existen diferencias significativas respecto al factor cronicidad. Posibilidad de cambio: las pacientes mayores (50 %) de edad permiten mas ($p < 0,05$) posibilidad de cambio respecto a las menores (0 %). El acceso a M3, y la M a S3 no se asocian a ninguna variable considerada.

Conclusiones: M2 puede estar relacionada a rasgos obsesivos de la patología anoréxica. La mayor posibilidad de cambio en las pacientes mayores puede estar debida a una actitud más colaboradora hacia el estímulo terapéutico. Otros tipos de factores pueden influir sobre M.

I. Marcos; F. Cantini; L. Rojo... (et.al) Taller de Arteterapia en UTCA: Estudio preliminar de actitud hacia los materiales y el encuadre de las pacientes con TCA en fase aguda. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2009 NOV; (2)

ATENCIÓN MÉDICA

Niveles de atención médica.- *Primer nivel:* es en el que labora personal de salud que busca remediar o resolver los problemas médicos más frecuentes y sencillos, sin requerir para su prevención diagnóstico y tratamiento, instalaciones especiales o tecnología compleja. *Segundo nivel:* incluye los hospitales generales donde se prestan servicios de medicina interna, cirugía general, ginecobstetricia y pediatría además de contar con auxiliares de diagnóstico. *Tercer nivel:* aquí trabajan especialistas para la atención de problemas patológicos complejos, que necesitan equipo numeroso e instalaciones especiales.

Ramírez Elizalde J, Cano Garrido M, Escamilla Salas D y González Ramírez E (2006) Epidemiología, salud pública y medicina preventiva.

Salud de los médicos.- "En una encuesta realizada a 1.794 médicos de hospitales británicos NHS, 1.308 (73%) fueron los que respondieron. Se presentó morbilidad psiquiátrica (Cuestionario de salud general-12 índice 4) en el 32% de los médicos que respondieron, quienes tuvieron el doble de probabilidad de informar de niveles peligrosos de adicción al alcohol, siendo irritables con los pacientes y colegas, reduciendo sus estándares de cuidado/atención y teniendo como meta retirarse pronto. Se encontraban particularmente en riesgo los médicos de sexo masculino y de mediana edad. Se requieren de enfoques que ayuden a los médicos en la práctica médica segura en toda su carrera".

Cath Taylor, MA, Jill Graham, Henry Potts and Jenny Candy, Michael Richards, Amanda Ramirez, Impacto de la salud mental pobre en los médicos sobre el cuidado y atención de sus pacientes. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 MAR; 190(3).

ATRIBUCIÓN

Atribuciones que hacen los psicoterapeutas sobre la cura.- El presente trabajo tiene por objetivo analizar la atribución que hacen los psicoterapeutas sobre los factores responsables de la cura en el proceso psicoterapéutico. Se pretende averiguar si tal responsabilidad atribuida recae sobre las variables específicas de la psicoterapia (el enfoque y las técnicas utilizadas) o sobre los denominados factores comunes (variables del paciente, del terapeuta y de la relación terapeuta-paciente).

Partiendo de una extensa revisión previa de la investigación en psicoterapia, se realiza un amplio análisis sobre las respuestas de una población de psicoterapeutas a un cuestionario creado ad hoc, a fin de comprobar en qué medida las conclusiones a las que ha llegado tal investigación han servido para modificar la opinión generalizada entre los psicoterapeutas de que el principal factor responsable de la cura se debe fundamentalmente a la técnica empleada, entendida como variable específica.

Concluimos que no se puede inferir un posicionamiento claro en los terapeutas hacia los factores específicos o comunes como los principales responsables del cambio terapéutico. Asimismo, consideran mayoritaria y significativamente, que los distintos modelos psicoterapéuticos no tienen una efectividad similar. Aparecen discrepancias entre las conclusiones a las que se han llegado desde la investigación en psicoterapia y lo manifestado por los terapeutas estudiados.

Romero Moreno, A.F, Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. ANALES DE PSICOLOGÍA. 2008 JUN;24(1):88-89.

AUTOAYUDA

Autoayuda en depresión.- Antecedentes: entre la oferta de terapeutas cognitivo-conductuales formados para tratar la depresión y la demanda de tratamiento en la comunidad. Existe un interés en el potencial de las intervenciones de auto-ayuda, las cuales requieren un menor aporte de un terapeuta. Sin embargo, el diseño de las intervenciones de auto-ayuda eficaces es complejo. La investigación cualitativa puede ayudar a explorar algunas de estas complejidades.

Objetivos: El estudio tuvo como objetivo identificar estudios cualitativos de experiencias de pacientes en el manejo de la depresión en atención primaria, sintetizar estos estudios para desarrollar un marco

explicativo, y posteriormente aplicar este marco al desarrollo de una intervención de auto-ayuda guiada para la depresión.

Método: Se condujo una meta-síntesis de investigación cualitativa publicada.

Resultados: La síntesis reveló un número de temas, incluyendo la naturaleza de la experiencia personal de la depresión; búsqueda de ayuda en atención primaria; control y desamparo en la batalla con el tratamiento; el estigma asociado al tratamiento; y la comprensión de los pacientes sobre las intervenciones de auto-ayuda.

Conclusiones: Esta meta-síntesis de estudios cualitativos proporcionó un marco explicativo útil para el desarrollo de intervenciones de auto-ayuda guiada eficaz y aceptable para la depresión.

Nagina Khan, Peter Bower, Anne Rogers, Auto-ayuda guiada en salud mental de atención primaria. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 SEP; 191(3).

AUTOEXPLORACIÓN

Generalidades.- Resumen: Uno de los objetivos fundamentales de todo proceso terapéutico consiste en promover que el paciente adopte un rol activo en el desarrollo del mismo. En la terapia psicoanalítica, dicha actividad podrá consistir en un trabajo de autoexploración que el consultante lleve a cabo entre una sesión y la siguiente. Dicha actividad autoexploratoria puede revestir tres formas, cada una de las cuales posee su utilidad y será la preferida según el hecho clínico de que se trate y los objetivos específicos que se persigan, en función del caso y del momento particular de la psicoterapia. En el presente trabajo se analizan con cierto detalle dichas formas y se ilustran, con distintas viñetas, los distintos rendimientos que pueden proporcionar. Asimismo, se postula que cada una de ellas se ve facilitada, optimizada, o aún posibilitada, por la práctica de escritura en un "diario de autoexploración", en el que el paciente -mediante dicha práctica- lleva a cabo un procesamiento de sus contenidos subjetivos, como resultado del cual logra una serie de beneficios terapéuticos. Se analizan también los distintos aspectos de este procesamiento que la escritura realiza, a los efectos de entender el por qué de los rendimientos que se obtienen mediante su utilización.

Gustavo Lanza Castelli, Autoexploración, escritura y psicoterapia. INTERPSIQUIS. -1; (2008).

AUTOMEDICACIÓN

Automedicación en psicóticos.- Nuestro objetivo es validar la hipótesis de la auto-medicación, que intenta explicar la extraordinaria elevada prevalencia de consumo de tabaco en esquizofrenia (70-90% frente 25%-30% población general) [1]. Plantea que los pacientes fuman en un intento por mejorar los déficits cognitivos, los síntomas y/o reducir los síntomas extrapiramidales derivados de antipsicóticos [1]. Metodología: Se evaluaron primeros episodios psicóticos basalmente, al mes 6 y 12 mediante: a) una batería neuropsicológica computerizada (atención y memoria de trabajo), b) la PANSS y c) escalas UKU y Simpson-Angus. Los pacientes se mantuvieron en la misma categoría: no-fumador (n=15) o fumador (n=26; >15 cigarros/día).

Resultados: Los fumadores pierden su superioridad cognitiva en línea de base [Stroop-I tiempo de reacción $p=0.030$ y %errores $p=0.006$; CPT-OX %comisiones $p=0.004$ y %omisiones $p=0.015$], presentando un curso estático. Los no-fumadores muestran mejorías [CPT-X tiempo de reacción $p=0.027$ y %omisiones $p=0.016$; Stroop-I %errores $p=0.006$; CPT-OX %comisiones $p=0.048$ %omisiones ($p=0.013$)]. Los fumadores empeoran sus síntomas negativos ($P=0.043$). No se observan diferencias significativas entre grupos en ningún momento del estudio en las escalas UKU o Simpson-Angus.

Conclusiones: Los resultados basales apoyan la aproximación cognitiva de la hipótesis de la auto-medicación [2]. Los no-fumadores mejoran su rendimiento probablemente gracias al tratamiento antipsicótico. Fumar parece mejorar la atención y memoria de trabajo de forma similar a los antipsicóticos, y podría reflejar un intento de mejorar los síntomas cognitivos premórbidos. Fumar no se asocia con menos síntomas extrapiramidales. Los PEP fumadores empeoran sus síntomas, por lo que fumar podría ser un marcador de una enfermedad más severa.

Arantzazu Zabala; Rafael Segarra; Jose Ignacio Eguíluz; Javier Ballesteros; Natalia Ojeda; Edorta Elizagarate; Pedro Sánchez; Miguel Gutiérrez. La hipótesis de la automedicación en primeros episodios psicóticos. INTERPSIQUIS. -1; (2010)

BALNEOTERAPIA

Hay poca evidencia en la literatura de los potenciales beneficios que los tratamientos balneoterápicos producen en la autopercepción de salud y el estado afectivo de los ancianos. Los sujetos estudiados fueron ancianos de 65 o más años que solicitaron tratamiento balneoterápico. El cuestionario incluía la escala de depresión geriátrica de Yesavage, salud autopercebida, variables sociodemográficas e información cualitativa sobre el consumo de medicación. Las afecciones osteoarticulares fueron el motivo más frecuente de derivación (98%). Se obtuvo una mejoría en la salud autopercebida del 35,5% después

del tratamiento balneoterápico ($p < 0,001$), así como una mejoría en los trastornos del ánimo ($p < 0,006$).

María Dolores González Céspedes. Jesús López-Torres Hidalgo. Coral Santos Rodríguez. Efectos de la balneoterapia en la autopercepción de salud y el estado afectivo de los ancianos. REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. 2007 ENE; 42(1).

BIBLIOTERAPIA

Definición.- Terapia consistente en la selección e indicación de lecturas por parte del terapeuta al paciente, por medio de las cuales éste puede recibir alivio, orientación, o hasta la curación de sus trastornos psíquicos.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- En su sentido más amplio, se refiere al uso de trabajos literarios, incluyendo ficción, en el tratamiento de problemas físicos y psicológicos. Un ejemplo especial son los grupos de autoayuda. En los libros de autoayuda se encuentran diversas técnicas incluyendo conductual, Gestalt, racional emotiva, transaccional e hipnosis (pág. 265).

Striegel-Moore R y Slaikeu K, (1993) Glosario de técnicas de terapia en crisis. Incluido en Slaikeu K, Intervención en crisis. México: El Manual Moderno.

Eficacia de los libros de autoayuda.- Algunas evidencias demuestran que los libros de autoayuda basados en terapia cognitivo-conductual pueden aliviar la depresión en algunos pacientes. Origen de los datos: Medline, CINAHL, EMBASE/Excerpta Medica; PsycINFO; Registro Central de Ensayos Cochrane (1990- 2003); PsiTri (hasta 2003); Registro Nacional de Investigación y contacto con los autores y expertos en el tema.

Selección y valoración de los estudios: ensayos aleatorizados y controlados (EAC) que evaluaron los libros de autoayuda para pacientes mayores de 16 años con depresión asociada o no a ansiedad. La intervención consistió en repartir material escrito con pautas mínimas (entrevista de 1 hora como mínimo con un profesional, o hasta seis llamadas telefónicas de 15 minutos). En todos los estudios se valoró la ocultación de la aleatorización, el seguimiento, la definición de la variable resultado primaria y el cálculo del poder a priori.

Variable resultado: puntuación de la Escala de Medida de la Depresión de Hamilton.

Principales resultados: Once EAC cumplieron los criterios de selección. Ninguno cumplió completamente las pautas CONSORT y el ensayo más numeroso tuvo 40 pacientes por grupo. Nueve estudios evaluaron 2 publicaciones actuales: Controlar la ansiedad y la depresión (un ensayo en el Reino Unido) y Sentirse bien (8 ensayos en los Estados Unidos). Los metanálisis (usando un modelo de efectos aleatorizado) de 6 ensayos que evaluaron Sentirse bien en 4 semanas, demostraron una mayor mejoría en la depresión en el grupo que leyó el libro que en el grupo en lista de espera (Tabla). El metanálisis de dos de estos seis ensayos, donde Sentirse bien era la intervención, pero se utilizó también un segundo libro -Controla tu depresión y no se observaron diferencias entre los grupos.

Anderson L, Lewis G, Araya R, et al. Revisión: algunas evidencias demuestran que los libros de autoayuda basados en terapia cognitivo-conductual pueden aliviar la depresión en algunos pacientes. EVIDENCE BASED MEDICINE. 2006 MAR; 5(2).

Biblioterapia y depresión.- Selección y valoración de los estudios: ensayos aleatorizados y controlados (EAC) que evaluaron los libros de autoayuda para pacientes mayores de 16 años con depresión asociada o no a ansiedad. La intervención consistió en repartir material escrito con pautas mínimas (entrevista de 1 hora como mínimo con un profesional, o hasta seis llamadas telefónicas de 15 minutos). En todos los estudios se valoró la ocultación de la aleatorización, el seguimiento, la definición de la variable resultado primaria y el cálculo del poder a priori.

Variable resultado: puntuación de la Escala de Medida de la Depresión de Hamilton.

Principales resultados: Once EAC cumplieron los criterios de selección. Ninguno cumplió completamente las pautas CONSORT y el ensayo más numeroso tuvo 40 pacientes por grupo. Nueve estudios evaluaron 2 publicaciones actuales: Controlar la ansiedad y la depresión (un ensayo en el Reino Unido) y Sentirse bien (8 ensayos en los Estados Unidos). Los metanálisis (usando un modelo de efectos aleatorizado) de 6 ensayos que evaluaron Sentirse bien en 4 semanas, demostraron una mayor mejoría en la depresión en el grupo que leyó el libro que en el grupo en lista de espera (Tabla). El metanálisis de dos de estos seis ensayos, donde Sentirse bien era la intervención, pero se utilizó también un segundo libro -Controla tu depresión y no se observaron diferencias entre los grupos.

Anderson L, Lewis G, Araya R, et al, Revisión: algunas evidencias demuestran que los libros de autoayuda basados en terapia cognitivo-conductual pueden aliviar la depresión en algunos pacientes. EVIDENCE BASED MEDICINE. 2006 MAR; 5(2).

BIODRAMA

Definición.- Método psicoterapéutico lúdico de Oskar Platzter; los niños, cada uno según su elección, imitan animales dramatizando así el juego.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

BIOENERGÉTICA

Generalidades.- "Técnica diseñada por Lowen (1958, 1975), discípulo de W. Reich (1942) [...]. El tratamiento consiste en una serie de ejercicios físicos que tratan de liberar la energía contenida en la musculatura para que el sujeto pueda concientizar sus conflictos. Tales ejercicios, que a menudo suelen ser de posturas extremas y dolorosas..., desarmen la coraza muscular y los nudos emocionales que se han venido organizando en las diversas partes del cuerpo [...]. La lectura del cuerpo del paciente proporciona un diagnóstico que lo ubica en una o varias de estas categorías": masoquista, oral, rígido, psicópata y esquizoide.

Vallejo Ruiloba J y otros, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Masson, Barcelona, 1999, 4º edición, pág 743.

BIOFEEDBACK

Generalidades.- El término Biofeedback (BFB) nace a finales de 1969, para describir a un conjunto de procedimientos experimentales, cuyo estudio se inició en la década de los 40 en Estados Unidos, en los cuales se utiliza un instrumento externo para proveer al organismo de una información inmediata del estado de sus condiciones fisiológicas, tales como la tensión muscular, la temperatura de la piel, sus ondas cerebrales, la presión sanguínea, el ritmo cardíaco, etc. con el propósito de hacer aprovechable esta información, que normalmente no está al alcance del individuo.

La palabra inglesa biofeedback podría traducirse por "bio-retroinformación", puesto que sus componentes son la palabra griega "bio" (vida), y la palabra inglesa "feedback" que las ciencias electrónicas han traducido como "retroinformación". Norbert Wiener, padre fundador de la investigación sobre retroinformación, la definió como "un método para controlar el sistema, incorporando a él los resultados de su actuación pasada".

Podríamos definir la bio-retroinformación como una técnica que incrementa la capacidad de la persona para controlar -hasta cierto punto- voluntariamente las actividades fisiológicas por el hecho de proveerle información acerca de las mismas. Más concretamente y por ejemplo, si una persona puede recibir información acerca de que está tensionada, estarán dadas las condiciones necesarias para que pueda relajarse. En cuanto comienza a relajarse, esta información es recibida por el instrumento externo, quien a su vez informa nuevamente a la persona acerca de su progreso, y así sucesivamente. De esta manera, la persona puede ir verificando su relajación progresiva gracias a la información que el instrumento externo le suministra. Es importante destacar que este instrumento no la relaja, sino que le provee información para que la persona pueda lograr cambios en este parámetro muscular.

El Biofeedback se presentaría como una alternativa más moderna para el tratamiento de muchas enfermedades que tienen en común la dificultad de curación por métodos tradicionales.

Como técnica se aplica en áreas muy diversas dentro del campo de la medicina, como por ejemplo para tratar las migrañas, cefalea tensional, hipertensión, arritmias cardíacas, enfermedad de Raynaud (desorden circulatorio que produce manos extremadamente frías), parálisis, daños en la columna vertebral y otras afecciones motrices, para remediar las consecuencias de derrames, aneurismas, daño traumático del cerebro, esclerosis múltiple, epilepsia, hipoglucemia y diabetes, epilepsia, síndrome premenstrual, dolores crónicos, incontinencia urinaria, etc. Asimismo, en el campo de la Psicología se empleó para el tratamiento de fobias, depresión, ansiedad, insomnio, estrés, etc. Son algunos de los problemas factibles de tratarse mediante el entrenamiento de biofeedback.

La bio-retroinformación es una herramienta para el aprendizaje de la autorregulación fisiológica. La meta es hacer voluntario lo involuntario, y lograr que los pacientes entren en contacto con sus propios procesos fisiológicos. La idea es que, con la práctica la persona aprende a modificar sus reacciones frente al estrés o la tensión hasta que los instrumentos de bio-retroinformación dejan de ser necesarios.

Entendemos en este contexto por aprendizaje todo proceso en el cual una persona modifica sus conductas o incorpora nuevas de una manera más o menos permanente. En el caso de la bio-retroinformación, el paciente aprende a controlar -hasta cierto punto- voluntariamente sus parámetros de respuesta fisiológica de una manera cada vez más eficaz.

La mecánica de la terapia es simple: se utilizan los aparatos electrónicos para monitorear los cambios en los procesos corporales que se aprende a regular. Se le conectan al paciente una serie de electrodos que van a un amplificador conectado a una computadora con un software que traduce sus estados fisiológicos en distintos tipos de registros. Estos estados fisiológicos son observados por el paciente en la pantalla de la computadora, y es así que puede informarse acerca del nivel de reacción galvánica de la piel, de la variación de la temperatura corporal, del ritmo cardíaco, de su actividad muscular, del flujo sanguíneo, del ritmo cardíaco, de la actividad de las ondas cerebrales y de la respiración.

Los instrumentos utilizados son el electromiógrafo, el electroencefalógrafo, el electrodermógrafo y el termógrafo, que amplifican la variable fisiológica que se esté midiendo. La utilización de los mismos depende del paciente y del problema específico.

Borda, Tania: "Qué es el Biofeedback", en Clepios, una revista para residentes de salud mental. Vol. 4, nº 4.

Kaplan H.I., Sadock B. y Grebb J.: "Sinopsis de Psiquiatría. Ciencia de la conducta. Psiquiatría clínica". 7ª edición. Editorial médica panamericana S.A. Bs. As. Argentina 1997.

Villalobos, A.: " Biorretroalimentación: biofeedback". Revista colombiana de Psiquiatría. Vol. 6, nº 4 (Dic. 1977) p. 444-447.

Generalidades.- El término Biofeedback (BFB) nace a fines de 1969, y describe un conjunto de procedimientos experimentales -cuyo estudio se inició en la década de los 40 en Estados Unidos-, en los cuales se utiliza un instrumento externo para proveer al organismo de una información inmediata del estado de sus condiciones biológicas tales como tensión muscular, temperatura de la piel, ondas cerebrales, presión sanguínea, ritmo cardíaco, etc., con el propósito de hacer aprovechable esta información que normalmente no está al alcance del individuo.

Los aparatos de BFB permiten detectar las señales del cuerpo y hacerlas concientes. Estos instrumentos reciben y amplifican una o varias señales del cuerpo, que entonces se traducen en signos fácilmente observables, como una luz que se enciende, el movimiento de una aguja, un sonido, etc. La persona puede así "oír" o "ver" sus ondas cerebrales, su respuesta psicogalvánica o su corazón y contarla con la información que se necesita para empezar a controlarlos.

Podríamos definir entonces la bio-retroalimentación como una técnica que incrementa la capacidad de la persona para controlar voluntariamente las actividades fisiológicas por el hecho de proveer información acerca de dichas actividades.

El Biofeedback se presentaría como una alternativa más moderna para el tratamiento de muchas enfermedades que tienen en común la dificultad de curación por los métodos tradicionales. En el campo de la Psicología, el tratamiento de fobias, depresión, ansiedad, insomnio, estrés, son algunos de los problemas factibles de tratarse mediante el entrenamiento de biofeedback.

Como técnica se aplica también en el campo de la medicina. Por ejemplo para tratar migraña, cefalea tensional, hipertensión, arritmias cardíacas, la enfermedad de Raynaud (desorden circulatorio que produce manos extremadamente frías), parálisis, daños en la columna vertebral y otras afecciones motrices, para remediar las consecuencias de derrames, aneurismas, daño traumático del cerebro, esclerosis múltiple, epilepsia, hipoglucemia y diabetes, epilepsia, síndrome premenstrual, dolores crónicos, incontinencia urinaria, etc.

Entre los usos más importantes del BFB encontramos el estudio experimental de los sistemas orgánicos, las investigaciones de las relaciones cerebro-comportamiento y el estudio de la naturaleza del aprendizaje.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Historia.- Los estudios sobre Biofeedback tienen su origen en distintos campos de investigación. Por una parte, los estudios sobre condicionamiento instrumental u operante de respuestas autonómicas, es decir, aquellos que se basan en el paradigma operante, que sostiene que una persona modificará su conducta sobre la base de recompensas y castigos (así, un cambio favorable en un estado fisiológico podrá ser considerado como un refuerzo positivo que llevará a la persona a consolidar su conducta de alcanzar y mantener este estado). Por otra, los estudios sobre control de ritmos corticales y aprendizaje de habilidades motoras aplicando el paradigma cibernético, es decir, el principio de la bio-retroinformación ya explicado.

Los primeros estudios sistemáticos sobre aprendizaje instrumental u operante de respuestas autonómicas con sujetos humanos aparecieron en los primeros años de la década del 60. Las principales respuestas estudiadas incluían fluctuaciones electrodermales, incrementos y disminuciones en la tasa cardíaca y respuestas vasculares. Los procedimientos de condicionamiento más utilizados eran el aprendizaje de evitación por reforzamiento negativo y el aprendizaje discriminativo por reforzamiento positivo. En ambos casos era frecuente la utilización, de forma complementaria, de un feedback auditivo o visual de las respuestas autonómicas.

Pero la investigación que marcó el origen de la utilización de los procedimientos de BFB la constituyen los estudios sobre control de habilidades motoras y de ritmos electroencefalográficos en los que se aplicaban principios cibernéticos de la teoría de control de sistemas (Basmajian, 1963; Smith, 1967, Mulholland, 1977). Los trabajos de Basmajian a principios de los años 60 sobre aprendizaje de unidades motoras individuales, a través de registros electromiográficos, y los trabajos de Mulholland que utilizó el electroencefalograma para estudiar problemas de visión, constituyen intentos de estudiar los efectos de la retroalimentación sensorial al propio sistema, siguiendo el esquema típicamente cibernético fundado, como quedó dicho, en el principio de bio-retroinformación (Basmajian 1977, Mulholland, 1977).

El empleo de la técnica de Biofeedback presupone la existencia de ciertas relaciones entre los estados fisiológicos y el bienestar psicológico, es decir, entre parámetros corporales y psíquicos. En este sentido, podemos mencionar a la medicina psicosomática, que resalta la unidad de mente y cuerpo y la

interacción entre ambos elementos. En general existe la convicción de que los factores psicológicos son importantes en el desarrollo de todas las enfermedades. El término "psicosomático" se ha convertido en parte del concepto de medicina conductual, que fue definida en 1978 por la National Academy of Science como " el campo interdisciplinario que se interesa por el desarrollo y la integración del conocimiento biomédico y las técnicas para la prevención, diagnóstico y rehabilitación" de la patología del paciente.

La relación entre mente y cuerpo puede advertirse más claramente a partir de las afirmaciones de Dunbar (1954), quien sostuvo que ciertos tipos de personalidad eran más vulnerables a determinadas enfermedades y sugirió que factores emocionales o características específicas de la personalidad podrían asociarse a ciertas enfermedades.

Alexander (1959) intentó relacionar conflictos inconscientes no resueltos con ciertas enfermedades y postuló la vulnerabilidad constitucional de los tejidos, órganos o de todo un sistema, que se ponían en acción bajo la activación patológica generada por conflictos infantiles, capaces de producir alteraciones funcionales.

La teoría psicosomática examinó las formas simbólicas de comunicación, conflictos infantiles, organización de la personalidad y defensas egoicas para explicar porqué el organismo se encuentra bajo determinadas circunstancias en situaciones de estrés. Reiser (1975) enfatizó la necesidad de incorporar a esta teoría factores interpersonales así como el papel del sistema nervioso central, los mecanismos cognitivos, afectivos y perceptivos que pueden cambiar las respuestas neurovegetativas e inmunológicas. Birk (1975) propuso llamar a esta nueva área de investigación "medicina comportamentalista". La medicina comportamentalista ha enfatizando la importancia de la participación activa del paciente en la solución de problemas que pertenecen al terreno de la medicina. Destaca asimismo que el comportamiento del enfermo es esencial tanto para el desarrollo de la enfermedad como para su curación (Shapiro y Switt, 1976). El tratamiento de problemas médicos con la participación activa del paciente es una de las características del BFB que llevan a encuadrar esta técnica dentro del campo de la medicina comportamentalista.

En este proceso terapéutico la intervención del psicólogo es fundamental, en la medida que dicho proceso es esencialmente un aprendizaje de conductas. En este proceso pueden surgir inconvenientes tales como problemas de aprendizaje (dificultades para aprender conductas) y problemas de contención emocional (el psicólogo está especialmente preparado para escuchar al paciente y acompañarlo en su proceso terapéutico).

A fines de la década de los 60, gracias en parte a los avances tecnológicos que permitieron la fabricación de mejores equipos para la medición de procesos fisiológicos y a la publicación de diversos trabajos en que se reportaba cómo individuos corrientes aprendían entre otras cosas, a disminuir la presión arterial y a controlar sus trazados electroencefalográficos.

Alrededor de los años 50 se llevó a cabo un estudio sobre yoguis en la Fundación Menninger y en la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard y se estableció que efectivamente los yoguis podían controlar el funcionamiento de órganos inervados por el sistema simpático), se comenzó a popularizar la bioretroalimentación como otra técnica útil.

Uno de los primeros antecedentes de biofeedback fue desarrollado por Schultz (1969) en Alemania y luego Luthe (1969) en Estados Unidos enseñaban a pacientes a utilizar feedback de la frecuencia cardíaca a través de una técnica de relajación denominada "de entrenamiento autógeno"(el Entrenamiento Autógeno es una técnica de relajación que se basa en la repetición de ciertas expresiones cortas por un breve periodo -30 seg.- estimulando la imaginación de aquello que se repite). Esto se lograba colocando las manos sobre el pecho hasta detectar los latidos cardíacos y luego, utilizando el entrenamiento autógeno se trataba de disminuir la frecuencia cardíaca. Este feedback se denominó "feedback vibratorio" y se lo consideró como una de las experiencias más tempranas en este campo.

Entre los avances registrados en este campo, podemos mencionar:

a) Jacobson entre 1920 y 1930 desarrolló una técnica de relajación progresiva a la que incorporó un electromiógrafo primitivo para controlar el nivel de tensión muscular. La Relajación Progresiva es una técnica orientada a tensionar y relajar varios grupos de músculos tratando de asociar simultáneamente ambas sensaciones al mismo tiempo.

b) En 1962, Joe Kamiya instruyó a estudiantes universitarios para producir voluntariamente ondas alfa.

c) Budzynski (1970) desarrolló una técnica para inducir relajación corporal generalizada a fin de aliviar a los pacientes con cefaleas funcionales.

d) Green, Green y Walters (1971) utilizaron el control de la temperatura de las extremidades por medio del entrenamiento autógeno y visualización para tratar pacientes con migrañas o con hipertensión arterial esencial.

Paralelamente a estas investigaciones hechas con seres humanos, surgió otro tipo de trabajo experimental con animales, utilizando el condicionamiento operante, que puede considerarse como una forma de feedback por cuanto si la respuesta es recompensada, este refuerzo positivo realimenta a su vez nuevas respuestas, y así sucesivamente.

El trabajo más importante en este terreno fue el de Neal Miller, de la Universidad Rockefeller de New York (1969), quien inicia una labor revolucionaria, cuando, generalmente se suponía que el hombre

estaba regulado por dos sistemas nerviosos diferentes: el voluntario y el involuntario. El sistema nervioso voluntario o somático comprende las células y fibras nerviosas que sirven a los músculos del esqueleto. Es responsable de todos los movimientos de los brazos, piernas y mandíbulas, de los cambios de posturas (de cuantos movimientos considerados normalmente deliberados o "controlados por la conciencia"). El sistema nervioso involuntario o autónomo comprende los movimientos de las pupilas, corazón, vasos sanguíneos, estómago, glándulas endocrinas y todas las funciones consideradas tradicionalmente como automáticas o "más allá de nuestro control". Realiza la experiencia con ratas paralizadas con curare (para eliminar las reacciones del sistema nervioso "voluntario"). Miller (1974) con estos trabajos experimentales con ratas, en los que a través del condicionamiento operante se consigue producir respuestas viscerales, demostró que ciertos animales podían controlar variables psicofisiológicas y con esto logra demostrar que el llamado sistema involuntario puede en realidad ser sometido al control de la voluntad.

De esta manera poco a poco pudo concebirse la posibilidad de que el paciente, al recibir información sobre el estado de ciertas funciones biológicas involuntarias tales como la temperatura de la piel, la conductancia eléctrica, la tensión muscular, la presión arterial, el ritmo cardíaco y la actividad de las ondas cerebrales, y enseñándole a regular uno o más estados biológicos, por ejemplo, la capacidad de aumentar la temperatura de una de las manos, podía utilizarse para reducir la frecuencia de migrañas, palpitaciones, etc.

En 1969 se fundó la Sociedad de Biofeedback en Santa Mónica, California, Estados Unidos, a la que se incorporaron médicos y psicólogos interesados en aspectos de investigación básica y aplicación clínica.

Alexander, F.: Psychosomatic medicine. New York: Norton 1959.

Basjmajian J.V., "Biofeedback: Principles and Practice for Clinicians. Tercera Edición. 1989. Ed. Williams and Wilkins. Baltimore. E.E.U.U.

Budzynski, T. Y Stoyva, J.: "Técnicas de bioinformación en la terapia de la conducta y en el adiestramiento autógeno". Manuscrito. Centro Médico de la Universidad de Colorado, 1971.

Green A.M.; Green R.G. y Santoro W "Daily relaxation serum and salivary immunoglobins and psychophysiological symptom severity" Biofeedback and self regulation 13 (3) 187-199. 1971.

Miller, Neal E.; Barber, Theodore; Di Cara, Leo; Kamiya, Joe; Shapiro, David; Stoyva, Johan: "Biofeedback and self-control" 1975-1976 and Aldine Annual on the regulation of bodily processes and consciousness. Chicago. Editor Aldine Publishing Company. 1976. Vol 1.

Shapiro, A.K.: "Placebo effects in medicine, psychotherapy and psychoanalysis". A.E. Bergin y S.L. Garfield Eds. Wiley, 1971.

Schultz, J. H. And Luthe, W. Autogenic Therapy. Vol. 1, Autogenic Methods. New York: Grune and Stratton, 1969.

Dispositivos.- Los aparatos más utilizados son el electromiógrafo (EMG) que mide los potenciales eléctricos de las fibras musculares y la actividad muscular, el electroencefalógrafo (EEG), que registra las ondas cerebrales, el electrodermógrafo que mide la capacidad de reacción galvánica de la piel, y muestra la modificación de su conductancia, y el termógrafo, que mide la temperatura de la piel que baja durante la tensión debido a la vasoconstricción periférica.

a - Electromiógrafo:

El electromiograma (EMG) mide la contracción y relajación muscular.

El EMG amplifica la actividad eléctrica originada en el músculo y la traduce a señales auditivas y visuales.

b - Electroencefalógrafo (EEG)

El electroencefalógrafo mide las ondas cerebrales e informa sobre cambios en la actividad eléctrica del cerebro. Uno o más sensores se colocan en el cuero cabelludo, y otros dos al lado de cada oreja.

c - Electrodermógrafo:

Este instrumento mide los cambios en la actividad eléctrica de la piel. Electrodo superficial colocado sobre la palma de la mano recoge estas señales e informan a la persona su nivel de reactividad.

d - Termógrafo:

El termógrafo mide la temperatura de la piel, que varía de acuerdo a la vasoconstricción o vasodilatación periférica. La información se recoge con electrodos superficiales que se colocan sobre los dedos de manos o pies.

En la interpretación de los resultados debe tenerse en cuenta que los mecanismos que controlan la temperatura interna del organismo no están necesariamente relacionados con la actividad del sistema nervioso autónomo que controla la temperatura de la piel y que también existen otros factores que influyen en la temperatura de la piel, como viscosidad de la sangre, la temperatura del medio ambiente, factores bioquímicos como la presencia de ácido láctico, epinefrina, dióxido de carbono, nicotina, o alcohol en la sangre. Los factores psicológicos que influyen incluyen tensión emocional, ansiedad y estímulos ambientales. Una respuesta del sistema autónomo simpático a tales estímulos da lugar a cambios en el volumen cardíaco, la presión arterial y la actividad vasomotora periférica.

Los aparatos descritos posibilitarían que los pacientes tengan percepción de determinadas funciones biológicas. Esta información permitiría -como ya quedó explicado- que dicha función sea controlada voluntariamente. Uno de los objetivos sería lograr que el paciente pueda controlar esas funciones sin la ayuda instrumental y la función del terapeuta sería ayudar al paciente a integrar lo aprendido a su vida diaria.

Las percepciones sobre sensaciones internas irían aumentando a medida que se avance con el tratamiento, facilitando el reconocimiento de distintos estados fisiológicos sin la necesidad de ayuda externa, de ésta manera las percepciones directas de eventos internos generarían un nuevo circuito interno.

Wickramasekera I.E.: Temperature feedback for control of migraine. Journal of Behavior Therapy. Exp. Psychiatry 4: 343-345. 1973.

Consideraciones metodológicas.- La aplicación correcta de los procedimientos de BFB depende de múltiples factores, unos de carácter general, propios de toda investigación psicofisiológica, y otros de carácter más específico, típicos de las investigaciones de BFB. En cuanto a los primeros debe tenerse en cuenta que el desarrollo de las técnicas de BFB fue posible gracias a los importantes desarrollos que se estaban produciendo alrededor de los años 60 en el área de la psicofisiología, que a su vez, fueron posibles gracias a los avances que se habían producido durante la mitad de siglo en el campo de la tecnología electrofisiológica, en particular con los instrumentos poligráficos.

Revisando la metodología utilizada en la técnica de BFB y siguiendo los cuatro aspectos fundamentales en toda investigación psicológica (variable dependiente, variable independiente, variables extrañas y procedimientos), encontramos que tanto para la investigación como en el tratamiento clínico la variable dependiente puede ser cualquier respuesta fisiológica del sujeto o paciente. La variable independiente más importante en BFB es la forma de presentación de la señal al sujeto, dentro de las variables extrañas, están las relaciones de los sujetos participantes en el estudio y las condiciones ambientales y estimulares.

Desde el punto de vista metodológico las técnicas del BFB, como toda técnica psicofisiológica, dependen directamente de la captación, amplificación y registro fiables de las variables fisiológicas que se desean modificar. Consideraciones sobre el tipo de señal biológica de que se trate, características que deben tener los electrodos o transductores, lugar de colocación sobre la piel, tipo de electrolito, tipo de amplificador y nivel de amplificación, control de ruido, calibración, posible transformación de la señal, selección de parámetros apropiados, registro gráfico o magnético, tipo de feedback y modalidad sensorial, todo ello son aspectos que en absoluto son arbitrarios, de los que depende la distorsión, o no de la señal original y que condicionan la validez de los métodos. Del mismo es importante tener en cuenta otra serie de factores de tipo ambiental y orgánico que pueden influir en las funciones biológicas y que de no controlarse podrían afectar seriamente la validez interna del estudio. Tales factores incluyen la temperatura y la humedad ambiental, el nivel de ruidos, la duración del registro, la hora del día, la edad y el sexo de los sujetos, etc.

Yates (1980) señala tres factores muy importantes en toda investigación con BFB: la ley de los valores iniciales y el efecto de tendencia, el feedback verdadero y el efecto de las instrucciones.

La ley de los valores iniciales y el efecto de tendencia hacen referencia a la fiabilidad y estabilidad de la línea de base. Estos factores son de una gran importancia para la investigación y tratamiento con biofeedback. El efecto de tendencia parece ser universal cuando se trata de grandes cambios en las funciones autónomas. Así por ejemplo, se ha encontrado en: la respuesta electrodérmica, en la presión sanguínea, la tasa cardíaca, la actividad eléctrica del cerebro, etc. En estas respuestas la presencia de este efecto puede confundir los verdaderos resultados experimentales.

Un segundo factor importante en la investigación es la presencia de feedback verdadero, se han comparado grupos que recibían feedback de sus respuestas con grupos que solo recibían una señal continua o grupos que recibían un feedback falso (se les informaba erróneamente del significado de la señal).

El tercer factor se refiere a si el feedback es absolutamente necesario para aumentar el control voluntario. Esta cuestión se reduce esencialmente a si se puede lograr el control mediante instrucciones, es decir, a los sujetos simplemente se le da instrucciones verbales y se compara el grado de control obtenido con el de grupos que reciben feedback. También se han estudiado, aunque en menor grado, el efecto de las instrucciones solas frente a instrucciones, más feedback.

Con respecto a los aspectos de metodología de investigación y diseño experimental, bien se utilicen diseños de grupos independientes, diseños intrasujetos o diseño de sujeto único, es imprescindible el seguir los requisitos experimentales y estadísticos que exige cada uno de los diseños. El diseño experimental debe garantizar, por otra parte, el control de aquellos factores inherentes al procedimiento y diferencias de feedback, que puedan afectar a la modificación de las funciones biológicas que se estén estudiando, tales como posibles efectos de sensibilización, condicionamiento clásico, mediación cognitiva, efecto placebo, etc.

En estudios sobre BFB es frecuente la utilización de diseños mixtos y diseños de sujeto único y, sin embargo, pocos estudios ofrecen garantías de haber seguido los requisitos básicos de estos diseños: medidas repetidas, línea de base estable, introducción de variables por separado y en fases sucesivas, duración uniforme de las fases, etc.

Si bien muchos de los estudios realizados fueron metodológicamente débiles, lo cual ciertamente no implica que los resultados sean falsos, pero sí que sus conclusiones deban ser tomadas con suma precaución, en la actualidad como veremos se realizan estudios con gran rigurosidad.

Investigación aplicada.- En cuanto a la aplicabilidad terapéutica de los procedimientos de BFB, las áreas de investigación son muy amplias y diversas, pero para este trabajo se tomaron solo unos pocos por haberlos considerado relevantes para nuestro tema.

El Dr. Paul Grim (1971) estudió el impacto o influencia de la bioinformación respiratoria sobre la ansiedad en noventa y cinco estudiantes para enfermeras. Se invitó primero a cada una de ellas a someterse a una prueba psicológica para medir su nivel general de ansiedad. Después se le introdujo en una pequeña habitación en que se desarrollaba la verdadera sesión de bioinformación, se la hacía tender tranquilamente en una cama conectada con el equipo que ampliaba su respiración, procuraba relajar, o sea aflojar todo su cuerpo, reduciendo o eliminando toda tensión muscular, y se limitaba simplemente a escuchar ampliados los ruidos que producía respiración. Al terminar la sesión se invitaba a cada una a someterse a una segunda prueba psicológica. Una pregunta era: ¿Qué efecto producía la bioinformación respiratoria en la conducta de las enfermeras?

En primer lugar, su respiración parecía hacerse más igual y regular. Comprobó que la ansiedad de cada una de las estudiantes se había reducido considerablemente.

Se comparó con un grupo de control, al que se indicó también que se relajase, pero a base de amplificación sonora, no de respiración, no logró una relación análoga de ansiedad.

Reconociendo el Dr. Grim la importancia de la relajación para aliviar la ansiedad, recomienda el uso de la bioinformación respiratoria en la terapéutica. El Dr. Thomas Budzynski y su colega Johann Stoyva (1971) de la Universidad de Colorado, han aceptado en parte su sugerencia, solo que emplean la bioinformación muscular en lugar de la bioinformación respiratoria, para esto se fijan electrodos en la frente del paciente para que cualquier movimiento muscular frontal pueda ser detectado, ampliado y transmitido al paciente por medio del EMG. Lo único que tiene que hacer el paciente es conservar relajado el músculo frontal, para eso, controla un tono que sube cuando contrae el músculo y baja cuando se afloja.

El procedimiento adiestrador de bioinformación adoptado por Budzynski vale para el tratamiento de la ansiedad generalizada, porque ayuda a aprender a relajarse. Puede también utilizarse para superar las formas específicas de la ansiedad.

Budzynski y Stoyva citan dos casos estudiados donde utilizaron con éxito la bioinformación del EMG, para ayudar a un asesor ejecutivo de 42 años a superar su ansiedad de hablar en público y para lograr que una mujer de 45 años dominase su ansiedad extrema en las reuniones sociales.

El Dr. Elmer Green (1971) en la Fundación Menninger de Topeka, Kansas, incorpora a su programa de bioinformación para tratar hemicraneas por medio del control de temperatura a Lilliam Petroni (Declaración personal 1971) que padecía de fuertes dolores de cabeza, la cual había luchado por 5 años con distintas medicaciones, esta paciente en dos semanas aprendió el procedimiento de bioinformación que la ayudó a dominar sus dolores.

El programa estaba organizado con 20 pacientes que sufrían dolores de cabeza, donde a cada uno de los participantes se le hacía primero un reconocimiento físico completo, luego comenzaba el entrenamiento bioinformativo. Se le colocaban a los pacientes electrodos sensitivos a la temperatura en medio de la frente y en el dedo índice de la mano derecha y se le conectaba con un medidor de "adiestramiento de temperatura", que registraba las diferencias de la misma en la frente y en la mano del paciente. Lo que éste tenía que hacer es mover el indicador del medidor hacia la derecha con su "poder mental", lo cual significaba que había aumentado el calor de su mano en relación con el de la frente. Se proporcionaba al paciente una lista de frases que lo ayudaran a relajarse y a realizar su tarea: "...me siento completamente tranquilo" "...mis pies están pesados y relajados" etc.

La hipótesis de trabajo era que las jaquecas de hemicraneana podían aliviarse regulando la circulación de la sangre (poder conservar la mano caliente y la cabeza fría).

No todos los pacientes obtuvieron el éxito espectacular de L. Petroni, pero el 80% de los pacientes con jaqueca tensional, mejoraron, sin embargo el Dr. Green y sus colegas luego de someter a estos pacientes a su procedimiento de bioinformación de temperatura consideraron y recomendaron como más práctico el procedimiento de relajación muscular del Dr. Budzynski. Se utiliza el mismo método que se utilizaba para la ansiedad, la razón es que, a la relajación del frontal acompaña generalmente la de los músculos del cuello y del cuero cabelludo, los cuales siempre producen dolores de cabeza cuando están tensos.

Para la misma época el Dr. Sargent y el Dr. Green, dentro de la Fundación Menninger, comienzan a tratar individualmente a una paciente mujer (Señora X) por medio del control de temperatura, luego de cierto tiempo empezaron a sospechar que algo no andaba bien, cada vez que la paciente comenzaba a tener algún éxito en controlar sus jaquecas, se producía un retroceso misterioso. "Es que inconscientemente caía en la cuenta de que estaba poniendo en peligro su modo de ser" observa el Dr. Green, era aquel un círculo vicioso, el dolor la impulsaba a controlar eficientemente sus jaquecas, pero el miedo a perder su pretexto la hacía fracasar.

Finalmente, estos doctores opinan que la fuerza del adiestramiento en bioinformación derribó sus defensas y logró que el miedo se impusiese a su conciencia. La paciente le dijo al Dr. Sargent "Ya sé en

que consiste mi problema" "Detesto la compañía". Lo que les permitió este caso fue observar la necesidad del acompañamiento del BFB con una psicoterapia.

El panorama de las investigaciones actuales sobre BFB es enormemente amplio y en absoluto limitado a un solo modelo teórico. En cuanto a las áreas más estudiadas, la investigación básica se extiende tanto al campo del sistema nervioso autónomo, como al del sistema nervioso central y somático.

En la actualidad, el interés es estudiar simultáneamente múltiples medidas psicofisiológicas. La ventaja de estos estudios es que permiten explorar las relaciones entre los diferentes sistemas psicofisiológicos, así como entre las diferentes funciones dentro de un mismo sistema.

Budzynski T y Stoyva J "Técnicas de bioinformación en la terapia de la conducta y en el adiestramiento autógeno". Manuscrito. Centro Médico de la Universidad de Colorado, 1971.

Green A, Green R y Santoro W "Daily relaxation serum and salivary immunoglobins and psychophysiologic symptom severity" Biofeedback and self regulation 13 (3) 187-199. 1971.

Grim P "Anxiety change produced by self induced muscle tension and by relaxation with respiration feedback". Behavior Therapy, 1971, 2, p. 11-17.

Biofeedback y estrés.- Los equipos de BFB conectados a una computadora, permiten ver en gráficas sencillas cuál es la respuesta al estrés. Se verán en la pantalla de la computadora por ejemplo las modificaciones de la tensión muscular, la reacción galvánica de la piel, la temperatura, etc.

El biofeedback tiene diferentes aplicaciones con respecto a los tipos de trastornos relacionados con el estrés, dependiendo también el momento de desarrollo de los mismos.

Una forma de utilizar las técnicas de biofeedback en el ámbito del estrés es como prevención, o como entrenamiento general, en aquellos casos en los que el estrés no se manifiesta a través de la alteración de ninguna respuesta fisiológica específica sino por la activación de todo el sistema, se utiliza un tipo de entrenamiento más general. No se pretende en estos casos modificar el patrón específico de respuesta del sujeto, sino entrenarlo para que sea capaz de controlar la responsividad de su sistema de activación. Este tipo de sujetos no tienen ningún trastorno físico como consecuencia del estrés aunque sí una experiencia subjetiva de estrés.

Un uso muy extendido del Biofeedback es en trastornos psicósomáticos. En estos casos se emplea para modificar el patrón de respuesta del sujeto cuando a aparecido algún trastorno fisiológico asociado a ese patrón de activación. Los usos son muy variados, según la respuesta fisiológica que esté alterada.

Aunque no se han reportado efectos nocivos secundarios al uso de estos aparatos, algunas precauciones serían aconsejable en pacientes con problemas asociados con estrés, un ejemplo serían las personas diabéticas que al reducir su nivel de estrés disminuyen su necesidad de insulina, si esto no se controla durante el periodo de entrenamiento pueden presentarse episodios de hipoglucemia y en algunos casos coma insulínico.

Lazarus, R. "Estrés y Procesos Cognitivos" Ed. Martínez Roca. Barcelona (España) 1988.

Lazarus, R. Y Folkman S. "Stress, appraisal and coping" Mc-Graw Hill. New York. 1984.

Roquebrune, Jean Paul "Como prevenir y combatir el estrés, angustia y depresión" Ed. Molino. Barcelona. España. 1983.

Slipak, O.: Estrés. Revista ALCMEON, Año 2, Vol. 1, Nº 4. Buenos Aires, 1991

Slipak, O.: Estrés. Revista ALCMEON, Año 2, Vol. 2, Nº 1. Buenos Aires 1992.

Valdés, M. y De Florez T. "Psicobiología del Estrés". Ed. Martínez Roca S.A. Barcelona (España) 1985.

Biofeedback y migraña.- El entrenamiento de BFB, enseñaría a determinar la actividad muscular existente en el músculo frontal y luego a reducirlo a los niveles más bajo posibles. También enseñaría a prevenir.

Se cree que este método tendría resultado porque la relajación del SNS producida se expandiría a otras áreas del cuerpo, incluido las arterias superficiales de la cabeza.

Uno de los objetivos del Biofeedback es entrenar a que el paciente reduzca la actividad eléctrica en los músculos de la cabeza también se intenta lograr que el paciente aprenda a controlar el flujo sanguíneo a través de variaciones en la temperatura corporal, por ejemplo se les enseña a los pacientes a aumentar la temperatura de las manos, dilatando los vasos de las extremidades, con lo que se consigue disminuir el tono simpático y atenuar la cefalea.

El hecho de aprender a vasodilatar la superficie cutánea es usado para abortar la migraña cuando aparecen los síntomas prodrómicos en el tratamiento de migrañas neurológicas o clásicas. El paciente aprende a mantener un estado permanente de dilatación con una probable correlación a nivel de los vasos intracraneales.

El paciente deberá tomar conciencia de las situaciones que lo tensionan y tratar de modificar sus reacciones, tanto fisiológicas como psicológicas. Los pacientes experimentan una disminución substancial en un período relativamente breve, en la frecuencia e intensidad, así como también una reducción en la medicación (por lo general las personas suelen tomar analgésicos o sedantes).

La cuantificación de la actividad motora se realiza con el electromiograma. Se utilizan electrodos superficiales colocados en el músculo frontal.

Depende las causas que originen la migraña, no siempre es factible la aplicación de esta terapia, y un ejemplo sería el ocasionado por una sinusitis.

Durante el proceso de rehabilitación es importante el acompañamiento de un tratamiento psicoterapéutico, ya que muchas veces los pacientes presentan comorbilidad con otros trastornos como depresión, estados de ansiedad, etc. Otras veces no solo se apunta a eliminar el dolor sino reducir su severidad.

Solomon G.D, Lee C.S y Solomon C.S. "Manual clínico sobre la migraña". (2da ed.) Science Press, 1998.

Titus F. "El migrañoso y su patocronia en: Migraña y otras cefaleas vasculares". Ed. F.Titus MCR. Barcelona (España) 1990.

Titus F. "Formas infrecuentes de presentación de la migraña" I International Meeting on Neurology and Neurogeriatry. Ponencias. Ed. R. Alberca y H. Liaño. Sevilla (España) 1993.

Wickramasekera I.E.: Temperature feedback for control of migraine. Journal of Behavior Therapy. Exp. Psychiatry 4: 343-345. 1973.

Yates A.J.: "Biofeedback and the modif of behavior" Ed. Plenun Press. New York, 1980.

BOICOT

Definición.- "En las terapias analíticas, oposición inconciente a los esfuerzos del terapeuta encaminados a que el paciente abandone sus posiciones regresivas. El boicot forma parte de los sistemas defensivos que el paciente despliega para sostener un equilibrio, por precario y empobrecedor que éste sea, con la finalidad de controlar su angustia. Suele adoptar la forma de incumplimiento del horario habitual, manifestación del contexto terapéutico, o actividad desorganizada".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

BREUER, JOSEF

Biografía.- (1842-1925) Médico vienés el verdadero descubridor del método *catártico*, que después sirvió como base a las investigaciones psicoanalíticas de Freud. En el tratamiento de una histeria Breuer comprobó que los síntomas histéricos desaparecían cada vez más, cuando su enferma, en estado hipnótico, le contaba sus recuerdos infantiles. Breuer comunicó su experiencia a sus entonces joven amigo Freud, quien colaboró con él, y escribieron un libro común sobre el método catártico: *Studien über Hysterie*, 1895 (Estudios sobre la Histeria). Después, Freud se separó de Breuer, interpretando los fenómenos neurótico-histéricos de origen sexual. Es justo considerar a Breuer como el padre del método psicoterapéutico psicoanalítico.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Generalidades.- El autor comienza comparando las comunidades de monjes de la Edad Media con las comunidades terapéuticas de hoy, señalando que ambas son un signo de confianza en la vida, y que las comunidades terapéuticas reaccionan también frente a los 'demonios' de nuestros tiempos que van contra valores como la experiencia, la autoridad, la jerarquía, el sacrificio, y, en general, contra el orden establecido en la sociedad desde el poder de los más fuertes.

El primer tipo de comunidad terapéutica se desarrolla en el siglo XIX con los trabajos del psiquiatra Pinel. Sin embargo, el mundo científico de entonces no se mostró todavía listo para valorar estos aportes, pues todavía se pensaba en el enfermo mental como alguien que debía ser aislado y excluido.

Surgen luego dos modelos de CT: el anglosajón y el norteamericano, habiendo diferencias entre ellos:

a. en el modelo anglosajón los individuos son todos igualmente responsables frente a sí mismos y al grupo, mientras que en el norteamericano las posibilidades de ser considerados responsables es algo que debe ser conquistado.

b. en el modelo anglosajón el individuo es aceptado y valorado en sus términos personales, mientras que en el otro modelo sólo es aceptado en función de su capacidad para adecuarse a las reglas de la comunidad.

c. a pesar de la humanización de la vida del hospital, en el modelo anglosajón el individuo se realiza sólo en cuanto paciente, mientras que en la comunidad norteamericana cada uno es conciente de que, si lo desea y se empeña, podrá formar parte del mismo staff.

Hay dos tipos de comunidades terapéuticas: las explícitamente terapéuticas y las implícitamente terapéuticas.

Las explícitamente terapéuticas son aquellas que se ofrecen al toxicómano como una estructura útil para la liberación de las fuerzas existentes en el interior de su personalidad y en el desarrollo de su personal proyecto de vida, pero tienden a alcanzar un objetivo similar en tiempo más o menos rígidamente establecidos dentro de un programa terapéutico que prepara el reingreso a la sociedad circundante.

Las implícitamente establecidas no prevén programas o fases y rechazan la definición normalizante que subyace al carácter terapéutico de su actividad. Se presentan simplemente como propuestas de vida alternativa a las de la sociedad que el toxicómano rechaza, por lo que se exige a este que haga, al ingresar, una elección de vida, aceptar vivir y trabajar juntos, etc., sin límite de tiempo. Se ilustran ambos tipos de comunidades con algunos ejemplos.

Resulta difícil afrontar con los datos que tenemos hasta ahora el problema de la utilización real y posible de los diversos tipos de comunidad terapéutica por parte de los distintos toxicómanos.

Por ejemplo, la comunidad terapéutica o la experiencia comunitaria podría no ser necesaria en aquellos casos de toxicomanías que presentan características traumáticas, al igual que en aquellos toxicómanos que presentan una neurosis actual.

Un tercer tipo de toxicómanos parece más apto para integrar una comunidad terapéutica: aquellos que vienen desde una condición anterior de grave desadaptación, incluyendo los psicóticos, aunque muchas comunidades rechazan este último tipo de paciente.

Los toxicómanos nucleares y los deprimidos pueden aprovechar la comunidad terapéutica en tanto pueden reconstruir en ella una imagen de sí mediada por adhesiones identificatorias con un grupo vivido como fuente de regeneración y salvación.

Resumen de Cancrini Luigi (1991) Los temerarios en las máquinas voladoras: estudio sobre las terapias de los toxicómanos. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 9: Las comunidades terapéuticas: otra vez los temerarios.

CONSULTA

Definición.- Solicitud de asistencia técnica o profesional, la que puede ser prestada de muchas formas, entre ellas mediante una entrevista.

Condensado de Bleger J (1989), Temas de psicología. Buenos Aires: Nueva Visión.

CONTRATO

Contrato en la cura psicoanalítica.- La terapia analítica es un contrato porque uno acude por ayuda y otro ofrece sus servicios como profesional, y ambos llegan a un acuerdo mediante un contrato explícito, un pacto, acerca de la duración, de los honorarios, etc.

En los contratos bipartitos (2 personas) cada uno entrega y recibe algo por mutuo beneficio: si este equilibrio se mantiene, el contrato no se romperá prematuramente: el equilibrio puede romperse por ejemplo, cuando uno ofrece lo que el otro no necesita.

El paciente compra al médico examen, información, consejo y tratamiento. Desde un punto de vista, el contrato paciente-analista es implícito en el sentido que no es legalista (con cláusulas por escrito, etc.). Este contrato analítico difiere de los contratos comunes comerciales, porque la relación entre las partes es importante y no contingente o accidental, porque no hay un plazo definido, y porque el contrato analítico a veces incluye otras personas (familiares, etc.).

Como todo tratamiento, el psicoanálisis puede ser sustractivo (elimina el temor), aditivo (da esperanzas), o alternativo (porque orienta al paciente hacia un objetivo).

A pesar de que el proceso terapéutico es continuo, cada sesión es un contrato completado o cumplido en parte. Se abona el dinero fraccionadamente pues no se sabe cuánto durará el tratamiento. Dentro del contrato, lo más importante es que el analista sea prudente en lo que promete entregar.

El análisis no marcha bien si el paciente paga menos de lo razonable, o bien si paga más de lo que puede, o bien si el paciente no paga las sesiones a las que falta (con o sin aviso previo). Muchas veces es importante una reunión previa con los familiares si así lo piden y si se ve la necesidad de ello. El analista debe mostrar o advertir que al comienzo del análisis pueden agudizarse conflictos en vez de resolverse: esto vendrá después. Las interrupciones prolongadas (por ejemplo, vacaciones) deben tenerse en cuenta: a veces el analista debe percatarse de que no debe hacerlo con determinados pacientes.

Condensado de Menninger y Holzman (1994) Teoría de la técnica psicoanalítica.

CONTRATRANSFERENCIA

Generalidades.- Se hicieron algunas críticas a la contratrtransferencia, entre ellas por ejemplo que no debe emplearse en psicoterapia porque, al ser inconsciente, no es analizable. Esta crítica en realidad encubre una no aceptación de que el analista es también un ser humano.

En rigor, entendemos mejor al paciente si hacemos un empleo adecuado de la contratrtransferencia. Si el terapeuta elige determinada interpretación y no otra ello depende de sus propios factores personales que se movilizan frente a la transferencia provocada por el sujeto en terapia. Racker habla de la necesidad de una sana disociación del terapeuta en un yo vivencial o irracional, y otro racional y observador. Es preciso entonces establecer, además de la neurosis transferencial, también la neurosis contratrtransferencial, pues de otro modo la terapia se convierte en dogmatismo, adoctrinamiento y sumisión.

Resumen de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 6.

Contratrtransferencia y transferencia.- El paciente influye en el analista (contratrtransferencia) y éste sobre el paciente (transferencia): para ambos la relación les acarrea gratificaciones y frustraciones. El analista también experimenta regresiones temporarias, frustraciones y apela a mecanismos defensivos como identificación, proyección, negación, aislamiento, etc. A pesar de ser la transferencia un fenómeno

inconciente, caben tres reglas para enfrentarla y manejarla: 1) estar siempre alerta cuando aparece la contratransferencia y no dejarse intimidar por ella; 2) tratar de reconocer las manifestaciones de la contratransferencia en la labor analítica en general y analizarlas e interpretarlas solo o con un colega; 3) si la contratransferencia es persistente, ver qué cosas del paciente influyen sistemáticamente sobre su aparición. En el analista debe haber neutralidad: prestar atención constante a lo que dice el paciente, pero sin abrir juicios morales.

Condensado de Menninger y Holzman (1994) Teoría de la técnica psicoanalítica.

Contratransferencia según Knobel.- Hay en la contratransferencia una movilización del terapeuta, y mientras menos preparado él esté, mientras menos conocimientos tenga, mientras más conflictivamente viva los problemas de sus pacientes y sus propios conflictos personales no resueltos, más se apartará de la concepción teórica y mucho más aun de la aplicación práctica del valioso concepto que pretendo destacar porque lo considero básico, tanto en la práctica psicoanalítica como en la psicoterapia breve.

Knobel ha escuchado algunas críticas a la contratransferencia que merecen ser mencionadas. No hace mucho un psicoanalista dijo públicamente que 'no entendía cómo se podría analizar la contratransferencia, dado que ésta es inconciente'.

Knobel se limitó a responder con una pregunta: ¿qué era lo que él analizaba, el inconciente o alguna nueva forma de aparato psíquico?

Los llamados teóricos del psicoanálisis, que generalmente critican el clarísimo lenguaje freudiano o encuentran para él interpretaciones caprichosas, parecen despreocuparse de esos conceptos teórico-clínicos que exigen profundo conocimiento teórico y no un reduccionismo a lo social, lingüístico, comunicacional, interpersonal, gestáltico o incluso transaccional, y requieren además de una práctica, una técnica basada en una teoría de la técnica de la cual autores como Menninger, Racker, Rapaport, Glover y hasta el mismo Freud se han ocupado extensamente.

En psicoterapia psicoanalítica o de base psicoanalítica, la comprensión más aproximada del sujeto en terapia puede darse a través de una utilización adecuada de la contratransferencia.

El proceso de elaboración que lleva a un terapeuta a determinada interpretación (que no es sino una hipótesis formulada al inconciente, basada en nuestro conocimiento de quien nos consulta -de su vida, su modo de actuar y sentir, su elaboración transferencial-, y que surge dentro de nuestra estructura psíquica como una posible comprensión de la fantasía inconciente de quien está asociado libremente para facilitar la tarea de una mejor comprensión de su estructura conflictiva) depende en cierto modo:

- del terapeuta.

- de su estructuración psíquica personal frente a la movilización transferencial provocada por el sujeto en terapia.

Racker (1960) recuerda que el terapeuta debe llevar una 'doble vida', o sea una 'sana disociación', que le permita mantener la regla técnica análoga a la que rige para el analizado y que 'indica al analista que debe dividir so Yo vivencial, irracional, y otro racional, observador'.

Knobel reitera que cuando el terapeuta analiza -y sin duda puede hacerlo- su contratransferencia, debe considerar su dosis de esquizoidia, paranoia, narcisismo y amor objetal movilizados por la transferencia, junto a sus sentimientos de frustración, pérdida, amor y odio, deseo afectivo y agresivo que componen su personalidad, junto con sus conflictos más específicos de toda su vida o de su existencia cotidiana como ser humano en un mundo cada vez más alienado y confuso.

No es posible dejar de recordar que, así como existe una 'neurosis transferencial', existe una 'neurosis contra transferencial', sin la cual no podría haber proceso psicoterapéutico.

Una psicoterapia sin la consideración exhaustiva del fenómeno contra-transferencial corre el riesgo de transformarse en adoctrinamiento, condicionamiento y sumisión disfrazada de aceptación de conceptos aparentemente nuevos.

El dogmatismo, el narcisismo y la pseudoideología del terapeuta, son las expresiones más comunes de un fenómeno de resistencia sobre el que creo más conveniente llamar la atención para que no se confunda una psicoterapia con una acción iatrogénica y para que no escamotee el estudio para ponerlo al servicio de un pragmatismo o una postura teórica alienada de la realidad psicoterapéutica viva que el psicoanálisis y las psicoterapias psicoanalíticas pueden proporcionar.

El fenómeno contratransferencial puede y debe encontrar su campo de estudio y su aplicación clínica dentro de una concepción psicoanalítica del proceso psíquico, dentro de una teoría de la técnica que ayude al terapeuta a reubicarse como un ser humano real y actuante en nuestro conflictivo y convulsionado mundo actual.

En el ejercicio de la psicoterapia breve, en conocimiento de la contratransferencia es fundamental para acceder a una vivencia contratransferencial verdaderamente útil.

Resumen de Knobel Mauricio, Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 6: La "contratransferencia" en psicoterapia.

CRISIS

Intervención en crisis.- La intervención en crisis se define como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar sus efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones vitales) se incremente.

Este proceso abarca dos fases:

- 1) Intervención de primer orden, o primera ayuda psicológica. Puede durar de minutos a horas y puede ser proporcionada por gran número de asistentes comunitarios.
- 2) Intervención de segundo orden, que es el principio primordial de la terapia en crisis, puede durar semanas o meses, y es proporcionada por terapeutas y consejeros con conocimiento de técnicas de evaluación y tratamiento.

La intervención en crisis empezó a ser estudiada sistemáticamente a partir de un gran incendio acontecido en 1942 donde murieron casi 500 personas, en EEUU. Desde entonces, la intervención en crisis se consideró imprescindible en cualquier sistema comunitario completo de salud mental.

La teoría de la crisis así elaborada recibió cuatro influencias teóricas: 1) la teoría de Darwin de la lucha por la supervivencia, para la cual el ser vivo tiene mecanismos adaptativos para sobrevivir, 2) las teorías de autores como Rogers y Maslow sobre la autorrealización y crecimiento del hombre, 3) la teoría de Erickson de las etapas de la vida, donde en cada una hay una crisis para resolver, y 4) datos empíricos de observaciones en personas que atravesaron crisis importantes: desastres, enfermedades, muertes familiares, etc.

La intervención en crisis puede entenderse como una estrategia de prevención primaria, de prevención secundaria o de prevención terciaria.

- 1) Prevención primaria: intervenciones antes que las crisis ocurran, y las estrategias son por ejemplo la educación pública, la instrucción para desenvolverse lo mejor posible en situaciones críticas, etc.
- 2) Prevención secundaria: la intervención ocurre inmediatamente después de la crisis, y sus dos estrategias básicas son la primera ayuda psicológica, y luego la terapia en crisis.
- 3) Prevención terciaria: dura años después del suceso crítico. Psicoterapia a largo plazo, reentrenamiento, medicación, rehabilitación, etc.

Resumen de Slaikev Karl (1995) Intervención en crisis. Capítulo 1.

Un modelo amplio para la intervención en crisis.- Un modelo de intervención amplio debe considerar cuatro principios clínicos: la duración, los objetivos, la evaluación y la persona que ayudará en la crisis.

La duración depende del tiempo que necesite la persona para recobrar su equilibrio. En general, oscila entre una y seis semanas.

En cuanto a los objetivos, algunos dicen que la intervención debe tener como meta ayudar a la persona a restablecer su equilibrio, y otros dicen que en realidad la persona no vuelve a un equilibrio anterior sino a un nuevo equilibrio, por lo tanto aquí la meta es ayudar al individuo en su aprendizaje de nuevas formas de resolver problemas.

La evaluación implica hacer un examen de las capacidades y deficiencias de la persona en crisis, y de la familia y del entorno social y laboral donde vive.

En cuanto al profesional que ayuda, éste debe ser más activo, directivo y orientado hacia las metas vistas anteriormente que cuando opera en situaciones de no crisis.

La duración, los objetivos, la evaluación y las estrategias de intervención variarán si se trata de intervenciones de primer orden o de segundo orden.

Así, en cuanto a la duración, esta será de minutos a horas en intervenciones de primer orden, y de semanas a meses en intervenciones de segundo orden.

Quiénes atienden en las crisis? En el primer orden padres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, asistentes sociales, maestros, etc. En el segundo orden psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, asesores pastorales o escolares, enfermeras psiquiátricas, etc.

¿Dónde? En el primer orden en ambientes comunitarios como casa, escuela, trabajo, líneas telefónicas de urgencia, etc, y en el segundo orden clínicas, instituciones, iglesias, etc.

¿Objetivos? En el primer orden es el restablecimiento inmediato: dar apoyo, reducir la mortalidad, vincular a recursos de ayuda, etc. En el segundo orden el objetivo es la resolución de la crisis: enfrentar el suceso crítico, integrar el suceso a la estructura de vida, establecer sinceridad y decisión para enfrentar el futuro, etc.

¿Procedimiento? En el primer orden, la estrategia pasa por los cinco componentes de la primera ayuda psicológica, y en el segundo orden, aplicar la terapia multimodal).

Resumen de Slaikev Karl (1995) Intervención en crisis. Capítulo 6.

Intervención de primer orden: primera ayuda psicológica.- Tiene cinco componentes básicos, que son:

- 1) Hacer contacto psicológico: hacer sentir al paciente que es escuchado, comprendido, aceptado y apoyado. Comunicar interés, simpatía, invitar a dialogar, resumir y reflejar hechos y sentimientos.
- 2) Examinar las dimensiones del problema: centrarse en el pasado, presente y futuro inmediatos a la crisis. En el pasado ver el suceso precipitante, así como la fuerza y debilidad en las 5 áreas CASIC en la

pre-crisis. En cuanto al presente, también indagar como estaban en el momento de la crisis las 5 áreas CASIC, los recursos personales (internos) y sociales (externos), y la mortalidad. En el futuro inmediato considerar las decisiones inminentes que se tomarán (qué se hará esta noche, este fin de semana, próximos días o semanas, etc).

3) Examinar las soluciones posibles: El objetivo aquí es identificar una o más soluciones o necesidades inmediatas y posteriores. Los medios son preguntar al paciente lo que ha intentado hasta ahora; explorar lo que puede o pudo hacer ahora; proponer otras alternativas: nueva conducta del paciente, redefinición del problema, ayuda externa, cambio ambiental.

4) Ayudar a tomar una acción concreta: el objetivo es implementar soluciones inmediatas intentadas al encontrar necesidades inmediatas. Si la mortalidad (peligro de morir) es baja y el paciente es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces aquí se lo estimulará a actuar, se lo instará a dialogar y se lo aconsejará. En una palabra se toma una actitud facilitadora. En cambio se toma una actitud directiva para controlar la situación cuando hay mortalidad alta y la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio (un intento de suicidio, por ejemplo).

5) Seguimiento: O registrar la evolución posterior del paciente. Hay que asegurarse aquí que seguirá con el apoyo recibido, que la mortalidad se mantendrá baja, y que hay un enlace con recursos consumados, o sea puede seguir aplicando las soluciones ensayadas antes. El seguimiento concluye cuando nos aseguramos que el paciente hizo un enlace con necesidades posteriores. Si no, debe volverse a la etapa 2 (examen de las dimensiones del problema).

Resumen de Slaikev Karl (1995) Intervención en crisis. Capítulo 7.

Intervención de segundo orden: terapia multimodal en crisis.- La terapia en crisis intenta ayudar al paciente a enfrentar el suceso de crisis de modo que pueda llegar a integrarla funcionalmente dentro de su estructura de vida, dejando al paciente dispuesto, en vez de indispuesto, para enfrentar el futuro. Es una ayuda mucho más amplia que la primera ayuda psicológica (primer orden) y es tanto más eficaz si se aplica cuando coincide con el periodo de desorganización (seis o más semanas) de la crisis en sí misma. La intervención de segundo orden busca tomar al paciente desorganizado, para poder ayudarlo a reorganizarse hacia la salud y el crecimiento, no hacia una reorganización patológica.

En la terapia multimodal debemos considerar tres aspectos: la valoración, el tratamiento, y la evaluación de los componentes de la terapia en crisis.

Valoración.- La valoración implica considerar el perfil CASIC de la personalidad del paciente, o sea, los 5 subsistemas de la persona: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo.

Aspecto conductual: patrones de trabajo, juego, pasatiempos, ejercicios, hábitos alimentarios, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas, tendencias suicidas u homicidas, etc.

Aspecto afectivo: sentimientos sobre cualquiera de las conductas mencionadas anteriormente: ansiedad, cólera, alegría, depresión, y ver si los afectos son adecuados a las circunstancias de vida. Averiguar también si los sentimientos se expresan u ocultan.

Aspecto somático: funcionamiento físico general, salud. Tics, dolores de cabeza, malestares estomacales o de otro tipo, estado de relajamiento o tensión, sensibilidad de la visión, audición, tacto, etc.

Aspecto interpersonal: naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, dificultades y fortalezas en los vínculos. Cantidad y frecuencia del contacto con amigos y conocidos. Papel asumido con íntimos (dependiente o no, pasivo, líder, etc), estilo en la resolución de conflictos con los demás (asertivo, agresivo, introvertido), modo interpersonal básico (compatible, suspicaz, manipulador, sumiso, etc).

Aspecto cognoscitivo: sueños actuales diurnos o nocturnos, imágenes mentales del pasado o el futuro, propósitos en la vida y razones de su validez; creencias religiosas, filosofía de vida; delirios, alucinaciones, diálogo interno irracional, racionalizaciones, ideación paranoide, actitud general hacia la vida (positiva o negativa).

Estos cinco subsistemas están interrelacionados: cambios en uno de ellos puede producir cambios en los otros.

Deberá obtenerse información en cinco puntos importantes: acerca del suceso precipitante, sobre el problema presente, sobre el contexto en que ocurre la crisis, sobre el funcionamiento del sistema CASIC en la pre-crisis (antes de la crisis) y el mismo funcionamiento pero durante la crisis.

Tratamiento.- Aquí se encararán cuatro tareas básicas para la resolución de la crisis: 1) Supervivencia física: buscar que los pacientes permanezcan vivos y físicamente tan bien como sea posible durante el periodo de estrés excesivo y desorganización personal. 2) Expresión de sentimientos relacionados con la crisis: identificar y expresar los sentimientos relacionados con la crisis de una forma socialmente aceptable, ilustrar sobre la utilidad de expresar los sentimientos, etc. 3) Dominio cognoscitivo de la experiencia de crisis, procurando que el paciente integre la crisis en su sistema de creencias, en su vida y objetivos para el futuro. 4) Adaptaciones conductuales y/o interpersonales para su vida futura. Realizar cambios en los patrones diarios de trabajo, juego y de relaciones con los demás en función de la crisis padecida.

Evaluación de los resultados.- En el seguimiento, sea después de algunas semanas de terapia multimodal, a seis meses o a un año o dos, será conveniente estimar como siguen funcionando algunas

variables importantes. Ver como sigue funcionando en las cinco áreas CASIC, pero procurando ver a la persona completa, como unidad gestáltica a través de esos cinco sub-sistemas. Por ejemplo, en las áreas conductual e interpersonal, preguntarse si la persona está o no dispuesta a enfrentar el futuro, dotada y lista para trabajar, jugar y relacionarse con los otros.

Resumen de Slaike Karl (1995) Intervención en crisis. Capítulo 8.

Intervención en crisis por los profesionales de la salud.- Los médicos, enfermeras, etc., intervienen en la situación de crisis especialmente en unidades de cuidado intensivo, traumatismos, cirugía, nacimientos de niños defectuosos, ancianos hospitalizados, enfermos terminales, muerte de un miembro de la familia, insuficiencia renal, abortos, incapacidades crónicas, etc.

Cuando una enfermedad grave golpea a una familia, casi seguro se produce una crisis psicológica. Uno de los resultados de esta crisis puede ser el síndrome de la enfermedad crónica, que implica que la vida quede organizada y subordinada a la enfermedad. Una adecuada resolución de la crisis implica descentrar la enfermedad y encauzar la vida según otros intereses más productivos. La terapia en crisis de base amplia, o multimodal, parece la forma ideal de adaptarse para prevenir los estilos de vida inadecuados.

Los médicos y enfermeras deben estar entrenados en situaciones de crisis, y como complemento del tratamiento médico deben poder utilizar las cuatro tareas indicadas en capítulos anteriores: supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptación conductual e interpersonal.

Resumen de Slaike Karl (1995) Intervención en crisis. Capítulo 13.

Intervención en crisis en las salas de urgencia de hospitales.- En las salas de urgencia no siempre hay situaciones de crisis, como cuando alguien va para que se le inyecte un remedio contra la alergia. Tampoco hay necesariamente casos de vida o muerte.

Algunos factores influyen para que no se puedan brindar servicios psiquiátricos en las salas de

urgencia, como por ejemplo la preocupación por diagnosticar, el traslado rápido de los pacientes

hacia otros lugares para que quede espacio para otros, evaluaciones rápidas que no permiten que se

considere la historia del paciente, etc.

En general es difícil hacer un seguimiento luego de la primera intervención o primera ayuda psicológica, porque los pacientes son rápidamente derivados hacia otras salas o hacia el hogar. Es conveniente que haya en la sala de urgencia una retroalimentación, o sea, que los médicos tengan la oportunidad que evaluar si sus cuidados sirvieron o no a mediano plazo.

Resumen de Slaike Karl (1995) Intervención en crisis. Capítulo 14.

Intervención en crisis por teléfono.- Tiene varias características distintivas: 1) No se puede evaluar al paciente por sus gestos, sino solamente por su manifestación verbal, lo cual restringe la evaluación del estado del paciente. 2) El paciente es anónimo, lo cual facilita al paciente una mejor comunicación de sus problemas. 3) El profesional que atiende también es anónimo, lo cual facilita la transferencia positiva. Al no ver al profesional, el paciente puede fantasear del mejor modo posible al profesional. 4) el profesional reduce la dependencia del paciente del otro profesional que luego recibirá al paciente en la clínica a donde será transferido. 5) Accesibilidad: es fácil de usar y tiene bajo costo. Además, está siempre disponible, de día, noche o feriados.

Conviene grabar las conversaciones, y hacer seguimientos en los días subsiguientes a la crisis, recabando datos a donde los pacientes fueron transferidos.

Resumen de Slaike Karl (1995) Intervención en crisis. Capítulo 15.

Un modelo para la investigación de la intervención en crisis.- Un modelo de este tipo debe tener en cuenta dos cosas: procesos y resultados. Los procesos de la intervención en crisis son básicamente dos: la primera ayuda psicológica, y la posterior terapia en crisis. En cada uno de ambos procesos deben ir evaluándose los resultados. En el caso de la primera ayuda psicológica, se deberán evaluar dos elementos: a) cuándo debe ponerse fin a la primera ayuda psicológica, y b) enfrentamiento del paciente con su nueva situación. En el caso de la terapia de crisis, deben evaluarse dos elementos: a) cuando debe ponerse fin a la terapia en crisis, evaluando los cinco componentes del sistema CASIC, y b) cómo el paciente hizo la resolución de la crisis, evaluando también en función del mismo sistema de referencia: sus nuevas conductas, vínculos interpersonales, estado de salud, área cognoscitiva y afectos.

Resumen de Slaike Karl (1995) Intervención en crisis. Capítulo 18.

DESBORDAMIENTO

Definición.- Técnica conductual que consiste en poner al paciente en la situación temida y aumentar su ansiedad tanto como sea posible. Así, un paciente perderá miedo a las alturas si se lo pone en la azotea de un edificio cuanto más alto mejor, y cuanto más tiempo esté allí mejor.
Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 26, punto 2.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

Definición.- Técnica conductual que consiste en someter a la persona a la situación temida e ir aumentando su intensidad progresivamente pero manteniendo un estado de relajación. Al final, la persona ya no temerá esa situación por estar relajada. Esta técnica se da en tres etapas: primero, aprender a relajarse, segundo, construcción de la jerarquía o sea averiguar qué situaciones producen ansiedad en el paciente, y ponerlo en dicha situación. Y tercero, la desensibilización: relajarse cuando están presente los estímulos ansiógenos. A veces, la desensibilización se ayuda administrando psicofármacos.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 26, punto 2.

Definición.- Es la exposición real o imaginaria combinada con técnicas de relajación. El paciente practica entrenamiento en relajación, autohipnosis o meditación y después imagina o se enfrenta a la situación temida.

Burns D, Técnicas cognitivo-conductuales <http://users.servicios.retecal.es/jureva/tecnicasburns.htm> Traducido al castellano por: Juventino Reguera Baños.

Definición.- Técnica de reducción de la ansiedad que desarrollaron primero Salter (1949) y Wolpe (1958). Se basa en la hipótesis de que la respuesta de angustia puede inhibirse al sustituir una actividad que es antagónica a la respuesta de angustia (pág. 266).

Striegel-Moore R y Slaikeu K, (1993) Glosario de técnicas de terapia en crisis. Incluido en Slaikeu K, Intervención en crisis. México: El Manual Moderno.

Generalidades.- "La desensibilización sistemática fue desarrollada por Joseph Wolpe y se basa en el principio conductual de contracondicionamiento, que afirma que una persona puede superar la ansiedad desadaptativa producida por una situación u objeto mediante la aproximación gradual a la situación temida en un estado psicofisiológico que inhibe la ansiedad.

En la desensibilización sistemática el paciente tiende a un estado de total relajación y entonces se expone al estímulo que le provoca la respuesta de ansiedad. El estado de relajación inhibe la reacción negativa de la ansiedad, proceso llamado *inhibición recíproca*.

Antes de utilizar las situaciones y objetos reales que provocan el miedo, el paciente y el terapeuta preparan un listado gradual o jerarquía de escenas que provocan la ansiedad relacionadas con los miedos del paciente. En el tratamiento se aparean sistemáticamente el estado aprendido de relajación y las escenas provocadoras de la ansiedad. Así, la desensibilización sistemática consiste en tres pasos: entrenamiento en relajación, elaboración de la jerarquía y la desensibilización de los estímulos" (página 871).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Historia.- En los años 20, se vio que los miedos de los niños desaparecían, si se les asociaba alguna experiencia agradable, como darles caramelos cuando aparecía el animal temido, o también que el niño miedoso observe jugar a otros con dicho animal.

Dos décadas después, sobre las bases teóricas del condicionamiento, Wolpe creaba una técnica, la desensibilización sistemática: hacer relajar a los pacientes y pedirles a continuación que imaginen la situación temida. Finalmente, no temerán esa situación porque la relajación misma reduce la ansiedad. Varios experimentos mostraron que esta técnica logra más curaciones que el psicoanálisis a corto plazo. En 1960 Lang demostró experimentalmente la mayor eficacia del método conductista sobre el método interpretativo. Sin embargo se vio luego que la clave no estaba en la relajación sino también en la expectativa positiva: los fóbicos se curaban porque creían estar recibiendo una terapia efectiva (efecto placebo).

Condensado de Agras Stewart (1989) Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad. Barcelona: Labor.

DEVOLUCION

Devolución en terapia sistémica.- La devolución es una práctica frecuente en la terapia familiar sistémica, aunque no la emplean todos los terapeutas. Algunas orientaciones la han utilizado de manera muy intensa, haciendo de ella la piedra angular del proceso terapéutico. Otras, apenas la utilizan, centrando el esfuerzo del cambio en el transcurso de la sesión, sin que se produzca un cierre de características especiales.

En la práctica de la Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar (Bilbao-España), ambas circunstancias se tienen en cuenta: el peso del cambio se apoyará en el contenido de la sesión, pero este contenido se subrayará, reforzará y potenciará con la devolución. Ésta tiene una estructura determinada, aunque su contenido puede variar.

Roberto Pereira. Concluyendo la entrevista: La devolución en terapia familiar REVISTA NORTE DE SALUD MENTAL. 2009 OCT; 8(35):8-19.

DRAMATERAPIA

Definición.- Terapia que consiste en la representación dramática de escenas que reflejan las dificultades de adaptación de un individuo, adoptando por lo general el paciente su propio rol, en una secuencia inicial que desarrolla el hecho como supuestamente ocurrió, y secuencias posteriores en que el desenlace se modifica conforme a soluciones más eficaces.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

EJERCICIO FÍSICO

Como terapia en depresión y ansiedad.- Resumen: Se realizó un estudio transversal en pacientes deprimidos y ansiosos atendidos en la Consulta de Psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" de Camagüey, Cuba, de enero del 2004 a enero del 2005, con el objetivo de evaluar la eficacia del ejercicio físico como terapéutica en esos pacientes. La muestra quedó constituida por todos los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión (80). Se realizó un análisis multivariado de regresión logística, que permitió evaluar los cambios en la puntuación en (HARS) y (HDRS), se mostraron los estadígrafos descriptivos y la comparación de medias de los promedios mediante la prueba t-student y la prueba de Chi-cuadrado. Las muestras fueron homogéneas en cuanto a la edad y el sexo. Resultaron éxito terapéutico el 35% y 90% de los pacientes con episodio depresivo moderado tratados sin ejercicios y con ejercicios respectivamente; así como los grupos con trastorno generalizado de ansiedad con un 60% el 1B y 90% el grupo 3. Los resultados obtenidos en la aplicación de las escalas HDRS y HARS demostraron que el ejercicio físico es un método terapéutico eficaz para estos pacientes, tanto es así que los pacientes que recibieron ejercicio físico presentaron menos recaídas, todo lo contrario en los grupos donde no se aplicó este tipo de terapia.

Liuba Y. Peña Galbán, Magalys Mena Fernández, Cecilio Labrada Robledo, Orlando Nicolau Mena, Noel Gilberto Reyes Mena, Repercusión del ejercicio físico como terapéutica en pacientes deprimidos y ansiosos. ALCMEON. 2007 MAR;13(4).

Ejercicio físico en ancianos.- Introducción. El objetivo de este estudio fue verificar la influencia del ejercicio físico en los síntomas depresivos y en la aptitud funcional de ancianos participantes en un programa de ejercicio físico, realizado en los centros de salud de Florianópolis, Brasil.

Metodología. El examen se realizó en 118 ancianos (101 mujeres y 17 hombres), sometidos al tratamiento por el tiempo máximo de un año y 4 meses, evaluados en períodos preestablecidos, llegando a un total de 5 evaluaciones. Fueron utilizados Geriatric Depression Scale (GDS-15), International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) y batería de exámenes físicos, propuestos por la American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance (AAHPERD).

Resultados. Se observó una tendencia de reducción de los resultados depresivos. Sin embargo, fue detectada una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,008$), solamente para los ancianos que participaron asiduamente en el tratamiento (obtuvieron un mínimo de frecuencia del 75% del total de las aulas). Hubo una tendencia de aumento en el promedio general de la aptitud funcional, presentando diferencias estadísticamente significativas en un análisis ($p<0,001$). Se evidenciaron relaciones inversas entre la aptitud funcional y los resultados depresivos en las 5 evaluaciones ($r=-0,235$, $p=-0,059$; $r=-0,206$, $p=0,099$; $r=-0,158$, $p=0,110$; $r=-0,068$, $p=0,565$), pero solamente en una evaluación fue encontrada una diferencia estadísticamente significativa ($r=-0,226$, $p=0,033$).

Conclusión. De acuerdo con los resultados obtenidos, se observó una influencia positiva del ejercicio físico en la reducción de los síntomas depresivos y en la mejoría de la aptitud funcional, sugiriendo una relación inversa entre esas variables.

Lucélia Justino Borges; Tânia R. Bertoldo Benedetti; Giovana Zarpellon Mazo. Influencia del ejercicio físico en los síntomas depresivos y en la aptitud funcional de ancianos en el sur de Brasil. REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. 2010 ABR;45(2):72-78.

ELECTROSHOCK

Generalidades.- El fisiólogo argentino Dr. Viale es el precursor del electrochoque, pues en 1929 produjo ataques epiléptiformes en los perros mediante descargas de corriente alternada. El electrochoque es aplicado sobre todo al tratamiento de la esquizofrenia, y su fácil manejo puede extender su uso más que el cardiazol. Fue introducido como psicoterapia por los italianos Carletti y Bini. El inventor italiano del

electrochoque, Hugo Carletti, considera este método como "una intervención" brutal contra el organismo humano, indicado, según Carletti, no contra la esquizofrenia, sino como tratamiento de la melancolía y de los estados depresivos, producidos por causas orgánicas.
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- A partir de la década del 30 se fue reemplazando la terapia farmacoconvulsiva (producir convulsiones con medicamentos) por una que daba mejores resultados: la terapia electroconvulsiva (producir convulsiones por estimulación eléctrica), también conocida como electroshock.

Técnica de la terapia electroconvulsiva.- Antes de aplicarla debe hacerse un riguroso examen médico previo, porque el paciente deberá soportar estimulaciones eléctricas en tres sesiones semanales, que afectarán sus sistemas cardiovascular, respiratorio, etc. Media hora antes de cada aplicación eléctrica, se administra al paciente una droga que minimiza las secreciones y otras reacciones derivadas. Se inyecta también un agente relajante muscular.

Los electrodos se aplican sobre la cabeza, y pueden hacerse a ambos lados o unilateralmente (sólo sobre el hemisferio no dominante), no habiéndose comprobado una sustancial diferencia en sus efectos.

Lo que se busca producir en el paciente es un ataque generalizado de tipo tónico-clónico, que puede detectarse a partir de movimientos corporales o del registro encefalográfico. El estímulo eléctrico se aplica durante 25-30 segundos, aunque no está probada la influencia de la duración del estímulo sobre el efecto terapéutico del shock. Los depresivos registran mejorías entre las 5 y 10 sesiones, y los esquizofrénicos maníacos y catatónicos, entre 6 y 10 sesiones. Luego de conseguido el efecto terapéutico, hay una terapia de mantenimiento, pero es sobre todo farmacológica.

El electroshock se utiliza sobre todo en episodios depresivos mayores y en casos de episodios psicóticos. No existen por otro lado contraindicaciones absolutas para aplicar esta técnica. Si el paciente tiene problemas de presión, se le administran antes medicamentos especiales para que el shock eléctrico no produzca consecuencias no deseadas. La mortalidad con esta técnica es rarísima, y suele estar el paciente con problemas que ya traen problemas cardíacos. Ocasionalmente produce arritmias leves. Si la memoria se ve comprometida, vuelve a la normalidad al cabo de algunos meses.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 27, punto 6.

ENSAYO DE CONDUCTA

Definición.- Técnica donde al paciente se le enseñan conductas nuevas para practicarlas durante la sesión de terapia. Es apropiada para enfrentar los déficits conductuales y preparan al paciente para las situaciones nuevas (pág. 268).

Striegel-Moore R y Slaikeu K, (1993) Glosario de técnicas de terapia en crisis. Incluido en Slaikeu K, Intervención en crisis. México: El Manual Moderno.

ENSUEÑO DIRIGIDO

Generalidades.- Desoille empezó a ensayar la técnica del ensueño dirigido hacia 1918, y en 1931 da a conocer sus trabajos. En esta técnica el paciente debe producir imágenes, las cuales tienen un componente objetivo pero también un significado subjetivo. Esto ocurre en cierto estado de vigilia, en un estado onírico distinto al sueño pero que, como este, el paciente se expresa en lenguaje simbólico con imágenes. Al paciente se le propone una imagen y, a partir de ella, debe hacer movimientos, que pueden ser de ascenso o de descenso. Si se sugiere una ascensión, por ejemplo, esto orienta la atención del sujeto hacia sus tendencias más dinámicas y moviliza sus disposiciones más optimistas.

La imagen de partida puede sugerirla el paciente o serle sugerida. Se le pide que describa detalladamente la imagen, con lo que se obtiene una imagen 'reforzada' a partir de la cual podrá hacer movimientos de ascenso o descenso. En pacientes muy angustiados, deben evitarse imágenes mas angustiantes.

Las imágenes nacen de un estado afectivo, y si éste varía, la imagen también lo hace. Pero la inversa es también correcta: un estado afectivo puede suscitarse a partir de imágenes producidas. En estos escenarios enseñados el paciente puede tomar conciencia de sus problemas internos y resolverlos en ese contexto de imágenes; puede reencontrar sus energías perdidas y reconstruir su psiquismo con ayuda del terapeuta.

Actividad de lo imaginario, su expresión simbólica y el papel que desempeña en las neurosis.- Muchas psicoterapias hablan de 'reestructurar el psiquismo' pero no dicen cómo se pueden llevar a cabo, y ello porque no han advertido el papel fundamental de la imaginación en este proceso terapéutico, pero una imaginación activa, que produzca y transforme imágenes. A través del ensueño dirigido se libera este lenguaje íntimo del paciente, a través del cual éste puede proyectar en sus imágenes lo vivido y lo no vivido (esto último es lo mítico, lo folklórico que el paciente toma de la filogenia). Ejemplo de este tipo de imágenes no vividas: una mujer con los pechos secos, que lleva en brazos a un hijo muerto. En los ensueños dirigidos surgen situaciones de conflicto afectivo. Las imágenes expresan estos conflictos, y en

ellas se fusionan lo vivido con lo imaginario (no vivido). Por ejemplo en una imagen femenina, la mujer representada, representa la propia madre del paciente (lo vivido) y a la vez una reina ambiciosa (lo imaginario). Desoille cita acá algunos ejemplos donde aparece escenificada una conflictiva religiosa y sexual. En las escenas imaginarias se proyectan aspectos propios del paciente y éste se identifica con algún personaje de la misma.

Para Desoille, más importante que lo reprimido, es lo que reprime, por ejemplo, una conciencia moral puede hacer una persona muy rígida, y a partir de allí se pueden detectar las íntimas motivaciones del ser. Las imágenes tienen un valor reestructurante si se aprehenden en su totalidad: para que lo imaginario sea realmente reestructivo, todas las tendencias del individuo deben estar integradas, pues solo así se logra una fusión armoniosa. Mediante el ensueño, el neurótico debe rever en un nuevo contexto sus representaciones alienantes y tomar conciencia del ámbito repetitivo que permitió el desarrollo del conflicto y favorecido otros conflictos. En las imágenes se reviven situaciones ambivalentes (de aceptación y rechazo al mismo tiempo), o sea que en el ensueño dirigido, se proyectan los síntomas neuróticos. En oposición a la distinción inconsciente-conciente clásica, Desoille y otros hablan de grados o niveles de conciencia, desde los niveles más profundos no controlados por el psiquismo, hasta los niveles más altos de conocimiento esclarecido. Todos los niveles son importantes, aun los más profundos, más ligados a lo instintivo, que tendemos a desvalorizar por cuestiones morales. Considerados como grados de oscuridad o claridad, en estos niveles de conciencia se desplazan las representaciones y se pueden seguir evoluciones hacia grados de lucidez o involuciones, como el caso de pacientes muy perturbados donde se han encontrado movimientos descendentes donde se deterioraron representaciones adquiriendo aspectos terroríficos. Las representaciones, al desplazarse, producen cambios afectivos (angustia, alivio, alegría) concomitantes con cambios fisiológicos a nivel neuro-vegetativo.

Importante en el ensueño dirigido son los arquetipos, que en Jung aparecen como imágenes estáticas pero que tienen sin embargo dinamismo. Arquetipo es la suma de todas las imágenes acumuladas durante siglos y son el patrimonio de la humanidad. Desoille distingue dos cadenas arquetípicas de las representaciones: masculina (incluye todos los aspectos que puede aparecer el elemento viril) y femenina (lo mismo respecto del elemento femenino).

Por tanto el ensueño dirigido se estructura en dos cosas: a) una línea vertical de lo imaginario que evoluciona a lo largo de los grados de conciencia, y b) dos cadenas arquetípicas (masculina y femenina) correspondientes a los grados de conciencia y susceptibles de ser transformadas en sentido ascendente o descendente. A la evolución de estas representaciones se asociarán siempre modificaciones de sentimientos y emociones, pero también de conductas. Imágenes de animales, por ejemplo, se relacionan con lo más instintivo, grado más profundo de conciencia, y pueden ellas representar elementos masculinos o femeninos.

Dominio y enriquecimiento de lo imaginario por medio del ensueño dirigido en psicoterapia.- En los neuróticos aparecen imágenes que se imponen, inquietantes, mórbidas, que son rígidas porque impiden relacionarlas con otras imágenes, o sea transformarlas, moverlas. Tales imágenes expresan el conflicto patógeno. El ensueño dirigido estimula estas transformaciones, por ejemplo frente a una imagen rígida de los niveles profundos de conciencia se le ayuda sostenerla con otras imágenes menos angustiantes, como ayuda, y luego se lo insta a que vaya transformando la imagen inicial en un movimiento ascendente hacia lo real, donde la representación adquiere nuevamente su forma normal. Por ejemplo, de la imagen de un pulpo se puede llegar a la imagen de una madre que fue experimentada como aprisionadora.

El paciente va describiendo como van evolucionando las imágenes de la sesión del ensueño dirigido, y poco a poco van surgiendo representaciones reestructurantes, con valor terapéutico, y que generalmente aparecen al final de la ascensión. Ellas son accesibles cuando el paciente superó la angustia producida por los conflictos. Es un proceso sublimatorio, donde se pasa por ejemplo, de representaciones como la Bruja, a otras más elevadas como la madre, la Virgen, etc.

A partir de aquí el paciente deberá integrar las imágenes más ascendentes en su vida cotidiana y sentir en este ámbito la calma y la objetividad experimentada al final del ascenso. Lo vivido en el ensueño dirigido se transfiere a lo vivido en la vida cotidiana.

En muchas imágenes aparecen animales como pájaros (indican evasión, pero pueden usarse para provocar u movimiento ascensional), dragones, etc. Se trata de usar imágenes plácidas para transformar imágenes angustiantes, con miras a la curación. Algunas imágenes son universales, arquetípicas, pero siempre deben interpretarse en función de la realidad psíquica de cada persona.

Las imágenes en el ensueño dirigido son a la vez símbolos auténticos y también 'efectos-signos'. La imagen se convierte en símbolo en la medida en que la elegimos activamente para expresar algo. El 'efecto-signo' es más pasivo, y corresponde a una inhibición total del psiquismo superior.

El ensueño dirigido busca sublimaciones mediante una combinación de movimientos ascendentes y descendentes. Deben distinguirse las sublimaciones auténticas de las ficticias: estas últimas son fugas hacia la ascensión por exigencias superyoicas (se huye de lo descendente o instintivo).

En el ensueño dirigido las imágenes deben ser verbalizadas por el paciente (el cual cuenta lo que ve), y frente a esas palabras el terapeuta sugiere cosas para transformar, poner en movimiento la imagen, por

ejemplo, en sentido ascendente. Por ejemplo, una paciente describe una imagen donde hay una joven muerta o dormida. El terapeuta le pide que la haga salir del lecho y ella contesta que no tiene zapatos, lo que puede interpretarse como que ella no puede caminar por la vida. Los ensueños dirigidos son más ricos y expresivos que los sueños. Funcionan incluso como tests, pues su desarrollo describe la historia del paciente en lenguaje simbólico.

Por último, las actitudes transferenciales aparecen también en las imágenes, pero lo que detona lo transferencial, es la imagen misma, y no la presencia del terapeuta. Lo transferencial de la imagen se llevará al contexto de la relación con el terapeuta en la medida en que pueda hacerlo el paciente, o sea si no le genera demasiada angustia.

Resumen de Desoille Robert, Lecciones sobre ensueño dirigido en psicoterapia. Capítulo 1.

Técnica de las imágenes.- El terapeuta debe vivir el ensueño a la par del paciente. Éste estará en posición horizontal, relajado, en silencio y semioscuridad. El terapeuta le sugiere una imagen de partida y éste la aceptará o no. Si la acepta, debe describirla detalladamente, si le inspira o no atracción, etc. Y se le pide que se sitúe en esa imagen y que busque una salida (ventana, etc.). A partir de allí se le sugerirá que suba o baje (imágenes de ascenso o descenso): subiendo aparece calma, serenidad, y bajando, angustia, temores. Ambas cosas son importantes, pues apuntan respectivamente a la superación y a las profundidades, donde yace el conflicto.

Hay distintos tipos de imagen: de la vida real, mitológicas o de la fábula (de ascenso como ángeles, de descenso como dragones), e imágenes místicas de descenso (llamas que no queman, o sea que no suscitan angustia).

En la primera sesión se estudian las reacciones del paciente frente a las imágenes. Temas de partida son representaciones masculinas, como la Espada, o femenina, como la Copa.

Además de ascender o descender hay sugerencias secundarias como "llene la copa", "saque la espada", etc. Estos movimientos y los de subir o bajar, tienen significaciones. En la cura pueden aparecer negativas a subir, debido a represión de sentimientos nobles, o a bajar, por represión de lo instintivo y conflictual. Los mismos pacientes dan sentido simbólico a sus representaciones. El ensueño dirigido es una readaptación a la vida propia, y para ello debe definir bien su vida hasta ese momento: problemas que tiene o tuvo, familia, amistades, salud, sexo, metas, etc. Las sesiones tienen duración variable, y las hay de dos horas, donde primero se hacen interpretaciones de ensueños anteriores y luego se desarrollan nuevos ensueños.

Otros primeros temas de descenso, por ejemplo son: descenso a las profundidades del mar, la Gruta del Brujo, y la Gruta de la Bruja. Estos temas tienen que ver con el pasado (el ascenso con el presente y futuro, metas, etc.), con inhibiciones profundas, etc., y deben dirigirse con cautela y moderación.

Luego del descenso al abismo marino, en nuevas sesiones vienen las Grutas: el hombre buscará la Bruja, la mujer al Brujo, y en otra sesión, el hombre al Brujo y la mujer la Bruja, todo esto para explorar la relación del paciente con los otros.

Otros temas de descenso son por ejemplo: el Dragón de la Fábula, la Bella Durmiente del Bosque. El Dragón representa la cultura con sus prohibiciones y limitaciones, el Superyó. El sexo del terapeuta es importante, y Desoille habla de dos terapeutas de distinto sexo, simultáneos o separados, para el mismo paciente. El tema de la Bella Durmiente es para pacientes hombres, y mediante el mismo elaboran su relación con su madre. La imagen de la Bella Durmiente duerme en el corazón de todo hombre, y es necesario volver a encontrarla.

Otros temas para continuar la cura pueden ser sugeridos por el terapeuta, pueden surgir también en forma espontánea, o elegidas directamente por el paciente. También pueden ser elegidas entre imágenes de ensueños anteriores que o bien han quedado incompletas (no desarrolladas) por algún estímulo externo o interno, o bien porque no se ha completado en su momento su interpretación.

Obstáculos a superar en la cura.- El paciente debe colaborar activamente en la curación, y el terapeuta funciona como apoyo y sostén además de interpretar. Obstáculos en la cura están ligados a lo constitucional, que no se puede modificar, y la edad (el ensueño dirigido no encuentra mayormente obstáculos en la edad, salvo excepciones). Otro obstáculo es la dificultad del paciente para tener imágenes y darles movimiento, de aquí que el terapeuta deba saber cómo facilitar el surgimiento de imágenes: si éstas son angustiantes o desagradables para el paciente, se le pueden sugerir otras más complacientes. También se pueden sugerir imágenes auditivas (un reloj, tocar las teclas de un piano) si hay dificultad para lo visual.

Resumen de Desoille Robert, Lecciones sobre ensueño dirigido en psicoterapia. Capítulo 2.

El ensueño dirigido como tipo de relación.- El terapeuta debe acoger siempre con simpatía al paciente y durante el tratamiento, contener su angustia, aun si pide hablar con él personalmente. Tampoco debe dejarse ansioso al paciente al final de la sesión.

Directividad y ensueño dirigido.- El ensueño es 'dirigido' pues el terapeuta sugiere imágenes y movimientos ascensionales o de descenso, así como hace interpretaciones, pero el ritmo y estilo del ensueño es propio de cada paciente. Incluso si éste muestra iniciativas para imaginar tal o cual cosa, el terapeuta lo alentará a ello.

La transferencia en el ensueño dirigido.- En general transferencia es para sentimientos de amor u odio de una persona a otra, y no implica necesariamente un retorno a lo infantil. En el ensueño dirigido Desoille habla de pacientes que mantienen una transferencia positiva perdurable de ex pacientes.

La angustia (en la histeria) y la ansiedad (del debo o no debo de la obsesión) son afectos que se descargan en las imágenes, y en los seres de las mismas. A veces la descarga no es directa sobre la persona original (por ejemplo, la madre) sino sobre un sustituto: se transfirió el odio a éste, y se pudo resolver el estado angustiante.

El terapeuta debe estar precavido contra las reacciones transferenciales hacia su persona, pues lo puede tornar engreído y creído de su poder y prestigio.

El paciente durante la cura.- Debe informar periódicamente por escrito de las imágenes y sus movimientos, más que nada para retenerlas y recordarlas mejor, si acaso después hay que retomarlas o completar su interpretación.

También debe abandonar ceremoniales y todo tipo de actitud de resistencia al tratamiento. Desde Pavlov, se trata de descondicionar al paciente de sus reflejos adquiridos por una mala asimilación del sentido de responsabilidad por educación.

Resumen de Desoille Robert, Lecciones sobre ensueño dirigido en psicoterapia. Capítulo 3.

ENTRENAMIENTO AUTOGÉNICO

Definición.- Método psicoterapéutico de I. H. Schultz. Consiste en suplantar los pensamientos perturbadores por sencillas representaciones sugestivas, sistemáticamente como autosugestión. "El niño se sienta en un sofá y se le sugiere que su mano es cada vez más pesada." Por las manifestaciones sugestivas en la circulación de la sangre -los vasos sanguíneos se ensanchan- la mano se calienta realmente. El niño comprueba así, el dominio de su cuerpo. Este entrenamiento, que ha encontrado, especialmente en Alemania, una gran difusión, tendiendo a autoaumentar las sensaciones corporales anormales, debe educar al sujeto en el sentido de un dominio voluntario y amplio de todo el aparato psicofísico, haciéndole posible alcanzar un estado de abismamiento peculiar, una armónica visión interna de sus vivencias. (*Das autogene Training*, 1932).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ENTREVISTA

Cuando basta con una entrevista.- Hemos comprobado que un 70% de consultantes que solo tuvieron una primera entrevista, habían mejorado después de ella (un 71% mejoró habiendo ya empezado el tratamiento y siendo éste suspendido, y un 86% mejoró luego de tratamientos terminados).

Entre los que tuvieron una sola entrevista, hay casos muy distintos: los que mejoraron por cuestiones ajenas a la entrevista, los que consultaron para asegurarse que no había problemas que resolver, los que consultaron solo para ratificar que lo que estaban haciendo estaba bien, los que sólo necesitan ayuda en una crisis y un consejo directo; también casos en los que única mínima y única redefinición alcanzó para producir un cambio, y casos en donde no se necesita terapia, pero decir eso directamente al consultante puede ser para ellos molesto.

Casi nunca, sin embargo, es posible terminar en una sola terapia cuando fueron derivados por terceros de mucha influencia en ellos, cuando los consultantes exhiben un historial de muchas consultas, cuando está motivado para "hacer terapia", cuando piensa que una sola entrevista es muy poco, y cuando es gente que necesita digerir con tiempo las intervenciones.

El equipo terapéutico que facilita estas intervenciones rápidas (un programa de salud mental debería incrementar estas intervenciones) debe pensar que mucha gente puede resolver muchos problemas solos con mínima ayuda. Además debe ser capaz de reconocer como problema sólo aquello que el consultante considera como tal, y no menospreciar a éste respecto a su capacidad para resolverlo. Otro aspecto es involucrar al derivante, pues el tratamiento quizá no tenga sentido y el problema puede resolverse de otra forma.

Resumen de Hirsch H, Giterman M y Crispo R, Cuándo basta con una entrevista. Incluido en Hirsch y otros (1994) Estrategias psicoterapéuticas institucionales. Buenos Aires: Nadir Editores.

Valor diagnóstico.- Las transcripciones de entrevistas clínicas semiestructuradas con 40 adolescentes en hospitalización psiquiátrica fueron sometidas a un análisis narrativo en un esfuerzo por reflejar la lógica de sus explicaciones cuando hablaban espontáneamente de experiencias de impotencia y por determinar cómo la impotencia está incrustada en argumentos más amplios. Se discernieron tres tipos de composición narrativa, y se discuten mediante extractos de las entrevistas.

En un primer, y predominante, tipo de narrativa es crucial una confrontación perturbadora con otra persona: las intenciones del otro son oscuras; esto aterroriza al narrador, que no sabe qué hacer. La impotencia surge como resultado directo de no saber cómo manejar el "insostenible enigma" de las intenciones del otro. En el segundo tipo de narrativa, más marginal, la impotencia está incrustada en una explicación de vacío y aburrimiento. El protagonista cuenta experiencias duraderas de vacío debidas a la

pérdida y al sufrimiento consiguiente. En el tercer tipo de narrativa, también más marginal, la impotencia está enmarcada en un contexto de fracaso; el protagonista se adhiere a estándares estrictos, siente que no cumple sus expectativas y concluye que es un fracaso.

Sólo el primer tipo de narrativa está significativamente relacionado con los diagnósticos psiquiátricos de trastorno del estado de ánimo y depresión mayor.

Vanheule; Stijn; Hauser; Stuart T. Un análisis narrativo de la impotencia en la depresión. APERTURAS PSICOANALÍTICAS. 2010 ABR;(34)

ERGOTERAPIA

Definición.- "Método de tratamiento y readaptación de enfermos mentales o de discapacitados motrices que se lleva a cabo mediante el aprendizaje y la práctica de técnicas artesanales o de trabajos adaptados a sus capacidades funcionales. Su finalidad es conseguir la reinserción socio-profesional para favorecer la aparición de actitudes nuevas y estables. Al elegir el tipo de ergoterapia, es preciso tener en cuenta las necesidades, aptitudes y preferencias del enfermo. Comprende la laborterapia (trabajo manual) y la ludoterapia (juegos). En algunos países se ha utilizado la ergoterapia como una forma especial de terapia de activación y ocupación y no se emplea solo en psiquiatría, sino en un amplio sector de la medicina (ortopedia, geriatría, pediatría). Estas terapias activas (ergoterapia, terapia ocupacional, laborterapia) deben estructurarse y articularse de acuerdo con las necesidades y disposiciones de rehabilitación".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

ESCRITURA

Escritura y psicoterapia.- Los beneficios terapéuticos del poner por escrito las situaciones traumáticas padecidas han sido testimoniados por numerosos escritores en múltiples oportunidades (Aberbach, 1989, DeSalvo, 1999, Henke, 2000).

Por su parte, James Pennebaker y colaboradores (Pennebaker, 1990, 2004; Pennebaker, Seagal, 1999) han llevado a cabo, en las últimas décadas, una serie de rigurosas investigaciones empíricas que demuestran, sin lugar a dudas, dichos beneficios.

En el formato más habitual de tales experimentos los investigadores dividen a los voluntarios en dos o más grupos.

Uno de dichos grupos recibe la consigna de escribir sobre los sucesos más traumáticos de su vida, durante 15 minutos sin interrupción, a lo largo de 3 ó 4 días. Los otros grupos reciben consignas diferentes, como por ejemplo escribir igual cantidad de tiempo pero sobre tópicos irrelevantes.

Los resultados de dichas experiencias son concordantes y muestran que los sujetos que escribieron sobre los traumas que habían padecido mostraron en los meses siguientes una disminución en el número de veces que se enfermaban (Pennebaker y Beall, 1986), una mejoría en el funcionamiento de su sistema inmunitario (Pennebaker, 1990), en el asma y la artritis reumatoidea (Kelley, Lumley, Leisen, 1997; Smyth et al., 1999), en el cáncer de próstata (Rosenberg et al., 2002), en la modulación del anticuerpo del virus Epstein-Barr (Esterling et al., 1999), etc.

En el campo de la salud mental, la mayoría de los estudios que utilizan el formato de Pennebaker se ha centrado en los beneficios de la escritura en pacientes que padecen un síndrome de estrés postraumático (entre otros, Smyth et al., 2002; Lepore, 1997; Stephens, 2002).

Lanza Castelli, Gustavo. Poner la sesión por escrito: una técnica para optimizar la psicoterapia. APERTURAS PSICOANALÍTICAS. 2008 ABR;(28).

Escritura confesional.- Un artículo publicado en la Revista de la Asociación Médica Americana el 14 de abril de 1999, reveló que escribir sobre experiencias traumáticas permite aliviar los síntomas del asma o artritis reumatoidea. Se trata del primer estudio que confirma el beneficio de la escritura confesional o expresiva sobre personas enfermas, aunque ya desde una década atrás se conocía su influencia sobre el desencadenamiento de cambios físicos favorables, como el fortalecimiento del sistema inmune y la disminución de la presión arterial. Expertos de la North Dakota State University compararon los resultados entre un grupo que escribió sobre sus padecimientos y otro que no. A los primeros se les dio la consigna "Traten de poner en palabras las vivencias más estresantes, sin preocuparse por como lo dicen", mientras que los segundos debieron desarrollar tópicos emocionalmente neutros. Cuatro meses más tarde, se observó que las personas con asma habían recuperado un 19% su capacidad pulmonar, y los artríticos habían reducido sus síntomas en un 28%. Estos resultados superan ampliamente a los que cabría esperar solamente con tratamientos farmacológicos, expresó el director de este estudio, J. Smith. La técnica de la escritura confesional permitiría acercarse a las emociones, comprenderlas y, así, disminuir su repercusión física, explicó R. Sivak, del equipo de psicósomática del Hospital Alvarez de Buenos Aires, Argentina.

(Fuente: Escribir alivia los síntomas. Diario La Nación, Buenos Aires, 8 de mayo de 1999).

ESCUCHA ANALÍTICA

Escucha analítica en los grupos.- Percia da un ejemplo para mostrar como se produce la escucha analítica en un grupo. Para generar una situación donde se pueda escuchar, se propuso preguntar a alguien del grupo qué piensa. Concretamente, el coordinador propuso que hablen de a dos sobre aquello que en los tiempos que corren cada uno a dejado de lado. Luego de ello, se invita al compañero que diga lo que escuchó del relato de su compañero, y de esta manera el primero compañero tiene la oportunidad de escuchar lo que dijo desde otro sitio, desde el lugar de su compañero. Lo propio necesita de otro para ser captado, que es la base de la escucha analítica.

Luego se pasa a utilizar un recurso dramático: se invita al participante a presentar nuevamente su relato, pero esta vez de pie y haciendo una dramatización frente al resto del grupo. Como hipótesis, el autor propone que esta puesta en escena se define al mismo tiempo por la no ruptura de los límites que fija el protagonista, y por el 'arte' de la contención de la dirección (o sea evitar la violencia de la intervención del coordinador). Contenerse es impedirse dirigir.

Luego, la dramatización la hacen varios y se intercambian roles: lo que uno hacía, ahora lo hará el otro, y viceversa, lo que también permite entender qué hace uno a partir de lo que hizo el otro en la misma situación (inversión de roles).

Condensado de Percia Marcelo (1997) Notas para pensar lo grupal. Buenos Aires: Lugar Editorial, 4º edición.

ESQUIZOFRENIA

Entrenamiento en habilidades sociales.- En la década de 1980 Robert P. Liberman y su equipo de la UCLA diseñaron los Módulos de Habilidades Sociales para la Vida Independiente. Desde entonces sus métodos se han extendido a lo largo del mundo y su efectividad ha sido demostrada. Parece que actualmente está empezando a quedar en desuso la aplicación de estos métodos y prácticamente no hay publicaciones que avalen la continuidad de estos tratamientos.

En este artículo se presentan los resultados de un programa de entrenamiento en habilidades sociales (PEHS) en una muestra de 57 pacientes esquizofrénicos. Se evaluaron los resultados con las escalas Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS) y Social Behavior Assessment Schedule (SBAS) y con los cuestionarios Social Interaction Self-Statements Test (SISST) y AI-F. Con posterioridad a la intervención terapéutica, los pacientes mejoraron en síntomas negativos, adquirieron nuevos roles sociales y aumentaron la frecuencia del comportamiento asertivo. También los familiares vieron mejorada su sobrecarga emocional y el nivel de estrés. De todos modos estas mejorías decrecieron a los 6 meses de seguimiento sin intervención terapéutica.

R. Cirici Amell; J. Obiols Llandrich, Validez de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos. ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2008 JUN;36(3).

Evolución de la psicoterapia.- La necesidad de un enfoque psicoterapéutico en la esquizofrenia está presente desde hace más de 100 años, con el comienzo de la psicoterapia de la psicosis en la clínica Burghölzli (Zurich), donde bajo la dirección de Eugene Bleuler trabajan entre otros Gross, Riklin, Biswanger, Jung, etc. Bleuler incluye en el tratamiento del paciente esquizofrénico una serie de elementos básicos: relación constante, análisis de la fuente de tensión, catarsis, reflexión, cambios conductuales, adaptación y consejo (1).

Esta necesidad debería reivindicarse hoy más aún, en un medio en el que supuestamente prima la evidencia científica frente a otros argumentos, las recomendaciones de un abordaje psicosocial se mantienen en todas las guías actuales de tratamiento de la esquizofrenia (2). Sin embargo, a pesar de ello y de las limitaciones que para el paciente psicótico supone un abordaje exclusivamente farmacológico (falta de respuesta completa, mal cumplimiento, tratamiento de síntomas positivos olvidando aspectos funcionales y otros síntomas menos evidentes como los cognitivos, falta de insight, no recuperación de la autoestima, ausencia de cambios, etc.) el uso y extensión de la psicoterapia en pacientes con trastornos psicóticos es muy limitado.

Alanen recoge en su último libro una serie de razones que explicarían esta situación, entre las que destacamos las relacionadas con la evolución hacia un concepto biomédico de la enfermedad (con lo que supone de formación e inversión de recursos en otros aspectos y la participación de la industria farmacéutica en la formación, con intereses muy distintos a las intervenciones psicológicas o psicosociales) y, las derivadas de las dificultades intrínsecas y económicas de su aplicación e investigación, sobre todo con estudios prospectivos controlados (3).

A lo largo de este trabajo describiremos las formas de abordaje psicoterapéutico tradicionales aplicadas al campo de la psicosis, no se incluyen otras modalidades como música-terapia, arte, Gestalt, psicodrama, etc. ni tampoco las estrictamente relacionadas con intervenciones comunitarias (comunidades terapéuticas, tratamiento comunitario asertivo, case management, etc.), que posiblemente merecerían otra revisión específica.

Así estructuraremos el trabajo en cinco modalidades de intervención: psicodinámica/psicoanalítica, cognitivo-conductual, familiar, grupal e integradora. En todos ellos comenzando desde su evolución a lo

largo de la historia llegaremos a su situación actual, revisando los resultados de los estudios más significativos en cada modelo de intervención.

I. García Cabeza. Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. 2008;28(1):9-25.

ESTRATEGIAS DE AYUDA

Clasificación.- Las estrategias de ayuda pueden clasificarse de acuerdo al dominio o área de problemas donde centran su atención: afectivo, cognitivo, conductual o contextual.

Área problemática	Afectivo (emociones, sentimientos)	Cognitivo (comprensión, pensamiento)	Conductual (acciones, actuaciones)	Múltiples contextos
Estrategias de ayuda	Centrada en el cliente (Rogers) Gestáltica	Terapia de la realidad Terapia racional emotiva	Conductual	
	Psicoanalítica			
	Multimodal			
	Feminista, multicultural, ecológica/sistémica			
Técnicas representativas	Experimentos gestálticos Escucha activa Imaginación Conciencia sensorial Asociación libre Análisis de los sueños Interpretación	Toma de decisiones	Entrenamiento en asertividad Refuerzo Contratos Modelación Desensibilización sistemática	Fortalecer Agenciar el cambio Defender
		Reestructuración cognitiva Contrato de la terapia de la realidad Análisis y validación cognitiva		
	Conciencia de identidad. Psicoeducación. Reformulación			
Marco teórico	Fenomenológico Psicodinámico	Cognitivo-conductual		Conductual
	Integrador-pluralista			
	Feminista, multicultural, ecológica/sistémica			
Tipos de problemas	Adaptación interpersonal. Conflictos evolutivos			
	Ansiedad Adaptación personal Autoestima	Resolución de problemas Toma de decisiones	Afrontamientos Dominio	De conducta Conflictos con el entorno

Dominios de problemas.- 1) Los problemas afectivos están relacionados con las emociones, con la conciencia de uno mismo y de los sentimientos de los demás. Por ejemplo, con los sentimientos de inadecuación o inferioridad, dificultad para contactar con las propias emociones o de los demás, etc.

Los problemas cognitivos están relacionados con los pensamientos, que intervienen, por ejemplo, en nuestra forma de interpretar las situaciones y los acontecimientos, en nuestra manera de tomar decisiones y resolver problemas. 2) Los problemas de conducta están relacionados con las acciones, por ejemplo como abandonar un hábito nocivo, aprender a ser más asertivo, etc. 3) Los problemas afectivo-cognitivo-conductuales pueden manifestarse en diversos síntomas como depresión, trastornos alimenticios, dificultades interpersonales y laborales. 4) Los problemas contextuales o persona/entorno incluyen las emociones, pensamientos y conductas que surgen en situaciones de alienación o discriminación (negros, mujeres, gays, lesbianas y otros grupos minoritarios) donde se puede experimentar ansiedad y depresión por los sentimientos de inadecuación y de baja autoestima.

Estrategias de ayuda.- 1) Estrategias afectivas.- Sus bases teóricas están en la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers y en la teoría de la Gestalt que originó la terapia gestáltica. Se centran en la conciencia de uno mismo, en la experimentación de emociones, en la escucha activa y en el desarrollo de una relación genuina y empática, estando especialmente indicadas para individuos que son incapaces de expresar emociones y mantener relaciones cercanas y significativas con sus familiares o amigos.

2) Estrategias afectivo-cognitivas.- Su principal objetivo es llevar a la conciencia los materiales inconcientes, fortaleciendo así el ego para que la conducta pueda basarse más en el pensamiento conciente que en los instintos inconcientes. Mediante el insight (conciencia emocional y comprensión cognitiva) se puede reestructurar la personalidad. Busca eliminar los efectos paralizantes de la ansiedad interna, causa y consecuencia de la represión, para acceder a una vida completa en el presente en paz

con uno mismo y autocomprensión. Se basan en la teoría psicodinámica del desarrollo y son aplicables a personas con problemas persistentes profundamente enraizados que requieren una reestructuración de la personalidad. Están indicadas para supervivientes de traumas crónicos y/o de privación y abandono infantil.

3) Estrategias cognitivas.- Enfatizan la racionalidad, los procesos de pensamiento, el significado y la comprensión, y sus bases teóricas están en las teorías sobre los sistemas de información y la toma de decisiones. Las estrategias de toma de decisiones son eficaces en la orientación vocacional y educativa y en la resolución de problemas y toma de decisiones de cualquier situación vital. Algunas decisiones requieren información cognitiva, y otras informaciones sobre creencias y actitudes.

4) Estrategias cognitivo-conductuales.- Se centran en los procesos de pensamiento y conducta. Se basan en la premisa de que para provocar cambios conductuales es preciso modificar los pensamientos distorsionados. Sus orígenes están en la terapia racional-emotiva de Ellis, en la terapia de la realidad de Glasser, en la terapia cognitivo-conductual de Beck, en la modificación cognitivo-conductual de Meichenbaum, en el constructivismo y en la teoría conductual. La racionalidad y la responsabilidad son conceptos claves. Estos enfoques se utilizaron en escuelas, hospitales, empresas y correccionales. La terapia racional-emotiva podría no funcionar con quienes estén atrapados en sus emociones y sean incapaces de atender a la lógica. La terapia de la realidad requiere grandes dosis de sentido común, mientras que la terapia de Beck demostró su utilidad en personas deprimidas, y requiere cierta habilidad verbal y motivación para el cambio. El enfoque de Meichenbaum se utilizó con niños y adultos impulsivos, jóvenes hiperactivos y personas con deseos de controlar su estrés.

5) Estrategias conductuales.- Se basan en la teoría del aprendizaje y se centran en conductas específicas y observables, buscando modificarlas y enseñando nuevas más adaptadas. Suponen que los cambios conductuales provocan cambios en las emociones y pensamientos. Estas estrategias están indicadas para personas con problemas con las estrategias verbales. Además, dan resultados en tiempos más breves. Entre las técnicas utilizadas está el modelado, los contratos de tareas, el entrenamiento en asertividad y la desensibilización sistemática.

6) Estrategias que abarcan varios dominios.- La terapia multimodal, las estrategias ecológicas y de sistemas y los enfoques feministas y culturales abarcan los dominios afectivo, cognitivo y conductual, y son enfoques pluralistas basados en otras aproximaciones teóricas. Estas estrategias se pueden utilizar cuando los problemas no están claramente delimitados en un solo dominio, cuando se solapan dos o tres dominios o cuando los problemas están relacionados con el entorno de la persona. Las estrategias ecológicas/de sistemas, por ejemplo suelen aplicarse cuando el objetivo es mejorar las habilidades de observación y comunicación y las relaciones dentro y fuera de las familias de los pacientes, centrándose entonces en los procesos interpersonales.

Condensado de: Okun Bárbara (1996) Ayudar en forma efectiva. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 6.

EXPOSICIÓN

Generalidades.- Técnica utilizada en psicoterapia conductual. Las modalidades clínico-conductuales oscilan entre la exposición en imagen y el enfrentamiento directo, pasando por otras, como el Modelado Participativo, Desensibilización por Contacto, Alivio Respiratorio o la Exposición por Fundidos-Encadenados (E.F.E.). En la desensibilización clásica –en imagen- (D.S.-I) y en los tratamientos con implosión, la capacidad de evocación de imágenes del paciente juega un papel relevante. La clave es que los estímulos imaginarios puedan substituir a los genuinos. La exposición se ha revelado como el mejor sistema para el tratamiento de las neurosis fóbicas, cuya base es la ansiedad ante los estímulos elicítadores de la misma. El proceso por el que actúa radica en la habituación, que terminan por eliminar la fuerza de éstos. Cuanto más ajustado sea el programa diseñado para la exposición, en el reflejo de éstos, mayor será su eficacia.

García Losa E, Concepto, evolución y desarrollo de las técnicas de exposición clínica en terapia y modificación de conducta. Psicología.com. 2003; 7(1).

Exposición gradual.- Técnica conductual similar a la implosión, sólo que se llega a la situación ansiógena gradualmente: primero imaginarse estar a un metro, luego a dos metros, etc., como terapia para perder el miedo a las alturas. Una variante es el modelado de participación gradual, donde por ejemplo un niño puede perder miedo a los perros si observa (e imita) la conducta de otro niño que no le teme a los perros.

Kaplan H y Sadock B, *Compendio de psiquiatría*. México: Salvat. Capítulo 26, punto 2.

Exposición en trastornos de ansiedad.- “Las técnicas de exposición se han utilizado para los Trastornos de Ansiedad durante décadas. A pesar de que dichas técnicas dominan las terapias actuales para los trastornos como el Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno de Estrés Agudo, la evaluación de su eficacia relativa ha sido menos estudiada. El propósito de esta revisión es estudiar la utilidad de la exposición en vivo en el tratamiento del Estrés Postraumático. Discutimos la literatura relevante mediante el breve examen de la eficacia de estas técnicas en el tratamiento de la ansiedad. Se han

revisado las limitaciones teóricas y metodológicas de las exposiciones de las investigaciones realizadas hasta la fecha que han sido utilizadas en los tratamientos para el Estrés Postraumático. Destacamos el hecho de que la exposición en vivo, una técnica de exposición que ha sido utilizada para tratar algunos trastornos de ansiedad, ha recibido escasa atención clínica y de investigación como tratamiento para el Trastorno de Estrés Postraumático. Se ha llevado a cabo un caso para llevar más lejos el estudio de la exposición en vivo como tratamiento para el Estrés Postraumático”.

Moulds M y otro, La exposición en vivo en Trastornos de Ansiedad: Proponiendo su utilidad en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático. FUENTE: JOURNAL ANXIETY DISORDER. 2006 ABR; 20(4)

FARMACOTERAPIA

Definición.- Tratamiento de las patologías psíquicas con ayuda de psicofármacos. Habitualmente, la farmacoterapia se aplica en psicosis endógenas y neurosis y por regla general no produce una curación definitiva, sino que provoca alivio o liberación de síntomas durante períodos breves, acorta la fase de la enfermedad, o tan solo posee una función de apoyo respecto de otras técnicas, como por ejemplo en las neurosis tratadas con tranquilizantes.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Un aspecto fundamental en el tratamiento de los pacientes graves es la farmacoterapia, que permite un control de la sintomatología, en parte para evitar más sufrimiento en el paciente y en parte porque puede crear ciertas condiciones donde éste pueda ser más permeable a la psicoterapia, la laborterapia, etc (Kaplan, 1992).

La psiquiatría biológica nos enseña la importancia etiológica que tienen las alteraciones físicas y bioquímicas en la determinación de la enfermedad mental y sus síntomas y signos.

Hay tres situaciones en las cuales una alteración en los neurotransmisores pueden producir cuadros patológicos, y en particular disfunciones mentales: cuando hay déficit o ausencia de NT, cuando hay un exceso de NT, y cuando en el curso de las transformaciones químicas del NT se producen sustancias anómalas. En los dos primeros casos hablamos de alteraciones cuantitativas, porque el problema está en la cantidad de NT, mientras que en el último caso hablamos de alteraciones cualitativas.

1) Déficit o ausencia de NT.- Un déficit de diferentes NT generarán sintomatologías diferentes. Por ejemplo, un déficit de dopamina configura el Mal de Parkinson, mientras que un déficit de GABA produce convulsiones, coma hipoglucémico y Gran Mal.

Una ausencia de catecolaminas puede deberse a que, por cuestiones genéticas, no exista la enzima fenil-alanina-hidroxilasa que permite su síntesis, con lo cual se acumula fenil-alanina eliminándose por orina. Es lo que pasa en la oligofrenia fenil-pirúvica.

En la depresión (tanto endógena como reactiva) hay un déficit de ciertos NT denominados catecolaminas, como por ejemplo la noradrenalina. No sé sabe con certeza si el estado de ánimo depresivo es lo que produce este déficit, o este déficit de noradrenalina es lo que produce la depresión del estado de ánimo. Lo que sí se ve es que hay una asociación estadística significativa entre depresión y déficit de estos NT. Podemos darnos cuenta de este déficit porque, al haber poca noradrenalina, también habrá pocos catabolitos que resultan de su destrucción normal. Este catabolito que está en déficit se llama Mopeg, y se lo ve en la orina.

En suma, el dosaje de Mopeg en orina es bajo en los depresivos. Esto no se ve en los análisis clínicos habituales. Se trata de un análisis especial y no todos lo hacen: hay que pedir un dosaje de Mopeg en orina, aunque también puede verse en sangre, porque los residuos, antes de eliminarse por la orina, pasan por la vía sanguínea. Desde ya, para saber si una persona tiene depresión suelen bastar los signos y síntomas clínicos (comportamiento, etc.), no siendo necesario averiguar el dosaje de Mopeg.

2) Exceso de NT.- Si en la depresión había déficit, donde habrá exceso será en el estado de ánimo opuesto a la depresión, es decir, la manía, la euforia. Aquí verificaremos en orina un aumento de los catabolitos de la noradrenalina porque precisamente está aumentado este NT.

3) Productos metabólicos anómalos.- Un NT se combina con una sustancia extraña produciendo una nueva molécula, anómala. Un ejemplo es la esquizofrenia. Aquí, un neurotransmisor, la dopamina, se combina químicamente con un grupo metil y forman un compuesto llamado Dinfea (di-metoxi-fenil-alanina), que es alucinógeno. Este compuesto, o sus catabolitos, aparecen aumentados en orina, particularmente en pleno brote. Asimismo, metabolitos derivados de la serotonina (como la bufotenina) son también alucinógenos.

Una gran cantidad de psicofármacos actúan sobre los neurotransmisores, sea aumentándolos cuando hay déficit, sea disminuyéndolos cuando hay exceso. Los NT, ocasionalmente pueden aumentar o disminuir en diferentes momentos del día, en diferentes actividades que uno realiza, o si está durmiendo o en estado vigil.

Cuando hablamos de aumento o disminución patológica nos referimos a exceso o a déficit que ocasiona sintomatología que puede convertirse en motivo de consulta.

Señalan Kaplan y Sadock que "las interacciones de los fármacos psicotrópicos con las catecolaminas, la adrenalina y la dopamina han sido constatadas por diversos investigadores y parecen explicar la acción de diversos fármacos" (Kaplan H. y Sadock B. 1992:19).

Podemos imaginarnos de qué posibles formas pueden actuar los psicofármacos sobre los niveles de NT. Por ejemplo, si hay un déficit se podrá inhibir la acción de su enzima destructora, o bien se podrá inhibir su recaptación en la membrana presináptica, etc., mientras que si hay un exceso de NT, se podrá reducir su nivel estimulando su enzima destructora, bloqueando los receptores posinápticos, etc.

Otros fármacos actúan restituyendo algún NT en déficit. Por ejemplo, la restitución de la dopamina agotada mediante el tratamiento con su aminoácido precursor dihidroxi-L-fenilalanina (L-Dopa) alivia considerablemente los síntomas de la enfermedad de Parkinson (Kaplan H. y Sadock B. 1992:21). Los psicofármacos han sido clasificados de muy diversas maneras.

Una de las clasificaciones de los psicofármacos que nos parece especialmente práctica los agrupa en tres clases, que son precisamente las más utilizadas en psicoterapia: tranquilizantes menores, tranquilizantes mayores y antidepresivos.

1) Tranquilizantes menores o ansiolíticos.- Estos fármacos tienen efectos ansiolíticos (reducen la ansiedad), relajantes musculares, anticonvulsiantes o sedantes. La diferencia entre ansiolítico y sedante es que éste último afecta las reacciones psicomotrices. El fenobarbital es clásico, aunque posteriormente se descubrieron las benzodiazepinas. Hoy se consideran dos grupos principales de ansiolíticos: las benzodiazepinas y los barbitúricos.

Las benzodiazepinas tienen un menor efecto residual, y se usan para sedar y obtener relajación muscular. Potencian la acción del GABA, que es un NT inhibidor. Los barbitúricos son de bajo costo pero bastante tóxicos. Son muy adictivos y afectan el hígado. Se usan como sedantes, hipnóticos, anestésicos y anticonvulsiantes. Como síndrome de abstinencia dan trastornos digestivos, temblor, agitación, alucinaciones, aumento de peso y apetito, galactorrea, amenorrea, síntomas neurológicos leves.

2) Tranquilizantes mayores, antipsicóticos o neurolépticos.- Actúan sobre la psicosis, síntomas neurológicos y el sistema nervioso autónomo. Tienen acción sedante, lentifican el pensamiento y reducen las respuestas afectivas y psicomotrices. Antidelirantes, disminuyen también los efectos de las alucinaciones.

Tal vez los antiesquizofrénicos más importantes son las fenotiacinas y butiferas, conocidas generalmente como neurolépticos. Las fenotiacinas son más efectivas en el alivio de síntomas positivos (alucinaciones, delirios, etc.) y mucho menos efectivos en el tratamiento de síntomas negativos (pobreza afectiva, de habla y rendimiento intelectual).

Como uno de sus efectos colaterales, al bloquear los receptores de dopamina en el cuerpo estriado, los neurolépticos producen un modelo farmacológico de la enfermedad de Parkinson (Kaplan H. y Sadock B. 1992:27). El síndrome de abstinencia incluye insomnio, cefalea, vómitos, confusión e intranquilidad.

Para clasificar los tranquilizantes mayores, suele utilizarse un criterio clínico-terapéutico que incluye los siguientes tipos: 1) los predominantemente sedativos, a bajas dosis son tranquilizantes; 2) los de máxima potencia, actúan sobre cuadros delirantes graves y alucinaciones, como por ejemplo el haloperidol; 3) neurolépticos de transición: entre los dos anteriores; 4) finalmente, otros tienen efectos sobre procesos crónicos: los hay para cuadros con sintomatología negativa (abulia, catatonia) y con síntomas positivos (delirios, alucinaciones).

3) Antidepresivos.- En la depresión hay un déficit de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina y dopamina). Los antidepresivos aumentan, entonces, el metabolismo de estos NT. Los dos grupos principales son los inhibidores de la MAO (monoaminoxidasa) y los tricíclicos, aunque también se incluyen las anfetaminas. Todos los antidepresivos, salvo la fluoxetina, producen un aumento de peso.

a) Inhibidores de la MAO.- Los fármacos inhibidores de la MAO (llamados IMAO) inhiben esta última enzima destructora de catecolaminas, produciendo una acumulación de noradrenalina, dopamina y serotonina en los botones terminales, neurotransmisores que, en cierto punto, difundirán entonces hacia el espacio sináptico.

Tiene mayor poder que los tricíclicos, pero pueden tener efectos adversos, como por ejemplo cuadros maniacos e hipertensión paroxística (las catecolaminas aumentan la presión arterial, pudiendo producirse edema agudo de pulmón o hemorragia meníngea. Cuando se administra IMAO el paciente no puede comer, por tanto, alimentos que suban la presión ni utilizar otros medicamentos que, como los descongestivos nasales, también la aumentan).

b) Tricíclicos.- Los antidepresivos tricíclicos inhiben la recaptación de catecolaminas y serotonina, aumentando su concentración en el espacio sináptico. Ejemplos: la imipramina (un nombre comercial es Tofranil) y la clorimipramina (un nombre comercial es Anafranil). Hace varias décadas, ya Pichon Rivière utilizaba el Tofranil para reducir la ansiedad depresiva en los grupos, permitiendo que estos pudieran avanzar en la tarea. Entre los efectos de los tricíclicos encontramos los siguientes: 1) mejoran el estado de ánimo; 2) bajan la inhibición psicomotriz; 3) son sedativos, por lo que se administra a la noche, cuando hay trastornos de sueño o depresión ansiosa.

Como los tricíclicos también bloquean diferentes tipos de receptores específicos de la membrana posináptica, dan los correspondientes efectos adversos. Por ejemplo si el bloqueo es colinérgico, genera

trastornos eyaculatorios, visión borrosa y aumento de la presión intraocular; si el bloqueo es adrenérgico habrá hipotensión (el paciente se para y se marea); si el bloqueo es histaminérgico, habrá inflamaciones y baja secreción gástrica; y si el bloqueo es dopaminérgico, como la dopamina inhibe la prolactina, en la mujer producirá galactorrea y amenorrea, y en hombre ginecomastia y testículos disminuídos. En ambos disminuirá también el interés sexual.

c) Anfetaminas.- Las anfetaminas facilitan la liberación de catecolaminas en el espacio sináptico, y bloquean su recaptación. Además de usarse como antidepresivos, el ampliamente conocido su empleo como estimulante. Los adictos a la anfetamina desarrollan una psicosis paranoide aguda, similar a la esquizofrenia paranoide aguda.

Según las diferentes patologías, los medicamentos que más se suelen emplear son los siguientes:

En el trastorno de pánico también actúan los antidepresivos actúan, aunque también están comprobados los IMAO, tricíclicos y IRS. Se espera del antidepresivo que desaparezca los ataques de pánico, que se hagan más leves, que se hagan menos frecuentes. Las ventajas es que no son adictivos: eso no quiere decir que si se retira el medicamento de golpe no quede malestar por 4 o 5 días y después desaparece, pero no quedan con un síndrome de abstinencia. La desventaja es que tardan 2 a 3 semanas hasta hacer efecto. Se da de 6 meses a un año. Si la persona tuvo muchos episodios de trastorno de pánico lo más lógico sería dejar el tratamiento de mantenimiento según la regularidad y frecuencia de los episodios de trastorno de pánico que tuvo cada paciente.

En la fobia social se utilizan los mismos medicamentos que en el trastorno de pánico. Para la fobia simple hay medicamentos para bajar la ansiedad, aunque no existe un medicamento que elimine la fobia.

En el TOC actúa el medicamento clorimipramina y IRS, que actúan más sobre las compulsiones que sobre las obsesiones.

En el trastorno dismórfico corporal se emplean los mismos medicamentos que en el TOC). Son por ejemplo personas que sienten que la nariz está desfigurada, tienen una idea obsesiva con relación a ello y las llevan a determinadas conductas.

En la bulimia se emplea IRS. En los atracones sin purga también se utilizan los IRS (no es poco frecuente).

En el trastorno de estrés post-traumático se utiliza IRS y nefazodona. El IRS y el IRSA presentan efectos adversos sexuales: disminución de la libido, impotencia, anorgasmia, falta de eyaculación, eyaculación retrógrada, existiendo la posibilidad de que se presente en un 30 %. Se puede hacer que el fin de semana no tome el antidepresivo, o bien darle otros medicamentos que contrarrestan este efecto adverso (Wulpropion, etc.).

En el ADD, los antidepresivos se dan como segunda o tercera opción. La primera opción son los psicoestimulantes.

Para el dolor crónico se administran los antidepresivos, principalmente los tricíclicos (en bajas dosis), en pacientes con dolor crónico (dolor físico), cuando no responden a analgésicos comunes.

Como medicamentos antirrecurrenciales, se utilizan típicamente el Litio, el *valproato* (Valcote; Logical), la *carbamazepina* (Tegretol; Conformal), el *lamotrigina* (Lamictal) y el *topiramato* (Topamac). El litio fue muy investigado desde la década del 50. Es el primer psicofármaco, creado por el psiquiatra australiano Kade, quien primero lo probó en ratas y luego en pacientes psicóticos y se calmaron. Es más barato por ser un medicamento perteneciente a la naturaleza, y la desventaja es que ningún laboratorio investigó mucho, porque nadie se apodera de ninguna patente de una sustancia natural.

Condensado de Kaplan H y Sadock B, (1992), Compendio de Psiquiatría, México: Salvat.

Limitaciones.- "A diferencia de la medicina somática, la sintomatología psiquiátrica no es fácilmente describible mediante parámetros objetivos, al contrario, es más bien producto de la percepción del paciente así como de su experiencia subjetiva. Aun con eso, el tratamiento se plantea fundamentalmente desde la farmacoterapia. La respuesta al tratamiento no está cumpliendo con las expectativas creadas. Gran parte de la mala respuesta al tratamiento en los pacientes depresivos, se relaciona con el pobre funcionamiento social. Desde la neurociencia se señala que la respuesta social tiene mucho que ver con la organización de la respuesta emocional. Esta es contemplada como determinada por la maquinaria cerebral sin tener en cuenta la actitud intencional del sujeto. Hasta ahora, las funciones de la mente y el cerebro han sido descritas en términos de dinámica lineal, como si se tratara de un procesador de información input-dependiente. Pero este modelo tiene dificultades en explicar como el cerebro crea sus propios fines. En la segunda mitad del siglo XX, el desarrollo de la dinámica no lineal ha abierto camino a nuevas respuestas a esas cuestiones. Desde esta perspectiva, la acción intencional comienza con la construcción intracerebral de fines que anticipan futuros estados. De esta forma, las conductas manifiestan una lógica interna que sólo es comprensible a la luz de la historia del individuo. El fármaco como única respuesta a toda esta complejidad, en el mejor de los casos parece una respuesta muy limitada".

Velasco J, Salud mental y armonía vital: más allá del fármaco. INTERPSIQUIS. 2005; (2005)

FE, CURACIÓN POR LA

Definición.- Curación de una enfermedad solamente por la fe del enfermo, sin recurrir a medicamentos o procedimientos terapéuticos. El término incluye una serie de procedimientos antiguos y modernos, en parte populares, en parte científicos, conocidos por los nombres de: Curación Mental, Tratamiento Mental, Tratamiento Metafísico, Ciencia Cristiana (*Christian Science*), *Coueísmo*, etc., algunos de los cuales se basan en los poderes del que conduce en tratamiento, y otros en los del enfermo mismo. (Francés: *Guérison par la foi*; Inglés: *Faith cure*).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

FISIOTERAPIA

Definición.- Rama de la medicina cuyo tratamiento se efectúa por medios físicos, excluyendo intervenciones o drogas, y que comprende la masoterapia, hidroterapia, electro y láser-terapia, entre otros recursos. Lo contrario de psicoterapia.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- Si entendemos la fisioterapia la curación por medio de agentes naturales, puede decirse que es otra alternativa a la cura que propone la psicología (la psicoterapia), o curación a través de un contacto psicológico verbal o no verbal –intangible– del terapeuta con el paciente. Ambas modalidades no son necesariamente excluyentes, y en principio pueden complementarse.

Otra forma de relacionar psicología y fisioterapia sería, en un plano más teórico, intentar buscar una explicación psicológica de la cura por fisioterapia. Por ejemplo, si la fisioterapia recomienda bañarse en agua de mar, podría ocurrir que en la cura interviniese también un factor psicológico: el cambio de ambiente, ya que bañarse en agua de mar obliga a la persona a alejarse de su hábitat y emprender vacaciones a la costa marítima.

Cazau P (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

HIPNOANÁLISIS

Definición.- Hacer psicoanálisis en estado hipnótico. Este es realmente el método original del *Psicoanálisis*, aplicado por Bleuler y Freud. En los últimos tiempos se utiliza generalmente el hipnoanálisis en los tratamientos breves. El *Psicoanálisis* rechaza este método por considerar a la *transferencia*, que excluye en el hipnoanálisis, como un elemento imprescindible en el tratamiento psicoanalítico. (Lewis R. Wolberg, *Hypnoanalysis*, 1947).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

HIPNOTERAPIA

Generalidades.- “El paciente en un trance hipnótico puede recordar recuerdos que no son sensibles a la conciencia en el estado no hipnótico. Dichos recuerdos se pueden utilizar en la terapia para confirmar hipótesis psicoanalíticas con respecto a las dinámicas del paciente o para capacitar al paciente a utilizar tales recuerdos como un catalizador para nuevas asociaciones. Algunos pacientes pueden inducir regresión en el tiempo, durante el cual reviven sucesos que sucedieron en una edad temprana de su vida. Si el paciente experimenta el suceso como si suceden se desconoce; sin embargo, el material emergido puede utilizarse más tarde en la terapia. Pacientes en estado de trance pueden describir un suceso con una intensidad similar a aquella cuando se dio (abreacción) y experimentar una sensación de alivio como resultado. El estado de trance juega un papel en el tratamiento de trastornos amnésicos y fuga disociativa, aunque el clínico debería conocer que puede ser peligroso llevar rápidamente los recuerdos reprimidos a la conciencia, ya que el paciente puede trastornarse por la ansiedad” (página 877).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Hipnoterapia del tabaquismo.- “La investigación realizada entre 5.600 personas arrojó que el 30% de los hombres que usaron la hipnosis dejaron de fumar, frente a sólo el 23% de las mujeres que emplearon el mismo tratamiento. Los científicos de la Universidad Estatal de Ohio, EEUU, dieron a conocer esta semana los resultados de su estudio en la reunión de la Sociedad Estadounidense de Psicología. El doctor en psicología, Joseph Green, sostiene que la diferencia de género es importante en este tipo de estudio”. Los hombres que usan la hipnosis para dejar de fumar tienen más probabilidades de éxito que las mujeres que usan el mismo tratamiento. BBC MUNDO. 2004; 2-AGOSTO.

Hipnoterapia en la enuresis.- Resumen: Se presenta el trabajo realizado con hipnoterapia en 40 pacientes con Enuresis Nocturna, que acudieron a la Clínica de la Hipnosis de Santiago de Cuba durante el período comprendido entre Marzo 2004 y Junio de 2005, para ello se realizó un ensayo terapéutico en fase II, el cual tuvo como objetivos, valorar la eficacia de la hipnoterapia contra la Enuresis Nocturna en niños y adolescentes remitidos con este diagnóstico, así como determinar el momento en que se alcanza la curación, y precisar la respuesta terapéutica en relación con las variables epidemiológicas. El universo

de estudio estuvo integrado por 40 pacientes con Enuresis Nocturna primaria no complicada y secundaria no complicada, con edad comprendida entre 7 y 18 años, de ambos sexos. Los resultados fueron procesados mediante procedimientos computarizados, utilizando como medida de resumen para variable cualitativa el porcentaje, siendo llevados para mejor estudio y comprensión a tablas. Como principales resultados obtuvimos que de todos los pacientes que se les aplicó Hipnoterapia fueron curados, la mayor parte de estos en las primeras ocho semanas. Llegamos a la conclusión que la hipnoterapia constituye una alternativa de tratamiento de la Enuresis Nocturna, más eficaz que la Imipramina. Abriendo de esta forma nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento de esta Enfermedad.

Lambert Delgado A y otros, Eficacia de la hipnoterapia en la enuresis nocturna en niños y adolescentes. INTERPSIQUIS. 2006; (2006).

Hipnoanálisis.- Forma de psicoterapia donde el paciente entra en sopor por sedantes administrados antes de la sesión terapéutica. Se supone que la somnolencia del paciente reducirá la resistencia y lo hará más receptivo a las interpretaciones y sugerencias del terapeuta.

Cazau P (2000) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

HOSPITALIZACIÓN

Generalidades.- El abordaje del enfermo mental, tal y como habitualmente se realiza en el hospital psiquiátrico, se apoya en una estructura de prejuicios ordenados en torno a un eje principal: la insolvencia del loco.

La tramitación burocrática del ingreso, articuladora de una serie de instancias ajenas a la voluntad del enfermo y atentatorias contra su ya maltrecha libertad, constituye un primer inicio de lo que va a ser la futura relación terapéutica, pero, por permanecer marginal a ésta, puede incluso suministrarle una excelente coartada: las leyes son como son, pero los técnicos saben lo que se hacen.

Superado el obstáculo administrativo, el hospital proporcionará un adecuado refugio protector y comprensivo. Tal es la actitud básica del psiquiatra bienintencionado. Y, sin embargo, es el psiquiatra y no el administrativo quien, al margen de sus intenciones, suele introducir los elementos decisivos para la deshumanización del enfermo.

Lo que sigue pretende ser una reflexión, basada en un caso concreto extraído de la práctica manicomial, sobre la doble deformación que, desde la perspectiva técnico-asistencial, suele producirse en la realidad vivencial del paciente. Deformación que, condicionando desde el principio la relación supuestamente terapéutica, consagrará la incomprensión de la problemática real, y reforzará las presiones que, desde el exterior, dificultan su resolución.

El primer factor a considerar, es el recurso práctico de la Teoría Psiquiátrica en tanto sistema clasificatorio de la conducta humana desviada.

Las manifestaciones del enfermo carecen de sentido en sí, en cuanto solo expresan un desorden o defecto, y lo adquieren en la medida en que se dejan asimilar a determinados patrones abstractos previamente establecidos. Por mucho que se hagan declaraciones de principio abiertas y desprejuiciadas, tal es el criterio que continúa impregnando las exploraciones psicopatológicas con vocación diagnóstica.

El segundo factor deformante, inseparable del anterior, es la búsqueda, en el medio próximo al paciente, de testigos fiables que complementen los datos extraídos de su observación directa y permitan la construcción de la historia clínica.

A su vez los familiares, no son considerados como miembros en su totalidad problemática, de la cual forma parte el paciente, sino como suministradores de una información objetiva que escapa a las posibilidades de éste.

El resultado es que uno y otros son objeto de idéntico fraude, aunque difieran sus consecuencias. El enfermo es separado de la comunidad, y la familia es animada a remodelarse, sin la menor crítica de los mecanismos interpersonales que han intervenido en la amputación de uno de sus miembros (Ciberio y Linares, 2000:116).

Ciberio M y Linares J (2000) La locura, marginación y libertad. Buenos Aires: EcuA.

En niños.- En este estudio descriptivo transversal se han examinado diversos aspectos relacionados con el estrés en la infancia durante la hospitalización en una muestra de 85 niños y sus correspondientes 85 padres, durante estancias breves en dos centros hospitalarios. Nuestra investigación ha intentado constatar la importancia mediadora de diversas variables de índole personal y familiar: la edad infantil, la valoración paterna de los miedos infantiles, la presencia de experiencias de hospitalización y la valoración cualitativa de éstas. Se han hallado evidencias de una menor presencia de estrés en los niños de más edad, así como de la transmisión de emociones entre padres e hijos durante la hospitalización. En nuestro estudio no se han encontrado diferencias significativas en estrés por hospitalización, ni en relación con la presencia o no de experiencias previas, ni en función de la valoración cualitativa de las mismas. El estudio de miedos específicos ha señalado el miedo al daño corporal y el miedo a la muerte como los más generadores de estrés. La afectación y la percepción mutua de alteraciones emocionales podría generar una mayor presencia de miedo y estrés en padres e hijos.

IMPLOSIÓN

Definición.- Stampfel (1966) fue el primero en usar esta técnica de reducción de la ansiedad. Se basa en el supuesto de que cualquier angustia puede extinguirse al proporcionar al paciente la experiencia de que no ocurra un resultado que se espera altamente angustiante. El terapeuta debe crear repetidas veces la situación angustiante. Cuando se experimenta un alto nivel de ansiedad, el paciente se sostiene en ese nivel hasta que ocurra la disminución del valor que produjo la ansiedad de la situación (pág. 272). Sinónimo: saturación.

Striegel-Moore R y Slaikeu K, (1993) Glosario de técnicas de terapia en crisis. Incluido en Slaikeu K, Intervención en crisis. México: El Manual Moderno.

Definición.- Técnica conductual similar al desbordamiento, solo que se le pide al paciente que imagine una situación extraña, como por ejemplo imaginarse estar suspendido a 1000 metros de altura. No debe usarse en pacientes donde su aumento de ansiedad puede ser peligroso, como por ejemplo problemas cardíacos.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 26, punto 2.

INTENCIÓN PARADÓJICA

Generalidades.- Técnica utilizada en logoterapia, la *intención paradójica* es desear precisamente aquello de lo que tenemos miedo. Un hombre joven que sudaba profusamente cuando se encontraba en situaciones sociales, recibió la instrucción de Frankl de que pensase en desear sudar. Parte de sus instrucciones decían: "¡Sólo he sudado un cuarto de tiempo antes, pero ahora lo haré al menos por diez cuartos del tiempo!". Obviamente, cuando se puso en ello, no pudo realizarlo. Lo absurdo del planteamiento rompió su círculo vicioso.

Otro ejemplo lo podemos encontrar relacionado con los trastornos del sueño: siguiendo a Frankl, si sufres de insomnio, no te pases la noche dando vueltas, contando ovejas, moviéndote de un lado a otro para conciliar el sueño, ¡levántate! ¡Trata de mantenerte despierto lo más que puedas! Con el tiempo te verás cayendo como una roca en la cama.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Viktor Frankl. Traducción de Gautier Rafael.

INTERPRETACIÓN

Generalidades.- De acuerdo a la regla básica del análisis, el paciente debe aportar el material y el analista interpretarlo. No obstante la interpretación no es la única intervención que puede hacer el analista. Hay intervenciones técnicas preparativas para la interpretación. La intervención puede considerarse intervención si conduce a interpelaciones del material inconciente, a operaciones defensivas inconcientes, etc. La interpretación debe darse en un momento considerado 'doloroso' para el paciente, y hay que darla con parsimonia, pues si aquí se ayuda demasiado al paciente, baja el nivel óptimo de frustración y dolor, imposibilitando la eficacia de la interpretación.

Hay tres tipos de interpretación, siendo las tres necesarias en distintos momentos del tratamiento: interpretación de las resistencias, de la transferencia, y del contenido. Toda interpretación busca que el paciente se vea y se conozca, que sepa que todavía emplea formas infructuosas de adaptación porque le permiten cumplir sus deseos infantiles (beneficio primario) y deseos actuales (beneficio secundario).

Interpretar la resistencia implica mostrar que hay una resistencia, que se manifiesta de tal o cual forma, y que tiene un propósito determinado (que en general es que el yo no vea algo desagradable). Aunque interpretada la resistencia nunca desaparece del todo.

Interpretar la transferencia es mostrar los distintos roles que el paciente asigna al analista. Esta interpretación explora la neurosis de transferencia. Luego se pueden interpretar los contenidos, por ejemplo, los sueños, aunque este material no es el único ni el más importante.

Condensado de Menninger y Holzman (1994) Teoría de la técnica psicoanalítica.

Interpretación transferencial.- "Objetivo: El propósito de este estudio fue medir los efectos de las interpretaciones de transferencia (el supuesto ingrediente esencial activo) en la terapia psicodinámica, utilizando un diseño experimental.

Método: Fueron asignados cien pacientes al azar a dos grupos. Un grupo recibió terapia psicodinámica durante un año, con un nivel moderado de interpretaciones de transferencia, mientras que el otro grupo recibió terapia psicodinámica sin interpretaciones de transferencia. Los más comunes trastornos del Eje I fueron los trastornos de depresión y ansiedad. Cuarenta y seis pacientes cumplieron el criterio general para desorden de la personalidad. Siete experimentados psicoterapeutas trataron a los pacientes de ambos grupos. Fueron estimadas cinco sesiones completas de cada tratamiento llevadas a cabo por dos

evaluadores con medidas de evolución con el fin de documentar la integridad del tratamiento. Las variables de resultado fueron las "Psychodynamic Functioning Scales", la "Inventory of Interpersonal Problems Scale-Circumplex versión", la "Global Assessment of Functioning Scale", and la "Symptom Checklist-90-R". Fueron preseleccionados la "Quality of Object Relations Scale" (patrón estable a lo largo del tiempo) y los trastornos de personalidad como posibles moderadores de los efectos del tratamiento. El cambio fue evaluado utilizando modelos lineales-mixtos. También fue calculado el cambio clínicamente significativo.

Resultados: Los autores no pudieron demostrar los efectos de los diferentes tratamientos en los grupos. Sin embargo, los análisis de las variables moderadoras mostraron que las interpretaciones de transferencia son más útiles para pacientes con antecedentes de relaciones objetales menos maduras. Fueron observados pequeños efectos negativos en los pacientes con relaciones objetales maduras.

Conclusiones: Los autores no pudieron mostrar diferencias de efectividad entre los tratamientos. Sin embargo, los análisis de las variables moderadoras indicaron que el tratamiento trabajó a través de diferentes ingredientes activos para los diferentes pacientes. Al contrario de las expectativas comunes, los pacientes con pobres relaciones objetales obtuvieron mayor provecho de la terapia con interpretaciones de transferencia que de la terapia sin interpretaciones de transferencia".

Høglend S y otros, Análisis de la relación terapeuta-paciente en terapia psicodinámica: Un estudio experimental de las interpretaciones de transferencia. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2006 OCT; 163(10).

Metapsicología de la interpretación.- El famoso apotegma freudiano de la interpretación -hacer conciente lo inconciente- se recubre de significaciones variables al compás de la metapsicología, como el autor examina en este capítulo.

4.1 El punto de vista tópico (topográfico)

En los Estudios sobre la histeria (1984), Breuer y Freud, si bien con esquemas teóricos diversos, se guían por una intención compartida: la búsqueda del recuerdo traumático que originó el síntoma. Esa misma actitud Freud cuando, ya separado de Breuer, afirma el valor de la sexualidad en la etiología de las neurosis y constituye su *teoría de la seducción*. La etiología de la neurosis es el trauma (ahora sexual) y la clave de la terapia es recuperarlo como recuerdo. El efecto curativo de ampliar la conciencia bajo sueño hipnótico tenía pues un sentido topográfico, si bien en los Estudios y en los trabajos subsiguientes de Freud, se reconocía que el cuántum de afecto, esto es, el factor económico (o energético) era decisivo para la cura.

4.2 El punto de vista dinámico

El punto de vista dinámico domina los trabajos técnicos de la segunda década, donde Freud establece un principio fundamental: el análisis debe partir siempre de la superficie psíquica. Vale la pena señalar que, en ese momento, la interpretación pasa a ser más protagonista que el recuerdo.

La clásica advertencia freudiana de partir siempre de la superficie psíquica sigue válida aun. Como bien dice Racker, interpretar solamente los impulsos sin tener en cuenta las resistencias, puede aumentarlas y reforzar la relación (transferencial) patológica: el analista que solo interpreta los contenidos está de hecho disociado, ciego a las defensas del Yo. Del mismo modo, interpretar solo las defensas esperando que los contenidos surjan espontáneamente, también implica una disociación del analista, que seguramente va a ser decodificada por el analizado, y con razón, como una actitud superyoica que se opone a las pulsiones.

4.3 El punto de vista económico

El punto de vista dinámico permitió comprender el conflicto entre pulsión y defensa; pero no resultó suficiente. El analizado puede comprender sus conflictos y reconocerlos como el núcleo de su patología sin que por esto mejore.

El famoso trabajo de Abraham de 1919 abre un nuevo camino a la técnica psicoanalítica, que van a seguir muchos autores, entre ellos Reich en su Seminario de técnica psicoanalítica, que dictó en Viena en el segundo lustro de los años veinte y culmina con su perdurable *Análisis del carácter* (1933). La revisión de Reich tiene como base *el punto de vista económico* de la metapsicología. No basta atender al conflicto dinámico partiendo siempre de la superficie psíquica como aconseja Freud: hay que liberar la libido subsumida en el conflicto.

La interpretación ordenada, sistemática y consecuente de la primera resistencia transferencial lo lleva a Reich, como de la mano, al análisis del carácter. Sin desatender para nada el punto de vista tópico, que tiene en cuenta los niveles conciente, preconciente e inconciente del material, y el punto de vista dinámico, que consiste en analizar antes la defensa que el contenido, Reich hace hincapié en el punto de vista económico.

4.4 La interpretación profunda

Paralelamente Melanie Klein desarrolla en Berlín su técnica de juego, donde la transferencia negativa tiene un lugar fundamental. En este punto coincide con Reich; pero se aleja de él (y de Freud), en cuanto no se ata demasiado al análisis de la resistencia, sin que va resueltamente en busca de los contenidos inconcientes. Por eso aboga Klein por *la interpretación profunda* que, guiada por la ansiedad, trata de descubrir sin demora los contenidos inconcientes.

Melanie Klein, por otra parte, y en contra de lo que piensa Reich (pero no tanto Freud), emplea con libertad los símbolos e interpreta el juego de los niños (y las asociaciones del adulto) a partir de lo que ella llama la catexia simbólico-sexual.

Resumen de Etchegoyen Horacio, Un ensayo sobre la interpretación psicoanalítica. Buenos Aires: Polemos. Capítulo 4.

Tipos de interpretación.- A pesar de la manera estrecha en que el autor la ha definido, la interpretación es un fenómeno uniforme, que se presta a diversas clasificaciones. El autor partirá de una tipificación clara y abarcativa que tiene por eje el conflicto, según este sencillo cuadro sinóptico:

Interpretación	Transferencial	Del conflicto actual Del conflicto infantil Del conflicto temprano
	No transferencial	

5.1 La interpretación transferencial

La interpretación transferencial se refiere a los conflictos que surgen entre el analizado y el analista en el marco de la relación terapéutica. Es, sin duda, la más singular y específica del quehacer en la cura. Las psicoterapias superficiales no interpretan por definición y las otras psicoterapias profundas no se ocupan particularmente de ella, aunque puedan tenerla en cuenta.

5.2 La interpretación del conflicto actual

El conflicto actual existe siempre y es legítimo que el analizado hable de los problemas que tiene a diario con las personas de su ambiente. La interpretación del conflicto actual, sin embargo, plantea cuestiones técnicas delicadas. Los problemas que tiene el analizado con su familia y en general con el mundo en que le toca vivir son parte de su vida y de su enfermedad; pero, como analistas, sabemos que no se solucionan analizándolos en forma directa.

5.3 La interpretación histórica

Según el cuadro sinóptico del autor, toda interpretación transferencial que no se dirige al conflicto actual es una interpretación histórica. Por interpretación histórica se entiende, por tanto, la que toma en cuenta el conflicto temprano y el conflicto infantil, pero también a la vida desde el período de latencia en adelante. Cabe agregar que la interpretación histórica tiene siempre un componente genético. Las mismas consideraciones hechas sobre la interpretación del conflicto actual se aplican a la interpretación histórica.

5.4 La interpretación completa

Si bien el autor ha seguido en general las lúcidas y severas prescripciones de Heimann sobre la dinámica de la interpretación transferencial, la oposición dilemática entre interpretación transferencial y no transferencial es más académica (por no decir ideológica) que clínica y debe resolverse respetando los dictados del material. Si se está atento, se verá que la alternativa de interpretar la transferencia, el conflicto actual o la historia se debe resolver momento a momento, según los cambios rápidos y fluidos que caracterizan al vínculo analizado/analista y se resuelve cabalmente cuando convergen espontáneamente en una situación total. La sesión es extremadamente móvil y nos lleva de un conflicto a otro.

Como se vio, la interpretación transferencial se formula desde el lugar privilegiado del observador principiante; pero no es menos cierto que muchas veces el paciente se dirige a nosotros como si fuéramos (sic) su analista y no su madre o su padre. No hay receta técnica que nos asegure qué lugar ocupamos en un momento dado, en el inconciente del analizado y no hay error más grande que confiar en que nuestras teorías nos van a dar la seguridad de estar en lo cierto en ese proceloso mar de la sesión psicoanalítica.

5.5 La interpretación mutativa

Quizá sea el trabajo que leyó Strachey en la Sociedad Británica en 1933 (y apareció en el International Journal del año siguiente) el que mejor da cuenta sobre la dialéctica de la interpretación en sus diversas formas.

El razonamiento de Strachey parte del círculo vicioso neurótico que perpetúa los mecanismos patológicos de introyección y proyección. En cada nueva relación de objeto el neurótico repite el mismo círculo vicioso y esto le pasa también, desde luego, con el analista, que queda investido por los variados objetos que forman el Superyó. Dado el comportamiento del analista en su *setting*, el analizado lo va a incorporar en principio como un objeto diferente a los demás; y esto le permite al analista operar como un *Superyó auxiliar* que le abre la posibilidad de romper el círculo vicioso neurótico.

El encuadre presta a la relación psicoanalítica una realidad especial no solo por su neutralidad sino también por la acción permisiva de la regla fundamental (*puede decir lo que quiera*) y por la regla de abstinencia. Su actitud profesional pone al analista a cubierto de responder como el objeto arcaico -bueno o malo- y esto le permite no quedar por completo involucrado en el conflicto del paciente y a

éste, por su parte, le da la posibilidad de hacerse cargo de sus proyecciones, al contrastarlas con la realidad de un analista imparcial. Esto solo no basta, sin embargo, porque la presión del Superyó infantil llevará inexorablemente al analizado a malentender la neutralidad del analista y a éste a perderla. Para que así no ocurra, el analista dispone de un instrumento especial, que Strachey llama *la interpretación mutativa*.

Resumen de Etchegoyen Horacio, Un ensayo sobre la interpretación psicoanalítica. Buenos Aires: Polemos. Capítulo 5.

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Intervención psicosocial en esquizofrenia.- Los estudios que complementan la investigación sobre los síntomas junto con la calidad de vida y la identidad están adquiriendo un auge creciente, aspecto debido al interés por el desarrollo y difusión de métodos terapéuticos que pretenden ir más allá de la desaparición de un trastorno. Este estudio cuasi-experimental se fundamenta desde la visión constructivista del impacto de un programa de intervención psicosocial grupal sobre la calidad de vida subjetiva, el sistema de constructos del sí mismo y el estado sintomático en personas diagnosticadas de esquizofrenia paranoide (n = 15) en comparación con un grupo control (n = 15). Los instrumentos se administraron antes del inicio de la intervención psicosocial, a los 12 meses del inicio de la misma y a los 24 meses. Los resultados indicaron que el grupo tratamiento mejoró significativamente en el sistema de construcción del sí mismo, en la calidad de vida subjetiva y en el estado sintomático al cabo de 12 meses del inicio de la intervención y esta mejora se mantuvo al cabo de 24 meses del inicio de la misma. En la comparación con el grupo control la significación estadística de mejora no fue tan evidente.

Antonia María Gómez y Luis Botella, Efecto de una intervención psicosocial sobre calidad de vida, estado sintomático y construcción del sí mismo en pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide. INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY. 2007 MAY; 7(2).

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Clasificación.- Las intervenciones terapéuticas en psicología pueden clasificarse de acuerdo a dos criterios. Primero, según el lugar del tratamiento puede ser ambulatoria o internación. Esta última puede ser por orden judicial o por pedido de la familia. Segundo, según el tipo de tratamiento puede ser psicológica (psicoterapia), física (ejemplos: electroshock, shock insulínico, etc), quirúrgica (ejemplo: lobotomía prefrontal), química (farmacoterapia) y social (tareas comunitarias, grupos de autoayuda, etc). Pagés J (1998), Clases de Métodos y técnicas psicoterapéuticas. Cátedra de Métodos y técnicas psicoterapéuticas. Buenos Aires, Universidad de Belgrano.

INTERVENCIÓN VERBAL

Generalidades.- Un inventario de intervenciones verbales del terapeuta que son herramientas en las psicoterapias incluye necesariamente las siguientes (págs. 145-146):

1. Interrogar al paciente, pedirle datos precisos, ampliaciones y aclaraciones del relato. Explorar en detalle sus respuestas.
2. Proporcionar información.
3. Confirmar o rectificar los criterios del paciente sobre su situación.
4. Clarificar, reformular el relato del paciente de modo que ciertos contenidos y relaciones del mismo adquieran mayor relieve.
5. Recapitular, resumir puntos esenciales surgidos en el proceso exploratorio de cada sesión y del conjunto del tratamiento.
6. Señalar relaciones entre datos, secuencias, constelaciones significativas, capacidades manifestadas y latentes del paciente.
7. Interpretar el significado de las conductas, motivaciones y finalidades latentes, en particular las conflictivas.
8. Sugerir actitudes determinadas, cambios a título de ensayo.
9. Indicar específicamente la realización de ciertas conductas con carácter de prescripción (intervenciones directivas).
10. Encuadrar la tarea.
11. Meta-intervenciones: comentar o aclarar el significado de haber puesto en juego cualquiera de las intervenciones anteriores.
12. Otras intervenciones (saludar, anunciar interrupciones, variaciones ocasionales en los horarios, etc).

Fiorini H, Teoría y técnicas en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.

INUNDACIÓN

Generalidades.- "Se basa en la premisa de que escapar de la experiencia provocadora de la ansiedad refuerza la ansiedad a través del condicionamiento. Por ello, al no permitir que la persona escape, el clínico puede extinguir la ansiedad y prevenir la conducta condicionada de evitación.

La técnica consiste en favorecer que el paciente se enfrente a la situación temida directamente, sin una construcción graduada como en la desensibilización sistemática o en la exposición graduada. No se utilizan ejercicios de relajación, como en la desensibilización sistemática, El paciente experimenta miedo, que desciende después de un tiempo. El éxito del procedimiento depende del mantenimiento del paciente en la situación que genera miedo hasta que se calma y se siente una sensación de control. Apartarse prematuramente de una situación o finalizar prematuramente una escena fantaseada es equivalente a

escapar, y entonces se refuerza la ansiedad condicionada y la conducta de evitación, lo contrario a lo que se pretendía. Una variante de la inundación es la llamada *impulsión*, en la que el objeto o situación temidos se confrontan únicamente en la imaginación, antes que la vida real. Muchos pacientes rechazan la inundación debido al malestar psicológico que implica. También está contraindicada en pacientes en los que la ansiedad intensa puede ser peligrosa (por ejemplo, pacientes con cardiopatías o una adaptación psicológica débil). La técnica funciona mejor con técnicas específicas" (página 873).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Inundación cognitiva.- Técnica cognitiva donde "se instruye al paciente para visualizar su peor temor (tal como sentimientos de claustrofobia o de volverse loco cuando se va en tren). Se alienta al paciente para aguantar la ansiedad tanto tiempo como sea posible. Por ejemplo, si el paciente experimenta pánico, Ud. puede decir, "¡No luche contra él! ¡Intente que incluso sea peor!". Con el tiempo, la ansiedad, por lo general, disminuye e incluso llega a desaparecer por completo".

Burns D, Técnicas cognitivo-conductuales <http://users.servicios.retecal.es/jureva/tecnicasburns.htm> Traducido al castellano por: Juventino Reguera Baños.

LABORTERAPIA

Definición.- Método psicoterapéutico auxiliar basado en la actividad del enfermo que tiende a evitar los efectos psíquicos negativos de una holganza innecesaria. Muchas veces es necesario cambiar el tipo de trabajo del enfermo, imponiéndose así una orientación o reorientación vocacional. Sinónimo: *Ergoterapia*. Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "Terapia ocupacional. Con esta terapia se intenta, mediante la utilización del trabajo, producir efectos terapéuticos cuando existen enfermedades o trastornos psíquicos, o también para la recuperación de las capacidades de trabajo para los sujetos que han padecido daños físicos. Hay que señalar que la laborterapia no debe ser considerada un ocio que nos ocupe el tiempo; sino que debe caracterizarse por la seriedad y orientarse en función del límite superior de la capacidad de rendimiento. Sin embargo, hay que evitar la imposición de un esfuerzo laboral exagerado. Son también laborterapias: la ludoterapia, la ergoterapia y la gimnoterapia".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Terapia ocupacional en psicosis.- Desde principios de los años 90, se ha configurado el concepto de intervención en la psicosis incipiente. Este nuevo planteamiento de entender la psicosis se basa en explicar la enfermedad en las siguientes fases: premórbida, prodómica, primer brote, psicosis, remisión y recaída. Tradicionalmente la psiquiatría y en especial la Terapia Ocupacional ha intervenido en la última fase, en la recaída, momento donde los niveles de deterioro funcional son ya muy significativos.

El nuevo paradigma plantea el tratamiento de la psicosis en sus manifestaciones más incipientes. ¿Cuál sería la aportación de la Terapia Ocupacional en las fases iniciales de la psicosis? La Terapia Ocupacional pretende minimizar el proceso psicotónico y sociotóxico de la psicosis que tantos estragos genera en la funcionalidad del paciente psicótico.

La Terapia Ocupacional proporciona al paciente la oportunidad de habilitar al paciente en las competencias básicas para el afrontamiento del estrés desde las áreas ocupacionales consensuadas por nuestra profesión. Además aportamos nuestras intervenciones dirigidas a generar y consolidar una motivación ocupacional dañada por los efectos de la enfermedad y que impacta en la proyección futura de un proyecto de vida.

La intervención de la Terapia Ocupacional tiene que estar enmarcada en el tratamiento global de las fases iniciales de la psicosis.

José Ramón Bellido Mainar. La atención a la psicosis incipiente: Rol de la terapia ocupacional. REVISTA GALLEGA DE TERAPIA OCUPACIONAL. 2009 DIC;6 (5):263-282.

Terapia ocupacional en cáncer.- Dentro del Plan de Humanización para pacientes oncológicos que estamos desarrollando en el Hospital de la Santísima Trinidad de la ciudad de Salamanca, hemos realizado una experiencia piloto de Terapia Ocupacional con enfermos oncológicos y con sus acompañantes, durante el tiempo que pasan en el hospital recibiendo su tratamiento de quimioterapia. El objetivo general del plan es contribuir a alcanzar un mejor estado de bienestar físico y psicológico en el paciente durante el tiempo que está recibiendo los tratamientos y pensamos que la Terapia Ocupacional puede contribuir de manera positiva en el logro de este objetivo. La experiencia es pionera en el ámbito de la oncología de adultos y no contamos con marcos teóricos específicos de referencia en este campo por lo que hemos partido del modelo de Ocupación Humana de Kielhofner.

Este modelo ha sido también nuestra guía para diseñar metodológicamente la intervención y las actividades de terapia ocupacional que debía incluir. El éxito de la actuación desde la Terapia Ocupacional ha sido constatado por los propios afectados y sus acompañantes, por lo que volverá a repetirse durante este año.

Lourdes Moro Gutiérrez; Silvia Domingos Videira; Marta González Fernández-Conde; Ana Villares Martín. Una experiencia de Terapia Ocupacional con pacientes oncológicos. REVISTA GALLEGA DE TERAPIA OCUPACIONAL. 2010 FEB;7(11)

LOBOTOMÍA

Definición.- "Técnica introducida en los Estados Unidos que consistía en la sección de parte del lóbulo prefrontal del cerebro para corregir trastornos mentales de la conducta. Por razones científicas y éticas en la actualidad está totalmente suprimida".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

LUDOTERAPIA

Definición.- "Tipo de terapéutica basada en el juego, utilizada por los niños de edad preescolar o al comienzo de la edad de latencia. Los pacientes revelan, en la ludoterapia, sus problemas a nivel de fantasía con muñecos, arcilla y otros juguetes. El terapeuta interviene oportunamente con explicaciones útiles acerca de las respuestas del paciente y su conducta".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Generalidades.- 1. No puede existir ninguna medicina que no sea al mismo tiempo psicoterapéutica y espiritual, como no hay ningún trastorno psicofuncional que no tenga su relación directa coincidental con lo somático. 2. "Soma y psique son conceptos fenomenológicos. Son objetos accesibles a la investigación científica, y sus relaciones mutuas forman el contenido de la medicina psicosomática. Una medicina integral, una medicina que abarque al hombre todo entero, no puede ser exclusivamente científica (como se entiende esto en las ciencias naturales), contrariamente a la opinión todavía hoy generalmente difundida; esto quiere, además, decir que el médico debe tener en cuenta entre los factores de enfermedad o salud, no solo a los corporales y psíquicos, sino también los factores espirituales, aunque sean inaccesible a los métodos científico-naturales. La medicina psicosomática ha permanecido en una tendencia puramente científica. Sus trabajos tienen gran importancia, pues nos dan del hombre una imagen más sintética. Sin embargo su investigación se ciñe exclusivamente a aquella parte del hombre que es accesible a la ciencia, que está sometida al principio de causalidad, que es en cierto modo mecánica. El médico que se resiste a priori a abandonar el terreno objetivo de la ciencia natural, se coloca por lo mismo en la imposibilidad de ver lo específicamente humano en el hombre y de ejercer una medicina realmente integral." (Paul Tournier, Die neue Sendung des Arztes, 1950). 3. El verdadero fundador de la medicina psicosomática fue Groddeck. Intentó el tratamiento psicoanalítico de las personas cardíacas y de las que padecían de nefritis, cáncer y otras enfermedades. Alrededor del año 1940 varios grupos de psicoanalistas se pusieron a trabajar en este campo y a estudiar sus posibilidades. Fueron dos grupos, encabezado uno por Franz Alexander, y otro por H. Flanders Dumbbar, los primeros que informaron acerca de sus descubrimientos. En la actualidad, el tema no solo interesa a los médicos internistas y a los psicoanalistas, sino que también los neurofisiológicos tratan de indagar la relación que existe entre las emociones y los procesos somáticos. Aun no se conoce ninguna teoría que resulte útil para estudiar la función que desempeña la enfermedad orgánica en la dinámica de la personalidad. (Thompson).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

MEGABRAIN

Definición.- Dispositivo sintetizador de ondas cerebrales que, en forma de anteojos, emiten ondas luminosas y coloridas para ser captadas con los ojos cerrados. Permite modificar alteraciones nerviosas sincronizando los ritmos cerebrales, y son capaces de inducir una relajación profunda.

Cazau P (2000) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Generalidades.- En su variante más simple, el megabrain es un aparato al cual están conectados un par de auriculares y anteojos especiales, a través de los cuales el cerebro recibe estimulaciones acústicas y luminosas. Estos 'gimnasios mentales', como también se los llama, sirven según sus inventores y usuarios para eliminar el estrés, el insomnio, las fobias, y se intensifican las percepciones sensoriales, la creatividad, la energía corporal y la autoconfianza, entre otras cosas.

Los megabrain basan su funcionamiento en principios fisiológicos. Estos aparatos generan, luz y sonido mediante, electricidad, la cual es recibida por el cerebro. Este tiene una tendencia natural a 'acoplarse', es decir, a imitar las ondas que recibe desde afuera, y así se logran estados de relajación importantes y se pueden sincronizar los dos hemisferios cerebrales (que normalmente trabajan en forma independiente), ya que el estado ideal es que tengan la misma frecuencia. El Dr. J. Fusillo, del Servicio de

Neurología del Hospital Italiano (Buenos Aires) sostiene que, en rigor, estos aparatos ayudan a relajar, pero que el estado de relajación depende en gran medida de la capacidad de cada persona y de su grado de sugestionabilidad. Por su lado el Dr. N. Proverbio, que dirige la clínica psiquiátrica Diten junto al Dr. García Badaracco, sostiene que estos aparatos pueden ser necesarios en casos donde no hay otra alternativa, pero insiste en que atacan sólo el síntoma, y no la causa de los padecimientos de la persona. Dentro de los megabrain, inventados hace más de una década por Michael Hutchinson, hay muchas variantes, entre las cuales está el Inner-quest, que contiene 16 programas computarizados para promover la relajación profunda, la meditación, el estado de alerta mental y alta concentración, mayor energía, creatividad expandida, aprendizaje acelerado y otros. Por su lado el Vibrasound, que no sólo permite oír la música sino también 'verla', utiliza una camilla y un equipo sofisticado de reproducción de sonido, estimuladores fotográficos, transductores electrofísicos, generadores de aromaterapia y tablas de flotación de cristal líquido, todo lo cual permitiría una estimulación sensorial total. Pero sea cual fuese el modelo utilizado, según la Food and Drug Administration, de los EEUU, los megabrain estimulan en forma suave y natural la conexión mente- cuerpo, y si bien no tratan ni curan ninguna enfermedad, es una tecnología utilizada para complementar el trabajo médico-psicológico. Revista La Nación, Buenos Aires, 17/11/91.

MUSICOTERAPIA

Teoría de la musicoterapia.- La musicoterapia es el campo de la medicina que estudia el complejo sonido-ser humano-sonido; para utilizar el movimiento, el sonido y la música, con el objetivo de abrir canales de comunicación en el ser humano, para producir efectos terapéuticos, psicoprofilácticos y de rehabilitación en el mismo y en la sociedad.

El complejo sonido-ser humano-sonido es un gran feed-back infinito y está formado por 5 sectores: A, B, C, D y E. En el sector A están los elementos que producen sonidos. En el sector B están los diferentes tipos de sonidos posibles, producidos por los elementos del primer sector. En el sector C están los cuatro sistemas de percepción del sonido. Son cuatro formas que tiene el hombre de percibir sonidos. En los sordos, por ejemplo, predomina la percepción táctil. Una vez que el sonido es percibido por alguno de estos 4 canales de entrada, pasan a estimular estructuras internas del sistema nervioso, las cuales se exponen en el sector D. La activación de estos centros nerviosos producirán a su vez ciertas respuestas que da el hombre, y que figuran el sector E. El aparato de comunicación del hombre está formado por los órganos sensoriales (sector C), aparato evaluativo (sector D) y órganos efectores (sector E), a todo lo cual se agrega el cuerpo en general.

El principio ISO (igual) base de todas las técnicas no-verbales y sobre todo de la Musicoterapia. Este principio funciona por ejemplo, cuando nos comunicamos con el bebé balbuceando IGUAL que él, o sea produciendo un sonido concordante. El principio de ISO sirve para abrir un canal de comunicación entre terapeuta y paciente, para lo cual es necesario que coincidan el tiempo mental del paciente con el tiempo sonoro-musical expresado por el terapeuta, o sea que el paciente pueda conectarse con el sonido que hace el musicoterapeuta. Por ejemplo, el terapeuta puede imitar los sonidos que produce el mismo niño autista, y éste se conecta a su vez con ese sonido. Hay distintos tipos o estructuras dinámicas de ISOS, distribuidos en el inconciente y el preconciente).

Para aplicar la Musicoterapia hay tres lugares factibles: en el Gabinete de Musicoterapia, en la naturaleza y en un medio acuático como puede ser una piscina. El Gabinete de Musicoterapia es un lugar aislado de todo sonido exterior. Un relativo silencio favorece la relación del paciente, lo mismo que el color sedante de las paredes. Una piscina también es un lugar apto. La temperatura debe ser cálida para no producir rechazo. Según la profundidad hay un sector superficial y otro profundo; en este último cambia la situación gravitacional y se recrea el clima intrauterino. El agua tiene características regresivas y gratificantes, y funciona como objeto intermediario. Los instrumentos sono-musicales acuáticos deben permanecer en la superficie del agua y evitar que se hundan para no generar angustia por la desaparición del objeto intermediario.

El instrumental para la musicoterapia va, en orden evolutivo, desde los instrumentos corporales (por ejemplo, cantar, silbar, batir palmas) y naturales. Luego vienen instrumentos cotidianos, instrumentos creados, musicales, convencionales y finalmente instrumentos electrónicos. Cuanto más primitivo sea el instrumento, mejor para la musicoterapia (por ejemplo, uno hecho de una caña de bambú es preferible a uno hecho de metal o plástico).

La música ejerce un efecto regresivo, especialmente importante en las regresiones arcaicas donde el sujeto llega a niveles hasta fetales. Los psicóticos, autistas, etc. hicieron estas regresiones y la forma de acercarse a ellos es con la música.

Se pueden usar tests proyectivos sonoros, donde se hacen escuchar sonidos ambiguos y confusos. La música electrónica, aunque no haya intérpretes o compositores humanos (lo hace una máquina) es útil como recurso de producción de sonido.

Un grupo de musicoterapia didáctica puede estar integrado por un número no mayor de 10 personas, incluyendo médicos, enfermeras, psicólogos, educadores, etc., y no es preciso tener conocimientos musicales. Los grupos deben ser cerrados: deben ser los mismos al principio y al final del tratamiento.

La forma ideal es una sesión semanal durante un año, experiencia que puede repetirse dos o tres años seguidos. En la primera hora de sesión se trabaja en un contexto no-verbal y pre-verbal sonoro-musical y de movimiento, y es dirigido por un musicoterapeuta. En la segunda hora se hace una elaboración verbal de lo acontecido y trabaja un psicoterapeuta que en la hora anterior estuvo como observador participante. Se especifica un encuadre en cuanto a tiempo de sesiones, consignas, trabajo a realizar, etc. En el capítulo 3 se ilustra la técnica mediante el caso clínico complejo.

Sinopsis de Benenzon R (1993) Teoría de la musicoterapia. Madrid: Mandala.

Generalidades.- La musicoterapia es el campo de la medicina que estudia el complejo sonido-ser humano-sonido; para utilizar el movimiento, el sonido y la música, con el objetivo de abrir canales de comunicación en el ser humano, para producir efectos terapéuticos, psicoprofilácticos y de rehabilitación en el mismo y en la sociedad.

Para este campo de la medicina no es importante solo la música, sino algo que aparece aun antes que el hombre, que son los fenómenos acústicos, sonoros, vibraciones y de movimiento, como por ejemplo, el latido cardíaco, el pulso, etc. Ya el feto vive en un mundo de sonidos aunque no haya música: son los llamados complementos sonoros (movimientos de balanceo, voz de la madre, etc.).

Interesan entonces tres aspectos: movimientos, sonidos y música propiamente dicha. Ese es el orden de aparición tanto filogenético como ontogenéticamente hablando.

El complejo sonido-ser humano-sonido es un gran feed-back infinito y está formado por 5 sectores: A, B, C, D y E. En el sector A están los elementos que producen sonidos, algunos de los cuales aparecen nuevamente en el sector E. En el sector B están los diferentes tipos de sonidos posibles, producidos por los elementos del primer sector. Algunos de estos sonidos son perjudiciales para la comunicación pues anulan la capacidad perceptiva humana, como los producidos por los aparatos electrónicos: la máquina reemplaza al hombre como productor de sonido, y el hombre queda anulado.

En el sector C están los cuatro sistemas de percepción del sonido. Son cuatro formas que tiene el hombre de percibir sonidos. En los sordos, por ejemplo, predomina la percepción táctil. Una vez que el sonido es percibido por alguno de estos 4 canales de entrada, pasan a estimular estructuras internas del sistema nervioso, las cuales se exponen en el sector D. La activación de estos centros nerviosos producirán a su vez ciertas respuestas que da el hombre, y que figuran el sector E. Se ha completado así el círculo sonido (sector A-B) -ser humano (sector C-D) -nuevo sonido (sector E).

El aparato de comunicación del hombre está formado por los órganos sensoriales (sector C), aparato evaluativo (sector D) y órganos efectores (sector E), a todo lo cual se agrega el cuerpo en general. Hablar de Musicoterapia es hablar de Comunicación entre un terapeuta y un paciente.

Resumen de Benenzon R (1993) Teoría de la musicoterapia. Madrid: Mandala. Capítulo 1.

Musicoterapia didáctica.- Un grupo de musicoterapia didáctica puede estar integrado por un número no mayor de 10 personas, incluyendo médicos, enfermeras, psicólogos, educadores, etc., y no es preciso tener conocimientos musicales. Los grupos deben ser cerrados: deben ser los mismos al principio y al final del tratamiento.

La forma ideal es una sesión semanal durante un año, experiencia que puede repetirse dos o tres años seguidos. En la primera hora de sesión se trabaja en un contexto no-verbal y pre-verbal sonoro-musical y de movimiento, y es dirigido por un musicoterapeuta. En la segunda hora se hace una elaboración verbal de lo acontecido y trabaja un psicoterapeuta que en la hora anterior estuvo como observador participante. Se especifica un encuadre en cuanto a tiempo de sesiones, consignas, trabajo a realizar, etc.

Es útil que cada paciente vaya realizando su propia historia o evolución mediante una ficha musicoterapéutica, donde anote verbalmente sus hallazgos, sus logros, dificultades y bloqueos.

Resumen de Benenzon R (1993) Teoría de la musicoterapia. Madrid: Mandala. Capítulo 4.

Musicoterapia didáctica.- Para aplicar la Musicoterapia hay tres lugares factibles: en el Gabinete de Musicoterapia, en la naturaleza y en un medio acuático como puede ser una piscina.

El Gabinete de Musicoterapia es un lugar aislado de todo sonido exterior. Un relativo silencio favorece la relación del paciente, lo mismo que el color sedante de las paredes. El suelo de madera puede transmitir fácilmente vibraciones, y es entonces aconsejable. Debe haber buena ventilación e iluminación, esta última dosificable de acuerdo al momento terapéutico.

Un armario contendrá instrumentos musicales, que incluso trae el paciente, y otros aparatos electrónicos: grabador, equipos de música, amplificadores, etc.

Una piscina también es un lugar apto. La temperatura debe ser cálida para no producir rechazo. Según la profundidad hay un sector superficial y otro profundo; en este último cambia la situación gravitacional y se recrea el clima intrauterino. El agua tiene características regresivas y gratificantes, y funciona como objeto intermediario. Los instrumentos sono-musicales acuáticos deben permanecer en la superficie del agua y evitar que se hundan para no generar angustia por la desaparición del objeto intermediario.

El instrumental para la musicoterapia va, en orden evolutivo, desde los instrumentos corporales (por ejemplo, cantar, silbar, batir palmas) y naturales. Luego vienen instrumentos cotidianos, instrumentos

creados, musicales, convencionales y finalmente instrumentos electrónicos. Cuanto más primitivo sea el instrumento, mejor para la musicoterapia (por ejemplo, uno hecho de una caña de bambú es preferible a uno hecho de metal o plástico).

La música ejerce un efecto regresivo, especialmente importante en las regresiones arcaicas donde el sujeto llega a niveles hasta fetales. Los psicóticos, autistas, etc. hicieron estas regresiones y la forma de acercarse a ellos es con la música.

Se pueden usar tests proyectivos sonoros, donde se hacen escuchar sonidos ambiguos y confusos. La música electrónica, aunque no haya intérpretes o compositores humanos (lo hace una máquina) es útil como recurso de producción de sonido.

Resumen de Benenzon R (1993) Teoría de la musicoterapia. Madrid: Mandala. Capítulo 2, Parte 2.

Aplicaciones.- "El objetivo de este estudio piloto es conocer el efecto que tiene la musicoterapia en las variables autoestima, depresión y asertividad en el colectivo de las mujeres maltratadas, habiéndose obtenido resultados positivos en poblaciones con problemas similares. Se llevó a cabo un diseño N=1, A-B, cuantitativo, en trece sesiones, midiéndose las mencionadas variables antes y después del tratamiento con cuestionarios estandarizados (Autoconcepto Forma 5: AF-5, García y Musitu, 2001; 30 ítems; Escala de Habilidades Sociales: EHS, Gismeno, 2002; 33 ítem y Cuestionario Estructural Tetrádico para la Depresión, Forma Breve y Escala para el seguimiento: CET-DE, Alonso-Fernández, 1995; 16 ítem. versión breve). También se realizaron registros cuantitativos diarios de las variables estudiadas por medio de hojas de seguimiento. Se utilizó una variedad de actividades musicoterapéuticas. Los resultados muestran mejoras en las tres variables a través de ambos métodos de medida. Autoestima: 20,24% (cuestionario), 31,11% (hoja de seguimiento); depresión: 41, 38% y 10,64%; asertividad: 11,2% y 21,93%. Los datos revelan que este tipo de terapia puede ser eficaz para esta población, a pesar de no poderse generalizar los resultados por tratarse de un estudio de caso único".

Parra Peñafiel C, Efecto de la musicoterapia en la autoestima, estado de ánimo y asertividad en mujeres maltratadas. INTERPSIQUIS. 2005.

Música y relajación.- "Según investigadores austríacos que presentaron sus hallazgos durante el X Congreso Mundial sobre el Dolor, la terapia musical podría también aliviar los dolores de espalda de los pacientes. La clave, agregaron, se encontraría en usar la música como una herramienta de relajación muscular para eliminar la tensión. Durante el estudio, realizado con más de 60 pacientes, comprobaron que la música, así como las imágenes de relajamiento, funcionan sobre el sistema nervioso autónomo y disminuyen la tensión interna y muscular. Además, facilitan el descanso, el sosiego, la sensación de bienestar, y puede resultar un buen remedio para dormir mejor".

Efectos de la música sobre la relajación. Diario La U, Buenos Aires, 11 de setiembre de 2002.

Música y ansiedad.- "En la presente investigación la Hipótesis fue: la música excitante va a producir un incremento en el nivel del estado de ansiedad. Se utilizaron 137 Ss; 31 del género masculino y 106 del género femenino de la Facultad de Psicología de la BUAP. Se usó como instrumento el IDARE para medir la ansiedad, y el rasgo introvertido – extraversión se usó la escala 0 del MMPI – R. Aceptándose la hipótesis con una $w = -6.583$, $p < .0001$. De lo cual se puede inferir que la música excitante va a incrementar el nivel de arousal; lo cual la persona lo interpreta como un aumento del nivel del estado; más no en el rasgo de ansiedad. Por lo tanto, apoyo la teoría de la musicoterapia".

Valderrama Hernández R, Efectos de la música excitadora en el nivel del estado de ansiedad. Facultad de psicología BUAP. México. PSICOLOGIA.COM. 2006; 10(2).

Efecto de la musicoterapia en hombres y mujeres.- "En el presente estudio se hipotetizó lo siguiente: I. las mujeres se les redujo el nivel del estado de ansiedad al escuchar música sedante. II. los hombres se les redujo el nivel del estado de ansiedad al escuchar música sedante. III. Las mujeres se les va a reducir de una manera más significativa el nivel del estado de ansiedad que a los sujetos masculinos al escuchar música sedante. IV. La muestra se le redujo el nivel del estado de ansiedad al escuchar música sedante. Se utilizaron 346 Ss.; 173 mujeres y 173 hombres. De las Facultades de Administración de Empresas, Medicina e Ingeniería de la BUAP. Para medir el rasgo de introversión – extraversión se usó la Escala 0 del MMPI – R y para medir el estado de ansiedad se utilizó el IDARE. La hipótesis I se aceptó con $t = 9.577$; $p < .0001$, la hipótesis III se aceptó con una $t = -3.955$ $p < .018$ y la hipótesis IV se aceptó con una $t = 13.223$. $gl = 345$, $p < .0001$. En cambio, se rechazó la hipótesis II con una $t = -3.165$, $p < .002$. Estos resultados apoyan la diferencia de géneros con respecto al escuchar música para facilitar el tener contacto y expresión de emociones y por ende; facilitar su capacidad para relajarse y la teoría de la musicoterapia".

Roberto Valderrama Hernández; Gladys Patricia Castelán Rojas; Alejandra Rivera Romo, Diferencias entre mujeres y hombres al escuchar música sedante en el nivel del estado de ansiedad. PSICOLOGIA.COM. 2007; 11 (2).

Musicoterapia y depresión.- Resumen: Los terapeutas podrían utilizar la música para ayudar a algunos pacientes a combatir la depresión y mejorar, restablecerse y mantener su salud, según una revisión de

estudios dirigida por la 'Central and Northwest London Foundation NHS Trust en Londres (Reino Unido) que se publica en la revista 'The Cochrane Library'. Se cree que en todo el mundo alrededor de 121 millones de personas podrían sufrir depresión. El trastorno puede observarse en las alteraciones del apetito, los patrones de sueño y el funcionamiento general así como llevar a una baja autoestima y a sentimientos de inutilidad y culpa. La enfermedad puede conducir al suicidio y se asocia con un millón de muertes al año. Los fármacos y la psicoterapia son tratamientos comunes pero los investigadores querían analizar si existían evidencias sobre los posibles beneficios de la terapia con música o 'musicoterapia'. Después de hacer una búsqueda en la literatura científica internacional, los investigadores descubrieron cinco estudios que reunían los criterios fijados para incorporarse a la revisión. Cuatro de estas investigaciones informaban sobre una mayor reducción de los síntomas de depresión entre quienes eran tratados con musicoterapia en comparación con aquellos asignados de forma aleatoria a un grupo de terapia en el que no se empleaba música. El quinto estudio, sin embargo, no mostró este efecto. Según explica Anna Maratos, autora principal del estudio, "aunque las evidencias proceden de unos pocos estudios pequeños, sugieren que este es un área en la que merece la pena investigar y, si se apoya el uso de la terapia con música en futuros estudios, necesitamos descubrir qué formas de música tienen los mayores efectos".

La musicoterapia podría aliviar los síntomas de la depresión, según los resultados de un estudio. THE COCHRANE LIBRARY. 2008 ENE.

Musicoterapia en el autismo.- Los principales impedimentos de las personas con trastorno de espectro autista (TEA) incluyen la interacción social y la comunicación. La musicoterapia emplea la música y sus elementos para permitir la comunicación y expresión y, así, intenta abordar algunos de los problemas principales de las personas con TEA.

Objetivos: Evaluar los efectos de la musicoterapia para los individuos con trastornos de espectro autista.

Estrategia de búsqueda: Se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos: CENTRAL, 2005, (número 3); Medline, (1966 hasta julio 2004); Embase, (1980 hasta julio 2004); LILACS, (1982 hasta julio 2004); PsycINFO, (1872 hasta julio 2004); CINAHL, (1982 hasta julio 2004); ERIC, (1966 hasta julio 2004); ASSIA, (1987 hasta julio 2004); Sociofile, (1963 hasta julio 2004); Dissertation Abstracts International, (desde fines de 1960 hasta julio de 2004). Estas búsquedas se complementaron con las realizadas en fuentes específicas de literatura sobre musicoterapia y con búsquedas manuales en las listas de referencias. Se establecieron contactos personales con algunos investigadores.

Criterios de selección: Todos los ensayos controlados aleatorizados o ensayos clínicos controlados que compararon la musicoterapia, sola o junto con la atención estándar, con terapia de "placebo", ningún tratamiento o la atención estándar.

Recopilación y análisis de datos: Dos autores seleccionaron los estudios, evaluaron su calidad y extrajeron los datos de forma independiente. Los resultados continuos se resumieron mediante la diferencia de medias estandarizada (DME) para permitir la combinación de diferentes escalas en un metanálisis y para facilitar la interpretación del tamaño del efecto. La heterogeneidad se evaluó mediante el estadístico I².

Resultados principales: Se incluyeron tres estudios pequeños (n total = 24). Éstos evaluaron el efecto a corto plazo de intervenciones breves de musicoterapia (sesiones diarias durante una semana) para niños autistas. La musicoterapia fue superior a la terapia de "placebo" con respecto a las habilidades de comunicación verbales y gestuales (verbales: 2 ECA, n = 20, DME 0,36; IC: 0,15 a 0,57; gestuales: 2 ECA, n = 20, DME 0,50; IC: 0,22 a 0,79). Los efectos sobre los problemas conductuales no fueron significativos.

Conclusiones de los autores: Los estudios incluidos fueron de aplicación limitada para la práctica clínica. Sin embargo, los hallazgos indican que la musicoterapia puede ayudar a los niños con trastorno de espectro autista a mejorar sus habilidades comunicativas. Se requiere de mayor investigación para evaluar si los efectos de la musicoterapia son duraderos y para investigar sus efectos en la práctica clínica típica.

Gold C; Wigram T; Elefant C, Musicoterapia para el trastorno de espectro autista. BIBLIOTECA COCHRANE PLUS. 2007;(4).

Musicoterapia en Alzheimer.- Introducción. La musicoterapia, aunque con una larga historia, se está convirtiendo en la actualidad, sin embargo, en un instrumento terapéutico cada vez más aceptado en todos los países. Un campo especialmente importante lo constituye la patología de la vejez, y en ella la enfermedad de Alzheimer ocupa un lugar singular. La razón fundamental se debe a que se intentan encontrar técnicas terapéuticas distintas a los psicofármacos, ya que éstos pueden tener, y de hecho tienen siempre, efectos negativos sobre los pacientes.

Desarrollo. En este trabajo se realiza un estudio sobre efectos de la musicoterapia en temas esenciales en la enfermedad de Alzheimer, concretamente trastornos cognitivos (memoria y lenguaje) y trastornos de conducta dependiente, esencialmente la agitación.

Conclusiones. La musicoterapia es un instrumento terapéutico útil en la enfermedad de Alzheimer y debería utilizarse sistemáticamente. Pero, además de mostrar los resultados de la musicoterapia en la

mejoría de muchos síntomas de la enfermedad de Alzheimer, a lo largo del trabajo discutimos algunos aspectos teóricos sobre la patología de la enfermedad de Alzheimer y las razones de por qué la musicoterapia es eficaz.

D. Barcia-Salorio. Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer. PSICOGERIATRÍA. 2009 DIC; 1(4):223-238.

NARCOANÁLISIS

Definición.- 1. Algunos terapeutas han utilizado diferentes drogas -narcóticos- para excluir el control conciente y la resistencia inconciente del enfermo y efectuar el análisis en este estado narcótico. Este método se basa en el concepto que la revivencia del trauma, como causa psicogenética de una neurosis, significa ya la curación misma. 2. Según los conceptos del *Psicoanálisis personalístico* el narcoanálisis hace imposible la revivencia espiritual de un conflicto, pues no soluciona el problema del enfermo, sino solamente influye provisoriamente.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

NARCOTERAPIA

Definición.- Se llama narcoterapia al empleo en psicoterapia de una inyección intravenosa de una droga que facilite la emergencia de un material cargado emocionalmente. Se busca aquí sobre todo la catarsis, o sea la reexperimentación del suceso traumático, y una consecuente facilitación del insight. Los barbitúricos y estimulantes psicomotores producen estos efectos, lo mismo que el diazepam (Valium). Administrar estos barbitúricos es útil para distinguir al paciente con problemas orgánicos neurológicos, pues estos tienen muy poca tolerancia a estos medicamentos.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 27, punto 5.

PACIENTE

Definición.- Se llama paciente a aquel enfermo que se encuentra bajo tratamiento a cargo de un profesional especializado. Todo paciente es enfermo, pero no todo enfermo es un paciente.

Cazau P (2001) Vocabulario de psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Evaluación del paciente.- La tarea principal de un terapeuta es evaluar donde se encuentran bloqueados los clientes, qué hacen para superar el bloqueo, y cómo puede influir sobre ellos beneficiosamente para salir de la situación.

Los elementos que deben tenerse en cuenta para hacer estas evaluaciones son los siguientes: 1) como el cliente establece sus relaciones interpersonales (competencias sociales generales, manejo de relaciones íntimas, proceso de socialización); 2) pensamientos y sentimientos (competencias intelectuales, aptitud para reconocer sentimientos, excitaciones emocionales adecuadas, equilibrio entre pensar y sentir, etc); 3) formas de percibir el yo y la vida (expectativas realistas hacia uno mismo y sus metas en la vida, capacidad para sentir placer y satisfacción saludables, voluntad para mantener una meta, etc.); 4) evaluación de esquemas inadaptativos (autonomía, privación emocional, abandono, aislamiento social, valía personal, límites y normas).

Temas comunes de la evaluación.- Cinco temas a menudo constituyen el centro de una psicoterapia, y ellos son: las pérdidas, los conflictos interpersonales, los síntomas, los trastornos de personalidad y finalmente las desincronías evolutivas (desfasajes en el desarrollo evolutivo, tanto el desarrollo cognitivo como el social).

La personalidad básica de Lazarus.- Se trata de un modelo de evaluación clínica bastante amplio, que considera evaluar al cliente en seis áreas: comportamiento (actos, hábitos, gestos, etc.), afecto (estados de ánimo, emociones, etc), sensación (dolores, náuseas, fatiga, etc.), imaginación (sueños, recuerdos, imágenes mentales sobre el pasado, presente y futuro, etc.), cognición (actitudes, valores, opiniones, ideas que el cliente asume como propias o que siente que debe cumplir compulsivamente), relaciones interpersonales (problemáticas o gratificantes) y drogas (hábitos higiénicos, drogas, dietas, ejercicios, salud física, etc.).

Diagnósticos.- Se usa el DSM-IV para diagnosticar, pero debe tenerse presente que los diagnósticos son subjetivos, y que poner un nombre no es caracterizar la cosa (lo que realmente le pasa al cliente). Cuando uno hace una evaluación clínica, hay ciertos sesgos, como la tendencia a poner etiquetas, usar palabras que implican déficit (por ejemplo neurosis 'en remisión'), confirmar con una palabra lo que el evaluador cree que el cliente tiene, y empleo de categorías o etiquetas extrañas, dramáticas o ansiosas.

Resumen de Kleinke K (1995) Principios comunes en psicoterapia. Desclée de Brouwer. Capítulo 9.

La carrera moral del paciente mental.- El paciente mental hace un cierto recorrido o carrera como tal. Los aspectos morales de la misma aluden a los cambios que introduce en el yo de la persona, y en el sistema de imágenes con que se juzga a sí mismo y a los demás.

"Paciente mental" es aquí un concepto sociológico: es el individuo que es hospitalizado, y no quien simplemente hace terapia o anda suelto causando problemas. La misma internación u hospitalización genera efectos importantes sobre el yo del paciente. Su conducta muchas veces es más producto de su confinamiento social que de su enfermedad mental. Una vez internados, inician su "carrera como paciente mental", que es más o menos similar en todos en cuanto a las etapas por las que debe pasar.

La carrera del enfermo mental se divide en tres etapas:

1. Etapa del pre-paciente: periodo previo a la internación.

2. Etapa del paciente: periodo de estadía en el hospital.

3. Etapa del ex-paciente: periodo posterior al alta.

Aquí consideramos solamente las dos primeras.

Etapa del pre-paciente.- Algunos pacientes se internan por voluntad propia y por consentimiento familiar, cuando advierten en ellos síntomas de locura, desintegración, desorientación espacio-temporal, oír voces, etc., pero muchos de estos síntomas, aterradores para el paciente, son sólo disturbios pasajeros de un estado de tensión.

A veces la internación es sentida como un alivio: en vez de sentirse un sospechoso que busca engañar a los demás, el paciente se convierte en un sospechoso abierto y franco. Otras veces la internación es traumática, cuando el paciente confirma que lo que padece es algo más que su experiencia subjetiva de enfermedad.

Los pacientes pueden entrar al hospital por tres motivos: presión familiar, presión policial, y, especialmente los más jóvenes, son llevados engañados. La internación es un proceso de expropiación donde la persona pierde casi todos sus derechos. Más allá de su enfermedad o no, un paciente puede ser internado porque alguien hizo alguna denuncia contra él.

Existen ciertas "contingencias de carrera" como por ejemplo la proximidad del hospital psiquiátrico, el prestigio del paciente y su status socioeconómico, que influyen en la internación. También a veces por ejemplo una persona es internada porque no hay lugar en la cárcel, o porque su cónyuge formó otra pareja cuando hasta entonces lo soportaba en su condición psicótica, etc. O sea, muchos internados son más víctimas de estas contingencias que de la misma enfermedad mental supuestamente padecida.

Además de las contingencias, hay un segundo factor en la internación, que es el circuito de personas que intervienen en ella. En primer lugar los allegados, familiares o conocidos que influyen en dicha internación. Después están los denunciadores, y en tercer lugar los mediadores que establecen el contacto con el hospital y los familiares (policías, sacerdotes, médicos, etc). El paciente siente muchas veces que todas estas personas se han confabulado para que los internen, y a veces hay razones para pensar así. Esto enfría sus relaciones con sus allegados, pues se siente traicionado.

El paciente va sintiéndose cada vez menos libre y más engañado, a medida que se cumplen las condiciones para que sea internado. Los pre-pacientes suelen sentir la internación como una privación injusta y masiva de todas sus posesiones, y a veces consiguen convencer de esto a otras personas de afuera del entorno de agentes (o sea personas que no son allegados, ni denunciadores, ni mediadores).

Sucede también que muchas veces los allegados y mediadores necesitan y buscan alguna justificación racional para retener por la fuerza al paciente en un lugar de internación. La carrera del paciente dentro del hospital depende en gran medida de cómo ha reconstruido este en forma retrospectiva toda su etapa previa de pre-paciente. Por ejemplo, se sentirá diferente si fue denunciado, a si fue internado por presiones familiares.

Etapa del paciente.- El último paso en la etapa de pre-paciente puede conllevar la certeza, justificada o no, de que fue abandonado: quedó al margen de la sociedad, y sus allegados le han vuelto la espalda.

Al principio el paciente en el hospital se aísla para no mostrar una imagen mala de sí mismo, pero después empieza a colaborar y participa de la nueva interacción social que supone el hospital. El paciente empieza a recorrer el hospital, pero participa sólo con su apodo como modo de continuar en el anonimato. Es la etapa del asentamiento. Debe adaptarse a un nuevo régimen de vida, a una vida en común con los otros, que empobrece la imagen que tenía de sí mismo. Empieza a adaptarse a un "sistema de salas", donde hay habitaciones mejores y otras peores, comidas mejores y peores. Aparecen castigos y privilegios, pero el hecho de ir a una sala mejor no implica una recompensa sino un acceso a un nivel mejor de socialización, y a una posibilidad para que el paciente mejore su imagen de sí mismo.

El ambiente y las normas del hospital psiquiátrico presionan al paciente a sentirse un caso patológico más, sintiendo que ha sufrido algún colapso social en el exterior, que fracasó, y que dentro del hospital no tiene la libertad ni la gravitación o importancia que tenía afuera. Puede fantasear con una historia "triste": él en realidad no está enfermo, sino que las circunstancias los llevaron allí, y habla de injusticias. En la comunidad de los pacientes se puede edificar todo un rol social, sobre la base de estas ficciones recíprocamente sostenidas.

Como hay una relación directa entre las dificultades que ocasiona un paciente y su versión personal que como fue que llegó allí, al desacreditar esta versión será más fácil que se avenga a cooperar. El interno debe "compenetrarse" o fingir que se compenetra, con la perspectiva de sí mismo que auspicia el hospital.

El paciente siente que han invadido toda su vida, incluyendo el pasado, porque la concepción psiquiátrica supone que la enfermedad mental se origina en los primeros años de vida. El pasado del paciente pasa a ser condenatorio. Las historias clínicas mencionan hechos infantiles como ejemplos de su enfermedad. En realidad, todos los seres humanos contienen en su vida suficientes hechos denigrantes como para internarlos.

Así, el personal del hospital tiene derecho a conocer todo el pasado del paciente, hay una invasión de su intimidad. En la vida cotidiana del hospital corren rumores, hay murmuraciones, cualquier conducta fuera de lo común del paciente acentúa su patología a los ojos de los demás. Por regla general, los hospitales psiquiátricos divulgan sistemáticamente el tipo de información sobre cada interno que éste puede tener interés máximo en ocultar. Allí todo es público.

El sistema funciona como una incubadora: los pacientes ingresan en condiciones sociales de primera infancia para pasar, al año, a salas de convalecientes en condiciones de adultos resocializados. Según su conducta, los pacientes son destinados a mejores o peores salas. Un descenso del status moral del paciente a veces no tiene importancia para éste, pues no cambia su etiqueta de insano, que mantiene siempre desde que entró. Esto genera en el enfermo una cierta relajación y fatiga moral, donde nada importa.

A medida que el paciente hace su carrera, va cambiando su concepción acerca de su propio yo y acerca del mundo en general. En ello influye mucho en entorno social del hospital.

Resumen de Goffman (1988) Internados. Capítulo: La carrera moral del paciente mental.

Paciente designado.- "Aquel miembro de la familia cuya conducta se rotula problemática. Aplicar este rótulo a un individuo puede llevar a clasificar de manera incorrecta a la familia entera, por ejemplo si se habla de 'familias esquizofrénicas' o de 'familias drogadictas'".

Umbarger C, "Terapia familiar estructural", Barcelona, Paidós.

Paciente designado.- El paciente designado es la puerta de entrada al sistema familiar; es un intermediario pues sus trastornos son la ocasión para entrar al sistema y modificarlo. Es un regulador del proceso terapéutico.

Debe establecerse una cierta complicidad con el paciente designado, tanto mejor si es implícita y no verbalizada. Para llevarla a cabo deben cumplirse dos condiciones: a) neutralizar precozmente las ventajas secundarias de su síntoma (por ejemplo la de ocupar un lugar central). Para ello el terapeuta debe entrar lo menos posible en su parte patológica; y b) estimular sus partes sanas. No se trata de negar los síntomas, sino desplazarlos de nivel, dándoles un distinto valor: el de expresión del sistema enfermo.

Con esta complicidad, el paciente designado pasa a ser un poco el coterapeuta, tanto más valioso cuanto que opera desde el interior de la familia. El paciente pasa a ser el regulador del proceso terapéutico, con lo cual nos liberamos de evaluar las mejorías sólo en base a la desaparición de síntomas.

Conviene entonces ocuparse de entrada del paciente como persona individual, de sus necesidades, etc, y no como se hacía antes cuando se lo veía como un hilo de Ariadna, como una vía de entrada al sistema demasiado prematura.

El paciente designado es la bisagra de conexión entre una generación y la siguiente. Desde sus trastornos, la familia puede abrir crisis nuevas y de madurar diversas elecciones. Aquí, el terapeuta actúa no solo como agente de provocación sino también como agente de contención de angustias, etc.

Condensado de Andolfi (1993) Tiempo y mito en la psicoterapia familiar. Capítulo 3.

Comunicación con el paciente.- La comunicación con el paciente es una de las asignaturas que el médico de este país tiene pendiente. Son excepciones las facultades de Medicina donde se imparte esta disciplina. Pero algunas entidades profesionales y escuelas de negocio la incluyen en sus programas en forma de master o cursos especiales.

La comunicación asistencial resulta vital para que se sustancie con calidad y eficiencia la relación médico-paciente, o sea, el acto médico, tanto en el contexto humano como en el profesional. Y es esencial para el buen fin de la asistencia sanitaria. Así, surgen, entre otras, dos preguntas básicas desde el punto de vista del médico: ¿qué hay que comunicar? y ¿cómo hay que hacerlo? No siempre todo lo que hay que decir al paciente se le dice y menos si éste o sus familiares no lo preguntan. El dilema brota en cómo hay que decir lo que se comunica, y aquí las malas noticias y cómo enfrentarse verbalmente al paciente agresivo cobran un protagonismo especial.

Para responder a éstas y otras cuestiones, MEDICAL ECONOMICS organizó una mesa redonda en la que participaron Pilar Arranz Carrillo de Albornoz, directora técnica del Instituto Antae de Madrid y psicóloga experta en comunicación con pacientes; Luis Martínez Hervás, subdirector de Información y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; María Dolores Navarro Rubio, presidenta del Foro Catalán de Pacientes y subdirectora de la Fundación Josep Laporte; José Antonio Prados Castillejo, vicepresidente de Semfyc y coordinador del Diploma de Comunicación de dicha sociedad científica; e Isabel Salazar Bernard, psiquiatra y responsable de la asignatura de Comunicación

en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela. La moderación del acto corrió a cargo de José María Martínez y Gonzalo San Segundo, directores asociados de la revista. Pilar Arranz Carrillo de Albornoz; José Antonio Prados Castillejo; Isabel Salazar Bernard...(et.al). La comunicación con el paciente mejora la salud y ahorra costes. MEDICAL ECONOMICS. 2009 ENE;103.

PARADOJA

Como técnica terapéutica.- Se proponen tres estrategias paradójicas: 1) El progenitor pide al niño que tenga un problema; 2) El progenitor pide al niño que simule tener el problema (por ejemplo, ataques epilépticos); 3) El progenitor pide al niño que simule ayudar al progenitor.

La autora propone aquí que la conducta perturbada del niño resulta de una incongruencia en la organización jerárquica familiar: los padres son superiores porque son padres, pero el hijo es también superior, pues con su síntoma los protege, pues con él expresa metafóricamente las dificultades de los cónyuges. Las tres estrategias propuestas sirven para que los padres resuelvan el problema del niño al mismo tiempo que se soluciona la incongruencia en la jerarquía familiar. La directiva es practicada primero en la sesión y luego en el hogar, y en la sesión siguiente se requiere un informe sobre el cumplimiento de dicha directiva. La mejoría del niño debe atribuirse a los padres.

Las directivas paradójicas aquí apuntan a alentar al niño a que simule tener un síntoma, al progenitor a que simule ayudar al niño cuando éste simula tener un problema.

Simular un síntoma evita tener que sufrir el síntoma: quien simula dolor no siente dolor. Además, al simular un síntoma, el paciente no se resiste (lo hace cuando le prescriben no tener el síntoma). También, un síntoma simulado empieza a sugerir la idea que los síntomas no son reales, sino metáforas de otras situaciones.

Resumen de Madanes Cloé (1984) Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu. Capítulo 4.

PLACEBO

Generalidades.- El placebo tiene una historia larga, muy larga, tan larga como los primeros estudios sobre el ser humano, sus enfermedades y sus curas. Pero empecemos, justamente, por aquél principio.

El mismo término "placebo" proviene del latín, de un vocablo que significa satisfacer) y en los primeros términos se aplicaba a las personas hipocondríacos (aquellas que están convencidas de que siempre tienen alguna enfermedad), como un remedio inofensivo. Hoy día, los placebos se utilizan por lo general en las pruebas de laboratorio denominadas "a ciegas y por partida doble", en las cuales se testean los efectos de los fármacos nuevos, antes de que los mismos puedan salir al mercado.

Durante las pruebas a ciegas, ni voluntario que recibe el fármaco ni quien administra la droga saben si la dosis administrada contiene el medicamento verdadero, o el placebo. Eso sale a la luz recién cuando las pruebas finalizan. La idea con esto es evitar que el científico pueda dar pistas al paciente sobre si está o no recibiendo un tratamiento real.

A ciertos enfermos se les administra una sustancia inerte para descubrir el beneficio psicológico que puede reportar ingerir una pastilla y compararlo con el efecto biomédico de ese nuevo fármaco.

Los ensayos clínicos a ciegas muestran una mejoría de entre el 25% y el 75% de los enfermos, gracias al efecto placebo. Las enfermedades que en mayor medida se benefician de esta medicina imaginaria son el dolor crónico, la hipertensión, la angina de pecho, la depresión, la úlcera, el asma, la artritis y la migraña. Todas poseen un evidente componente psicosomático: una conexión entre la mente y el cuerpo. Y hay quienes agregan a esta lista al cáncer y a las enfermedades cardíacas.

Howard Brody, investigador de la Michigan State University y uno de los mayores defensores del placebo, lo define como "la farmacia del cuerpo. Dentro de nosotros mismos existen sustancias químicas curativas. Si logramos aprender a pulsar los botones correctos y a manejar las señales procedentes de nuestro entorno, estas vías químicas se activan". Esta mejoría se debería, entonces al poder de la mente sobre la materia, y todos poseemos, en diversos grados, este potencial. "Es la demostración palpable de cómo nuestra expectativa psicológica es capaz de prevalecer sobre las señales que proceden de nuestro cuerpo", explica Paul Martin, psicólogo de la Conducta, del Wolfson College de Oxford, Gran Bretaña.

Un estudio científico, realizado con un grupo de chicos venezolanos asmáticos, demostró la eficacia del placebo. Cada vez que los niños usaban un inhalador antialérgico se les exponía a un fuerte olor a vainilla. A las dos semanas, ya sólo se les administraba el aroma, pero la capacidad pulmonar de todos los nenes mejoró como si hubieran usado el inhalador auténtico.

Irving Kirsh, profesor de Psicología de la Universidad de Connecticut (Estados Unidos), evaluó 19 pruebas clínicas de antidepresivos y llegó a la conclusión de que en el 75% de los casos la mejoría de los síntomas se debía a que los pacientes creían que así ocurriría. Conclusiones similares ha obtenido Kirsch con los ensayos clínicos de fármacos similares al Prozac: Zoloft, Effexor, Paxil y Serzone.

Desde hace mucho tiempo, en el campo de la cirugía existe la sospecha de que ciertos métodos deben su éxito al efecto placebo. Durante los años 1950, la ligadura de las arterias mamarias era una técnica habitual para tratar la angina de pecho. Implicaba el bloqueo de dos arterias en un intento por mejorar un riego sanguíneo alternativo al corazón. Fue entonces cuando Leigh Cobb realizó -durante un

experimento en la ciudad estadounidense de Seattle- una incisión en el tórax de un paciente, pero sin hacerle nada más. Descubrió que la operación ficticia tuvo tanto éxito como la ligadura de arterias mamarias.

Aunque también existe lo que los expertos llaman "efecto nocebo", con sus resultados nefastamente contrarios. El mejor ejemplo es el de una mujer que, en un hospital de los Estados Unidos, escuchó a su médico hablar de un TC (caso terminal) y creyó que se refería a ella. A pesar de todos los intentos por convencerla de lo contrario, falleció ese mismo día.

Quienes estudian el efecto placebo creen que hay tres mecanismos por los cuales el cuerpo mismo, la química interna de una persona, logra curar sin tratamiento verdadero.

Uno de los mecanismos clave en el efecto placebo es la expectativa que genera, algo que se comprobó hace ya más de 160 años. The Lancet, revista médica de gran prestigio, relataba: "Un paciente que recibió 25 gotas de láudano y, pensando que era un purgante, se vio importunado toda la noche por una constante evacuación del abdomen (el láudano contiene opio y, por lo general, provoca estreñimiento, no diarreas)".

Pero el placebo hace mucho más que aliviar el dolor. Parece afectar al nivel de estrés, reduce la presión sanguínea y la hiperacidez, combate el exceso de azúcar en los diabéticos, descongiona los bronquios, y hay quienes aseguran que reduce el tamaño de un tumor. Uno reacciona hacia algo, llevando a la realidad los resultados esperables: algo así como una respuesta condicionada, la segunda de las explicaciones al placebo. Pero hay otra más, y es la que pone en juego los estados anímicos sobre la química natural del cerebro y, en consecuencia, en el sistema inmunológico.

Andrea Gentil, Cuando la mente domina al cuerpo, al punto de curarlo o enfermarlo del todo. (Buenos Aires, Agosto 2007 - www.saludyciencias.com.ar).

Generalidades.- Los mecanismos del cerebro son complejos y misteriosos. Uno de los más particulares y utilizados es el denominado efecto placebo, que permite que una persona que recibió un medicamento falso e inactivo sienta los mismos efectos que causa el compuesto real. Ahora se conoce mejor cómo funciona este extraño sistema ya que un grupo de científicos identificó la zona del sistema nervioso que lo pone en marcha.

Un placebo es una terapia que no tiene eficacia médica, pero que puede producir efectos curativos o paliativos si una persona cree que en realidad está tomando una medicina. El placebo puede ser una pastilla, pero también una operación quirúrgica o un tratamiento psicoterapéutico, que sólo tiene resultados por el mero hecho de que el enfermo (o supuesto enfermo) cree que está siendo medicado.

El efecto placebo está constatado médicamente, pero hasta ahora no se sabía cómo operaba. Su eficacia se ha relacionado con diversos factores, como la forma de administrarlo (vía oral o intramuscular), el procedimiento de aplicación (por ejemplo después de escuchar largo tiempo a un paciente) o incluso el precio de un producto, que hace más creíble su eficacia terapéutica. El aspecto psicológico del placebo, particularmente el poder de la sugestión, es lo que se ha considerado hasta ahora para explicar su éxito, y con esta suposición gran parte de la comunidad médica ha reconocido su eficacia y lo aplica en numerosos casos. Pero, a partir de una investigación realizada en la Universidad de Michigan (Estados Unidos) ahora hay más información para valorar su eventual utilidad médica.

Durante sus pruebas, los neurólogos de Michigan utilizaron dos técnicas: las tomografías por emisión de positrones (PET) y las pruebas de resonancia magnética funcional, con el objetivo de analizar el efecto que sus acciones producían sobre un grupo de personas que se ofrecieron voluntariamente a participar de los experimentos. La mitad de los estudiados eran mujeres y todas ellas en los mismos períodos de sus ciclos menstruales. Con esto se buscó evitar las influencias de diferencias hormonales que pudieran afectar al nivel de tolerancia al dolor. Luego, los investigadores administraron una solución salina dolorosa en la mandíbula de los voluntarios y más tarde les dijeron que les iban a dar un compuesto que podía ser o bien un analgésico, o bien un placebo. Sin embargo, eso no fue así: todos los participantes del experimento recibieron un placebo, tras lo cual los investigadores analizaron la actividad que los cerebros de los postulantes ponían en marcha.

Los resultados demostraron que el sólo hecho de pensar en un fármaco alivia el dolor mediante la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, un área del cerebro relacionada con la habilidad de experimentar sensaciones de placer y recompensa e, inclusive, con la adicción a las sensaciones causadas por ciertas drogas.

Las personas que sentían más alivio al dolor eran justamente aquellas que registraban más actividad en el núcleo accumbens, lo que indica que la liberación de dopamina es proporcional a la intensidad del efecto placebo. Todas estas observaciones y conclusiones fueron publicadas por la revista especializada "Neuron".

Por otro lado, los participantes receptivos al placebo tuvieron una mucho más significativa actividad con dopamina en el área izquierda de su núcleo accumbens que los otros voluntarios, un proceso que empezó cuando se les anunció que el analgésico iba a empezar a fluir en sus mandíbulas: estos individuos anticiparon que el analgésico les proporcionó alivio del dolor incluso antes de recibirlo.

Los neurólogos descubrieron así que el grado en que una persona responde a un tratamiento de placebo está vinculado íntimamente a la actividad que registre el área del cerebro destinada a anticipar un beneficio o una recompensa.

De las siete personas que creían no experimentar el efecto placebo, cuatro informaron padecer incluso más dolor cuando el supuesto analgésico era suministrado, un fenómeno conocido como "nocebo" y que ha sido observado en otras situaciones, como por ejemplo sentirse mal junto a una antena de telefonía móvil que todavía no ha comenzado a funcionar.

De acuerdo con Jon Kar Zubieta, uno de los autores de la investigación, al analizar este tipo de respuestas hay tres temas que deben ser tenidos en cuenta: la expectativa de mejoría del individuo, la motivación (puesto que si se trata de una enfermedad grave la persona está más incentivada a sentir menos dolor que si es algo pasajero), y la capacidad fisiológica para producir y liberar dopamina en el cerebro. También comentó que el paso siguiente en este estudio consiste detectar las diferencias individuales y usar los nuevos hallazgos en el diseño de terapias más efectivas.

Fuente: Descubren cuándo y cómo funciona el efecto placebo o de autosugestión curativa. (Buenos Aires Agosto 2007 - www.saludyciencias.com.ar)

Efecto placebo en depresión.- Se realizó una revisión de aspectos relacionados con la depresión y el empleo de placebos en ensayos clínicos en esta enfermedad, considerando la Declaración de Helsinki y los criterios de las agencias reguladoras de Estados Unidos y Europa. Además, se analizaron las causas que pueden haber influido en la elevada respuesta a placebo encontrada en un ensayo clínico coordinado por el Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos en Cuba (CENCEC). Entre ellas se destacan: la remisión espontánea de los síntomas, la severidad de la depresión, la elevada expectativa de pacientes e investigadores, las evaluaciones sistemáticas, entre otras. Concluimos que la elevada tasa de respuesta en el grupo placebo reduce la potencia de los ensayos clínicos y que se necesitan nuevas estrategias para reducir las fuentes de variabilidad. Teniendo en cuenta que en depresión se observa una respuesta a placebo superior que en el resto de las enfermedades, sería justificable su empleo en la evaluación de nuevos antidepresivos, siempre y cuando no se afecten la seguridad y la integridad del paciente.

Mendoza Rodríguez Y y otros, Efecto placebo en depresión. Resultados de un ensayo clínico en Cuba. PSQUIATRIA BIOLÓGICA. 2007 ENE;14(1).

PREVENCIÓN

Prevención en psicopatología laboral.- Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1984) los factores psicosociales en el trabajo consisten en dos tipos principales de factores: 1- interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo, y las condiciones de su organización; y 2- las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo y afectar la salud del trabajador.

El estrés es parte ineludible de nuestra vida. Nos puede servir, cuando se mantiene dentro de ciertos límites, como la motivación que ayuda a superar los obstáculos que se presentan a nuestros objetivos. Pero cuando sobrepasa los límites, es fuente de enfermedad y de disminución de la calidad de vida. Planteamos utilizar el tiempo libre de trabajo para compensar las presiones que vivimos y que pueden llevar a superar esos límites saludables del estrés.

Ana Isabel Redondo. Estrategias para la prevención en psicopatología laboral. INTERPSIQUIS. -1; (2009).

PROVOCACIÓN

Provocación terapéutica.- La provocación terapéutica no es una simple agresión a la familia, sino una intervención que, para ser terapéutica, debe estar acompañada de una operación de apoyo, de joining, o sea debe lograr transmitir que el terapeuta 'está con' el sistema al mismo tiempo que lo ataca.

La provocación está dirigida en apariencia a una persona, pero en rigor es una provocación al sistema enfermo del cual forma parte. La provocación es una forma de relación que implica al menos tres elementos: el terapeuta, la persona aparentemente atacada o provocada, y tercero las imágenes que le propone el terapeuta para discutir y cuestionar en cuanto a la relación del provocado con los demás miembros del sistema.

La provocatividad no es un concepto absoluto (alguien provoca a otro) sino relativo, originado en la interacción de diversos elementos: provocar a un miembro de la familia implica provocar a los otros. Una pregunta es provocativa cuando suscita un movimiento donde antes había una situación estática: no sólo se provoca a quien se le hace la pregunta (por ejemplo ¿desde hace cuánto se siente usted sola?) sino que todo el sistema familiar se siente provocado, incluso aunque los otros reaccionen con indiferencia: esta última reacción es a su vez una contraprovocación, que está expresando la resistencia del sistema al cambio.

Otras veces las otras personas no contestan la provocación, sino que en vez de resistir colaboran con el terapeuta. Sea cual fuere la reacción, la provocación siempre transmite información porque introduce

elementos nuevos en el campo perceptivo, produciendo al menos una reestructuración parcial en él. Es un elemento creativo.

La diferencia entre reaccionar y colaborar es de intensidad, en cuanto las primeras son más rígidas y las segundas menos, dentro de la familia.

La provocación debe entonces reunir tres requisitos: a) debe intentar modificar esquemas perceptivos y de comportamiento en la familia, b) debe chocar con algún tipo de rigidez, tal que se genere una tensión, y c) el contexto debe favorecer los elementos indicados a y b.

El proceso de la provocación: el caso Jimmy.- Ser provocativo es llegar a tocar elementos significativos para las relaciones familiares en el plano emocional, o imágenes y esquemas perceptivos fosilizados con el correr del tiempo que la familia procura mantener a toda costa. Se cita el ejemplo de la familia de Jimmy, donde las sesiones transcurren en diversas etapas:

a) Aumenta una tensión interpersonal en una sesión: fase de compresión. Se habla de las peleas entre el padre y los hijos. El terapeuta 'provoca' a Jimmy exagerando la separación de él con su padre.

b) Se abren canales de descarga de la tensión: fase de descompresión. El conflicto padre-hijo se descomprime llevándolo en dirección vertical a sus referentes originarios, con un correspondiente desplazamiento del triángulo relacional (el padre es ahora el hijo del abuelo de Tommy, por ejemplo). Hay un descentramiento respecto de la reacción actual, lo cual produce la descompresión.

Condensado de Andolfi (1993) Tiempo y mito en la psicoterapia familiar. Capítulo 3.

PSICAGOGÍA

Definición.- 1. Método psicoterapéutico-pedagógico, de Kronfeld, discípulo de Adler, basado en el principio del fortalecimiento (Staerkersein) individual como incentivo que lleva al sujeto a un esfuerzo por lograr su equilibrio caracterológico-existencial. 2. Concepto según el cual la psicoterapia debe transformarse en psicagogía, es decir, conducir al sujeto hacia un logro de su vida (curar no *de* algo sino *para* algo), por una disciplina interior por la seguridad espiritual en relaciones vitales.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PSICOANÁLISIS INFANTIL

Breve historia.- El análisis de niños es una subespecialidad dentro del psicoanálisis que hizo su aparición en la década de 1920, cuando comenzaron a tratarse otros trastornos además de las neurosis, tales como las psicosis, la delincuencia, las perversiones y las perturbaciones adolescentes. En el caso del análisis infantil existieron algunos pioneros, tales como Anna Freud en Viena, Melanie Klein en Berlín, Brostein en Praga, Balint en Budapest, etc. En general, se trató de desarrollos individuales e independientes.

Entre 1925 y 1930 aparecieron los primeros escritos y seminarios sobre el tema, sobre trabajos que no eran solamente terapéuticos sino también preventivos y de aplicación. Dos líneas diferentes comenzaron a destacarse, primero respecto de las técnicas empleadas y más tarde respecto de las concepciones teóricas sustentadas: Anna Freud y Melanie Klein.

Anna Freud adaptó el análisis a la incapacidad del niño de hacer asociaciones libres, a la inmadurez de su yo, a la dependencia de su Superyó, y a la incapacidad para manejar las presiones del ello. Para ella, los niños tienen fuertes defensas y resistencias, resultando difícil interpretar en ellos la transferencia. A largo plazo, el análisis infantil busca prevenir inhibiciones y regresiones posteriores liberando las energías espontáneas del niño y estimulando su progresivo desarrollo.

Melanie Klein no expresó esas preocupaciones, y muy pronto vio en el juego un equivalente de la asociación libre, aceptándolo como base de las interpretaciones simbólicas y como vehículo de la transferencia. Otorgó importancia a la lucha entre los instintos de vida y muerte ya desde el nacimiento, a la división de los objetos en buenos y malos, y al papel de la proyección y la introyección en la formación de la personalidad. También otorgó gran importancia a la oralidad, desde donde deben entenderse la formación del Superyó y el carácter, así como las raíces de la enfermedad mental.

Los analistas de niños partieron de la terapia de pequeños con perturbaciones, para luego, pasando por el estudio general de todo tipo de niños, llegar a la aplicación de los conocimientos adquiridos a problemas relacionados con la labor educativa y preventiva.

La indivisibilidad del cuerpo y la mente durante el primer año de vida, la estrecha relación entre emociones e intelecto, entre los objetos y los estímulos, y entre los procesos defensivos y los adaptativos, fueron los principales conocimientos obtenidos que tuvieron influencia sobre el problema del cuidado de los niños.

No fue la observación dentro de las sesiones el único método de investigación, ya que también se utilizó la 'observación directa', es decir, la observación de la conducta espontánea fuera del tratamiento. Incluso se llegó a formular una teoría de la patología infantil sino también de su desarrollo normal.

Algunas diferencias entre Anna Freud y Melanie Klein pueden ir sintetizándose en el siguiente cuadro:

	Escuela de Viena (Anna Freud)	Escuela de Berlín-Londres (Melanie Klein)

Asociación libre	El niño es incapaz de asociación libre por la inmadurez de su yo, la dependencia de su superyo y por tanto incapaz para manejar las presiones del ello.	El juego libre es un equivalente exacto de la asociación libre, y la base de las interpretaciones simbólicas y vehículo de la transferencia.
Objetivos del análisis	A largo plazo, prevención de detenciones e inhibiciones, anulación de regresiones mutiladoras y formaciones de compromiso, y por tanto liberación de energías al servicio del desarrollo.	Elaborar las ansiedades psicóticas mediante la indagación de sus raíces en la fase oral, enfatizando la lucha entre instintos de vida-muerte, la división en objetos buenos y malos, el papel de la proyección y la introyección en la conformación de la personalidad, y la importancia de la oralidad.
Edad	Sólo a partir del uso del lenguaje.	Casi a cualquier edad.
Amplitud del análisis	El análisis debiera restringirse a las neurosis infantiles graves que el niño experimenta antes del periodo de latencia.	El análisis se centra en las fases de grave anormalidad (estados psicóticos, depresiones, etc). El desarrollo normal posterior se salvaguarda mejor con un análisis temprano de los residuos psicóticos.

Resumen de Freud Anna (1989) El psicoanálisis infantil y la clínica. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

El análisis de niños como subespecialidad del psicoanálisis.- En su momento el psicoanálisis fue revolucionario porque planteó de manera original el inconciente, la etiología sexual de la neurosis, la sexualidad infantil, etc. Hubo autores que se aferraron dogmáticamente a esta nueva teoría, pero otros intentaron nuevos rumbos.

Uno de los cambios producidos en tal sentido fue por ejemplo, el hecho de que antes se interpretaban mucho los sueños, mientras que más tarde se buscó mas bien interpretar la transferencia, la que aparece como una situación introducida deliberadamente dentro del análisis. También fueron poco a poco cediendo su lugar las tendencias sexuales a las agresivas, y fue adquiriendo importancia el aquí y ahora más que la exploración del pasado infantil.

Históricamente, hacia la década de 1920 comienza a extenderse el psicoanálisis más allá de los casos clásicos de neurosis en adultos aplicándose a psicóticos, delincuentes, adolescentes, enfermos psicosomáticos y, por obra de Melanie Klein, Anna Freud, Hug-Hellmuth y Berstein, también a los niños, todo lo cual permitió ampliar la teoría psicoanalítica esclareciéndose mejor, por ejemplo, los vínculos entre el ello y el yo.

Lo que en el análisis del adulto era una reconstrucción de la infancia, en el análisis de niños aquellos traumas aparecían directamente como perturbaciones, condensadas por la memoria en forma de recuerdos encubridores. Se constató también el pleno funcionamiento del complejo de Edipo hacia los padres vivientes, etc.

Anna Freud propuso no seguir, en el análisis de niños, ninguna técnica utilizada para adultos ni derivada de ella. Puesto que los niños son distintos a los adultos, debía seguirse una técnica diferente a la clásica. En los niños, en efecto, se aplicó una técnica sin asociación libre, y donde la transferencia es compartida con los padres, donde se da un mínimo de comprensión y un máximo de resistencia, donde la adhesión del niño al tratamiento es incierta y precaria requiriéndose entonces a veces la ayuda de los padres, donde la acción reemplaza a la verbalización, y donde la atención del analista no se centra sólo en el paciente sino también en su ambiente.

En cuanto a los objetivos del análisis infantil, a los objetivos para el adulto (control del yo, anulación de represiones y soluciones inadecuadas de conflictos) se agregaron la liberación de fuerzas del desarrollo para favorecer el crecimiento del niño.

En cuanto a la perspectiva futura del análisis infantil, deben aún resolverse algunos problemas como los siguientes: que se imponga el análisis de niños como una subespecialidad reconocida con sus técnicas propias; que los analistas infantiles conozcan y tengan alguna experiencia en análisis para adultos (capacitación múltiple); etc.

Resumen de Freud Anna (1989) El psicoanálisis infantil y la clínica. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 2.

PSICOCIRUGÍA

Definición.- (De psico- y cirugía). Cirugía cerebral como terapéutica de trastornos mentales.

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Generalidades.- Consiste en separar las fibras que unen una parte del cerebro con otra, o bien destruir o estimular ciertas partes del cerebro con el fin de modificar o suprimir alteraciones de conducta, humor o contenidos de pensamiento patológicos. También se usa para aliviar dolores intratables.

Intervenir el sistema límbico suele ser efectivo porque allí está el control de las emociones, y no suele dar efectos adversos, como problemas de personalidad o déficits intelectuales. Las operaciones más

criticadas fueron durante un tiempo las lobotomías prefrontales, es decir eliminar el lóbulo prefrontal, lo que daba muchos efectos adversos, por lo que hoy ya no se hacen estas operaciones, que antes ocasionaban muertes o ataques epilépticos.

El objetivo primario de la psicocirugía es aliviar el estado emocional del paciente, aunque también puede haber ciertos beneficios en los síntomas obsesivo-compulsivos. La psicocirugía hoy en día se practica cada vez menos, y se trata del tratamiento que se administraría solamente en última instancia.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 27, punto 7.

PSICODRAMA

Definición.- El psicodrama es una técnica de psicoterapia de grupo que utiliza fundamentalmente la improvisación dramática mediante el gesto y la palabra (Rosales Fontcuberta, 1990:19).

Rosales Fontcuberta Cristina (1990) La comprensión del psicótico a través del psicodrama. Barcelona: Gedisa.

Generalidades.- Desde sus inicios el psicodrama se perfila como un método adecuado tanto para el diagnóstico cuanto para el tratamiento; Moreno nos lo muestra como "una forma de terapéutica interpersonal". El paso por la teoría de Moreno nos lleva al encuentro de fenómenos y conceptos, tales como el de la catarsis, improvisación, espontaneidad, etc (Rosales Fontcuberta, 1990:21).

Rosales Fontcuberta Cristina (1990) La comprensión del psicótico a través del psicodrama. Barcelona: Gedisa.

Generalidades.- El psicodrama es un método psicoterapéutico con hondas raíces en el teatro, la psicología y la sociología. Desde el punto de vista técnico, constituye en principio un procedimiento de acción e interacción. Su núcleo es la dramatización. A diferencia de las psicoterapias puramente verbales, el psicodrama hace intervenir manifiestamente el cuerpo en sus variadas expresiones e interacciones con otros cuerpos. Esta intervención corporal involucra el compromiso total con lo que se realiza, compromiso que resulta fundamental para la terapia y, por ende, para el individuo y para el desarrollo de mejores y más completos medios de comunicación con sus semejantes. En el psicodrama no se deja de lado lo verbal, sino que, por el contrario, se jerarquizan las palabras al incluirlas en un contexto más amplio, como es el de los actos. Así, el individuo se hace cargo de lo que dice y responde con su hacer. Desde el punto de vista psicoterapéutico, esta participación corporal ha demostrado fehacientemente ser un valioso método para evidenciar las defensas concientes e inconcientes del paciente, así como sus conductas y cuadros patológicos (Jaime Rojas-Bermúdez, 1997:17).

El psicodrama hace intervenir manifiestamente un nuevo elemento de la psicoterapia: el espacio. Éste, transformado el escenario, permite la representación del mundo interno del paciente -que hasta ahora había sido expresado solo como relato verbal- de diversas maneras. Este paso de lo verbal a la acción y a la creación da una nueva dimensión al proceso terapéutico introduciendo nuevos elementos y recursos técnicos en la psicoterapia: el cuerpo, los objetos, la acción. El énfasis recae ahora (no solo) en lo que se dice, sino en lo realizado en el escenario durante la dramatización (Jaime Rojas-Bermúdez, 1997:17).

El psicodrama, además, es una técnica de psicoterapia directa, es decir, que en ella el proceso terapéutico se realiza en el "aquí y ahora", con todos los elementos emocionales constitutivos de la situación patológica que se expresan a través de los personajes y circunstancias recurrentes. El psicodramatista puede actuar *in vivo*, objetivando y analizando la situación presente cuantas veces sea necesario para su esclarecimiento y comprensión. Por otra parte, los alcances del psicodrama van desde lo individual hasta lo social; más aun, sus peculiaridades amalgaman lo uno y lo otro de tal manera que los hacen inseparables. El enfoque centrado en el individuo inevitablemente lleva, al reconstruir la escena, al contexto social en que se desenvolvió; el enfoque en el grupo social inevitablemente lleva, al jugar la escena, a individualizar los personajes que lo constituyen y a caracterizarlos.

La dramatización permite así una visión conjunta y unísona de estos dos enfoques, así como sus interacciones e influencias mutuas.

El psicodrama ubica al individuo en su medio, no lo trata como ente aislado. El hombre aislado, solo, es una abstracción; no existe. Para ser, nacer, vivir y reproducirse ha necesitado de otros. El psicodrama reconstruye el contexto de cada individuo y lo pone en movimiento. Las interacciones se manifiestan, y ya no es el individuo aislado el que dramatiza sino un grupo que expresa sus interrelaciones. El psicodrama investiga al máximo los vínculos y sus características; no se detiene en el vínculo bipersonal, sino que, además, estudia e investiga los vínculos multipersonales y sus influencias conjuntas *in toto*, sin desglosarlos.

En efecto, relatar linealmente una determinada situación, en la que el individuo va refiriéndose sucesivamente a cada uno de los personajes actuantes, no es lo mismo que revivir dicha situación con todos los personajes actuando al mismo tiempo, tal cual ocurrió. En el relato lineal dichos personajes van apareciendo uno tras otro, y el paciente irá refiriéndose al vínculo y características del mismo, así como a los hechos ocurridos entre ellos, *sucesiva* pero no *simultáneamente*. En la técnica psicodramática, la estructura particular existente en el momento de los hechos es de fundamental importancia para la comprensión y explicación de las conductas ocurridas. Por eso la reconstrucción espacial y temporal

forma parte de la rutina psicodramática, y a partir de ella se inician las dramatizaciones (Jaime Rojas-Bermúdez, 1997:17-18).

Jaime Rojas-Bermúdez (1997) Teoría y técnicas psicodramáticas. Barcelona: Paidós.

Reseña histórica.- El psicodrama fue introducido en los Estados Unidos en 1925, y desde entonces han sido elaborados varios métodos clínicos: el psicodrama terapéutico, el sociodrama, el axiodrama, el desempeño de roles, el psicodrama analítico y diversas modificaciones de los mismos (Moreno, 1993:IX). Moreno Jacob (1993) Psicodrama. Buenos Aires: Lumen. Sexta edición.

Reseña histórica.- La producción escrita en el campo del Psicodrama analítico abundó en describir la clínica, interpretarla críticamente, abrir interrogantes cuestionados acerca del posicionamiento del terapeuta, interpelando al sujeto desde lo grupal y al grupo desde lo social. Y si bien instituyó un discurso distintivo, un conjunto de saberes acerca de la práctica y la dirección de la cura no le otorgó a estos gestos el carácter de saber teórico, como cuerpo diferenciado y autónomo, En general, pocos fueron los que después de Moreno hicieron teoría; el Psicodrama creció y se expandió vertiginosamente en el mundo abriendo y multiplicando campos de aplicación. Esta expansión casi misionera sobre diferentes medios, campos y prácticas, generó combinatorias que se multiplicaron en progresión geométrica.

Hoy día se ha generado en la clínica terapéutica una confluencia de prácticas que constituyeron un abroquelamiento epistemológico sin que muchas veces pudieran establecerse con precisión los bordes entre el Psicodrama, la Bioenergética, la Gestalt y otras tantas prácticas corporales y estéticas.

Por un lado, aquellos que adscriben al Psicodrama analítico tienden a considerarse analistas o psicoterapeutas de orientación psicoanalítica que instrumentan un conjunto de técnicas tomadas del Psicodrama a los fines de enriquecer la exploración de lo inconciente y acceder a través de las mismas a todas aquellas situaciones fuera del Standard psicoanalítico.

No es casual que la gestación del Psicodrama analítico se precipite en la demanda generada por los analistas de niños y adolescentes de una técnica que factibilice la transferencia y permita el establecimiento del análisis. Sospechados como analistas, estos psicodramatistas analíticos cuando teorizaron, lo hicieron en relación a aquellos temas propios de la esfera de lo técnico que constituyó el mayor motivo de preocupación en aquellos años, en temas tales como la constitución del equipo, circulación de las transferencias, actuación y dramatización, entre otros. Pocos son los trabajos acerca del establecimiento de la eficacia simbólica, las palabras y los actos, la mirada, lo imaginario, el goce y el narcisismo en la representación.

La producción teórica, bastante modesta en sus desarrollos, giró en la esfera de los temas bisagras, o sea de aquellos temas que al ser articuladores de prácticas y teorías diferentes (Psicodrama y Psicoanálisis) requerían una determinada formalización. Esto lo exigía la práctica continua y creciente del Psicodrama analítico en su desarrollo expansivo y se constituyó como un desafío para sus seguidores.

No hubo, o por lo menos, yo desconozco desarrollos importantes de psicodramatistas analíticos en el terreno propiamente de la teoría moreniana. Si alguna excepción cabe a mis afirmaciones, habría que hacerla en lo que respecta al núcleo de la teoría de la creatividad y la espontaneidad, aunque su tratamiento teórico terminaba en general más cerca de Winnicott que de Moreno.

Intentando una síntesis cerrada podemos decir que el movimiento del Psicodrama analítico tomó del Psicodrama el caudal y algunas premisas teórico-técnicas. Los núcleos teóricos de Moreno fueron en general objeto de lectura superficial cuando no directamente ignorados. La teoría era a fin de cuentas la teoría psicoanalítica por lo cual la producción escrita se centró especialmente en la clínica (Kononovich y Saigón, 1995:104-106).

Kononovich B y Saidón O (1995) El cuerpo en la escena clínica institucional. Escena y afectación. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Técnicas psicodramáticas básicas.- Tomaremos aquí las técnicas más sencillas y frecuentemente utilizadas

1. *Soliloquios.*- El protagonista expresa, por iniciativa propia o a petición del director en un aparte y fuera del diálogo, lo que piensa y siente en ese momento, diciendo en voz alta lo que siente interiormente. El interlocutor en la escena no responde directamente a lo dicho en el soliloquio, pero este aporte de datos hace variar, generalmente, el clima emocional, el vínculo y la manera de desempeñar los roles.

El director procurará a partir de aquí que el protagonista pueda integrar en su acción lo expresado en el soliloquio (Jaime Rojas-Bermúdez, 1997:142). Esta técnica es habitualmente utilizada:

- * para explicitar ideas o sentimientos del protagonista, cuando el tipo de dramatización no incluye la verbalización;

- * para enfatizar la distancia entre lo percibido internamente por el protagonista, cuando éste realiza comportamientos socialmente aceptables pero no válidos emocionalmente para sí mismo;

- * cuando el protagonista detiene su acción, o la realiza atendiendo a medias, sumido en sus pensamientos.

2. *Espejo*.- Se emplea como objetivante del pensamiento, cuando el protagonista no está tomando en cuenta lo que hace, y la imagen que da hacia los demás puede diferir sustancialmente de la que él percibe de sí mismo (imagen externa e imagen interna). Son comportamientos que no están adecuadamente integrados en su rol, sino que se imponen en ciertas situaciones sin la toma de conciencia sobre ellos por parte del protagonista. Puede realizarse de varias maneras: o bien, en plena dramatización, el Yo-auxiliar imita al protagonista, ubicándose frente a él; o bien, una vez finalizada la dramatización, reproduce lo realizado por el protagonista, mientras éste observa desde el auditorio. Es preciso utilizar esta técnica con cuidado para que no sea sentida como burla; por eso es realizada casi exclusivamente por el Yo-auxiliar. Puede también efectuarse a través de un "espejo tecnológico": registros diversos como fotos, cine, video, audiograbaciones. Estos tienen el valor de lo irrefutable, facilitando su aceptación por parte del protagonista.

La "galería de espejos" tiene el mismo sentido, aunque es realizada por los compañeros del grupo.

3. *Doble*.- Con esta técnica se intenta suplir las dificultades expresivas, las falencias yoicas del protagonista, ya sea en sus aspectos corporales o verbales. Para llevarla a cabo, el protagonista representa su propio rol, y el Yo-auxiliar, situado a su lado, adoptando su misma postura corporal, va agregando progresivamente los elementos del protagonista no explícitos en la situación: los pensamientos, emociones y sentimientos que el protagonista no percibe, o elude explicitar, y que son significativos en relación a la situación dramática que se está dando. Generalmente, no interviene directamente en el diálogo, y los demás actores no le responden. Cuando lo expresado por el Yo-auxiliar es reconocido por el protagonista como propio y puede exteriorizar por sí mismo todos sus contenidos implicados en la situación, el doble ha cumplido su objetivo y el Yo-auxiliar se retira entonces de la escena.

No existe "un" doble, sino varios posibles que pueden ser sucesivos en el caso de neuróticos o simultáneos en el caso de psicóticos. Esta variantes son útiles cuando se requiere conocer la opinión de los miembros del grupo en relación a, por ejemplo, una escena recién interpretada: cada uno ha de pasar y, colocándole una mano en la espalda, dirá como doble lo que ha sentido desde el papel del protagonista. Los dobles simultáneos tienen su principal aplicación en los esquizofrénicos: cada una de las voces, sensaciones e influencias que sienten pueden ser asumidas por los dobles.

Si el director no le indica algún aspecto particular, el Yo-auxiliar realiza el doble con los contenidos que encuentre apropiados a las circunstancias en juego favorecidas por los estímulos corporales resultantes de la mimesis con la forma postural y la dinámica corporal del protagonista.

El Yo-auxiliar realiza una labor destinada a completar lo expresado verbalmente por el protagonista o a manifestar las emociones y sentimientos rechazados por él durante la dramatización. El protagonista no puede expresar algún contenido propio en base a una elección suya, por la valoración que hace de ese material (por ejemplo, omite decir a su antagonista que es un perverso, por juzgar que sería ofensivo para el otro y podría provocar una respuesta desagradable), o puede no expresarlo por no tomar en cuenta elementos de la escena que se está desarrollando; o bien bloquear sus emociones para evitar una posible reacción violenta propia. En todos estos casos, el Yo-auxiliar provee al protagonista de los elementos necesarios para que éste pueda integrar y armonizar su pensar, su sentir y su hacer.

Como ya se dijo antes, al desempeñar un rol, un papel, se produce una cierta disociación yoica: una parte desempeñando el rol y la otra ejerciendo el control del resto de la personalidad, incluido el rol en actividad. De acuerdo a este esquema (esquema de roles), el doble estaría dirigido, por una parte, a reforzar el rol que se está desempeñando y, por otra, quizás la más importante, a desenmascarar al Yo, en el buen sentido de la palabra, facilitándole que los contenidos retenidos, por diversas razones, emerjan, se canalicen a través del rol y puedan ser integrados en el vínculo con el otro. Ahora bien, esto no significa que recurramos al manejo que hace Moreno y sus seguidores de esta técnica, a veces reforzada con la presión del director sobre el protagonista, de buscar a ultranza producir la descarga emocional "liberadora" (gritar, insultar, pegar...) de tipo catártico, que es un recurso muy útil a nivel de espectáculo pero no de una terapia sistematizada. Reconocemos la importancia de las emociones (sí mismo psicológico) y su fundamental participación en el proceso terapéutico, pero el expresarlas intensamente no basta para que el individuo modifique su estructura. Es necesario primero que el Yo reconozca sus inhibiciones y conflictos con sus emociones, para que luego pueda ir elaborándolas, de acuerdo con sus características y posibilidades, hasta que, finalmente, las instrumente adecuadamente.

La técnica del doble nos puede llevar, pues, a evidenciar otro proceso quizás más importante que la escena que se está tratando en ese momento. La habilidad terapéutica se manifiesta ahora: seguir con la escena en curso o cambiar hacia el conflicto interno que se insinúa. Espejo y doble son las técnicas psicodramáticas que conllevan mayor posibilidad de introducir contenidos ajenos al protagonista. Especialmente en el doble, se introduce una hipótesis que puede ser inexacta o no comprendida y que es, en este sentido, cercana a la interpretación psicoanalítica, al introducir contenidos propios del terapeuta como si fueran del protagonista. Por todo ello (excepto en el caso del "espejo tecnológico") son las menos utilizadas dentro de nuestra línea de trabajo psicodramático, especialmente en posprimeros períodos del tratamiento. Cuando el paciente, a lo largo de las sesiones, ha mostrado ya de algún modo cuáles son sus verdaderos sentimientos en relación a una situación y ésta se está dramatizando con omisión de ellos

por parte del protagonista, el doble puede realizarse con mayor certeza tomando esos contenidos (Jaime Rojas-Bermúdez, 1997:143-145).

Jaime Rojas-Bermúdez (1997) Teoría y técnicas psicodramáticas. Barcelona: Paidós.

Técnicas.- Rosales Fontcuberta (1990) describe las siguientes técnicas:

Autopresentación.- La autopresentación, que se puede considerar como una de las técnicas más simples, consiste en que el paciente-protagonista se presente al público. El autor principal utiliza dicha presentación para darse a conocer y para mostrar los "personajes internos" más significativos de su biografía (Rosales Fontcuberta, 1990:125).

Soliloquio.- El soliloquio consiste en expresar en voz alta los sentimientos que surgen en la actuación del rol que se está jugando. Su finalidad no se reduce a la mera catarsis, ya que posibilita una vía de comunicación y expresión de contenidos que permiten una mejor comprensión de los aspectos latentes del momento representado y añade una información sobre las características estructurales del soliloquante (Rosales Fontcuberta, 1990:129).

Doble.- El doble realiza una función de conciencia auxiliar. Se practica situando a un Yo auxiliar junto al protagonista que se desea doblar y en una misma postura corporal, para ir verbalizando en voz alta los aspectos que el que actúa no es capaz de expresar (Rosales Fontcuberta, 1990:132).

Espejo.- La técnica del espejo pretende reproducir el comportamiento gestual y motor (a veces también verbal) del paciente. Habitualmente es el Yo- auxiliar quien la desarrolla, pero a veces nos encontramos con que los propios pacientes captan ciertos elementos importantes de sus compañeros y los pueden poner en escena a modo de espejo. Su uso, al contrario que la técnica del doble, se muestra con una gran utilidad para el tratamiento del paciente psicótico. Las conocidas alteraciones de integración del esquema corporal, las dismorfosias, los trastornos de expresión mímica... que suelen estar presentes en las psicosis; se hacen fácilmente aprehensibles para el paciente a partir de la reproducción realizada por el que hace el espejo, favoreciendo el encuentro, afuera, con la propia imagen gestual, y facilitándose así el trabajo de reestructuración del esquema corporal (Rosales Fontcuberta, 1990:135).

Inversión de roles.- Esta técnica consiste en adoptar el papel de interlocutor para sentir desde el lugar del otro lo que provocamos en él y a partir de ahí llegar a reflexionar sobre la propia actuación. Facilitaría el contacto con los aspectos propios proyectados en los demás (Rosales Fontcuberta, 1990:137-138).

Interpolación de resistencias.- Esta técnica consiste en introducir consignas que da el director/a al Yo-auxiliar con la finalidad de provocar cambios o alteraciones en el curso de la escena que se esté representando, con la finalidad de explorar situaciones nuevas. Es habitual la utilización por los pacientes de estereotipias en la escena, al igual que es su vida real (Rosales Fontcuberta, 1990:142).

Trabajo con imágenes.- El trabajo con imágenes pretende visualizar y expresar corporalmente, sin palabras, lo que uno entiende y percibe de una situación emocional. Freud refiere que "las imágenes visuales representan el primer paso para la comunicación verbal" y también "ayudan a hacer un hecho conciente, ya que las palabras conectan con las imágenes verbales que les corresponden" (Rosales Fontcuberta, 1990:146).

Trabajo con objetos intermediarios.- El trabajo psicodramático con objetos intermediarios, ya sean máscaras, túnicas, títeres... etc. realizado con psicóticos se muestra especialmente útil. Rojas Bermúdez lo valora por su función restablecedora de la comunicación en este tipo de pacientes. De hecho el niño, como describió Winnicott, utiliza objetos transicionales como ayuda para el paso de una situación evolutiva a otra (Rosales Fontcuberta, 1990:152).

Trabajo con mimo.- La palabra no sirve solo para comunicar y darse a conocer sino que también puede servir para ocultarse, y es ahí en que la técnica con mimo nos ayuda a establecer canales alternativos a la comunicación. Todos sabemos que el mimo consiste en la representación sin palabras de una serie de actos, historietas o estados emocionales, mediante la expresividad corporal (Rosales Fontcuberta, 1990:161).

Rosales Fontcuberta Cristina (1990) La comprensión del psicótico a través del psicodrama. Barcelona: Gedisa.

Participantes.- Los principales participantes en el psicodrama terapéutico son: el protagonista o sujeto; el director, o terapeuta principal; los Yo auxiliares; y el grupo. El protagonista presenta un problema privado o colectivo, y a corregirlo. Experiencias psicológicas significativas del protagonista cobran forma más cabal y más completamente de lo que permitirían las circunstancias normales de la vida. Un psicodrama puede ser producido en cualquier lugar donde se hallen los pacientes, en una casa particular, en un hospital, en un salón escolar, o un cuartel.. Su "laboratorio" se establece en cualquier parte. Lo más conveniente es un espacio terapéutico adaptado, incluyendo un escenario. El psicodrama está centrado en el protagonista (en el problema privado del protagonista) o en el grupo (en el problema del grupo). En general, conviene que el tema, privado o colectivo, sea un problema verdaderamente experimentado por los participantes (reales o simbólicos). Los participantes tienen que representar sus experiencias espontáneamente, si bien la repetición de un tema con frecuencia es terapéuticamente beneficiosa. Después del protagonista, juegan un papel importante el principal terapeuta y los Yo auxiliares. Les incumbe elevar todo lo que sea posible el nivel de productividad terapéutica del grupo (Moreno, 1993:IX).

El *protagonista*. El protagonista tiene que estar motivado conciente o inconcientemente para mostrarse productivo. El motivo puede ser, entre otros, el deseo de autorrealización, de aliviar sus padecimientos psíquicos, de ser capaz de actuar adecuadamente en un grupo. El sujeto se siente frustrado, por ejemplo, en el rol de padre o en cualquier otro rol de su vida real, y disfruta de la sensación de dominio y realización por medio del psicodrama, que le otorga una satisfacción simbólica (Moreno, 1993:IX).
Moreno Jacob (1993) Psicodrama. Buenos Aires: Lumen. Sexta edición.

Instrumentos fundamentales.- Rojas Bermúdez menciona como instrumentos fundamentales del psicodrama el protagonista, el escenario, el yo-auxiliar, el director o terapeuta y el auditorio.

1. *Protagonista: el centro de la acción*

Así como en el teatro la trama argumental se va centrando en el protagonista es, asimismo, el eje de la dramatización. A diferencia del teatro, el protagonista es, en psicodrama, autor y actor de su propia obra. Esta doble circunstancia le confiere la posibilidad de desarrollar el argumento desde lo que él piensa y siente; puede seguirlo estrictamente o modificarlo a su antojo, de manera que sus relatos pueden ser totalmente veraces, o alejados de la realidad. Su producción es siempre válida a nivel dramático en cualquiera de los casos, ya que todo el material aportado es producto del protagonista. Por otra parte, al introducir la metodología psicodramática, el juego de personajes y la interacción, la coherencia verbal lógica puede quedar desenmascarada en la estructura psicodramática (Jaime Rojas-Bermúdez, 1997:38).

2. *Escenario: el espacio de lo posible*

Dentro del desarrollo de las psicoterapias, el psicodrama es la primera metodología que introduce, de manera sistemática y con fines terapéuticos, un espacio particular donde se pueden encuadrar artificialmente los conflictos internos y externos del protagonista. El escenario es el ámbito donde se opera con la metodología psicodramática. Para ello se constituye un contexto particular: el contexto dramático.

Como instrumento psicodramático, el escenario provee a la técnica de un espacio particular en el cual aplicarla. De esta manera, el protagonista le ofrece un campo protegido para manifestarse, y al director un lugar, un campo operatorio para trabajar *in vivo* (Jaime Rojas-Bermúdez, 1997:39).

3. *Yo-auxiliar*

Además del escenario, el psicodrama introduce otro elemento diferente respecto a otros modelos de psicoterapia: el Yo-auxiliar. Hasta entonces, la psicoterapia era siempre función de una persona, el psicoterapeuta, quien, en su relación con el paciente, llevaba a cabo las intervenciones necesarias para lograr la curación.

El psicodrama involucra a un equipo terapéutico cuyos miembros desarrollan dos roles con funciones diferentes, específicas y complementarias, al cual llamamos *unidad funcional* (director + Yo auxiliares). Ello implica la introducción de una triangulación real de las relaciones en el tratamiento.

Al Yo-auxiliar corresponde principalmente la función de jugar roles complementarios a los del protagonista y realizar algunas técnicas psicodramáticas en el escenario; su labor se desarrolla sobre todo en el contexto dramático, en el juego de roles:

- * encarnando personajes, que liberan al protagonista de su relato y le permiten asumir un personaje,
- * creando en la escena el clima emocional necesario para la efectividad del proceso terapéutico,
- * estableciendo en la escena el nexo entre director y protagonista (Jaime Rojas-Bermúdez, 1997:40).

4. *Director o terapeuta: hacedor de situaciones*

El tiempo es un factor que corresponde medir al director, procurando que, a medida que se acerca al final de la sesión, la implicación emocional vaya disminuyendo de modo que facilite la preparación para retornar al contexto social.

En la primera etapa de la sesión de psicodrama, el director efectúa el caldeamiento a fin de poner en evidencia el contexto grupal, del que va a salir el protagonista. Durante este proceso, empieza a ejercer su función el productor y alcanza su culminación en los comienzos de la segunda etapa o de dramatización, cuando debe discriminar las escenas del material provisto por el protagonista, así como luego modificar o introducir otras nuevas que faciliten el compromiso afectivo y la vivencia del conflicto, por una parte, y la comprensión y toma de conciencia, por otra.

El término "director", empleado por la extrapolación del nombre dado al director del teatro, puede dar una falsa idea de la labor del psicodramista. En psicodrama, su "dirección" es técnica y metodológica y, obviamente, está enfocada no a lo estético sino a lo terapéutico: la obra no es su creación, ya que el autor es el protagonista que se hace cargo de lo que hace y de cómo lo hace. Al director le corresponde poner los medios, implementar las técnicas psicodramáticas y una estrategia terapéutica adecuada para que el tema a dramatizar que plantea el protagonista se represente en el escenario con todos los elementos psicológicos y psicosociológicos relevantes, de modo que, a través de su actuación, el protagonista pueda encontrar la respuesta a su problema. Todo ello considerando el material del paciente con el mayor respeto, sin abusar del poder que da el vínculo terapéutico para introducir implícita o explícitamente contenidos propios. La tarea del director es la de acompañar y seguir al protagonista en la búsqueda de su verdad (la que puede ser diferente a "la verdad" del terapeuta), ofreciéndole, para que pueda encontrarla, todos los recursos técnicos y metodológicos. Las pistas, los caminos, deben ser

hallados por el protagonista con la ayuda del director y el Yo-auxiliar (unidad funcional), pero éstos no lo deben conducir (Jaime Rojas-Bermúdez, 1997:49).

5. Auditorio

Corresponde al conjunto de personas que se encuentran en torno al escenario. Lo constituyen tanto los pacientes como los Yo-auxiliares. En el caso del psicodrama individual, los Yo-auxiliares forman el auditorio cuando el protagonista está dramatizando.

Sobre este instrumento recaen las principales variaciones en relación a los distintos tipos de psicodrama: público, grupal, individual, de pareja, de familia, de niños, de adolescencia, de adultos, de gerentes, de instituciones, de comunidades.

El auditorio se constituye como tal en función de y por contraposición al protagonista. Durante la etapa de caldeamiento, todos, el grupo y la unidad funcional, son auditorio/protagonista, contexto grupal/contexto dramático, realidad/fantasía (Jaime Rojas-Bermúdez, 1997:53).

Jaime Rojas-Bermúdez (1997) Teoría y técnicas psicodramáticas. Barcelona: Paidós.

Yo auxiliar.- En la situación psicodramática, el Yo auxiliar tiene dos funciones; la de pintar un papel y la de guía. La primera función es la de pintar el papel de una persona *requerida* por el sujeto; la segunda función es la de guiar al sujeto mediante una estimulación ante sus ansiedades, faltas y necesidades, con el fin de orientarlo hacia una mejor solución de sus problemas. Se puede comparar a la relación entre el sujeto y el Yo auxiliar, de la relación psicodramática, la relación natural entre madre e hijo. También la madre tiene dos funciones; una es la de actuar en el papel de una madre adecuadamente; la otra es la de adquirir una imagen clara de las necesidades y ritmo del niño para poder atemperarse a sus exigencias, con el fin de ayudarlo a funcionar adecuadamente (Moreno, 1993:99).

Moreno Jacob (1993) Psicodrama. Buenos Aires: Lumen. Sexta edición.

Rol en psicodrama.- El rol puede ser definido como una persona imaginaria creada por un dramaturgo, por ejemplo, un Hamlet, un Oteló, un Fausto; el rol imaginario quizás haya existido nunca, como un Pinocho o un Bambi. Puede ser un modelo de la existencia, como Fausto; o una imitación de ella, como Oteló. Se puede definir también al rol como una parte o un personaje que representa un actor, por ejemplo, una persona imaginaria como Hamlet llevada por un actor a la realidad. También se puede definir al rol como un carácter o función asumidos dentro de la realidad social, por ejemplo, los de policía, juez, médico, congresista. Se puede definir al rol como las formas reales y tangibles que toma la persona. Persona, Yo, personalidad, carácter, etc., son efectos acumulados, hipótesis heurísticas, postulados metapsicológicos, "logoides". El papel es una cristalización final de todas las situaciones en una zona *especial* de operaciones, por las que ha pasado el individuo (por ejemplo, las del comilón, el padre, el piloto de aviones) (Moreno, 1993:213).

Moreno Jacob (1993) Psicodrama. Buenos Aires: Lumen. Sexta edición.

Psicodrama y abreacción.- La diferencia que existe entre la abreacción y el proceso psicodramático es de calidad y no de cantidad. El paciente, los Yo auxiliares y el público presentan diversas abreacciones, que son incorporadas dentro de la producción psicodramática. La producción psicodramática consiste en escenas estructuradas, cada escena involucra roles estructurados, y cada rol interacciones estructuradas. Las diversas abreacciones están evidentemente entrelazadas dentro de una sinfonía de gestos, emociones, impulsos e interacciones. En su desarrollo toman parte varios individuos: el protagonista, los Yo auxiliares, el director y el grupo. Para su producción se necesita una buena medida de emoción, pensamiento y aptitudes artísticas y científicas. Aunque se las crea sin previo ensayo y sin pretensiones estéticas, en cuanto a documentos humanos se las puede comparar con obras tales como *Hamlet* o *El rey Lear*. Sería tontería decir que *Hamlet*, de Shakespeare, es meramente una forma elevada de abreacción. Implicaría un abuso de los términos (Moreno, 1993:XIV).

Moreno Jacob (1993) Psicodrama. Buenos Aires: Lumen. Sexta edición.

Espontaneidad.- A menudo se cita mi definición operacional de la espontaneidad del siguiente modo: El protagonista se ve en la necesidad de responder con cierta adecuación a una nueva situación, o de una manera en cierta medida novedosa, a una situación conocida. Cuando el actor en el escenario se halla sin una reserva de rol, y el acto religioso se halla sin una reserva ritual, tienen que improvisar, que inventar experiencias que no están ya listas para su representación, sino que se hallan todavía enterradas dentro de ellos en una fase informe. Para movilizarlas y darles forma, se necesitan un transformador y catalizador, una especie de inteligencia que opera aquí y ahora, *hic et nunc*, la "espontaneidad". Los procesos de curación mental requieren espontaneidad para ser eficaces. La técnica de la asociación libre, por ejemplo, involucra la actuación espontánea del individuo, aunque ésta se restrinja a expresar verbalmente todo lo que pasa por su mente. Lo que aquí está operando no es meramente la asociación de palabras sino la espontaneidad que las lleva a asociarse. Cuanto mayor es el volumen de la asociación de palabras, más importante y más espontánea es su producción. A igualdad de otras condiciones, esto se aplica también a todos los demás métodos concebidos para favorecer la curación psíquica. En el psicodrama, especialmente, la espontaneidad interviene no sólo en la dimensión verbal sino también en

todas las demás dimensiones de la expresión, tales como la actuación la interacción, el habla, la danza, el canto y el dibujo. *La vinculación de la espontaneidad con la creatividad significó un importante progreso, la forma más elevada de inteligencia que conocemos, y el reconocimiento de que ambas son las fuerzas primarias en la conducta humana.* El papel dinámico que juega la espontaneidad en el psicodrama, así como toda forma de psicoterapia, no implica sin embargo que el desarrollo y la presencia de la espontaneidad constituyan por sí mismos la "cura". Hay formas de espontaneidad patológica que deforman las percepciones, disocian la representación de papeles, e interfieren en su integración en los diversos niveles de la vida (Moreno, 1993:XV).

Moreno Jacob (1993) Psicodrama. Buenos Aires: Lumen. Sexta edición.

Psicodrama y teatro espontáneo.- El autor brasileño Moysés Aguiar propone considerar el psicodrama como una de las formas de expresión del Teatro Espontáneo (TE). Esta postura le permite dar cuenta de muchos desarrollos teóricos de Moreno que resultan confusos si consideramos el psicodrama como una corriente psicoterapéutica.

Si aceptamos que el origen no solo histórico sino también epistemológico es el TE, tenemos que admitir que no tenía originalmente objetivos psicoterapéuticos, por lo menos en el sentido que se nos ha hecho habitual. Por otra parte, el psicodrama continuó siempre fiel a sus orígenes teatrales, a pesar de todos los intentos de acoplarlo a modelos procedentes de otras disciplinas y pagando el precio exigido para oficializar su reconocimiento como psicoterapia.

Aguiar destaca que alcanza con rever los primeros aportes de Moreno para entender que el Teatro de la Espontaneidad no fue creado ni instrumentado para "atender psicoterapéuticamente" las patologías psíquicas individuales con un modelo considerado "científico". El TE no tiene un objetivo utilitario, busca la creación por el propio placer estético de la creación, y sus efectos terapéuticos, pedagógicos o sociales son la consecuencia natural de esa búsqueda.

Pero también es cierto que mucho se ha trabajado en la teoría y la práctica psicoterapéutica del psicodrama, y son innegables los logros obtenidos en ese terreno. Tampoco hay que olvidar que actualmente la psicoterapia debe considerarse como un campo de problemáticas en el que se están registrando significativos cambios, y que las mezclas producidas por las transfusiones entre distintas áreas del conocimiento arrancan nuevos reflejos a las de Moreno.

Pero el psicodrama huye de los intentos de transformarlo en un modelo teórico-técnico compacto, coherente y acabado para utilizar en el tratamiento psicoterapéutico de las llamadas patologías psíquicas individuales. Su campo es mucho más amplio, móvil y complejo (Sintes, 2002:77).

Moysés Aguiar advierte: "A través de la vivencia del teatro serían develados los verdaderos conflictos, serían liberadas las emociones encarceladas, serían destruidos los ídolos de los preconceptos y de las soluciones prontas que no están funcionando, sería accionada la creatividad colectiva, así como la responsabilidad comunitaria.

Parece innegable que la revolucionaria concepción original de Moreno sufrió, durante muchos años, un vaciamiento de sus propios fundamentos. Seguramente, varios hechos actuaron para que eso ocurriera. Entre ellos, la importancia que el propio Moreno comenzó a dar a las aplicaciones "psicoterapéuticas" del TE, influenciado quizás por el modelo médico hegemónico confesional, dualista y positivista, y por su poder político y económico. Se desvió, pues, la intención original que:

1. Daba prioridad a la co-creación.
2. Tomaba como valor fundamental lo estético, no en el sentido de bello sino de aquello que surge en el proceso de la creación misma e implica, como diría Pichón, un tránsito de lo siniestro a lo maravilloso.
3. Consideraba la llamada "enfermedad psíquica" como un complejo nudo de problemáticas que se cristaliza en la imposibilidad de la espontaneidad creadora y que no solo tiene que ver con características estructurales, psíquico-biográficas y biológicas del designado paciente, sino también con las condiciones sociales, históricas y económicas de las producciones de subjetividad. Estas concepciones fueron rápidamente traducidas y estereotipadas por el modelo psicológico y psiquiátrico tradicional, que considera la enfermedad como algo que le ocurre a un sujeto, y que propone un modelo de "cura" que se apoya en un vínculo bipersonal del tipo confesional (Sintes, 2002:78).

Resumiendo. Creo que toda actividad genuinamente psicodramática puede considerarse propia del TE, y viceversa. Ambos tienen el mismo origen, se expresan siguiendo códigos teatrales y encuentran su fundamento en la espontaneidad y la creatividad. Por otro lado, tampoco parece tener mucho sentido, hoy por hoy, clasificar las múltiples variantes del dispositivo psicodramático según persigan, o no, objetivos psicoterapéuticos. En primer lugar, porque no creo que podamos seguir sustentando modelos que consideran el universo de eso que llamamos "lo psíquico" como un área específica, aislada e individual, en la cual se puede aplicar una metodología que toma como fundamento el modelo médico. En segundo lugar, porque actualmente es muy discutible la existencia de alguna especificidad en el universo de lo psicoterapéutico, pudiendo considerárselo más un campo de problemáticas y de aplicación de múltiples dispositivos, que algo específico y concreto.

Creo, además, que el nombre "psicodrama" no es feliz, porque reafirma en las personas que desconocen la etimología de la palabra drama la cristalización de la creencia de que existe, en los sujetos individuales, un área específica, la psiquis, distinta y distanciada del cuerpo, de lo histórico-social, de lo

económico-político, en el cual se desarrollan conflictos, patologías o “dramas” que hay que descubrir y curar. Prefiero, en todo caso, hablar de Teatro Terapéutico.

Entonces: la creación colectiva que promueve el TE, tal como nosotros lo entendemos, es cartográfica y vincular; flujos, demoras y devenires surgen de la aplicación de un dispositivo grupal de acción que parte de un relato escenificado. La producción creativa es irreplicable, cambiante y provisoria; no responde a relaciones de causalidad sino a energías maquínicas que a veces operan efectos de significación a partir de resonancias múltiples (Sintes, 2002:79).

Sintes Raúl (2002) Por amor al arte. Entre el teatro espontáneo y la multiplicación dramática. Buenos Aires: Lumen.

Psicodrama, conductismo y psicoanálisis.- Las escuelas conductistas se han limitado a observar la conducta “externa” de los individuos y a experimentar con ella, dejando de lado importantes sectores de lo subjetivo. Muchos métodos psicológicos, tales como el psicoanálisis, los “tests” de Rorschach y el TAT, se fueron al otro extremo, centrando su interés en lo subjetivo pero limitando el estudio de la conducta directa a un mínimo y apelando a sistemas complejos de interpretación simbólica. El método psicodramático hace una nueva síntesis de estos dos extremos. Está concebido de tal modo que puede investigar y tratar la conducta inmediata en todas sus dimensiones.

Dado que no podemos introducirnos en la mente para ver lo que el individuo percibe y siente, el psicodrama intenta, con la cooperación del paciente, trasladar la mente “fuera” del individuo y objetivarla dentro de un universo tangible y controlable. Puede llevar el proceso de estructuración del mundo del paciente hasta los límites de su tolerancia, penetrando y superando la realidad (“exceso” de realidad), y puede insistir en los detalles más menudos de los episodios a explorar dentro del espacio físico, mental y social. Su objetivo es hacer directamente visible, observable y mensurable a la conducta total. Se prepara al protagonista para un encuentro consigo mismo. Después de haber completado esta fase de objetivación, comienza la segunda fase: volver a subjetivas, reorganizar y reintegrar lo que ha sido objetivado. (En la práctica, empero, ambas fases están unidas).

El método psicodramático se apoya en la hipótesis de que para ofrecerles a los pacientes, separadamente o en grupos, una nueva oportunidad para una reintegración psicodinámica y sociocultural, son necesarias “culturas terapéuticas en miniatura” en lugar de, o además de, los *hábitats* naturales insatisfactorios. Los medios para realizar esta tarea son: 1) el psicodrama existencial en el contexto de la misma vida comunitaria, *in situ*, y 2) el teatro terapéutico, neutral, objetivo y flexible. Este último representa un método de laboratorio, en contraste con el método natural, y está estructurado para satisfacer las necesidades socioculturales del protagonista. En la situación experimental del psicodrama, se ha considerado indispensable la función del Yo auxiliar como un concepto para la comprensión del proceso interpersonal que tiene lugar en la escena, así como en cuanto herramienta para el tratamiento (Moreno, 1993:XXVI).

Moreno Jacob (1993) Psicodrama. Buenos Aires: Lumen. Sexta edición.

Ejercicio de psicodrama: patio del hospicio.- A esta dramatización la llamamos “el patio del Hospicio”. La usamos como parte del entrenamiento para terapeuta de crisis. Se divide en dos grupos, una mitad hace de terapeutas y la otra de pacientes. Los que hacen de pacientes tienen que recordar un momento de la infancia donde se sintieron muy solos y abandonados. Se les induce la regresión y cada uno queda con el cuerpo captado por aquella escena.

El otro grupo (los terapeutas) tiene que sacarlos de esa situación sin palabras. Debe hacerle sentir al otro grupo que recibe lo que necesita para salir de aquella escena. La consigna es “no te entregues hasta que el otro te haga lo que vos necesitas”. Se hacen distintas pruebas, acariciar, esperar, empujar. Y el que hace de paciente, sólo cuando le hacen lo que necesitaba, se entrega. Cada uno de nosotros se entrega con una maniobra distinta, para algunos son necesarios vínculos exigentes, muy corporales, enérgicos, y para otros distantes, suaves, lentificados. Cada uno de nosotros tiene una clave, un “botón” por donde se abre la comunicación, a la vida (Moffatt, 2003:117).

Moffatt Alfredo (2003) En caso de la angustia rompa la tapa. Terapia de crisis, teoría y técnicas. Buenos Aires: Astralib.

Psicodrama analítico.- ¿Qué es lo que otorga especificidad al psicodrama analítico?

En primer lugar, una comprensión de la psicopatología y la terapéutica basada en la teoría de Freud, incluyendo todos los aportes con que ella engrosó a lo largo del siglo pasado.

En segundo lugar, una comprensión sobre la dinámica de los grupos, basada en los distintos aportes de los autores psicoanalíticos como Slavson, Anzieu, Foulkes, Bion, Ezriel, Pichón Riviére, etc.

En tercer lugar, un abordaje terapéutico que tiene su eje en la dramatización, en la escena dramática.

La terapia grupal verbal-interpretativa, que introdujo al grupo dentro de la sesión, ha constituido el primer cuerpo diferente al psicoanálisis tal como lo concibió Freud. El psicodrama analítico agrega una segunda instancia diferencial, la inclusión de la dramatización en el grupo, con todas sus concomitancias: la acción y el cuerpo. Este es un sello distintivo y original. Lo es doblemente: por un lado, respecto de la terapia individual y grupal psicoanalítica; por otro lado, respecto del psicodrama moreniano, aunque este último también utilice la escena dramática como eje de la terapia (Kononovich, 1984:35-36).

El psicodrama analítico ha aprendido mucho del arsenal técnico que Moreno y sus seguidores idearon para tratar pacientes psicóticos. Ya dijimos que Moreno dio al movimiento psicodramático un carácter ecléctico y nunca puso serios reparos para absorber dentro de esta gran familia las más variadas técnicas. No vaciló en extender el nombre de "psicodramáticas" a muchas prácticas huérfanas de conceptualizaciones teóricas claras, ofreciéndoles generosamente su paternidad. Bastaba que fueran expresivas, espontáneas, no exclusivamente verbales y que pudieran adaptarse a las fórmulas básicas del psicodrama. Nunca le preocupó seriamente rastrear su origen y discernir el carácter de la conexión que estas prácticas pudieran tener con los postulados que él ideó (Kononovich, 1984:53).

Kononovich Bernardo (1984) Psicodrama comunitario con psicóticos. Buenos Aires: Amorrortu.

Técnicas psicodramáticas para psicosis.- En los protocolos de psicodrama dedicados a la psicosis, Moreno describe ciertos recursos técnicos de gran ingenio. Pasemos a reseñarlos brevemente.

a. El método del mundo auxiliar.- En su "Tratamiento de un caso de demencia praecox" publicado por primera vez en *Sociometry* en el año 1937, desarrolla la necesidad de brindar al paciente psicótico un "mundo auxiliar", por cuanto, a diferencia del neurótico, que comparte "el mismo mundo" que nosotros, para aquel "la realidad normal se halla sustituida por ideas delirantes y por elementos alucinados". El equipo psicodramático, más que brindarle la ayuda que puedan proporcionar uno o varios Yo-auxiliares, deberá brindarle un "mundo auxiliar psicodramático". Al describir a su paciente Wilhelm, Moreno dice que tenía alteradas muchas de sus funciones con relación a la realidad; parecería no percibir la presencia de los otros, tenía accesos de furia, se masturbaba y jugaba con sus excrementos.

El primer punto de acceso que tomó Moreno fue la proclama que hizo Wilhelm creyéndose Jesucristo dispuesto a salvar el mundo.

A partir de los datos recabados, por observación o por relatos de los familiares, el equipo psicodramático se adiestró para tener acceso al mundo de este paciente. "Si queríamos entrar en el mundo de su confusión espiritual, teníamos que aprender la gramática de su lógica y asumir los papeles que se adaptaran exactamente a su mundo". En ese mundo auxiliar, el único que vivía en el drama el papel de su propia vida era Wilhelm; los integrantes del equipo iban asumiendo distintos papeles con relación al paciente, acordes con su mundo.

Así, si bien no había una clara respuesta del paciente ante el director, pudieron detectarse ciertas "tele-relaciones". Se captaron afinidades hacia determinados colores, comidas y personas, todo lo cual fue tomado cuidadosamente en cuenta a fin de crear un psicodrama lo más afín a su mundo. Esta propuesta constituye un intento de abordar al paciente penetrando en su compleja trama delirante y alucinatoria.

b. Terapia psicodramática de shock.- Este procedimiento, dado a publicidad en 1939, es realizado solo en el momento post-agudo de la psicosis. Consiste en recrear psicodramáticamente el brote psicótico. Esta recreación, a diferencia del brote propiamente dicho, es solamente experimental y recibe el nombre de "shock" justamente por ser un procedimiento terapéuticamente drástico. Esta revivificación tendrá como función desarrollar anticuerpos frente a un posible acceso agudo futuro. Moreno se basa en el presupuesto de que toda vivencia que se repite psicodramáticamente pierde el carácter traumático de la primera vez. Este método supone, por una parte, que el paciente elabore en lugar de olvidar, y, por otra, da oportunidad al terapeuta de reconstruir el brote tratando de encontrar las significaciones de su trama.

c. Método de la realización psicodramática (Kononovich, 1984:55-57).- Moreno dividió este tratamiento en tres fases: 1) período de realización; 2) período de sustitución; 3) período de esclarecimiento.

Período de realización. Durante este período de construyó alrededor de María un mundo en el que ella y sus fantasías podían armonizar. La acción psicodramática en esta etapa fue un intento de ordenar sus fantasías. Se le brindaba asidero sólido a los personajes imaginarios, que tenían una característica bastante etérea. Cuando María se encontraba fuera de la sesión con el Yo-auxiliar que hacía de Juan, exigía que este reaccionara como aquel, y si no lo hacía se enfadaba. Quería ver permanentemente al Yo-auxiliar con la máscara de su personaje imaginario.

Período de sustitución. En este período se le fue sustituyendo a María los personajes imaginarios por los reales. Fue así que se informó que Juan había muerto, con la intención de colocar a la paciente frente a frente con el Yo-auxiliar, para que se relacionara con él sin su máscara, y tomase contacto con él como persona real.

Período de esclarecimiento. En este último período la paciente se ha reconectado con el mundo real y está en condiciones de entender y aceptar todo el procedimiento: de aceptar el lugar como una clínica psiquiátrica, y a los Yo-auxiliares como un equipo terapéutico.

d. Psicodrama de un sueño.- Esta técnica, a diferencia de las antes mencionadas, no es privativa del tratamiento de las psicosis. Tampoco es, por otra parte, un procedimiento que tienda a instrumentar terapéuticamente el material delirante o alucinatorio de los pacientes. Se trata de un abordaje a través de la dramatización de los sueños, que Moreno divide en cuatro fases; solamente en dos de estas se lleva a cabo un psicodrama.

Primera fase. Es la fase en la que el sueño es soñado. El paciente es el autor de una trama fantástica y de múltiples personajes. Los objetos y los Yo-auxiliares serían alucinaciones oníricas. No hay en esta fase ninguna persona real que pueda compartir el sueño con el soñante. Este es su único testigo y observador.

Segunda fase. Es cuando el paciente recurre al terapeuta y éste le sugiere dramatizar el sueño. Aquí comienza la fase terapéutica, donde entran en juego los Yo-auxiliares; estos tratarán de escenificar el sueño basándose en el relato del paciente, quien mediante la acción va aportando datos que según Moreno se perderían o debilitarían ciñéndose solo a la acción verbal. Esta escenificación se enriquece profundamente, no solo porque el paciente pone en juego su cuerpo, sino también por todos los afectos ligados al mismo. Por otra parte, los Yo-auxiliares se empaparán de la propia vivencia en cada una de las circunstancias de la dramatización.

Tercera fase. Durante esta fase, se le propone al soñante ampliar el sueño, más allá del final que este formalmente tenga. Se le solicita que "vuelva a soñarlo" en la escena, pero que esta vez lo continúe y le agregue un desenlace que exprese una superación de "aquellas fuerzas ocultas que perturban su equilibrio". A este momento Moreno le da un carácter de prueba y lo llama "prueba por el sueño"; ella posibilita una "catarsis onírica" merced a la cual, según este autor, el paciente podrá integrar las partes sanas y enfermas de su psique.

Cuarta fase. Esta última fase se desarrolla fuera del escenario psicodramático y, como la primera, transcurre mientras el paciente está durmiendo y soñando. Allí vuelve a ser el único dramaturgo junto a sus "Yo-auxiliares" alucinados. Pero, según Moreno, en esta fase podrá el paciente "aplicar lo que ha aprendido durante la activa producción onírica al mimo sueño -en caso de que se repita- o a otro semejante". Moreno introduce aquí el concepto de "sugestión posdramática", en la medida en que, similarmente a lo que sucede con la sugestión poshipnótica, un efecto se presenta mucho después de haber recibido el estímulo, actuando en un plano profundo en la vida inconciente del sujeto -en este caso, en el sueño- (Kononovich, 1984:59-60).

Kononovich Bernardo (1984) Psicodrama comunitario con psicóticos. Buenos Aires: Amorrortu.

Modalidades psicodramáticas para psicóticos.- Se puede esbozar una sistematización de distintas modalidades, encuadres y orientaciones de trabajo con pacientes psicóticos. Si bien tal sistematización será por fuerza algo esquemática, no por ello carecerá de utilidad para todos los interesados en instrumentar estas técnicas en el ámbito hospitalario. Las terapias grupales que instrumentan las técnicas dramáticas son entonces las siguientes:

a. Psicodrama tradicional

Es el procedimiento grupal ideado por Moreno. Este procedimiento consta de cinco instrumentos y se desarrolla en tres tiempos, tomando en cuenta tres diferentes contextos (Kononovich, 1984:75ss).

a.1. *Instrumentos:* El director, uno o varios Yo-auxiliares, el protagonista, el escenario y el auditorio

a.2. *Tiempos:* El caldeamiento (*warming-up*), la dramatización y los comentarios.

a.3. *Contextos:* El contexto social, el contexto grupal y el contexto psicodramático.

El contexto social es el "extragrupo", el medio sociocultural general en que se desenvuelven los pacientes.

Cuando se lleva a cabo esta labor en un hospital, el contexto social puede ser considerado de diversas maneras: puede ser el servicio o sala en que se está trabajando, el hospital como totalidad o simplemente el "extramuros", es decir, todo lo que se da fuera del establecimiento.

El contexto grupal es el grupo que participa de las sesiones; se incluyen en él a los integrantes del equipo en su totalidad.

Cuando el psicodrama no está insertado en la sala como parte de la actividad propia y viene un equipo de afuera, a veces se hace difícil determinar cuál es el contexto grupal. Además, si el equipo viene de afuera, se ve obligado a llevar a cabo la sesión sin interiorizarse de las alternativas diarias que acontecen entre los pacientes de la sala.

El contexto dramático es el contexto del "como si" donde se jugarán los roles propuestos de acuerdo con la escena acordada.

A diferencia de los anteriores, que ofrece una visión más amplia de los conflictos, disminuyendo el compromiso personal. En el "como si" todo está permitido.

A veces puede ser tomada la sala en su totalidad como un contexto dramático.

Este tipo de psicodrama puede llevarse a cabo tanto en la sala como en el hospital de día o en los consultorios externos. Puede integrárselo a la actividad rutinaria, organizado por un equipo estable, o bien efectuarlo en forma espaciada un equipo externo especialmente invitado.

b. Instrumentación terapéutica de técnicas artísticas

Para la labor terapéutica con pacientes esquizofrénicos crónicos, muy regresivos, con los cuales se hace imposible la instrumentación del psicodrama tradicional, se utiliza un encuadre psicodramático instrumentando una serie de técnicas tomadas del ámbito artístico: pintura *collage*, dactilopintura, modelado, pantomima, títeres, danza, música, técnicas audiovisuales, etc.

Se trata de promover la comunicación desde estímulos que focalicen la atención con objetos intermediarios, técnicas de caldeamiento y situaciones intermediarias.

Se trabaja con un grupo compuesto aproximadamente por doce a quince pacientes, esquizofrénicos con una cronicidad de más de cinco años, que han tenido varios brotes psicóticos. En las experiencias realizadas en nuestro medio, los pacientes han sido mayores de 30 años.

Las sesiones, de dos horas de duración, se llevan a cabo con una frecuencia semanal. Los días y los lugares son fijos y los grupos son abiertos.

El equipo es invitado y no pertenece a la sala. Se compone de un director y dos Yo-auxiliares especialistas en diversas áreas artísticas, con una formación diferente a la de los Yo-auxiliares de psicodrama "común".

c. Psicodrama analítico en grupo

En este caso los pacientes se reúnen para dramatizar y cada sesión tiene como eje exclusivo la dramatización.

Esta modalidad, hoy infrecuente, posee semejanza con los primeros procedimientos utilizados en Francia, cuando nacía el psicodrama analítico. Tiene algunos parecidos formales con el psicodrama tradicional, pero, según se podrá apreciar, hay entre ambos grandes diferencias teóricas. Mantiene de la técnica moreniana, aunque con otra dinámica, los cinco instrumentos, los tres tiempos, y los tres contextos. La experiencia que será relatada y analizada en los siguientes capítulos puede ser caracterizada dentro de este tipo.

Haré de este procedimiento, pues, una caracterización somera, en la medida en que el carácter analítico del mismo pueda ser consultado en el capítulo 2, y, por otra parte, me extenderé en la técnica en los capítulos posteriores, a medida que vaya relatando la experiencia sobre la que versa nuestra investigación (Kononovich, 1984:80).

d. Psicoterapia de grupo con técnicas dramáticas

Utiliza la dramatización especialmente, como un recurso complementario del verbal-interpretativo. Se aplica, en general, el encuadre más o menos usual de la terapia grupal con psicóticos. Se trabaja en grupos pequeños: 6 o 7 pacientes con uno o varios terapeutas, con o sin observador no participante. Alguno de los terapeutas, por lo menos, debe ser avezado en las técnicas dramáticas y coordinar la dramatización.

En estos grupos, los pacientes mismos, o eventualmente alguno de los terapeutas, actúan por lo común como Yo-auxiliares.

Se recurre a la dramatización, sin una frecuencia predeterminada, para desbloquear situaciones en las que el mero relato verbal no echa luz sobre estas. Se utilizan en general las dramatizaciones explorativas. Otro motivo por el cual se suele recurrir a la dramatización es para favorecer la emergencia de los afectos.

Esta modalidad grupal no debe ser empleada en forma indiscriminada, y es recomendable que todos los coterapeutas, incluso el observador no participante, en caso de que lo haya, estén convenientemente formados en las dos vertientes, la analítica grupal y la psicodramática.

Estos grupos pueden funcionar varias veces por semana. No hay contraindicaciones en este sentido.

Para esta técnica, el equipo deberá formar parte de la sala, del hospital del día o del consultorio externo, según donde se realice. La duración de la sesión oscila entre los 60 y 70 minutos.

e. Terapia familiar con técnicas dramáticas

La terapia familiar se ha incorporado como una modalidad terapéutica utilizada con gran provecho en los pacientes psicóticos. Para ella, deben concurrir al hospital aquellos miembros de la familia que estén en relación más inmediata con el paciente tratado.

En los últimos años se ha incorporado el psicodrama en tales tratamientos.

La orientación moreniana mantiene la estructura a que ya aludimos, con las adaptaciones necesarias por tratarse de una familia. Lo hará siempre con el equipo anteriormente descrito, manteniendo los tiempos mencionados.

La orientación analítica, como en el caso de la terapia grupal, recurrirá a la dramatización en la medida en que lo considere necesario, como una técnica más. Los requerimientos para instrumentar correctamente la dramatización son en este caso los mismos que para el anterior.

La dramatización suele ser en estos tratamientos de gran utilidad, ya que permite explorar las identificaciones, las interacciones y el sistema de comunicación familiar. La escenificación de escenas cotidianas, como así también la inversión de roles, permitirán a los familiares jugar sobre la escena las depositaciones y proyecciones que han hecho sobre el "miembro loco" de la familia.

Para cierto tipo de familias, cuya modalidad es esquizoide, el mero contacto corporal durante la dramatización suele provocar la emergencia de los afectos. Otras veces, la dramatización rompe los complejos sistemas defensivos que la familia trae en bloque a la sesión. Sin embargo, esta técnica debe ser instrumentada con mucha cautela: una familia constituye un delicado sistema de equilibrio, que debe ser modificado con el *timing* apropiado.

f. Grupo de seguimiento con técnicas dramáticas

Es habitual que con los pacientes dados de alta, tanto en la sala como en el hospital de día, se lleven a cabo sesiones de seguimiento. Tales sesiones se realizan en grupo y su objetivo es acompañar al paciente en su proceso de integración al medio.

La permanencia de estos pacientes es indeterminada; depende de las vicisitudes que deban sobrellevar hasta no necesitar más del grupo, que es un representante de la sala o del hospital de día.

Se dramatizará con mayor frecuencia sobre escenas cotidianas, centradas en las dificultades singulares. En este sentido, el grupo funciona con objetivos focalizados en la adaptación, de un lado, y en el duelo por el desprendimiento del hospital, por otro. No es raro que en tales grupos participe el asistente social, quien, debidamente entrenado, podrá programar dramatizaciones en torno de la dificultad que surge de la asunción de los roles profesionales.

Esta técnica tiene similitudes con el *role-playing*, técnica didáctica, pedagógica, que consiste en utilizar la dramatización a fin de aprender el correcto desempeño de un rol establecido. La diferencia está dada en que en nuestro caso se le interpreta al paciente sus dificultades en función del conocimiento que se obtuvo de él durante su estada en el hospital. Se combina el aprendizaje de los diversos roles que el paciente debe asumir en su vida cotidiana con un análisis que toma en cuenta factores históricos y de personalidad. La frecuencia de estas sesiones suele ser semanal o quincenal, y su duración, de una hora y media en promedio. No se busca mediante la dramatización promover situaciones de movilización: el alta implica ya una movilización considerable (Kononovich, 1984:86-88).

Kononovich Bernardo (1984) Psicodrama comunitario con psicóticos. Buenos Aires: Amorrortu.

Psicodrama como tratamiento de las psicosis.- Como se verá más adelante, las psicosis abarcan un espectro muy amplio y diferente de pacientes. En relación a las modificaciones que determinan en el tratamiento psicodramático, dos aspectos de estas enfermedades son principales: el caso extremo -que marca un paradigma en la teorización de la metodología psicodramática- es el paciente psicótico crónico ensimismado, que no responde a la comunicación cara a cara y sí a los títeres (objetos intermediarios); el otro es el paciente en delirio.

En general, frente a todo paciente psicótico tendremos que tener en cuenta, como elemento básico, que la comunicación está en mayor o menor grado perturbada, y que sus límites son inciertos. En esta comunicación alterada es primordial atender a sus aspectos no verbales; por un lado, la expresión no verbal o paraverbal del paciente; por otro, el respeto de las distancias físicas por parte del terapeuta. Es muy fácil que un acercamiento físico (del terapeuta, del personal terapéutico o de otro compañero) sea vivido por el psicótico como una invasión y que responda en consecuencia, con actitudes y conductas que van del desagrado y el temor a la agresión.

El primer paso será, pues, implementar todos los recursos terapéuticos necesarios para restablecer la comunicación interrumpida. Como se ha planteado anteriormente, debe considerarse interrumpida no solo cuando el paciente se encuentra ensimismado, sino también cuando delira y puede dar la impresión (falsa), por momentos, de estar comunicándose. En resumen, se trata de restablecer una mínima coherencia entre los mensajes intercambiados en el diálogo con el paciente. En estos primeros intentos de comunicación, los contenidos y las posibles significaciones de su discurso no son tomados en cuenta, pues el objetivo terapéutico es, en este momento, lograr una relación, un campo comunicacional que permita la interacción, postergando para más adelante el análisis y comprensión de los contenidos. Con pacientes psicóticos se cae frecuentemente en un diálogo "de sordos" o, peor aun, en discursos delirantes alternados paciente-terapeuta.

Ello no significa que sean imposibles el diálogo y el contacto con un paciente en delirio; lo importante es verificar, a través de respuestas de cualquier tipo (verbales, fisiológicas, posturales), que el mensaje ha sido recibido de una manera más o menos adecuada.

Aquí el psicodrama ofrece un amplio abanico de posibilidades en las que el manejo del espacio y de los objetos juegan un papel predominante. A partir del modelo descubierto y sistematizado a raíz del tratamiento de psicóticos crónicos internados, hemos ido incorporando otros objetos de referentes características para adecuarlos a las necesidades terapéuticas del momento.

Si no hay respuesta a la palabra puede recurrirse a los objetos, siempre bajo la guía que da el comportamiento verbal y corporal del paciente, y su grado de intercomunicación. Cuando éste es intenso, suelen utilizarse los títeres (como objeto intermediario). Debemos aclarar que la utilización de títeres, en nuestro caso, no está en absoluto relacionada con algunos enfoques psiquiátricos y psicológicos que consideran al psicótico como un individuo "en regresión" a estados infantiles y al que hay que tratar como si fuese un niño.

La aplicación de títeres en función de objeto intermediario (OI) se basa en su condición de objeto-cosa, inocuo, que por su simplicidad y fijeza permite al paciente psicótico fijar en él su atención y decodificar los mensajes verbales provenientes aparentemente de él. El énfasis está puesto, pues, en la calidad -en cuanto que no son naturales- y cantidad de mensajes que el paciente psicótico está en condiciones de decodificar. El títere logra, al disminuir y desnaturalizar los mensajes visuales y auditivos, una síntesis comunicacional en la cual reside su máximo atractivo. Se convierte así en un foco de atención que exige menor elaboración por parte del receptor para captar sus mensajes; y facilita con ello al psicótico incomunicado el responder a sus estímulos. Es una situación diferente a la comunicación cara a cara; en este tipo de interacción, la cantidad de mensajes emitidos por el rostro humano supera ampliamente la capacidad de decodificación del psicótico, que tiende a captar parte de la comunicación con soluciones de continuidad, elaborando un constructo con características monstruosas (por antinaturales), amenazantes o incomprensibles para él. Esto lo lleva a retirarse de la comunicación, a ensimismarse. El títere en estos

casos, por tanto, lejos de ser una "infantilización" de la comunicación, es un medio inapreciable, para ir restableciéndola progresivamente.

Con el mismo sentido, se utilizan a veces máscaras neutras o túnicas para cubrir respectivamente el rostro y/o cuerpo, de modo que mediante estos recursos terapéuticos se dosifican los estímulos naturales. Se da una gradación respecto al número de estímulos emitidos no verbalmente en la relación: si, por ejemplo, se está utilizando una máscara para restablecer la comunicación interrumpida y este recurso fracasa, se ha de pasar a mediar la relación a través de un títere, que es el OI que reduce al máximo el número de estímulos que se deben codificar (ya que todo el cuerpo queda "oculto" por el títere, que es el foco de atención). Si, por el contrario, la respuesta del paciente es ágil y adecuada, la máscara se eliminará, siendo sustituida por una túnica o pasando directamente a la comunicación cara a cara, sin intermediarios.

El procedimiento terapéutico está basado, pues, en el incremento o disminución de los mensajes naturales de acuerdo a las posibilidades de relación que se van evidenciando en la interacción.

El bloqueo de los estímulos naturales hacia el paciente conseguidos a través de los recursos mencionados puede ser también utilizado para bloquear los mensajes emitidos por el paciente. Se observa así que las dificultades para expresarse se superan en cuanto se coloca una máscara sobre el rostro o se interpreta una escena manipulando los títeres, pero no a cara descubierta. Por su función desbloqueante del propio Yo se los denomina objetos intraintermediarios, en contraposición con el objeto intermediario, instrumentado por el Yo-auxiliar para relacionarse con el paciente incomunicado (Jaime Rojas-Bermúdez, 1997:244-246).

Jaime Rojas-Bermúdez (1997) Teoría y técnicas psicodramáticas. Barcelona: Paidós.

Definición.- (De psico- y drama) Psiq. Procedimiento de diagnosis y de tratamiento para los problemas de la personalidad, estrechamente relacionado con la sociometría.

Psic. El psicodrama consiste en inducir a un individuo a reproducir espontáneamente sobre el escenario, o en algunos casos solo ante un público, la estructura de una situación que ya previamente se ha calificado como significativa de la dificultad o problema que es objeto de tratamiento o investigación. Otras personas, llamadas "yoes auxiliares", participan en la acción escenificada, y puede escogerse un auditorio con referencia al problema particular de que se trate. Este mismo método utilizado en la terapia de grupo recibe el nombre de 'sociodrama'. Fue ideado y perfeccionado por el psiquiatra J. L. Moreno.

Texto extraído de: Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Generalidades.- "El psicodrama es un método de psicoterapia grupal desarrollado por el psiquiatra vienés Jacob Moreno en la que las características de personalidad, las relaciones interpersonales, los conflictos, y los problemas emocionales se exploran a través de métodos dramáticos especiales. La dramatización terapéutica de problemas emocionales se compone de 1) el protagonista o paciente, la persona que expresa sus problemas con la ayuda de 2) egos auxiliares, personas que actúan variando los aspectos del paciente, y 3) el director, psicodramaturgo, o terapeuta, la persona que les guía en el drama hacia la obtención de la introspección" (página 862).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Generalidades.- El psicodrama, creado por Jacob L. Moreno, ayuda al paciente a actualizar durante el tratamiento lo que necesita atravesar en su propia vida. Enfrentando las situaciones en las que actuó en la vida, dramatizándolas, viéndose en situaciones que evade o teme, pero que quizás tenga que volver a enfrentar en el futuro (Moreno J, 1993).

El drama, mucho antes de ser un lugar para la presentación de arte y entretenimiento, fue un lugar para la terapéutica, y a él se dirigían los enfermos para la catarsis. Esta catarsis mental tendrá lugar en el actor-paciente produciendo la liberación de los conflictos trágicos de las emociones en las que están aprisionados.

El psicodrama utiliza, entre otras, las siguientes técnicas:

Caldeamiento (conjunto de procedimientos que intervienen en la preparación de un organismo, con el objeto de que se encuentre en condiciones óptimas para la acción).

Dramatización (puesta en acto de una situación del protagonista. Cada dramatización tiene una finalidad: realizar un buen diagnóstico, crear motivación, crear confianza o vinculación, desafiar el sistema para ampliar la crisis, facilitar la toma de conciencia o la toma de decisiones, el aprendizaje o construir un reenmarcamiento).

Doble (esta técnica se emplea para hacer más evidentes a los protagonistas su propia conversación, o para amplificar ideas, gestos, posturas corporales. El doble da expresión a lo no dicho, las creencias ocultas que se sitúan detrás de lo expresado).

Soliloquio (expresión de sentimientos y pensamientos, por parte de una persona sobre la percepción que tiene en ese momento, de sí mismo y/o del sistema del que forma parte).

Interpolación de resistencia ("burlar" algunas resistencias cambiando el foco de atención, del campo tenso hacia otro aspecto menos conflictivo. Es particularmente útil cuando la acción se ve bloqueada emocionalmente, ya que permite introducir algún elemento que está menos cargado emotivamente).

Sharing (es un paso hacia aprendizajes de nuevas pautas de conducta, la expansión del rol en subroles más ricos, más plásticos, más acordes a las circunstancias, que amplían y enriquecen las conexiones entre los miembros).

Una de las manifestaciones artísticas por excelencia es el teatro y en el teatro el protagonista es el encargado de dramatizar la obra. Protagonista es un término que viene del griego y que significa el primero que va a agonizar. Se puede pensar que el protagonista muestra de alguna manera un camino a seguir por todos pero disfrazado de suerte tal de engañar a la angustia que provoca nuestra propia finitud.

En la vida cotidiana todos somos actores, en el interjuego de las relaciones nuestros papeles pueden ser muchas veces secundarios y otras veces protagónicos, algunas veces nos sentimos participantes de una comedia y otras de una tragedia y todo esto forma parte de nuestra condición de humanos.

Una comedia o una tragedia necesitan de varios actores, la constitución de un grupo también necesita de varios actores. Si decíamos que el arte encontró la forma de representar los conflictos y que los conflictos se forman por la fallida intención de adaptación al medio, no resulta aventurado deducir que la recreación de ese medio conflictivo pueda conducir a su resolución.

Jacob Levy Moreno elaboró un importante cuerpo teórico, llamando a sus sistemas accionismo (Moreno, 1993) para diferenciarlos del conductismo, la reflexología, el psicoanálisis y el gestaltismo. Sus métodos de acción (drama, en griego), son representados básicamente por el psicodrama, el sociodrama y el role-playing.

En el psicodrama, los procedimientos de tratamiento pueden ser abiertos o cerrados. El tratamiento abierto se realiza en medio de la comunidad. Un ejemplo es el método sociométrico. Es un tratamiento in-situ, la escena del mismo se realiza en donde vive el paciente. La situación social del paciente y la situación terapéutica son una misma.

En el tratamiento cerrado el paciente es sacado de su entorno inmediato y ubicado en una situación construida para sus necesidades. El teatro terapéutico es esa situación. Es un lugar en el cual, con medios psicodramáticos, son representadas todas las situaciones y papeles que el mundo produce. Es cerrado también porque los únicos participantes son los yo auxiliares, el terapeuta y asistentes a los que se asigna papeles principales en el curso del tratamiento y el resto de los integrantes que hace de público. El terapeuta cumple las funciones de director. Imaginamos para nuestro trabajo una situación de psicoterapia grupal con el método psicodramático, en la cual se estaría jugando una situación de crisis vital.

Fuente consultada: Moreno, Jacob Levy (1993) Psicodrama. Buenos Aires: Lumen.

Generalidades.- El psicodrama es el procedimiento por medio del cual se puede ayudar a una persona a explorar las dimensiones psicológicas de sus problemas, por medio de la 'representación' de sus situaciones conflictivas, en vez de sólo hablar de ellas (Blatner, 1980:1).

Hay autores que defienden que el psicodrama no debe entenderse simplemente como una técnica terapéutica basada en la analogía teatral, sino como un sistema terapéutico complejo que abarca las técnicas psicodramáticas, la sociometría y la terapia de grupos (Feixas y Miró, 1993:146). Su creador, Jacob Moreno, subrayó ideas sobre la espontaneidad, la creatividad, la acción, la aceptación de riesgos en el 'encuentro' entre seres humanos, la importancia del aquí y ahora, la importancia de la comunicación no verbal y del tacto, el cultivo de la imaginación e intuición, y el valor del humor y la profundidad del drama. El método psicodramático es el vehículo primario mediante el cual las personas aprenden a desarrollar estas potencialidades.

De alguna manera, el psicodrama implica representar en un escenario físico y mediante una serie de acciones, aspectos psíquicos como conflictos, deseos, defensas, etc. Y como en toda representación escénica, hay personas con roles definidos. En el caso del psicodrama, estos roles son básicamente los siguientes:

a) El protagonista: Es la persona que representa en el escenario su propia situación de vida, y por lo tanto es el actor principal de la dramatización, además de ser su autor, ya que es quien provee el material para dramatizar. El protagonista puede ser una persona individual o un grupo y, en el caso de aplicar el psicodrama en forma terapéutica, el protagonista es el paciente que requiere ayuda. El drama puede moverse entre muchas facetas de la vida del protagonista: su pasado, su presente, su futuro, y por lo general está vinculado con sus aspectos emocionales relativamente profundos o inconcientes. Cuando el protagonista es el grupo mismo, se suele hablar de sociodrama.

b) El director: Es la persona que orienta o guía al protagonista en el uso de las técnicas psicodramáticas, para poder ayudarlo a explorar o resolver su problema. El director será entonces la persona del grupo que se considera jefe del mismo, terapeuta, maestro o consejero. Indudablemente debe tratarse de un profesional entrenado, formado en psicología y con conocimiento adecuado de la técnica psicodramática. Debe poner sus conocimientos al servicio de los protagonistas para que ellos puedan actuar en un nivel de espontaneidad y creatividad tales que le sirvan de puerta de entrada a sus problemas y conflictos, buscando formas alternativas de cambio.

c) El ego auxiliar: Es otro de los actores, además del protagonista. Por lo general el ego auxiliar representa a alguien en la vida del protagonista, como puede ser por ejemplo el cónyuge, el hijo, el

padre, la madre, el jefe, e incluso puede representar un aspecto a parte del mismo protagonista. Tal el caso del llamado 'doble', que viene a representar los aspectos más internos del protagonista y que puede expresar sus sentimientos internos.

Otras veces el yo auxiliar puede ser una figura fantaseada, como un padre idealizado que nunca tuvo el protagonista, el diablo, Dios, o también puede representar entidades abstractas como 'la justicia', 'la juventud de hoy', 'ellos', etc. También puede representar algún objeto inanimado como una cama, un escritorio, etc. con el cual el protagonista entra en contacto. En todos los casos, el ego auxiliar ayuda al protagonista a explorar su propia situación, actuando hacia él en el papel asignado: juega los roles complementarios que el protagonista necesita para poder cumplir con su dramatización. Por lo general, el ego auxiliar es una persona entrenada, tiene una capacitación profesional en la técnica psicodramática, y además debe poder estar mínimamente identificado con lo que al protagonista le pasa. El director y el ego auxiliar constituyen el equipo terapéutico básico.

Muchas veces puede ocurrir que el protagonista sienta algo pero verbalice otra distinta. "Estudios clínicos revelaron hasta qué punto el lenguaje del cuerpo puede, realmente, contradecir las comunicaciones verbales" (Fast, 1990:9). Por ejemplo, una persona puede decir que ama a otra, pero con su cuerpo o sus gestos expresar repudio. Pienso que en estos casos el yo auxiliar puede, como doble, expresar esos sentimientos de repudio que le cuestan expresar al protagonista.

Lowen, a partir de la bioenergética, nos suministra una explicación de esta situación. Indica que el adulto funciona simultáneamente en los niveles psíquico y somático, lo cual no implica negar la unidad básica del organismo. En una personalidad sana, ambos niveles de actividad cooperan para promover el bienestar. En una personalidad con trastornos, hay áreas en conflicto, que puede producir un bloqueo en la libre expresión de los impulsos y sentimientos (Lowen, 1993:135). El yo auxiliar viene a 'auxiliar' en esta situación, ayudando a liberar, al protagonista, sus afectos reprimidos.

d) El público o audiencia: Me parece mejor llamarlo público porque presencia el drama con todos sus sentidos, no sólo con el oído. El público son las otras personas que están presentes durante la escenificación. Pueden ser por ejemplo los otros miembros del grupo terapéutico, integrantes de la familia del protagonista, etc. A diferencia del público convencional de un teatro, aquí puede intervenir activamente en la exploración de los sentimientos del protagonista, por ejemplo dándole apoyo o aceptando la situación del protagonista. El público viene a representar el medio social de este último.

En una sesión de psicodrama, es posible diferenciar tres etapas sucesivas: caldeamiento, dramatización y catarsis. Hay una cuarta etapa, de comentarios, que puede o no realizarse. El caldeamiento es una fase preparatoria esencial, donde gradualmente el protagonista se va constituyendo como tal, adquiriendo mayor espontaneidad en la expresión de lo que siente. Implica establecer una cierta cohesión grupal, desarrollar un tema determinado, encontrar al protagonista y llevarlo al escenario para comenzar la acción.

Esta acción o dramatización es la segunda etapa donde director y protagonista planifican la escena sobre el escenario: lugar, objetos imaginarios, personajes que intervendrán. La acción ocurre aquí y ahora, en el presente. El director debe ayudar en la mejor forma posible a que el protagonista vea las dimensiones psicológicas de su problema.

Poco a poco, la dramatización va encarrilándose hacia tres puntos: a) el protagonista deja de referirse al pasado o al futuro y se centra en el presente (por ejemplo, dramatiza el altercado que tuvo hace dos meses con un jefe como si estuviese ocurriendo aquí y ahora); b) el director procura que el drama evolucione hacia los conflictos centrales del paciente; c) se procura que el protagonista exprese cada vez más sus sentimientos reprimidos. Esto último resulta importante porque desembocará en la tercera etapa o catarsis de integración, objetivo máximo de la dramatización. Esta catarsis implica sentir la situación real, no un 'como si', que permite al protagonista remover situaciones negadas o reprimidas, amores y odios que tal vez se habían convertido en el origen de sus padecimientos y conflictos.

La etapa final puede o no darse, porque si el protagonista ha vivenciado, sentido, descubierto lo reprimido, tomado conciencia en la catarsis, poco pueden agregar las palabras. Aún así a veces puede hacerse un comentario al final, que puede incluir por ejemplo una interpretación de la situación, a cargo del director, y realizar una análisis de lo acontecido intrapsíquicamente en el protagonista.

Existen distintos tipos de dramatización, según los objetivos perseguidos (Martínez Bouquet y otros, 1993). La dramatización explorativa busca mostrar síntomas, conflictos, defensas, fantasías, etc., del protagonista. La dramatización descriptiva es más una reconstrucción de acontecimientos, un relato dramatizado de hechos pasados o actuales. La dramatización expresiva está armada especialmente para que el protagonista de libre curso a sus sentimientos. La dramatización elaborativa implica un volver a dramatizar algo ya vivenciado con el fin de ser asimilado o enriquecido. La dramatización defensiva funciona encubriendo fantasías inconcientes o contenidos latentes, y se opone, por tanto, a la dramatización expresiva.

También encontramos dramatizaciones demostrativas, útiles para mostrar al protagonista algo que el director-terapeuta previamente intuye; dramatizaciones vinculativas, para conectar a los pacientes entre sí y que se comprometan con el trabajo terapéutico, y dramatización de conductas estereotipadas, para

que los pacientes puedan aprender conductas alternativas que reemplacen a sus estereotipos habituales (siempre me va mal en los exámenes, siempre fracaso en mi relación de pareja, etc).

Cazau P (2001) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Feixas y Miró (1993) Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós.

Blatner Howard (1980) Psicodrama. Cómo utilizarlo y dirigirlo. México: Editorial Pax-México.

Fast J (1990) El lenguaje del cuerpo. Barcelona: Kairós, 10ª Edición.

Lowen A (1993) Bioenergética. México: Diana.

Martínez Bouquet C, Moccio F, Pavlovsky E (1993) Psicodrama, cuándo y por qué dramatizar. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda de Ayllú.

Ventajas y limitaciones.- El psicodrama no hace pasar el proceso terapéutico por una simple toma de conciencia cognoscitiva, como podría procurarla por ejemplo el análisis clásico, que procura que el paciente comprenda lo que le pasa a través de un insight intelectual. El psicodrama introduce también la dimensión corporal y afectiva, abre nuevos canales de comunicación que nuestra cultura tiende a desvalorizar, relegándolo a los niños, o al teatro.

Por medio de la descarga emocional (catarsis) y la actuación, el protagonista puede reencontrarse con muchas dimensiones de su experiencia personal, muchas veces núcleos patógenos, dimensiones que se han visto como decía desplazadas por nuestra sociedad que tiende a privilegiar más lo intelectual en detrimento de la espontaneidad, del volver a ser niños, de la creatividad, el humor, el movimiento corporal, el contacto físico y la comunicación no verbal.

Por lo tanto, que el psicodrama estaría especialmente indicado a personas que tienden a utilizar como defensas la intelectualización o la racionalización, en su intento porque no afloren aquellos sentimientos olvidados, ahogados que se han convertido en la razón principal de sus sufrimientos. En nuestra cultura muchas veces se ubica el llorar como una expresión de debilidad, sobretodo en el caso de los hombres. El psicodrama nos revela que el llorar es, al revés, una expresión de fortaleza, desde el momento que hay que animarse a hacerlo, a pesar del riesgo de sentirse invadido y descontrolado. Este es un temor siempre presente, pero hay que pensar que el psicodrama provee al mismo tiempo un continente adecuado, que es el equipo terapéutico. De hecho, cuando la situación sea demasiado conflictiva para el protagonista, el director puede adoptar una estrategia de desensibilización sistemática, donde hace actuar al protagonista un drama menos 'difícil', para luego ir gradualmente hacia la escenificación verdaderamente conflictiva.

Mediante el psicodrama, entonces, la persona no sólo habla de su problema: también puede representarlo y sentirlo, y sentir y actuar son también, creo yo, vías de conocimiento de uno mismo.

Por otra parte, el psicodrama puede presentar ciertos riesgos o peligros latentes. Si puede ser útil cuando hay defensas racionalizantes, puede ser contraproducente en el caso de las personalidades histéricas que tienden a la actuación en razón de su misma patología, con lo cual están encubriendo aún más su problemática personal. Además, el psicodrama es como una especie de bomba, en el sentido que es capaz de destapar situaciones emocionales difíciles de controlar. De aquí la habilidad del director, quien no sólo deberá evitar ataques o enfrentamientos directos entre los miembros del grupo, sino también limitar o canalizar su tendencia de estos a atacarse sutilmente entre sí.

Otro peligro latente es descrito por Blatner (1980:87) cuando se refiere a la espontaneidad patológica. Los directores de grupo se encuentran a menudo con reacciones de contratransferencia hacia un protagonista enojándose con él, y luego racionalizando su conducta llamándola "ser auténtico", "enojo modelador", etc. Creo que esto se deriva de una dificultad de distinguir lo actuado de lo real.

Cazau P (2001) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Blatner Howard (1980) Psicodrama. Cómo utilizarlo y dirigirlo. México: Editorial Pax-México.

Teatro terapéutico.- El teatro es útil para desarrollar y ampliar los recursos personales del terapeuta. El aprendizaje empieza con ejercicios de improvisación, pero orienta hacia un objetivo determinado. Primero se fijan lo que Stanislavsky llama las circunstancias dadas (se marca el contexto donde se improvisará, condiciones de vida de los personajes, historia previa, etc.). Luego se marcan los puntos de vista opuestos de los personajes, en función de los cuales ellos interactuarán. Luego las acciones físicas: que hará cada uno en el escenario, y finalmente, la credibilidad, o capacidad para ser convincente en la actuación, dar la sensación que eso realmente le está pasando.

Resumen de Lerner E, Estrategias teatrales para la formación de terapeutas. Incluido en Hirsch H y Berezovsky I, Construcción de redefiniciones: base de toda terapia. Incluido en Hirsch y otros (1994) Estrategias psicoterapéuticas institucionales. Buenos Aires: Nadir Editores.

Psicodrama y fobia social.- La fobia social, la persona sufre en situaciones donde debe comunicarse con otras personas. Por ejemplo temor a lugares concurridos por temor a ser mirado, rechazo de trabajos que impliquen contacto con público, temor a concurrir a fiestas, etc. Al estar en estas situaciones de riesgo, el fóbico social presenta síntomas neurovegetativos (sensación de ahogo, palpitaciones, sudoración, etc) que pueden acompañarse de pensamientos del tipo "me van a criticar", "me portaré como un tonto", etc.

Generalmente aparece a mediados de la edad adulta a veces como consecuencia de una situación muy tensa, como por ejemplo hablar ante muchas personas. Generalmente hay un antecedente infantil de timidez.

El tratamiento de la fobia social se encara a lo largo de varias etapas, siendo su objetivo que el paciente cambie sus creencias en torno a dos cosas: 1) acerca de la gravedad de la situación social, pensando por ejemplo que hablar ante personas no es peligroso, y 2) acerca de su propia capacidad para enfrentar las situaciones ansiógenas sociales, pensando por ejemplo 'soy capaz de enfrentar esta situación'.

El tratamiento del fóbico social tiene dos etapas: la psicoterapia individual, y el grupo y las técnicas psicodramáticas.

En la primera etapa el paciente no está enfrentado a un grupo, sino a un solo terapeuta que actúa como representante del contexto social. Este tiene que ayudarlo a cambiar sus cogniciones o creencias disfuncionales reemplazándolas por otras que le permitan interactuar socialmente, como por ejemplo 'no temo hacer el 'ridículo', etc.

El tratamiento individual suele durar entre 10 y 20 sesiones según la gravedad, y las técnicas que se emplean son el soliloquio y la construcción de imágenes. El soliloquio consiste en decirle al paciente que hable en voz alta sobre lo que piensa y siente cuando está con personas (por ejemplo 'me siento aterrado', 'me duele la cabeza', etc).

La construcción de imágenes consiste en pedirle que se imagine una situación de interacción social donde él sea el protagonista, y que cuente todo lo que vaya pensando, sintiendo y haciendo, o sea que imagine una escena temida. El terapeuta debe comportarse de tal forma de no confirmar la creencia disfuncional del paciente, por ejemplo, no debe criticarlo.

El paciente pasa a la segunda etapa cuando el terapeuta ve que el paciente es más espontáneo y menos temeroso en su relación con él y cuando aumenta el compromiso del paciente con el tratamiento. Se trabaja con grupos entre 4 y 8 personas con un encuentro semanal en un lugar amplio y confortable. Es conveniente que haya dos terapeutas en el grupo: un coordinador o director y un yo auxiliar o coterapeuta. El director y el yo auxiliar pueden alternarse en sus papeles y un paciente puede ser yo auxiliar.

La función del yo auxiliar es complementar al protagonista para facilitar la dramatización. El protagonista es un paciente al que se le pide que teatralice una escena, por ejemplo, una discusión con su padre, y se le dice que para ello lo va a ayudar el yo auxiliar que no será su papá aunque se situará en ese rol.

Mientras se desarrolla la escena de la discusión pueden intervenir otros pacientes como otros yo auxiliares. Por ejemplo entra la 'madre' del paciente. Cuanto más cerca está la persona de un fóbico social, más pánico siente. Esta distancia del otro se llama *proxemia*.

Las *técnicas psicodramáticas* tienen como finalidad hacer que el paciente pueda aproximarse cada vez más a las demás personas sintiendo cada vez menos pánico o ansiedad. Algunas de estas técnicas son las siguientes:

1) *La dramatización*: donde dos o más pacientes teatralizan alguna situación conflictiva referida a cualquier situación típica de la vida: una escena en el trabajo, en la familia, en la escuela, etc. Puede ser no verbal.

2) *El diálogo*: donde actúa solamente el protagonista y el yo auxiliar donde ambos dialogan dramatizando alguna situación pasada o posible.

3) *Inversión de roles*: donde en determinado momento de la dramatización cada uno empieza a representar el papel del otro. Por ejemplo el que hacía de hijo hace de padre y viceversa, lo que permite vez las cosas desde el punto de vista del otro.

4) *Técnica del doble*: donde el yo auxiliar lo mismo que hace el protagonista con la diferencia que expresa todo lo que no puede expresar el protagonista. Así, si el protagonista dice "estoy enojado" en voz baja y se queda quieto, el yo auxiliar lo dice en voz alta y golpeando las paredes.

5) *Técnica del espejo*: donde el yo auxiliar dramatiza todo lo que el paciente hizo una vez que este terminó.

6) *Soliloquio*: en determinado momento de la actuación se le pide al paciente que hable en voz alta acerca de lo que piensa o siente en ese momento.

7) *Espalda contra espalda*: cuando se interactúa frente a frente esto produce mucha ansiedad, y se les pide a los pacientes que lo hagan de espaldas.

8) *Prueba de la proxemia*: se ubica el paciente en el centro del espacio y a todos los demás lo más lejos posible. Luego se les pide a estos que se aproximen lentamente hacia el paciente hasta que este dice 'basta'.

Resumen de Bogtaizian D, El psicodrama como tratamiento grupal de la fobia social. Incluido en Fernández Álvarez H (compilador) (1993) Desarrollos en psicoterapia.

Psicodrama y poesía.- Moreno, padre del Psicodrama, Sociometría y Psicoterapia de Grupo, escribió un libro de poesías, donde mostraba su filosofía, que nunca fue entendido. El autor comenzó representando esos poemas de forma aleatoria y fue la mejor manera de comprender la filosofía del Psicodrama.

La poesía y el psicodrama comparten la creatividad. El psicodrama promueve la espontaneidad de los sujetos. El encuentro entre ambos da sentido a la poesía e impulsa a los actores a convertirse en poetas.

Esta unión de Psicodrama y Poesía se ha realizado en 12 Talleres, se han creado 58 Poemas y han asistido 213 participantes.

Se concluye que Poesía y Psicodrama son complementarios y promocionan la creatividad de los asistentes. La Poesía es un guión simbólico para el Psicodrama. El Psicodrama muestra el sentido de la poesía sin necesidad de una explicación racional. Los asistentes pasan de ser receptores pasivos de la Poesía a ser creadores de sus poemas, lo que en psicoterapia se entiende como creadores de su vida.

José Antonio Espina Barrio. Poesía y psicodrama: Creación y espontaneidad. CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA. 2008;8 (1):77-89.

PSICOEDUCACIÓN

Psicoeducación y terapia cognitivo-conductual.- Aunque se ha establecido la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en la esquizofrenia en una serie de estudios no se dispone de información acerca de la diferente eficacia de la TCC en comparación con la psicoeducación del paciente (PE). Se asignaron 88 pacientes con esquizofrenia a recibir una terapia de ocho semanas que comprendía 16 sesiones de TCC en grupo o 18 sesiones de PE en grupo. Se llevaron a cabo evaluaciones en condiciones basales, después del tratamiento y en el seguimiento de seis meses. Los pacientes que recibieron TCC fueron rehospitalizados significativamente menos que sus homónimos del grupo de PE durante el periodo de seguimiento. Desde un punto de vista descriptivo, la TCC produjo tasas más bajas de recaídas que la PE. Ambas formas de terapia conllevan una mejoría psicopatológica significativa después del tratamiento y en el seguimiento. La intervención TCC en grupo breve mostró cierta superioridad con respecto al programa de PE, lo que podría revestir una importancia clínica y económica considerable”.

A. Bechdolf; B. Knost; C. Kuntermann; S. Schiller; J. Klosterkötter; M. Hambrecht; R. Pukrop, Comparación aleatorizada entre la terapia cognitivo- conductual en grupo y la psicoeducación en grupo en pacientes con esquizofrenia. ACTA PSYCHIATR SCAND. 2004 JUL; 110 (1):21-28.

Eficacia.- Este estudio cuasi-experimental examina la eficacia de una intervención psicoeducativa, basada en el desarrollo de la conciencia plena, para reducir el malestar psicológico asociado al estrés. La muestra se compone de 28 voluntarios, en su mayoría profesionales de la salud, que experimentaban un grado de malestar superior a la media de la población española, medido según el inventario SCL-90-R. La intervención duró ocho semanas, empleando un total de 28 horas lectivas y siguiendo la técnica denominada Reducción de estrés basado en la Conciencia Plena (Mindfulness-Based Stress Reduction o MBSR). Los resultados muestran una disminución del malestar medio del 51%, descendiendo del percentil 84 al 48. Los mayores cambios se encontraron en los siguientes componentes del malestar, por orden de magnitud: depresión, hostilidad, somatización y ansiedad. Dichos componentes muestran reducciones de más del 50%, que suponen disminuciones en 29 o más puntos percentiles. Estos resultados indican que MBSR puede ser una intervención aplicable para reducir el malestar psicológico en programas de formación para profesionales de la salud.

Andrés Martín-Asuero y Gloria García de la Banda, Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY. 2007 MAY; 7(2).

Psicoeducación en trastorno bipolar.- Resumen: Tradicionalmente se ha tratado el Trastorno Bipolar únicamente con un enfoque farmacológico que se complementa con intervenciones psicoterapéuticas, particularmente con modelos psicoeducacionales, hacia un incremento de la eficacia. Estudios recientes enseñan que las creencias familiares acerca de la enfermedad pueden predecir la sobrecarga familiar, y esta podrá influenciar las manifestaciones de la enfermedad. Los cuidadores que han accedido a la psicoeducación incrementan los conocimientos de la enfermedad y reducen la sobrecarga, mejorándose la calidad de vida, el funcionamiento del enfermo y el curso de la enfermedad. Es objeto de este trabajo presentar las intervenciones psicoeducativas en cuatro grupos (total 71 pacientes/familiares), desarrolladas en la Asociación Pacientes Depresivos y Bipolares de Oporto desde 2004. Esta intervención asienta en el modelo McFarlane, enfocando en las características de la enfermedad y en el impacto específico en la familia, solución de problemas y red social. Hay dos grupos bipolares donde predomina el sexo femenino GBI (H7, M11) GBII (H11, M19), con distintas edades (GBI 61% 40-59A; GBII 67% 30-49A), un grupo unipolar (GU H6, M3; 67% 40-69A) y un familiar (GF H6, M8; 86% 50-69A). En el GBI y II la instrucción es superior (46%), bajando en GF (36%) y GU (22%). En el GBI (56%) y GU (77%) el paro o jubilación son predominantes mientras que GB II y GF (71%) se hallan mayoritariamente empleados. Estos programas permiten a los pacientes/familiares mayor competencia en el reconocimiento de la sintomatología/crisis, resultando en disminución de hospitalizaciones, episodios menos debilitantes y mejorando la experiencia familiar.

Mafalda Fernandes; Lúcia Águeda; Paulo Horta; Lia Fernández, Intervención familiar psicoeducativa en la enfermedad bipolar. INTERPSYQUIS. -1; (2008).

PSICOFONÍA

Definición.- “Método de M. Aucher que aspira al desarrollo y al equilibrio psicológico de la persona, por medio del estudio de la emisión y la recepción de los sonidos, en relación con ciertas percepciones localizadas en puntos y zonas corporales precisos”.

Virel A., Vocabulario de psicoterapias, Barcelona, Gedisa, 1985, pág. 241.

PSICOONCOLOGÍA

Adaptación individual y depresión en pacientes oncológicos.- Las variables psicológicas son las que más se han relacionado con el padecimiento de trastornos depresivos en pacientes oncológicos. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre dimensiones de personalidad y mecanismos de afrontamiento en una muestra de pacientes oncológicos. Método: 40 pacientes diagnosticados de cáncer de mama, colon o pulmón en estadios no metastáticos y de un trastorno depresivo (DSM IV) se compararon con 39 pacientes con los mismos diagnósticos oncológicos pero que no presentaron ningún episodio depresivo. Para evaluar el afrontamiento se utilizó el MAC (Mental Adjustment Cancer Questionnaire) y para evaluar las dimensiones de personalidad se utilizó el TCI-R (Inventario de Temperamento y Carácter revisado de Clonninger).

Resultados: Los pacientes deprimidos presentaron mecanismos de afrontamiento caracterizados por evitación ansiosa, desamparo y fatalismo y menor espíritu de lucha. Los pacientes deprimidos mostraron dimensiones de personalidad caracterizadas por altas puntuaciones en evitación del daño y bajas puntuaciones en dependencia de la recompensa. Las dimensiones de personalidad de persistencia y auto-dirección se correlacionaron con estilos de afrontamiento caracterizados por indefensión- desesperanza y fatalismo en la muestra de pacientes deprimidos, mientras que se correlacionaron con mayor espíritu de lucha en la muestra de pacientes no deprimidos. Entre los no deprimidos se encontró de nuevo que el espíritu de lucha era mayor cuanto menos tendencia a la evitación del daño presentaba el paciente. Conclusiones: Nuestros datos apoyan la importancia de la evaluación del estilo de afrontamiento y personalidad y apuntan a la importancia de otros factores como el mundo de creencias o asunciones básicas del sujeto como mediadora entre las variables de personalidad y de afrontamiento y el trastorno depresivo.

Rodríguez, Beatriz; Bayón, Carmen; Orgaz, Pablo; Torres, Guadalupe; Mora Fernando y Castelo Beatriz, Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. REVISTA DE PSICOONCOLOGÍA. 2007 JUN;4(14).

Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama.- El objetivo principal de este estudio clínico es analizar los problemas psicológicos derivados del diagnóstico, tratamientos y secuelas del cáncer de mama como Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) y aportar datos sobre las posibilidades de una intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Se pretende delimitar la eficacia de estrategias específicas de aceptación y de control cognitivo, definiendo más ajustadamente qué tipos de cambios propician unas estrategias en comparación con otras. 12 mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama que acudían a la Asociación Española Contra el Cáncer y que cubrían criterios de selección, fueron asignadas al azar a dos condiciones de tratamiento, una basada en ACT, cuyo eje fue la estrategia de aceptación y otra basada en la terapia cognitiva, cuyo eje fueron las estrategias de control cognitivo. El tratamiento estuvo formado por 8 sesiones, 3 individuales y 5 grupales. Los grupos de tratamiento estuvieron formados por 3 mujeres. Se tomaron medidas de ansiedad, depresión, calidad de vida y áreas importantes afectadas, antes y después de la intervención (medidas pre, post test) y se realizaron tres seguimientos, a los 3, a los 6 y a los 12 meses. Los resultados mostraron una mayor repercusión de la intervención basada en ACT, especialmente cuando se tienen en cuenta los cambios a largo plazo (al año de seguimiento). También destaca que los cambios de la condición de ACT se centran en la activación conductual aún en presencia de malestar.

Páez, Marisa Beatriz; Luciano, Carmen y Gutiérrez, Olga. Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. REVISTA DE PSICOONCOLOGÍA. 2007 JUN;4(1).

La utilización del Mindfulness en el paciente oncológico.- Uno de los problemas principales del paciente oncológico es el afrontamiento de su enfermedad, en las distintas fases y momentos de ésta. Para ayudarle a reducir el estrés y los aspectos emocionales negativos se ha utilizado el Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). Este programa educativo potencia la vivencia del momento presente al tiempo que procura una regulación fisiológica del exceso de activación emocional. Aunque los estudios controlados no permiten conocer la eficacia real de este programa, así como delimitar sus componentes principales, se han obtenido resultados positivos que aconseja considerarlo en el abordaje del paciente oncológico. Se especula, además, sobre su consideración como programa educativo o como intervención clínica, matizando la eficacia diferencial que esto pueda tener en sus efectos.

La utilización del Mindfulness en el paciente oncológico. REVISTA DE PSICOONCOLOGÍA. 2007 JUN;4(1).

PSICOSIS

Terapia cognitivo-conductual e intervención familiar.- Antecedentes. La intervención familiar reduce los índices de recaída en la psicosis. La terapia cognitivo conductual (CBT) mejora los síntomas positivos pero no se estabilizan los efectos en los índices de recaída.

Objetivos. Examinar la eficacia de la CBT y la intervención familiar en la reducción de recaídas y en la mejora sintomática y de desempeño en pacientes que han experimentado una recaída reciente con psicosis no-afectiva.

Método. Un ensayo aleatorio multicentro controlado (ISRCTN83557988) con dos vías: aquellos sin cuidado especial fueron asignados al tratamiento usual o CBT más tratamiento usual, aquellos bajo cuidado especial fueron asignados al tratamiento de costumbre, CBT más tratamiento usual o intervención familiar más tratamiento habitual. La CBT y la intervención familiar se centraron en la prevención de recaída durante 20 sesiones en un lapso de 9 meses.

Resultados. Participaron un total de 301 pacientes y 83 cuidadores (para cuidado especial). Los datos de resultado primarios estuvieron disponibles en un 96% de la muestra total. La CBT y la intervención familiar no tuvieron ningún efecto sobre los índices de remisión y de recaída o sobre los días en el hospital a los 12 o 24 meses. Para los resultados secundarios, la CBT mostró un efecto benéfico sobre la depresión a los 24 meses y no hubo ningún efecto por la intervención familiar. En personas con cuidadores, el CBT mejoró significativamente la angustia delirante y el desempeño social. La terapia no cambió procesos psicológicos principales.

Conclusiones. La CBT genérico para la psicosis no se indica para la prevención rutinaria de recaída en personas bajo recuperación de una recaída de psicosis reciente y debe actualmente ser reservado para aquellos con síntomas de estrés positivos insensibles a la medicación. Cualquier CBT objetivo en esta población aguda requiere de un desarrollo. La falta de un efecto de intervención familiar sobre la recaída puede ser atribuible al índice de recaída total baja en aquellos con cuidadores.

Philippa A. Garety; David G. Fowler; Daniel Freeman; Paul Bebbington; Graham Dunn; Elizabeth Kuipers. Terapia cognitivo conductual e intervención familiar para la prevención de recaídas y reducción sintomática en psicosis: ensayo aleatorio controlado. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 JUN;192(6):412-423.

PSICOSIS

Intervención precoz.- El surgimiento del paradigma de la intervención precoz en trastornos psicóticos representa una maduración del enfoque terapéutico en Psiquiatría, ya que implica la aplicación de las estrategias preventivas prácticas que ya están firmemente establecidas en la atención general de la salud.

La intervención precoz no implica necesariamente la aplicación drástica de alguna técnica o tratamiento revolucionario, sino que consiste, principalmente, en un mayor acceso a una adecuada atención y un suministro sistemático precoz de los mejores abordajes existentes. Se ha demostrado que el modelo de estadificación clínica puede ser aplicado en Psiquiatría, y que puede ser de gran utilidad.

Los estadios clínicos más precoces del trastorno psicótico son inespecíficos y multidimensionales y se solapan fenotípicamente con los estadios iniciales de otros trastornos. Esto implica que el tratamiento debe avanzar gradualmente en función de la seguridad, la respuesta y la evolución.

La postergación del tratamiento hasta que el deterioro sintomático y funcional sea grave y, por lo tanto, con menos posibilidades de ser revertido, constituye un error de atención. Si bien la intervención precoz en la psicosis se ha desarrollado enormemente en años recientes, muchos países no han avanzado en modo alguno, y otros sólo han conseguido una escasa cobertura.

El proceso de reforma se ha basado en evidencias, de un modo más patente que en otras reformas del sistema de salud mental. Sin embargo, si bien las evidencias son necesarias, son insuficientes. Son tanto un producto secundario de la reforma, como un catalizador.

En la psicosis precoz también se ha observado que se ha hecho una mala utilización del paradigma basado en evidencias, para frustrar una reforma que ya debería haberse adoptado. Los trastornos mentales son las enfermedades crónicas de la juventud, que se instauran y tienen máximo impacto a finales de la adolescencia y principios de la edad adulta.

Un mayor énfasis en la intervención precoz resolvería muchos de los aspectos de segundo orden planteados por el proceso de reforma de la psicosis precoz, como la incertidumbre diagnóstica a pesar de la clara necesidad de atención, los estigmas y la implicación del paciente y la familia. Asimismo, debería ponerse mayor énfasis en la movilización del apoyo comunitario. La intervención precoz presenta un proyecto vital y estimulante, que debería ser considerado, en Psiquiatría, por algún grupo pionero.

P. D. McGorry; E. Killackey; A. Yung. Intervención precoz en la psicosis: Conceptos, evidencias y direcciones futuras. WORLD PSYCHIATRY. 2008 OCT;7(3):148-156.

PSICOTERAPEUTA

Generalidades.- El psicoterapeuta es la persona que ayuda a generar una situación de cambio personal en el paciente, para lo cual debe: 1) elegir la estrategia apropiada, 2) utilizarla en el momento oportuno, y 3) actuar de acuerdo a la teoría que sustenta.

Las cualidades que debe reunir un terapeuta son cuatro: 1) debe tener cierta inquietud por la locura y por conocer sus mecanismos, 2) debe tener una vivencia de satisfacer una necesidad de reparación, porque la cura es reparación de algo que está dañado, 3) afán de incorporar conocimientos nuevos, y 4) autoestima, lo cual es indispensable para que pueda sentir que puede curar y que tiene confianza en ello. La psicología cognitiva introdujo la idea de que un psicoterapeuta es un agente de cambio que participa activamente en la construcción del vínculo terapéutico con el paciente.

¿Qué debe aprender un futuro psicoterapeuta? Básicamente dos cosas: teoría y entrenamiento práctico.

La teoría es importante pues procura un marco para comprender como cada paciente procesa la información y para instrumentar las estrategias de cambio.

Respecto del plan de entrenamiento, deberán tenerse en cuenta los siguientes puntos: 1) el rol que desea asumir: admisor, experto en crisis, expertos en niños, adolescentes, etc, 2) darse un tiempo para aprender las nuevas habilidades sin pretender saberlas en poco tiempo, 3) recabar información proveniente de fuentes diferentes (por ejemplo de diferentes docentes) para enriquecer el aprendizaje, y 4) generar un clima favorable de aprendizaje para que la tarea resulte gratificante (ya que se supone que la psicoterapia es estresante).

Los recursos que pueden usarse para el entrenamiento pueden ser los siguientes: discusión de textos, clases expositivas con discusión grupal, rol playing, coterapia (trabajar al lado de otro terapeuta), videos y audio didácticos donde muestran casos, utilización de la cámara Gesell.

En cuanto al rol del docente, este deberá tener el conocimiento, la experiencia profesional y el deseo de transmitir ambos al futuro terapeuta. El docente actuará sobre lo que Vigotski llama la zona de desarrollo proximal, es decir, actúa sobre aquellas áreas del alumno que no podría aprender por sí solo.

Condensado de Fernández Álvarez H (compilador) (1993) Desarrollos en psicoterapia. Capítulo 1.

Competencias.- Puesto que la psicoterapia tiene lugar dentro de una relación interpersonal, el resultado terapéutico satisfactorio dependerá tanto de las competencias o habilidades interpersonales del terapeuta, como de su dominio de la técnica.

Proximidad.- Ciertos terapeutas pueden hacer sentir a sus pacientes que están en contacto con él, que están próximos, que están con ellos. Un terapeuta próximo es capaz de ejercitar dos competencias: a) responde activamente a lo que el paciente dice, tanto en forma verbal como no verbal, y b) responde de una forma congruente tanto al mensaje como a los sentimientos del cliente, revelando un sincero interés por sus experiencias. La proximidad del terapeuta sirve para muchas cosas, como por ejemplo estimular a hablar al cliente.

Inmediatez verbal.- Ser verbalmente inmediato con los clientes es otra forma de estar próximo a ellos, y significa centrar la atención sobre el presente, en lo que ocurre al cliente en ese momento y con su relación con el terapeuta. Por ejemplo, "en este momento usted está enojado conmigo".

Competencias verbales.- Ciertas competencias verbales son ingredientes activos de sesiones de terapia exitosas, como por ejemplo el *tanteo* (pedir información al cliente), *clarificación* (pedir al cliente que aclare algo confuso), *paráfrasis* (repetir de otra forma lo dicho por el cliente para hacerle entender que comprendió lo que dijo), *reflejo* (comunicar al cliente que siente lo mismo que él), *confrontación* (explorar formas diferentes de percibir algo que es problemático o confuso), e *interpretación* (ayudar al cliente a buscar significados a su conducta).

Habilidades de conversación.- Son tres: *ser activo* (deben hablarse entre sí terapeuta y cliente), emplear un *tono expresivo* (que esté acorde con lo que se dice y el clima de la sesión), y hablar *fluidamente* (evitando interrupciones).

Humor.- Como habilidad para afrontar situaciones se propone el sentido del humor del terapeuta y la posibilidad de que este lo inculque al paciente: las personas con sentido del humor pueden ver los problemas desde otra perspectiva y son menos propensas a reaccionar negativamente.

Comunicación.- El terapeuta debe enriquecer su comunicación mediante el uso de *metáforas* (por ejemplo contar una historia donde el paciente se identifique con un personaje), y con *paradojas* (por ejemplo aceptar y hasta alentar los síntomas del paciente para que este reaccione abandonándolos).

Conductas del terapeuta que ayudan y que no ayudan.- Entre las primeras está ofrecer una nueva perspectiva, clarificar problemas, y comprender al cliente, y entre las estrategias que no ayudan está la percepción errónea de lo que al cliente le pasa, las reacciones negativas ante lo que dice, siente o hace, y la ausencia de proximidad.

Errores comunes en el psicoterapeuta.- Desear ser apreciado por el cliente, intelectualizar, dificultad para tolerar el silencio, comportamientos inadecuados (divagar, reírse), querer curar prematuramente al cliente, centrarse en otras personas distintas al cliente, hacer demasiadas preguntas, mantenerse en aspectos superficiales, dificultad para el manejo de la contratransferencia, y evitar o no permitir un tiempo para finalizar la psicoterapia.

Resumen de Kleinke K (1995) Principios comunes en psicoterapia. Desclée de Brouwer. Capítulo 3.

Competencias.- Se describen cinco áreas de competencia en los terapeutas: conocimiento (teorías), competencia clínica (establecer relación terapéutica productiva), competencia técnica (saber usar

técnicas), buen juicio (para diagnosticar y decidir un curso de acción) y efectividad personal (utilizar los recursos de su personalidad).

Consentimiento informado.- El terapeuta debe informar al cliente lo que hará y lo que no hará, para que el contrato quede claro y evitar querellas por mala praxis. Incluso hay formularios por escrito de consentimiento, y existen hojas de información para los clientes donde el terapeuta informa todo lo que tienen derecho a saber (honorarios, tipo de terapia, duración, etc.).

Relaciones duales.- Son las relaciones que terapeuta y cliente tienen fuera del ámbito del tratamiento, como por ejemplo relaciones sociales, intercambios económicos, amistad o familiar, contacto físico no erótico e intimidad sexual. El terapeuta debe cuidar que estas relaciones duales no afecten la terapia.

Confidencialidad.- La información que obtienen los terapeutas de sus clientes debe ser confidencial, aunque esta se puede romper en casos especiales, como cuando hay una acción criminal implicada, cuando el terapeuta actúa como perito judicial, cuando el cliente es menor y se cree que ha sido víctima de violación, cuando hay intentos de suicidio, etc.

Relaciones profesionales.- Los terapeutas deben respetar las necesidades, competencias y obligaciones de sus colegas. Deben preguntar a los clientes si están recibiendo tratamiento con otro terapeuta; deben asumir una responsabilidad si se enteran que otro terapeuta viola reglas éticas, etc. Todo terapeuta debe guardar y archivar las historias clínicas de sus clientes, por lo menos hasta el plazo exigido por la ley.

Resumen de Kleinke K (1995) Principios comunes en psicoterapia. Desclée de Brouwer. Capítulo 7.

Personalidad del terapeuta.- Aunque casi no se han realizado otras investigaciones para evaluar el rol de los efectos del terapeuta, los resultados de este trabajo concuerdan con las pruebas surgidas de investigaciones anteriores, que demuestran que la personalidad del terapeuta puede contribuir en gran medida al cambio, y que los terapeutas de los que se han establecido que tienen una personalidad más sana, tanto según mediciones objetivas como por juicios de sus pares, obtienen mejores resultados terapéuticos que el resto (Beutler, Crago y Arrizmendi, 1986).

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 3.

Sentimientos del terapeuta.- Aunque en los materiales escritos de la terapia cognitiva se han subrayado cada vez con más la importancia de los factores correspondiente a la relación, se ha prestado atención al papel de los sentimientos, los pensamientos y las reacciones del terapeuta. Hay una tendencia a dar por sentado que los terapeutas pondrán en práctica -óptimamente- cualquier intervención que sea apropiada sin que sus sentimientos interfieran en absoluto. Tal vez se presupone, como sugiere Wilson (1984), que los terapeutas aprenden a manejar terapéuticamente sus sentimientos y reacciones a través de sus propias experiencias personales, o que la supervisión clínica les enseña a controlarlos. Dada la importancia de esta variable, sin embargo, resulta peligroso hacer tales suposiciones.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 3.

Disciplina interna del terapeuta.- El primer paso en el proceso de desenganche o desvinculación consiste en tomar conciencia de los propios sentimientos y tendencias a la acción con respecto al paciente. Como lo expresa Kiesler: "Dado que el terapeuta es necesariamente influido por el paciente, por fuerza está sometido a sentimientos y otras implicaciones con el paciente antes de llegar a advertirlos o catalogarlos. El primer paso esencial en este proceso de desenganche, por consiguiente, es que el terapeuta advierta, esté atento a y luego catalogue los compromisos a los que arrastra el influjo de un paciente dado. Mientras el terapeuta no advierte lo que le está sucediendo internamente, se encuentra atrapado en el juego transaccional del paciente".

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 5.

La psicoterapia como profesión satisfactoria.- Es satisfactoria porque es una profesión independiente, porque produce ganancias económicas, porque no es rutinaria, porque otorga reconocimiento y prestigio, porque es una estimulación intelectual, y porque produce crecimiento y satisfacción emocional.

Desaliento profesional.- Es un estado de agotamiento profesional, despersonalización y escasa satisfacción en cuanto a rendimiento, que pueden sufrir quienes ayudan a los clientes. El desaliento tiene que ver con cuestiones personales, con el ambiente de trabajo y con el tipo de cliente. Hay clientes que generan más estrés, como los muy depresivos, los suicidas, los no colaboradores, los que están estacados y no mejoran, los clientes agresivos, los clientes aburridos, etc.

Terapia multicultural.- Tipo de terapia donde dos o más participantes tienen diferentes culturas, valores y estilos de vida, lo cual constituye todo un desafío para el terapeuta, quien entonces deberá desarrollar competencias multiculturales. Por ejemplo, apreciar y respetar las otras culturas, conocer la historia y tradiciones de las diferentes culturas de los clientes, adecuar la forma de trabajar a diferentes modalidades culturales.

Resumen de Kleinke K (1995) Principios comunes en psicoterapia. Desclée de Brouwer. Capítulo 6.

Valores.- Los terapeutas son en cierto modo filósofos con sus propias concepciones acerca de la naturaleza de las personas y de sus trastornos, y sus percepciones e interpretaciones que ofrecen a los clientes son necesariamente subjetivas.

Valores terapéuticos.- Son diferentes según cada terapeuta. Algunos valores son: sensibilidad a los sentimientos, libertad, autonomía, responsabilidad, integración, capacidad de afrontamiento, trabajo, autoconocimiento y crecimiento, relaciones humanas y compromiso familiar, automantenimiento y bienestar físico, capacidad para perdonar, satisfacción sexual regulada, espiritualidad y religiosidad, felicidad (como bienestar subjetivo y satisfacción vital), etc. También es importante como valor concebir la salud mental no como la capacidad de ver la realidad, porque esta visión es necesariamente subjetiva, por lo que entonces lo que importa son más bien las ilusiones, pero las positivas, el optimismo, etc. es decir una manera positiva de ver la realidad.

Resumen de Kleinke K (1995) Principios comunes en psicoterapia. Desclée de Brouwer. Capítulo 11.

Posturas teóricas.- Algunos profesionales asumen una postura reduccionista, según la cual las diferencias de procedimientos son interpretadas como desviaciones o variaciones incorrectas de las técnicas legítimas o bien como nuevos desarrollos de inferior categoría. Desde aquí se generaron dos tipos de actitudes: 1) se formaron grupos de ortodoxos y heterodoxos, y 2) se generó una competencia salvaje y duras críticas, por ejemplo entre conductistas y psicoanalistas, tratándose de una lucha de poder.

Surgieron también técnicas mixtas, y modelos eclécticos, basados en la idea de que distintas psicoterapias tienen elementos comunes, por lo que pueden unirse técnicas diferentes para obtener un mismo resultado.

Los modelos integrativos se diferencian de los anteriores en que exigen una premisa adicional: la de que las aportaciones de distintos enfoques pueden combinarse NO por la yuxtaposición armónica de diferentes procedimientos en un mismo nivel de organización teórico y técnico, sino que pueden 'integrarse' en un nivel superior de elaboración conceptual en el cual pueden basarse. Adquieren así una nueva estructura teórica y clínica: hay integración, no yuxtaposición. El hombre es una totalidad compleja, y exige un abordaje de muchas variables que operan conjunta y simultáneamente: historia personal, circunstancias presentes, proyectos futuros, etc.

Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

PSICOTERAPIA

Definición.- Método el tratamiento de las enfermedades psicogenéticas por técnicas y procesos psicológicos, por ejemplo, por análisis y síntesis existencial (Caruso), por la *Psicoterapia del individuo* (Adler), por las diferentes formas de *Psicoanálisis* (Freud, Torney, Sullivan, etc.), por hipnosis, por trabajo, etc. y, en general, mediante todos aquellos métodos que no emplean medicamento alguno. El método psicoterapéutico puede ser *analítico* o *sintético* o *analítico-sintético*. Se distingue entre psicoterapia individual y psicoterapia de grupo.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "Término genérico para cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal o no verbal con el paciente, específicamente distinto de los tratamientos electrofísicos, farmacológicos o quirúrgicos".

Asociación Psiquiátrica Americana, 1969.

Definición.- "Psicoterapia describe cualquier aplicación intencionada de técnicas psicológicas por parte de un profesional clínico con el fin de llevar a cabo los cambios de personalidad o conducta deseados.

Korchin S., "Modern clinical psychology", Nueva York, Basic Books, 1976.

Definición.- La psicoterapia "es el tratamiento de dificultades emocionales y de personalidad con medios psicológicos".

Harré y Lamb, "Diccionario enciclopédico de Psicología", 1983.

Definición.- "La psicoterapia es un método científicamente fundamentado de tratamiento de un paciente, una pareja, una familia o un grupo, y destinado a detectar conflictos inconcientes o experiencias fallidas y problemas, con el fin de ayudar al o los pacientes a alcanzar un conocimiento profundo de su estado y mejorar su relación con la realidad".

Battegay y otros, "Diccionario de Psiquiatría", 1984.

Definición.- "La psicoterapia es un conjunto de procedimientos destinados a aliviar cierto tipo de padecimientos de los seres humanos, específicamente, aquellas formas de sufrimiento consideradas como

carentes de sentido o posibles de ser evitadas por la persona que padece, o las que derivan de la necesidad de llevar adelante la vida de otro modo. Por lo tanto, un tratamiento psicológico está destinado a producir cambios que ayuden a las personas a vivir de manera más plena".

Fernández Álvarez H y otros, "Psicoterapia integrativa de base cognitivo-constructivista", incluido en "Psicoterapias en Argentina", Buenos Aires, Holos, 1994, pág. 261.

Definición.- En esta misma línea, psicoterapia puede definirse como "un conjunto de técnicas destinadas a promover situaciones de cambio personal en individuos que padecen, cuando dicho padecimiento no se sostiene en alguna forma de valoración que lo justifique".

Fernández Álvarez H. y otros, "Desarrollos en psicoterapia", Buenos Aires, Editorial de Belgrano, 1997, pág. 29.

Definición.- "Med. Tratamiento de ciertas enfermedades por la sugestión o la persuasión" (Aristos, 1968:492).

Aristos (1968) Diccionario ilustrado de la lengua española. Barcelona: Sopena.

Definición.- La psicoterapia, según Zeig y Munion, "es un proceso orientado al cambio que ocurre en el contexto de una relación profesional, empática, poderosa y contractual" (citado por Feixas y Miró, 1993:15).

Feixas y Miró (1993) Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós.

Definición.- Las psicoterapias o terapias por medios psicológicos constituyen un conjunto de técnicas destinadas a promover situaciones de cambio personal en individuos que padecen, cuando dicho padecimiento no se sostiene en alguna forma de valoración que lo justifique.

Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 13.

Definición.- Es una interacción planificada, cargada de emoción y confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante la interacción el sanador busca aliviar el malestar y la discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero a veces también mediante actividades corporales.

El sanador puede implicar también a los familiares y otras personas significativas del paciente en los rituales de curación. La psicoterapia incluye también a menudo ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida, lo que puede usarse como oportunidad para el crecimiento personal.

Condensado de Kleinke K (1995) Principios comunes en psicoterapia. Desclée de Brouwer. Capítulo 1.

Definición.- (De psico- y el griego 'therapeía' cura) f. Psiq. Conjunto de técnicas curativas que se utilizan en el tratamiento de enfermedades psicológicas, especialmente de origen psíquico, y que se basan en la palabra y otras influencias de tipo psíquico. Psiq. La mayor parte de los métodos psicoterapéuticos modernos tienen su origen en el psicoanálisis, y en este sentido tienen como base teórica el inconsciente, en alguna de sus versiones conceptuales, y los mecanismos de defensa del yo. No obstante existen otras formas de tipo humanistas, fenomenológico o comprensivo, que prescinden del concepto de inconsciente. En general, todas las formas de psicoterapia consideran al sujeto humano como un todo, aunque viéndolo desde la perspectiva de las fuerzas motivacionales de la personalidad. Las técnicas psicoterapéuticas pueden ser 'individuales' (por ejemplo: psicoanálisis, hipnosis, etc.) y 'colectivas' (por ejemplo: dinámica de grupos, psicodrama, etc.).

Navarro F (director) (1995) Diccionario Enciclopédico Salvat. Barcelona: Salvat.

Definición.- "La psicoterapia es un conjunto de procedimientos destinados a aliviar cierto tipo de los seres humanos, específicamente, aquellas formas de sufrimientos consideradas como carentes de sentido o posibles de ser evitadas por la persona que padece, o las que derivan de la necesidad de llevar adelante la vida de otro modo. Por lo tanto, un tratamiento psicológico está destinado a producir cambios que ayuden a las personas a vivir de manera plena".

Fernández Álvarez Héctor y otros, Psicoterapia integrativa de base cognitivo-constructivista. Incluido en en Sánchez Bodas y otros (1994) Psicoterapias en Argentina. Buenos Aires: Holos, página 262.

Definición.- La mayoría de los intentos por definir el término concuerdan en identificar a la psicoterapia como "un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos, en el contexto de una relación profesional" (Feixas G y Miró M, 1993:16). Algunas definiciones resaltan más el valor del proceso interpersonal entre paciente y terapeuta, mientras que otras dan más importancia a sus fines específicos en términos de la modificación de la personalidad del paciente o también en términos de la modificación de sus conductas.

Por su parte, la American Psychiatric Association, que estableciera el método de diagnóstico llamado DSM, propone que la psicoterapia es un término genérico para cualquier tipo de tratamiento basado

principalmente en la comunicación verbal o no verbal con el paciente, específicamente distinto de los tratamientos electrofísicos, farmacológicos o quirúrgicos (American Psychiatric Association, 1969).

American Psychiatric Association (1969) Actas.

Feixas G y Miró M (1993) Aproximación a la psicoterapia. Barcelona: Paidós.

Características.- “Se puede observar que todas las modalidades terapéuticas hacen hincapié en los siguientes aspectos: 1) Cuidar la relación con el paciente. 2) Papel activo por parte del terapeuta. 3) Necesidad de poner unos límites claros en el encuadre como forma de evitar la interrupción prematura del tratamiento y el descontrol de impulsos. 4) Actitud flexible por parte del terapeuta y 5) Capacidad del terapeuta de crear una atmósfera de calidez, empatía y de manejar de sus propios sentimientos. Es conveniente tratar focalmente y cuidar la relación entre el paciente y el terapeuta en todo tipo de terapias. En pacientes con problemas de abuso de sustancias, problemas de descontrol de impulsos con la comida, ludopatías, abuso de alcohol, etc. conviene tratar la dependencia antes de iniciar un tratamiento psicoterapéutico, o con el compromiso del paciente de simultanear el tratamiento de la adicción y el inicio de la terapia”.

Díaz Curiel J (2003) *Tratamientos psicoterapéuticos de pacientes con trastorno borderline de Personalidad en equipos de salud mental comunitarios: ¿Hacia un modelo de integración?* Madrid. Disponible en <http://usuarios.discapnet.es/border/tlpstart.htm>

Reseña histórica.- Ya Sorano había mostrado una gran preocupación por la forma de tratamiento de la locura, en la cual centró sus investigaciones.

Se opuso fundamentalmente a los métodos duros y coercitivos, denunciando, por así decirlo, las condiciones de hacinamiento y de tortura que, ya en el período greco-romano eran moneda corriente en el tratamiento de los enfermos mentales. Fue un avanzado con respecto a las estrategias, en lo que podemos llamar las actuales técnicas de psicoterapia. Propuso tocar los temas que son comunes para el paciente, o sea hablar su propio lenguaje, siendo importante darle coraje y estimularlo permanentemente (Ceberio y Linares, 2000:41-43).

Se comenzó a perseguir a los que eran considerados endemoniados y brujos y, a la vez, las enfermedades mentales fueron separadas del patrimonio de las ciencias médicas. Se definieron entidades clínicas como la *Licantropía* (Marcelo, siglo III), con la que las personas vagaban por lugares desiertos, preferiblemente cementerios, aullando como lobos. Hasta el siglo IV, se difundieron con mayor interés los estudios astrológicos (Ceberio y Linares, 2000:45).

Más tarde, la Inquisición entregaba al brazo secular a quienes consideraba herejes, para que se encargara de ejecutarlos -generalmente por medio de la quema pública-. De esta forma se permutaba el *sanar* por la acción deliberada de *matar*, eliminando así lo que se consideraba un mal para la sociedad (Ceberio y Linares, 2000:51).

Parece ser que en este período la medicina realizó estudios de anatomía, pero no se interesó por desentrañar el fenómeno de la locura, haciendo caso omiso de los *subterráneos* donde eran encadenados los enfermos mentales. Esta indiferencia hizo evidente el temor y el odio manifiestos con respecto a la enfermedad mental, lo que trajo como consecuencia que la tradición demonológica ejerciera todavía gran influencia en la mentalidad de la época (Ceberio y Linares, 2000:55).

En el siglo XVIII, apogeo del racionalismo y humanismo, se imprimieron nuevas ideas y contrastes de pensamiento, lo que valió considerarlo la cuna del *Iluminismo*. Aunque se proclamó la importancia de los derechos del hombre, también fue inventada la guillotina, que hizo caer más de una cabeza en este período de la historia.

Con respecto a la enfermedad mental, la medicina se alejó del sadismo demonológico y comenzó a entenderla como un *accidente* en el hombre como persona. Fue un siglo en que se desarrollaron la tecnología y la industria. Entre otras cosas, se inventó la máquina a vapor y se formó una nueva clase de burguesía constituida por industriales y comerciantes, incidiendo sobre las artes, las ciencias, la política y la economía (Ceberio y Linares, 2000:58).

Durante el siglo XIX, y más aun durante el XX, el campo de investigación psiquiátrica se extendió a la antropología y la sociología. La figura de Charcot gozaba de gran prestigio en su condición de científico francés racionalista post-revolucionario.

La Psiquiatría iba saliendo de los muros del hospital para ocuparse de los individuos en sociedad y no únicamente de los pacientes psicóticos internados.

Si antes el médico no descendía a los sótanos o a los lugares abandonados para estudiar la psicología anormal, ahora las oficinas, los salones, la cocina, las fábricas, las calles y el mismo pueblo, ofrecían igualmente material de estudio. Además empieza a surgir un interés por el tipo de tratamiento que debe aplicarse a la locura. Hasta el momento, el médico solo observaba e investigaba la manifestación de la enfermedad, mientras que con el tiempo, la psicoterapia invertirá el proceso y se constituirá en un instrumento de exploración (Ceberio y Linares, 2000:65-66).

La idea de la internación de pacientes con disturbios mentales en instituciones cerradas es una tradición sostenida a lo largo de siglos. La certeza de que en toda gran ciudad de Europa era necesario disponer de un hospital psiquiátrico con pabellones cerrados, que albergaran de por vida a gran número de pacientes,

fue enraizándose de manera profunda en la conciencia de los ciudadanos civilizados, en el transcurso de los últimos trescientos años. El correspondiente prejuicio, no solo se arraigó en el pensamiento médico, sino que llegó a constituirse en una evidencia sociocultural, para muchos incuestionable (Ceberio y Linares, 2000:76).

Ceberio M y Linares J (2000) La locura, marginación y libertad. Buenos Aires: Ecu.

Generalidades.- Actualmente, existen más de 400 dispositivos de psicoterapia, y dentro del mismo psicoanálisis, se han reconocido alrededor de 200 variantes. Este escenario plantea el terreno de las psicoterapias como un campo heterogéneo que ha ido creciendo y diversificándose ampliamente en el siglo XX.

A partir de la reflexión sobre esta realidad se plantean varios interrogantes, nuevos horizontes aparecen para las psicoterapias en todo el mundo y poco a poco, la Argentina comienza a acercarse a los puntos de decisión académico-organizacionales y en materia de políticas de salud que otros países ya enfrentaron. El objetivo de este artículo es introducir esas cuestiones y desarrollarlas esquemáticamente para habilitar la posibilidad de debate.

La pregunta sobre qué tipo de intervención puede definirse como psicoterapéutica conlleva la tarea compleja de elaborar un criterio de demarcación y mientras esto no se haga, sigue aumentando la oferta de dispositivos "psicoterapéuticos" de dudosa procedencia teórica y sin probada aplicabilidad clínica que se presentan como opciones de atención en salud mental, sin informar a los pacientes de la existencia de otros tratamientos.

Este trabajo presentará en primera instancia, una breve descripción de los modelos generales de psicoterapia que existen más allá del psicoanálisis, para luego revisar algunas formas de evaluación de tratamientos y cómo la cuestión de la regulación ética y legal de la práctica psicoterapéutica se articula con esto. Finalmente, resaltaremos las diferentes posibilidades que brinda la investigación y las perspectivas de los movimientos de integración del campo.

Ezequiel Benito, La Psicoterapia. REVISTA PSIENCIA. 2008 SEP; 1(1).

Escuelas de psicoterapia.- Se han seleccionado las psicoterapias más conocidas, omitiéndose derivaciones de la línea original para evitar confundir al lector, siendo esta elección un intento de orientación, no de dar cuenta de la totalidad de las posibilidades existentes hoy. A continuación de cada escuela, aparecen el autor o los autores más reconocidos, fechas y país de origen.

Análisis Existencial	Ludwig Binswanger (1881-1966) - Suiza
Análisis Transaccional	Eric Berne (1910-1970) - Canadá
Antipsiquiatría	Ronald Laing (1927) - Escocia
Biodinámica	Gerda Boyesen (1922) - Noruega
Bioenergética	Alexander Lowen (1910), B Skinner (1907-1988) - EEUU
Conductismo	John B. Watson (1878-1958) - EEUU
Ensueño Dirigido	Robert Desoille (1890-1966) - Francia
Grito Primal	Arthur Janov (1924) - EEUU
Grupos de Encuentro	Kurt Lewin (1890-1947) - Alemania
Haptonomía	Franz Veldman (1921) Países Bajos
Hipnoterapia	Milton Erickson (1901-1980) - EEUU
Interacción centrada en los temas	Ruth Cohn (1912) - Alemania
Logoterapia	Víctor Frankl (1905) - Austria
Musicoterapia	Grupo de Estocolmo (1942) - Suecia
Neopsicoanálisis Humanista	Erich Fromm (1900-1980) - Alemania
Programación Neurolingüística	Richard Bandler, John Grinder - EEUU
Psicoanálisis	Sigmund Freud (1856-1939) - Austria
Psicodrama	Iacov Moreno (1892-1974) - Rumania
Psicología Analítica	Carl Jung (1875-1962) - Suiza
Psicología Individual	Alfred Adler (1870-1937) - Austria
Psicosíntesis	Roberto Assagioli (1888-1974) - Italia
Psicoterapia Centrada en la Persona	Carl Rogers (1902-1987) - EEUU
Psicoterapia Cognitiva Conductual	Albert Ellis, J. R. Cautela, Aarón T. Beck - EEUU
Psicoterapia Gestáltica	Friedrich Peris (1893-1970) - Alemania
Psicoterapia Humanística Transpersonal	Abraham Maslow (1908-1970) - EEUU.
Psicoterapia Sistémica Individual	Paul Watzlawick (Austria), G. Bateson (Inglaterra), Janet Beavin, Don Jackson (EE.UU)
Rolfing	Ida Rolf (1896-1979) - EEUU
Sexología	William Masters (1915) y Virginia Johnson (1925) - EEUU
Terapias Familiares	Nathan Ackerman (EEUU), Salvador Minuchin (Argentina),

	Selvini Palazzoli (Italia) y otros
Vegetoterapia	Wilhelm Reich (1897-1957) – Austria

Sánchez Bodas y otros (1994) Psicoterapias en Argentina. Buenos Aires: Holos, página 286.

Generalidades.- Toda psicoterapia incluye, entre otros, los siguientes nueve procesos terapéuticos comunes a todas ellas, y son los siguientes:

1. Se intercambia un servicio por un pago.
2. El terapeuta ofrece consejo, aunque algunos evitan hacerlo, por ejemplo porque dar consejo evita que el paciente piense por sí mismo.
3. El terapeuta amplía la visión del mundo del cliente, de manera de que estos puedan ver sus problemas desde una nueva perspectiva.
4. El terapeuta ayuda al paciente a recapitular conflictos genéricos, por ejemplo mediante la transferencia, que actualiza vínculos con los padres infantiles.
5. La psicoterapia establece una experiencia emocional correctiva, o sea expone al paciente de nuevo, bajo circunstancias favorables, a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado.
6. Promover expectativas positivas, como por ejemplo mediante hipnosis se inducen al paciente formas de pensar positivas.
7. La psicoterapia permite experimentar emociones, tanto en el terapeuta como en el paciente, ya que la curación no es sólo un ejercicio intelectual, sino que también implica sentir.
8. La psicoterapia ejerce una influencia social: los terapeutas transmiten inevitablemente sus creencias y valores sociales.
9. La psicoterapia promueve la práctica de nuevas competencias, o sea nuevas formas de comportarse, sentir y pensar en el paciente, para luego trasladarlas a la vida diaria con beneficio para él.

Condensado de Kleinke K (1995) Principios comunes en psicoterapia. Desclée de Brouwer. Capítulo 1.

Generalidades.- En la actualidad la psicoterapia está en proceso de crecimiento, y atravesando un momento de crisis debido a que han proliferado una gran cantidad de nuevos enfoques y técnicas, por lo que se requieren nuevas pautas para la formación de terapeutas.

La psicoterapia nace del campo médico, pero cada vez más fue ejercida por psicólogos clínicos y no por médicos. Esta circunstancia más el hecho de su crecimiento llevó a formular la declaración de Estrasburgo, que formula los cuatro principios generales de la psicoterapia:

- 1) La psicoterapia tiene una base científica y es ejercida por un profesional independiente.
- 2) El entrenamiento en psicoterapia debe ser científico y calificado.
- 3) Debe estar garantizada la multiplicidad de métodos terapéuticos (conductista, psicoanalítica, etc).
- 4) El entrenamiento en psicoterapia debe estar basado en el conocimiento de la teoría, la experiencia personal y la supervisión por parte de otro terapeuta.

Resumen de Fernández Álvarez H (compilador), Desarrollos en psicoterapia. Introducción.

Generalidades.- La psicoterapia es una asistencia psicológica. Esta asistencia consiste en poner nuestros conocimientos teórico-técnicos al servicio de una reestructuración de la personalidad, ayudando así a resolver los conflictos y a adquirir un funcionamiento adecuado de nuestro aparato mental o anímico, para posibilitar el goce de nuestra condición humana en un constante proceso de desarrollo y crecimiento que nos proporcione una inefable vivencia de plenitud, placer y felicidad. Todo ello implica siempre un compromiso ideológico por parte del terapeuta.

Para Wolberg, la psicoterapia es una forma de tratamiento de problemas emocionales donde una persona entrenada establece un vínculo con el paciente con el fin de eliminar, modificar o retardar síntomas, de intervenir en patrones perturbados de conducta y de promover un desarrollo positivo de la personalidad.

Resumen de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 4.

Generalidades.- Para abordar la ciencia y el arte de psicoterapia debemos tener en cuenta como base la naturaleza del hombre mismo. El desarrollo fenomenológico y existencial en psiquiatría, tiende hacia esta comprensión de lo que "es" el hombre. Este movimiento, surgido en Europa en las últimas décadas, tiene tres aspectos especiales:

El primero es una nueva forma de ver la realidad del paciente, llamada fenomenología. Según Husserl, es tomar el fenómeno tal como se nos presenta, y es un error pensar que conocemos el fenómeno sólo porque conocemos la causa, su porqué. Este porqué no tiene sentido hasta no saber "qué" es uno.

Dentro del enfoque terapéutico existencial, tenemos el principio de que todas las formas de entender el hombre, todas las terapias, se basan en algunos presupuestos, y este enfoque requiere el examen permanente de dichos presupuestos. Binswanger dice por ejemplo, que la forma freudiana de entender el hombre, el presupuesto del modelo instintivo y económico, hacen que se seleccionen los datos de la experiencia para ajustarlos a dicho presupuesto. Cuestionar todo presupuesto, entonces, permite ver al hombre globalmente (por ejemplo en su relación con las otras personas y consigo mismo y no meramente en relación a sus instintos). No se trata de criticar un presupuesto, sino de admitir la posibilidad de uno nuevo.

Los dos puntos anteriores nos llevan al tercer supuesto, de tipo ontológico: el método existencial sostiene que debemos preguntarnos por la naturaleza del hombre como tal, o sea debemos hacernos la pregunta ontológica ¿qué es el hombre?

Veamos una explicación más científica de estos principios.

Cuál es la unidad básica de estudio en psicoterapia? Clásicamente se decía que era un "problema". En psicoterapia se abordan problemas, no pacientes. Pero la cosa no es así: antes que nada hay una persona que viene a la consulta, persona que tiene el terapeuta, considerar a partir de varias características ontológicas, que son las siguientes:

Primero, el hombre busca preservar algún centro, y supongo que el paciente está sentado frente a mí porque eso es lo que quiere. Segundo, El hombre tiene necesidad de autoafirmación, o sea de preservar ese centro, que siempre existe aunque el hombre esté muy conflictuado, existe potencialmente. Tercero, el hombre necesita valor para preservar ese centro, el paciente tiene la necesidad y la posibilidad de salirse de su centro para formar parte de otros seres, por eso viene a la consulta. Esta salida siempre es riesgosa, y el paciente lucha contra ella. La enfermedad es simplemente el recurso que el individuo emplea para preservar su ser. La neurosis encierra potencialmente las posibilidades creativas del ser, que mediante la psicoterapia se reorientarán constructivamente. Quinto, el paciente comparte un conocimiento con el terapeuta, debe alcanzar un nivel especial: la autoconciencia. Habitualmente se sustituye el conocimiento por conciencia, lo que en este contexto, es incorrecto, por lo que hay que redefinir el concepto de conciencia.

Conciencia es la característica ontológica central que constituye al yo en su existencia como tal, es decir, es sentimiento de que puedo tener "conocimiento", de que soy el ser que posee un universo. Sólo se puede entender la experiencia inconsciente sobre la base de esta concepción de la conciencia. La inconsciencia consiste en las experiencias que la persona no se puede permitir realizar. Ser consciente es ser consciente de sí mismo y de su universo, de sus posibilidades y necesidades.

Veamos el problema de la conciencia en relación al Edipo. En la visión freudiana en niño en el Edipo es un caníbal guiado por sus exigencias instintivas (es una tragedia al estilo griego). Según Rousseau, el niño no es un caníbal pero tampoco en ángel. En nuestra concepción el Edipo no se circunscribe a lo sexual y al parricidio: debemos comprender la situación edípica como el conflicto trágico dentro de la persona y en sus relaciones con su mundo y los otros, en la emergencia y la evolución de la conciencia de sí mismo. La única pregunta en el drama es: ¿reconocerá Edipo lo que ha hecho? El drama es la tragedia de ver la realidad sobre uno mismo, confrontando lo que uno es con sus orígenes, la tragedia de un hombre que conoce y enfrenta su propio destino con su autoconocimiento consciente. El Edipo es una experiencia trágica de la conciencia. Conciencia por ejemplo de saber de que uno no puede amar totalmente, y que siempre hay un resto de destructividad hacia el otro.

Por último, unos comentarios prácticos sobre los objetivos de la terapia. Estos no son destruir la ansiedad y la culpa, sino ayudar al paciente - y a nosotros mismos - a enfrentarlas constructivamente. No se trata de calmar la ansiedad o la culpa, sino canalizarlas constructivamente. Debemos distinguir, tanto en la ansiedad como en la culpa, lo normal y lo neurótico. La ansiedad neurótica es inapropiada para la situación supuestamente amenazante, y lo mismo respecto de la culpa neurótica. Además la culpa neurótica incluye síntomas, es una culpa reprimida.

El miedo es una forma de ansiedad, así como la vergüenza es una forma objetivada de la culpa. Existencialmente, debemos tratar la culpa y la ansiedad normal, pues desde allí podemos canalizarlas constructivamente. La culpa y la ansiedad neuróticas son sencillamente el resultado final de no haber enfrentado la culpa y la ansiedad normal, por represión.

Rollo May, al hablar del vínculo terapéutico, en vez de "relación" prefiere hablar de "encuentro". En el encuentro el terapeuta debe enfrentar un ser con mucha culpa y ansiedad, debe poder sentir lo que él siente, debe estar abierto al mundo del paciente. En general podemos decir que el objetivo de la terapia, es ayudar al paciente a realizar sus potencialidades, a transformar la culpa y la ansiedad neuróticas, en culpa y ansiedad normales.

Resumen de Rollo May (1990) La psicología y el dilema del hombre. México: Gedisa. Capítulo 6: El contexto de la psicoterapia.

Un enfoque fenomenológico de la psicoterapia.- Así como todavía no hemos construido totalmente un puente entre la filosofía existencial y la psicoterapia (como bien mostró Sartre), tampoco hemos construido sólidamente la relación entre la fenomenología y la psicoterapia, no obstante los valiosos intentos de Strauss, Minkowski y Binswanger, como psiquiatras fenomenólogos, y de Buytendijk como psicólogo y Merleau-Ponty como filósofo. En este capítulo veremos algunos problemas de la relación fenomenológica/psicoterapia.

En primer lugar no podemos dejar de considerar el psicoanálisis, aunque podamos no estar de acuerdo con él. Al respecto debemos considerar dos hechos: 1) fue muy importante el impacto de Freud sobre la imagen que el hombre occidental tenía sobre sí mismo, y 2) esta imagen que él conscientemente buscó y por la cual trabajó, es inadecuada y debemos sustituirla por una comprensión del hombre que se ajuste a éste como "ser humano".

Haciendo un análisis fenomenológico de la obra de Freud, podemos registrar lo siguiente. Primero, Freud aumentó muchísimo el reino de la conciencia humana, pues incluyó dentro de la personalidad también lo irracional, lo instintivo, las ansiedades, los miedos, los aspectos olvidados, en suma: el inconsciente (que yo prefiero llamar "las potencialidades inconscientes de la experiencia"). De esta forma Freud relativizó la razón y además la voluntad (consciente). La voluntad sola, el simple precepto moral no puede regir la actividad yoica, la cual depende de muchos aspectos inconscientes del psiquismo.

Con ello Freud no suprimió la moral, sino la ubicó en un terreno más profundo y con ello, nos obligó a rever los conceptos de culpa y responsabilidad. Al respecto, por ejemplo, el planteo de Freud debilitó el sentido de responsabilidad individual del hombre. También modificó el sentido de libertad psicológica, entendiéndola como un reconocimiento del determinismo inconsciente, es decir, limitando mucho la libertad psicológica.

Volviendo a la relación fenomenología / psicoterapia, esta última busca en la fenomenología normas universales para comprender la naturaleza básica del hombre, es decir, qué constituye a un ser en humano. Esta comprensión no puede comenzar con el estudio de la enfermedad, puesto que esta no es más que una distorsión de la comprensión del paciente sobre su naturaleza humana. Entonces comprendamos primero ésta.

Citaremos tres problemas centrales de la psicoterapia que ilustran esta necesidad de una comprensión de la naturaleza básica del hombre. Estos problemas son los siguientes:

El problema de qué es la salud y qué es la enfermedad.

El problema del vínculo paciente – terapeuta.

El problema del inconsciente.

1) Acostumbramos de deducir la imagen de salud a partir de la enfermedad y la neurosis, y a su vez definimos éstas en función de nuestra cultura y nuestras técnicas terapéuticas. Por ejemplo definimos enfermo a quien no puede adaptarse a nuestra sociedad y así la idea de salud es cada vez más vacía: en sano, se convierte aquel que se curó la neurosis, o aquel psicótico que puede salir de la celda y mantenerse. Así, se tiende a pensar en salud como un estado aburrido. Todos los intentos por definir salud desde esta perspectiva -como adaptación o conformismo social – provienen de no haber comprendido previamente la naturaleza humana, y para esto sí nos puede ayudar la fenomenología.

¿Y cómo puedo abordar fenomenológicamente al paciente? Partiremos de que todo paciente que viene a consulta siente amenazado su propio centro, su propia existencia. Entonces, la neurosis ya no es más una desviación de mis teorías particulares sobre todo lo que el hombre debiera ser, sino como el método usado por el propio sujeto para preservar ese centro amenazado. La idea de centro podemos analogarla con la idea de "integración" de Husserl, o sea con el impulso hacia la coherencia, la necesidad de aumentar la experiencia e integrarla, todo lo cual es inherente a la condición humana.

2) También la fenomenología puede ayudarnos a esclarecer la naturaleza de la relación del terapeuta con el paciente, lo que Freud llamo "transferencia". Este concepto de Freud, amplió mucho nuestra visión del hombre como relacionado con los otros (vivimos en los otros y ellos viven en nosotros), pero tienen sus problemas: los terapeutas se pueden esconder detrás de la transferencia para protegerse de la ansiedad que provoca un encuentro directo. Además, puede debilitar el sentido de realidad del paciente mediante la terapia: paciente y terapeuta se convierten en "sombras" y también todos los demás del mundo. Esto puede afectar el sentido de responsabilidad del paciente y quitarle la posibilidad del cambio.

En su lugar proponemos la idea de "encuentro", y así la transferencia sería solamente la distorsión del encuentro. Desde Freud, el amor es simplemente la sublimación o canalización de Eros, cuando en rigor es una actividad genuina, un trascender hacia el otro.

Fenomenológicamente, el paciente que viene a consulta, como todo ser, necesita y puede salirse de su centro para participar de otros seres, pero ello no es fácil pues siempre implica un riesgo (salirse demasiado del centro puede implicar perderlo, perder la identidad). Lo que Freud llamaba inhibición es entonces la relación con el mundo del ser que puede salirse pero está demasiado amenazado para hacerlo (bloqueo). Es como si el paciente dijera: "cuando amo, puedo quedar vacío".

La neurosis es tanto aferrarse al propio centro para no perderlo, como alejarse demasiado de él y perder identidad (por ejemplo el "hombre – equipo"). La amenaza real ya no es la castración, sino el ostracismo, que es el gran miedo del hombre – equipo o neurosis actual.

El encuentro terapéutico es una relación total que incluye al mismo tiempo cuatro niveles: primero, el de las personas reales (me alegra ver al paciente, y éste no se siente tan solo), segundo, el de los amigos (confiamos uno en el otro), tercero, el de la estima o afecto (preocupación por la autotranscendencia a través del bienestar ajeno), y cuarto, el nivel erótico (muchas veces inevitable pero útil en la terapia como forma de comunicación). Estos cuatro niveles deben orientarse hacia la posibilidad de cambio del paciente.

El encuentro no solo crea ansiedad sino también alegría, ya que por el encuentro transcendemos hacia el otro con cierto riesgo pero con posibilidad de enriquecernos con la nueva relación; por ello, es el encuentro, siempre una experiencia "creativa". En todo encuentro genuino, las personas cambian.

Partimos de la hipótesis según la cual, en toda terapia bien encaminada, no es posible que una persona sienta algo, sin que la otra lo sienta también en alguna medida: en el *Midwelt* siempre hay alguna resonancia (sino la hay, hay un bloqueo). Por ello el mismo terapeuta debe clarificar y frenar sus propias tendencias neuróticas para facilitar esta resonancia mutua con el paciente.

La fenomenología, así, nos permite conceptualizar qué es el encuentro en sí (cuando por el psicoanálisis solo hemos conocido su distorsión: la transferencia). El encuentro no es un mero derivado de la transferencia o la contratransferencia.

3) Debemos rechazar la teoría del inconsciente como si éste fuera un sótano donde se guardan toda clase de cosas; como dice Straus: "los pensamientos inconscientes del paciente son en general, las teorías conscientes del terapeuta". Sartre atacó también la idea del inconsciente pero algo artificiosamente, al decir que inconsciente no es lo que no sabemos, sino lo que sabemos, pero que no debe entrar en la conciencia. No obstante estamos de acuerdo con Sartre, en que cualquier experiencia de la que somos inconscientes, está presente, en alguna medida, en lo que conocemos, aunque sólo sea potencialmente. El problema real es porqué una persona no puede permitirse "saber que sabe algo", y en este sentido podemos rescatar la riqueza del concepto freudiano de inconsciente.

Por tanto, urge distinguir entre conocimiento y conciencia. El conocimiento es el lado subjetivo de nuestro centro, y algo inherente a todo lo existente (hasta los átomos "conocen"). Se puede conocer sin tener conciencia: por ejemplo, cuando el paciente muestra mucho conocimiento sobre su problema pero no puede sentir que él está inmerso en ese problema, no tiene conciencia... El conocimiento sin conciencia es altamente despersonalizador. Así, la conciencia es la forma específicamente humana de conocimiento por la cual, no solo se sabe algo, sino que uno se siente a uno mismo sujeto en relación con otro: es decir, en un vínculo yo – tú. Ser consciente es cuestionarse, y esto implica ponerse en una relación significativa con respecto al mundo.

Consiguientemente debemos redefinir el inconsciente. No debemos decir "el" inconsciente, pues no es un lugar ni una cosa: el inconsciente debe definirse como las potencialidades para la acción y el conocimiento que la persona no puede o no quiere realizar. Sí, pueden realizar corporalmente, por ejemplo mediante síntomas somáticos, pero el punto importante es que no puede o no quiere ser consciente de su deseo.. Tenemos conocimiento de nuestra experiencia inconsciente, lo cual no implica forzosamente que tengamos conciencia de ella.

La conciencia no surge del inconsciente, como dicen los evolucionistas; lo correcto es decir que conciencia e inconsciente surgen de un fondo común: un conocimiento indiferenciado (que luego se hará consciente o no).

Si para Freud el análisis debe hacer consciente lo inconsciente, para nosotros la terapia debe ayudar al paciente a que haga consciente su conocimiento. La conciencia implica el sentimiento de que "soy el que posee este mundo y estoy haciendo algo en él", lo cual implica responsabilidad. Así, el cambio esperado no viene de afuera, de una voluntad o una moral determinada, sino desde el mismo ser y de su propia necesidad de cumplir con ese ser.

Resumen de Rollo May (1990) *La psicología y el dilema del hombre*. México: Gedisa. Capítulo 7: Un enfoque fenomenológico de la psicoterapia.

Objetivos.- Gustafson considera como objetivos la capacidad de enfrentar resistencias, recuperar o adquirir capacidades y poder luchar contra la resistencia sistemática de la familia y la sociedad. Azevedo por su parte destaca como objetivos aliviar o hacer desaparecer los síntomas, restablecer un funcionamiento mental existente antes de la aparición del sufrimiento, reconocer algunos problemas de personalidad que impiden una mejor adaptación, reconocer la relación entre problemas de la personalidad y enfermedad, poder sustituir defensas regresivas por otras más adaptativas, aumento de la autoestima, definición de medidas correctivas aplicables a dificultades ambientales y, tal vez, a la personalidad como un todo.

Importa como objetivo también lograr una libertad interna que le permita al paciente enfrentar con mesura los factores alienantes del entorno sin someterse a ellos. De hecho, existen en la sociedad muchos factores estresantes, como por ejemplo el simple hecho de vivir en sociedad, la incertidumbre propia de la vida cotidiana, la permanente contradicción entre acciones y valores, el subdesarrollo, las condiciones laborales, el problema ecológico, el problema de la violencia, ciertos alienantes sistemas de gobierno, los cambios de valores, etc. Kesselman destaca como objetivos reducir los miedos básicos, hacer más plásticos los mecanismos de introyección y proyección, hacer explícito lo implícito, favorecer la movilidad de roles, y favorecer la creación de ideologías.

Resumen de Knobel M (1987) *Psicoterapia breve*. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 11.

Metas.- Es importante fijarse metas porque proporcionan una dirección a la terapia, porque permiten evaluar a los terapeutas su competencia, porque permiten vigilar los progresos del cliente, y porque son automotivadoras. Las metas deben ser evaluadas en cuanto a sus ventajas y desventajas, en cuanto a cuáles son (definirlas claramente), y en cuanto a los recursos con que se cuenta para alcanzarlas.

Algunas metas terapéuticas posibles tanto para el cliente como para el terapeuta son: cuidarse a uno mismo, aptitud para pedir ayuda y obtener placer en el contacto con los demás, tolerancia a la

frustración (aceptar que la vida es sufrimiento y placer), aceptación de la incertidumbre (puede dar miedo, pero también aporta excitación y fascinación por la vida), logros creativos, planificación del futuro, y autoaceptación (sólo las acciones pueden ser juzgadas como buenas o malas, nunca las personas). El establecimiento de metas y la terminación son dos procesos relacionados, porque la terminación exitosa del tratamiento es una meta terapéutica importante.

Condensado de Kleinke K (1995) Principios comunes en psicoterapia. Desclée de Brouwer. Capítulo 10.

Factores específicos y no específicos.- La separación de la terapia en factores específicos y no específicos tiene una larga historia en la investigación en psicoterapia. El término "específico" generalmente se aplica a aquellos factores técnicos que se consideran específicos de una particular forma de psicoterapia, mientras que "no específicos" se aplica a los factores comunes a todas las formas de psicoterapia. Estos factores comunes, según normalmente se los conceptúa, son cualidades de la relación entre terapeuta y paciente que contribuyen al cambio, como calidez, empatía, la aceptación y la expectativa de que el tratamiento será beneficioso. El término "factor no específico" se utiliza a veces en conexión con el concepto de efecto placebo.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 3.

Estrategia psicoterapéutica.- El diseño de una estrategia psicoterapéutica debe considerar dos tipos de variables:

I) Variables teórico-clínicas:

- a) Tipo de trastorno (predominantemente psicológico, neurobiológico o social).
- b) Profundidad de las construcciones personales: o sea de la construcción de la realidad organizada por el paciente. Por ejemplo, el adolescente encuentra obstáculos para elaborar una sólida construcción de autonomía. Del tipo de construcción dependerá la profundidad de la terapia: desde la focalizada (dura hasta 6 meses) hasta la terapia abierta (sin límite de tiempo).
- c) Nivel de procesamiento de la información. Se citan aquí cinco niveles de procesamiento de la información: 1) refocalización y/o redireccionalización de la atención, 2) redefinición de datos ingresados, 3) reclasificación de los archivos, 4) reestructuración de los esquemas nucleares, y 5) reestructuración general del sistema. Para los dos primeros basta una terapia focalizada, para el tercero una terapia intermedia, y para los dos últimos terapias prolongadas.

II) Variables situacionales:

- d) Expectativas de cambio: medios y fines.
- e) Cantidad y modalidad de los recursos disponibles: cantidad de sesiones por semana, duración total estimada del tratamiento, tipo de terapeuta y costo de la terapia.

Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 14.

Comienzo.- Las reglas del inicio del tratamiento se basan en cuatro reglas:

1. Delimitación de objetivos en los que están de acuerdo paciente y terapeuta.
2. Posibilidad de modificar esos objetivos en el curso de la terapia.
3. Ajuste del nivel de atribución interna del malestar. Los pacientes atribuyen su malestar algunas veces a causas externas (están mal por causa de otros) o a causas internas (como una debilidad emocional o incapacidad intelectual). Estas últimas suelen ofrecer menos resistencia para el trabajo terapéutico.
4. Diseño de una estrategia terapéutica progresiva y gradual, promoviendo la menor cantidad de cambios necesarios para el cumplimiento de cada objetivo.

Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 14.

Comienzo.- Cuando se está a punto de comenzar una psicoterapia, deben tenerse en cuenta tres factores: evaluar la posibilidad de éxito del cliente; preparar a los clientes para la terapia; y acomodar la terapia al cliente.

Alrededor de un 20% de la población tiene un trastorno mental identificable, pero de ellos pocos son los que consultan al profesional, pues muchos se confían a amigos o esperan solucionar ellos solos el problema. Piden ayuda al profesional cuando sienten que no pueden ejercer control sobre ellos mismos, cuando sienten que nadie puede ayudarlos en su entorno, etc.

Los clientes tienen más posibilidades de tener éxito en la terapia si tienen altos montos de ansiedad pero el trastorno no es demasiado grave, cuando están dispuestos a comunicar sus sentimientos e intimidades, cuando están dispuestos a asumir la responsabilidad de sus conductas, si aceptan que la terapia les impondrá sacrificios, etc.

También debe quedar el claro qué esperan los clientes de la terapia: guía, orientación emocional, apoyo, alguien que los escuche y contenga, etc. En cada caso hay que preparar al cliente para el tipo de terapia correspondiente. Se llama estructuración al proceso por el cual se instruye a los clientes sobre el proceso terapéutico que afrontarán.

También hay que acomodar la terapia al cliente, y no el cliente a la terapia. Se trata de un principio de flexibilidad por el cual el terapeuta puede flexibilizar la modalidad terapéutica dentro de ciertos límites para adaptarla al cliente. Algunas estrategias útiles para adaptar la terapia al cliente son por ejemplo definir la terapia en función de la meta que busca el cliente (curar un síntoma, cambiar un modo de ser, etc.), evitar atacar puntos de máxima resistencia del cliente, etc. La eficacia de la terapia depende en gran parte de si es una terapia limitada en el tiempo, es decir, se puede determinar un momento de terminación con alguna aproximación.

Resumen de Kleinke K (1995) Principios comunes en psicoterapia. Desclée de Brouwer. Capítulo 8.

Terminación.- La terminación proporciona al terapeuta y al cliente la oportunidad de despedirse de una manera mutuamente gratificante, y una meta importante de la terminación es enseñar a los clientes como concluir una relación significativa con una sensación de seguridad y dominio. Para ello, el terapeuta debe evaluar la disposición del cliente para terminar, la posibilidad de alcanzar la clausura terapéutica, y el aprender a transferir (lo aprendido durante la terapia a la vida cotidiana).

Para terminar una terapia deben evaluarse diversos aspectos: si terminaron los síntomas, si el cliente está en condiciones de afrontar solo la vida, y ha mejorado sus relaciones con los demás, si ha alcanzado un insight suficiente para evitar el retorno de los síntomas, etc.

La terminación puede ser iniciada por el mismo cliente o por el terapeuta, pero debe tenerse cuidado con las terminaciones prematuras. Una terminación exitosa implica discutir precozmente la terminación, tener metas claras, y la aparición de ciertas actitudes de los clientes, como por ejemplo no tener tantas cosas de las que hablar, empezar a tratar al terapeuta más de igual a igual, sesiones menos frecuentes, etc. La terminación no es nunca definitiva: el terapeuta debe dejar siempre una puerta abierta.

Condensado de Kleinke K (1995) Principios comunes en psicoterapia. Desclée de Brouwer. Capítulo 10.

Marco teórico de la psicoterapia.- En la terapia estamos aplicando el método científico, pues allí ponemos a prueba nuestra teoría. Esto nos lleva a plantearnos dos cuestiones: 1) ¿Qué grado de teoría es necesario efectivamente para la conducción de la Psicoterapia? Y 2) ¿La Psicoterapia requiere un tipo específico de teoría psicológica?

Siempre será necesario contar con un marco teórico que permita Comprender las experiencias y acciones del paciente. A partir de aquí uno puede basarse en una sola teoría, y tomar lo útil de varias (esta última es la postura Ecléctica). En el eclecticismo se corre el riesgo de ser incoherente, pero dicha postura podría justificarse diciendo que todas las teorías son incompletas e irregulares, por lo que no podríamos basarnos en una sola de ellas. La versatilidad ecléctica nos será muy útil en la terapia, pues nos deja margen para elegir este o aquel aspecto teórico (una sola teoría nunca explica "todos" los hechos).

Todos nosotros hemos forjado nuestra propia teoría psicológica, incluso también los mismos pacientes. Por ello una tarea principal como terapeutas será descubrir qué clase de teoría psicológica tiene el paciente, pues sobre él no solo influirán sus reminiscencias sino también sus teorías. También nuestra teoría influye en nuestro quehacer, por ejemplo guiando y seleccionando la información proveniente de nuestras observaciones. Si la teoría resulta inadecuada, deberemos detener nuestras observaciones, o evitar que sufran la influencia de la teoría inadecuada restringiendo la cantidad de inferencias que hagamos.

Lo ideal es basarse en una única teoría, pero no hacerla rígida, sino admitir que puede ser enriquecida por otros enfoques.

Hay quienes niegan el valor de la teoría porque cada paciente es único y singular (enfoque ideográfico), pero lo cierto es que nuestra capacidad para Comprender a un paciente solo puede aumentar si utilizamos la experiencia recogida con otros pacientes igualmente singulares.

Un buen analista se servirá de su teoría como una simple guía, como puede serlo el mapa para el navegante. Su concepto de Angustia de Castración le servirá al analista para organizar su Comprensión del paciente, sin pretender que recuerde éste todos los acontecimientos de su pasado (una anamnesis total es imposible): basta con que el paciente advierte toda una serie encadenada de experiencias, emociones o fantasías vinculadas con el temor a la pérdida de una parte vital del cuerpo. Nos interesa más la experiencia actual del paciente y una descripción de su mente en términos más cotidianos (en vez de Instinto de Muerte, hablar de deseos de herir, etc.) A veces, las experiencias pasadas del paciente se añaden sólo como un condimento.

En la etapa Inicial del tratamiento trazamos un mapa del territorio que explotamos en el paciente. En la etapa Intermedia orientamos al mismo paciente a la exploración de dicho territorio, como si fuera una visita guiada, mostrándole especialmente los puntos salientes o peligrosos. Pero ojo, que al principio quien conoce el territorio es el paciente, y el terapeuta es aun un extraño. Ambos hacen una exploración conjunta, donde el terapeuta tiene que permanecer muy cerca del paciente, de la misma forma como dos exploradores tienen que estar juntos en un territorio inexplorado.

El paciente ve el árbol, y el terapeuta el bosque. Este, poco a poco a partir del detalle debe ir mostrándole el bosque al paciente, pero si el paciente tiende a ver el bosque, nosotros debemos mostrarle el detalle.

Contestemos ahora la segunda cuestión planteada al principio de esta carta, sobre si la Psicoterapia requiere algún tipo específico de teoría psicológica. Por el momento mi Psicoterapia se basa en el psicoanálisis, pero admite la posibilidad de incluir aspectos de otras teorías como la Cognitiva, la Existencial o la Interpersonal.

Podríamos incluso prescindir de muchos conceptos psicoanalíticos, y basarnos en uno que me parece fundamental: la idea de que toda conducta es intencional, responde a un propósito o fin y está producida por varios factores, no uno solo (esto se llama planteo Dinámico de la conducta), factores que si están de acuerdo entre sí decimos que la conducta está sobredeterminada (Principio de la Función Múltiple), y si no están de acuerdo decimos que hay un Conflicto.

De lo que resulta difícil prescindir es de los conceptos psicoanalíticos de Resistencia y Transferencia, pues gracias a ellos podemos hacer que los pacientes traigan a sesión sus problemas más importantes, e incluso que los recreen in vivo.

Muchos dicen que la Transferencia es un vínculo artificial, y que la terapia debe fundarse sobre un vínculo real (escuela Existencialista-Humanista). Considero que no hay que descartar, pero tampoco sobre estimar la transferencia: cuando la transferencia esté en el trasfondo, es mejor dejarla en ese segundo plano. Y lo mismo podemos decir de nuestra teoría.

Resumen de Paul Irving (1990) Cartas a un joven terapeuta. Sobre la conducción de la psicoterapia. Buenos Aires: Amorrortu. Carta 28.

Historia.- Aunque la psicoterapia contemporánea aparece durante el siglo XIX en el ámbito de la medicina, es posible trazar una historia de la misma desde los inicios de la humanidad.

Las raíces de la psicoterapia.- Los antecedentes más remotos los encontramos en el animismo, creencia según la cual el alma puede abandonar el cuerpo durante el sueño o después de la muerte, reencarnándose en otros seres (metempsicosis). La enfermedad es considerada como un caso de posesión: un alma extraña ocupa el lugar del alma del paciente, y por tanto el tratamiento será el exorcismo (expulsar el alma extraña).

Pero el origen de la psicoterapia actual está en la antigua Grecia, donde al pensamiento mágico se agregan elementos racionales. Aristóteles introduce la palabra persuasiva con fines curativos. Platón se adelanta a Freud al postular que los deseos ocultos despiertan mientras dormimos. Se habla también en Grecia del término medio, o sea, evitar los extremos para una vida feliz. Hipócrates, médico, veía la salud como armonía entre cuatro humores corporales (bilis, etc), y la enfermedad como un desequilibrio entre los mismos. Para Galeno, la enfermedad es una disposición del cuerpo por la cual están alteradas las funciones vitales, y el médico puede ayudar a la naturaleza a curar, alterando los factores no naturales. Lo psicológico constituyó para él un mero soporte moral.

Esta idea de Galeno sobrevivió durante la Edad Media. Pero también, en esa edad, la Iglesia intervino considerando la enfermedad mental como producto de la voluntad sobrenatural, en este caso del diablo. Una terapia era la confesión (de los pecados). Ignacio de Loyola propone una serie de ejercicios espirituales para cambiar la naturaleza perversa del hombre.

En el Renacimiento se empezó a criticar la idea de enfermedad mental como posesión diabólica. Se funda el primer manicomio, y se empieza a diferenciar posesión demoníaca de enfermedad mental. Se especula sobre el carácter hereditario de estas últimas, y se describen cuadros como la melancolía, la hipocondría y la histeria. Se introduce el término 'neurosis' para designar alteraciones del sistema nervioso, mientras Pinel propone una interpretación anátomo-clínica de la neurosis, al tiempo que rompe las cadenas de los locos en los manicomios proponiendo un tratamiento moral más humanizado. Durante estas épocas (fines del siglo 18 en adelante) se recomendaban como tratamientos curas de reposo, electroterapia, masajes e hidroterapia.

La aparición de la psicoterapia.- Surge a fines del siglo 19, y en un principio estuvo al margen de la medicina oficial. Importa en primer lugar la hipnosis como puente entre las curaciones pre-psicológicas de la antigüedad y el psicoanálisis: el paso del demonio al inconciente.

Para Mesmer existe un fluido universal, cuya distribución desequilibrada producía la enfermedad. Mediante ciertas técnicas como el magnetismo y la hipnosis, se puede volver a canalizar dicha energía poniendo al paciente en estado de 'crisis'. Puysegur sostuvo que en realidad las curaciones tenían que ver con la fe, con la sugestión del paciente. Para Bernheim, la hipnosis era producto de la sugestión, y Charcot trabajó con la hipnosis, llegando a ser la sugestión hipnótica un sinónimo de psicoterapia. Se consiguieron aislar ciertas enfermedades que no tenían lesión anatómica (Kraepelin).

La hipnosis no curaba del todo los síntomas, por lo cual Freud investigó otros métodos, tratando personas histéricas. Se utilizó el método catártico, por el cual se revivía la situación traumática. Utilizó el método del apremio, y luego llegó a la asociación libre y a la interpretación de lo asociado, base del tratamiento psicoanalítico.

El desarrollo de la psicoterapia.- En contra de ciertas posturas como la de Wundt, crece a principios del siglo XX la idea que debe desarrollarse una psicoterapia, aún cuando la psicología no haya alcanzado suficiente fundamentación teórico-experimental.

En EEUU se desarrollan psicoterapias para resolver problemas prácticos, polarizándose más las diferencias entre académicos y clínicos. Luego de la primera guerra mundial, el psicoanálisis hace sentir

más su influencia en la psicología clínica. Aparecen las primeras obras sobre la personalidad (Allport, etc) y con la segunda guerra mundial la conciencia terapéutica aumenta, sobre todo por demandas sociales. Los psicólogos reclaman su derecho a diagnosticar y curar, pese a las resistencias de los psiquiatras.

Surgen con Eysenck los cuestionamientos sobre la eficacia de la psicoterapia, pese a lo cual siguen apareciendo nuevos modelos, como el cognitivo, el sistémico y el humanista.

El estado actual de la psicoterapia.- Se caracteriza por una multiplicidad de perspectivas distintas, de donde su panorama es complejo. Hay orientaciones eclécticas, psicodinámicas, cognitivas, conductuales, existenciales, humanistas, sistémicas, gestálticas, adlerianas, sullivanianas, etc. A partir de los años 70 se advierte un aumento de las posiciones eclécticas y un progresivo descenso de la orientación psicoanalítica (salvo la psicología del self), en los EEUU. Los modelos cognitivos y humanistas tienen cierto incremento, y la tendencia conductista tiende a mantenerse, lo mismo que la sistémica.

Hay un eclecticismo atóxico e intuitivo que utiliza técnicas independientemente del marco conceptual, un eclecticismo técnico, que utiliza técnicas de acuerdo con criterios teóricos pero sin aceptar necesariamente la verdad de la teoría, y un eclecticismo sintético, que propone una integración de los diversos modelos teóricos.

Se advierte una creciente tendencia hacia la psicoterapia breve, entre otras cosas por una cuestión económica, y porque las terapias largas no demostraron ser más efectivas que las breves.

Resumen de Feixas G y Miró M (1993) Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós. Capítulo 2.

Historia.- Desde Freud se viene usando la palabra como vehículo fundamental de la terapia con un fundamento teórico, porque antes, hace mucho, se usaba pero en un contexto mágico para aliviar al paciente. Luego surgieron nuevas formas de psicoterapia como el conductismo, el modelo humanístico-existencial, la gestalt, etc., y surgió entonces la necesidad de buscar puntos comunes entre los diferentes modelos, así como una confrontación de sus resultados. Se buscaron puntos en común entre las distintas psicoterapias ya desde comienzos del siglo XX. Frank termina concluyendo, en nuestros días, cuatro puntos en común:

1. Una relación entre paciente y terapeuta basada en la confianza.
2. Tal relación es designada por la sociedad como un entorno de curación, lo cual genera una expectativa de alivio.
3. Toda psicoterapia se basa en un mito sobre la salud y la enfermedad.
4. Implica un procedimiento que resulta de una prescripción teórica.

Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

Reseña histórica.- La psicoterapia surgió para ayudar al ser humano en conflicto. Conflicto se equipara entonces con enfermedad, y toda intención de modificar esta situación se propone como intención por 'recuperar la salud'.

Al principio la psicoterapia se basó en la sugestión hipnótica, basada en el autoritarismo del médico o el brujo. Con el comienzo de la psicología como ciencia, la observación y la experimentación fraccionaron al ser humano en funciones aisladas entre sí y mensurables, pero este modelo médico corría el riesgo de que falten piezas del rompecabezas o que no haya una teoría unitaria que explique todo el conjunto.

Un ejemplo de teoría unitaria fue el psicoanálisis, que no fue solo un simple enfoque clínico sino toda una concepción del hombre y del sentido de su vida. De esta teoría surgieron la psicoterapia psicoanalítica, la psicoterapia analítica del grupo, y la psicoterapia breve de base psicoanalítica. Todas ellas descansan sobre la idea de un aparato psíquico.

Condensado de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

Modelos.- Hay dos razones por las cuales los terapeutas utilizan diversos modelos en sus prácticas diarias: a) clínicas, por la diversificación de ofertas de tratamiento, tanto en cuanto a técnicas como objetivos, y b) teóricas, por la progresiva multiplicidad de los modelos y sus variantes.

Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

Integración de modelos teóricos.- Cada modelo de psicoterapia propone enfoques distintos sobre los problemas humanos y la forma de resolverlos. Cada modelo es único, y supuestamente mejor que los otros. Tienen diferentes lenguajes y distintas visiones del mundo y el hombre. Hay muchos terapeutas que no se comprometen con ningún modelo en particular, adoptando una actitud ecléctica.

Uno de los retos más apasionantes es ir desde esta pluralidad hacia un enfoque común, mediante un proceso de integración, lo cual implica un avance hacia estadios más maduros en la historia de la psicoterapia.

Los factores que han influido en la formación de un movimiento integrador de psicoterapias fueron:

- 1) Proliferación de muchos enfoques terapéuticos.
- 2) Ninguna forma de psicoterapia puede ser adecuada para todos.

- 3) Ninguna psicoterapia parece ser mucho mejor que las otras.
- 4) Reconocimiento de factores comunes a las distintas psicoterapias.
- 5) Énfasis en las características del paciente y de la relación terapéutica como principales ingredientes del cambio.
- 6) Factores sociopolíticos y económicos.

En la actualidad, el movimiento integrador abarca esfuerzos en tres grandes áreas de trabajo: a) la integración técnica, que centra su atención en los procedimientos independientemente de la teoría de base; b) la integración teórica, donde se busca integrar dos o más psicoterapias con la esperanza de que pueda salir una terapia mejor por integración de sus respectivos conceptos teóricos; y c) el área de los factores comunes a todas las psicoterapias, donde se busca integrarlas en base a lo que tienen en común, como por ejemplo la persuasión, la confianza, la esperanza de ayuda, etc.

Resumen de Feixas G y Miró M (1993) Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós. Capítulo 5.

Investigación en psicoterapia.- El difícil aplicar la metodología científica a la psicoterapia porque el control experimental es difícil de lograr, no sólo por el alto número de variables, sino también porque entre terapeuta y paciente se dan fenómenos de interacción que complejizan la investigación experimental.

Ante tales dificultades, han surgido dos grandes líneas de investigación.

1) La *investigación de resultados*, que busca indagar si la psicoterapia es o no efectiva para curar, y qué modelo terapéutico tiene mayor valor curativo. A tales efectos hay varios diseños de investigación, como por ejemplo el de caso único, que estudia cómo evoluciona un paciente con una determinada psicoterapia. También están los diseños que comparan varias psicoterapias entre sí, y los que utilizan grupos de control o tratamientos placebo, o sea, grupos que no son sometidos a terapia para ver como evolucionan sin ella.

2) La *investigación de procesos* intenta responder a la pregunta sobre qué es lo específicamente terapéutico de la psicoterapia, con lo cual se estudian y comparan los diversos elementos de la psicoterapia para ver qué incidencia tiene cada uno en la cura: el paciente, el terapeuta, la interacción entre ambos, etc.

Resumen de Feixas G y Miró M (1993) Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós. Capítulo 8.

Investigación en psicoterapia.- Aunque la investigación no ha podido demostrar la superioridad de una forma de psicoterapia respecto a las demás, sería un error suponer que todos los pacientes mejoran en igual grado con la psicoterapia.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 3.

Investigación en psicoterapia.- La investigación en psicoterapias se basó en a) estudiar los resultados obtenidos con diferentes técnicas para problemas equivalentes, y b) en estudiar la estabilidad de los logros obtenidos en el tiempo. Algunos autores llegan a las siguientes conclusiones provisionales:

1. La psicoterapia permite lograr resultados superiores a la remisión espontánea de los síntomas.
2. La psicoterapia es más eficaz que el uso de placebos.
3. Los resultados de la psicoterapia parecen ser duraderos.
4. Ninguna psicoterapia es significativamente mejor que otra para tratar problemas equivalentes.

Es difícil comparar psicoterapias entre sí porque juegan, además de las técnicas de cada una, factores inespecíficos como la personalidad del terapeuta, su capacidad para entender problemas, diferentes vínculos interpersonales con el paciente, etc.

Otras conclusiones obtenidas fueron las siguientes:

1. No se cumple que sólo el psicoanálisis produce cambios estructurales.
2. No se verificó la relación entre cambios terapéuticos y resolución de conflictos.
3. No se confirmó la hipótesis sobre la necesidad de resolver ciertos conflictos para producir ciertos cambios.
4. Los cambios con técnicas no analíticas (las de apoyo) producían resultados tan durables como las técnicas analíticas.
5. Los tratamientos analíticos obtuvieron menores resultados a lo esperado (quizá debido a la patología severa de los pacientes).
6. Los tratamientos analíticos eran más directivos a lo esperado, y los de apoyo más dinámicos a lo esperado.

Los pacientes que creen en la terapia al inicio del tratamiento obtienen mejores resultados. La expectativa es decisiva.

Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 1.

El cambio en psicoterapia.- La psicoterapia busca producir cambios en la vida del cliente. Para que esto sea posible debe tenerse en cuenta que cada cliente tiene su propio tiempo para cambiar, que el cliente es el agente del cambio, que el cambio requiere acción, y que el cambio implica riesgos.

Resistencia al cambio.- Los clientes pueden resistirse a cambiar por diversas razones: porque tienen miedo al cambio, porque se resisten a la influencia de un otro (el terapeuta), porque circunstancias de su vida diaria le impiden cambiar (por ejemplo no conseguir un empleo), porque sus síntomas les dan algún beneficio, porque no saben como cambiar, porque tienen desesperanza y pesimismo (no están motivados para cambiar).

Las resistencias pueden ser de varios tipos: dar poca información al terapeuta, hacer estallidos emocionales, agredir o agradar al terapeuta, faltar a las sesiones, etc. Señales de alarma de resistencia son por ejemplo comportamientos sabotadores y conductas provocativas. Las resistencias deben manejarse, mostrando al cliente donde están, y mostrándoles la necesidad de superarlas.

Buenos momentos.- Además de las intervenciones paradójicas y el uso de metáforas e historias, otra forma de ayudar al cliente a cambiar es maximizando los buenos momentos en las sesiones, disfrutándolos.

Establecer metas.- Es más probable que los clientes colaboren y trabajen para lograr cambios, si tienen metas claras, alcanzables y significativas para ellos, o sea, las metas deben ser del cliente, no del terapeuta, deben ser concretas, deben ser realistas, significativas y gratificantes. Además, los logros deben ser atribuidos al cliente, aunque el estímulo de los otros es de gran ayuda.

Debe establecerse un contrato para alcanzar las metas, y es útil que el cliente haga auto-registros de como va progresando.

Mantener los logros terapéuticos.- Es importante que los cambios producidos se mantengan a lo largo del tiempo, para lo cual es útil identificar situaciones de alto riesgo donde se puede volver a la situación anterior, preparar el afrontamiento (la forma de enfrentar la situación), emplear de sistemas de apoyo, y evitar la auto-culpabilización por no haber podido mantener los cambios.

Resumen de Kleinke K (1995) Principios comunes en psicoterapia. Desclee de Brouwer. Capítulo 5.

Pertinencia de los cambios psicoterapéuticos.- Es incorrecto pensar que una psicoterapia producirá cambios externos, como conseguir trabajo, pareja, etc., o curarse de males físicos como una úlcera, etc. Incluso pacientes que lograban empleo, luego este se les hacía muy pesado y entraban en estrés. Logros externos y curaciones físicas dependen de muchas otras variables que están fuera de la psicoterapia.

La psicoterapia no busca lograr estados ideales, sino modificar hasta donde es posible estructuras internas o esquemas preparatorios para la acción, todo lo cual puede contribuir a producir los cambios externos o las curaciones físicas anheladas.

Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 13.

La psicoterapia en la actualidad y en el futuro.- Hoy en día la psicología ocupa un lugar importante en la cultura: asiste a todo aquel que carece de 'salud mental', que no tiene éxito, que no está bien en el amor, que tiene ansiedad. En este contexto, la psicoterapia viene a 'salvar' a este hombre en sufrimiento.

La psicoterapia presenta en la actualidad seis características principales:

1) *Masividad:* No sólo por su enorme difusión como práctica asistencial, sino también por la enorme cantidad de modelos y variedades técnicas, su aplicación a muchas situaciones, problemas y conflictos para personas de todas las edades y condiciones.

2) *Abaratamiento de la oferta:* Si al principio la psicoterapia era sólo para la clase pudiente, luego se produjeron cambios tanto en la oferta como la demanda. Muchos más profesionales, y entre ellos psicólogos y psicopedagogos, salieron a ofrecer también psicoterapia. Los sistemas de salud las promocionaron porque podían ser más baratas que la cirugía y otros caminos. Crecieron las terapias breves y focalizadas.

3) *Transparencia de las técnicas:* Los terapeutas dejaron de ser los personajes misteriosos que curaban desde lejos con técnicas misteriosas: los profesionales se volvieron más transparentes, tanto hacia el acto terapéutico como hacia el exterior.

4) *Integración de procedimientos:* La diversidad alcanzada a nivel clínico y teórico propició un movimiento de psicoterapeutas que buscaban la integración de su campo, para facilitar la articulación entre distintos abordajes (pluralismo de enfoques).

5) *Interdisciplinariedad de la práctica:* La psicoterapia dejó de ser cerrada y entremezcló su acción con otras acciones y procedimientos propios como hospitales, empresas, juzgados, centros de arte, etc. (aplicación interdisciplinaria). Otro ejemplo fue la articulación de la psicoterapia con la psicofarmacología.

6) *Análisis narrativo de la experiencia:* Actualmente la psicoterapia se desprendió bastante del esquema médico de eliminar síntomas dolorosos. Hoy la psicoterapia apunta más a reorganizar las experiencias por medio de una labor constructiva en torno a los significados personales. Para ello cumple un papel importante el estudio de los estilos narrativos y, especialmente, el de la llamada narrativa del relato, una forma novedosa de estudiar la actividad psíquica.

Los desafíos que la psicoterapia enfrentará en un futuro inmediato son 5:

- 1) Integrar o conciliar los dos objetivos de la psicoterapia que hoy están separados: eliminar el síntoma y favorecer el desarrollo personal.
 - 2) Elaborar un modelo epistemológico para este campo de actividad que permita situarlo definitivamente fuera de las prácticas médicas, sin abandonar la prioridad de entender la psicoterapia como servicio asistencial.
 - 3) Encontrar una articulación efectiva entre las investigaciones de procesos y de resultados. A veces es difícil evaluar los resultados de una psicoterapia, por lo que también hay que ver cómo ella se realiza (el proceso) para estimar su eficacia.
 - 4) Acercar las prácticas psicoterapéuticas a todos los niveles de prevención en general y de la promoción de la salud en particular, lo que supone reenfocar el usuario de la psicoterapia, desplazándolo de los individuos hacia las comunidades. Para esto será preciso:
 - a. Acentuar el trabajo grupal.
 - b. Circulación del rol del terapeuta (coterapia).
 - c. Desdoblamiento de los grupos: tareas intergrupales.
 - d. Captación de la demanda en la comunidad.
 - 5) Procurar la creación de un nuevo campo disciplinario para la formación y entrenamiento de los profesionales del área.
- Resumen de Fernández Álvarez H (compilador), Desarrollos en psicoterapia. Capítulo 7.

Diferencias entre sistemas de psicoterapia.- Hay dos niveles en que los distintos sistemas de psicoterapia captan aspectos diferentes del funcionamiento humano y la realidad clínica. En primer lugar, se centran en fenómenos distintos y describen fenómenos distintos. Por ejemplo, el énfasis del sistema conductual en la generalización de los beneficios del tratamiento y en los acontecimientos fuera de la sesión ha contribuido a la comprensión de los principios que fundamentan el mantenimiento del cambio. En contraste con esto, el interés psicodinámico tradicional en el inconsciente ha contribuido a la comprensión de un importante aspecto del funcionamiento psicológico, generalmente ignorado por los conductistas.

En segundo lugar, los distintos sistemas de psicoterapia aportan diferentes ópticas para contemplar un mismo fenómeno. Así, por ejemplo, el interés psicodinámico en la transferencia pone de relieve el papel del pasado en el modelado de las relaciones actuales. La tradición de la terapia centrada en el cliente, en cambio, subraya el carácter real de la relación terapéutica.

Resumen de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 1.

Metateoría.- Para comprender el proceso de cambio, es importante distinguir entre la teoría clínica, cuya finalidad es clarificar los mecanismos a través de los cuales operan determinadas intervenciones específicas, y la metateoría, que aporta una teoría de nivel más elevado sobre el funcionamiento humano. Mientras que algunos teóricos proponen concentrarse en lo que de hecho tiene lugar en la terapia en vez de desarrollar modelos de nivel más elevados del funcionamiento humano, nuestra opinión es que ambos niveles de análisis teórico son necesarios.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 1.

Hecho y teoría en psicoterapia.- Debemos acostumbrarnos a distinguir, al estudiar la Mente, la realidad de la ficción, es decir, los datos de nuestra teoría. Cuando el paciente dice: "me siento enojado", ¿esto es real? ¿o una ficción con la cual el paciente responde cuando el terapeuta le dijo "me parece que usted está enojado"? Lo mismo cuando el terapeuta dice "usted quería matar a su padre siendo niño": ¿es esto real o una ficción del terapeuta? Y si es real, ¿cómo probarlo?.

Podríamos decir que la diferencia entre el hecho y la teoría es que el hecho es observable. Sin embargo, en psicología muchos hechos no son observables (emociones, sentimientos, intenciones, etc.), hechos que para el conductismo no estarían en la esfera de la psicología científica.

El problema entonces es: ¿cómo podemos tener certidumbre respecto de esos hechos no observables? E inevitablemente debemos responder: "Nunca podemos saberlo con seguridad". Solo podemos optar por una confirmación relativa y condicional. Es importante diferenciar el grado de realidad o de ficción de nuestras afirmaciones (y las de nuestros pacientes) por dos motivos: 1) porque no podemos escapar a sus implicaciones puramente intelectuales; y 2) porque pueden entrañar una gran diferencia práctica en nuestra labor psicoterapeuta. Veamos lo primero.

Antes se recelaba de conceptos animistas, no observables, como "alma", por ejemplo. Después se intentó vincularlo con algo comprobable y observable: la actividad neurofisiológica, pero esto último no nos libera del trabajo de observarlo en forma directa en la terapia. Observar el "enojo" no equivale a observar el proceso neurológico subyacente, porque es un hecho psicológico, no fisiológico para nuestro enfoque.

Veamos el segundo motivo, o sea la necesidad de práctica en nuestra labor de diferenciar el hecho de la teoría. Veamos por ejemplo las siguientes cuatro interpretaciones:

1. Usted está enojado conmigo.
2. Usted está enojado conmigo porque eso le impide sentir dependencia hacia mí.

3. La razón por la cual está enojado conmigo (para sentirse no dependiente) es que yo le recuerdo a su padre.

4. Cuando usted tenía 5 años y su padre se fue de su casa, se sintió enojado con él (porque puso en peligro su dependencia).

La primera y la cuarta son la simple enunciación de un hecho (sea captado por la percepción o por un recuerdo). La segunda implica un proceso de inferencia. En 1 y 2 se reconoce la emoción experimentada, pero en el primero en forma mucho más directa que en el segundo: al primero lo llamaremos "reconocimiento emocional" y al segundo "reconocimiento intelectual" (no confundir la Intelectualización como defensa). La interpretación 3 también implica un reconocimiento intelectual: puede reconocer a nivel intelectual que él se porta con el terapeuta como lo hacía con su padre, pero, es discutible si ese reconocimiento lo puede lograr en forma mucho más directa.

En la interpretación 4 no estamos dando ninguna explicación de un mecanismo de defensa, sino enunciando algo del pasado del paciente. El paciente puede aceptar dicha interpretación diciendo que efectivamente recuerda haberse enojado a los 5 (cinco) años. Esto corresponde a un nivel meramente cognitivo (acto de recordar), pero pasaremos al nivel afectivo si el paciente vuelve ahora a experimentar aquel mismo sentimiento. Debemos aquí averiguar si este enojo actual tiene su origen en el pasado.

Consideraremos ahora otras 3 interpretaciones, que corresponden con la trilogía de afecto, violación y conocimiento:

1. Usted está enojado conmigo.

2. Usted quiere herirme.

3. Usted cree que me lastimará si se acerca.

¿Se trata de 3 distintos tipos de inferencia? ¿Se trata de 3 formas distintas de expresar el mismo hecho?

¿Son 3 experiencias sentidas de la misma forma? No es fácil responder estas cuestiones. Un impulso (2) puede experimentarse como intención y una creencia (3) como una expectativa. Puede acompañarlos una emoción directa (1) pero la intención y expectativa probablemente se basen en una inferencia. Cuando admitimos un impulso de herir a alguien, no lo inferimos en forma directa sino a través de nuestras acciones y sentimientos.

Muchos psicoterapeutas centran su atención y estudio en los sentimientos del paciente, como si consideraran que el problema del mismo es un trastorno emotivo básicamente. Esto es importante, pero no lo único importante: debemos atender también a sus percepciones y recuerdos, conocimientos y creencias, aspiraciones y fantasías, etc. Además como la terapia es esencialmente verbal, debemos priorizar lo intelectual pues podemos verbalizar nuestros pensamientos, pero es mucho más difícil verbalizar los sentimientos. Esto no significa que llevemos la teoría al extremo de decirle al paciente "Usted es víctima del Instinto de Muerte" en lugar de decirle "Usted está enojado". Por la formación del paciente, este por lo general no está familiarizado con el Instinto de Muerte como puede estarlo el analista, y sí con el Enojo: usemos entonces esta forma de expresión, más adecuada a su cultura.

Mientras no podamos captar en forma directa, internamente, nuestros estados psíquicos, debemos recurrir a la inferencia, es decir, inferirlos a partir del dato directo.

Resumen de Paul Irving (1990) Cartas a un joven terapeuta. Sobre la conducción de la psicoterapia. Buenos Aires: Amorrortu. Carta 27.

Modelo de Orlinsky.- Antes de escribir el modelo genérico de psicoterapia de Orlinsky conviene recordar que si antes se consideraba que el terapeuta definía los objetivos y el paciente el motivo de consulta, hoy se entiende que los objetivos son establecidos conjuntamente por terapeuta y paciente, e incluso dichos objetivos pueden cambiarse en el curso del tratamiento.

La primera versión del modelo genérico de psicoterapia data de 1986 y corresponde a Howard, y la segunda data de 1994 y corresponde a Orlinsky. Al ser un modelo genérico, procura describir las características básicas de cualquier tipo de psicoterapia, independientemente de su marco teórico. El modelo de Orlinsky plantea que toda psicoterapia se configura a partir de tres características principales: el input (lo que trae el paciente), el acto terapéutico (lo que hace el terapeuta para curar), y el output (los efectos o resultados, que genéricamente son un cambio en el paciente).

1) *Input.*- Es lo que el paciente trae como motivo de consulta y puede ser algo concreto como un ataque de pánico y algo más inespecífico del tipo 'no estoy conforme con mi vida'. En el input por un lado hay una demanda de ayuda del paciente y por otro una oferta de ayuda del terapeuta, las cuales tienen lugar en el marco de sus sistema de creencias y valores, como por ejemplo la creencia que el terapeuta es competente y podrá ayudar (representación social del terapeuta).

2) *Acto terapéutico.*- Está constituido y determinado con la cultura: cada cultura indica como tratar (con hierbas, con palabras). Todo acto terapéutico tiene tres componentes. Primero, hay una relación asimétrica especial entre dos personas, paciente y terapeuta que tienen roles asumidos de curador y ser curado. Segundo, un contrato que compromete a ambos a cumplir cierto encuadre. Tercero, las operaciones que realiza el terapeuta para producir cambios y curar, y que incluyen diversas estrategias y técnicas terapéuticas como la interpretación y otras. Todas constituyen el dispositivo o artefacto terapéutico, que interviene no solo sobre el paciente sino también sobre el vínculo con el terapeuta. A medida que desarrolla los actos terapéuticos, el terapeuta irá evaluándolos, en términos si produjeron el

cambio esperado. Evaluará también al paciente viendo como ha ido enfrentando y resolviendo sus dificultades.

3) *Output*.- Resultados de la psicoterapia, respecto de los cuales el paciente tiene sus expectativas: podrá ser suprimir un síntoma o una modificación más profunda de la personalidad. Para ello debe haber voluntad de cambio y de colaborar con el tratamiento.

Fernández Álvarez H (1998), Clases de Métodos y técnicas psicoterapéuticas. Cátedra de Métodos y técnicas psicoterapéuticas. Buenos Aires, Universidad de Belgrano.

La psicoterapia según Knobel.- El psicoanálisis se desarrolló como una medida psicoterapéutica de la cual surgieron otras técnicas basadas en el mismo cuerpo de doctrina.

La relación es impersonal. En esta relación debe existir por parte del terapeuta una verdadera *disposición* o *disponibilidad* interna terapéutica (Knobel, 1964), que no se puede desarrollar si no existe aquello que muy bien denominó Seguin (1963) un verdadero *Eros terapéutico*.

No se me escapa que lo ideal sería tratar de encuadrar esta tarea dentro de un marco científico e inclusive buscar una metodología científica de evaluación (Fiorini, 1978; Fiorini y Peyrú, 1978; Stieper y Wiener, 1975).

Sin embargo, no puede dejar de señalar que estas tentativas, dentro de una perspectiva psicodinámica como la que estoy proponiendo, pueden no solo alterar nuestros objetivos, sino también distorsionar nuestro referencial teórico y nuestra toma de posición ideológica.

La psicoterapia es una asistencia psicológica. Esta asistencia consiste en poner nuestros conocimientos teórico-técnicos al servicio de una reestructuración de la personalidad, ayudando así a resolver los conflictos y a adquirir un funcionamiento adecuado de nuestro aparato mental o anímico, para posibilitar el goce de nuestra condición humana en un constante proceso de desarrollo y crecimiento que nos proporcione una inefable vivencia de plenitud, placer y felicidad.

En primer lugar, ella plantea a la psicoterapia como un tratamiento, o sea, afirma que tiene un objetivo claro en la búsqueda de la salud, y una técnica terapéutica, y no debemos olvidar que la palabra 'terapéutica' significa 'asistir' o 'ayudar'.

Este tratamiento se dirige a 'los problemas de naturaleza emocional', es decir al psiquismo; o bien al alma, en un sentido más humanístico del concepto de lo mental. Se ocupa de los conflictos a que ya hicimos referencia y puede utilizar los conceptos acerca de nuestro aparato psíquico y sus alteraciones, que se manifiestan en sentimientos, pensamientos o conductas que causan angustia o sufrimiento.

No es el cuerpo, sino las emociones y sus repercusiones en la personalidad todo lo que se procura 'tratar'; es decir, se procura ayudar al paciente a lograr un adecuado funcionamiento de su aparato psíquico.

La otra persona es el paciente, o sea, quien busca la ayuda. Por distorsiones semánticas de naturaleza demagógica se pretende negar que exista un paciente, como si con ese malabarismo lingüístico el enfermo desapareciese. Se habla del sujeto, de la persona, sin percibir que se está utilizando un mecanismo de negación y de desplazamiento y anunciando así el propósito terapéutico mismo.

Establecer deliberadamente una relación profesional' es otro concepto fundamental. En psicoterapia, la relación, aun cuando tenga un profundo contenido humano, no puede dejar de ser esencialmente profesional, ya que de lo contrario se transformaría en una conversación más o menos amistosa (y por lo tanto cargada de prejuicios), o en cierto tipo de adoctrinamiento religioso o socio-político, que no tendría en cuenta la formación que debe tener el terapeuta, que es aquello que lo convierte en un verdadero profesional.

De estos conceptos tan simples se desprende la estructura de lo que se denomina 'encuadramiento' (o bien *setting*, o *encuadre*, que es el término correctamente empleado por los terapeutas), contrato terapéutico y toda la configuración operativa del singular momento vital que debe ser una psicoterapia honesta.

El resumen de los objetivos del método psicoterapéutico permite apreciar que existe una gama de posibilidades, algunas de las cuales son bastante modestas.

Se trata de eliminar, es decir, suprimir, o mejor dicho hacer desaparecer a través de una elaboración inconciente primero y conciente después, aquello que el paciente presenta como perturbador en su vida (o lo que él descubre como perturbador), sus síntomas. O, si ello no fuera posible, modificarlos o retardar su desarrollo para que perturben menos y la vida se haga más tolerable.

Por otra parte, la psicoterapia puede llevar a una revisión de patrones de conducta alterados, ya que puede interferir con los mismos, permitiendo que el paciente abandone esa condición y adopte patrones de conducta más adecuados, con sus posibilidades de placer, rompiendo así con los antiguos modelos de comportamiento, basados en conflictos no resueltos.

Todo esto permitirá que el proceso evolutivo del individuo se desarrolle en el sentido de un crecimiento positivo, dentro de una gradual discriminación mente-cuerpo-mundo, en los diferentes marcos cronológicos de cada persona, dentro de las limitaciones de cada organismo individual y en determinados marcos culturales y socio-político-económicos.

Por otra parte, el terapeuta es también un ciudadano y en la medida en que discrimine sus tareas y sus responsabilidades participará de la acción conjunta que puede llevarnos a lograr una sociedad más justa y una vida más humana.

Resumen de Knobel Mauricio, Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 4: Psicoterapia.

La psicoterapia según Paul Irving.- Carta número 1.- Enfrentamos actualmente el conflicto entre la psicoterapia tradicional, basada en el método de la "cura verbal", y la psicoterapia con espíritu innovador. Por eso debemos, quienes aun somos tradicionalistas, rever críticamente nuestros principios y métodos psicoterapéuticos.

En estas cartas el autor escribe a un sobrino imaginario, y su propósito es explicarle una descripción, explicación y enunciación de la forma de psicoterapia que él considera como óptima, incluyendo también inevitablemente algunos puntos polémicos.

Empieza por señalar que si bien su psicoterapia es tradicional, alguno de los métodos que usa no lo son (y además no son de su creación). Es difícil encontrar libros donde se expongan detalladamente las diferentes técnicas y métodos, y sí mucho de teoría, quizá porque tendemos a ser descuidados y poco exigentes en el empleo de las técnicas: con nuestros pacientes tendemos a admitir una amplia serie de interacciones que nuestro sistema formal de principios y métodos no puede justificar. Además, la palabra "técnica" sugiere algo mecánico, frío e inhumano.

Si bien el autor trabaja en el marco del psicoanálisis, muchos de los preceptos que rigen sus principios y métodos son existencialistas, humanistas, no-directivos, eclécticos, etc. Tales métodos los fue aplicando gradualmente por influencia de lecturas, y aun no los ha desarrollado plenamente.

Carta Número 2.- Para evitar los problemas que surgen de dar un nombre a mi sistema de psicoterapia, cada vez que a ella me refiera, lo diré con mayúsculas (Psicoterapia) o con bastardilla (en este resumen "psicoterapia"), y lo mismo cuando quiera especificar que uso tal o cual concepto según mi versión (Técnica, Defensa, Comprensión, etc. siempre con mayúsculas o en bastardilla).

Entendemos por "Psicoterapia" (o sea la psicoterapia como la entiendo yo) dentro de la familia de métodos que integran la escuela Psicoanalítica, porque dentro mismo del psicoanálisis hay varias formas de metodología según cada psicoanalista. No obstante, todas las formas de psicoanálisis tienen un espíritu en común, que es compartido por la "psicoterapia". Así, en ésta presto atención a los Conflictos, Defensas, formas de Resistencia y Transferencia, fantasías, etc., y empleo la regla de invitar al paciente a sus fantasías, recuerdos, ideas y sentimientos, a que exprese todo eso. En mi sistema adopté además como concepto teórico central, el concepto psicoanalítico de Autonomía del Yo, base de las Técnicas de la Psicoterapia.

No obstante, la Psicoterapia difiere del psicoanálisis ortodoxo en varios puntos importantes: soslaya el uso del diván, el requisito de las sesiones cotidianas, la asociación libre como base, y además, no privilegia ciertas experiencias del paciente sobre otras (como privilegiar por ejemplo, lo infantil), y conceptualiza en forma distinta el papel del terapeuta.

Asimismo la Psicoterapia difiere de la llamada Psicoterapia de origen Analítica, muy difusa y con énfasis en el apoyo, reaseguramiento y atención al tiempo presente. La Psicoterapia es más estricta y pura, y deriva los conceptos de Libertad y Solicitud del Asesoramiento No-directivo y de la Psicoterapia Existencial, adoptando sus mismos fines terapéuticos de autodeterminación y Autenticidad.

Además, la Psicoterapia tiene un carácter Mental: se ocupa de la experiencia privada del paciente en forma directa, fenomenológica, y sólo indirectamente busca el terapeuta influir sobre él. Ante todo, la Psicoterapia entra en trato con la Mente, y confía en que en el Cuerpo, la acción responda de manera apropiada, sea en la Interacción, en la Armonía trascendental, el Aspecto Dual o lo que fuere. La idea es no decirle al paciente lo que debe hacer, sino explicarle el por qué de sus acciones; lo que el paciente haga depende solo de él. Así el terapeuta está muy restringido: no sugiere, ni aconseja, ni premia, ni castiga, ni hace de maestro o amigo, se mantiene neutral e impersonal, observa sin mayormente participar, comenta sin juzgar y expresa muy limitadamente sus sentimientos. Esta forma tan singular de ser del terapeuta es porque su meta es inducir en el paciente una experiencia de tipo muy singular, propia de él.

En mi Psicoterapia evito cualquier tipo de manipulación de la conducta del paciente (como haría la terapia de la Modificación de la Conducta y del Encuentro Interpersonal, que emplean ejercicios, juegos y otros condicionamientos). Tampoco empleo Refuerzos Externos (como premios y castigos, etc.).

Carta Número 3.- Los principios básicos de la Psicoterapia (que quería decir un conjunto de principios y métodos psicoterapéuticos) toman cuerpo en la llamada Consigna Básica, que le doy al paciente al principio del tratamiento, y que reza así: "Dígame todo lo que quiera. Eso corre por cuenta suya. Lo escucharé y procuraré comprenderlo. Cuando crea tener algo útil que decirle, se lo diré".

Con esta consigna no le ordeno que hable o diga lo que piensa: decirlo no es cosa del paciente, le doy libertad. Evito en lo posible dirigirlo, orientarlo o controlarlo. Soy un observador y comentarista interesado, pero neutral, y lo ayudo a expresarse con claridad.

Estructuro la terapia y mi relación con el paciente hacia un fin: lograr la Autonomía del Yo (en sentido amplio: liberarse de la neurosis). Ello significa lograr mayor control sobre las fuerzas que actúan sobre su Yo, tanto internas como externas.

El Yo es el núcleo de la personalidad formada por la imagen de sí mismo y las funciones ejecutivas de su conducta, y por el Sí-mismo fenomenológico que puede ser reconocido como propio y autónomo. El Yo se halla inserto en una matriz de procesos y fuerzas que se originan tanto dentro como fuera de la personalidad. Dentro: pensamientos, sentimientos, tendencias hacia la acción, fantasías, necesidades, todo lo cual suele expresarse como conflictos. Estas presiones internas nunca armonizan totalmente con el Yo, y cuando este desajuste es muy grande, decimos que dichas presiones y procesos son Ajenos al Yo. Desde fuera, el Yo está sujeto a la influencia de la realidad, y tampoco hay nunca una armonía total; cuando hay mucho desajuste hablaremos de Inadaptación.

Una función central del Yo es entonces armonizar Ello, Superyó y Realidad, pero hay también que considerar sus intereses y experiencias propios.

Como hipótesis central propongo lo siguiente: la Autonomía del Yo se ve alentada y realzada por logros tales como la comprensión, la autoconfrontación honesta y un sentido más cabal de Autenticidad. Mediante el autoconocimiento y Autocomprensión el Yo debe aprender a reconocerse como una entidad relativamente independiente y dotada de volición, con poder para controlar sus experiencias y acciones: hacia ello tiende la "cura", hacia la gradual liberación del Yo o el Sí-mismo de las compulsiones internas y externas que lo sujetan.

Para ello la terapia recrea condiciones donde el paciente puede expresarse libremente, cosa difícil en otra situación cotidiana, no terapéutica. Esta libertad (a la vez medio y fin de la terapia) tiene también sus inconvenientes: puede producir ansiedad y dolor, sobre todo al comienzo del tratamiento. El paciente no está acostumbrado que adopten con él una postura de neutralidad, pero ser neutral no significa no demostrar indiferencia hacia el paciente y su bienestar, así como tampoco significa entrevistarlos.

Una sesión no es una entrevista pues, aunque externamente así lo parezca, en la entrevista el terapeuta busca directamente información, es un indagador que asalta al paciente requiriéndole datos. En la sesión en cambio hay más libertad: si el paciente quiere contar, que cuente, y si no, no.

Pero ello no significa que deba mostrarse indiferente con el paciente. Hay algo que los freudianos llamamos Función Sintética, o sea lograr que el paciente aprenda a Ser comprendido y a Comprender. La comprensión, en este sentido, no es paternalismo, sino conocer las experiencias del paciente, el qué, el cómo y el porqué de esas experiencias, o sea qué experiencias tiene, cómo las tiene (enunciarlas con claridad), y porqué las tiene.

Todo esto no implica interactualizar o des-afectivizar al paciente, sino al revés: sugerir al paciente que reconozca sus sentimientos, (por ejemplo decir: "Creo que está enojado, pero esto le resulta intolerable y por eso no lo expresa"). Cuando el paciente está enojado, pasamos entonces al plano intelectual o verbal: invitándolo a que hable de su enojo. En oposición a lo que dicen ciertas corrientes actuales que ven la situación del paciente como un estar alienado, nosotros evitaremos involucrarnos con el paciente en una confrontación directa y auténtica (para des-alienarlo): solamente interpretaremos. Esta es entonces la diferencia entre las terapias del Encuentro y las de otro tipo Analítico, que yo sostengo. Para nosotros la alienación es del hombre consigo mismo, y se supera con un Yo Autónomo. Esto a su vez posibilita superar fuera de la terapia la alienación que menciona la terapia del Encuentro, es decir, la alienación con respecto a los demás.

En suma, debemos alentar en el paciente la expresión de sus afectos, pero vehiculizarlos luego hacia una verbalización de los mismos, para poder en última instancia controlarlos, control que, como luego ver, es un poco discutible.

Carta Número 6.- Cuando se expone el tema de la psicoterapia, suelen aparecer tres ingredientes: Conceptualización Teórica, Sabiduría Pragmática, y Sermón Inspirador (lo que sabemos por la teoría, lo que sabemos por la práctica y lo que proponemos como ideal de cómo debieran ser las cosas).

En estos tres ingredientes aparecen mezcladas en mayor o menor proporción tres actitudes básicas: escepticismo, sentido crítico y respeto. Por ejemplo la sabiduría Pragmática inspira respeto, sumado a un cierto sentido crítico; la Conceptualización Teórica exige cierta dosis de sentido crítico, con una pizca de escepticismo.

Las tres actitudes implican una curiosidad por saber más. El escepticismo está en relación con una curiosidad científica (pues el científico exige pruebas sólidas), y el sentido crítico tiene más que ver con una actitud artística (pues el artista propone analizar la obra viendo cómo se aplica, en qué condiciones y con qué límites puede darse). El sentido crítico puede explicarse con los conceptos piagetianos de asimilación y acomodación: el sentido crítico indica por un lado preguntarse "¿le encuentro sentido?" o sea asimilarlo a mis esquemas conocidos, pero también implica poder cambiar mis propios esquemas para incorporar lo nuevo (acomodación).

La Psicoterapia implica ser escéptico –por eso es una Ciencia- pero también ejercitar el sentido crítico –por eso es también un Arte-. Es arte porque el terapeuta debe elegir el método mejor en el momento oportuno.

Pero sin embargo todo Arte tiene su relatividad, y podemos caer en la creencia que dominar el Arte equivale a dominar la Verdad ("mi sistema terapéutico beneficia a casi todos mis pacientes").

En mi exposición sobre la Psicoterapia me he basado inevitablemente en parte de un criterio de Autoridad: doy por sentado la verdad de otros investigadores. Mis pensamientos y opiniones surgen de

múltiples lecturas y experiencias de aprendizaje. Es tan válido aceptar una idea de otro como creerla uno mismo.

Toda afirmación mía en estas cartas es siempre relativa, porque siempre en la clínica podemos encontrar excepciones. Así, nunca usaría la "reducción al absurdo" para probar mi afirmación, porque en la realidad ese absurdo puede aparecer como la excepción, y no invalida mi afirmación original.

Carta Número 7.- La Psicoterapia como Arte implica tratar a cada paciente en forma especial y singular, porque lo que se trata no es el problema, sino el paciente mismo. Además siempre existen diferencias sustantivas entre una terapia y otra: dos pacientes muy parecidos tratados con el mismo terapeuta vivirán experiencias terapéuticas significativamente distintas.

Toda Psicoterapia, incluso la mía, no son tratamientos aconsejables para absolutamente todos los pacientes: a veces incluso puede ser nefasta o inadecuada. En estados de depresión aguda, o en psicóticos fronterizos, o en psicópatas, el paciente no puede asimilar los requisitos de la consigna. Otros pacientes solo necesitarán medicación, otros, terapia de grupo, etc. Otros simplemente necesitan hacer desaparecer el síntoma: la Psicoterapia precisamente procede sin tener en cuenta el síntoma o problema planteado de entrada, y se orienta hacia otros aspectos aparentemente desvinculados de él. Partimos del supuesto de que cuando el paciente haya experimentado el proceso Psicoterapéutico se aliviará su síntoma o problema.

Ello no implica considerar al paciente en su totalidad, pues esto es una ficción: encaramos por partes una amplia gama de aspectos del paciente sin atender en especial a los síntomas o "cuerpos extraños": rituales obsesivos, venas paranoicas, etc.

"Persona total", "paciente medio esperable", "analista neutral", son solo ficciones: en la realidad vemos aproximaciones a esos ideales, y con ellas debemos contar. De la misma forma no hay "reglas ideales": en cada caso la regla se adaptará a cada situación y paciente. Tampoco hay una "Psicoterapia ideal".

Resumen de Paul Irving (1990) Cartas a un joven terapeuta. Sobre la conducción de la psicoterapia. Buenos Aires: Amorrortu. Cartas 1-2-3-6-7.

La motivación en psicoterapia.- Definimos "motivación" como un estar dispuesto a realizar ciertas acciones para lograr algo que se busca o desea. Es una definición operativa (útil al terapeuta para su tarea) y pragmática (pues para ser operativa debe referirse a conductas concretas del paciente dentro y fuera de sesión). La motivación es variable, pues puede aumentar o disminuir, y variar su calidad, o sea tomar otra dirección. Es además un concepto interaccional, pues las acciones del terapeuta influyen sobre la motivación del paciente, y éste influye sobre las motivaciones de aquél.

Ejemplos de motivaciones: lograr un alivio (sin cambiar o con un cambio), conocerse, hacer que le diga si tiene algún problema, etc.

Los siguientes son *indicadores* de motivación en el paciente:

En la pre-entrevista: quién pide la hora de la entrevista y para quién (si la pide otro no hay mucho interés), facilidad o dificultad para encontrar un horario, urgencia en concertar la cita, pertenecer a determinada clase de paciente (no es lo mismo pedir una consulta, que manifestar querer tratarse).

En la entrevista: las primeras verbalizaciones, la puntualidad, cómo llegó a la consulta (por sí mismo u otro), cómo presenta la queja, si hay o no intentos de participar seria y activamente de la solución del problema de consulta, cantidad y calidad de información útil que facilita, papel que parecen jugar los otros que rodean al consultante en relación al problema, y la respuesta a la pregunta ¿qué quiere lograr con la terapia?

Pero también el terapeuta debe examinar su propia motivación, lo cual depende del marco teórico, de su circunstancia personal y del tipo de paciente que debe atender.

El marco teórico influye porque marca qué finalidad es importante en la terapia, y la motivación se encamina hacia esa finalidad, encaminándose también el paciente aun sin conocer la teoría. El paciente se adaptará al modelo, siempre que sea compatible con su cosmovisión y su idea de lo que es un tratamiento.

Respecto de lo personal del terapeuta, éste no deberá incentivar ciertas motivaciones que él después no pueda cumplir. Y respecto de los tipos de pacientes, el terapeuta deberá saber qué tipo de pacientes a qué tipo de esfuerzo terapéutico.

Hay una retroalimentación paciente – terapeuta respecto de la motivación: el terapeuta motivado motiva al paciente, y la motivación de éste a su vez, influye sobre la del primero. Pero: el exceso de motivación del terapeuta puede ser sospechoso, pues puede estar supliendo la falta de motivación del paciente, o sea remando por él.

La motivación puede fluctuar, variar, en el curso de la terapia, lo cual depende de la relación motivación – resistencia. La resistencia implica disminuir a ir hacia donde el terapeuta quiere que el paciente vaya.

El motivo de la consulta como el paciente lo expone nos da una idea de su motivación, o sea qué espera del tratamiento. A partir de allí la motivación puede disminuir como consecuencia de: a) cambios en la situación vital del paciente; b) cambios en la motivación del analista; c) algo que hizo el terapeuta para que la motivación decaiga (exceso de interpretaciones, etc). La motivación puede decaer incluso cuando se avizora la inminente solución del problema (pues entran en juego las resistencias).

Para incrementar la motivación, el terapeuta debe mostrar interés y comprensión hacia el paciente, hasta cierto límite, o sea, no llegar a "remar" por el paciente. Asimismo el terapeuta puede aumentar su propia motivación viendo las resistencias del paciente, pues así éste le marca qué camino a seguir, o sea el paciente le indica lo que no le sirve y por ende, lo que sí le serviría. Otra motivación del terapeuta es el progreso del paciente.

Resumen de Hirsch H y Piedrabuena S, Motivación. Incluido en Hirsch y otros (1994) Estrategias psicoterapéuticas institucionales. Buenos Aires: Nadir Editores.

Estrategias psicoterapéuticas.- El hecho de disponer de ciertas "recetas" para producir cambios en la psicoterapia, no implica anular la creatividad. Se ofrecen aquí ciertas recetas que se "pueden", no necesariamente se "deben" usar en ciertas circunstancias.

Nuestro abordaje terapéutico tiene 5 características: 1) apunta a modificar conductas lo más rápidamente posible; 2) se busca un acuerdo con el consultante acerca de un objetivo concreto y observable referida a la modificación conductual; 3) el terapeuta dirigirá, o sea, influirá en el consultante para producir el cambio; 4) el terapeuta acepta la cosmovisión del consultante, sus costumbres y valores; 5) no se trata de elaborar o sobrepasar la resistencia, sino de usarla como factor para el cambio.

Principios generales: o premisas que guían la forma de usar el modelo anterior. Son cinco: 1) toda conducta se explica por retroalimentación o feed-back donde está incluido también el medio; 2) básicamente el terapeuta influirá sobre el paciente para que pueda modificar las soluciones ensayadas hasta entonces; 3) el terapeuta debe asegurar su maniobrabilidad para producir un cambio en el circuito de feed-back; 4) maniobrabilidad no es solo no limitar sus opciones hacia el consultante, sino ser capaz de cambiar de estrategia en un momento dado; 5) Maniobras: toda conducta del terapeuta debería ser una maniobra, o sea, una acción tendiente a influir sobre el cliente de una forma específica para que éste se modifique en direcciones convenientes y pueda resolver el problema que motivó la consulta. Las maniobras se aplican a situaciones que el consultante define como patológicas o necesidades de cambio.

Las maniobras pueden ser generales (intervenciones rutinarias, aplicables en la mayoría de los casos) o específicas (corresponden a situaciones particulares, hechas "a medida" para la situación concreta). Estudiaremos ambas tanto en el comienzo, como el desarrollo y cierre del tratamiento:

Maniobras de comienzo: generales y específicas.

Maniobras de control: generales y específicas.

Maniobras de cierre: generales y específicas.

Maniobras de comienzo: corresponden a pre - entrevista y entrevistas/s. Dentro de ellas están las maniobras generales: 1) Reflejar y responder con empatía explícita ("lo comprendo"); 2) elegir y usar variables de encuadre (número de participantes en las sesiones, duración y frecuencia de las mismas); 3) si hay más de un participante, dirigir las preguntas iniciales a la persona que hizo la consulta; 4) aliarse con el miembro capaz de generar cambios; 5) exigir precisión al consultante mientras se mantiene la propia ambigüedad; 6) no apurarse en aceptar que el síntoma es "malo" y debe ser erradicado; 7) precisar, recortar, redefinir el motivo de consulta.

Dentro de las específicas están: 1) con pacientes en crisis la intervención de be ser menos exploratoria y más autoritaria; 2) con pacientes inhibidos, ser él también inhibido al mostrar la dificultad que produce el tema; 3) si hay que trabajar con la persona que causa el problema al consultante: renegociar el contrato de forma de atender a dicha persona; si no se puede, darle a la persona causante del problema, razones inaceptables para seguir conduciéndose así ("seguí así, robando a tu padre así podrás ir preso y sacarte de encima esa libertad que tanto te pesa"); 4) si una familia se interesa más en reproches mutuos que en cooperar para resolver el problema, verlos por separado a cada uno; 5) si el paciente viene de fracasos terapéuticos anteriores, aumentar la consideración de las dificultades o sentido de la mejoría; 6) si el paciente no habla, lograr que lo haga interrumpiéndolo cada vez que va a hablar, atosigarlo a preguntas; otorgar el derecho a callar sobre ciertos temas, declararse incompetente ante tan poca información; hacer deducciones absurdas a partir del silencio o escasas frases del paciente; 7) si la información del paciente es vaga, primero se harán preguntas directas, y si esto no funciona, sacar conclusiones absurdas como el caso anterior; 8) si el paciente cuestiona el setting (horarios, honorarios, edad o sexo del terapeuta) sugerirle derivación y elogiar su franqueza; 9) si el paciente exige una definición del terapeuta para movilizarlo, decirle que sería falta de respeto darle una respuesta inmediata sin saber lo que pasa; 10) ante pacientes que cuestionan el proceder del terapeuta, embarcarse en discusiones pseudo técnicas para que el paciente quiera salir del tema cuanto antes; 11) si el paciente duda si le servirá la terapia, contestar que no se puede saber por anticipado; 12) si no parece motivado, poner a prueba su pretensión de hacer terapia ("¿por qué molestarse ahora con esta terapia?"); 13) si el paciente está ya siendo tratado, decirle que él va a proceder de manera distinta que el otro terapeuta y que se tome un tiempo para decidirlo; 14) si el interrogatorio directo no resulta, advertirle que no se lo puede ayudar hasta tanto él no ayude.

Maniobras de control: 1) ser más bien pesimista (sus objetivos son elogiados, pero muchas veces es imposible lograrlos; su problema no puede resolverse súbitamente: usted logró algo, pero hay que ver si lo puede mantener; 2) cualquier tema que salga puede referirse al motivo de consulta.

Maniobras específicas de control son: 1) si el paciente desconfía y controla al terapeuta, pedirle que colabore, vigilando siempre cualquier desviación; 2) ante cualquier fracaso, el terapeuta debe culparse él de dar por terminado el tratamiento; 3) ante la exigencia, no responder de inmediato y sin haber meditado; 4) si el paciente juzga ciertas características del terapeuta, acentuar estas últimas para que el mismo paciente las revalorice; 5) si hay comportamientos que perturban el setting conviene no ir en contra sugerencias del paciente, pues la resistencia debe servir a la cooperación; 6) ante reacciones negativas frente a tareas sugeridas, examinar en cada caso si necesita antes saber las razones, o si el mismo terapeuta se equivocó; 7) la vuelta el U es necesaria cuando la conversación languidece y es evidente que el tema central de la terapia, no está bien elegido; 8) si el paciente dice saber todo lo que uno puede decirles, mostrarle que el problema no son los ángulos del asunto, sino lo que se hizo para resolverlos; 9) inducciones: cuando el terapeuta se sienta tentado de portarse de x manera con el paciente, debe sospechar que es así como se portan quienes rodean al paciente y debe cambiar su actitud; 10) si el paciente se queja que no avanza, desconfirmar lo que dice, pero no discutir sobre la esencia de la situación; 11) si el paciente cita la opinión de otro experto distinta a la nuestra, manifestar retirarnos de su caso hasta que el paciente proteste y diga que seguirá con nosotros; 12) si el paciente busca una alianza con nosotros, no aliarse con él discretamente.

Maniobras de cierre: (para cuando el problema fue resuelto). Como maniobras generales tenemos, 1) hacer un balance de lo logrado y lo no logrado, destacando la participación positiva del consultante; 2) disminuir la ansiedad frente a posibles recaídas; 3) no engolosinarse y tratar de mejorar la mejoría; 4) influir como para que el sujeto acepte futuras entrevistas de seguimiento cada vez más esporádicas.

Maniobras específicas: 1) si el paciente dice que el éxito es del terapeuta, decirle que exagera, y que la parte creativa la puso el paciente; 2) si el paciente duda que fue él responsable del cambio, enfatizar su colaboración durante el tratamiento; 3) caso contrario coincidir con él en que fue responsable del cambio; 4) frente a un negativismo del paciente, acentuar este pesimismo y escepticismo sobre el curso ulterior del proceso; 5) si el paciente teme terminar el tratamiento, se pueden hacer varias cosas, entre ellas dar sesiones adicionales, o bien destacar que para mejorar el tratamiento será más dificultoso y oneroso, etc. Si el problema no fue resuelto, como maniobra general el terapeuta ha de admitir su fracaso, y como maniobras específicas: si el paciente se muestra insatisfecho, mostrarle que resolver su problema, hubiese implicado caer en otro mayor; si pide derivación a otro terapeuta, negarse manifestando que no quiere equivocarse otra vez; si son varios los pacientes y no hay acuerdo entre ellos sobre terminar el tratamiento, sugerir un tiempo de espera para ver quien tenía razón.

Reformulaciones, directivas y tareas: llamamos así a ciertas tareas o maniobras para hacer que la gente cambie su comportamiento en la dirección considerada deseable por el terapeuta, en función de las metas del consultante.

Según Watzlawick, *reformulación* es cambio del punto de vista o contexto emocional o conceptual, ubicando la situación en otro marco mejor, cambiando así por completo su significado (por ejemplo: su chico no es malo sino enfermo). A veces no es preciso una reformulación (cuando solo se busca un consejo, cuando sólo se propone hacer un experimento, etc.). A veces basta con una reformulación (cuando hay escasa resistencia), pero a veces además de la reformulación se requiere una directiva.

Directivas son las verbalizaciones del terapeuta para que el consultante realice acciones que directa o indirectamente, impliquen una incompatibilidad de la persistencia de la solución intentada. La directiva siempre se apoya en una reformulación previa. Ejemplos de directivas: "haga tal cosa", "conviene hacer tal cosa..." etc. A veces la directiva se da implícitamente, explicitando otra directiva que conduce a la primera.

Dar directivas no es lo mismo que dar tareas, pues muchas directivas no tienen por objeto que el consultante realice tareas específicas, sino llevarlo a ciertas clases de comportamiento. Pero sí toda tarea implica una directiva previa. Las tareas pueden ser preparatorias (para otras) pueden ser directas, indirectas, metafóricas (descongelar mentalmente la heladera a una mujer frígida) y paradójicas (las tareas paradójicas se dan para que se cumplan: "peléense dos veces por semana", a diferencia de las directivas paradójicas, que se dan con la intención que no se cumplan: "llegue tarde así sus padres sabrán que usted no es responsable"). La prescripción del síntoma, significa decirle al paciente que insista con su síntoma, y puede ser total o parcial (por ejemplo solo la parte cognitiva, o solo la emocional del síntoma, etc.)

Las maniobras para el cambio en niños y adolescentes deben tratar de resolver problemas de control y de inhibición; deben buscar que cambie la actitud de los padres hacia los hijos. En los casos de depresión resulta útil según los casos, la prescripción total o parcial del síntoma. Frente a situaciones de miedo frente al cambio, enfatizar o insistir en cualquier avance mínimo hacia el mismo. En casos de identificación sexual, forzar una definición, generalmente hacia la heterosexualidad, por ejemplo prescribiendo la indefinición. En problemas de adicción, la maniobra puede ser fomentar un ritual aversivo a la satisfacción de la adicción, o bien establecer un ritual sustitutivo. En conductas agresivas, por ejemplo, se puede prescribir la agresión cambiando el contexto de la misma. En manifestaciones de suicidio, prescribir no el acto sino el sentimiento y el pensamiento. En problemas psicosomáticos, buscar que paciente y terapeuta se alíen en contra del problema somático, persuadir que un abordaje psicológico

puede tratar el problema somático. En problemas de pareja (donde el problema es la relación, no la patología de uno de ellos), todo dependerá del tipo de consulta: si el problema es muy específico, aplicaremos flexibilidad en el comportamiento. Si la pareja discute muchas cosas inespecíficas resaltar la vehemencia que ponen en las discusiones, lo que puede motivar que la pareja vuelva a discutir sola y luego volver al terapeuta para demostrarle su equivocación. Cuando la pareja no es tan reflexiva como en los casos anteriores, suele indicarse como maniobra una prescripción total del síntoma, y si hay un factor externo a la pareja que influye (un pariente cardíaco) maniobrar mostrando el peligro de un desenlace fatal.

Hirsch H, Figueroa E, Ferraro A, Licita Y, Giordano R y Berezovsky I, Maniobras para el cambio. Incluido en Hirsch y otros (1994) Estrategias psicoterapéuticas institucionales. Buenos Aires: Nadir Editores.

Psicoterapia y juego.- Andolfi desarrolla este tema en el capítulo 4. titulado El juego en la terapia.

Si también el terapeuta aprende a jugar.- Como modalidad de relación, el juego permite dramatizar deseos y miedos, y aligerar su carga emocional, pues 'en realidad estamos jugando'. Por ejemplo, jugado se pueden mediatizar agresiones recíprocas, y al mismo tiempo crear condiciones para fortalecer lazos afectivos.

Sobre todo, saber jugar ayuda al terapeuta a no rigidizarse, a ser más flexible y concebir los cambios y las patologías como algo temporario, cambiante y hasta ajeno. Ello da ductilidad mental para desplazarse por ejemplo de una generación a otra.

El juego permite además unir el mundo de los adultos con el de los niños. Esto hace que el terapeuta sea más aceptado por la familia, y diluye la desconfianza que suele haber al comienzo del tratamiento.

Un juego puede convertirse en un elemento del joining y al mismo tiempo, en un mensaje sobre el proyecto terapéutico.

El juego con los objetos.- El terapeuta selecciona objetos materiales que sean adecuados para representar comportamientos, relaciones, interacciones o reglas familiares. El 'como si' del juego permite reemplazar la lógica del sí o no, del acuerdo-desacuerdo, por la lógica más compleja del 'tal vez', del antes y después.

El terapeuta debe mantener un suspenso para que la familia esté activa indagando: si le explican todo, la familia se torna pasiva y pierde interés.

Un ejemplo de objeto es un zapato. Si el terapeuta lo toma de una niña de la familia y lo pone sobre su regazo, esto quiere expresar por ejemplo que comprende sus dificultades y que quiere ayudarla. Si el terapeuta se lo pasa al padre, su comportamiento con el zapato indicará la relación con la hija dueña del mismo, etc. El zapato termina siendo una caja de resonancia de conflictos, deseos, miedos, relaciones interpersonales, etc, que así pueden ser expresados y comprendidos. El objeto material se convierte así en una especie de coterapeuta que colabora en la terapia.

El terapeuta se 'mete' así dentro del sistema. Esta hiperinclusión permite establecer niveles de complicidad-joining con este o aquel miembro de la familia para introducir desequilibrios de tensión y es una inclusión temporaria, pues al momento siguiente debe poder distanciarse, salir del sistema.

El juego puede servir para desbloquear situaciones difíciles de abordar, como cuando los niños no hablan y miran en forma hostil al terapeuta. Un juego puede ser imitarlos y luego hacerles preguntas y que contesten solo moviendo la cabeza, sin hablar.

La terapia no sólo cura el síntoma sino que también permite el crecimiento personal del grupo: sólo así el tiempo terapéutico se transforma en tiempo evolutivo de ese grupo, y no viceversa.

El objeto sirve también para que el terapeuta se descentralice: el objeto pasa a ocupar el centro de la terapia, lo que permite al terapeuta situarse como observador desde afuera.

El juego con las palabras.- Para Winnicott el juego está en una zona neutral entre el mundo interior y el mundo exterior de la relación con los demás. Además de jugar con objetos se puede jugar con palabras, construyendo un lenguaje metafórico que mediante imágenes visuales pinta y a veces enmascara y transforma estados de ánimo profundos, miedos, conflictos negados, relaciones disfuncionales, etc. El mismo síntoma puede convertirse en una imagen metafórica.

Un ejemplo de imagen verbal es 'el pene que llora' que el terapeuta propuso en un caso para expresar la situación familiar: el padre que no puede llorar, los intentos del hijo para hacerlo conmovido y preocuparse por su enuresis, síntoma que tiene la significación de una carencia paterna, en un ejemplo citado por Andolfi.

Jugando con dicha metáfora visual expresada verbalmente, la familia puede reordenar sus vínculos. Además, la misma familia terminará de armar el rompecabezas, porque la metáfora es a propósito críptica e incompleta.

El uso del humorismo y la risa en la terapia.- Por el humor los miembros pueden 'jugar' con los problemas sin por ello sentirse disminuidos o juzgados. Como tal, regula el proceso terapéutico. Si el humorismo logra tocar algunas reglas relacionales de la familia, y desplazarlas de nivel, se producirá un aumento de la tensión interpersonal, favorable para un proceso de cambio.

La risa por su parte permite canalizar el excedente de tensión general. Es un momento de relajamiento que se concede el proceso terapéutico. O al revés, la risa puede sacar a las personas del tedio e infundirles un sentimiento de esperanza, aumentando las tensiones. El juego y el humor son anestésicos

pero también catalizadores, y su temática directa o indirecta debe estar vinculada a los sufrimientos, miedos y relaciones funcionales.

Resumen de Andolfi (1993) Tiempo y mito en la psicoterapia familiar. Capítulo 4.

Psicoterapia y educación según Adler.- La educación es también tarea del médico: debe formar niños capaces de ser personas que obren éticamente y la de favorecer el desarrollo de sus cualidades para bien de la comunidad. La educación depende de factores físicos y psíquicos y su interrelación, sobre todo si vemos que el sentimiento de inferioridad empieza en las minusvalías orgánicas.

Resumen de Adler Alfred (1967) Práctica y teoría de la psicología del individuo. Buenos Aires: Paidós. 4ª edición. Capítulo 23.

Elección del tipo de psicoterapia.- Antecedentes: La adherencia terapéutica y el cumplimiento del tratamiento han sido y son una preocupación de los sistemas sanitarios y de los profesionales de la salud, incluidos los de salud mental. No ajenos a esta inquietud, hemos indagado sobre esta problemática. Objetivos. Averiguar qué modalidades terapéuticas (no farmacológicas) desarrollan los miembros del equipo de salud mental, así como qué factores inciden positivamente en la adherencia y cuáles la dificultan. Diseño. Estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo y transversal. Participantes. Se han seleccionado intencionadamente 22 profesionales de salud mental (enfermeras, psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales). Instrumentos y medida de resultados. Encuesta en soporte papel y por correo electrónico y revisión bibliográfica. Las categorías analíticas se han establecido atendiendo a la categoría profesional y a los factores que influyen positiva o negativamente en la adherencia terapéutica relacionados con el paciente, el trastorno, el proceso terapéutico, el terapeuta y el entorno. Conclusiones. -Modalidades terapéuticas como el entrenamiento en habilidades sociales, psicoterapia de apoyo, psicoeducación, psicoterapia individual y grupal, las ejercen tanto enfermeras, psiquiatras como psicólogos. ¿Son propias de las enfermeras las modalidades terapéuticas que dicen ejercer nuestras informantes? -Factores que potencian la adherencia. Por parte del paciente: sentirse atendido, escuchado y respetado, participación activa en la terapéutica propuesta y la percepción de utilidad de la psicoterapia; por parte del terapeuta: proximidad, empatía, confianza, compromiso, confidencialidad, información, distancia emocional, acogida y motivación. -Factores que interfieren la adherencia. Por parte del paciente: sus características personales, sus vivencias en la relación terapéutica, su nivel cognitivo y cómo ejerce sus autocuidados; en cuanto al trastorno mental: la psicopatología y su gravedad; respecto al proceso terapéutico: predominio del modelo biomédico sobre el psicosocial; por parte del terapeuta: personalidad y profesionalidad, formación, comprensión del proceso salud-trastorno mental, programas y técnicas ofertadas, indicación general o individualizada; y por parte del entorno: nivel familiar: comprensión del trastorno, nivel de implicación y recursos; y sistema sanitario: organización del servicio asistencial, desconexión entre clínica y gestión, recursos materiales y humanos, ergonomía, formación y conflictos interpersonales.

Germán Pacheco Borrilla, La adherencia en "otras modalidades terapéuticas" en salud mental. PRESENCIA. 2007 ENE; 3(5).

Investigación en psicoterapia.- La investigación en psicoterapia obtiene un impulso decisivo y transformador a mediados del siglo XX debido a la aparición de instituciones nacionales e internacionales que deben responder a la demanda de millones de heridos militares y civiles producto de la guerra, velar por la salud mental de la población y reorganizar sus sistemas nacionales de salud. En este sentido, la psicoterapia adquirió una mayor relevancia para los Estados y debió integrar criterios poblacionales y criterios de efectividad a sus procedimientos de investigación, en tanto debía ser implementada en grandes cantidades de habitantes y producir resultados comprobables de recuperación en los pacientes, a la vez que debía propiciar herramientas para evitar que las personas adquieran afecciones psíquicas.

Dicho contexto determina la incorporación, por un lado, de los parámetros estadísticos a la investigación en psicoterapias, en contraposición al habitual estudio detallado de casos clínicos individuales, con el objetivo de poder obtener datos de grandes poblaciones y organizar recursos materiales y humanos y, por otro lado, enfatizar la importancia de un entrenamiento adecuado para psicólogos y psiquiatras a fin de optimizar la respuesta terapéutica de éstos. Es frente a dichas necesidades que la investigación sobre las psicoterapias se hace relevante y adquiere características que en la actualidad se mantienen.

Luciano García. Historia reciente de la investigación en psicoterapia. REVISTA PSIENCIA. 2008;1(1).

Aproximaciones a la psicoterapia.- Hay muchas definiciones de psicoterapia, pero todas concuerdan en identificarla como un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos, en el contexto de una relación profesional.

Algunas definiciones dan más importancia al proceso interpersonal entre cliente y terapeuta, y otras a los fines de la terapia, sea que se trate de la modificación de la personalidad o la modificación de la conducta.

Los elementos principales de toda psicoterapia son cuatro: 1) El cliente o paciente. 2) El psicoterapeuta:

3) La relación terapéutica. 4) El proceso terapéutico. Este último es el conjunto de procesos psicosociales que ocurren desde el inicio al fin de la psicoterapia. Consta básicamente de tres fases: a) exploración de la situación, b) comprensión de la situación en relación con los objetivos a cumplir, y c) actuación para conseguir los objetivos.

Aunque la psicoterapia contemporánea aparece durante el siglo XIX en el ámbito de la medicina, es posible trazar una historia de la misma desde los inicios de la humanidad, que los autores comienzan a reseñar desde el animismo y luego pasando por los griegos, la época medieval y el renacimiento hasta la actualidad.

Hoy en día, el estado actual de la psicoterapia se caracteriza por una multiplicidad de perspectivas distintas, de donde su panorama es complejo. Hay orientaciones eclécticas, psicodinámicas, cognitivas, conductuales, existenciales, humanistas, sistémicas, gestálticas, adlerianas, sullivanianas, etc. A partir de los años 70 se advierte un aumento de las posiciones eclécticas y un progresivo descenso de la orientación psicoanalítica (salvo la psicología del self), en los EEUU. Los modelos cognitivos y humanistas tienen cierto incremento, y la tendencia conductista tiende a mantenerse, lo mismo que la sistémica.

Hay un eclecticismo atóxico e intuitivo que utiliza técnicas independientemente del marco conceptual, un eclecticismo técnico, que utiliza técnicas de acuerdo con criterios teóricos pero sin aceptar necesariamente la verdad de la teoría, y un eclecticismo sintético, que propone una integración de los diversos modelos teóricos.

Se advierte una creciente tendencia hacia la psicoterapia breve, entre otras cosas por una cuestión económica, y porque las terapias largas no demostraron ser más efectivas que las breves.

Los autores describen a continuación los diferentes modelos teóricos de psicoterapias, como los modelos psicodinámicos, humanístico-existenciales, conductuales, cognitivos y sistémicos.

Es difícil aplicar la metodología científica a la psicoterapia porque el control experimental es difícil de lograr, no sólo por el alto número de variables, sino también porque entre terapeuta y paciente se dan fenómenos de interacción que complejizan la investigación experimental. Las investigaciones se centran algunas en los resultados, y otras en los procesos.

Uno de los retos más apasionantes es ir desde una pluralidad hacia un enfoque común, mediante un proceso de integración, lo cual implica un avance hacia estadios más maduros en la historia de la psicoterapia.

En la actualidad, el movimiento integrador abarca esfuerzos en tres grandes áreas de trabajo: a) la integración técnica, que centra su atención en los procedimientos independientemente de la teoría de base; b) la integración teórica, donde se busca integrar dos o más psicoterapias con la esperanza de que pueda salir una terapia mejor por integración de sus respectivos conceptos teóricos; y c) el área de los factores comunes a todas las psicoterapias, donde se busca integrarlas en base a lo que tienen en común, como por ejemplo la persuasión, la confianza, la esperanza de ayuda, etc.

Síntesis de Feixas G y Miró M (1993) Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós

Desarrollos en psicoterapia.- En la actualidad la psicoterapia está en proceso de crecimiento, y atravesando un momento de crisis debido a que han proliferado una gran cantidad de nuevos enfoques y técnicas, por lo que se requieren nuevas pautas para la formación de terapeutas.

La declaración de Estrasburgo formula los cuatro principios generales de la psicoterapia: 1) La psicoterapia tiene una base científica y es ejercida por un profesional independiente. 2) El entrenamiento en psicoterapia debe ser científico y calificado. 3) Debe estar garantizada la multiplicidad de métodos terapéuticos (conductista, psicoanalítica, etc). 4) El entrenamiento en psicoterapia debe estar basado en el conocimiento de la teoría, la experiencia personal y la supervisión por parte de otro terapeuta.

La psicoterapia es un conjunto de técnicas destinadas a promover situaciones de cambio en personas que padecen un sufrimiento sin sentido. La psicoterapia promueve la libertad personal y la autodeterminación, así como cierta sabiduría que permite al paciente organizar su vida productivamente. El capítulo 2 (Levy) se refiere a la formación y ética en clínica de niños; el capítulo 3 intenta responder el interrogante ¿formación o entrenamiento en terapia sistémica? El capítulo 4 (Ostrov) recorre cien años de teoría y técnica psicoanalítica. El capítulo 5 (Bogtazian) desarrolla el psicodrama como tratamiento grupal de la fobia social. El capítulo 6 (Virgilio) refiere las psicoterapias breves, y finalmente el compilador esboza las nuevas sendas de la psicoterapia en el capítulo 7. Señala allí que la psicoterapia presenta en la actualidad seis características principales:

1) *Masividad*: No sólo por su enorme difusión como práctica asistencial, sino también por la enorme cantidad de modelos y variedades técnicas, su aplicación a muchas situaciones, problemas y conflictos para personas de todas las edades y condiciones. 2) *Abaratamiento de la oferta*: Si al principio la psicoterapia era sólo para la clase pudiente, luego se produjeron cambios tanto en la oferta como la demanda. Muchos más profesionales, y entre ellos psicólogos y psicopedagogos, salieron a ofrecer también psicoterapia. Los sistemas de salud las promocionaron porque podían ser más baratas que la cirugía y otros caminos. Crecieron las terapias breves y focalizadas.

3) *Transparencia de las técnicas*: Los terapeutas dejaron de ser los personajes misteriosos que curaban desde lejos con técnicas misteriosas: los profesionales se volvieron más transparentes, tanto hacia el acto terapéutico como hacia el exterior. 4) *Integración de procedimientos*: La diversidad alcanzada a

nivel clínico y teórico propició un movimiento de psicoterapeutas que buscaban la integración de su campo, para facilitar la articulación entre distintos abordajes (pluralismo de enfoques). 5) *Interdisciplinariedad de la práctica*: La psicoterapia dejó de ser cerrada y entremezcló su acción con otras acciones y procedimientos propios como hospitales, empresas, juzgados, centros de arte, etc. (aplicación interdisciplinaria). Otro ejemplo fue la articulación de la psicoterapia con la psicofarmacología. 6) *Análisis narrativo de la experiencia*: Actualmente la psicoterapia se desprendió bastante del esquema médico de eliminar síntomas dolorosos. Hoy la psicoterapia apunta más a reorganizar las experiencias por medio de una labor constructiva en torno a los significados personales. Para ello cumple un papel importante el estudio de los estilos narrativos y, especialmente, el de la llamada narrativa del relato, una forma novedosa de estudiar la actividad psíquica.

Los desafíos que la psicoterapia enfrentará en un futuro inmediato son 5: 1) Integrar o conciliar los dos objetivos de la psicoterapia que hoy están separados: eliminar el síntoma y favorecer el desarrollo personal. 2) Elaborar un modelo epistemológico para este campo de actividad que permita situarlo definitivamente fuera de las prácticas médicas, sin abandonar la prioridad de entender la psicoterapia como servicio asistencial. 3) Encontrar una articulación efectiva entre las investigaciones de procesos y de resultados. A veces es difícil evaluar los resultados de una psicoterapia, por lo que también hay que ver cómo ella se realiza (el proceso) para estimar su eficacia. 4) Acercar las prácticas psicoterapéuticas a todos los niveles de prevención en general y de la promoción de la salud en particular, lo que supone reenfocar el usuario de la psicoterapia, desplazándolo de los individuos hacia las comunidades. 5) Procurar la creación de un nuevo campo disciplinario para la formación y entrenamiento de los profesionales del área.

Sinopsis de Fernández Álvarez H (compilador), *Desarrollos en psicoterapia*.

Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia.- Las psicoterapias o terapias por medios psicológicos constituyen un conjunto de técnicas destinadas a promover situaciones de cambio personal en individuos que padecen, cuando dicho padecimiento no se sostiene en alguna forma de valoración que lo justifique.

Hay dos razones por las cuales los terapeutas utilizan diversos modelos en sus prácticas diarias: a) clínicas, por la diversificación de ofertas de tratamiento, tanto en cuanto a técnicas como objetivos, y b) teóricas, por la progresiva multiplicidad de los modelos y sus variantes.

Desde Freud se viene usando la palabra como vehículo fundamental de la terapia con un fundamento teórico, porque antes, hace mucho, se usaba pero en un contexto mágico para aliviar al paciente.

Luego surgieron nuevas formas de psicoterapia como el conductismo, el modelo humanístico-existencial, la gestalt, etc., y surgió entonces la necesidad de buscar puntos comunes entre los diferentes modelos, así como una confrontación de sus resultados.

Los modelos integrativos exigen que las aportaciones de distintos enfoques pueden combinarse NO por la yuxtaposición armónica de diferentes procedimientos en un mismo nivel de organización teórico y técnico, sino que pueden 'integrarse' en un nivel superior de elaboración conceptual en el cual pueden basarse. El hombre es una totalidad compleja, y exige un abordaje de muchas variables que operan conjunta y simultáneamente: historia personal, circunstancias presentes, proyectos futuros, etc.

En el capítulo 2, el autor describe los enfoques tradicionales en psicoterapia. Según el tipo de proceso considerado dominante en la generación de patologías, los enfoques pueden ser psicodinámicos y conductistas. Según el grado de participación relativa del individuo o del contexto en la generación de patologías, los enfoques pueden ser humanístico-existenciales e interaccionales.

A partir del capítulo 3, el autor se centrará en la psicoterapia de orientación cognitiva y constructivista, basado en otro modelo distinto a los clásicos. Esta psicología nace oponiéndose al paradigma conductista al sostener que la conducta humana no puede explicarse solamente a partir del esquema E-R, sino a partir de cierta actividad interna mental, inobservable de procesamiento de la información. Describe dos etapas en la historia de este enfoque: 1) Empleo del paradigma del procesamiento de la información, y 2) Enfoque cognitivo-social y constructivismo: la comparación de la mente humana con las máquinas pronto mostró limitaciones, porque había muchas características propias del hombre que no estaban en las computadoras. Por ejemplo, la máquina no tiene un funcionamiento autorregulador como la mente. Somos una 'máquina' que se autofabrica. Además, el hombre funciona dentro de un marco cultural y una legalidad social.

En el capítulo 6 desarrolla algunas consideraciones sobre el carácter constructivo de la experiencia psicológica; en el capítulo 7 y 8 describe y clasifica las estructuras de significado; en el capítulo 9 describe la evolución de las construcciones; en el capítulo 10 hace referencia a la jerarquía de las estructuras de significado; en el capítulo 11 describe la evolución de los procesos disfuncionales; en el capítulo 12 se refiere a la experiencia del sufrimiento, en los dos últimos capítulos abordará las cuestiones de los objetivos de la psicoterapia y del diseño de estrategias psicoterapéuticas.

Sinopsis de Fernández Álvarez H (1992) *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Principios comunes en psicoterapia.- El autor define psicoterapia como una interacción planificada, cargada de emoción y confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante la interacción el sanador busca aliviar el malestar y la discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero a veces también mediante actividades corporales.

El sanador puede implicar también a los familiares y otras personas significativas del paciente en los rituales de curación. La psicoterapia incluye también a menudo ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida, lo que puede usarse como oportunidad para el crecimiento personal.

Toda psicoterapia incluye al menos nueve aspectos comunes, como por ejemplo constituir un intercambio de un servicio por un pago. Más allá de las metas específicas de cada cliente, hay metas fundamentales como ayudar a los clientes a superar la desmoralización y a ganar esperanza, o ayudarlos a adquirir insight de situaciones. La psicoterapia busca producir cambios en la vida del cliente, para lo cual debe lucharse contra las resistencias al cambio.

La terapia es ante todo una relación entre dos personas que comparten e intercambian información, sentimientos y actitudes. Entre esas personas debe establecerse una alianza, o sea, trabajan juntos para un objetivo en común: el cambio terapéutico. Puesto que la psicoterapia tiene lugar dentro de una relación interpersonal, el resultado terapéutico satisfactorio dependerá tanto de las competencias o habilidades interpersonales del terapeuta, como de su dominio de la técnica.

Kleinke trata también la psicoterapia como profesión, que da satisfacciones pero que también conlleva riesgos, y describe cinco áreas de competencia en los terapeutas: conocimiento (teorías), competencia clínica (establecer relación terapéutica productiva), competencia técnica (saber usar técnicas), buen juicio (para diagnosticar y decidir un curso de acción) y efectividad personal (utilizar los recursos de su personalidad).

Cuando se está a punto de comenzar una psicoterapia, deben tenerse en cuenta tres factores: evaluar la posibilidad de éxito del cliente; preparar a los clientes para la terapia; y acomodar la terapia al cliente.

La tarea principal de un terapeuta es evaluar donde se encuentran bloqueados los clientes, qué hacen para superar el bloqueo, y cómo puede influir sobre ellos beneficiosamente para salir de la situación.

Los elementos que deben tenerse en cuenta para hacer estas evaluaciones son los siguientes: 1) como el cliente establece sus relaciones interpersonales (competencias sociales generales, manejo de relaciones íntimas, proceso de socialización); 2) pensamientos y sentimientos (competencias intelectuales, aptitud para reconocer sentimientos, excitaciones emocionales adecuadas, equilibrio entre pensar y sentir, etc); 3) formas de percibir el yo y la vida (expectativas realistas hacia uno mismo y sus metas en la vida, capacidad para sentir placer y satisfacción saludables, voluntad para mantener una meta, etc.); 4) evaluación de esquemas inadaptativos (autonomía, privación emocional, abandono, aislamiento social, valía personal, límites y normas).

El establecimiento de metas y la terminación son dos procesos están relacionados entre sí, porque la terminación exitosa del tratamiento es una meta terapéutica importante.

Los terapeutas son en cierto modo filósofos con sus propias concepciones acerca de la naturaleza de las personas y de sus trastornos, y sus percepciones e interpretaciones que ofrecen a los clientes son necesariamente subjetivas.

Sinopsis de Kleinke K (1995) Principios comunes en psicoterapia. Desclée de Brouwer.

Psicoterapia y neurología.- La etiología de muchos síntomas que los psicoterapeutas se empeñan en tratar mediante psicoterapia, solamente pueden residir total o parcialmente, en una disfunción o daño neurológico, sobre todo a nivel de la corteza cerebral.

Ciertos síntomas pueden tener una causa neurológica, como experiencias de "dejá vu", despersonalización, alucinaciones, conductas excéntricas, pensamiento incoherente y aun depresión y angustia interna. En este libro Small, alerta sobre estas posibilidades y al mismo tiempo propone diversas técnicas para hacer el diagnóstico diferencial o neuropsicodiagnóstico.

A modo de ejemplo inicial, Small cita el caso de Sam, el cual presentaba síntomas típicamente "psicógenos", no obstante lo cual, diez años de psicoterapia, hicieron progresar muy poco al enfermo. Se sospechó entonces de un origen neurológico de sus síntomas depresivos, sospecha que quedó confirmada mediante electroencefalogramas que mostraban una lesión antigua en el lóbulo temporal, producto del parto o bien de un accidente sufrido a los 15 años.

Existen trastornos neurológicos groseros donde uno fácilmente se da cuenta que debe hacer la derivación al neurólogo, pero los que aquí nos interesan son los trastornos neurológicos leves, equívocos, trastornos que la exploración neurológica clínica y electroencefalográfica no siempre es capaz de detectar. Tampoco los tests psicológicos detectan fácilmente el trastorno neurológico del psicogénico. El psicoterapeuta inexperto puede atribuir un origen puramente psicogénico a trastornos de origen neurológico o de origen doble (neurológico y psicogénico), dado el polimorfismo que caracteriza a estos signos.

El autor examina siete tipos de perturbaciones de interés para el psicoterapeuta: disfunción cerebral mínima, epilepsia, esquizofrenia, retardo mental, depresión, perturbaciones fisiológicas del funcionamiento cortical, y electroencefalograma de espiga positiva de 14 y 6 por segundo

En la segunda parte, el autor plantea aplicaciones útiles para el psicoterapeuta. Lo prioritario para el psicoterapeuta debe ser otorgar al neuropsicodiagnóstico un lugar fundamental, no tomando a priori una causa determinada sino analizar todas y cada una de las etiologías posibles, sea para descartarlas o para considerarlas más o menos probables.

Es preferible formular un psicodiagnóstico que establecer un rótulo diagnóstico. Para ello el terapeuta debe encarar la respuesta a las siguientes preguntas básicas: 1) ¿Cuál es el problema que presenta el paciente? 2) ¿Cuál es el factor desencadenante del problema? 3) ¿Hay antecedentes análogos a la atención actual? 4) ¿Cuál es el significado de los síntomas? 5) ¿Cuál es el estado del sistema psico? 6) ¿Qué cambios pueden restablecer la homeostasis? (Descarga del efecto traumático, incremento o debilitamiento del superyo, etc.) 7) ¿Qué tipo de terapia tiene mayores posibilidades para lograr los cambios necesarios para restablecer la homeostasis? 8) ¿Con qué aliados terapéuticos se cuenta? (Motivación del paciente, familiares que lo estimulan, etc.) 9) ¿Cuál sería el procedimiento general en esta terapia? Es aconsejable o no un diagnóstico neurológico? 10) ¿Cuál es el pronóstico? La respuesta al pronóstico dependerá en lo respondido en las 9 preguntas anteriores.

Cuando el terapeuta desea agregar el aspecto neuropsicodiagnóstico a su exploración, Small sostiene que las diez preguntas anteriores deben ampliarse con otras más detalladas, centradas en la historia neurológica del paciente.

En la tercera parte, el autor se refiere a la neuropsicología y al neuropsicodiagnóstico, diciendo que este último es hijo de la neuropsicología, descendiente a su vez de la neurología. Es posible integrar todos ellos en un cuerpo de conocimientos aplicable a la clínica. La neuropsicología es el estudio de interrelación entre el sistema nervioso y la conducta para que el organismo en su conjunto alcance una meta básica: la adaptación. La aptitud cerebral para recibir, asimilar y organizar las informaciones, determinará una conducta flexible y modificable, típica de los animales superiores.

Los dos enfoques principales del neurodiagnóstico son el examen neurológico y el examen psicológico, teniendo cada examen sus técnicas específicas.

Las técnicas del diagnóstico neurológico son: el examen neurológico de rutina (ver funciones motoras, sensoriales, inteligencia, funciones del cerebelo, reflejos, pares craneales, equilibrio, etc.), y los estudios complementarios especializados (el electroencefalograma y el Scanning del cerebro, donde se inyectan sustancias radioactivas en el cerebro). Otra manera es diagnosticar a través de modificar la medicación, o sea la llamada prueba terapéutica. Las técnicas psicológicas ayudan a determinar la presencia o ausencia de daño cerebral, a identificar las funciones afectadas por el daño, su gravedad y localización.

Sinopsis de Small Leonard (1974) Psicoterapia y neurología (Problemas de diagnóstico diferencial). Buenos Aires: Amorrortu.

Incumplimiento terapéutico.- Introducción: El cumplimiento terapéutico, también conocido como adherencia, es el proceso por el cual el paciente ejecuta el tratamiento tal como se le ha prescrito. Se sabe que el grado de incumplimiento es muy elevado en todas las especialidades médicas y especialmente en Psiquiatría por las reticencias de la población hacia los psicofármacos o por los efectos secundarios. Las consecuencias son una mayor morbilidad y cronicidad de los procesos, con repercusiones socioeconómicas y laborales importantes.

Objetivos: Estudio de los factores relacionados con el cumplimiento correcto del tratamiento en la consulta externa de psiquiatría de un hospital.

Metodología: Se diseñó una entrevista de recogida de datos sociodemográficos y clínicos aplicados a 64 pacientes que acudieron a las consultas de psiquiatría del hospital Ramón y Cajal de Madrid a lo largo de un mes. Los datos recogidos son analizados mediante el paquete estadístico SSPS.

Resultados: De los resultados obtenidos, destacan los siguientes datos: La distribución por sexos es de un 65,6 % mujeres y un 34,4 % varones, estado civil casado o en unión consensuada (53,1 %), con un nivel socioeconómico medio (76,6 %), nivel de estudios primario (31,4 %) y secundario (31,4 %), que reside en el medio urbano (95,3 %). Los diagnósticos más frecuentes son trastornos afectivos (40,6 %), demencias (25 %) y trastornos psicóticos (15,6 %). El porcentaje de pacientes que no realizaron adecuadamente el tratamiento es del 39,1 %, distinguiendo, por fármacos, a las benzodiacepinas como las más alteradas (33,3 %), seguidas de antidepresivos (26,6 %) y antipsicóticos (20 %).

Conclusiones: Cerca del 40 % de los tratamientos no se cumplieron de forma rigurosa. Los pacientes psicóticos fueron los mejores cumplidores y los menos, los trastornos psiquiátricos secundarios a patología orgánica. Los cambios en el tratamiento más comunes eran la reducción en las dosis de benzodiacepinas y antidepresivos, e incremento de las benzodiacepinas en otros, con conductas de abuso de las mismas. Los motivos más frecuentes para alterar la prescripción fueron los efectos secundarios y los olvidos.

M.T. Álvarez Rodríguez; D. De la Vega Sánchez I; De la Serna De Pedro. Factores relacionados con el incumplimiento terapéutico. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2009 OCT; 2

Confidencialidad en psicoterapia.- Objetivos: Plantear el dilema ético que surge al romper o no la confidencialidad en situaciones en las cuales el psicoterapeuta se enfrenta al deber de proteger a un tercero (caso Tarasoff).

Métodos: Se presenta un estudio exploratorio que utiliza una escala análoga visual, en la cual se plantean 10 supuestos hipotéticos sobre aspectos de la esfera sexual; en esta, 50 psiquiatras expresan su posición frente a situaciones dilema en las que se rompería o no la confidencialidad.

Resultados: La tendencia a romper la confidencialidad se encontró claramente definida en situaciones de abuso sexual; en casos en los cuales se debe proteger a un tercero de contaminación con VIH se ubica en la franja de incertidumbre, y el respetar la confidencialidad se halló más frecuentemente en situaciones de infidelidad.

Conclusiones: Ante la situación hipotética de proteger a un tercero, los psiquiatras encuestados presentan una marcada dispersión en sus respuestas. Es necesario analizar los casos particulares y revisar la legislación correspondiente.

Álvaro Franco. Confidencialidad en psicoterapia: Estudio exploratorio en psiquiatras colombianos. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. 2008 DIC; 37(4):580-591.

Fundamentos neurobiológicos de la psicoterapia.- El estudio de las bases neurobiológicas de la psicoterapia implica el conocimiento de las funciones mentales involucradas incluyendo los circuitos neuronales y los eventos moleculares subyacentes. La psicoterapia es un proceso de aprendizaje mediado por palabras percibidas como estímulos a su vez decodificados e interpretados como lenguaje. Dichos estímulos pueden ser incorporados al flujo constante del procesamiento cognitivo pudiendo generar un impacto de mayor o menor intensidad de acuerdo con su contenido pero fundamentalmente en función de su relevancia emocional, lo que a su vez determina el pasaje de una cognición de la memoria de corto plazo a su consolidación en la memoria de largo plazo.

Los contenidos almacenados en esta última constituyen los conocimientos y creencias de cada persona como así también su procesamiento cognitivo y sus posibles distorsiones, que asimismo, pueden ser accesibles a la conciencia para lo cual deben emerger a través de la memoria de trabajo.

Los efectos terapéuticos observados en la psicoterapia pueden ser comprendidos como resultado de estos procesos cognitivos donde la palabra es un estímulo ambiental con la adecuada carga emocional, necesaria para generar los cambios almacenados en la memoria de largo plazo. Este proceso involucra la expresión de ciertos genes con la consiguiente síntesis de nuevas proteínas que, a su vez, participan en el proceso de crecimiento y remodelación de nuevas conexiones sinápticas, constituyendo un proceso epigenético.

Tal proceso de neuro-plasticidad tiene de igual modo su correlato clínico en la psico-plasticidad, es decir, en las diversas modificaciones que se pueden observar como resultado de la psicoterapia.

Gustavo E. Tafet; Mauricio Battafarano; Diego J. Feder. Fundamentos neurobiológicos de la psicoterapia. ACTA PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA DE AMÉRICA LATINA. 2009 DIC; 55(4):249-260.

Negativa a recibir tratamiento.- Introducción. Los casos de negativa voluntaria a recibir tratamiento suponen un reto en la práctica clínica habitual. En principio, éste es un derecho de los pacientes amparado legalmente por la Ley General de Sanidad, pero en ocasiones puede ser el síntoma guía para llegar al diagnóstico de un trastorno cognitivo o afectivo subyacente, que inhabilita tal derecho.

Caso clínico. Varón de 79 años que ingresó en el Servicio de Urología de forma programada para someterse a una cirugía prostática. Al ingreso se detectó una bradicardia asintomática, por lo que se suspendió la intervención hasta una nueva valoración. A partir de ese momento, el paciente comenzó a presentar una actitud de negativa frente a la toma de la medicación.

En la exploración sólo destacaba cierta actitud suspicaz y un estado de ánimo subdepresivo, con abulia y sentimientos de minusvalía. A lo largo del ingreso se le realizaron varios test neuropsicológicos y una tomografía computarizada por emisión de fotón único cerebral, encontrándose un deterioro de la función frontal compatible con un deterioro primario frontotemporal. Al analizar la esfera sociofamiliar se observó una relación disfuncional con una de las hijas que tanto el paciente como ésta minimizaban.

Conclusiones. Este caso ilustra la complejidad de la valoración psiquiátrica del paciente anciano que rechaza recibir tratamiento. En general nos encontramos ante un problema multifactorial en el que confluyen aspectos cognitivos, psicopatológicos, emocionales y sociales. Por ello, es importante realizar una valoración integrativa que pueda arrojar luz sobre los distintos componentes de la decisión del paciente.

L.M. Guerra-Cazorla; R. Palma-Caselles; M. Navío-Acosta; L.F. Agüera-Ortiz. Negativa a recibir tratamiento: Una situación difícil. PSICOGERIATRÍA. 2010 MAR; 2(1):53-56.

Psicoterapia y genes.- Objetivo. Probablemente haya asociación entre factores genéticos, rasgos de personalidad y respuesta a la psicoterapia. Se propone el nuevo concepto de «psicoterapiagenética» como estrategia para estudiar cómo los factores genéticos pueden influir en la respuesta terapéutica. El objetivo es examinar la asociación entre polimorfismos del gen que codifica el transportador de serotonina (SERT) y el gen que codifica el receptor de la dopamina D4 (DRD4) con la adherencia a la psicoterapia.

Método. Estudio prospectivo con 110 pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad (TLP) que participaron en terapia dialéctica-conductual (TDC). Se examinaron tres polimorfismos: el 5-

HTTLPR y el VNTR del gen SERT y la presencia del alelo de 7 repeticiones (D4.7) del gen DRD4. Como medidas de adherencia, se usaron la tasa de abandonos y la media de sesiones realizadas.

Resultados. La presencia del alelo de 12 repeticiones del polimorfismo VNTR del SERT se asoció con una mayor adherencia a la psicoterapia. No se observaron asociaciones significativas entre los polimorfismos 5-HTTLPR o D4.7 y la adherencia.

Conclusiones. Nuestros resultados preliminares muestran correlación entre algunas variaciones genéticas y la adherencia a la TDC en pacientes con TLP. La estrategia de «psicoterapiagenética» podría ser útil para estudiar cómo las variables genéticas influyen en la respuesta a la psicoterapia.

Víctor Pérez; Juan Carlos Pascual; Joaquim Soler... (et.al) Psicoterapiagenética: ¿influyen los genes en la adherencia a la psicoterapia? REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2010 JUN; 3(2):68-71.

PSICOTERAPIA ANALÍTICA

Generalidades.- Es la psicoterapia creada por C. Jung. Presenta las siguientes diferencias con la psicoterapia freudiana clásica:

1) El analista freudiano permanece independiente y revela pocos sentimientos y reacciones personales a fin de facilitar la transferencia. El analista junguiano es más revelador de sí mismo, presagiando la terapia rogeriana y otras contemporáneas. La terapia es un procedimiento dialéctico, un diálogo consciente e inconsciente. Aunque puede usarse el diván para facilitar la imaginación activa, casi siempre el analista junguiano y su paciente se sientan frente a frente. Además, ve a sus pacientes con mucha menos frecuencia que el freudiano, dependiendo ello de las etapas alcanzadas por el paciente.

2) Al comienzo del tratamiento hay una necesidad de *confesión*, por lo general acompañada de alivio emocional. Para Jung este era el objetivo del método catártico de Freud y Breuer, pero declaró que el alivio emocional, en sí mismo, no es más terapéutico que otros estallidos emocionales, curativos en y por sí mismos. Para Freud, el insight y el entendimiento intelectual hacen efectiva la catarsis, pero para Jung lo que hace curativa la confesión es la presencia del terapeuta apoyando moral y espiritualmente al paciente.

3) En contraste con Freud, Jung no pensó que la transferencia fuera una precondition necesaria para la cura.

4) Mientras Freud vio en los sueños la expresión de deseos inconscientes, Jung les dio además una función prospectiva en el sentido que eran un esfuerzo de la persona para prepararse para acontecimientos futuros. Tenían para él también una función compensatoria, o sea eran esfuerzos para complementar el lado consciente del paciente y para hablar por el inconsciente. Al interpretar sueños, Jung usó el método de la amplificación en vez de la asociación libre. En este último, cada elemento del sueño es el inicio para una cadena asociativa, mientras que en la amplificación el paciente se centra de manera repetida en el mismo elemento dándole múltiples asociaciones.

Engler Barbara, *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: McGraw-Hill, pág. 90-92.

Generalidades.- Jung había sido el asociado favorito de Freud y su heredero aparente. Pero, el origen calvinista de Jung no le permitía aceptar los conceptos puramente mecanicistas de la mente de Freud o la importancia del "impulso" sexual en el desarrollo sexual.

Para Jung la base de toda neurosis estaba en conflictos no resueltos e inconscientes. Consideraba a toda persona como básicamente extro o introvertida. Además, fuera del tipo base al que pertenecían, podían ser orientados hacia la sensación, la intuición, el sentimiento o el pensamiento. Cada persona enfatizaría una u otra de estas formas de ser. Sin embargo, dentro de cada persona había otra parte oculta, "la sombra", que trataba de expresarse. Por tanto, un pensador introvertido inconscientemente deseaba ser un extrovertido intuitivo, sensual o sentimental, o alguna otra combinación de las ocho categorías básicas de personalidad. Además, había en cada persona ideas y pensamientos que aún no habían "madurado" y que eventualmente tendrían que expresarse.

Hasta este punto, no hay mucha diferencia con Freud. La mayor diferencia está en el énfasis. Jung también creía que muchos problemas emocionales se originaban en falta de dirección y objetivo en la vida de las personas. Por este motivo la religión era recomendada como una forma de dar finalidad a la existencia. Lo que es único en Jung y quienes ha influenciado es el concepto de "inconsciente colectivo".

El análisis junguiano, que es llamado psicología analítica, es muy atractivo a las personas místicas y religiosas. Las personas mayores que se empiezan a preocupar por la muerte encuentran mucho consuelo en las teorías de Jung. Los artistas y personas creativas en general son atraídas por la posibilidad de aumentar su creatividad mediante (1) ayudar sus "ideas no maduras" a salir de su inconsciente y (2) usar el inconsciente colectivo que se supone la principal fuente de creatividad. La psicología analítica pretende facilitar este proceso. No hay en absoluto evidencia científica que ninguna teoría peculiar de Jung sea válida.

García John David, *La psicoterapia definida*, 1973. <http://www.see.org/s-pf-3.htm>

Generalidades.- "El objetivo de la psicoterapia, según Jung, consiste en producir una adaptación adecuada a la realidad. Pero la realidad incluye las demandas del inconsciente y las potencialidades aun no

realizadas del mundo interior de la psique objetiva, así como la adaptación de uno a la sociedad. La necesidad de adaptación exterior está suficientemente reconocida y se ha constatado en la práctica clínica; la principal contribución de Jung deriva de su singular visión de la adaptación interior del hombre. Jung afirmaba que todos los impulsos psíquicos son amorales y ambivalentes: es decir, no encajan en clasificaciones positivo/bueno-negativo/malo. Más bien la actitud conciente de una persona hacia estos impulsos determina si desempeñan un papel constructivo o destructivo en su vida" (página 107). Kaplan H y Sadock B (1992) Compendio de psiquiatría. México: Salvat. 2ª edición.

Psicoterapia analítica funcional en depresión.- En este trabajo se muestra el análisis e intervención de un trastorno depresivo siguiendo la formulación de la Psicoterapia Analítica Funcional. Esta psicoterapia, basada en los principios del conductismo radical, aborda la conducta verbal de manera funcional, se estructura a partir de una relación terapéutica que cuida especialmente el reforzamiento natural y enfatiza las contingencias que ocurren en el contexto clínico relacionándolas con el contexto natural, el moldeamiento y la equivalencia funcional.

Se describe el caso de una mujer de 40 años con trastorno depresivo mayor, y la conceptualización del caso de manera funcional según esta psicoterapia. Se describen las distintas fases de intervención (total de 17 sesiones), detallando ejemplos de la relación terapéutica y el mantenimiento de los resultados a largo plazo. Además de los cambios y la resolución de sus problemas en la vida diaria, la puntuación inicial en BDI-II de 29 puntos cambió a 6 tras los siete primeros meses y se mantuvo en 8 en el seguimiento a los diecisiete meses.

Miguel Ángel López Bermúdez; Rafael Ferro García; Luis Valero Aguayo. Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. PSICOTHEMA. 2010; 22(1):92-98.

PSICOTERAPIA BREVE

Características.- "Las principales características básicas de la psicoterapia breve fueron identificadas por Franz Alexander y Thomas French en 1946. Describieron una experiencia terapéutica que tranquiliza al paciente, manipula la transferencia y utiliza interpretaciones de prueba de manera flexible. Se hacía hincapié en una experiencia emocional correctiva capaz de reparar sucesos traumáticos del pasado y convencer al paciente de que son posibles nuevas maneras de pensar, sentir, y de comportarse" (página 852).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Métodos de psicoterapia breve.- Betta menciona los siguientes métodos: "1º) *Psicoterapia de Grupo*: Consiste en un tratamiento que se practica al mismo tiempo sobre un grupo limitado de enfermos con problemas psíquicos similares. El médico presenta al grupo reunido una explicación comprensiva sobre los problemas más graves que forman un común denominador entre los padecimientos de los componentes del grupo. Luego éstos realizarán una exposición de sus problemas personales, de los que el médico sacará sus conclusiones terapéuticas. Las sesiones deben repetirse dos o tres veces por semana. A la psicoterapia de grupo se han introducido diversas variantes: a) "Psicoterapia en case-work" que significa "por trabajo en equipo" en un grupo familiar. b) "Curas de sueño colectivas": en la que se aprovecha los intercambios entre los integrantes del grupo en el estado onírico. c) El "Psicodrama de Moreno". 2º) *Narcoanálisis*: Se hace el psicoanálisis con el enfermo en estado de relajación y comienza por la inyección endovenosa de pentotal sódico. El enfermo revela sus estados conflictuales y el médico practica la psicoterapia; al terminar la sesión se deja dormir al enfermo. 3º) *Análisis con hipnosis*: Combinación del psicoanálisis con hipnosis. El médico recoge los elementos revelados, los elabora y los vuelve al enfermo, que no los reconoce por la amnesia consecutiva a la hipnosis" (Betta, 1984:710).

Betta Juan (1984) Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: CEA, Octava edición.

Generalidades.- Se entiende por psicoterapia breve aquella cuya finalidad es que el paciente supere el síntoma en una situación de urgencia mediante el empleo de una particular forma de interpretación e insight en pacientes que poseen una adecuada fortaleza yoica. Las indicaciones para psicoterapia breve son:

- Fortaleza y plasticidad yoica (adaptabilidad del yo a diversas circunstancias).
- Buena motivación para tratarse.
- Capacidad de insight o toma de conciencia de lo que le pasa.
- Aceptable criterio de realidad.
- Capacidad depresiva, ya que debe pasar por una depresión curativa para curarse.
- Clara identificación del síntoma.
- Inteligencia promedio.
- Ausencia de barreras lingüísticas entre paciente y analista.
- Síntoma sin beneficios secundarios.

Respecto de las contraindicaciones de la psicoterapia breve, se citan las siguientes:

- Debilidad yoica.

- Relación simbiótica o ambivalente con el terapeuta.
- Tendencia al acting out.
- No tolerancia a la ansiedad o la frustración.
- Escasa motivación para el tratamiento.
- Duelos importantes, recientes o duelos patológicos.
- Dificultad para elegir un objetivo focalizado.

Todas estas contraindicaciones pueden encontrarse en psicosis crónicas, caracteropatías graves, estados fronterizos, psicopatías y toxicomanías.

Cuatro puntos a considerar por el terapeuta en toda psicoterapia breve.- 1) La situación problema (motivo de consulta, problema que lo trajo). 2) El foco (identificación del síntoma a tratar, como por ejemplo fobia, insomnio, depresión, etc. 3) Puntos de urgencia: situaciones nuevas que van apareciendo durante el tratamiento de tipo traumático que obligan al terapeuta a concentrarse en esa cuestión. 4) Hipótesis psicodinámica inicial (la formula el terapeuta al comienzo del tratamiento en las entrevistas diagnósticas y referidas a mecanismos inconscientes que producen el síntoma. En la psicoterapia breve se opera sobre el síntoma y no necesariamente sobre esos mecanismos, pero conocerlos sirve para planificar el tratamiento y hacer una devolución al paciente).

Condensado de Virgilio P, Psicoterapias breves. Incluido en Fernández Álvarez H (compilador) (1993) Desarrollos en psicoterapia.

Generalidades.- Las psicoterapias breves se presentan como modelos en expansión de técnicas diversas donde se aplican teorías también variadas de origen incierto, lo que impide discernir su amplitud y validez. Una psicoterapia breve puede a veces ser más útil que una larga y compleja.

Condensado de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 7.

Generalidades.- Cuando una persona adulta es 'traída' a terapia por otra, su situación es grave y a veces la misma entrevista inicial ya es terapéutica. Frente a estas personas no motivadas para la terapia o muy reticentes, debe procurarse cumplir un objetivo de la primera entrevista, que es el de conseguir una segunda entrevista. Si se iniciará un tratamiento, deberán especificarse, dentro del contrato, cuál es el encuadre disponible, el tiempo operacional, y el tiempo terapéutico adecuado. Reiteramos la necesidad de una transferencia sin llegar a la neurosis transferencial, lo cual se consigue acompañando cada interpretación mediante un 'señalamiento', que apunta a explicar no lo que pasa con el terapeuta sino con los amigos y parientes de su vida cotidiana.

La psicoterapia podrá ser prolongada o breve, pero el proceso terapéutico real, que ocurre en la vida es interminable y constantemente mutable. La psicoterapia breve busca preparar al yo para este último.

Resumen de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 10.

El tiempo en psicoterapia breve.- La denominación 'breve' en psicoterapia surge de compararla con otros tipos de terapia de larga duración, como por ejemplo el psicoanálisis como técnica psicoterapéutica. Hay un tiempo existencial (el tiempo en sí, como transcurrir de las cosas), el tiempo vivencial (que depende de cada persona y sus circunstancias), y el tiempo conceptual (medible, cronológico). La psicoterapia breve busca reducir el tiempo cronológico manteniendo al mismo tiempo su eficacia. Podemos calificar la psicoterapia breve como una terapia de 'tiempo y objetivos limitados', pues si el objetivo es muy ambicioso, la terapia alarga su duración.

Condensado de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 8.

Psicoterapia breve y tratamiento psicoanalítico.- en psicoterapia breve la regresión debe desalentarse para mantener intactas las funciones autónomas del yo. En cuanto a la transferencia, esta debe estar, es inevitable y necesaria, pero no debe estar la neurosis de transferencia, que lleva más tiempo e implica un revivir la infancia, cosa no indicada en la psicoterapia breve. Respecto de la elaboración, no hay en la psicoterapia breve una elaboración en el sentido propiamente psicoanalítico (pues significaría 'neurosis de transferencia') Se busca mas bien un insight con más elementos cognitivos que afectivos, o sea que el paciente comprenda su conflicto. Y por último, la psicoterapia breve procura mantener en un nivel tan bajo como sea posible a los mecanismos introyectivo-proyectivos. No se busca reactualizar la historia del paciente, sino sólo hay una relectura de una historia y un proyecto, más que un tratar de revivirla, entenderla, vivenciarla y pensarla mediante el juego de introyecciones y proyecciones.

Condensado de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 8.

Características.- Hasta aquí y sintetizando, la psicoterapia breve es 1) no transferencial (en cuanto a neurosis de transferencia); 2) es no regresiva; 3) es elaboradora con predominio cognitivo, y 4) hace una modificación objetal que se opera al permitir cambiar una información falsa por otra verdadera, creando así una vivencia real, donde la persona pasa a ser un sujeto activo de su propia historia.

Condensado de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 9.

Encuadre.- En psicoterapia breve, el encuadre no debería diferir de cualquier otra terapia, o sea un lugar fijo y adecuado, un horario preestablecido, privacidad de la relación terapeuta- paciente. Pero lo más importante es que el terapeuta sepa lo que quiere y lo que realmente puede hacer.

La entrevista inicial: fundamental para determinar el futuro de la relación, que puede empezar o terminar en dicha entrevista. Excepcionalmente, la sola entrevista inicial puede constituir toda la psicoterapia. La entrevista inicial apunta a buscar información sobre el paciente, no solo edad, trabajo, estado general de salud, etc., sino también estructuras patológicas, defensas, capacidad intelectual y de simbolización, etc. También interesará determinar la modalidad relacional del paciente (si es histérico, fóbico, paranoide, etc). En base a estos datos el terapeuta podrá ofrecer un tipo u otro de tratamiento psicológico (y/o farmacológico o de otro tipo).

También importa identificar el grado de resistencias, y los motivos de consulta manifiesto y latente. La entrevista inicial puede exigir varias sesiones. En cuanto a las 'devoluciones', en realidad no hay tales porque el terapeuta no 'tomó' nada que deba devolver, sino que al revés dio cosas de sí. La llamada devolución pasa en realidad por un evaluar juntos la entrevista en forma honesta y comprensiva, para luego trazar el proyecto de un contrato terapéutico.

El contrato terapéutico en psicoterapia breve: implica un pacto entre terapeuta y paciente acerca de lo que harán, y donde se asumen compromisos bien explícitos. El contrato implica un reconocimiento mutuo y un establecer las reglas básicas que orientarán la terapia, incluyendo el encuadre.

El contrato implica buscar un acuerdo respecto del objetivo terapéutico buscado, un propósito de 'ayudar' al paciente a mejorar, un no ocultarle sus angustias o inadaptaciones autodestructivas, respeto por el secreto profesional, confianza absoluta para contar todo sin restricciones (asociación libre), especificación de una relación cara a cara, y un compromiso de cumplir por ambas partes cuestiones de honorarios, tiempo de cada sesión y número de ellas.

Algunas consideraciones sobre honorarios, tiempo de sesión y duración de la terapia breve: Es necesaria una discusión franca sobre los honorarios. El terapeuta de 'elite' que solo trata a ricos vive un mundo imaginario donde lo contratransferencial está negado: el terapeuta debe valorar lo poco o mucho que pueda darle el paciente como honorario, porque en ello también va el valor que el paciente asigna a la terapia.

Respecto a la duración de las sesiones, esta no tiene porqué circunscribirse a los clásicos 50 minutos, y debe adecuarse a las necesidades del terapeuta, del paciente y del tratamiento. Hay veces donde una sesión termina por ejemplo a los 25 minutos de común acuerdo, por haberse llegado a un punto elaborativo importante más allá del cual continuar la sesión hubiera sido forzarla. El tiempo de sesión depende de su contenido y la vivencia transferencial-contratransferencial del proceso terapéutico.

En cuanto al número de sesiones, es difícil determinarlas en una psicoterapia breve, pero en general depende del tiempo interno del terapeuta (tiempo para identificar aspectos conflictivos y ayudar al paciente a elaborarlos), y de la disponibilidad de tiempo del paciente, siempre que su patología no sea demasiado grave, lo cual obligaría a una terapia prolongada. El 'tiempo terapéutico adecuado' dependerá de la patología, la estructura de personalidad, de los conflictos manifiestos y latentes, de las defensas, de su realidad existencial y biológica, y en cuanto al terapeuta, de su conocimiento y experiencia. La selección de pacientes: Son aptos para psicoterapia breve las personas con una estructura yoica relativamente preservada con discriminación de la realidad, capacidad de hablar y oír, tener una historia donde sus momentos evolutivos importantes pudo superarlos y donde haya habido una experiencia de confianza con otra persona, poder establecer una relación con el terapeuta, poder entender cuando está en situaciones de crisis, estar motivado para curarse, disponer de cierto tiempo para esa tarea, y aceptar la erogación económica (honorarios).

Condensado de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 9.

Encuadre.- Respecto del setting o encuadre, en la psicoterapia breve analista y paciente deben acordar un número determinado de sesiones y comprometerse ambos a trabajar conjuntamente para resolver la dificultad del paciente mediante un cambio en su forma de percibir, pensar, sentir y actuar que sea beneficiosa para él. El fin es que el paciente pueda tomar conciencia de lo que le pasa y recuperar su autoestima. Para lograr dichos objetivos, en la psicoterapia breve se utilizan diversas técnicas, y los siguientes son puntos a considerar en toda psicoterapia breve:

- 1) Asociación libre: debe realizarse cara a cara, para evitar que recostado regrese a niveles muy arcaicos o primarios de funcionamiento psíquico.
- 2) Interpretación: deben evitarse las interpretaciones transferenciales favoreciéndose, en cambio, las extra-transferenciales que apuntan al vínculo del paciente con otras personas de su vida actual.
- 3) Transferencia: solo se harán interpretaciones transferenciales en la finalización del tratamiento a propósito de la elaboración de la separación del analista.
- 4) Fortaleza yoica: la psicoterapia breve debe apuntar a fortalecer los aspectos sanos del yo.
- 5) Insight: debe ser más cognitivo que afectivo, o sea el paciente debe comprender lo que le pasa a nivel racional más que emocional.

6) Recursos terapéuticos: además de las anteriores, otras técnicas son la sugestión (refuerza ideas funcionales), verbalización (poner en palabras deseos, afectos, etc), abreacción (descarga emocional), autocognición (reconocer como propios el origen y desarrollo de sus síntomas).

Condensado de Virgilio P, Psicoterapias breves. Incluido en Fernández Álvarez H (compilador) (1993) Desarrollos en psicoterapia.

Etapas.- Abarca una etapa inicial, una etapa media y una etapa final.

1) Etapa inicial.- Se realizan las entrevistas diagnósticas y los test. Los objetivos de esta etapa es identificar el motivo de consulta, evaluar el insight del paciente sobre su problema, estimar su posibilidad de mejoría (pronóstico), determinar su fortaleza y/o proyectos de vida, formular una hipótesis psicodiagnóstica inicial, evaluar la motivación para tratarse y trazar un plan terapéutico.

2) Etapa media.- El objetivo es resolver el problema principal del paciente

3) Etapa final.- Sirve básicamente a dos cosas. Primero para reforzar los logros obtenidos, y segundo, para dominar la ansiedad de separación y sostener la idea de que de aquí en más el paciente podrá solo. Cuando termina el tratamiento se abren tres posibilidades: a) entrevistas de seguimiento, b) indicar otro tipo de tratamiento más profundo y prolongado que produzca cambios más profundos, y c) hacer un re-contrato, o sea, volver a hacer una psicoterapia breve centrada en un nuevo foco o síntoma.

Condensado de Virgilio P, Psicoterapias breves. Incluido en Fernández Álvarez H (compilador) (1993) Desarrollos en psicoterapia.

Afecciones típicas que pueden tratarse con psicoterapia breve.- Son la depresión, la angustia, la enfermedad somática y la enfermedad psicósomática.

1) Depresión.- Se busca aumentar la autoestima del paciente, dirigir su autoagresión hacia el exterior, etc. En casos graves a veces se requiere internación breve y evaluar la conveniencia de medicarlo. Debe aquí ofrecerse apoyo y comprensión, y no minimizar el riesgo suicida.

2) Angustia.- Se ve especialmente en los ataques de pánico, y se indaga en qué circunstancias los tiene. Si hay una razón ambiental, mostrar al paciente lo desproporcionado de su reacción.

3) Enfermedad somática.- Reacción psicológica del paciente ante una enfermedad física, con depresión, angustia, etc.

4) Enfermedad psicósomática.- Por ejemplo la alexitimia. Se trata de investigar las situaciones traumáticas relacionadas con su enfermedad: abandonos, pérdidas, etc, que no pudieron elaborarse psíquicamente.

Condensado de Virgilio P, Psicoterapias breves. Incluido en Fernández Álvarez H (compilador) (1993) Desarrollos en psicoterapia.

Evaluación.- Cuando se evalúan los resultados de una psicoterapia breve, a veces lo hacen de distinta forma el paciente, el terapeuta y los familiares del primero, pues para unos el paciente mejoró, y para los otros pudo haber empeorado.

Malan tiende a demostrar los aspectos positivos que tiene la terapia breve: hace una evaluación general favorable. Otros, como Taylor, es más pesimista, pues tiende a tomar como objetivo de la psicoterapia la reestructuración total de la personalidad, con lo cual la evaluación de los resultados habrá de ser pobre.

Knobel termina indicando algunos puntos en que se basa la evaluación: conseguir delimitar áreas de conflicto, trabajar dentro de ellas con objetivos y tiempo limitados y sin fantasías de cura omnipotentes. También concientizar situaciones históricas cristalizadas, usar otros mecanismos de defensa diferentes a los usados al comienzo del tratamiento, empezar a vivir dentro de los límites reales del propio organismo biológico, vivenciar el sentido trascendente de su vida a través de ideologías, creencias, familia, trabajo, etc, respetar su propia intimidad, vivir en su nivel evolutivo, aprender a tolerar frustraciones, adquirir capacidad de goce espiritual, moral, social, sexual y vincular, y desarrollar su capacidad creadora.

La evaluación del resultado del tratamiento debe entonces tener en cuenta si se cumplieron o no los objetivos expuestos.

Resumen de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 12.

Historia.- Un primer antecedente histórico de la psicoterapia breve es el tratamiento realizado por Hipócrates a un rey con quien habló durante bastante tiempo pidiéndole que le contara sus más íntimos pensamientos y sus síntomas. Gracias a esta intervención verbal, finalmente el rey resolvió su problema.

El segundo antecedente es Freud, cuando sugirió que cuando haya problemas económicos, políticos o guerras se requiere que el tratamiento analítico no sea tan extenso. Más adelante, Ferenczi propuso terapias breves donde el analista era más activo, por ejemplo proponiéndole al paciente técnicas para curar fobias, exponiéndolo a situaciones fóbicas.

Más tarde Alexander propuso también psicoterapias breves reduciendo la cantidad de entrevistas y produciendo interrupciones temporarias.

Todos estos aportes apuntaron a una modificación del método analítico tradicional en el sentido de acortar su duración, y focalizar los objetivos (por ejemplo centrándose en un síntoma).

Condensado de Virgilio P, Psicoterapias breves. Incluido en Fernández Álvarez H (compilador) (1993) Desarrollos en psicoterapia.

Precusores.- Se mencionan solamente aquellos tipos de psicoterapia breve o focal derivados directamente del psicoanálisis. El caso Catalina de Freud es el primer trabajo de psicoterapia breve analítica que se haya publicado. Freud reproduce el diálogo que tuvo con Catalina, donde aparecerá material nuevo y confirmatorio que permitió reconstruir los hechos que llevaron a Catalina a la histeria de angustia. El resultado fue verdadero alivio y un cambio notable en su conducta, aunque no se hizo un seguimiento posterior.

Malan encontró luego solo 7 informes publicados entre 1909 y 1914. Luego durante la primera guerra mundial se hizo necesario contar con psicoterapias breves, y ello por una necesidad externa y una interna. La necesidad interna era la estructura de la terapia, larga, extenuante y sobre todo con un terapeuta pasivo. Frente a esto Ferenczi desarrolló (a pesar de muchas oposiciones y fracasos) la llamada "técnica activa", donde el terapeuta dejaba de ser pasivo: prevenía o prescribía ciertos tipos de conducta, establecía arbitrariamente un tiempo límite para el tratamiento, empleaba fantasías "forzadas" para acelerar la aparición de conflictos ocultos, y en general aceleraba el tratamiento casando a luz las reacciones neuróticas de transferencia.

Alexander y French retomaron hacia 1946 los trabajos interrumpidos de Ferenczi y Rank. Criticaron la intelectualización de la terapia, el énfasis de la interpretación de contenidos y la reconstrucción de sucesos infantiles. Enfatizaron la experiencia emocional, que Ferenczi y Rank habían descuidado. En la transferencia, la actitud del analista al ser distinta a la de los padres, da al paciente la oportunidad de corregir distorsiones. Lo emocional alcanza una intensidad óptima cuando el terapeuta adopta ciertas actitudes como cambios de frecuencias de las entrevistas, interrupciones temporarias del tratamiento, etc. así, como actitudes contratransferenciales planificadas.

Estos enfoques también fracasaron ante la presión de muchos psicoanalistas. Por esta época French introdujo la idea de 'conflicto focal' y de 'conflicto nuclear', el primero más cercano a la superficie (pre-conciente) donde se concentran todos los impulsos que luego se descargan en las verbalizaciones el paciente. Los conflictos focales derivan de conflictos nucleares, más profundos, y su estructura es ésta: un motivo perturbador (impulso o deseo) entra en el conflicto con un motivo reactivo (respuesta del yo o del superyo), lo que crea la necesidad de una solución (fórmula de transacción adaptativa o defensiva). La terapia breve de Balint toma su nombre, pero no todas sus ideas, del conflicto 'focal' de French.

Condensado de Balint M, Ornstein P y Balint E (1986) Psicoterapia Focal (terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock). Buenos Aires: Gedisa.

Precusores.- Los autores hacen referencia a la historia de un taller de psicoterapia focal que fue de alguna pionero. Al pactar una terapia breve con los pacientes, dicho pacto debía incluir que la terapia breve tuviese la misma efectividad y estabilidad; los riesgos de hacer terapia breve eran, por otro lado: mayor riesgo de fracaso, obligación de modificar técnicas psicoanalíticas tradicionales, y menor cantidad de gente dispuesta a hacer terapia breve. Luego de varios fracasos, en la clínica Tavistock se empezó a forjar lo que luego sería la psicoterapia focal (1956-1960).

Condensado de Balint M, Ornstein P y Balint E (1986) Psicoterapia Focal (terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock). Buenos Aires: Gedisa.

Origen y desarrollo.- La psicoterapia breve es por lo menos tan antigua como Freud, quien comenzó por buscar terapias rápidas, para curar las neurosis, como la histeria. Pero aun la duración de la terapia no era un problema que se discutiera mucho: esto solo vino luego con el desarrollo teórico del psicoanálisis. Cuando la terapia se alargó, hubo intentos por reducir su duración, como los de Alexander y French (1946). Desde entonces fueron surgiendo variadas técnicas distintas.

Freud había dicho que la terapia prolongada iba a ir en contra de la terapia creciente de tratamientos mentales, y que iba a reactualizarse la sugestión directa y hasta la hipnosis. La corta duración es importante, por ejemplo en tratamientos de emergencia. Los psicoanalistas debieran reconocer la importancia de la brevedad, sobre todo diferenciando las metas distintas del largo y del corto tiempo de terapia.

Factores que impulsaron la terapia breve fueron la guerra por un lado, y la poca disponibilidad de terapeutas para mucha gente enferma, por el otro.

Al intervenir en crisis agudas, la terapia breve es útil desde el punto de vista de la prevención de la cronicidad, y, según Klein y otros, va más allá del sujeto individual atendiendo a situaciones sociales. La terapia de emergencia sirve a la prevención primaria (evitar el desarrollo de la enfermedad), secundaria (atenúa desórdenes ya desarrollados) y terciaria (reduce las consecuencias de las incapacidades crónicas).

La terapia breve es importante para mantener al individuo dentro de la sociedad, en vez de recluirlos en hospitales especializados, permitiendo una rápida reintegración a la vida activa y productiva. Por lo demás, ciertas personas, solo aceptan tratamientos breves, como los de la clínica médica.

Diferencias con otras psicoterapias.- Las psicoterapias breves difieren de las demás en tres puntos: las metas, la duración y los métodos usados.

Respecto de las metas, la terapia de emergencia apunta a los síntomas y problemas de adaptación que requieren alivio de inmediato, y no intentan la reconstitución de la personalidad. El síntoma puede desaparecer aunque no se perciba su causa interior (insight) y aunque no haya descarga afectiva. Para otros la terapia breve busca cierto grado de relación operativa con el medio, la restauración del funcionamiento anterior a la enfermedad, cierta comprensión de las fuerzas que precipitaron el trastorno, etc., pero la terapia breve no es lo mismo que psicoanálisis abreviado, pues la primera es paliativa: en vez de reformar desde dentro, afirma desde afuera. También debe tener como meta prevenir problemas más serios.

En cuanto al tiempo, en la bibliografía aparecen cinco categorías: las terapias que duran entre una y seis sesiones, las que llevan alrededor de diez, luego en doce y veinticinco, después una duración indeterminada que puede ir de trece hasta cincuenta, y por último, estudios donde no se aclaró el número de sesiones. Pero lo corriente es una semana de duración, y que la entrevista sea también breve (10-20 minutos). Goolishian habla de una técnica de impacto múltiple para adolescentes, donde durante tres días (6-8 horas cada día) interactúa él y la familia con un psiquiatra, un psicólogo y un asistente social. La duración en general depende de la experiencia clínica en lograr ciertas metas.

En cuanto a sus métodos, Alexander dice que la terapia breve no tiene las ataduras de la terapia prolongada, y Wolberg dice que no hay una metodología adecuada para la terapia breve. Otros dicen que en ésta se restringe la interpretación y la transferencia, a lo sumo dirigidas al foco de la cuestión (tal síntoma). El terapeuta es más activo y menos anónimo. También se busca apelar a la parte sana de la persona para recuperarse, y no a sus debilidades.

Condensado de Small L (1981) Psicoterapias breves. Barcelona: Gedisa. 2º edición. Capítulo 1.

Sustentos teóricos.- El psicoanálisis en general y otras teorías buscaron dar un sustento teórico a las psicoterapias breves. Hasta hace poco el psicoanálisis fue la única base teórica. Para Coleman se pueden hacer rápidas evaluaciones con datos que no vienen del paciente, sino de nuestro conocimiento teórico. El síntoma se ve así por ejemplo, como un compromiso inestable entre la gratificación del impulso y su limitación por pautas culturales. Y la curación como un retorno al equilibrio entre ello, yo y Superyó.

Forman decía que si las neurosis no son profundas (infantiles) pueden tratarse con terapias breves. Incluso las neurosis profundas pueden tratarse del mismo modo en ciertos casos. En los casos de traumas la terapia breve puede ser eficaz también al sugerir el terapeuta recursos tranquilizantes, apoyo, seguridad, etc. Esto incluye también los traumas de guerra, que según Kardiner, son trastornos momentáneos en la adaptación del sujeto al medio. Fenichel, defiende las terapias breves diciendo que apuntan al núcleo central de toda neurosis: el conflicto entre impulso y defensa. La terapia breve permite resolverlo disminuyendo las defensas (desde un enfoque psicoanalítico). En las neurosis traumáticas, la terapia breve busca la catarsis. (liberación de efectos reprimidos).

La terapia breve actúa, además de la catarsis, en la excitación y la elusión. Respecto de la primera, la ansiedad se eleva durante la sesión y luego se reduce antes de terminar, de modo que el paciente sale satisfecho de haber alcanzado algo tangible y significativo (insight). La elusión implica eludir o evitar lo más posible la transferencia, pues ella tiende a prolongar el tratamiento.

Otros piensan que la eficiencia de la terapia breve, está en que acelera un proceso natural del paciente: su impulso autónomo hacia la salud. Por su parte la teoría de la expectativa y la esperanza dicen que en la terapia breve se hace hincapié en el presente y el futuro, que tienen fuerza suficiente para modificar la conducta. Por lo demás los pacientes tienen distintas expectativas acerca de la terapia breve: para algunos les dará beneficios inmediatos, para otros reaviva hechos pasados desagradables que volverán a repetirse, y para otros no hay consideración de pasado ni futuro, etc.

Otros autores dicen que la terapia breve debe ser enfocada sobre un determinado y específico síntoma, para suprimirlo, cosa en la cual deberán estar de acuerdo paciente y terapeuta. Otros sostiene que la terapia breve debe centrarse o focalizarse en el restablecimiento de las funciones ya deterioradas.

La teoría del aprendizaje por identificación o por insight, sirve también de base a las teorías breves. La terapia conductista, así, propone también descondicionar y reacondicionar lo nuevo en forma positiva. Otros mencionan también la abreacción.

El aprendizaje por insight facilita la comprensión del problema o conflicto y la identificación - con el terapeuta- da alivio a los síntomas. Otros proponen que el terapeuta sea autoritario, y ordene la supresión del síntoma al paciente. Otros dicen que la terapia breve busca modificar el ambiente, sobre todo en la terapia de niños, donde debe modificarse el entorno familiar. Lester dice que la terapia breve es especial para niños, porque en ellos puede revertirse más fácilmente la situación patógena.

Condensado de Small L (1981) Psicoterapias breves. Barcelona: Gedisa. 2º edición. Capítulo 1.

Indicaciones.- La terapia breve está especialmente indicada en los momentos de crisis, porque es allí donde pequeñas intervenciones pueden producir grandes influencias. La crisis puede ser del sujeto

mismo o del ambiente en que vive. El dolor debe ser intenso para que puedan esperarse cambios. Muchos piensan que cada crisis de la vida es independiente de las otras y tienen sus propios perfiles, sobre los cuales actuará la terapia breve (por ejemplo la identidad en las crisis adolescentes). También debe respetarse la cultura donde vive cada paciente, porque de ella depende el significado de la crisis por la que atraviesa.

Condensado de Small L (1981) Psicoterapias breves. Barcelona: Gedisa. 2º edición. Capítulo 1.

Modelos.- Las terapias breves han sido descritas con mayor detalle que los tratamientos prolongados.

Modelos generales: Fenichel rescata la terapia breve de base psicoanalítica, y la divide en tres etapas. Primero, hace un diagnóstico dinámico de los conflictos más importantes. Segundo, se seleccionan técnicas de intervención terapéutica como las interpretaciones limitadas, ciertos tipos de transferencia, verbalización del conflicto, actividades tranquilizadoras y consejos. Tercero, Se instrumentan terapéuticamente. Wolberg propone un esquema similar donde introduce interpretación de los sueños, manejo de la transferencia, acción sobre los síntomas como objetivo, manejo de las resistencias, uso del insight, y desarrollo en el paciente de una filosofía de vida y una aptitud para auto manejarse bien después de la terapia. Bellak y Small destacan la identificación del problema actual, reconstrucción de la historia, búsqueda de relaciones causales, elección de la técnica de intervención, elaboración del problema y finalización del tratamiento. Todo esto basado en la comunicación, el insight, la elaboración y la transferencia. Moguire, propone primero establecer una transferencia positiva, luego una neurosis de transferencia, etc., y a estas variables también se agrega la predisposición de la experiencia y los síntomas. Propone este autor, primero identificar el problema (ordenamiento conceptual), luego un reordenamiento conceptual del material conciente, luego la interpretación de la transferencia y después la finalización e integración de lo interpretado mediante insight.

Otro modelo es la terapia breve en crisis, como la de Levy, que tiene seis sesiones. En la primera se muestra el fin de la ayuda para evitar la hospitalización. En la segunda se reduce la ansiedad mostrando alguna mejoría. En la tercera se apela a la capacidad del paciente para salir de la crisis. En la cuarta y subsiguientes se reafirman las mejorías y el aumento de dominio del paciente. Otros enfoques son por ejemplo, el de Sifneos y el de Jacobson y otros. Este último distingue el enfoque genérico, donde se supone que ante las crisis todas las personas reaccionan más o menos igual, y el individual, donde tienen en cuenta la singularidad de cada uno. También hay modelos de intervención preventiva, como el de Klein y Lindemann, cuando el paciente aun no está en crisis pero ésta puede estar próxima.

Para personal de pocos recursos económicos, Wolk creó la entrevista nuclear: el tratamiento dura una sola sesión, y así cada sesión tiene su propio comienzo, fin y metas. Se busca que al final de cada una el paciente quiera volver a otra.

Otros modelos se centran en síndromes específicos: en la angustia, la depresión, los estados de pánico, la despersonalización, los estados psicóticos, la actuación, las condiciones somáticas graves, la neurosis de guerra, etc. Otros modelos se adaptan especialmente a niños y adolescentes, en los cuales también se involucra a los tutores responsables.

Condensado de Small L (1981) Psicoterapias breves. Barcelona: Gedisa. 2º edición. Capítulo 2.

Procedimientos de diagnóstico.- El diagnóstico es imprescindible para la iniciación y continuación de la terapia, y debe centrarse en la explicación de la crisis antes que en la situación del paciente, antes de producirse ésta. El diagnóstico debería ser más amplio e incluir también el diagnóstico de la sociedad donde la persona vive, pues ella también depende de su crisis.

Enfoques generales: Bellak apunta al diagnóstico como la completa comprensión de la psicodinámica del paciente y su problema actual, desde su estructura vital y su contexto social. Levine distingue un diagnóstico clínico (según el cuadro nosológico), el diagnóstico dinámico (apunta al significado del síntoma) y el diagnóstico genérico (apunta a la historia del paciente). Grinker desarrolló técnicas diagnósticas especialmente para neurosis de guerra, y Lewis centró el diagnóstico en los factores desencadenantes de la crisis y el tipo de paciente que la sufre (temperamento, etc.) Malan distingue el diagnóstico médico y uno psicodinámico: ambos apuntan a relacionar el síntoma con su causa, pero el segundo es más inseguro o incierto.

Algunos autores hablan de centrar el diagnóstico en ciertas dimensiones específicas: debe ser concentrado el esfuerzo terapéutico desde el comienzo, debe considerar al grupo ecológico del paciente, las expectativas de los padres para la producción del síntoma, una evolución de las defensas, de la potencialidad suicida u homicida, de la misma crisis, y de las funciones del yo. El diagnóstico debe incluir también un pronóstico. Además el mismo diagnóstico forma parte constitutiva del tratamiento. De hecho en el tratamiento de depresiones muchas veces una primera etapa es al mismo tiempo de diagnóstico y de terapia.

Condensado de Small L (1981) Psicoterapias breves. Barcelona: Gedisa. 2º edición. Capítulo 2.

Técnicas e intervenciones.- Small ofrece una lista de técnicas e intervenciones empleadas en las diversas psicoterapias breves.

- Abreacción: Alivio de la tensión emocional mediante el revivir el conflicto que la ocasionó.

- Modificación de las actitudes de la comunidad: Como por ejemplo que ésta sea más tolerante con las derivaciones de conducta.
- Actividad del terapeuta: Por oposición a la neutralidad y pasividad del terapeuta clásico.
- Propuesta de acuerdo: Cuando no hay insight, los miembros de la familia aceptan conducirse según ciertas reglas fijadas por mutuo acuerdo.
- Agrupamiento natural: Entre cuatro y siete pacientes y profesionales se reúnen en una experiencia de terapia de grupo donde todos son terapeutas, pues se complementan mutuamente.
- Agujoneo: Estimular al paciente a mejorar.
- Anhídrido carbónico y oxígeno: Inhalados, alivian la ansiedad, pues son relajantes.
- Provocación de ansiedad: Aunque hay técnicas para suprimirla, otros buscan provocarla, pues al elevarse la tensión facilita la resolución del conflicto.
- Apoyo: Hay terapias de insight y otras de apoyo, aplicables estas últimas donde el menoscabo es temporario debido a tensiones agudas. Por ejemplo, dar apoyo a adolescentes para tomar decisiones propias. También evitan la hospitalización.
- Asesoramiento: Proponer líneas de acción al paciente en forma directa.
- Reconstrucción de la autoestima: Sobre todo en la depresión.
- Terapeuta autoritario: Por ejemplo, tomar decisiones en lugar del paciente.
- Catarsis: Implica traspasar un impulso inconsciente a la conciencia, con lo cual se abre el paso a pacientes reprimidos. La catarsis puede ser intensa o moderada, según el grado de asimilación del paciente.
- Comunicación no verbal: Útil en pacientes con dificultad para hablar.
- Conferencias del equipo terapéutico: Éste se reúne diariamente antes de empezar a trabajar con los pacientes contando sus experiencias del día anterior, lo que evita luego trabajar en vacío.
- Confrontación: Es confrontar al paciente con ejemplos directos de su funcionamiento neurótico; es mejor que la elaboración pasiva.
- Consulta conjunta: Paciente y terapeuta enfrentan juntos la o las figuras con las cuales el primero está en conflicto.
- Contacto breve: Al suponerse que los mayores beneficios de la sesión están al comienzo, ésta se hace durar entre quince y treinta minutos solamente.
- Frecuencia del contacto: Que aumentará cuando el paciente esté en crisis.
- Contracondicionamiento: Idea conductista consiste en eliminar la conducta neurótica por medio de reacciones opuestas.
- Control de los conceptos: Técnica que permite al paciente controlar ciertas ideas o su frecuencia de aparición. Por ejemplo, adoptar un rol opuesto al habitual, o la hipnosis o sugestión.
- Control de los síntomas por separación: El paciente se beneficia cuando se lo ayuda a aislar y rotular su problema.
- Control por parte del terapeuta: Controlar la resistencia del paciente o sus síntomas, estimulando su aparición. Supuestamente con esto el paciente le entrega al terapeuta el control de la resistencia y síntomas.
- Dependencia: Aplicable a personas de bajos recursos, estimula la formación de un vínculo padre-hijo entre terapeuta y paciente.
- Desensibilización sistemática: Aplicar estímulos inhibitorios a la ansiedad en forma progresiva, hasta que ésta desaparezca. Los estímulos pueden ser de la misma vida real o imaginarios.
- Disponibilidad del terapeuta: Por ejemplo, por medio del teléfono en casos de crisis. Por ejemplo en peligro de suicidio.
- Uso de drogas: Debido a su rápida acción, se adaptan mejor al tratamiento breve, y su uso se justifica solo en ciertos casos: pacientes que no están compensados psicológicamente y necesitan volver al equilibrio mediante drogas.
- Técnicas educativas: Enseñanza de cualquier oficio importante para estabilizar al paciente.
- Terapia electroconvulsiva: Útil en depresión grave o amenaza de suicidio.
- Entrenamiento asertivo: Entrenar al paciente en la manifestación de conductas socialmente aceptables.
- Esclarecimiento: De tipo intelectual, tanto para personas maduras como para narcisistas. Esclarecer verbalmente el diagnóstico, ayuda en muchos casos.
- Terapia por la escritura: Escribir sus declaraciones en horarios prefijados, diciendo lo que diría en la sesión.
- Estructuración: Hacerse cargo de la vida del paciente y organizarlo.
- Evocación de reacciones neuróticas intensas: Contribuyen a eliminarlas.
- Exhortación: A expresar vívida e intensamente sus experiencias.
- Exposición graduada: A situaciones de la realidad, especialmente en fóbicos.
- Extinción experimental: Usar progresivamente el no refuerzo repetido para debilitar un hábito.
- Terapia familiar: Reunir a la familia para hacer insight y resolver los problemas juntos.

- Desarrollo de una filosofía de vida: Especialmente hacia la terminación de la terapia.
- Técnica focal o de enfoque: Concentrarse en problemas o síntomas seleccionados. Implica dar una interpretación esencial, proponer una meta realizable en la vida, etc.
- Gratificación de necesidades: Orales como ofrecer comida o cigarrillos.
- Terapia de grupo: Por ejemplo, para pacientes hospitalizados. Hay mayor apoyo o sugerencias efectivas.
- Hipnosis: El paciente es más influenciable por el terapeuta, ayuda a la catarsis y a eliminar los bloques de la verbalización.
- Hospitalización breve: Hospitalizar durante un día ayuda a evitar hospitalizaciones más extensas, cuando ese día se aplica terapia breve.
- Humorada: Bromear con el paciente, por ejemplo a quien se autodesprecia decirle: ¿a quién podría importarle usted? Fomenta su agresión.
- Represión y contención de impulsos: Cuando su liberación contribuiría a desorganizar aun más al paciente.
- Incitación: Ayudar al paciente a expresar su ira contra las figuras generadoras de conflictos.
- Provisión de información: Por ejemplo de ir a clubes en los adolescentes, para incentivar su sociabilidad.
- Facilitación del insight: Darse cuenta de las causas de los temores, impulsos, defensas y motivaciones inconvenientes.
- Intelectualización: Esclarecimiento intelectual de iras y temores, ayuda a muchos pacientes a resolver sus conflictos en menos tiempo.
- Interpretación: Para producir insight, lo que a su vez puede reestructurar al paciente positivamente. Coleman distingue la interpretación exacta o correcta, la interpretación correcta que no está en el conflicto actual, y la interpretación inexacta que es una sugestión del terapeuta.
- Definición de los límites de tiempo: Al definir hasta cuando durará la terapia desde el comienzo, genera entre paciente y terapeuta expectativas de curación.
- Manipulación del entorno: Ubicar al paciente en un entorno más adecuado a sus necesidades: ingreso a entidades sociales, adaptación de niños en parejas que se sientan mal por no tenerlos, etc.
- Uso del medio social: Especial para crisis de identidad adolescente, promueve en el paciente el uso de los recursos de la sociedad como las relaciones con sus pares y la discusión con ellos de sus problemas.
- Orientación y consejo: Alentar al paciente para emprender nuevas experiencias vitales y orientarlos en las mismas.
- Placebo: Muchos no los recomiendan porque los desórdenes psicológicos solo deben tratarse con psicoterapia. Es más útil en males físicos.
- Predicción: Prevenir al paciente qué consecuencias puede traerle seguir reviviendo el pasado.
- Rapidez en la intervención: Tras el acontecimiento traumático, asistir al paciente tan pronto como se pueda.
- Recondicionamiento positivo: Fomentar conductas nuevas que no generen ansiedad gratificándolas o premiándolas, y no gratificar las que se quieren eliminar.
- Comprobación de la realidad: Para que el paciente confronte las consecuencias de sus actos en la realidad.
- Reaseguramiento: El paciente incorpora la benignidad del terapeuta y el ofrecimiento de ayuda por parte de éste.
- Relajamiento físico: Enseñar y estimular la relajación muscular. Permite superar inhibiciones y resistencias.
- Semántica general: Para comprender el significado simbólico de muchas experiencias y situaciones vitales.
- Sensibilización para los indicios: Estar alerta a los indicios de crisis para que el paciente pueda advertirlos y cuidarse.
- Sugestión: Reforzada mediante hipnosis cuando es necesario, para controlar resistencias y síntomas del paciente.
- Tácticas: Procedimientos probados por la experiencia como proteger al paciente, terapia física, iniciación de cambios de actitud y otros.
- Intervención de terapeutas en equipo: El paciente recibe la atención simultánea y coordinada de psiquiatras, psicólogos y asistencias sociales.
- Trabajo individual conjunto: El asistente social manipula el entorno para crear un ambiente social correctivo.
- Manejo de la transferencia: Es posible una terapia breve con transferencia, como dice Malan. Incluso interpretar la transferencia no hace mal alguno; al contrario, es necesaria para el éxito de la terapia.

- Ventilación: Metáfora que expresa “ventilar” libremente emociones, sentimientos y pensamientos, sobre todos los relacionados con el problema. Calma la ansiedad.
- Visitas domiciliarias: En personas con perturbaciones emocionales. A veces es el único medio de asistirlas, y además evita la hospitalización.

Condensado de Small L (1981) Psicoterapias breves. Barcelona: Gedisa. 2º edición. Capítulo 2.

Terminación.- La transferencia positiva permite una terminación como transición suave, e incluye la posibilidad de regresar (disponibilidad del terapeuta). Para la terminación el paciente debe convencerse que ha mejorado. Está el peligro de la transferencia negativa (ira por sentirse abandonado). Miller dice que la terminación ocurrirá cuando el paciente haya podido adaptarse al momento que vive, y dejar que en el futuro se encargue de sí mismo.

Condensado de Small L (1981) Psicoterapias breves. Barcelona: Gedisa. 2º edición. Capítulo 2.

Pacientes de psicoterapia breve.- Los tamaños de las poblaciones estudiadas van desde un solo caso hasta poblaciones de más de tres mil personas. Respecto a las edades de pacientes asistidos, la gran mayoría está entre los 20 y 59 años, aunque hay otros casos de niños, adolescentes y ancianos. La mayoría de los datos obtenidos provienen de pacientes de clase baja o clase media baja. Se comprobó también que los pacientes de piel no blanca, reaccionan más favorablemente a la terapia breve en otros países europeos.

Respecto al lugar donde se realiza la terapia breve, se encontró: consultorios externos de hospitales, dispensarios de servicios sociales, consultorios de higiene mental, servicios universitarios, hospitales diurnos, instalaciones militares, consultorios privados e internación en hospitales.

Condensado de Small L (1981) Psicoterapias breves. Barcelona: Gedisa. 2º edición. Capítulo 3.

Diagnóstico.- Se suele confundir dolencia, síntoma y diagnóstico. “Depresión” es dolencia, y es diagnóstico si se le agrega reactiva, neurótica, psicótica, aguda, etc. Otros autores no hablan de diagnóstico o a lo sumo si es o no hospitalizable el paciente.

Ejemplos de diagnósticos encontrados en la bibliografía son: actos delictivos, alejamiento del hogar, causas no determinadas, dependencia, desempeño insuficiente, diagnóstico médico, ansiedad neurótica, fobias, impotencia, mareos en viajes aéreos, neurosis de conversión, pensamientos psicóticos, piromanía, problemas de trabajo, psicosis fronteriza, reacciones depresivas, síndrome cerebral agudo, tumores hipofisarios, etc.

También se hicieron estudios estadísticos sobre cuáles diagnósticos eran más frecuentes y cuáles más raros, pero todos esos estudios tienden a mostrar que las psicoterapias breves, no se aplicaron solamente a casos sencillos y fáciles de resolver, sino también a diagnósticos más graves, lo cual trae el problema acerca de si la terapia breve sirve o no, si es o no eficaz, lo que lleva al problema del pronóstico.

Condensado de Small L (1981) Psicoterapias breves. Barcelona: Gedisa. 2º edición. Capítulo 3.

Pronóstico.- El pronóstico depende del paciente, del tratamiento y el terapeuta, y de la situación que vive el paciente en el presente. Los conductistas dicen que su terapia es eficaz en neurosis y desadaptados graves. Pero hay un buen pronóstico si se usa la técnica adecuada (estimulación o bien supresión de la ansiedad) según cada paciente. Desde el psicoanálisis, lo que mejor pronóstico tiene en terapia breve son las dificultades agudas de la vida, y le siguen las neurosis en sujetos inmaduros e infantiles. En terapia de grupo en buen pronóstico dependerá de una feliz combinación de sujetos en el grupo. Mal pronóstico, es por ejemplo, cuando hay mezclados histéricos y obsesivos. Buen pronóstico cuando la mitad está entre 20 y 40 años, etc. Pronósticos favorables en los niños son por ejemplo, las fobias agudas, los estados regresivos de corta duración, etc.

En general, los diagnósticos que indican pronósticos favorables, son neurosis, desórdenes de la personalidad y psicosomáticos, inmaduros, esquizofrenia (con estructura obsesiva previa bien organizada), etc. Características del paciente que dan un buen pronóstico, son por ejemplo, adaptación sexual apropiada, leve ambivalencia, anhelo de mejoría, autoestima, capacidad para la transferencia, etc. En cuanto a características del terapeuta: actividad, agudeza del enfoque, comprensión, interpretaciones vívidas, entusiasmo, flexibilidad, seguridad en sí mismo, etc. En cuanto a factores situacionales: administración de medicamentos, estabilidad del medio, etc.

Pronósticos desfavorables se dan por ejemplo, en fobias graves, depresiones agudas, problemas de carácter, problemas serios de adolescencia, etc. Pacientes con mucha necesidad de dependencia, narcisistas, patología de antigua data, superyó rígido, etc. Terapeutas con entusiasmo decreciente, temores con respecto al tratamiento, etc.

Condensado de Small L (1981) Psicoterapias breves. Barcelona: Gedisa. 2º edición. Capítulo 3.

Eficacia.- Grotjahn estimó que un 32 % de pacientes había registrado grandes mejorías, y un 44 % se había beneficiado. Malan constató que durante 3 a 5 años subsiguientes a la terapia breve, el paciente en general se mantenía bien, lo que prueba la eficiencia de la terapia breve aun para aquellos casos de

conflictos de vieja data. En terapias de manejo de ansiedad, pacientes sometidos a estimulación de la ansiedad, manifestaron grandes mejorías, y aquellos a quienes se suprimió la ansiedad, mostraron luego en alivio en sus síntomas.

Condensado de Small L (1981) Psicoterapias breves. Barcelona: Gedisa. 2º edición. Capítulo 3.

Investigación.- Hay mucha teoría pero poca investigación concreta sobre terapias breves. Las excepciones son Malan y Bellak. Malan exploró la técnica focal, consistente en la búsqueda de un objetivo formulado de antemano. Bellak, hizo una intensa evaluación de la terapia breve de base psicoanalítica. En su enfoque buscó primero, una comprensión general del paciente, sus males y su situación actual vital; segundo, selección de las facetas del problema sobre las cuales se trabajaría; tercero, describir dinámicamente el mal del paciente; y cuarto, un plan de tratamiento.

Condensado de Small L (1981) Psicoterapias breves. Barcelona: Gedisa. 2º edición. Capítulo 2.

Como equivocarse en terapia breve.- Como maniobras de comienzo, no precise nítidamente el problema, no averigüe por qué consulta en ese momento, no registre el lenguaje de sus consultantes, ni tome en cuenta sus valores y no averigüe las soluciones ya intentadas.

Como estrategia de medio juego: descalifique la importancia del problema para el consultante; no fije metas mínimas claras y concretas; piense en lo bárbaro que sería usar tal estrategia sin importar si sirve o no; entusiásmese con su propia idea; cambie la línea aunque parezca tener éxito con ella; no cambie el objetivo aunque el problema del consultante varíe; no reformule ni sea directivo; sea pedagógico; haga de cuenta que solo existen connotaciones positivas para reformular; confunda insight con cambio de conducta; supérese y apure a los consultantes; no se preocupe por el para qué de su hacer.

Maniobras para fracasar al final: trate de erradicar un problema, no se conforme con aliviarlo; apúrese en cerrar un caso y manifiéstese optimista respecto del resultado; trate de que sus pacientes le estén agradecidos.

Resumen de Elzufán C y Hirsch H, Cómo equivocarse en terapia breve. Incluido en Hirsch y otros (1994) Estrategias psicoterapéuticas institucionales. Buenos Aires: Nadir Editores.

Afectividad en psicoterapia breve.- Introducción: se expone una experiencia en psicoterapia breve realizada en pacientes diagnosticados de Trastorno afectivo o neurótico. Modelo dirigido a trabajar la afectividad, haciendo de los sentimientos incluidos en los criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IV-TR, el foco terapéutico.

Objetivos: con objeto de obtener herramientas psicoterapéuticas útiles donde la limitación temporal es hándicap fundamental, se pretende demostrar que un abordaje precoz de la afectividad se traduce en una mayor eficacia del tratamiento.

Metodología: la intervención se realizó sobre cohorte de 24 pacientes que acudieron a U.S.M.C. "El Tornillar" entre 2007-2008. Se utilizaron previamente y tras la intervención las Escalas Hamilton para Ansiedad y Depresión. Se realizó análisis descriptivo; variable numéricas con medianas y percentiles (P25-P75) y cualitativas, tablas de frecuencia y porcentajes. Para analizar los dos momentos del estudio, la prueba no paramétrica Wilcoxon.

Resultados: el 87,5% mujeres, 12,5% hombres, con media de edad 44,08 $\pm$ 11,18. Respecto a las puntuaciones de las escalas Hamilton se observó significación estadística ($p < 0,0005$) al cuantificar la diferencia pre y postratamiento. Para la ansiedad pretratamiento mediana 35 (27,25; 38,75) y postratamiento 8 (4,00; 15,50) con IC 95% (19;30), para depresión, mediana pretratamiento 24 (24;29,75) y postratamiento 7 (3,00;9,25) con IC (16;22,5).

Conclusiones: el reducido tamaño muestral y la inexistencia de grupo control hacen que los resultados no sean concluyentes, sin embargo: parece confirmarse que la combinación psicofarmacoterapia-psicoterapia es el tratamiento más eficaz en Trastornos neuróticos y afectivos. Se observó mejoría clínica y estadísticamente significativa tanto sintomatología ansiosa como depresiva trascurridos tan sólo 4-5 sesiones.

M.L Gutiérrez López; C. Almeida González. La afectividad en Terapia breve. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2008 NOV.

Psicoterapia breve según Knobel.- La psicoterapia surgió para ayudar al ser humano en conflicto. Conflicto se equipara entonces con enfermedad, y toda intención de modificar esta situación se propone como intención por 'recuperar la salud'. El autor recorre diversos criterios de salud y enfermedad, concluyendo que las características de la salud pueden ser las siguientes: 1) ausencia de señales de sufrimiento no es salud (hay hipomaniacos que aseguran sentirse bien); 2) por tanto salud no es solo ausencia de enfermedad; 3) la salud no es un estado que la persona adquiere, o pierde, para siempre; 4) la salud no está vinculada a un desarrollo tan rápido y tan largo del individuo o de alguna característica; 5) salud no puede ser nunca un concepto estadístico.

Salud debemos considerarla como el resultado dinámico y estructural del aparato psíquico funcionando adecuadamente. A los efectos prácticos y psicoterapéuticos, el autor sigue el criterio de Preston: salud

significa vivir a) dentro de los límites impuestos por el físico; b) con otros seres humanos; 3) sintiéndose feliz; 4) productivamente; y 5) sin ser un estorbo.

En el capítulo 3 el autor desarrolla el concepto de conflicto psíquico, siguiendo una orientación psicoanalítica, indicando que los conflictos pueden nacer de fijaciones en el proceso de desarrollo, de una lucha entre el sí-mismo y el mundo externo, mundo que puede ser la familia o la sociedad en su conjunto.

La psicoterapia es una asistencia psicológica. Esta asistencia consiste en poner nuestros conocimientos teórico-técnicos al servicio de una reestructuración de la personalidad, ayudando así a resolver los conflictos y a adquirir un funcionamiento adecuado de nuestro aparato mental o anímico, para posibilitar el goce de nuestra condición humana en un constante proceso de desarrollo y crecimiento que nos proporcione una inefable vivencia de plenitud, placer y felicidad. Todo ello implica siempre un compromiso ideológico por parte del terapeuta.

Alexander y French distinguen cinco periodos en la evolución de la técnica psicoanalítica: la hipnosis catártica, la sugestión en estado de vigilia, la asociación libre, la neurosis transferencial, y la reeducación emocional. En este último se sale del psicoanálisis para entrar en la psicoterapia psicoanalítica, pues allí se introducen dos principios que modifican la técnica psicoanalítica: la flexibilidad, y la experiencia emocional correctiva. De esta psicoterapia psicoanalítica derivará luego la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, impuesta por la necesidad de una realidad socio-política-económica.

El autor aborda luego el concepto de contratransferencia, para luego centrarse en la psicoterapia focal y la psicoterapia breve. Malan habla de psicoterapias focales para referirse a psicoterapias breves donde hay una selección del material a ser tratado. La terapia focal 'focaliza' su atención en cierto conflicto, busca resolverlo en forma directa y específica, pero dejando de lado otros aspectos de la personalidad.

La psicoterapia breve es 1) no transferencial (en cuanto a neurosis de transferencia); 2) es no regresiva; 3) es elaboradora con predominio cognitivo, y 4) hace una modificación objetual que se opera al permitir cambiar una información falsa por otra verdadera, creando así una vivencia real, donde la persona pasa a ser un sujeto activo de su propia historia.

Las psicoterapias breves se presentan como modelos en expansión de técnicas diversas donde se aplican teorías también variadas de origen incierto, lo que impide discernir su amplitud y validez.

En el capítulo 8, el autor desarrolla ideas para una teoría de la técnica de la psicoterapia breve, en el capítulo 9 aborda la técnica en forma directa y en el capítulo 10 considera algunos aspectos específicos de la psicoterapia breve.

En el capítulo 11 expone diversas opiniones acerca de cuáles son los objetivos psicoterapéuticos de la psicoterapia breve, y finalmente, en el capítulo 12 aborda la cuestión de cómo evaluar una psicoterapia. Cuando se evalúan los resultados de una psicoterapia, a veces lo hacen de distinta forma el paciente, el terapeuta y los familiares del primero, pues para unos el paciente mejoró, y para los otros pudo haber empeorado.

Sinopsis de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós.

Psicoterapias breves según Small.- Factores que impulsaron la terapia breve fueron la guerra por un lado, y la poca disponibilidad de terapeutas para mucha gente enferma, por el otro. Al intervenir en crisis agudas, la terapia breve es útil desde el punto de vista de la prevención de la cronicidad, y, según Kein y otros, va más allá del sujeto individual atendiendo a situaciones sociales. La terapia de emergencia sirve a la prevención primaria (evitar el desarrollo de la enfermedad), secundaria (atenúa desórdenes ya desarrollados) y terciaria (reduce las consecuencias de las incapacidades crónicas). La terapia breve es importante para mantener al individuo dentro de la sociedad, en vez de recluirlos en hospitales especializados, permitiendo una rápida reintegración a la vida activa y productiva. Por lo demás, ciertas personas, solo aceptan tratamientos breves, como los de la clínica médica.

Las psicoterapias breves difieren de las demás en tres puntos: las metas, la duración y los métodos usados.

Respecto de las metas, la terapia de emergencia apunta a los síntomas y problemas de adaptación que requieren alivio de inmediato, y no intentan la reconstitución de la personalidad. En cuanto al tiempo, en la bibliografía aparecen cinco categorías: las terapias que duran entre una y seis sesiones, las que llevan alrededor de diez, luego en doce y veinticinco, después una duración indeterminada que puede ir de trece hasta cincuenta, y por último, estudios donde no se aclaró el número de sesiones. Pero lo corriente es una semana de duración, y que la entrevista sea también breve (10-20 minutos). Y en cuanto a sus métodos, Alexander dice que la terapia breve no tiene las ataduras de la terapia prolongada, y Wolberg dice que no hay una metodología adecuada para la terapia breve. Otros dicen que en ésta se restringe la interpretación y la transferencia, a lo sumo dirigidas al foco de la cuestión (tal síntoma). El terapeuta es más activo y menos anónimo. También se busca apelar a la parte sana de la persona para recuperarse, y no a sus debilidades.

Respecto de las teorías, el psicoanálisis en general y otras teorías buscaron dar un sustento teórico a las psicoterapias breves. Hasta hace poco el psicoanálisis fue la única base teórica. Respecto de las técnicas utilizadas en psicoterapia breve, cuando nacen de la teoría, las técnicas se van modificando en función de

la práctica clínica, y cuando nacen directamente de esta última, se examinan a la luz de una teoría, de modo que teoría y técnica se modifican mutuamente.

Las terapias breves han sido descritas con mayor detalle que los tratamientos prolongados. Se propusieron modelos generales (Fenichel, Wolberg, Bellak, Levy y otros), mientras que otros modelos se centran en síndromes específicos: en la angustia, la depresión, los estados de pánico, la despersonalización, los estados psicóticos, la actuación, las condiciones somáticas graves, la neurosis de guerra, etc. Otros modelos se adaptan especialmente a niños y adolescentes, en los cuales también se involucra a los tutores responsables.

El diagnóstico es imprescindible para la iniciación y continuación de la terapia, y debe centrarse en la explicación de la crisis antes que en la situación del paciente, antes de producirse ésta. El diagnóstico debería ser más amplio e incluir también el diagnóstico de la sociedad donde la persona vive, pues ella también depende de su crisis.

Small describe a continuación una lista de técnicas e intervenciones empleadas en las diversas psicoterapias breves, como por ejemplo la abreacción o alivio de la tensión emocional mediante el revivir el conflicto que la ocasionó.

Respecto de la terminación, la transferencia positiva permite una terminación como transición suave, e incluye la posibilidad de regresar (disponibilidad del terapeuta). Para la terminación el paciente debe convencerse que ha mejorado. Está el peligro de la transferencia negativa (ira por sentirse abandonado). Miller dice que la terminación ocurrirá cuando el paciente haya podido adaptarse al momento que vive, y dejar que en el futuro se encargue de sí mismo.

Hay mucha teoría pero poca investigación concreta sobre terapias breves. Las excepciones son Malan y Bellak. Malan exploró la técnica focal, consistente en la búsqueda de un objetivo formulado de antemano. Bellak, hizo una intensa evaluación de la terapia breve de base psicoanalítica. En su enfoque buscó primero, una comprensión general del paciente, sus males y su situación actual vital; segundo, selección de las facetas del problema sobre las cuales se trabajaría; tercero, describir dinámicamente el mal del paciente; y cuarto, un plan de tratamiento.

Busca Small responder finalmente ¿qué clase de personas y qué clase de perturbaciones son las tratadas por las psicoterapias breves? ¿Qué clase de condiciones responden mejor a la psicoterapia breve?

Sinopsis de Small L (1981) Psicoterapias breves. Barcelona: Gedisa. 2º edición.

Psicoanálisis, psicoterapia y psicoterapia breve según Knobel.- Para muchos autores, la psicoterapia aparece como una secuencia natural y lógica del psicoanálisis. Ya se puede considerar clásica la contribución de Franz Alexander y Thomas M. French (1965), que empiezan a hablar de una 'terapia psicoanalítica' como algo diferente del psicoanálisis.

En el estudio que realizan de la evolución de la técnica psicoanalítica, o para expresarlo en sus propios términos, de la 'terapia psicoanalítica', distinguen cinco períodos: 1) hipnosis catártica; 2) sugestión en estado de vigilia; 3) asociación libre; 4) neurosis transferencial (que consideramos la base fundamental del tratamiento psicoanalítico metodológico); 5) reeducación emocional. Es en este último período que vemos cómo se sale del psicoanálisis para entrar en la psicoterapia psicoanalítica.

Estos investigadores clínicos introducen dos principios que modifican la técnica psicoanalítica: 1) el principio de la *flexibilidad*; y 2) el principio de la *experiencia emocional correctiva*.

Partimos así del psicoanálisis para llegar a una 'psicoterapia planificada' (Devries, 1970). Parecía que, al profundizar el conocimiento psicoanalítico, el aspecto de la investigación superó al aspecto terapéutico. Según Devries, el psicoanálisis proporciona 'un marco referencial más eficaz para la investigación del comportamiento humano que para la corrección del mismo'. Ahora la preocupación se centra en la tentativa de encontrar la 'función asistencial del psicoanálisis'.

La terapia psicoanalítica destruye viejos mitos y permite ejercer una función asistencial que el conocimiento psicoanalítico ahora posibilita.

Los fenómenos básicos de la experiencia psicoanalítica persisten. Lo que cambia es el cómo, el por qué y el para qué los aplicamos. La regresión es inevitable, ya que en nuestro aparato mental persisten todas las situaciones infantiles, perinatales y hasta intrauterinas. Además, si esos conflictos primarios no estuviesen vigentes, difícilmente se habrían desarrollado los conflictos.

Es difícil aceptar la infancia frustrada, impotente, quejosa y coaccionada que llevamos con nosotros en forma permanente, en una manera de vivir masoquista, autodestructiva y carente de placer. Todos alimentamos la fantasía de ser adultos y de no entender por qué nos pasa lo que nos pasa y contribuimos así al paradójico fenómeno de la *resistencia*, que nos impide aprovechar la ayuda ofrecida por el terapeuta, a pesar de que la buscamos, muchas veces con intensa angustia.

Este fenómeno de proceso psicoterapéutico psicoanalítico está siempre presente, ya que, como dijo Freud, 'la transferencia surge como la resistencia más poderosa del tratamiento', y es debilitando o venciendo las resistencias inconcientes como el terapeuta podrá abrirse camino en el inconciente del paciente para que los conflictos empiecen a aparecer y puedan ser reconocidos y modificados.

La transferencia puede ser positiva (amorosa) o negativa (agresiva) y a través de ella se establece la posible alianza de trabajo, llamada alianza terapéutica, entre el paciente y el terapeuta, siendo este

último al interpretar la transferencia- quien permite revivir, aquí y ahora, en la sesión psicoanalítica, la dramática historia infantil que fue reprimida y se transformó en uno de los elementos del conflicto psíquico.

El conflicto de antaño reprimido se desvanece al concientizarse su contenido fantasmagórico infantil y regresivamente frustrante. Esto se consigue en el trabajo de paciente y terapeuta. El paciente confía, idealiza y busca ayuda y amor, o sea, un continente para sus infinitas y reiteradas angustias; el terapeuta se ofrece como ese continente, entiende, se angustia, ama y odia. En su comprensión ofrece la ayuda pedida a través de un instrumento técnico-profesional: la interpretación. La interpretación no es una *verdad*, sino una propuesta para movilizar el inconciente y una resultante de la alianza terapéutica. No hay una interpretación sino varias interpretaciones posibles, que dependen del momento evolutivo de la terapia.

Existe un aspecto 'explicativo', o sea el por qué de la interpretación, y existe también otro aspecto que es de uso instrumental de la interpretación, el para qué de la misma. Es decir que este uso instrumental entre terapeuta y paciente, obliga a que se estudie cómo se originan, cómo actúan y cómo se valorizan las hipótesis interpretativas.

Con frecuencia se produce una convivencia entre terapeuta y paciente, que, tratando de resguardar a ambos de dificultades, transforma -a través de interpretaciones inadecuadas o de silencios de complicidad- el oro del psicoanálisis liberador con el cobre de la psicoterapia sugestiva.

La elaboración es el proceso dinámico que a veces se produce espontáneamente frente a situaciones que permiten percibir la verdadera e inconciente naturaleza de los conflictos internos. Pero en realidad, la elaboración se produce como parte integrante del proceso psicoanalítico en virtud de las interpretaciones que llegando al inconciente permiten movilizar los afectos, las relaciones de objeto, las fantasías y sus entrelazamientos conflictivos, que gradualmente se hacen concientes.

En este punto podemos ya preguntarnos qué es lo que se puede considerar 'análisis' en el sentido verdaderamente analítico. El punto central es ayudar al ser humano a encontrarse a sí mismo y que el psicoanálisis lo consigue por medio de una técnica basada en un cuerpo de teoría que trata de entender el 'alma' -en un sentido de ningún modo religioso ni místico-, que es lo esencial del ser humano, lo verdaderamente intrínseco, que supera inclusive a lo axiológico. También en la psicoterapia breve deseamos que el alma humana tenga su manifestación más profunda y al mismo tiempo más libre. Desde una perspectiva más técnica, podemos considerar que la técnica psicoanalítica se basa en cuatro aspectos fundamentales: 1) la estimulación de la regresión; 2) el surgimiento de la neurosis transferencial; 3) la elaboración; y 4) la mutación de objetos internos por medio de los mecanismos de proyección e introyección asociados a otros mecanismos de defensa que cada organismo tiene a su disposición.

Resumen de Knobel Mauricio, Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 5: Psicoanálisis, psicoterapia, psicoterapia breve.

Psicoterapia focal y psicoterapia breve según Knobel.- El nombre "psicoterapia focal" es una tentativa de Malan para atraer la atención sobre un problema técnico que se hizo evidente durante la práctica de la llamada "psicoterapia breve", a saber, la selección del material a ser tratado en una práctica que se evidenció como útil, aunque poco definida y a veces confusa.

Las psicoterapias breves son presentadas como modelos en expansión de técnicas diversas y hasta con una base teórica y conceptual tan variada que a veces se hace difícil determinar su origen y, por lo tanto, su validez y alcance.

A veces la inspiración o la intuición determinan la elección de cierta técnica más o menos inteligible y hasta ingeniosa, pero en estos casos es la persona del llamado terapeuta la que realmente actúa en un tipo de intercomunicación que Knobel considera va más allá de la sugestión y merece estudios más profundos y serios y no la simple descalificación y la aplicación del término "charlatanismo", que Knobel considera un subproducto de nuestra más auténtica ignorancia.

En la psicoterapia breve los modelos técnicos más estudiados ofrecen una ampliación de la capacidad operativa del terapeuta, que pueden hacer mucho por un gran número de pacientes para quienes las otras técnicas tradicionales -por ejemplo, el psicoanálisis- son ineficientes o no están indicadas.

Toda terapia tiene que basarse en el diagnóstico, y éste incluye desde los mecanismos de defensa hasta las estructuras psicopatológicas del Yo, además de la situación familiar y social del paciente (fundamental en niños y adolescentes), la ubicación geográfica del paciente en relación con la disponibilidad de agentes terapéuticos, la preparación de éstos y la situación socioeconómica, que tiene un peso enorme como factor etiopatogénico y de selección de la terapia realmente posible, y no la imaginada teóricamente en algún gabinete por un terapeuta elitista y alienado de nuestra realidad (Knobel, 1967, 1983).

Este autor investiga diferentes niveles de diagnóstico y explica sus criterios de: diagnóstico clínico, psicodinámico, psicopatológico-psicodinámico, evolutivo, adaptativo y prospectivo, grupal, psico-social, comunicacional, de potencialidades de salud, de problemática del cuerpo, del vínculo terapéutico.

En mi opinión existen también los 'factores estresantes' y los 'acontecimientos vitales' de la vida cotidiana y de circunstancias especiales, que pueden llevar a una psicoterapia de urgencia (Knobel, 1975).

El diagnóstico es una Gestalt bio-psico-social del paciente en un determinado momento de su proceso de vida y solo puede ser formulado sobre la base de los conocimientos que el terapeuta pueda tener de esa integración. La psicopatología no es estática sino dinámica y exige capacidad de observación y evaluación por parte del clínico (Knobel, 1967).

Otra forma de tratar este problema consiste en indagar cuál es la situación en que se encuentra la persona que consulta (Fiorini, 1984).

En consecuencia, se podría decir que una persona es llevada a buscar ayuda por una suma de 'series complementarias', en el sentido freudiano, y por un conjunto de conflictos que convergen en determinadas circunstancias. Este concepto de Fiorini tiene valor práctico, aunque considero que exige una rigurosa formación del psicoterapeuta para que esa practicidad no se transforme en improvisación, superficialidad e ingenuidad pseudoterapéutica.

Con este criterio diagnóstico es posible entender que hay casos en que una terapia de corto plazo es mucho más necesaria, indicada y útil que una técnica compleja y de tiempo indefinido, que sería prácticamente impracticable. Situaciones de emergencia, diversos tipos de crisis, depresiones reactivas o reacciones ansiosas o fóbicas, problemas repentinos de desajustes emocionales y conflictos interrelacionados en procesos neuróticos, caracteropáticos y hasta psicóticos pueden exigir esta modalidad de intervención terapéutica. En niños y adolescentes los conflictos familiares, de los padres, los conflictos escolares y los de simple relacionamiento con los circunstanciales compañeros de estudio, pueden ser determinantes de relaciones vivenciales anormales, crisis de angustia (fobias) y perturbaciones psicosomáticas que exigen una intervención rápida y breve.

Es posible entender así el concepto de 'terapia focal', que procura localizar un foco o centro principal del conflicto que, resultado por acción directa y específica, dejando de lado los otros aspectos de la personalidad, resolvería el problema.

'Foco' o 'conflicto focal' se refiere al conflicto de la situación actual del paciente, debajo del cual existe el conflicto nuclear exacerbado.

Para Vera B. Lemgruber (1984), 'la técnica de psicoterapia breve tiene su característica distintiva en el hecho en que se basa en una tríada. Consideramos como aspectos esenciales y característicos de este método la actitud, la planificación y el foco'.

No existen dudas respecto del origen psicoanalítico de esta importante práctica psicoterapéutica que procura lograr aquello que en psicología del trabajo se conoce como Ley de Parkinson, o sea, hacer lo máximo en el tiempo mínimo.

Resumen de Knobel Mauricio, Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 7: Psicoterapia focal y psicoterapia breve.

Teoría de la técnica de la psicoterapia breve según Knobel.- Eduardo Alberto Braier (1981), distinguido psicoanalista de vasta experiencia en hospitales y otras instituciones compara adecuadamente la psicoterapia breve en el psicoanálisis y la psicoterapia analítica en general, e intenta alcanzar una mayor comprensión de tales temas como: 1) la situación-problema; 2) el foco; 3) el punto-urgencia; y 4) la hipótesis psicodinámica inicial. Braier logra trasladar los conceptos psicoanalíticos tradicionales a una teoría y práctica de una verdadera psicoterapia breve de base estrictamente psicoanalítica.

Partiendo de un principio semejante pero adentrándose más en lo social, Osvaldo Enrique Drevies (1970) propone una planificación más adecuada de la psicoterapia que debería tener lugar entre terapeuta y paciente siguiendo una 'ideología terapéutica'. Dentro de una concepción similar, Gaudino Loreto (1984), revisando la bibliografía clásica, plantea la necesidad de una metodología terapéutica adecuada a la realidad brasileña y a sus clases menos privilegiadas -o mejor dicho, socioeconómicamente postergadas-, que también necesitan ayuda psicoterapéutica.

El problema del *foco* como orientador de toda una teoría y de una estrategia en psicoterapia breve tiene, sin duda, su máximo exponente en David H. Malan (1963, 1976, 1981, 1983), que puede ser considerado el padre de la llamada 'psicoterapia focal'. Sus libros son claros, objetivos y precisos e ilustran sus ideas con conceptos clínicos. Malan analiza cuidadosamente el pasaje de una psicoterapia analítica a una psicoterapia focal y contribuye fuertemente a encarar el problema de la evaluación de los resultados psicoterapéuticos, especialmente para la psicoterapia breve, que para él es también sinónimo de 'psicoterapia focal'.

David Zimmermann (1982) hace una contribución didáctica al estudio de la psicoterapia de base psicoanalítica, retrotrayéndonos constantemente a nuestra fuente freudiana. Este enfoque ayuda a no generar improvisaciones irresponsables y de contenido emocional, generadoras básicamente, de resistencia.

Casi todos los autores mencionados encaran el problema de la investigación, que necesariamente va unido al de la práctica de la psicoterapia breve.

En primer lugar deseo aclarar que el concepto de foco puede ser interpretado de diversas maneras y no pocas veces erróneamente. Para algunos, el foco sería simplemente el contenido explícito del malestar de quien busca ayuda; y sería eso lo que el terapeuta tendría que ayudar a resolver. El criterio de Haley (1980) es bastante similar: propone, incluso 'repartir directivas'.

Para otros, el foco de la atención terapéutica está constituido por la 'situación' o 'contexto'. Y también algunos psicoterapeutas, profundizando más en conocimientos psicodinámicos, tratan de *localizar* un determinado conflicto intrapsíquico y de *concientizarlo* lo más rápidamente posible.

Malan (1983), uno de los grandes maestros y pioneros de la psicoterapia focal, se refiere al uso de más de un foco. Después de años de experiencia, agregó el concepto de 'focalidad' como una variable teórico-práctica necesaria para la evaluación de estas técnicas terapéuticas (Malan 1976). Entiendo que otro tanto hace Fiorini (1978, 1984) con su criterio de 'abordaje de situación'. Estos conceptos tienen una gran importancia clínica.

Así como muchas veces es posible hacer un diagnóstico verdaderamente amplio, nosológico y no nosográfico (en el cual se incluyen los factores estresantes y los acontecimientos vitales de nuestra vida cotidiana), también es posible detectar las situaciones conflictivas más significativas en determinado momento, que son las que precipitan la consulta, la búsqueda de ayuda, y formular una hipótesis diagnóstica, que llevará o no a proponer una psicoterapia breve.

A lo largo de todos estos años ha sido posible comprobar que muchos pacientes no son susceptibles a beneficiarse con la llamada técnica psicoanalítica 'clásica' y muchos otros ni siquiera pueden llegar a obtenerla, aun cuando teóricamente se beneficiarían con ella.

Surge así la psicoterapia de orientación psicoanalítica y la utilización de la 'vivencia emocional correctiva'. Pero es aun insuficiente. El factor tiempo unido al de la disponibilidad de terapeutas y el importantísimo problema económico-social obligan a algunas improvisaciones y experiencias con hipótesis teóricas válidas basadas en los primeros tratamientos psicoanalíticos y en las nuevas técnicas, que empiezan a ser evaluadas con criterios científicos.

EL FACTOR TIEMPO.- La psicoterapia breve se llama 'breve' por oposición a otro tipo de psicoterapia de larga duración, a veces demasiado larga; nos estamos refiriendo, fundamentalmente, al psicoanálisis como técnica psicoterapéutica (Szpilka y Knobel, 1969; Knobel, 1977; Knobel, 1983).

La psicoterapia que practico es una *psicoterapia de tiempo y objetivos limitados*.

Esto exige reflexión y capacidad de renuncia a una o nipotencia terapéutica que algunos adquieren a través del psicoanálisis y otros por simple ignorancia de lo que significa un proceso terapéutico que se desarrolla en el inconciente. Hasta puede llegar a ser penoso que, disponiendo de tantos conocimientos, de profundas experiencias y de una base teórica epistemológicamente trascendente, tengamos que limitarnos a brindar una mera ayuda, un simple alivio, o a promover o estimular reestructuraciones más 'sanas' de la personalidad.

Así, la denominada psicoterapia breve empezó a ser, -cuando se comenzó a evaluarla y manejarla en forma científica- una hermana menor de la terapia psicoanalítica en todos sus aspectos. Para algunos se convirtió en una especie de parientes pobre del psicoanálisis que, por otra parte, ya era rico en conceptos, significados y posibilidades de inducir cambios en la estructura alterada de la personalidad. No debemos olvidar todo el cuerpo de doctrinas que se fue desarrollando junto con el psicoanálisis y la extraordinaria difusión y aceptación científica que alcanzó la ciencia psicoanalítica en todo el mundo.

PSICOTERAPIA BREVE Y TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO.- Los resultados que se obtenían con las incipientes psicoterapias breves eran sumamente contradictorios. Es indudable que, al menos aparentemente, había casos de éxito, pero por tratarse de una fase inicial, casi experimental, es necesario reconocer que tanto el manejo del caso como la evaluación final eran poco claros y muchas veces francamente confusos. Si agregamos a ello el desconocimiento que se tenía del 'efecto placebo' o del simplemente sugestivo, podemos entender la confusión imperante. Esta se hacía tanto más notoria cuando que también se mezclaban, como aun hoy ocurre, los factores de resistencia y correspondencia y todo el complejo contratransferencial.

Se despertaban situaciones conflictivas y afectivas sumamente complicadas y penosas, se inducían situaciones regresivas transferenciales difíciles de retrotraer y se alentaban elaboraciones profundas y prolongadas para las cuales se necesita, en realidad, de un tiempo considerable y de un juego introyectivo y proyectivo en la comunicación de niveles muy profundos y trabajosos. Evidentemente, todo ello podría obtenerse por medio de la técnica que se estaba utilizando (Szpilka y Knobel, 1968).

Muchos psicoterapeutas que recurrían a las técnicas llamadas breves eran inicialmente médicos o psiquiatras que se iniciaban en esta actividad exigidos por sus pacientes. A esto se debe agregar hoy la multitud de psicólogos noveles y con una, preparación insuficiente; de otros profesionales (asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas), y de otras personas ingenuas, místicas o psicopáticas, como los sacerdotes, pastores, gurúes de distintas clases, etc., que se consideraban psicoterapeutas.

Otros, lamentablemente, son profesionales de formación psicoanalítica que se ven empujados, por diversas circunstancias, al uso de alguna técnica que ellos entienden es psicoterapia breve.

La psicoterapia breve se diferencia claramente del psicoanálisis gracias al diferente manejo y a la estrategia también diferente en la utilización de los cuatro aspectos fundamentales del psicoanálisis.

En la psicoterapia breve la regresión debe ser absolutamente desalentada mediante la activación de todos los medios que permitan un control permanente de los aparatos autónomos del Yo.

La regresión obliga a la revisión de la historicidad biográfica, real o fantaseada, y estimula la neurosis transferencial, impidiendo toda reducción del tiempo terapéutico.

En cada encuentro hay un vínculo transferencial, ya que todo nuestro mundo interior antiguo se moviliza y se proyecta en el otro, según los significados que de eso otro pueda tener. En las expresiones 'esa persona me gustó' o 'esa persona no me gustó' hay ya un proceso transferencial, puesto que para alguien la persona evocó y proyectó figuras bondadosas y amables y para otro proyectó figuras agresivas, frustrantes y restrictivas. Si a ellos se suma la 'actuación' de la figura objeto de la transferencia, se corregirán o aumentarán las fantasías transferenciales.

La *neurosis transferencial* es un recurso de la técnica psicoanalítica, ya que es producida por las interpretaciones que inducen a la regresión. Alguien señaló alguna vez que el paciente busca al psicoanalista con *una* neurosis, la suya, y que al iniciarse el tratamiento psicoanalítico lo primero que logra es tener *dos* neurosis: la suya original y la neurosis transferencial que el psicoanalista tiene que crear con su metodología terapéutica.

¿Qué tiene que ver la transferencia con las psicoterapias breves? Es necesario responder que tiene mucho que ver. Pero lo que nada tiene que ver es la neurosis de transferencia.

Para resumir este concepto fundamental en la propuesta que formulamos es necesario aclarar lo que se pretende, en la psicoterapia breve. Que el terapeuta ignore la transferencia. Debe, por el contrario, conocerla y aprender a captarla en sus diversas manifestaciones, tanto es sus aspectos positivos como en los negativos. Pero no debe estimular la creación de síntomas vinculados a su persona y a la naciente estabilidad de un proceso transferencial-contratransferencial, con todos sus riesgos y vicisitudes (Szpilka y Knobel, 1968).

El punto clave de esta propuesta teórico-técnica es poder deshacer la transferencia, tanto la positiva como la negativa, usarla comprendiéndola e inmediatamente rectificarla por medio de la dispersión entre objetos muy diferentes de la realidad del paciente, objetos reales externos que son los que posibilitan la manifestación de la conducta de la persona que busca ayuda psicoterapéutica.

Podemos pasar ahora al proceso de elaboración, que es, sin duda, un aspecto decisivo en toda psicoterapia de línea psicoanalítica. En primer lugar conviene aclarar que en las psicoterapias breves no se da la elaboración de un conflicto en el sentido psicoanalítico. Elaboración, en un sentido psicoanalítico estricto, significa 'neurosis de transferencia' y presupone la actualidad en el resurgir de todos los objetos internos malos del paciente, como también la actualidad en su proyección sobre el analista, quien -a través de un trabajo esforzado y prolongado- ayuda al paciente a modificar las estructuras patológicas.

Elaboración significa también trabajo de duelo y desligamiento progresivo de energías instintivas de aspectos hipostasiados de la personalidad.

Los elementos que componen una elaboración, en sentido psicoanalítico, son: tiempo, actualidad, proyección e introyección. Justamente los elementos de que no se dispone en una psicoterapia breve. Además no se los debe alentar ni perseguir como objetivos de este tipo de psicoterapia.

En esta psicoterapia breve la elaboración es más cognitiva que afectiva, más bien un trabajo de captación y comprensión de la realidad interna y su confrontación con la realidad externa. Y el terapeuta actúa más como una extensión de los aspectos Yoicos más evolucionados del paciente y menos como pantalla proyectivo-introyectiva con todos sus componentes emocionales transferenciales. Ello no quiere decir que estos procesos no se produzcan, sino que deliberadamente se los minimiza en el procedimiento psicoterapéutico.

La modificación de objetos internos a través de la proyección y la introyección como mecanismos fundamentales es altamente significativa en el resultado del proceso de elaboración o cura, mejoría o alivio sintomatológico.

La posibilidad de transformar ciertos objetos en profundidad y no solamente por medio de mecanismos mágico-sugestivos (que no siempre son tan superficiales como algunos pretenden hacer creer, porque les provoca angustia verificar que un procedimiento 'simple' puede dar los mismos resultados que la puesta en práctica de un complejo esquema de elaboraciones teóricas), se basa en la regresión, la elaboración emocional y la neurosis de transferencia.

Es necesario repetir que en psicoterapia breve se procura mantener los mecanismos introyectivo-proyectivos en el nivel más bajo posible y, al desdeñar estos ingredientes básicos de la transformación, ésta se realiza de una manera muy diferente.

Una persona sufre porque un pedazo de su historia ya muerta no se puede transformar realmente en historia. Es un pedazo muerto y estancado pero que tiene fuerza, es algo muerto-vivo que no se transforma en historia *para* la persona enferma. Así, el sujeto sufre por su historia y porque no puede transformarla en historia viva, en historia para él, en historia de la cual sea sujeto y no objeto.

Paradójicamente, el psicoanálisis también transforma una historia muerta en actualidad, y al darle actualidad deja de funcionar como historia, pero por otro lado, favorece el que, a través de su elaboración, el sujeto, objeto de su historia, se transforme en sujeto, pero ahora sujeto activo de esa misma historia (Szpilka y Knobel 1968).

Esta sería la forma en el sujeto 'se cura' de las reminiscencias que lo hacían sufrir. En la psicoterapia breve esa laboriosa transformación del proceso histórico del individuo, falta tiempo, reactualización de la

historicidad. Existe una relectura de la historia y un proyecto, más que de vivirla, de entenderla y pensarla.

Esto puede servirles a algunos individuos para movilizar situaciones internas para las que no se dispone aún de métodos de evaluación y que pueden ser útiles para conseguir una adaptación productiva y placentera de la realidad.

Resumen de Knobel Mauricio, Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 8: Para una teoría de la técnica de la psicoterapia breve.

PSICOTERAPIA COGNITIVA

Definición.- Según Beck, los efectos de la terapia cognitiva son el resultado de ciertas estrategias diseñadas para identificar, comprobar en la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y los esquemas disfuncionales subyacentes.

Robins A y Hayes A., "Una valoración de la terapia cognitiva", incluido en Mahoney M (ed), "Psicoterapias cognitivistas y constructivistas", Desclee de Brower, Bilbao, 1997, pág. 69.

Definición.- "La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones".

Beck A. y otros, "Terapia cognitiva de las drogodependencias", Paidós, Barcelona, 1999, pág. 51.

Definición.- Procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo depresión, ansiedad, fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo en que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.

Beck A y otros, Terapia cognitiva de la depresión, Bilbao, Desclee de Brouwer, 1983, 5ª edición.

Generalidades.- La psicoterapia es un conjunto de técnicas destinadas a promover situaciones de cambio personas en pacientes que padecen un sufrimiento sin sentido. La psicoterapia cognitiva se propone cambiar estructuras de significados o creencias porque son ellas las que guían la conducta y las que determinan nuestra visión del mundo y de uno mismo. Por tanto la clave de la psicoterapia es cambiar el significado de la experiencia del paciente ya que con ello se cambian también sus esquemas preparatorios para la acción.

La psicoterapia es un intercambio verbal de un clima de tensión, ya que se trata de cambiar estructuras, con altos niveles de exigencia, porque no debe apartarse del objetivo que es la curación, todo ello orientado hacia el alivio del padecimiento del paciente.

La psicoterapia promueve la libertad personal y la autodeterminación, así como cierta sabiduría que permite al paciente organizar su vida productivamente.

A quienes está dirigida la psicoterapia.- Al paciente, y más concretamente lo que debe conocerse de él es el tipo de trastorno, la gravedad del mismo, la organización familiar y el momento vital, las características de personalidad, y los recursos y expectativas de cambio que tiene (hay pacientes más resistentes al cambio y con menos voluntad de cambio).

Condensado de Fernández Álvarez H (compilador) (1993) Desarrollos en psicoterapia. Capítulo 1.

Marco teórico.- Pese a la creciente popularidad en la teorización de la psicoterapia de la orientación cognitiva, no existe una teoría cognitiva única, uniforme, del desarrollo de la personalidad, la psicopatología y el cambio, sino tan sólo una multitud de conceptos cognitivos diferentes, muchos de los cuales parecen ser independiente y no tener cohesión con el resto (Greenberg y Safran, 1980; 1981).

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 4.

Marco teórico.- La psicología cognitiva propuso una teoría sobre la conducta humana que sirvió como marco teórico a la psicoterapia cognitiva. Tales aportes pueden resumirse en cuatro postulados:

1) Se comenzó a entender al sujeto como activo y no pasivo.

2) Se empezó a considerar al paciente como un sujeto cuya actividad cognitiva resulta de cómo procesa la información que recibe.

3) Brindó a la psicoterapia cognitiva herramientas conceptuales (esquemas, mapas, etc) para que el paciente pudiera organizar sus conductas. El terapeuta suministra conceptos nucleares importantes con los cuales organizarse.

4) Puso mayor énfasis en los procesos que en los resultados, de manera que no interesa tanto el síntoma como los procesos cognitivos que lo dan como resultado. El terapeuta debe así indagar estos procesos internos.

Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 3.

Definición.- La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.) Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976).

Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias" (Beck A, 1984:13).

Beck Aaron (et al.) (1984) Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Generalidades.- La terapia cognitiva "busca alterar las construcciones que hace un paciente sobre sus experiencias. Implica al paciente en un proceso mediante el cual se plantea la influencia que tienen los sistemas cognitivos, emocionales, lingüísticos y conductuales, de organización de la experiencia en su visión de las cosas, y se buscan formas alternativas, válidas y viables de conocer el mundo, y de aportar nuevos significados, transformando todos los sistemas de funcionamiento personal" (Caro Isabel, 1999). Según Beck, los efectos de la terapia cognitiva son el resultado de ciertas estrategias diseñadas para identificar, comprobar en la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y los esquemas disfuncionales subyacentes (Robins A y Hayes A, 1997:69).

Caro Isabel (1999) Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos, incluido en Caro I (comp), Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona: Paidós.

Robins A y Hayes A (1997), Una valoración de la terapia cognitiva, incluido en Mahoney M (ed), Psicoterapias cognitivistas y constructivistas. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Generalidades.- "La terapia cognitiva -según su creador, Aaron Beck- se basa "en una razón principal teórica subyacente de que el afecto y la conducta del individuo están ampliamente determinados por las maneras en que estructura el mundo". La estructura del mundo de la persona se basa en cogniciones (ideas verbales o gráficas accesibles a la conciencia), que se basan en premisas (esquemas desarrollados a partir de experiencias previas). Según Beck, *si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si esta persona es competente y adecuada, su pensamiento estará denominado por el esquema "al menos que lo haga todo perfecto, soy un fracasado". En consecuencia, reacciona a las situaciones en términos de suficiencia incluso cuando no tiene que ver con que sea personalmente competente.*

Los siguientes ítems resumen las premisas generales subyacentes a la terapia cognitiva (según Beck AT, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression, p. 47 Guilford, New York, 1979. Utilizado con el permiso de los autores):

1) La percepción y experimentación en general, son procesos activos que abarcan datos observacionales e introspectivos. 2) Las cogniciones del paciente representan una síntesis de estímulos internos y externos.

La manera en que las personas valoran una situación es evidente, generalmente, en sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales). 3) Estas cogniciones constituyen su curso de conciencia o el campo fenoménico que refleja su configuración de sí mismos, su mundo, su pasado y futuro. 4) Las alteraciones en el contenido de sus estructuras cognitivas subyacentes afectan a su estado afectivo y patrón conductual. 5) Mediante la terapia psicológica, los pacientes pueden conocer sus trastornos cognitivos. 6) La corrección de estos constructos disfuncionales puede conducir a la mejoría clínica" (página 878).

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Generalidades.- "Las características principales de la psicoterapia cognitiva son las siguientes: 1) la cognición ocupa un primer plano; 2) el sujeto es activo en el procesamiento de la información, capaz de reflexionar y realizar nuevas atribuciones de significado a través de la reformulación o reestructuración cognitiva; 3) apunta al desarrollo de nuevas experiencias, a través de las modificaciones cognitivas, afectivas y comportamentales; 4) es focalizada y estructurada; y 5) se dirige a la resolución de problemas".

Franchi S (2004) *El modelo cognitivo comportamental*. Buenos Aires: sin indicación de editor.

Generalidades.- La psicoterapia cognitiva se basa en cuatro líneas teóricas: el psicoanálisis, la fenomenología, la psicología cognitiva y la psicología de la conducta. Algunas orientaciones apuntan a destacar más la experiencia subjetiva que la realidad objetiva, mientras que otras apuntan a mostrar las consecuencias emocionales que tienen ciertas creencias irracionales, de modo que deben cambiarse estas creencias para obtener resultados terapéuticos.

Estas creencias peligrosas son de tres tipos: sobre uno mismo (por ejemplo baja autoestima), hacia el mundo (el mundo es un lugar peligroso, lo cual genera temor), y hacia el futuro (expectativas de dificultades y fracasos). Estas disfunciones cognitivas son el núcleo de las depresiones, y por tanto lo que hay que atacar.

La terapia cognitiva es una terapia breve y estructurada que supone colaboración activa entre paciente y terapeuta. El terapeuta es muy importante, debe saber expresar afecto y comprensión.

La terapia incluye tres aspectos básicos: los aspectos didácticos, las técnicas cognitivas y las técnicas conductuales.

Los aspectos didácticos buscan explicar al paciente la naturaleza de lo que le pasa, la influencia de sus creencias nefastas o suposiciones desadaptadas, etc.

Entre las técnicas cognitivas que se usan están: la generación de pensamientos automáticos (por ejemplo pensar que los demás se reirán si hago mal algo), la comprobación de los pensamientos automáticos (comprobar si ello es realmente así, es decir si realmente se reirán. Con esto el paciente puede comprender lo erróneo de su suposición desadaptada).

Las técnicas conductuales por último, son paralelas a las anteriores, donde el paciente debe incorporar nuevas conductas a través del entrenamiento en la autoconfianza y la autoestima, animarse a hacer cosas, sentir placer en lo que se hace, etc. Incluye también imaginarse haciendo una tarea ídica por pasos sucesivos.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 26, punto 7.

Generalidades.- Tal vez el principal enfoque terapéutico cognitivo sea el que propone Aaron Beck.

Según Beck, y para el caso del abordaje de la depresión, la finalidad de la terapia cognitiva es mitigar las alteraciones emocionales y otros síntomas de la depresión. Para ello debe contrarse la atención en las interpretaciones erróneas del paciente, en su conducta contraproducente y en sus actividades inadecuadas.

No obstante, indica Beck, "el terapeuta debe estar alerta y prestar atención a las ocasiones en que se produce una intensificación de las emociones negativas del paciente. El terapeuta debe ser capaz de enfatizar con las experiencias emocionales dolorosas del paciente, así como de identificar las cogniciones inadecuadas y los límites entre pensamientos negativos y sentimientos negativos. Paralelamente, el terapeuta debería estar alerta a la menor señal de diversión y satisfacción a fin de fomentar las emociones agradables. Cuando sea posible, el terapeuta debe ventilar los rescoldos de los afectos y la gratificación del paciente. Las personas de nuestra cultura, no familiarizadas con la tradición estoica, confieren una gran satisfacción a sus experiencias emocionales positivas. La pérdida de estos sentimientos positivos conlleva una sensación de no ser una 'persona real', de llevar una existencia vacía. Desde el punto de vista de la terapia, el informe del paciente y la experiencia de estos sentimientos proporcionan una valiosa indicación de su mejoría y una guía para la aplicación de determinadas terapéuticas" (Beck, 2006:42).

La terapia cognitiva desarrollada originalmente por Aarón Beck, se centra en las distorsiones cognoscitivas que se consideran presentes en el trastorno depresivo mayor. Entre estas distorsiones se incluyen "la atención selectiva a los aspectos negativos de la situación y las inferencias patológicas poco realistas sobre sus consecuencias. Por ejemplo, la apatía y la escasa energía son el resultado de las expectativas de fracaso en todas las áreas que presentan estos pacientes. El objetivo de la terapia cognoscitiva es aliviar los episodios depresivos y prevenir su recurrencia ayudando a los pacientes a identificar y poner a prueba las cogniciones negativas; desarrollar formas de pensamiento alternativas, flexibles y positivas; y practicar nuevas respuestas cognoscitivas y conductuales" (Kaplan y otros, 1999:636).

Desde las primeras descripciones de la actividad depresiva, la mayoría de los autores coincidieron al señalar como parte del complejo sintomático, distorsiones cognitivas tales como un pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad. La originalidad del punto de vista de Beck "reside en que considera que estas distorsiones cognitivas son la causa primaria del desorden y no elaboraciones secundarias. Según Beck, todas las formas de psicopatología (no solo la esquizofrenia) presentan algún grado de desorden del pensamiento. Es obvio que nadie puede conocer la realidad de manera totalmente objetiva y que la apreciación que cada individuo hace de su mundo está coloreada por sus experiencias pasadas. Por lo tanto, la denominada prueba de realidad sigue siendo un mecanismo en gran medida subjetivo. Sin embargo, por lo general hay consenso respecto de casi todas las experiencias, y puesto que ese consenso es compartido por una abrumadora mayoría, se considera que dichas perspectivas corresponden al campo de la normalidad. En la psicopatología, según Beck, se

producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos consideraría una manera realista de pensar o de interpretar la realidad” (Aneti, 1991:60-61).

La depresión presenta sus propias formas de distorsión, que Beck reúne bajo la denominación de ‘tríada cognitiva’ (1970), compuesta por (Aneti, 1991:60-61):

- 1) expectativas negativas respecto del ambiente;
- 2) auto apreciación negativa, y
- 3) expectativas negativas respecto al futuro.

Beck sostiene que le fue posible detectar estos componentes esenciales de la depresión en los sueños de sus pacientes, sus asociaciones y sus reacciones a estímulos externos. Para apoyar sus conclusiones, presenta además una larga serie de datos experimentales, obtenidos por lo general mediante escalas evaluativas para la depresión.

La mayoría de quienes han investigado la depresión coincidirán en que “con frecuencia los pacientes depresivos son pesimistas respecto de los demás, de sí mismos y de su futuro. La dificultad surge cuando se considera que la cognición es el factor primario que da lugar a la depresión. Beck afirma que los sentimientos depresivos surgen espontáneamente de la posición descrita, pero no explica cómo. En un trabajo más reciente (1976) vincula la depresión como una pérdida significativa, que a su vez da lugar a las características distorsiones cognitivas. Según Beck, ‘las experiencias que el paciente tiene a lo largo de la vida activan así patrones cognitivos que giran alrededor del tema de la pérdida. Los diversos fenómenos emocionales, motivacionales, de la conducta y vegetativos de la depresión fluyen a partir de estas auto evaluaciones negativas’. Agrega más adelante que ‘la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica’. Infiere que ‘después de experimentar una pérdida (sea como resultado de un hecho obvio y real o de privaciones encubiertas), el individuo depresivo comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa’” (Aneti, 1991:60-61).

Aunque la propuesta de Beck es meritoria, Aneti señala algunos puntos débiles porque se centró en mecanismos cognitivos conscientes y simples, desestimando estructuras cognitivas inconscientes y la importancia del conflicto cognitivo.

Por ejemplo, “algunos pacientes depresivos abrigan expectativas que los condenan a la frustración y a la desesperanza, pero como esas expectativas son inconscientes, el individuo no puede reconocer la influencia que ejercen sobre su comportamiento. Del mismo modo, otros pacientes depresivos se sienten avergonzados de su exagerada dependencia o de sus ambiciones irracionales y combaten activamente estos aspectos negativos que perciben en sí mismos. Esta es el área de conflicto que Beck no toma en cuenta, de modo que por momentos su teoría de la depresión sugiere solo una ‘desviación del pensamiento’, sin hacer justicia a la complejidad de la mente humana” (Aneti, 1991:60-61).

La teoría de Beck tampoco explica, para Aneti, por qué una pérdida desencadena una depresión en ciertos individuos y no en otros. “En realidad no entra a considerar los factores interpersonales que inciden en la persona depresiva ni la causa por la cual una pérdida o una frustración precipitan el episodio depresivo. Según él, el individuo deprimido ‘considera que carece de algún elemento o atributo que a su juicio es esencial para su felicidad’, pero no aclara suficientemente por qué esto da origen a la ‘tríada cognitiva’” (Aneti, 1991:60-61).

Para Aneti, Beck describe los resultados de la depresión pero no sus causas, presentando una versión transversal del desorden y no su desarrollo longitudinal y psicodinámico. “Afirma que una vez lograda la recuperación clínica, el individuo deja de distorsionar sus experiencias; sin embargo, la personalidad básica no se ha modificado. Por consiguiente, aunque describe con precisión algunas de las distorsiones cognitivas que se observan durante el episodio depresivo, parece detenerse en estas ideas conscientes sin llegar a las configuraciones subyacentes -a menudo inconscientes, conflictivas o interpersonales- que originalmente hicieron al individuo vulnerable a la depresión” (Aneti, 1991:60-61).

A pesar de estos cuestionamientos de Aneti, en el modelo de psicoterapia de Beck deben destacarse dos puntos importantes: a) aunque admite la primacía de los factores cognitivos, no resta importancia a los aspectos afectivos (emociones y sentimientos positivos y negativos), y b) aunque se centra en cogniciones simples, Beck ofrece un modelo teórico que va más allá de ellas, y que son los supuestos depresógenos.

Beck, A. y otros (2006) Terapia cognitiva de la depresión. Biblioteca de Psicología. Descleé de Brower. Impreso en España. Bilbao.

Kaplan, H. y otros (1999) Trastornos del estado de ánimo. En: Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica. Editorial Médica Panamericana. Madrid.

Aneti Silvano (1991) Depresión. Nociones básicas y sintomatología manifiesta.

Maximización de los efectos de la terapia cognitiva.- Beck subraya algunos conceptos relevantes para incrementar la efectividad de la terapia a corto y largo plazo (Beck, 2006:39-40):

1. *Importancia de crear un clima de empresa común y de colaboración con el paciente.* Cuanto más trabajen juntos terapeuta y paciente, más profunda será la experiencia de aprendizaje para ambos.
2. *Importancia de centrarse en las variaciones y fluctuaciones que pueden darse en la depresión del paciente.* Cuando el paciente experimenta una mejoría, el terapeuta debe animarle a que determine con exactitud qué método (si es el caso) piensa que ha contribuido a su mejoría. El empeoramiento de los

síntomas y recaídas deben ser 'bienvenidos' y bien acogidos como una valiosa fuente de información para investigar los factores que han producido una agudización de la depresión.

3. *Énfasis en la autoexploración.* Debe favorecerse que el paciente investigue el significado de los distintos fenómenos a lo largo del transcurso de la terapia y, especialmente, después de que ésta finalice.

4. *'Aprendizaje dependiente del Estado' y colaboración de las personas significativas.* Los pacientes aprenden mejor a analizar y hasta hacer frente a sus dificultades cuando sus problemas aun están 'calientes'. Así, si experimentan sentimientos depresivos con sus cogniciones asociadas durante una sesión de terapia, se les puede preparar mejor para manejar el estado problemático cuando el terapeuta no esté presente. Por ello a veces es conveniente 'provocar' una situación problemática durante la sesión de terapia.

Beck, A. y otros (2006) Terapia cognitiva de la depresión. Biblioteca de Psicología. Descleé de Brower. Impreso en España. Bilbao.

Consideraciones sobre el terapeuta y el vínculo terapéutico en psicoterapia cognitiva.- Beck establece algunas condiciones relacionadas con la persona del terapeuta y con el vínculo con el paciente, que contribuyen de manera determinante en la eficacia del tratamiento cognitivo. Puede resumirse su pensamiento al respecto en los siguientes puntos:

a) *Características deseables del terapeuta.-* Beck menciona aquí la aceptación, la empatía y la autenticidad" (Beck, 2006:51-53):

La aceptación, la preocupación sincera y el interés por el paciente "pueden contribuir a contrarrestar la tendencia de éste a percibir al terapeuta como indiferente o distante o a verse a sí mismo como una carga para el terapeuta. Es decir, una actitud de aceptación por parte del terapeuta puede contribuir a corregir determinadas distorsiones cognitivas negativas que el depresivo aporta a la relación terapéutica, así como a otras relaciones. Es de crucial importancia recordar que el factor determinante de la respuesta del paciente es su *percepción de la aceptación*, más que el grado real de aceptación que muestre el terapeuta".

La empatía se refiere al "mejor modo como el terapeuta puede entrar en el mundo del paciente, ver y experimentar la vida como lo hace éste. De hecho, el terapeuta experimentará, en cierto grado, los sentimientos del paciente. En la medida en que su empatía sea adecuada, el terapeuta podrá entender cómo estructura el paciente ciertos eventos y cómo responde a ellos. Es más, puede dejar entrever que es capaz de compartir en cierto modo la angustia del paciente. Esta expresión ayuda al paciente a percibir al terapeuta como un ser comprensivo, facilitando, por lo tanto, la posterior manifestación de los sentimientos y cogniciones. A este respecto, una empatía adecuada facilita la colaboración terapéutica".

"La autenticidad supone que el terapeuta "será honesto consigo mismo, así como con el paciente. Sin embargo, nunca debe verse limitado o perjudicado a causa de la franqueza. En vista de la tendencia del depresivo a atender selectivamente a lo negativo y extraer evidencia de sus propias deficiencias, el terapeuta debe conjurar la honestidad con la diplomacia. El paciente puede malinterpretar la franqueza, percibiéndola como una crítica, hostilidad o rechazo. Es más, una afirmación positiva rotunda -incluso aunque sea sincera- puede provocar reacciones antiterapéuticas".

Beck establece además algunas pautas para el terapeuta (Beck, 2006:65-75 y 282-283), entre las cuales menciona:

1. Evitar estereotipar al paciente.
2. Mantener el optimismo.
3. Detectar y hacer frente a las propias cogniciones distorsionadas.
4. Mantener un alto nivel de tolerancia a la frustración.
5. Mantener una actitud orientada a resolver los problemas.
6. Evitar 'etiquetar' al paciente y hacer juicios de valor.
7. Evitar la conducta contraproducente a 'deseos inconcientes'.
8. Ajustar el nivel de actividad y estructurarlo según las necesidades del paciente.
9. Emplear las preguntas como instrumento terapéutico.
10. Emplear el método de hacer preguntas, en vez de discutir, o sermonear.
11. Emplear el humor con prudencia y sensatez.

b) *La relación terapéutica deseable.-* Para Beck, la relación terapéutica se basa en la confianza básica, el *rapport* (acuerdo mutuo) y la colaboración (Beck, 2006:53).

Los pacientes con confianza básica sincera "tienden a mostrar progresos en la transferencia positiva, ya que desean tener un objeto bueno que les ayude cuando estén en dificultades; tratarán al terapeuta con una gran tolerancia, probando que no contradice excesivamente esta imagen" (Beck, 2006:55).

El *rapport* es un componente crucial en el tratamiento de los pacientes depresivos. El término *rapport*, se refiere en general, "a un acuerdo armonioso entre varias personas. En la relación terapéutica el *rapport* consiste en una comunicación de componentes emocionales e intelectuales" (Beck, 2006:56).

c) *Recomendaciones generales.-* Beck resume las prescripciones de intervención en psicoterapia cognitiva en los siguientes puntos (Beck, 2006:102-103):

1. "El terapeuta dedicado al tratamiento de pacientes depresivos debe poseer amplios conocimientos de psicopatología y diagnóstico".
 2. "Las entrevistas deben estar planificadas para establecer:
 - a. Una relación de trabajo terapéutico, donde se incluya un buen rapport.
 - b. Un acuerdo en cuanto a los objetivos y métodos del tratamiento.
 - c. Colaboración para definir y 'resolver' los problemas.
 - d. Diálogos adecuados que proporcionen feedback tanto al paciente como al terapeuta, sobre la comprensión y entendimiento mutuos, los retrocesos de la terapia, el avance hacia la consecución de los objetivos, etc."
 3. "El terapeuta debe poner en práctica procedimientos técnicos para lograr una cierta mejoría en la primera sesión, así como en las siguientes. Debe establecerse un mecanismo que mantenga la mejoría y que pueda ponerse en práctica entre una y otra sesión (por ejemplo, la asignación de tareas para casa, la grabación en cinta de una sesión para que el paciente pueda escucharla en casa, etc.)".
 4. "La mejor manera de motivar al paciente para que trabaje sobre sus problemas es conseguir una reducción de los síntomas gracias al trabajo conjunto de terapeuta y paciente e problemas determinados. Por lo tanto, es preferible la 'educación' o 'reeducción' que las promesas".
 5. "Dentro de los límites de tiempo arbitrarios de cada sesión, el terapeuta debe trabajar para lograr los siguientes objetivos técnicos concomitantes:
 - a. Establecer el diagnóstico.
 - b. Evaluar el grado de patología.
 - c. Estimar los recursos de que dispone el paciente para la terapia y el sistema social en que se desenvuelve.
 - d. Obtener una base de datos sólida sobre la cual formular los problemas del paciente. Esto implica elaborar una jerarquía de hipótesis y someterlas a comprobación.
 - e. Improvisar y poner a prueba distintas estrategias de tratamiento, siempre teniendo en cuenta la fase en que se halle la terapia.
 6. Emplear el tiempo de la mejor manera posible obligará, en ocasiones, a interrumpir al paciente cuando comienza a divagar y hacer que vuelva a centrarse en el problema".
- Beck, A. y otros (2006) Terapia cognitiva de la depresión. Biblioteca de Psicología. Descleé de Brower. Impreso en España. Bilbao.

Acerca del paciente en psicoterapia cognitiva.- Según Beck, el paciente suele tener ciertas creencias terapéuticas (Beck, 2006:284-295), las cuales requieren ser abordadas en el curso de la terapia para que ésta pueda llegar a un resultado satisfactorio. Ejemplos de tales creencias son:

1. "La terapia cognitiva es una refundición del poder del pensamiento positivo".
 2. "Yo no soy deprimido porque distorsione la realidad, sino porque las cosas van realmente mal. Cualquiera se deprimiría en estas circunstancias".
 3. "Sé que interpreto las cosas en un sentido negativo, pero no puedo cambiar mi personalidad".
 4. "Creo lo que usted dice en el plano intelectual, pero no en el plano emocional".
 5. "No puedo pensar en respuestas racionales a los pensamientos automáticos cuando estoy emocionalmente alterado".
 6. "Ya que no me gustan estos pensamientos negativos, la razón de que surjan debe ser que yo quiero estar deprimido".
 7. "Temo volver a sentir ansiedad como antes, cuando haya superado la depresión".
 8. "Quiero una garantía de que esta terapia curará mi depresión".
 9. "La terapia cognitiva se ocupa de los aspectos mundanos de la vida y no de los serios problemas que me hacen estar deprimido".
 10. "Si las distorsiones cognitivas negativas me hacen desgraciado, ¿significa que las distorsiones cognitivas positivas me harán feliz?".
 11. "Llevo viniendo a la terapia cuatro semanas y no he mejorado en absoluto".
 12. "No puede tratar mi depresión sin ver a mi esposa también. Ella es la causa de la depresión".
 13. "Soy mejor que el terapeuta. ¿Cómo va a poder ayudarme?".
 14. "Usted está más interesado en hacer investigación que en ayudarme".
 15. "La terapia cognitiva no dará resultado porque la depresión tiene una base biológica".
 16. "Tengo que afirmar mi independencia no permitiendo que el terapeuta haga surgir lo mejor de mí".
- Beck alerta sobre ciertas conductas antiterapéuticas (Beck, 2006:296-300), o sea, aquellas que deben ser consideradas porque atentan contra el tratamiento mismo:
1. El paciente no habla (o no puede hablar) en la terapia.
 2. El paciente inventa o falsifica datos deliberadamente, o trata de manipular al terapeuta.
 3. El paciente desarrolla ante el terapeuta una 'transferencia' positiva o negativa que limita sus posibilidades.
 4. El paciente habla demasiado y se sale por la tangente.
 5. El paciente abusa de las llamadas telefónicas.
 6. El paciente llega siempre tarde y olvida sus citas.

7. El paciente intenta prolongar la sesión.

Beck, A. y otros (2006) Terapia cognitiva de la depresión. Biblioteca de Psicología. Descleé de Brower. Impreso en España. Bilbao.

Los objetivos del tratamiento cognitivo en la depresión.- Como otros trastornos mentales, la depresión tiene una etiología multifactorial que combina elementos biológicos, psicológicos y sociales. El resultado de esta mezcla puede variar de modo que no todos los casos de depresión son exactamente iguales. Según Dratcu (2004) entonces, las estrategias de tratamiento requeridas, por lo tanto, pueden diferir para cada paciente individual, pero siempre deberán basarse en una evaluación detallada y abarcativa de cada caso particular. Antes de planificar este tipo de estrategia, los clínicos deberían tener presente los siguientes diez objetivos del tratamiento, que son todos prerequisites para el éxito terapéutico (Dratcu, 2004:197):

- 1) conciba un caso para que el paciente individual, deduciendo los *factores predisponentes, precipitantes y que la perpetúan* que son importantes para el caso;
- 2) *aclare y eduque* al paciente con el tratamiento;
- 3) *comprometa al paciente* con el tratamiento;
- 4) identifique y maneje el *riesgo de daño autoinfligido*;
- 5) levante el *humor* del paciente;
- 6) elimine o alivie la *incomodidad interna*;
- 7) obtenga y corrija las *estrategias adaptativas disfuncionales y las distorsiones cognitivas*;
- 8) restaure niveles aceptables de *funcionamiento social*;
- 9) asegure el compromiso y el apoyo de *agencias y servicios* apropiados;
- 10) establezca un plan para el manejo Clínico a largo plazo”.

Dratcu Luis, Depresión, ansiedad y estrés. Buenos Aires: Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XV. Nº 57. 2004.

Clasificaciones de los tratamientos cognitivos para la depresión.- Un primer criterio los tratamientos cognitivos para la depresión tiene en cuenta la duración, con lo cual hay dos grandes tipos: a corto plazo y a largo plazo.

En esta línea Rojtenberg, siguiendo a Hollon, diferencia tres tipos de intervenciones en la depresión: supresivas, curativas y profilácticas:

“Las intervenciones supresivas son aquellas que desalojan las manifestaciones sintomáticas del cuadro pero que poco afectan a los fenómenos subyacentes del mismo. Se podría entender por supresivo el consumo de un ansiolítico para paliar un componente ansioso del cuadro”.

“Las intervenciones curativas son las destinadas al tratamiento de la esencia, biológica y psicológica, del episodio. Esto implica que el resultado del tratamiento sea una mejoría perdurable del trastorno”.

“Las intervenciones profilácticas están destinadas a evitar la recurrencia de los episodios a largo plazo” (Rojtenberg, 2004:262).

Siguiendo esta línea, Rojtenberg propone clasificar los tipos de tratamiento antidepresivo en agudo, de continuación y mantenimiento, o profiláctico.

- “Así el *tratamiento agudo* está destinado a aliviar y disolver los síntomas del cuadro depresivo y restablecer un adecuado funcionamiento psicosocial, considerando tiempo de tratamiento agudo al lapso que transcurre hasta lograr una mejoría clínica (‘remisión’), que suele oscilar entre las cuatro y doce semanas”.

- “El *tratamiento de continuación* prosigue luego del tratamiento agudo; está destinado a evitar la recaída, abarcando entre los seis y los doce meses de las primeras manifestaciones, objetivas y subjetivas, de mejoría clínica”.

- “Estos meses deben ser de administración continua, a dosis constantes, con mejoría progresiva y sin factores que motiven la suspensión del tratamiento, aunque puede haber existido una modificación de la dosis, en función de efectos secundarios, sobreestimulación o ineficacia”.

“Se diferencian dos formas de tratamiento a largo plazo (Rojtenberg, 2004:262):

- Un tratamiento preventivo con el objeto de prevenir o atenuar futuros episodios.

- Un tratamiento crónico de la distimia, ciclotimia y otras perturbaciones afectivas crónicas”.

Otro criterio clasifica los tratamientos para la depresión en psicoterapéuticos, farmacológicos y combinados (o integrados, según la denominación de algunos autores consultados).

Destaca Retamal (2005) que en las últimas décadas los fármacos se han constituido en la principal herramienta terapéutica en la enfermedad depresiva y solo en los años noventa la psicoterapia consigue un solo espacio en el manejo clínico de esta patología. “Actualmente se considera que lo más apropiado es una terapéutica combinada de psicoterapia y psicofármacos, con mayor énfasis en los antidepresivos en el caso de las depresiones severas, en tanto en las depresiones leves o moderadas se privilegia el empleo de fármacos y/o psicoterapia. El papel del profesional consistirá en realizar un diagnóstico adecuado eligiendo un correcto balance entre ambas aproximaciones, adaptándose a las necesidades clínicas y expectativas emocionales del paciente. Los deseos y expectativas de la persona que sufre

depresión respecto a su terapéutica son variados. Muchos pacientes valoran la psicoterapia porque la perciben más individual o personalizada, entregando mayor autonomía y manejo de su vida y conflictos. Otras personas pueden preferir los fármacos, reconociendo que su empleo es más simple y sin que sea necesario indagar en sus dolorosas dificultades emocionales. Afortunadamente en muchas ocasiones los pacientes pueden elegir entre una variedad de tratamientos, siendo el rol del profesional poner a su disposición aquellas terapéuticas que poseen eficacia demostrada y que cuentan con el reconocimiento de la comunidad científica y profesional" (Retamal, 2005:92).

Retamal advierte sobre la frecuencia con que el tratamiento ofrecido al paciente esté muy marcado por las convicciones personales del profesional consultado y no se consideren las opiniones de expertos y/o guías clínicas avaladas por la investigación clínica y reconocidas como válidas por las Sociedades Científicas y Universidades (Retamal, 2005:92).

El mismo autor cree necesario tomar en consideración las necesidades clínicas de los pacientes, ya que en muchos de ellos puede ser inconveniente o desagradable usar antidepresivos, constituyendo una mejor alternativa la psicoterapia, sobre todos en depresiones moderadas y leves. "Una situación especial puede ser el género femenino, puesto que tanto la edad de comienzo como la mayor prevalencia de la depresión ocurre en las mujeres en sus años fértiles. En la actualidad dispones de terapéuticas no farmacológicas que reducen los síntomas depresivos y que incluso pueden disminuir las recaídas en la gestación y lactancia, tiene considerable importancia, facilitando la planificación del embarazo, evitando empleo de psicofármacos en el primer trimestre y tal vez durante la lactancia; sin embargo, algunos fármacos ya no están contraindicados en estos períodos" (Retamal, 2005:93).

Finalmente, destaca Retamal (2005) que algunas veces no se toleran los efectos colaterales, en especial los provocados por los fármacos más antiguos (primera generación de antidepresivos tricíclicos) y con frecuencia los pacientes se sienten aliviados de sus síntomas y aquejados de efectos adversos al tiempo de haber iniciado el tratamiento, de manera que no perciben que el balance de lo positivo y desagradable sea muy conveniente, llevando a la suspensión del tratamiento. "Una razón similar es la que puede hacer poco aceptable la terapéutica de manutención para evitar la reaparición de nuevos episodios depresivos: si bien los fármacos de la segunda generación provocan menos molestias, una de las más incómodas es la alteración de la función sexual tanto en hombres como en mujeres" (Retamal, 2005:93).

Un último criterio para clasificar los tratamientos cognitivos se refiere a la cantidad de pacientes, con lo cual resultan dos grandes tipos: los tratamientos individuales y los tratamientos grupales.

Respecto de la terapia de grupo de la depresión, "tradicionalmente, se ha considerado que los pacientes depresivos más graves y/o suicidas eran pobres candidatos a la terapia de grupo. Existe una doble preocupación respecto a estos pacientes. En primer lugar, muchas veces se teme que las fuertes y particulares necesidades de estos pacientes no queden cubiertas en el contexto de un grupo o, lo que es peor, que las propias características de estos pacientes influyan negativamente sobre el grupo. En la situación de grupo, la combinación de una inhibición de las verbalizaciones y de un ajuste pobre podría fácilmente dar lugar a comparaciones negativas con otros miembros del grupo que estén menos deprimidos, hablen más, etc. En segundo lugar, se considera que los pacientes a quienes nos referimos pueden ser potencialmente perjudiciales para los procesos de grupo. La actitud de replegarse sobre sí mismos, el pesimismo, el deseo de un alivio inmediato de los síntomas y el rechazo de las sugerencias de los demás, todas ellas características de los pacientes deprimidos, se consideran a menudo como impedimentos para los procesos terapéuticos de grupo" (Hollon y Shaw, 2006:311).

Yalom (1970, citado por Hollon y Shaw, 2006) ha observado que las consideraciones anteriores no construyen tanto una contraindicación para la terapia de grupo de pacientes depresivos, como para la inclusión de éstos en grupos heterogéneos en relación con los respectivos objetivos del tratamiento. Está comprobado que trabajar en grupos homogéneos de pacientes deprimidos "es un modo eficaz de salvar obstáculos tales como (1) intensidad del problema, (2) las auto comparaciones negativas y (3) los fenómenos de grupo no deseados. Se ha recomendado el empleo de grupos homogéneos tanto para pacientes depresivos (Shaw, 1977) como para pacientes suicidas (Farberow, 1972, citado por Hollon y Shaw, 2006)".

Refieren Hollon y Shaw (2006) que como en los tratamientos individuales, los enfoques cognitivos-conductuales estructurados y de tiempo limitado, como la terapia cognitiva, parecen ser prometedores en el tratamiento de los pacientes con depresión unipolar en un formato de grupo. "Shaw (1977) trató a estudiantes universitarios deprimidos en régimen externo distribuidos en tres grupos: un grupo tratado con terapia cognitiva, otro con terapia conductual y un tercero con terapia no directiva. Los tres grupos se comparaban a sí mismos con los pacientes en lista de espera que no recibieron tratamiento (grupo control). Los pacientes que fueron tratados con terapia cognitiva de grupo durante cuatro semanas mostraron una mejoría de los síntomas mayor que los sujetos de los demás grupos. Además, la mejoría se mantenía en el seguimiento que se hizo un mes después de finalizar el tratamiento" (Hollon y Shaw, 2006:311-312).

Rojtenberg Sergio, Depresiones y antidepresivo. Buenos Aires: Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XV. Nº 34. 2004.

Retamal Pedro (2005), Enfermedad depresiva. Santiago de Chile: Mediterráneo.

Hollon Steven y Shaw Brian (2006) Terapia cognitiva de grupo para pacientes depresivos. Incluido en Beck, A. y otros (2006). Terapia cognitiva de la depresión. Biblioteca de Psicología. Descleé de Brower. Impreso en España. Bilbao.

Riesgos en el tratamiento cognitivo de la depresión.- Diversos autores consultados advierten acerca de algunos peligros latentes en el tratamiento cognitivo de la depresión (Dratcu, 2004) y formulan algunas advertencias respecto de las estrategias utilizadas en el mismo, en particular en el proceso de aprendizaje de las mismas en el caso de terapeutas noveles (Beck, 2006).

Propone Dratcu (2004) una lista de nueve peligros latentes que deben verificarse clínicamente en especial en aquellos casos donde hay una depresión resistente, o sea, aquellos pacientes deprimidos que no responden a dosis estándar de antidepresivos administrados continuamente durante al menos seis semanas (Dratcu, 2004:202):

1. *Diagnóstico.* Los síntomas depresivos son frecuentes en esquizofrenia, demencia (particularmente en sus primeras etapas), enfermedad de Parkinson, hipotiroidismo y muchas otras enfermedades psiquiátricas, físicas o neurológicas. El diagnóstico primario del paciente debería revisarse de acuerdo con esto.

2. *Comorbilidad.* La depresión puede ser secundaria a, o estar asociada con fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de personalidad, abuso de alcohol o de sustancias, etc. Frecuentemente la enfermedad comórbida también requiere ser tratada.

3. *Cumplimiento.* Hasta el 40% de los pacientes puede no cumplir el tratamiento con drogas. Es esencial determinar si el paciente comprende el régimen de la droga, si hay intolerancia a efectos colaterales y, con la misma importancia, si hay *actitudes y creencias negativas* sobre la medicación de parte del paciente, de su familia y del *médico que prescribe*. Algunos antidepresivos pueden inducir efectos colaterales sobre la esfera sexual en hasta el 90% de los pacientes. *Es esencial la educación previa al tratamiento.*

4. *Dosis.* Los pacientes pueden no responder debido a que están recibiendo *dosis subterapéuticas* de antidepresivos, un hallazgo común en pacientes que reciben tanto tricíclicos como ISRS. Se les pudo haber prescrito una dosis baja de medicación o los pacientes pudieron haberla reducido por sí mismos.

5. *Duración del tratamiento.* Tanto los médicos como los pacientes deben ser concientes de que *no se debe esperar mejoría antes de dos semanas*, pero que usualmente aparece hacia la cuarta semana.

6. *Uso de sustancias.* Se debe excluir el abuso de agentes psicoactivos ilícitos, pero también se debe evaluar el uso regular de otras sustancias. La ingesta excesiva de cafeína (en café, pero también en *té y otras bebidas*) puede causar síntomas de ansiedad e insomnio. Se les debe preguntar a los pacientes sobre el *'beber social'* (alcohol) y la prescripción simultánea de otra medicación. Muchas de las drogas no psicotrópicas, como los *esteroides y algunos analgésicos*, pueden causar síntomas depresivos. Otras drogas pueden interferir con el metabolismo del medicamento (por ejemplo, la carbamecequina).

7. *Hábitos de sueño.* Tan trivial como parece, el asesoramiento sobre la higiene del sueño puede ser de mucha ayuda.

8. *Factores que perpetúan la situación.* Frecuentemente es crucial explorar la presencia de problemas maritales y familiares, insatisfacción con el trabajo, eventos vitales estresantes recientes, etc. Se debe derivar a los pacientes a intervenciones psicosociales, incluyendo psicoterapias específicas, según necesidad.

9. *Actividad física y estructura de la vida cotidiana.* Nuevamente, se debe alentar firmemente a los pacientes a realizar firmemente ejercicios físicos, tales como natación, *jogging*, o ciclismo" (Dratcu, 2004:202).

Por su parte Beck formula algunas advertencias sobre la terapia cognitiva dirigidas a los profesionales que aplican las estrategias propias de la psicoterapia cognitiva, y que pueden resumirse en los siguientes tres puntos (Beck, 2006:33):

1. La terapia debe limitarse a aquellos pacientes cuya responsividad a este método haya sido probada en estudios previos.

2. La efectividad de esta se ha demostrado solamente con pacientes depresivos externos que constituían casos de depresión unipolar no psicótica. Por lo tanto, los procedimientos de tratamientos convencionales (por ejemplo, la hospitalización y las terapias 'somáticas' se emplearían en el caso de depresiones bipolares o de gran intensidad, en el caso de pacientes gravemente alterados o que presenten un alto riesgo de suicidio).

3. La medicación antidepresiva ha probado su eficacia en un gran número de estudios. Por ello, la terapia cognitiva debería restringirse a aquellos casos de depresión unipolar respecto a los cuales el clínico considere preferible este método en lugar de la medicación antidepresiva: a) Cuando el paciente no acepta la ingestión de fármacos; b) prefiere un método psicológico, esperando que la experiencia de aprendizaje reduzca su propensión a la depresión; c) presenta efectos colaterales peligrosos frente a los antidepresivos o se encuentra en una condición médica que contraindica el uso de antidepresivos; d) ha presentado un rechazo ante ensayos con antidepresivos" (Beck, 2006:33).

Finalmente, Beck alerta sobre ciertos defectos y errores en el enfoque terapéutico bastante comunes entre los alumnos que lo están aprendiendo (Beck, 2006:34-38):

1. *Minusvascular la relación terapéutica*. El nuevo terapeuta a menudo se encuentra tan cautivado por las técnicas que olvida la importancia de establecer un fondo de relación terapéutica con el paciente. El terapeuta jamás debe perder de vista el hecho de que se está relacionando con otro ser humano y de que ambos tienen por delante una tarea muy compleja.

2. *Mostrarse purista, caprichoso o excesivamente precavido*. Los terapeutas principiantes suelen estar tan impacientes por dominar los aspectos técnicos que imitan de forma repetitiva a los modelos ('los maestros') y fácilmente detectables por el paciente que leyó sobre terapia cognitiva, en lugar de integrar el método terapéutico de su propio estilo. En el otro extremo, el terapeuta puede forzar la elasticidad del modelo cognitivo para probar si determinadas técnicas se ajustan a él, sin tener en cuenta la adecuación de éstas para su paciente en un momento dado.

3. *Mostrarse excesivamente reduccionista y simplista*. La terapia cognitiva no consiste *únicamente* en hacer que los pacientes identifiquen y corrijan sus pensamientos negativos. A menudo, el terapeuta no está bien afianzado en el modelo cognitivo de los trastornos emocionales. Es difícil, cuando no imposible, llevar a cabo con éxito una *terapia* cognitiva sin un conocimiento profundo de la *teoría* en la que se basa.

4. *Mostrarse demasiado didáctico*. Puede resultarle fácil al terapeuta advertir que el paciente distorsiona sus experiencias. Pero con ello, poco progreso puede conseguirse. Es importante que el terapeuta plantee preguntas que pongan en marcha la lógica que el paciente tiene aletargada.

5. *Mostrarse demasiado 'superficial'*. Es crucial que ciertos significados queden totalmente claros. Aunque la modificación de los pensamientos automáticos y poco realistas sea un elemento importante del tratamiento, lo crucial es la *totalidad* de los significados de las experiencias del paciente.

6. *Reaccionar negativamente ante los pacientes depresivos*. No hacer interpretaciones peyorativas de la conducta del depresivo.

7. *Aceptar el 'insight intelectual'*. El terapeuta no debe dejarse engañar por las afirmaciones del paciente de que comparte las formulaciones del terapeuta a nivel '*intelectual*', pero no '*emocional*'. Si la formulación del terapeuta es correcta, el paciente puede ir integrándola gradualmente en su sistema de creencias".

Dratcu Luis, Depresión, ansiedad y estrés. Buenos Aires: Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XV. Nº 57. 2004.

Beck, A. y otros (2006) Terapia cognitiva de la depresión. Biblioteca de Psicología. Descleé de Brouwer. Impreso en España. Bilbao.

Aportes actuales de la psicoterapia cognitiva de la depresión.- Desde su creación en el transcurso de la segunda mitad del siglo XX, la psicoterapia cognitiva ha evolucionado enriqueciéndose con nuevos aportes y con numerosas investigaciones que han puesto de manifiesto su eficacia y sus limitaciones. Se han dividido estos aportes al tratamiento de la depresión en dos tipos: los referidos a la psicoterapia individual y a la psicoterapia grupal.

a) Estudios empíricos sobre la terapia cognitiva individual.

Refiere Kaplan que aproximadamente una docena de estudios han mostrado que la terapia cognoscitiva es eficaz para el tratamiento del trastorno depresivo mayor. La mayoría de los estudios señalaron "que la terapia cognoscitiva es igual de eficaz que la farmacoterapia, produce menos efectos secundarios, y se asocia a un mejor curso posterior del trastorno. No obstante, en la mayoría de estos estudios puede criticarse la utilización de dosis de antidepresivos demasiado bajas y durante un período de tiempo demasiado corto" (Kaplan y otros, 1999:636).

Algunos estudios mejor controlados, según Kaplan, indican que "la combinación de farmacoterapia y terapia cognoscitiva es más eficaz que cualquiera de ellas por separado, a pesar de que otras investigaciones no han observado estos efectos adictivos. Al menos un trabajo, el NIMH *Treatment of Depression Collaborative Research Program*, señaló que la farmacoterapia, sola o acompañada de psicoterapia, puede ser el tratamiento de elección para los pacientes con episodios depresivos mayores graves" (Kaplan y otros, 1999:636).

Algunas otras investigaciones se centraron en estudios sistemáticos realizados con pacientes depresivos voluntarios. Hollon y Shaw, (2006:364) señalan al respecto que "varios estudios con diseños de investigación controlados, han evaluado la eficacia relativa de los procedimientos cognitivos y conductuales, aislados y en combinación. Aunque éstos deben considerarse como estudios preliminares, debido a factores tales como el tamaño de la muestra y la intensidad de la sintomatología en la población estudiada, es de detectar que los tratamientos centrados en objetivos cognitivos y conductuales, se han mostrado eficaces para mejorar la depresión. Además, parece que son más eficaces que los métodos de apoyo y no directivos".

Los autores mencionados citan las investigaciones de Shipley y Fazio, Taylor, Gioe y Hodgson y Urban: Shipley y Fazio (1973) "demostraron que un método de tratamiento individual que ofrecía alternativas de resolución de problemas, produjo, en *estudiantes voluntarios depresivos* una mejoría

significativamente mayor que el tratamiento de interés-apoyo que recibió el grupo de control. Tanto con los 24 sujetos experimentales como con los 25 de control, se realizaron 3 sesiones de una hora en un período de tres semanas; las sesiones las llevó a cabo el mismo terapeuta. Además de los efectos significativos del tratamiento, los autores también encontraron que dichos efectos no eran contingentes con las expectativas iniciales de los sujetos”.

Taylor (1974; Taylor y Marshal, 1977) llevó a cabo “una comparación controlada entre distintos grupos de tratamiento: modificación cognitiva, modificación conductual, modificación cognitiva y conductual y un grupo en lista de espera. Una terapeuta trató a siete *estudiantes universitarios deprimidos voluntarios* en cada grupo. Taylor (1974) observó que los sujetos de los grupos de tratamiento mostraron una mejoría significativa, en comparación con los sujetos control en lista de espera. Además, el tratamiento combinado fue superior tanto al tratamiento cognitivo como al conductual”.

Gioe (1975) “comparó un movimiento de modificación cognitiva -con algunas variaciones- combinado con una ‘experiencia de grupo positiva’ y un grupo de control en lista de espera. Empleando la modalidad de terapia de grupo con 10 *estudiantes deprimidos voluntarios* en cada grupo, Gioe (1975) encontró que el tratamiento combinado era claramente superior a los demás”.

Hodgson y Urban (1975) “encontraron que tanto un procedimiento conductual de entrenamiento en habilidades interpersonales como un programa de tratamiento encaminado a modificar las percepciones interpersonales de *estudiantes universitarios deprimidos voluntarios* eran significativamente más efectivos que la ausencia de tratamiento. Además, observaron que el procedimiento conductual era más efectivo que el dirigido a modificar las percepciones” (Hollon y Shaw, 2006:364).

También se han llevado a cabo estudios sistemáticos con pacientes depresivos clínicos. Hollon y Shaw destacaron los siguientes:

En un estudio con pacientes deprimidos en régimen externo, “Morris (1975) comparó un ‘programa didáctico cognitivo-conductual’, una terapia orientada al insight (enfoque experimental y no estructurado, centrado en la autocomprensión) y un grupo de control en lista de espera. Participaron cuatro terapeutas para tratar a dos subgrupos dentro de cada condición de tratamiento. Veintidós sujetos fueron asignados al grupo cognitivo-conductual, diecisiete al grupo de insight y doce al grupo de control. Morris (1975) encontró que el tratamiento cognitivo-conductual era igualmente efectivo en un período de tres semanas que uno de 6 cuando el número de sesiones (6) permanecía constante. Este resultado es importante, ya que una de las características sobresalientes del enfoque cognitivo es que pueden conseguirse cambios significativos durante un período de intervención limitado”.

Trabajando “con un solo sujeto y con un diseño de línea base múltiple (A - B - A), Schmickley (1976) informó de una mejoría significativa en una muestra de once pacientes depresivos externos de un Centro de Salud Mental Comunitaria como resultado directo de una intervención cognitiva-conductual. Cada paciente era tratado individualmente por un terapeuta durante cuatro sesiones de una hora. Participaron cuatro terapeutas (pero no el autor). Los cambios en la dirección esperada se observaron en 11 de las 12 medidas psicométricas y conductuales que se aplicaron al finalizar el tratamiento. Antes de comenzar el mismo, se realizaron líneas base de distinta duración, de los pacientes; a continuación, se dejó un período controlado de dos semanas para observar posibles remisiones espontáneas. No se registraron cambios durante el período de línea base; los pacientes mejoraron significativamente como resultado del tratamiento de dos semanas; se observaron recaídas al retirar el tratamiento. La reinstauración del mismo en este punto podría haber seguido el paradigma A - B - A - B y, probablemente, los resultados habrían sido satisfactorios” (Hollon y Shaw, 2006:365-366).

En general, según Hollon y Shaw la revisión de los estudios controlados publicados sobre terapia psicológica de la depresión, muestra una superioridad significativa de los tratamientos cognitivos o conductuales (o la combinación de ambos) sobre los grupos de control. Seis de los estudios se realizaron con sujetos voluntarios, estudiantes o individuos seleccionados de la comunidad; cuatro de los estudios que aplicaron terapia cognitiva, o una variación de este procedimiento, se llevaron a cabo con poblaciones clínicas”.

Un estudio no publicado “sugiere que la terapia cognitiva *sin* medicación antidepresiva puede ser un tratamiento eficaz para una gran proporción de pacientes depresivos hospitalizados. Otro estudio sugiere que la inclusión de medicación antidepresiva no aumenta la efectividad de la terapia cognitiva”.

En resumen, “los datos disponibles indican la eficacia de la terapia cognitiva en un continuo de individuos depresivos, desde estudiantes universitarios subclínicamente deprimidos, hasta pacientes depresivos hospitalizados” (Hollon y Shaw, 2006:372).

Los resultados expuestos por Hollon y Shaw son congruentes con las conclusiones obtenidas por Retamal, para quien “los avances en la investigación clínica y en neurociencias han demostrado que la psicoterapia y los fármacos pueden influir en la mente y el cerebro, de manera que los últimos dos decenios se ha abandonado la esquematización competitiva entre ambas formas terapéuticas. Lo importante es saber qué tipo de pacientes pueden obtener mayores beneficios y en qué aspectos, con cada uno de los tratamientos. En general, las evidencias disponibles indican que al emplear ambos tratamientos no hay efectos negativos, solo sinergia” (Retamal, 2005:101).

Si bien "alrededor del 60 al 70% de los pacientes responde a los antidepresivos, queda un porcentaje que no lo hace y que obliga a un manejo terapéutico más sofisticado. Por otra parte, un número significativo de enfermos presenta una elevada proporción de recaídas después de suspender la farmacoterapia y no olvidemos que otro porcentaje puede sufrir importantes efectos adversos. También es conocido que alrededor del 25% de los enfermos que sufre enfermedades afectivas no cumplen con las indicaciones del médico. Se sabe que muchos pacientes tienen dificultades para recibir ayuda psicoterapéutica, porque a diferencia de la angustia, la depresión con su inhibición psicomotora, desesperanza, pesimismo y en ocasiones desconfianza, impide la motivación para el trabajo psicológico" (Retamal, 2005:101).

b) Estudios empíricos sobre la terapia cognitiva de grupo

Según Hollon y Shaw, en la actualidad, existe bastante evidencia de que la terapia cognitiva de grupo reduce la sintomatología inicial. En cinco estudios relevantes, "con depresivos voluntarios seleccionados mediante métodos psicométricos (Gioe, 1975), con estudiantes universitarios deprimidos en régimen externo (Shaw, 1977) y con adultos depresivos en régimen externo (Morris, 1975; Rush y Watkins, 1978; Shaw y Hollon, 1978), se ha observado que los pacientes tratados con terapia cognitiva de grupo, mostraban en el post-tratamiento puntuaciones de depresión significativamente menores que las que habían obtenido en el pretratamiento" (Hollon y Shaw, 2006:331-332).

El estudio de Shaw (1977) comparó la terapia cognitiva de grupo con un tratamiento estrictamente conductual, el propuesto por Lewinsohn y sus colaboradores (Lewinsohn, 1974, 1975). "Se demostró que la terapia cognitiva era superior tanto al procedimiento conductual como a un tratamiento no directivo y a un grupo control compuesto por sujetos e lista de espera. Los efectos relativamente débiles del método estrictamente conductual observados en el trabajo de Shaw fueron replicados por Padfiel (1976), quien comparó un tratamiento conductual del tipo propuesto por Lewinsohn con un tratamiento centrado en el cliente con pacientes adultos en régimen externo. Según estos datos, parece improbable que los efectos positivos asociados con la terapia cognitiva de grupo puedan atribuirse solamente a factores generales (inespecíficos) o a un procedimiento conductual estructurado" (Hollon y Shaw, 2006:331-332).

Shaw y Hollon (1978) "trataron consecutivamente a dos grupos de pacientes: al primero en el contexto de un grupo cerrado y al segundo, en el de un grupo abierto. El resultado del tratamiento para la combinación de ambos grupos se comparó con los resultados de un grupo de pacientes tratados con terapia cognitiva individual y de otro grupo tratado con farmacoterapia (imipramina) más breves contactos de apoyo, pertenecientes estos dos últimos grupos a otro estudio clínico (Rush et al., 1977). La terapia cognitiva de grupo dio lugar a resultados más positivos que la farmacoterapia, pero menores que los de la terapia cognitiva individual, si bien ninguna de las diferencias era significativa. Definiendo la remisión como una puntuación de 9 o menos en el IDB, siete de los doce pacientes que finalizaron el tratamiento de terapia cognitiva de grupo (58%) evidenciaron una remisión total, frente a quince de los dieciocho pacientes (83%) tratados con terapia individual, y solamente cinco de los diecisiete (29%) pacientes tratados con farmacoterapia. Tres de los quince pacientes asignados a la condición de terapia cognitiva de grupo, abandonaron el tratamiento (20%), frente a una tasa de abandonos del 32% para la condición de farmacoterapia y el 5% para la de terapia cognitiva individual" (Hollon y Shaw, 2006:331-332).

Todavía quedan sin resolver muchas cuestiones relativas a la naturaleza, parámetros y magnitud de los efectos asociados con la terapia cognitiva de grupo. Después de varios años de trabajo en este campo, parece claro para Hollon y Shaw que esta terapia es factible y quizá ya disponga de más evidencia empírica que muchos otros procedimientos ampliamente utilizados en la clínica. Aunque se pueden ofrecer algunas pautas sobre la planificación e implementación de la terapia cognitiva de grupo, "éstas se basan en gran medida en el nada sistemático método de ensayo y error. Los grupos basados en estos principios se han implementado en el sentido descrito anteriormente con resultados bastante satisfactorios. No obstante, parece lógico concluir que la terapia cognitiva de grupo está aun poco desarrollada. Si bien los primeros estudios son lo suficientemente prometedores como para estimular la experimentación clínica y un mayor refinamiento y rigor, parece probable que tales esfuerzos conduzcan al desarrollo de formas aun más potentes de adoptar los procedimientos de la terapia cognitiva a la más compleja modalidad de grupo" (Hollon y Shaw, 2006:333-334).

Kaplan, H. y otros (1999) Trastornos del estado de ánimo. En: Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España.

Retamal Pedro (2005), Enfermedad depresiva. Santiago de Chile: Mediterráneo.

Hollon Steven y Shaw Brian (2006) Terapia cognitiva de grupo para pacientes depresivos. Incluido en Beck, A. y otros (2006). Terapia cognitiva de la depresión. Biblioteca de Psicología. Descleé de Brower. Impreso en España. Bilbao.

El papel de las emociones en la relación terapéutica cognitiva.- Evidentemente, casi todos los componentes de la relación terapéutica tienen aspectos emocionales. Indica Beck que cuando la relación va bien, el paciente suele experimentar sentimientos positivos hacia el terapeuta, tiene esperanzas de

que le puedan ayudar, se siente agradecido al terapeuta, tiene una agradable sensación de seguridad cuando piensa en entrevistarse con él y anticipa con ilusión la siguiente sesión terapéutica. Paralelamente, el terapeuta puede experimentar un amplio rango de reacciones emocionales hacia el paciente -empatía, interés, deseo de ayudar y satisfacción de ser capaz de ayudar al paciente" (Beck, 2006:46-47).

La eficacia de la relación terapéutica depende en gran medida de la capacidad del paciente para experimentar y expresar sus sentimientos durante la sesión terapéutica. "Los pacientes depresivos manifiestan con frecuencia un sentimiento de 'falta de autenticidad'. Interpretan como un signo de insinceridad su dificultad para expresar ante otras personas cómo y qué sienten y el hecho de mantener una fachada social para disimular su pérdida de sentimientos positivos. A partir de aquí, muchos pacientes depresivos afirman que el mero hecho de ser capaces de expresarse emocionalmente -sin reservas- les ayuda a restablecer el sentido de honestidad y autenticidad. Por ejemplo, el paciente puede decir, 'probablemente soy débil para dar rienda suelta a mis sentimientos, pero, al menos, soy honesto en lo que a este tema se refiere'. Así, la libertad del paciente de ser 'él mismo' durante la sesión, le aligera el peso de encubrir sus sentimientos e intentar tener siempre buena cara" (Beck, 2006:46-47).

Beck, A. y otros (2006) Terapia cognitiva de la depresión. Biblioteca de Psicología. Descleé de Brower. Impreso en España. Bilbao.

Supuestos depresógenos en psicoterapia cognitiva.- A medida que avanza la terapia y que los síntomas del paciente disminuyen, el objetivo principal de la terapia pasa a ser la modificación de los supuestos incorrectos -las creencias básicas que predisponen a una persona a la depresión-. "La modificación de los supuestos incorrectos o inadecuados ejerce una influencia directa sobre la capacidad del paciente para evitar posibles depresiones futuras" (Beck, 2006:233).

Beck sintetiza los supuestos depresógenos en el siguiente esquema (Beck, 2006:238):

SUPUESTO PRIMARIO	Si soy agradable (sufro por los demás, parezco brillante y hermosa), no me sucederán cosas malas (divorcio, problemas con los niños).	
		
SUPUESTO SECUNDARIO	Es culpa mía que las cosas vayan mal (por no haber sido agradable).	La vida es injusta (porque yo soy agradable y, aun así, ocurren cosas malas).
		
PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	Yo soy la causa de que mi marido se comporte mal. Al divorciarme he arruinado la vida de mis hijos. Nunca tengo momentos buenos. Todo es porque no soy agradable.	¿Por qué no tengo un marido? Dios me ha engañado. ¿Por qué mis hijos se portan mal? El jefe no debería criticarme.
		
SENTIMIENTOS	Tristeza Depresión	Enfado Cólera

Para Beck, sin embargo, la depresión no es simplemente el producto de distorsiones cognitivas. También debe existir una predisposición a esta patología. Beck ha destacado que el modelo cognitivo se preocupa también en determinar cómo contribuyen a la predisposición y al desencadenamiento de la depresión algunas peculiaridades de la organización cognitiva. Nuestra formulación del papel de las estructuras cognitivas desadaptativas que predisponen a la depresión se basa, en parte, en observaciones clínicas a largo plazo y además en la especulación lógica. No nos parece plausible la idea de que los mecanismos cognitivos aberrantes se creen de nuevo cada vez que un individuo experimenta una depresión. Parece más lógico pensar que el individuo presenta alguna anomalía relativamente duradera en un sistema psicológico. Por lo tanto, es necesario llevar a cabo un análisis longitudinal en términos estructurales. Al desencadenarse la depresión (sea debido a presiones psíquicas, a un desequilibrio bioquímico, a la estimulación del hipotálamo o a cualquier otro agente), se activa un conjunto de 'estructuras cognitivas' alteradas (esquemas) que se formó en un momento temprano del desarrollo" (Beck y otros, 2006:25-26).

Beck, A. y otros (2006) Terapia cognitiva de la depresión. Biblioteca de Psicología. Descleé de Brower. Impreso en España. Bilbao.

Psicoterapia cognitivo-conductual.- Las técnicas diseñadas desde el modelo conductual y cognitivo son bastante específicas para el tratamiento diferencial de un tipo de patología concreta. Podemos recordar muy sintéticamente la desensibilización sistemática para las fobias simples, la exposición en vivo progresiva para la agorafobia, la prevención de respuesta para la obsesión-compulsión, la relajación progresiva y respiración controlada para la ansiedad, el role-playing para las inhabilidades sociales, la inoculación para el control de estrés, el biofeedback para trastornos psicofisiológicos, la reestructuración cognitiva para las depresiones, técnicas de autorrefuerzo para la baja autoestima, el control estimular y costo de respuesta para las adicciones, etc. El programa ideal cognitivo-conductual consiste en poder diseñar un paquete de técnicas específicas ad-hoc, para un paciente en particular y para el tratamiento de un tipo de trastorno específico.

Rodríguez del Álamo A, Aportaciones de la psicoterapia psicoanalítica específica y multimodal. Una revisión. Aperturas psicoanalíticas. 2003 NOV;(15).

Psicoterapia cognitivo-constructivista.- En una psicoterapia cognitivo-constructivista, terapeuta y paciente acuerdan en los objetivos a lograr, y cada tratamiento tiene un diseño personalizado, ya que las diferentes estrategias posibles se ajustan a cada paciente en particular. Aun en los casos de pacientes que presentan el mismo trastorno, el tratamiento puede requerir diferentes estrategias para su superación, lo que implica diferente duración, frecuencia entre sesiones y técnicas específicas a instrumentar.

En nuestro modelo cognitivo-constructivista se otorga importancia fundamental a los significados que las personas dan a los hechos y a las experiencias que viven. La cognición, en sus aspectos intelectual, afectivo y evaluativo, es el resultado del modo en que las personas procesan la información y organizan su experiencia. El ser humano construye activamente su realidad por medio de estructuras de significado de complejidad creciente, que se organizan en forma jerárquica a lo largo de la vida. En la medida en que los significados que se construyen resulten incoherentes o disarmónicos entre sí, y en su conjunto insuficientes para enfrentar las exigencias crecientes de la vida, el malestar psicológico se hará presente. La psicoterapia se dirige a lograr cambios en el modo en que cada paciente otorga significado a su experiencia, a fin de logre una vida más armónica y pueda sentir que despliega un proyecto personal que tiene sentido.

Para lograr este objetivo, nuestro modelo de psicoterapia se ha nutrido con algunos de los aportes de las escuelas tradicionales, que pueden ser integrados en un modelo e segundo orden de acuerdo con las concepciones de la psicología cognitiva, en su perspectiva constructivista. Esto permite abordar los muy diversos trastornos de los cuales las personas consultan, asistir a pacientes de muy diferentes edades, e instrumentar recursos terapéuticos variados. Desde una psicoterapia de pocas sesiones hasta una de varios años de duración, desde tratamientos individuales a grupales o familiares, desde trastornos leves hasta los más severos, las diferentes formas terapéuticas derivan, en forma coherente, de una misma concepción terapéutica. Los resultados obtenidos, constatado por el seguimiento de varios miles de pacientes a lo largo de más de diez años, avalan la aplicación de este modelo, que se encuentra en constante desarrollo.

Fernández Álvarez Héctor y otros, Psicoterapia integrativa de base cognitivo-constructivista. Incluido en en Sánchez Bodas y otros (1994) Psicoterapias en Argentina. Buenos Aires: Holos, página 262.

Psicoterapia cognitiva y psicosis.- En un reciente estudio publicado en la revista "The British Journal of Psychiatry", se estudian los posibles efectos de la terapia cognitiva en aquellos pacientes que a priori tienen un alto riesgo de desarrollar psicosis. Para ello los autores compararon un tratamiento habitual con la terapia cognitiva en una muestra de 58 pacientes con un alto riesgo de desarrollar un primer episodio psicótico. La terapia se aplicó durante un periodo de 6 meses. Los resultados obtenidos indicaron que la aplicación de la terapia cognitiva obtenía eficaces resultados en aquellos pacientes con un alto riesgo de desarrollar un trastorno psicótico.

La terapia cognitiva es un tratamiento eficaz para aquellas personas con un alto riesgo de padecer psicosis. British Journal of Psychiatry. 2004 OCT; 185.

Psicoterapia cognitiva y esquizofrenia.- La relación entre la psicopatología y el funcionamiento cognitivo en la esquizofrenia está de interés, ambos para una comprensión de la naturaleza de la enfermedad, y para la planificación del tratamiento comprensivo. El propósito de este estudio se centró en investigar cómo los síntomas psiquiátricos afectan, y están afectados, por la terapia cognitiva. Cincuenta y cuatro pacientes psiquiátricos hospitalizado recibieron tanto ejercicios de terapia cognitiva (terapia de grupo) o ninguna intervención cognitiva (grupo de control). Los marcadores de los sujetos en las pruebas de cognición y en la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) fueron medidos antes, después del tratamiento de 10 sesiones, y otra vez a las 4 semanas de tratamiento. Solamente el grupo de la terapia demostró una mejora significativa y persistente en las tres Subescalas PANSS así como en

los síntomas y los factores positivos de la depresión. No hubo diferencias significativas entre el grupo o cambios en los marcadores en la PANSS pre/ postratamiento. Un breve curso de 10 sesiones de terapia cognitiva es suficiente para beneficiar la cognición y tiene algunos efectos positivos en la psicopatología según lo medido por la PANSS, pero no añade significación a los efectos del tratamiento psiquiátrico estándar en la psicopatología. Además, el perfil del síntoma psiquiátrico no es predictivo del grado por el que el cual los síntomas cognitivos responden a la terapia cognitiva. El impacto diferenciado de la terapia cognitiva en la cognición y la psicopatología puede implicar que la psicopatología y el funcionamiento cognitivo sigan cursos bastante independientes de tratamiento.

Nigel Bark; Nadine Revheim; Firdouse Huq; Vitaliy Khalderov; Zina Watras Ganz; Alice Medalia. El impacto de la terapia cognitiva en los síntomas psiquiátricos de la esquizofrenia. SCHIZOPHR RES. 2003 OCT; 63(3):229-235.

Psicoterapia cognitiva en el trastorno bipolar.- “El estudio reporta los resultados de un ensayo aleatorio de terapia cognitiva (TC) para el trastorno bipolar. El protocolo del tratamiento difirió de otras formas publicadas de TC para el trastorno a través de la adición de técnicas emotivas.

Método. 52 pacientes con trastorno bipolar I o II fueron aleatoriamente asignados a un ensayo de 6 meses tanto de TC como del tratamiento usual, ambos grupos de tratamiento también recibían estabilizadores de humor. Los resultados miden la velocidad de recaída, actitudes disfuncionales, funcionamiento psicológico, desesperación, autocontrol y adherencia a la medicación. Los pacientes fueron evaluados durante el tratamiento independiente al estado del grupo de los pacientes.

Resultados. En post-tratamiento, pacientes asignados a TC habían experimentado puntuaciones de depresión menos severas (Inventario de Depresión Beck y escala de clasificación de depresión Montgomery-Asberg) y actitudes menos funcionales. Después del control por la presencia de episodios mayores de depresión, hubo una tendencia estadística hacia un tiempo de recaída depresiva mayor ($p = .06$) para el grupo TC. En el seguimiento de los 12 meses, el grupo TC mostró una mejora al autocontrol conductual. La escala de Impresiones Globales de Mejoría Clínica, comparadas con los 18 meses previos al tratamiento con el estado de severidad en el seguimiento, mostraron una diferencia substancial entre grupos a favor de la terapia cognitiva.

Conclusión Nuestros hallazgos corroboran investigaciones del trastorno bipolar previas al demostrar el valor de la terapia cognitiva, particularmente inmediatamente en el post -tratamiento, e indican alguna continuidad (aunque en disminución) de beneficios en los 12 meses exitosos. Estos hallazgos sugieren que las sesiones psicológicas pueden ser cruciales para mantener los efectos beneficios de la terapia cognitiva”.

Jillian R. Ball; Philip B. Mitchell; Justine C. Corry; Ashleigh Skillecorn; Meg Smith, Ensayo controlado aleatorio de Terapia Cognitiva para el trastorno bipolar. J CLIN PSYCHIATRY. 2006; 67(2)

Psicoterapia cognitiva basada en la conciencia plena.- El presente artículo presenta una perspectiva general del pasado, presente y futuro de la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena (MBCT), una intervención psicosocial de base grupal relativamente nueva, que integra la meditación de conciencia plena (Mindfulness) con técnicas de terapia cognitiva.

La MBCT fue desarrollada específicamente para reducir el riesgo de recaída o recurrencia del Trastorno Depresivo Mayor. La corta historia de MBCT incluye una descripción de las razones teóricas subyacentes al desarrollo de la MBCT y el sustento empírico de su eficacia en la reducción del riesgo de recaída depresiva en individuos con tres o más episodios previos.

Actualmente existe acumulación de evidencia proveniente de la investigación de resultados de la MBCT que respalda su eficacia también en la reducción de la sintomatología depresiva. Los futuros focos de atención de trabajos relacionados con MBCT incluirán cuestiones en relación con la difusión como la determinación de sus mecanismos de acción subyacentes, la contribución del entrenamiento de maestros en los resultados de la MBCT y el desarrollo y evaluación de modelos de tratamiento además del tratamiento grupal.

Mark A. Lau; Amanda R. Yu. Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena: Pasado, Presente y Futuro. REV DE LA ASOCIACIÓN DE PSICOTERAPIA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. 2009 JUL; 2 (2).

Terapia cognitiva y depresión.- Desde su aparición en los años sesenta, la teoría y terapia cognitiva de Aaron Beck se ha convertido en uno de los enfoques más aceptados para el tratamiento de la depresión. Cientos de estudios empíricos han testeado las hipótesis derivadas de la teoría cognitiva (Hagga, Dyck y Ernst, 1991) y múltiples investigaciones han evaluado los resultados clínicos (Dobson, 1989).

El primer desarrollo del modelo cognitivo y terapia de la depresión aparece en Depression, 1967. La obra siguiente fue Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, 1976. Cognitive Therapy of Depression se publica en 1979, siendo traducida al español como Terapia Cognitiva de la Depresión.

La depresión es un estado complejo que transita con variedad de grados de severidad, cursos variables, manifestando diversidad sintomática y caracterizado por una alta reactividad a circunstancias de la vida actual. Una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan en la patogénesis de la depresión. La investigación muestra diferencias vinculadas al género en esta patología, ya que aparece

en aproximadamente el doble de mujeres que de hombres (Kessler et. al. 1994; Beaudet, 1996). Respecto a la edad, los indicadores muestran prevalencia en adultos jóvenes (25 a 44 años).

Factores biológicos vinculados a desregulaciones neuroquímicas (Shelton, Hollon, Purdon & Loosen, 1991) así como reducción de actividad en regiones del cerebro, especialmente cortex prefrontal (George et. al., 1995), se relacionan con la patogénesis de la depresión. También existe considerable evidencia de vulnerabilidad genética en la depresión unipolar que interactúa con experiencias de vida estresantes.

El modelo cognitivo de la depresión reconoce los múltiples determinantes ya citados: biológicos, psicológicos y sociales. A. Beck reconocido psicoanalista de Filadelfia presentó la primer versión del modelo cognitivo en 1963-1964 en dos artículos que aparecieron en los Archives of General Psychiatry. Beck plantea que los "pensamientos negativos" que ya habían sido reconocidos como un rasgo sintomático de la depresión, jugaban un rol central en el trastorno.

La terapia cognitiva aparece en la década de los 60 y 70 como un puente entre conductismo y psicoanálisis, siendo la palabra "cognición" la protagonista del cambio. Los movimientos conductistas consideraron en su evolución la importancia de "la caja negra", reconociendo la necesidad de acceder a la misma a través de los procesamiento cognitivos; así surge el grupo cognitivo-comportamental. Por otro lado, representantes del psicoanálisis reconocen la importancia de conceptualizaciones y herramientas que permiten acceder a la investigación y a resultados terapéuticos más eficaces; de esta manera aparecen psicoanalistas que devienen cognitivos o que integran este enfoque a su background.

Sara Baringoltz. Terapia Cognitiva y Depresión. REV DE LA ASOCIACIÓN DE PSICOTERAPIA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. 2009 JUL; 2(2).

Relación terapéutica.- La psicoterapia no se podría concebir sin el establecimiento de una relación entre paciente y terapeuta (Corbella, Balmaña, Fernández-Álvarez, Saúl, Botella y García, 2009). La relación terapéutica es el canal a través del cual transcurre la psicoterapia y por lo tanto es la condición de posibilidad del tratamiento.

En uno de los trabajos de investigación más citados en este tema, Lambert (1992) halló que los factores comunes, dentro de los cuales la relación terapéutica es uno de los principales, explican aproximadamente el 30% de la mejoría del paciente. Dentro del marco de la relación terapéutica se ha prestado especial atención al concepto de alianza terapéutica utilizado por primera vez por Greenson (1967).

Posteriormente Bordin (1979, 1994) desarrolló una reformulación transteórica de la alianza terapéutica y la conceptualizó como consistente en tres componentes interdependientes: acuerdo en las tareas, acuerdo en las metas y vínculo positivo. La fortaleza de la alianza depende del grado de acuerdo entre paciente y terapeuta sobre las metas y tareas terapéuticas y de la calidad del vínculo entre ambos.

La alianza terapéutica es por lo tanto multidimensional por naturaleza y su calidad varía en función de una compleja interdependiente y fluctuante matriz que abarca los tres componentes. Los hallazgos de la investigación establecieron que la alianza terapéutica es el mejor predictor de los resultados en psicoterapia (Horvath & Bedi, 2002). Esto apoya la visión de que los terapeutas que son empáticos, congruentes y muestran aceptación por sus pacientes, son más capaces de negociar las tareas y objetivos de la terapia y desarrollan un vínculo terapéutico más positivo (Watson & Geller, 2005).

La relación paciente-terapeuta es por lo tanto un elemento fundamental de la psicoterapia. Aunque la evolución de los tratamientos produjo importantes avances en las técnicas utilizadas, el vínculo es decisivo en cuanto a los resultados que pueden lograrse. Sin embargo también es cierto que no basta una cálida y afectuosa relación terapéutica para que se cumplan los fines de la terapia.

Pues, a pesar de sus efectos intrínsecamente benéficos, puede alimentar una ilusión antes que acercar una solución real al problema planteado (Fernández-Álvarez, 1999). La clave es establecer en qué consiste una buena relación terapéutica. ¿Que aporta la terapia cognitiva en este sentido? Será conveniente partir de una caracterización de la Terapia Cognitiva, que está constituida en la actualidad por un amplio y variado espectro de abordajes, que comparten algunas notas distintivas...

Beatriz Gómez. La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. REV DE LA ASOCIACIÓN DE PSICOTERAPIA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. 2010 ABR;3(1)

PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Definición.- "Término por el que se conoce la asociación entre las terapias de conducta y las cognitivas. El hecho de que son en muchas ocasiones utilizadas conjuntamente, ha consolidado el término como paradigma de las terapias mixtas basadas en la modificación de la conducta".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Psicoterapia cognitivo-conductual y estrés postraumático.- Objetivo: El propósito de este estudio fue evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual breve para pacientes con trastorno de estrés postraumático agudo (TEP), como resultado de varios tipos de trauma psicológico. Método: Los autores asignaron aleatoriamente a 143 pacientes con TEP agudo (independiente del criterio del tiempo), dentro de un plazo de 3 meses después de experimentar un incidente traumático, a una terapia cognitivo-

conductual breve (N=79) o a una lista de espera como grupo de comparación (N=64). La terapia cognitivo-conductual consistió en cuatro sesiones semanales que contenían ejercicios educativos, de relajación, exposición imaginaria, exposición en vivo y reestructuración cognitiva. La medida principal de resultado fue el índice de TEP medido por una entrevista estructurada; y los resultados secundarios fueron la ansiedad y la depresión medidas por un cuestionario. Las valoraciones se hicieron antes de la intervención y 1 semana y 4 meses después de la intervención. Resultados: Los síntomas de TEP, de ansiedad y de depresión disminuyeron en ambos grupos durante el paso del tiempo. Una semana después de la intervención, el grupo de la terapia cognitivo-conductual tenía significativamente menos síntomas de TEP que el grupo de comparación, pero esta diferencia fue pequeña y no más significativa 4 meses después de la intervención. Se encontraron resultados similares para los índices de ansiedad y de depresión. Los análisis del subgrupo mostraron que la terapia cognitivo-conductual condujo a una baja significativa en los índices de TEP a los 4 meses en pacientes con depresión mayor comórbida al inicio del estudio y en los pacientes que fueron incluidos dentro del primer mes después del incidente traumático, ambos a la semana y a los 4 meses. Conclusiones: La terapia cognitivo-conductual breve temprana aceleró la recuperación de los síntomas de TEP agudo pero no influenció los resultados a largo plazo. La terapia cognitivo-conductual mostró una eficacia elevada en los pacientes con depresión comórbida al inicio del estudio y en los pacientes que fueron incluidos dentro de 1 mes después de su experiencia traumática.

Marit Sijbrandij M y otros, Tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático agudo con la Terapia Cognitivo-Conductual breve: Una prueba aleatorizada controlada. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 ENE; 164(1).

Terapia cognitivo-conductual y esquizofrenia.- Según indican los resultados de un reciente estudio publicado en la revista "British Journal of Psychiatry" la aplicación de la terapia cognitivo conductual resulta ser eficaz en una muestra comunitaria de personas con esquizofrenia. El objetivo fue investigar si la terapia cognitivo conductual breve produce clínicamente resultados importantes en relación con la recuperación, la gravedad de los síntomas y el reingreso al hospital en personas con esquizofrenia durante el seguimiento de 1 año. Participaron 336 pacientes con esquizofrenia, los cuales fueron seguidos durante un promedio de 388 días de los que algunos recibieron el tratamiento habitual y otros la terapia cognitivo conductual. Los resultados tras un año de seguimiento indicaron que los pacientes que recibieron TCC tuvieron significativamente más entendimiento ($P=0.021$) y menos síntomas negativos ($P=0.002$). También se redujo el tiempo de ingreso en el hospital por aquellos que recayeron y demoraron el tiempo de admisión. Conclusiones: Las enfermeras especializadas en salud mental pueden ser entrenadas en aplicar la terapia cognitivo conductual breve en los pacientes con esquizofrenia para complementar las intervenciones familiares y la terapia especializada en los casos de resistencia al tratamiento.

La terapia cognitivo conductual disminuye los síntomas negativos en los pacientes con esquizofrenia. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2006 JUL; 189.

El enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento de la fobia social.- El tratamiento de la fobia social incluye tanto la psicoterapia cognitivo-conductual como la farmacoterapia, y están indicados diferentes procedimientos terapéuticos para el tipo generalizado y para las fobias sociales específicas, así como también los tratamientos combinados de psicoterapia y farmacoterapia.

Descripción, estado actual y evaluación de los resultados.- En la perspectiva de Bornas Agustí y otro, los objetivos básicos de la intervención psicológica en la fobia social, con independencia de la técnica utilizada (conductual o cognitiva), son los de "promover la exposición gradual de la persona a las situaciones sociales temidas y dotar, en el caso de que existan déficit, de las habilidades de interacción social para asegurar una actuación interpersonal competente" (Bornas Agustí y otro, 1998:268).

Por consiguiente, dos resultan ser los grandes tipos de intervención: entrenamiento en habilidades sociales, y exposición combinada con reestructuración cognitiva para permitir la reevaluación de las situaciones temidas y promover una exposición sistemática a las mismas.

El entrenamiento en habilidades sociales "es un procedimiento dirigido a la adquisición y/o mejora, mediante el ensayo conductual, de las diferentes respuestas instrumentales y de interpretación de las situaciones sociales, necesarias para una actuación socialmente competente para las habilidades donde la persona revele un déficit" (Bornas Agustí y otro, 1998:271).

Respecto de la reestructuración cognitiva según el formato de la terapia cognitiva de Beck es "en la actualidad la que está teniendo un mayor desarrollo en la investigación y práctica clínica cotidiana, y la que sin duda presenta un mayor nivel de estructuración" (Bornas Agustí y otro, 1998:287). Básicamente, la reestructuración cognitiva consiste en el análisis lógico y la valoración de hipótesis acerca de las situaciones sociales temidas, para lo cual los sujetos han de ser entrenados en la identificación, análisis y cuestionamiento de las ideas irracionales, lo cual se hace en el transcurso de las primeras sesiones.

La psicoterapia de la fobia social ha tenido una rápida evolución en las últimas décadas. Así por ejemplo, en los años 70 los tratamientos más utilizados eran el entrenamiento en habilidades sociales y la desensibilización sistemática, mientras que en la década de los 80 la tendencia varió: la exposición *in vivo* pasó a ser el tratamiento de elección (Echeburúa Odriozola E y otro, 1999:100).

La exposición in vivo implica que el paciente entre en contacto de manera activa con las situaciones que evita, que se enfrente en forma directa a sus miedos y que permanezca en dichas situaciones hasta que la ansiedad decrezca.

El empleo de esta técnica, según refiere Butler (Butler G, 1985:651) tiene ciertas limitaciones, entre las cuales podemos anotar: 1) la ansiedad social viene acompañada a menudo de un déficit en habilidades sociales que no se resuelve sólo con el tratamiento de exposición; 2) A diferencia de otras fobias, la exposición en la ansiedad social implica la ejecución de conductas ante la observación de los demás y la presencia, por lo tanto, de una complejidad añadida; 3) Las situaciones sociales son con frecuencia de carácter variable e impredecible, por lo que no siempre se puede programar y graduar la exposición; 4) la naturaleza de las situaciones evitadas en la ansiedad social, que tienden a ser de corta duración (iniciar una conversación en una fiesta, saludar a un desconocido, tomar la palabra en una reunión, etc.) impide llevar a cabo sesiones de exposiciones largas y con repeticiones programadas, que son las más efectivas; 5) La exposición no da información acerca de la posible evaluación negativa que se pueden formar las personas sobre el ansioso social; y 6) la superación de la ansiedad social, a diferencia de otras fobias, puede no producir efectos positivos inmediatos, debido a las actitudes previas de los demás ante el paciente.

“La psicoterapia para el tipo generalizado de fobia social suele consistir en una combinación de métodos conductuales y cognitivos, incluyendo la reestructuración cognitiva, la desensibilización, los ensayos durante las sesiones y la asignación de tareas para la casa” (Kaplan H y Sadock B, 1992:613).

Para algunos autores (Echeburúa Odriozola E y otro, 1999:102), técnicas conductuales como la exposición deben ser potenciadas con técnicas cognitivas. Los tratamientos cognitivos más utilizados al respecto han sido la terapia racional emotiva de Ellis y, en especial, la terapia cognitiva de Beck. Los objetivos de estos enfoques fueron: a) eliminar las expectativas negativas de pérdida del control sobre la propia conducta; b) cambiar la atención centrada en el aumento de la activación autonómica y en el temor a mostrar síntomas físicos de ansiedad; c) suprimir los pensamientos reiterados en relación con la ocurrencia de las posibles consecuencias temidas; d) crear la necesidad de ser activo y de concentrarse en lo que se puede hacer y no en lo que no se está realizando, y e) frenar la tendencia a establecer metas perfeccionistas y a minusvalorar los logros conseguidos.

Señalemos, por último, que en la opinión de Jiménez Treviño L y otros, (1999:12) consideran que los paciente rara vez acuden al médico a causa de sus síntomas de ansiedad social y, cuando lo hacen, suele ser por la presencia de una depresión comórbida y no por el trastorno por fobia social en sí mismo. Esta escasa utilización de los servicios sanitarios puede reflejar, a juicio de los autores mencionados, la falta de información que tienen los pacientes con este tipo de trastorno acerca de su enfermedad y el posible tratamiento, así como la dificultad a la hora de hablar con desconocidos inherente a la propia sintomatología del trastorno.

Estudios sobre la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual.- Los estudios realizados con el enfoque cognitivo-conductual obtienen porcentajes de éxito del 60-80% de los casos tratados. Es una proporción satisfactoria pero aún así es menor que en el tratamiento de otras fobias no sociales (Ost, 1989:123).

Según Marks (Echeburúa Odriozola E y otro, 1999:103), los tratamientos deben ser más largos que en otras fobias, que, por lo demás, son los que producen los mejores resultados.

Estudios realizados por Foa y otros en 1996 (Vallejo Ruiloba J y otro, 1998:156), revelan que el éxito de la terapia cognitiva-conductual radica en que los pacientes se desenvuelven mejor en los eventos sociales, pero la ansiedad de las relaciones no sociales no mejora significativamente.

“A pesar del alto número... de estudios realizados con el uso de la terapia cognitiva, sólo algunos de ellos han utilizado grupos de control adecuados. Sin embargo, en general, la terapia cognitiva... es una de las intervenciones psicoterapéuticas más prometedoras que existen en la actualidad para el tratamiento de la depresión” (Kaplan H y Sadock, 1992:648).

Señala Vallejo Ruiloba que en general, “los estudios que utilizan técnicas de terapia cognitivo-conductual concluyen que únicamente con exposición los pacientes mejoran a las 12 semanas, pero con un abordaje cognitivo y grupal más amplio la ansiedad global disminuye en mayor grado. Este tipo de mejoría, a la larga, supera a la exposición y a la fenelcina que inicialmente, a las 12 semanas, presentaban en apariencia los mismos éxitos” (Vallejo Ruiloba J y otro, 1998:154-155).

Feske y Chambless realizaron en 1995 un exhaustivo estudio sobre 19 casos de intervenciones cognitivo-conductuales, que fueron comparados con 9 casos que utilizaron solamente la técnica de la exposición, que es conductual (Bornas Agustí y otro, 1998:293). El resultado de este estudio ha mostrado que ambos tipos de tratamientos son igualmente efectivos para tratar la fobia social, lo que no responde a las expectativas de los profesionales que tendían a considerar el tratamiento cognitivo-conductual como más efectivo.

Señalan Bornas Agustí y otro (1998:294) que estos resultados no deberían sorprendernos, ya que existe suficiente evidencia acumulada como para afirmar que la mejor vía para modificarlas cogniciones es a través de la experiencia directa (en comparación con la técnica cognitiva ‘pura’ de tipo verbal-racional, donde se discuten las creencias sin la experiencia directa correspondiente).

Heimberg et al. (1990, 1993) desarrollaron un grupo de tratamiento cognitivo-conductual que consiste en ejercicios estructurados de exposición en el contexto de la terapia grupal, combinados con la terapia cognitiva. Heimberg et al. (1990) contrastaron su tratamiento cognitivo-conductual con un tratamiento de placebo creíble y con psicoterapia educacional de apoyo. El primero fue superior a la segunda en varias medidas en el post-tratamiento. Un seguimiento de 5 años indicó que los individuos que recibieron tratamiento cognitivo-conductual tenían mayor probabilidad de mantener sus logros y continuaron en mejor condición que los sujetos con psicoterapia educacional de apoyo.

Lydiard y Falsetti (1995) mencionan que existe evidencia que la terapia cognitivo-conductual es eficaz en la fobia social; y que en general, los abordajes no farmacológicos efectivos incluyen entrenamiento social, exposición y terapia cognitivo-conductual, entre otros. En un estudio comparativo hecho con 72 fóbicos sociales, se compararon los efectos de la inundación, atenolol y placebo (Turner, Beidel, Jacob, 1994). Los resultados indicaron que la inundación fue consistentemente superior al placebo, y éste superior al atenolol.

Existe un consenso creciente de que la mejor intervención psicosocial combina los tratamientos que incluyen la exposición a situaciones sociales y la terapia conductual. Al parecer se está abriendo una nueva vía de investigación para tratar la fobia social, donde se integran procedimientos de exposición con entrenamiento en habilidades sociales, integración que ha mostrado (Bornas Agustí, 1998:300) eficacia en el tratamiento de otros tipos de ansiedad que no eran fobias sociales.

Duración.- Los programas de tratamiento estándar tienden a ser de 6 a 12 sesiones, de 2 a 2 horas y media de duración, con una periodicidad semanal y con un periodo de seguimiento de al menos 12 meses, con dos terapeutas de sexo distinto y con un formato grupal de 4 a 8 pacientes, aunque también puede ser un formato individual (Echeburúa Odriozola E y otro, 1999:103). El formato grupal tiene, entre otras ventajas, la posibilidad de que los pacientes tengan la percepción que no son los únicos en experimentar ese tipo de problema, y la posibilidad de realizar un aprendizaje vicario de afrontamiento (o sea, cada paciente puede aprender del otro viendo cómo éste último afronta la situación social temida).

Algunos estudios realizados en 1995 han revelado que una mayor duración de los tratamientos podría relacionarse con un incremento de la eficacia terapéutica. Por ejemplo, "un mayor número de sesiones de exposición producen mejores resultados en las medidas de ansiedad social posttest" (Bornas Agustí, 1998:295).

En relación con los abandonos, existe cierta tendencia a haber mayores abandonos de tratamiento por parte de los pacientes cuando se combinan técnicas cognitivas y conductuales que en los tratamientos donde se aplican sólo técnicas conductuales, como la exposición. En realidad, Bordas Agustí y otro (1998:295) indican que estas diferencias no son significativas.

Algunas comparaciones.- Se mencionan aquí algunas referencias sobre investigaciones que han comparado tratamientos de psicoterapia con tratamientos farmacológicos para el abordaje de las fobias sociales, y también comparaciones entre diferentes modalidades y formatos dentro de la psicoterapia cognitivo-conductual, como por ejemplo los individuales y los grupales.

En 1991 Gelernter y otros (Bornas Agustí y otro, 1998:301) compararon el tratamiento de fobia social en cuatro condiciones terapéuticas: fenelcina, alprazolam, placebo y tratamiento cognitivo-conductual en una muestra de 65 fóbicos sociales. Los dos grupos de farmacoterapia y el grupo placebo "reciben instrucciones de autoexposición. Todas las intervenciones resultan superior al placebo y ni tienen entre ellas diferencias significativas". Lo que sí se observó es que quienes se sometieron al tratamiento cognitivo-conductual siguieron incrementando sus ganancias terapéuticas, cosa que no sucedió con la fenelcina o con el alprazolam.

El tratamiento conductual resulta superior a la mera farmacoterapia (Echeburúa Odriozola E y otro, 1999:104). Según estos autores, que basaron sus conclusiones en innumerables estudios de otros investigadores, los psicofármacos ofrecen resultados significativos, pero de menor alcance que el tratamiento psicológico y con una mayor tasa de recaídas cuando se interrumpe la prescripción. En todo caso los psicofármacos pueden ayudar a dar resultados más rápidos, pero algunos pacientes son renuentes a ello por los efectos colaterales que pueden dar estos medicamentos (dolores gastrointestinales, etc.).

En los casos de tratamiento cognitivo-conductual grupal, "los sujetos que tomen medicación ansiolítica deberán abandonar su consumo de manera controlada antes de iniciar la intervención, para evitar fenómenos de interferencia con la exposición como es el de la disociación farmacológica" (Bornas Agustí y otro, 1998:291), lo que significa que la persona tendrá relativo éxito en la exposición a la situación temida pero debido a la influencia del medicamento y no de la técnica en sí.

En la búsqueda bibliográfica sobre referencias que compararan la eficacia del tratamiento individual con el grupal, no ha sido posible encontrar ninguna información. Sin embargo, las siguientes referencias permiten trazar algún tipo de comparación, en especial respecto del tipo de pacientes apto para uno u otro formato.

En los tratamientos grupales, en cada sesión, por ejemplo, suelen llevarse a cabo tres exposiciones simuladas y se procura la participación activa, al menos en una de ellas, de todos los pacientes del grupo.

Hope y Heimberg, en 1993, indican que el tratamiento cognitivo-conductual grupal resulta apropiado para tratar las fobias sociales siempre y cuando los pacientes NO reúnan una serie de condiciones (criterios de exclusión), que son las siguientes (Bornas Agustí y otro, 1998:291):

Posibilidad de presentar conductas disruptivas durante las sesiones.

Presentar niveles muy altos de ansiedad, ya que estos pacientes no participan en las sesiones o las evitan.

Que la fobia social no sea un problema primario o que no sea el principal problema comportamental que manifieste el individuo.

No es apropiado incluir personas muy deprimidas, ya que la depresión es un predictor negativo para el resultado del procedimiento.

Personas con un déficit muy grave de habilidades sociales.

Referencias bibliográficas

Bornas, X, Agustí M y otro (1998) Miedo a volar: características clínicas de la fobia a volar y estrategias de intervención.

Butler G (1985), Exposure as a treatment for social phobia. Some instructive difficulties. Behav Res Ther, N° 23.

Echeburúa Odriozola E y otro (1999) Tratamiento cognitivo-conductual. Incluido en Bobes García J y otros (1999), Abordaje actual del trastorno por ansiedad social. Barcelona: Masson.

Heimberg, R. G.; Dodge, C.S.; Hope, D.A.; Kennedy, C. R.; Zollo, L.; Becker, R.D. Cognitive behavioral group treatment of social phobia: Comparison to a credible placebo control. Cognitive Therapy Research; 1990, 14, 1-23.

Jiménez Treviño L y otros, (1999) Epidemiología del trastorno por ansiedad social. Incluido en Bobes García J y otros (1999), Abordaje actual del trastorno por ansiedad social". Barcelona: Masson.

Kaplan H y Sadock B (1992), Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Ost L (1989), A Maintenance program for behavioural treatment of anxiety disorders. Behav Res Therapy, N° 27.

Turner, S. M.; Beidel, D. C.; Jacob, R. G. "Social phobia: A comparison of behavior therapy and antelonal". En: Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1994. Vol 62, No 2, 350-358.

Vallejo Ruiloba J y otro (1998), Curso y pronóstico de la fobia social. Incluido en Cervera Enguix S Bannasar M y Bobes García J, (1998) "Fobia social". Barcelona: Masson.

Terapia cognitiva-conductual para la anorexia nerviosa.- La terapia cognitiva-conductual es uno de los tratamientos recomendados en el abordaje de la bulimia nerviosa y constituye parte del sustento teórico para el tratamiento de la anorexia. (Garner y Needleman, 2000).

Las primeras descripciones de la terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de la bulimia nerviosa fueron realizadas por Fairburn (1981) y para la anorexia nerviosa por Garner y Bemis (1982), quienes adaptaron los métodos de la terapia cognitiva para tratar las características singulares de los pacientes con anorexia nerviosa. La misma se puede implementar desde un abordaje individual o grupal, y puede ser integrada con terapia familiar.

El modelo terapéutico sugerido por Garner y Bemis se basará en la modificación de las expectativas, las creencias y los patrones de conducta descontrolados que mantienen la enfermedad. El diseño del tratamiento se basa en el método cognitivo-conductual elaborado por Beck y sus colaboradores para el tratamiento de la depresión y los trastornos neuróticos (Garner y Bemis, 1982), algunos métodos se han adaptado de otros abordajes cognitivos (Ellis, 1962; Mahoney, 1974) y otros se han creado específicamente para el tratamiento de este trastorno.

Esto incluye:

1. La resistencia del paciente a empezar un tratamiento y los síntomas egosintónicos.

2. La interacción entre los elementos psicológicos y físicos.

3. El déficit en el autoconcepto relacionado con la falta de conciencia y confianza en los estados internos.

4. Las creencias idiosincrásicas en relación al peso y a la comida. (Garner y Bemis, 1985)

El tratamiento de la anorexia nerviosa puede dividirse en dos grandes fases, la normalización del peso, que generalmente es implementada a través de la internación, y la psicoterapia a largo plazo con el fin de prevenir recaídas (Garner y Bemis, 1985).

Este enfoque relaciona pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto. El tratamiento consiste en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en la actualidad.

En una primera etapa, se considera muy importante el lograr una relación terapéutica colaborativa entre el paciente y el terapeuta. La meta del tratamiento es ayudar a que el paciente normalice sus hábitos alimenticios y adquiera un peso adecuado a través de intervenciones cognitivas y conductuales. Las intervenciones cognitivas apuntan a las creencias que mantienen la restricción alimenticia y la disminución del peso y también a las suposiciones asociadas con el sentimiento de ineficacia, la falta de autovaloración, la falta de autonomía, y los temas relacionados con el desarrollo.

En el enfoque cognitivo-conductual las técnicas conductuales se emplean no sólo con el fin de modificar la conducta, sino también para someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativas.

Las técnicas conductuales que se orientan hacia la recuperación del peso suelen ser eficaces. Es útil llevar un registro del peso del paciente y un control una vez por semana. Se establecen refuerzos positivos contingentes al aumento de peso que puede ser la realización de mayor actividad física o un refuerzo negativo como el reposo.

Las intervenciones cognitivo-conductuales comparten dos principios básicos: 1. sostienen el papel de los factores cognitivos en el mantenimiento de la enfermedad, 2. hacen frente tanto a las alteraciones conductuales de los trastornos de alimentación como a las actitudes en relación a la ingesta, el peso y la figura (Pike, K.M., Loeb, K. and Vitousek, K., 2000)

Referencias bibliográficas

Fairburn, C.G. (1981) A cognitive-behavioural approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11,707-711

Garner D. M. y Needleman, L. D.(2000) Stepped-care and decision-tree models for treating eating disorders en *Body Image, Eating Disorders, and Obesity, An Integrative Guide for Assessment and Treatment*. Kevin Thompson. Washington D.C.

Garner, D. and Garfinkel, P. (1985); *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia*. New York. Guilford.

Garner, D. M., Bemis, K. (1982).A cognitive-behavioural to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.

Pike, K.M., Loeb, K. and Vitousek, K. (2000). Cognitive-behavioural Therapy for anorexia nervosa and bulimia en *Body Image, Eating Disorders, and Obesity, An Integrative Guide for Assessment and Treatment*. Kevin Thompson. Washington D.C.

Terapia cognitivo conductual grupal en el trastorno obsesivo-compulsivo.- "Objetivo. Este estudio comparó la terapia cognitivo conductual (TCC) con la terapia de relajación (TR), como tratamientos grupales para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Hasta la fecha, la mayoría de los estudios grupales TCC en TOC han utilizado diseños no controlados. Métodos. Se asignaron a 41 pacientes con TOC al grupo TCC o grupo TR. Cada terapia abarcó 12 sesiones semanales y se valoraron a los participantes principalmente en el Y-BOCS. También se tomaron las medidas de resultado secundarias para los síntomas depresivos y de ansiedad. Todas las medidas de resultados fueron registradas por evaluadores ajenos sin conocimiento del estudio. Resultados. El porcentaje de salidas en la condición TR (35%) excedió el número en la condición TCC (4%). Sin embargo, no hubo diferencias entre el grupo TCC y el grupo TR en términos de la mejora en medidas de resultado primarias o secundarias. Conclusión. Nuestros resultados sugieren que las ventajas aparentes del grupo TCC pueden no estar relacionadas específicamente con el elemento TCC del tratamiento y tampoco realzan la importancia de los estudios controlados en esta área. Sin embargo, la disparidad en el índice de salida entre las condiciones sugiere que el grupo TCC es más aceptable a los pacientes que el grupo TR".

Fineberg, Naomi A.; Hughes, Annette; Gale, Tim M.; Roberts, Ann, *Terapia cognitivo conductual grupal en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): un estudio controlado*. INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHIATRY IN CLINICAL PRACTICE. 2005 DIC;91 (4).

La terapia cognitivo-conductual en las psicosis.- Las limitaciones de los tratamientos farmacológicos para reducir la severidad de algunos síntomas de la psicosis, como son los delirios y las alucinaciones, han comportado un interés creciente en la investigación de tratamientos psicológicos para estos síntomas.

Recientemente, se han desarrollado métodos cognitivo-conductuales para tratar este tipo de síntomas persistentes. Algunos experimentos aleatorizados y controlados han demostrado cómo la terapia cognitivo-conductual puede reducir de manera significativa la intensidad de los síntomas positivos de la psicosis en las diferentes fases de la enfermedad. Aunque estos estudios han obtenido buenos resultados, estos son aún insuficientes para confirmar la bondad de este modelo.

Finalmente, consideramos que la intervención óptima es aquella que incluye tratamiento farmacológico, terapia cognitivo-conductual y terapia familiar.

Cirici, R., Sumarroca, X, Avances en el tratamiento psicológico de la psicosis. La terapia cognitivo-conductual como tratamiento de elección. *ANALES DE PSIQUIATRÍA*. 2007;23(7).

Abordaje del trastorno de estrés postraumático vía Internet.- Objetivo: Los autores publican un estudio de prueba de concepto comparativo aleatorizado de 8 semanas de duración de una nueva terapia cognitivo- conductual de automanejo, administrada a través de Internet y asistida por un terapeuta, comparada con la provisión de consejo psicológico de apoyo a través de Internet, como tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Método: Militares con TEPT por el ataque al Pentágono del 11 de septiembre o por la Guerra de Irak fueron asignados aleatoriamente a recibir terapia cognitivo-conductual de automanejo (n = 24) o consejo psicológico de apoyo (n = 21).

Resultado: El índice de abandono fue similar al de la terapia cognitivo-conductual regular (30 %) y no tuvo relación con el grupo de tratamiento. En el grupo por intención de tratar, la terapia cognitivo-conductual de automanejo dio lugar a reducciones más acusadas en los registros diarios de síntomas de TEPT y depresión global. En el grupo de individuos que completó el estudio, la terapia cognitivo-conductual de automanejo dio lugar a reducciones más pronunciadas en las puntuaciones de TEPT, depresión y ansiedad a los 6 meses de seguimiento. Un tercio de los que completaron la terapia cognitivo-conductual de automanejo alcanzó altos niveles de actividad a los 6 meses de seguimiento.

Conclusión: La terapia cognitivo-conductual de automanejo podría servir para proporcionar tratamiento efectivo a una gran cantidad de individuos con necesidades no cubiertas y barreras a la atención sanitaria).

Brett T. Litz , Charles C. Engel , Richard A. Bryant , Anthony Papa, Estudio de prueba de concepto controlado aleatorizado de un tratamiento de automanejo asistido por un terapeuta, administrado a través de Internet, para el trastorno de estrés postraumático. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 NOV;164(11).

En ansiedad social.- Objetivo: Examinar si y como diferentes patrones de un historial de psicoterapia (ninguna terapia anterior, experiencia de terapia exitosa y experiencia de terapia fallida) afectan al resultado de un tratamiento futuro en pacientes bajo terapia de grupo cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad social.

Método: En el estudio se incluyeron a cincuenta y siete pacientes con diferentes historiales de psicoterapia, que participaban en un tratamiento grupal cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad social. Se evaluó la severidad de los síntomas (incluyendo ansiedad, depresión, auto-eficacia y gravedad de los síntomas globales) en el pre y post-tratamiento. Se incluyó una medida valorada por un terapeuta de la participación del paciente en la terapia como una variable de proceso

Resultados: Los pacientes bajo terapia por vez primera mostraron variables pre-tratamiento más favorables y lograron un mayor beneficio en la terapia grupal. En los pacientes con una experiencia de terapia fallida, los incrementos substanciales se lograron en aquellos que fueron capaces de participar activamente en el proceso de terapia. Los pacientes que experimentaron terapias exitosas anteriormente, fueron los menos beneficiados y tendieron a estancarse. Se abordan las posibles explicaciones para las diferencias grupales y las implicaciones clínicas.

Conclusiones: La experiencia de una psicoterapia anterior afecta al curso de la terapia cognitivo conductual grupal en pacientes con fobias sociales. Mientras que los pacientes con experiencia de terapia negativa pueden necesitar de soporte intensivo para participar y permanecer activamente, aquellos con experiencias de terapias exitosas deben de valorarse muy cuidadosamente y pueden beneficiarse de un enfoque mayor en aspectos de relación.

Aba Delsignore. ¿La experiencia de una psicoterapia anterior afecta al curso de la terapia grupal cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad social? CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 AGO;53(8):509-516.

Relación terapéutica.- Durante la década pasada los terapéuticos cognitivo conductuales han identificado a la relación terapéutica como un importante componente del proceso de cambio (Gilbert, 1992; Gilbert & Irons, 2005 Greenberg, 2001; Leahy, 2001, 2005b; Safran, 1998; Safran & Muran, 2000). Cada uno de estos modelos precedentes plantea que la relación terapéutica actual refleja las relaciones pasadas o presentes de modo similar al concepto psicoanalítico de "transferencia" (Menninger & Holzman, 1973).

La relación de transferencia está constituida por todos los procesos personales e interpersonales que tienen lugar en la relación entre el paciente y el terapeuta. Estos procesos incluyen esquemas personales sobre el sí mismo (incompetente, especial, indefenso) esquemas interpersonales sobre los otros (superiores, juzgadores, cuidadores), procesos intrapsíquicos (represión, negación, desplazamiento), estrategias interpersonales (provocador, evasivo, dependiente), e historias de relaciones pasadas y presentes que afectan la manera en que se vive la relación terapéutica.

La relación de transferencia también depende de la modalidad terapéutica particular que sea utilizada: así, en algunas terapias psicoanalíticas, al paciente se le suelen dar pocas directivas a excepción de que deje fluir en la conciencia sus pensamientos y sentimientos a través de la libre asociación. En contraste, la mayoría de las terapias cognitivo conductuales incluyen algún proceso directivo, como el cuestionamiento y los diálogos socráticos, con normas explícitas como ser las agendas de sesión, la biblioterapia, la socialización del modelo, el examen directo y la evaluación de los pensamientos, así como las tareas de autoayuda para el hogar (Beck, 1995; Leahy, 2001, 2003).

Aunque todas las terapias prometen implícitamente cambios que el terapeuta facilitará, la TCC explícitamente hace que el paciente se involucre con sus pensamientos, sentimientos, relaciones y conductas actuales. Como consecuencia de estas expectativas y procedimientos terapéuticos del modelo de la TCC, el incumplimiento y la resistencia pueden tomar formas particulares...

Robert L. Leahy. Discordancia de esquemas en la relación terapéutica: Un modelo social cognitivo. REV DE LA ASOCIACIÓN DE PSICOTERAPIA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. 2010 ABR;3(1)

En el trastorno obsesivo-compulsivo.- Introducción: El propósito de este estudio fue examinar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en una muestra consecutiva de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) no respondedores a farmacoterapia y explorar variables asociadas al resultado clínico.

Método: Veintitrés adultos obsesivo-compulsivos (DSM-IV), no respondedores a dos o más tratamientos farmacológicos ingresaron a TCC ambulatoria (manteniendo su farmacoterapia). El tratamiento tuvo una duración máxima de un año, y se administró en sesiones semanales, bisemanales o mensuales. Fueron

evaluados mediante entrevistas semiestructuradas, Y-BOCS, CGI-Gravedad y CGI-Mejoría Global al inicio, seis meses y al año.

Resultado: Cuatro pacientes desertaron (17,4%). Los restantes diecinueve asistieron en promedio a 22,1 sesiones (DE=11). Hubo reducciones importantes y significativas ($p=0,0001$) de la sintomatología Y-BOCS: 73,9% en los finalizadores y 60,7% en la muestra total (análisis de intención de tratar). La mayor parte de la reducción ocurrió durante los primeros seis meses de tratamiento. De los finalizadores 18 respondieron al tratamiento: ocho mejoraron completamente, nueve remitieron y uno presentó una respuesta completa. Se asociaron con respuesta clínica la conciencia de anormalidad, el nivel de esfuerzo del paciente y estar activo (laboral o educacionalmente). Se asociaron con peor respuesta: la gravedad al ingreso y duración del TOC. La presencia de un trastorno de personalidad mostró una tendencia en el mismo sentido.

Conclusión: Este trabajo abierto apoya la utilidad de la TCC en pacientes que no han respondido a múltiples ensayos farmacológicos. Existen variables potencialmente modificables que inciden significativamente en el resultado clínico.

Alejandro Gómez; Fanny Leyton; Carlos Núñez...(et.al) Terapia cognitivo-conductual en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo resistentes a la farmacoterapia. ARCHIVOS DE PSIQUIATRÍA. 2010 MAR;73

PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL INTERPERSONAL

Generalidades.- Safran y Segal proponen su propio enfoque terapéutico: cognitivo-conductual interpersonal. Este se basa en varias tradiciones, como la terapia cognitiva, la terapia interpersonal, la terapia gestáltica y la terapia centrada en el cliente. Por consiguiente, tiene aspectos específicos en común con cada uno de estos enfoques. Pero debido a su carácter integrador, no se superpone por completo con ninguno de ellos. En este capítulo reseñamos los principios fundamentales de nuestro enfoque. Los principios son:

1- Este enfoque promueve la exploración fenomenológica en lugar de la interpretación. Partimos de la base de que sólo los pacientes pueden ser expertos en lo que atañe a su propia experiencia, y el hecho de brindarles una interpretación de esa experiencia les priva de la importante oportunidad de dilucidarla por sí mismos. Una interpretación, incluso si es bastante acertada como para que el paciente la acepte, podría aun así no captar los matices sutiles de la experiencia afectiva. Lo que es más, una interpretación podría ser lo suficientemente concordante con la experiencia interior del paciente como para ser "incorporada", pero también sutilmente discordante de un modo que altera la índole de esa experiencia. Esto es semejante a un fenómeno que Stern llamó "robo emocional", en el que una madre concuerda con el estado de su bebé, establece una experiencia compartida y luego modifica la experiencia de modo tal que ésta se pierde para el niño.

2- Se promueve detectar y modificar procesos cognitivos de un modo emocionalmente inmediato. Se parte de la base de que los procesos cognitivos que se separan de las experiencias afectivas de los pacientes no representan plenamente sus experiencias. Por este motivo, trabajar de un modo emocionalmente inmediato es fundamental para el cambio.

3- Se promueve utilizar la relación terapéutica como un laboratorio para explorar procesos cognitivo-afectivo y cuestionar esquemas interpersonales. No se presupone, sin embargo, que los patrones que se ponen de manifiesto en la relación terapéutica son necesariamente análogos a otros patrones importantes en la vida del paciente. Se recomienda, por consiguiente, que los terapeutas asuman la responsabilidad correspondiente a su papel en la interacción.

4- Se promueve explorar en profundidad los procesos interpretativos del paciente en el contexto de la interacción terapéutica, antes de identificar patrones interpersonales en forma explícita. Como regla, toda vinculación de la interacción terapéutica con otras relaciones interpersonales se efectúa después de que una interacción específica terapeuta/paciente ha sido explorada en profundidad, el terapeuta ha reconocido su aporte a la interacción y el paciente ha adquirido una sensación tangible de su propia experiencia interior durante la interacción. El paciente puede luego vigilar la ocurrencia de experiencias similares entre sesiones.

5- Se recomienda formular una conceptualización del esquema interpersonal del paciente y revisarla continuamente.

6- Se recomienda que el terapeuta utilice sus propios sentimientos para general hipótesis sobre patrones interpersonales que son característicos del paciente, como también para ayudar a identificar marcadores interpersonales o actos y comunicaciones interpersonales característicos que juegan un papel importante en los ciclos cognitivos-interpersonales de los pacientes.

7- Se promueve utilizar los marcadores interpersonales como coyuntura para la exploración cognitivo-afectiva.

8- Se promueve fomentar la generalización, tanto a través de la exploración en profundidad de acontecimientos externos a la sesión como mediante la asignación de experimentos entre sesiones. Las creencias y expectativas que se descubren al utilizar como vehículo la relación terapéutica se convierte en objetivos para el autoexamen y la posterior experimentación entre sesiones.

9- Se recomienda lograr el compromiso del paciente como colaborador activo para explorar y poner a prueba creencias y expectativas, tanto en la relación terapéutica como fuera de la terapia. El terapeuta facilita el procesamiento de esquemas que desmienten información empleando intervenciones cognitivas activas, para exponer explícitamente las expectativas del paciente e instarle a advertir si estas expectativas están siendo confirmadas.

10- Se destaca la importancia de detectar y resolver rupturas en la alianza terapéutica. El terapeuta está permanentemente atento a las fluctuaciones en su experiencia de la distancia interpersonal con el paciente y utiliza esta experiencia como un indicio de la calidad de la alianza. Se parte de la hipótesis de que la reparación de la ruptura en la alianza es un factor de cambio particularmente potente.

11- Se promueve que el terapeuta cumpla un papel activo en la exploración de los procesos cognitivo-afectivos del paciente y en el diseño del experimento, a la vez que se mantiene receptivo a los hechos que surjan en el momento e indique la necesidad de cambiar de centro de atención.

12- Se promueve mantener un objetivo terapéutico prestando suma atención a lo que emocionalmente vívido para los pacientes y utilizando una reflexión empática acertada para facilitar la profundización de la experiencia, ayudando así a los pacientes a tomar contacto con los problemas centrales. El juicio del terapeuta acerca de lo que es preponderante en cualquier momento dado se determina integrando varias fuentes de información en un nivel tácito, incluyendo el contenido verbal, la conducta no verbal y el grado de compromiso emocional del paciente, así como los sentimientos del terapeuta respecto de sus interacciones previas con el paciente y las instrucciones del paciente con otras personas.

Resumen de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 11.

Evaluación.- Cómo se puede utilizar la interacción terapéutica con el fin de efectuar una evaluación? El principio más importante al respecto es acatar el criterio de Sullivan (1953) de que el terapeuta asuma la posición de observador-participante, es decir, una posición que le permite sentir el influjo interpersonal del paciente y observar la interrelación en la que participa con éste.

Uno de los mejores intentos de poner en operaciones este proceso de un modo sistemático es el de D Kiesler (1982b, 1986, 1988). Kiesler (1988) identifica un modelo del proceso para la metacomunicación que comprende dos etapas distintas: una etapa de enganche y otra de desenganche. En la etapa de enganche, la conducta del paciente fuerza o arrastra al terapeuta a una gama estrecha y restringida de respuestas. El influjo que tiende a producir respuestas complementarias a la propia conducta del paciente es mayor que nunca en este punto, y el terapeuta se ve arrastrado hacia una posición confirmadora y no cuestionadora de la autodefinición del paciente.

Como señala Kiesler, una parte importante del proceso de metacomunicación radica en detectar ejemplos específicos de las acciones del paciente que parecen estar asociadas o vinculadas con los sentimientos y tendencias a la acción suscitados en el terapeuta. Estas acciones van desde conductas manifiestas hasta sutiles comunicaciones y posturas corporales paralingüísticas o no verbales. Como ha sugerido Safran, estos actos y comunicaciones se pueden considerar como marcadores interpersonales.

Algunas consideraciones generales sobre la evaluación cognitiva son las siguientes:

1) *Concreción y especificidad.-* El primer principio general es que, siempre que sea posible, el terapeuta debe alentar al paciente a que proporcione ejemplos específicos y concretos del problema que está describiendo. Las descripciones abstractas y generalizadas de los problemas siempre deben ser reducidas a ejemplos concretos, específicos. Además, cuanto más reciente sea el ejemplo, tanto mejor.

2) *La conciencia y el contexto interpersonal.-* El proceso de tomar conciencia de la experiencia interior y el de comunicar esa experiencia a otros son interdependientes, debido a que el proceso de comunicarla le ayuda al individuo a construir la realidad.

3) *Intervenir cuando se bloquean los pensamientos automáticos.-* Como es de esperar, el acceso a los procesos cognitivos pertinentes a menudo tropieza con ciertos obstáculos, dado que algunos pacientes experimentan una sensación de amenaza a sus relaciones interpersonales cuando se les piden que relaten sus experiencias y percepciones. Por esta razón, a menos que los pacientes tengan un claro acceso a los procesos cognitivos disfuncionales, no recomendamos cuestionarlos en absoluto al principio de la terapia. Lo que es más, aun cuando los pacientes parecen tener acceso desde el principio, por lo general vacilamos en cuestionarlo hasta que comprendemos y sabemos cómo percibirán los cuestionamientos.

4) *La recuperación del recuerdo y el proceso de cambio.-* Los recuerdos que surgen espontáneamente cuando se explora un aspecto interpersonal de un modo emocionalmente inmediato a menudo son ejemplares prototípicos de la experiencia interpersonal que contribuyó al desarrollo del esquema interpersonal que está siendo activado. También podría suceder que algunos recuerdos accesibles en la terapia no correspondan a los acontecimientos que realmente tuvieron lugar, sino que sean, en cambio, construcciones prototípicas que captan los rasgos de una clase consistente de acontecimientos.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 5.

Desmentido experiencial y descentramiento.- En el contexto de la psicoterapia cognitivo conductual interpersonal, Safran y Segal describen tres mecanismos de cambio específico:

1- descentramiento: experimentar el propio rol en la construcción de la realidad;

2- desmentido experiencial: rebatir creencias disfuncionales acerca del sí-mismo, y de otros, mediante nuevas experiencias;

3- acceso a información sobre disposiciones a la acción: descubrir aspectos de la propia experiencia interior de lo que previamente no se tenía conciencia.

Los tres mecanismos implican la adquisición de nueva experiencia. El cambio requiere algo más que comprensión conceptual o análisis racional; significa experimentar al sí-mismo y a los demás de nuevas maneras. Estos tres mecanismos pueden ser activados a través de la exploración de ciertos acontecimientos de la vida del paciente fuera de la terapia, o bien de la relación terapéutica misma.

Se describen más concretamente los dos primeros mecanismos de cambio fuera y dentro de la sesión, en los siguientes términos:

Desmentido experiencial y descentramiento: 1. El foco fuera de la sesión.- El desmentido experiencial por lo general se asocia con los enfoques de orientación más conductual. Como plantea Bandura, las estrategias terapéuticas basadas en la actuación constituyen uno de los medios más poderosos para facilitar el cambio, aun cuando el cambio se conceptualice desde una perspectiva cognitiva.

El descentramiento fuera de la sesión es un proceso a través del cual un individuo puede distanciarse de su experiencia inmediata, cambiando así la índole misma de su experiencia. Este proceso permite abrir una brecha entre el acontecimiento producido y la relación del individuo. Desarrollando la capacidad de observarse a sí mismo y observar sus propias reacciones, el individuo comienza a distinguir entre la realidad y la realidad según él la interpreta.

Desmentido experiencial y descentramiento: 2. El foco en la sesión.-

Desmentido experiencial centrado en la sesión.- El primer mecanismo de cambio es el desmentido del esquema interpersonal del paciente a través de la interacción terapéutica. Desprendiéndose del ciclo cognitivo-interpersonal del paciente, el terapeuta puede crear oportunidades propicias para un nuevo aprendizaje.

Cuando el terapeuta ha comenzado a desengancharse a través de la observación participante, puede comenzar a metacomunicarse con el paciente o a hablar de la interacción entre ambos. La metacomunicación tiene dos funciones. En primer lugar, prolonga el proceso por el que el terapeuta se desengancha de la interacción, con lo cual él suministra al paciente el desmentido experiencial de su esquema interpersonal disfuncional. En segundo lugar, ayuda al paciente a empezar a advertir su propia parte en las interacciones. De este modo, la metacomunicación activa un proceso de descentramiento. Si bien en la realidad estos dos procesos están tan entrelazados como para ser inseparables, los analizaremos por separados.

Como se observó con anterioridad, los terapeutas cognitivos han rechazado tradicionalmente dos aspectos importantes de la terapia psicodinámica: la interpretación de la transferencia y un uso amplio de información histórica.

La metacomunicación sobre la relación terapéutica es fundamental para facilitar el proceso de desmentido y de descentramiento. Se analizan cuatro clases de metacomunicación:

1- El terapeuta transmite sus propios sentimientos para ayudar los pacientes a tomar conciencia del efecto que ellos mismos tienen sobre otras personas y por lo tanto del papel que les corresponde en la interacción;

2- el terapeuta trasmite sus sentimientos a los pacientes para sondear la experiencia interna de éstos;

3- el terapeuta identifica y señala los marcadores interpersonales de los pacientes para ayudarles a tomar conciencia del papel que tienen en la interacción;

4- el terapeuta utiliza el marcador interpersonal identificado como una coyuntura propicia para la exploración cognitiva/afectiva.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulos 1-6-7.

PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA

Generalidades.- “El constructivismo es una perspectiva metateórica que incorpora diversas tradiciones de la medicina, la filosofía, la psicología y la experiencia espiritual. La psicoterapia constructivista hace hincapié en los complejos ciclos del ordenamiento natural y de los procesos de reorganización que caracterizan el desarrollo de todos los sistemas vivos. En esta forma de terapia se ayuda al individuo a que se contemple a sí mismo como un participante activo de su propia vida. En los ricos contextos de las relaciones humanas y los sistemas simbólicos, las personas construyen nuevos significados a medida que maduran. Las técnicas pertenecientes a muchas tradiciones distintas pueden ayudar a las personas a encontrar y refinar su sentido de equilibrio a medida que maduran”.

Mahoney M y otros, Constructivismo y psicoterapia. WORLD PSYCHIATRY. 2005 SEP; 3(2).

PSICOTERAPIA DE ACCIÓN SOCIAL

Generalidades.- Se trata de una terapia que destaca los valores de la autodeterminación y la responsabilidad personal. Los dilemas y las decisiones difíciles pueden tolerarse mejor cuando la persona tiene una meta de vida que lo trasciende. Encontrar un sentido a la vida más allá de las necesidades

egoístas, sea en el amor, la belleza, la acción social, etc., vuelve tolerable la responsabilidad de la autodeterminación, y constituye el núcleo de una terapia de acción social. Así, la terapia tiene consecuencias sociales que exceden la intervención terapéutica.

Los elementos esenciales que componen una terapia de acción social son los siguientes:

Propone que la forma más eficiente de cambiar a una persona es modificando su contexto social; la intervención más frecuente es la directiva, pues se pide a las personas que hagan ciertas cosas, dentro y fuera del consultorio; la terapia de acción social se basa en una ética y un compromiso social del terapeuta y del paciente; afirmación de la existencia e importancia de lo espiritual en la persona; importancia de la familia como grupo de autoayuda; finalmente es una terapia centrada en el problema de la violencia.

Los autores dan ejemplos concretos referidos a violencia masculina, delincuencia sexual y maridos abusivos, destacando finalmente la íntima interdependencia que debe haber entre jueces y terapeutas para abordar conjuntamente los problemas de la violencia.

Los autores, terapeutas familiares, presentan la terapia de acción social como un modelo de intervención desarrollado por profesionales que trabajan con hombres violentos. El enfoque está basado en la convicción que el agresor tiene total responsabilidad de sus actos. La terapia de acción social requiere que el agresor reconozca sus acciones violentas, demuestre su auténtico arrepentimiento, indemnice a la víctima y encuentre conductas alternativas aceptables.

Condensado de Madanes C, Keim J y Smelser D (1995) Violencia masculina. Buenos Aires: Granica.

PSICOTERAPIA DE APOYO

Generalidades.- Algún tipo de psicoterapia de apoyo, relativamente “pura” o en combinación con técnicas psicoterapéuticas de expresión, ha sido, durante mucho tiempo, una modalidad importante en la práctica diaria de los psicoterapeutas.

Antes de 1950 la psicoterapia de apoyo se refería a la aplicación de principios y técnicas psicoanalíticas a la psicoterapia en general.

El proyecto Menninger hizo operativa la definición de las modalidades de apoyo y de expresión de la psicoterapia. El tratamiento de cada paciente se definía según el punto donde caía a lo largo del “continuum” desde la mayor expresión (psicoanálisis) hasta la menor y el mayor apoyo.

Gedo, de acuerdo con Grinker, recomendaba la psicoterapia de apoyo para pacientes “cuya capacidad integradora del yo es insuficiente para tolerar la ansiedad generada por interpretaciones derivadas del inconsciente, cuyas relaciones objetales consisten predominantemente en transferencias cuya irracionalidad son capaces de percibir, y cuya representación del sí mismo es la de un niño que carece de autonomía”

Es importante, cuando se recomienda la psicoterapia de apoyo aclarar al inicio de la consulta o bien al comenzar el tratamiento, las metas generales y los objetivos específicos del tratamiento; definir cuanto menos un área en la que el paciente y el terapeuta estén de acuerdo respecto a estas metas; distinguir las metas del tratamiento de las vitales, y enfatizar, que la psicoterapia es una labor conjunta del paciente y el terapeuta. La función de este último es contribuir con el conocimiento que pueda ayudar al paciente a comprenderse mejor a sí mismo y sus conflictos y, consecuentemente, trabajar con mayor eficacia sobre sus conflictos y problemas en la realidad. Precisamente porque las oportunidades para el análisis sistemático de las transferencias primitivas del paciente y sus percepciones y expectativas mágicas están menos disponibles en esta modalidad del tratamiento que en las formas de expresión, en la psicoterapia de apoyo es aun más importante crear una base racional para el tratamiento, que constituya un límite de la realidad contra el que puedan diagnosticarse y modificarse después las distorsiones de la transferencia. Las responsabilidades continuas del paciente sobre su propia vida debieran explicarse, y su se prevé la necesidad de apoyo externo, deberá definirse su estructura y relación con la psicoterapia.

Una ventaja importante de la terapia de apoyo es que la frecuencia de las sesiones puede adaptarse, de dos a tres por semana a una semana; una cada dos semanas o incluso menos. Sin embargo, en tanto menos frecuentes sean las sesiones, más importante es evaluar el trabajo que el paciente realizó en los horarios del tratamiento y lo que ha aprendido en las sesiones. Lo más importante es que el terapeuta relacione en forma activa los contenidos de una sesión con otra.

Los objetivos de la psicoterapia de apoyo pueden ir de ambiciosos a modestos. Una meta modesta para el paciente incapaz de funcionar de manera independiente puede ser capacitarlo a funcionar en forma autónoma dentro de sus limitaciones, con apoyo psicoterapéutico continuo. En otros casos, la psicoterapia de apoyo puede tener la función de capacitar gradualmente al paciente a buscar y utilizar las alternativas de estructuras ambientales de apoyo, de modo que la psicoterapia puede terminar cuando el paciente sea capaz de reemplazarla con estos otros apoyos.

Hay un gran número de conceptos erróneos respecto a la psicoterapia de apoyo. El primero es que es “fácil” conducir dicha terapia.

Un segundo concepto erróneo es que las defensas primitivas del yo tienen que dejarse sin perturbar porque, dado el equilibrio supuestamente frágil de las defensas-impulso, intercalarlas puede producir regresión adicional.

Otro concepto erróneo es que la transferencia mínima no debiera ser centro de la atención, ya que no ha de interpretarse.

Otro concepto erróneo común es que si el terapeuta ignora los desarrollos negativos de la transferencia e intenta mantener una actitud "permissiva", paciente, consistentemente amigable, el paciente podrá realizar una "identificación con el terapeuta".

El último concepto es que mientras más enfermo el paciente, menos puede esperarse que participe activamente en la psicoterapia.

La técnica básica de la psicoterapia de apoyo, consiste en explorar las defensas primitivas del paciente en el aquí-y-ahora, con el objeto de ayudarlo a lograr control sobre sus efectos por medios no analíticos y propiciando una mejor adaptación a la realidad haciéndolo darse cuenta de los efectos desorganizadores de esas operaciones defensivas. En el proceso de transferencia negativa manifiesta y suprimida (en oposición a inconciente o reprimida) puede ser resaltada, reducida mediante un examen consistente de la realidad de la situación del tratamiento, y utilizada para clarificación de los problemas interpersonales relacionados en la vida del paciente.

La psicoterapia de apoyo puede ser muy "permissiva" al aumentar la libertad interior del paciente para la toma de decisiones mediante un enfoque activamente controlador; por otro lado, lo que a menudo parece una actitud permissiva y tolerante del terapeuta puede en realidad reflejar una complicidad inconciente con las tendencias autodestructivas del paciente.

En contraste con la posición de neutralidad técnica que caracteriza al psicoanálisis y es un punto de referencia constante en la psicoterapia de expresión igualmente, en la psicoterapia de apoyo el terapeuta toma partido deliberadamente con las necesidades de la realidad externa y está atento a las necesidades emocionales del paciente -en otras palabras, el terapeuta está promoviendo la adaptación y expresión de impulsos.

Es crucial definir desde el principio, los problemas principales de la vida del paciente y de su psicopatología, que han de explorarse y modificarse en el curso del tratamiento. Esta es una condición previa para definir los objetivos del tratamiento y de los papeles del paciente y terapeuta en la obtención de los mismos. Las metas del tratamiento deberán ser realistas, lograrse con mecanismos que puedan explicarse y discutirse con el paciente más que con la suposición de que, simplemente con reunirse, el paciente y el terapeuta, mágica y conjuntamente. Producirán una solución de los problemas del primero.

Manejo de la transferencia.- Las transferencias positivas moderadamente intensas, pueden utilizarse para la labor psicoterapéutica, pero la idealización primitiva intensa tiene que tratarse con cuidado, a causa de los procesos de devaluación concomitantes que por lo general están activos en alguna otra área de la vida del paciente. Las transferencias negativas latentes deben detectarse para la planeación estratégica, y las negativas manifiestas, explorarse en forma activa, clarificarse y reducirse con el examen realista y completo de las fantasías, sentimientos y conductas concientes y preconcientes importantes, y reforzando las consideraciones de la realidad.

¿Cuáles son los mecanismos por los que se obtiene el cambio en la dirección de los objetivos terapéuticos en la psicoterapia de apoyo? Antes que nada, en un enfoque terapéutico directo, no manipulador, no mágico, las funciones del yo del paciente son comprobadas y fortalecidas, particularmente en las áreas de prueba de realidad y de autoentendimiento, y en la tolerancia e integración de afectos, experiencias y conductas contradictorias. La exploración cuidadosa de operaciones defensivas primitivas, aun sin su resolución analítica, debe permitir previamente una disminución en su control, sin restricción sobre las funciones adaptativas del yo y así aumentar la fortaleza del yo.

Resumen de Kernberg O (1992) Trastornos graves de la personalidad. El Manual Moderno. Capítulo 9.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

Definición.- Sinónimo de psicoterapia grupal, se aplica al conjunto de métodos psicoterapéuticos destinados al tratamiento de varios pacientes (generalmente entre 6 y doce, hombres y mujeres en igual número) cuya atención se efectúa mediante uno o varios terapeutas utilizando la dinámica de grupo: tal metodología arriba frecuentemente a resultados positivos, pues los participantes se incitan recíprocamente.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- (En inglés Group Therapy). Se trata de un nuevo método de psicoterapia introducido durante la guerra en EE.UU. Se forman grupos entre los enfermos neuróticos; el grupo puede ser abierto o cerrado. En el caso primero se cambian los miembros del grupo según las condiciones técnicas, en el segundo forman durante medio año o más -según las necesidades- un solo grupo sin cambios. El grupo puede ser formado por enfermos del mismo sexo o puede ser mixto; también puede abarcar la misma forma de neurosis o pueden pertenecer a él enfermos de diferentes formas de neurosis. Un grupo de 7-10 enfermos está dirigido por un psicoterapeuta y -en algunas clínicas- colabora también una enfermera-asistente con una preparación psicológica. En general se trata de casos de "neurosis social" (Schilder). Histéricos e hipocondríacos dan mal resultado por Group therapy. La Group therapy es muy indicada en estados de post-esquizofrenia (después de tratamiento). Marsh exige que los manicomios sean más

“escuelas” que hospitales y la Group therapy sea una forma de reeducación. En EE.UU. aplican con buenos resultados la Group therapy para los alcohólicos. En Inglaterra se forman “Clubes de pacientes” para postratamiento y control, conducidos por psicoterapeutas.
Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- La psicoterapia de grupo es una forma de tratamiento donde personas emocionalmente enfermas se ubican en un grupo, guiadas por el terapeuta, con el fin de ayudarse unos a otros a efectuar cambios de personalidad. Mediante ciertas técnicas, el líder utiliza las interacciones entre los miembros para conseguir esos cambios.

Hay diversos tipos de psicoterapia de grupo, siendo los principales los siguientes: 1) Terapia de grupo de apoyo: cuyo fin es mejorar la adaptación al medio. 2) Terapia de grupo de orientación analítica: que busca moderar la reconstrucción de la dinámica de la personalidad. 3) Psicoanálisis de grupo: busca la reconstrucción amplia de la dinámica de la personalidad. 4) La terapia de grupo transaccional, cuya finalidad es el cambio del comportamiento a través de mecanismos de control conciente. 5) La terapia de grupo comportamental, que busca la liberación de un síntoma psiquiátrico específico.

En general, en todas las terapias de grupo el clima producido por la personalidad del terapeuta es un poderoso agente de cambio, al generar afecto, empatía y respeto.

Se debe determinar también si un paciente es o no apto para terapia de grupo. Para ello deberán evaluarse dos tipos de factores: factores dinámicos (defensas, ansiedad ante la autoridad, ansiedad ante los compañeros de grupo, etc), y factores diagnósticos (en general se puede trabajar con cualquier diagnóstico, no hay contraindicaciones absolutas, aunque algunos son más difíciles que otros, como por ejemplo los paranoicos o los pacientes antisociales).

El tamaño de los grupos varía entre 3 y 15 personas, aunque muchos consideran que lo óptimo es entre 8 y 10. La mayoría de las veces la frecuencia de reunión es de una vez por semana, y su duración entre una y dos horas, aunque también pueden incluirse sesiones maratónicas de 12 a 72 horas.

Se admite que el grupo debe ser lo más heterogéneo posible en cuanto a diagnóstico, sexo, raza, edad, etc., para generar la máxima interacción entre sus miembros.

El grupo cumple una función terapéutica, porque permite al paciente autoobservarse y ver como se relaciona con los demás, qué ansiedades aparecen, qué defensas utiliza, etc. Para ingresar y permanecer en el grupo debe contar con un mínimo de confianza básica en los demás.

Los procesos grupales más comúnmente aceptados que permiten explicar el cambio terapéutico son los siguientes: Comprobación de la realidad, transferencia, estimulación de la transferencia, transferencias múltiples (incluyen transferencias entre los mismos miembros), transferencia colectiva (cuando un miembro personifica al grupo patológicamente, o sea los demás ven al grupo como una persona colectiva), neurosis de transferencia, fenómenos de identificación, fenómenos de universalización (el paciente se da cuenta que él no es el único que padece tal o cual problema), cohesión (se unen, hay sensación de pertenencia), presiones grupales (para cambiar la conducta), intelectualización (cada miembro es ayudado a evaluar sus propias defensas y las de sus compañeros), ventilación y catarsis (el grupo favorece descargas emocionales), abreacción (liberación de fuertes emociones, a menudo desagradables). Cuando no se produce una abreacción cuando debería producirse, puede generarse una descompensación psicológica.

En los grupos se utilizan diversas técnicas específicas típicas. Por ejemplo, las siguientes: análisis de los sueños (donde las asociaciones las hacen todos los miembros), asociación libre (donde un miembro expresa su idea o sus sentimientos, y luego otro miembro interviene asociando libremente pensando o sintiendo otra cosa, etc), la rueda (todos deben hablar por orden, y es una técnica útil para pacientes esquizoides que suelen no hablar nunca), coterapia (dos o más terapeutas donde ninguna tiene más autoridad que el otro), nuevos miembros (pueden ser bien recibidos o recibidos con hostilidad), acting out (fenómenos de liberación de tensión a través de actividad sexual o agresiva, a nivel corporal), sesiones alternas y sesiones posteriores (las primeras son organizadas por el terapeuta pero se llevan a cabo sin él, y en el lugar que los miembros elijan. Las posteriores son iguales pero ocurren inmediatamente después de una sesión normal con el terapeuta), registros electrónicos (volver a escuchar o ver lo grabado permite a los pacientes apreciar cambios en el tiempo), películas y fotografías del hogar (que los pacientes traen y comentan en grupo), finalización (un miembro es dado de alta generalmente por consenso).

Hay otros tipos de grupos además de los indicados, como los grupos de autoayuda, que tienen un problema específico en común, centros de crecimiento (comunidades), y grupos de encuentro, sensibilidad y entrenamiento, para lo cual los miembros deben estar libres de problemas emocionales significativos.

Kaplan H y Sadock B, *Compendio de psiquiatría*. México: Salvat. Capítulo 26, punto 4.

Psicoterapia individual y de grupo combinadas.- Tratamiento donde ambas modalidades se combinan, y ninguna de ellas es considerada complemento de la otra. El objetivo terapéutico se alcanza porque hay una retroalimentación enriquecedora entre la sesión individual y la grupal.

La sesión individual favorece la aparición de la neurosis de transferencia, y la sesión grupal favorece la identificación múltiple y la interacción con los demás. En la sesión individual se tiende a investigar más el conflicto subyacente a las defensas, y en las sesiones de grupo las defensas mismas.

Muchas veces se ven comportamientos muy distintos en el mismo paciente: es tímido en las individuales, y extravertido en las sesiones grupales, donde no se enfrenta él solo con la autoridad del terapeuta. Las resistencias disminuyen en la terapia combinada individual y grupal, pues la timidez de un tipo de sesión desaparece en la otra. Por tanto, al ser menor la resistencia el insight está más favorecido.

Entre las técnicas grupales usadas está la rueda, pero también el grupo con un miembro focal (en cada sesión se centra la atención en un miembro).

Kaplan H y Sadock B, *Compendio de psiquiatría*. México: Salvat. Capítulo 26, punto 4.

Generalidades.- “La psicoterapia de grupo es un tratamiento en el que personas emocionalmente enfermas seleccionadas cuidadosamente se colocan en un grupo dirigido por un terapeuta experto para ayudarse el uno al otro a efectuar cambios de personalidad. A través de una variedad de maniobras técnicas y constructos teóricos, el líder utiliza las interacciones de los miembros del grupo para realizar dicho cambio.

La psicoterapia de grupo abarca el espectro teórico de terapias en psiquiatría: de apoyo, estructuradas, de marco limitado (por ejemplo, grupos de personas psicóticas crónicas), cognitivo-conductual, interpersonal, familiar, y grupos de orientación analítica. Dos de las principales potencias de las terapias de grupo, al compararse con las terapias individuales, son 1) la oportunidad de retroalimentación inmediata por parte de los compañeros del paciente y 2) la oportunidad para el paciente y el terapeuta de observar las respuestas psicológicas, emocionales y conductuales del paciente y de varias personas, produciendo una variedad de transferencias. El cuadro siguiente resume algunas de las características clave de las terapias de grupo” (página 856).

Comparación entre los tipos de psicoterapia de grupo (página 858)

Parámetros	Terapia de grupo de apoyo	Terapia de grupo de orientación analítica	Psicoanálisis en grupo	Terapia de grupo transaccional	Terapia de grupo conductual
Frecuencia	Una vez por semana	De 1 a 3 veces por semana	De 1 a 5 veces por semana	De 1 a 3 veces por semana	De 1 a 3 veces por semana
Duración	Más de 6 meses	De 1 a 3 o más años	De 1 a 3 o más años	De 1 a 3 años	Más de 6 meses
Indicaciones principales	Trastornos psicóticos y de ansiedad	Trastornos de ansiedad, estados límite, trastornos de la personalidad	Trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad	Trastornos de ansiedad y psicóticos	Fobias, pasividad y problemas sexuales
Entrevista individual	Normalmente	Siempre	Siempre	Normalmente	Normalmente
Contenido de la comunicación	Factores ambientales principalmente	Situaciones de la vida presente y pasada, relaciones intra y extra grupo	Principalmente experiencias de la vida pasada, relaciones dentro del grupo	Principalmente relaciones dentro del grupo; extraordinariamente, historia; se hace hincapié en el aquí y ahora	Síntomas específicos sin focalizar la causalidad
Transferencia	Estimulación de transferencia positiva para promover una mejoría en el funcionamiento	Evocación y análisis de la transferencia positiva y negativa	Evocación y análisis de la neurosis de transferencia	Fomentar las relaciones positivas, análisis de los sentimientos negativos	Fomentar las relaciones positivas. No evaluación de la transferencia
Sueños	No se analizan	Se analizan frecuentemente	Siempre se analizan y se estimulan	Se analizan en raras ocasiones	No se utilizan
Dependencia	Estimulación de	Estimulación	No se	Estimulación de la	No estimulación

	la dependencia dentro del grupo, los miembros confían mucho en un líder	de la dependencia dentro del grupo, dependencia variable en el líder	estimula la dependencia dentro del grupo, dependencia del líder variable	dependencia dentro del grupo, no se estimula la dependencia del líder	de la dependencia dentro del grupo: elevada confianza el líder
Actividad del terapeuta	Reforzar las defensas existentes, activo, da consejo	Estimula las defensas, activo, da consejo o respuesta personal	Estimula las defensas, pasivo, no da consejos o respuestas personales	Estimula las defensas, activo, da respuestas personales más que consejos	Crea nuevas defensas, activo y directivo
Interpretación	No interpretación del conflicto inconciente	Interpretación del conflicto inconciente	Interpretación amplia del conflicto inconciente	Interpretación de los patrones de conducta actuales en el aquí y ahora	No se utiliza
Principales procesos del grupo	Universalización, sentido de la realidad	Cohesión, transferencia, sentido de la realidad	Transferencia, ventilación, catarsis. Sentido de la realidad	Abreacción, sentido de la realidad	Cohesión, refuerzo, condicionamiento
Socialización fuera del grupo	Estimulación	Generalmente desalentada	Oposición	Variable	Oposición
Objetivos	Mejoría en la adaptación al ambiente	Reconstrucción moderada de las dinámicas de la personalidad	Reconstrucción extensa de las dinámicas de la personalidad	Alteración de la conducta a través del mecanismo del control conciente	Alivio de síntomas psiquiátricos específicos

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Psicoterapia de grupo y cambio de actitud.- En este artículo se presentan hallazgos relacionados con cambios de actitud hacia la enfermedad mental de estudiantes de segundo año de medicina después de sesiones de grupo. Los estudiantes fueron asignados a dos tipos de grupos. Grupos experimentales, donde se aplicaban técnicas de psicoterapia de grupo de sensibilización dinámica, y grupos de discusión teórica, en los que se discutían casos psiquiátricos. La adaptación OMI-R del cuestionario OMI de Cohen y Struening ha sido utilizada para medir dichas actitudes antes y después de la participación en esos grupos. Autoritarismo, una de las cinco dimensiones del test OMI-R, era la dimensión que se alteró más sustancialmente experimentando un aumento global.

Yllá L y González-Pinto A, Terapia de grupo y cambios de actitud. Hacia la enfermedad mental en estudiantes de medicina. AVANCES EN SALUD MENTAL RELACIONAL. 2003 MAR; 2(1)

Generalidades.- La presente investigación, llevada a cabo por Jorge Franco, Diego Khaury y Silvia Leo, propone un modelo teórico-clínico de terapia de grupo que acepta variaciones teórico-técnicas y enfatiza la identificación de problemas y la búsqueda de soluciones satisfactorias para los pacientes. La etapa clínica y el procesamiento de datos proporcionan información sobre 11 G.T. Si bien existen muchos textos que plantean los beneficios del trabajo terapéutico con grupos, no hay demasiada base empírica que avale o refute tales afirmaciones. Algunas de las pruebas administradas posibilitaron establecer comparaciones y tipologías para cada grupo. Se partió de que una mejor calidad del Autoconcepto y una construcción más racional de la Autobiografía se considerarían índices de mejoría. Sobre una población de 79 pacientes, 51 de ellos fueron evaluados antes-después. Desde el punto de vista cuantitativo se observó un aumento del Autoconcepto en 32 pacientes. En la Autobiografía se encontraron cambios favorables en 37 pacientes. La Escala FA -1/+7 diseñada para medir variaciones en la auto y heteropercepción en relación al estado psicofísico, proporcionó un indicador de agrupalidad estadísticamente consistente. Entrevistas efectuadas a los terapeutas indicaron, desde una perspectiva cualitativa, la necesidad de correlacionar los puntajes de Autoconcepto con el diagnóstico psicopatológico, lo que permitió detectar más casos satisfactorios

(Efectos de la terapia de grupo. Universidad de Buenos aires, Facultad de Psicología, Revista Investigaciones en Psicología Año 1 N° 1, 1996).

Psicoterapia grupal para divorciados.- Resumen: En este trabajo nos acercamos al tema de la adaptación al divorcio desde la perspectiva de la teoría del apego. Presentamos una intervención grupal

realizada durante nueve meses con personas divorciadas de larga duración, y la evaluación subjetiva por parte de los participantes de los efectos que la intervención ha tenido en cinco áreas de su dinámica interpersonal en dos momentos diferentes: post intervención y un año después. Nuestros datos muestran que los resultados obtenidos en la evaluación post-intervención se mantuvieron, e incluso mostraron mejoras, en la evaluación realizada un año después.

Sagrario Yáñez Yaben, Mikel Plazaola Rezola, Una intervención grupal enfocada desde la Teoría del Apego con personas divorciadas: evaluación subjetiva de los participantes post intervención y un año después. APERTURAS PSICOANALÍTICAS. 2007 DIC;(27).

PSICOTERAPIA DE EXPRESIÓN

Generalidades.- Se define psicoterapia de expresión como una modificación del tratamiento clásico adaptado por Otto Kernberg para los pacientes límite (bordeline). Se basa en tres puntos:

1) *Transferencia*: Se debe elaborar la transferencia negativa o agresiva del paciente, porque esto atenta contra la alianza terapéutica: el paciente no debe vivir como amenazante al terapeuta, pues ello atenta contra el tratamiento. Hay que humanizar la relación. Recién cuando se ha apaciguado la agresividad, se intenta una reconstrucción genética desde la infancia. El objetivo de la psicoterapia de expresión es integrar las representaciones objetales y del sí-mismo con los afectos de valencia positiva y negativa, en un mundo de relaciones internalizadas armónicas.

2) *Mecanismos de defensa*: Deben interpretarse las defensas primitivas como la escisión, idealización primitiva, negación, identificación proyectiva masiva, etc. Estas defensas primitivas debilitan al yo y atentan contra el criterio de realidad. La meta es fortalecer al Yo procurando que utilice defensas más exitosas.

3) *Encuadre*: Debe estar bien definido para preservar la neutralidad del analista, quien puede entrar "en el juego" del paciente comportándose agresivamente o con masoquismo. Se busca el tratamiento cara a cara (no en diván) con sesiones de 2-3- veces por semana. Como técnica, Kernberg propone la clarificación, la interpretación, y la clarificación de la interpretación. Se desaconseja la terapia a pacientes con rasgos antisociales marcados.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Generalidades.- La psicoterapia de expresión para los trastornos límite puede describirse en términos de variaciones sobre los tres elementos técnicos esenciales de Gill, que son: 1) adhesión del analista a una posición de neutralidad técnica, 2) su uso consistente de la interpretación como una herramienta técnica, y 3) su facilitación del desarrollo de una neurosis de transferencia plenamente desplegada y de su resolución sólo por la interpretación.

Debido a que las transferencias primitivas están disponibles de inmediato, predominan como resistencias, y de hecho determinan la gravedad de perturbaciones intrapsíquicas e interpersonales, el terapeuta deberá centrarse en ellas inmediatamente, comenzando por interpretarlas en el aquí-y-ahora. La reconstrucción genética deberá intentarse solo en las etapas avanzadas del tratamiento, cuando las transferencias primitivas determinadas por relaciones objetales parciales, se han transformado en transferencias de más alto nivel o en relaciones objetales totales. En este punto, las transferencias se acercan a las experiencias más realistas de la niñez que se prestan a tales reconstrucciones. La interpretación de la transferencia requiere conservar una posición de neutralidad técnica, pues las transferencias primitivas no pueden interpretarse sin un mantenimiento firme, consistente y estable de los límites de la realidad en la situación terapéutica. El terapeuta debe estar siempre alerta a la posibilidad de ser atrapado en la reactivación de las relaciones objetales primitivas patológicas del paciente. Las principales técnicas son la clarificación y la interpretación.

En relación con el pronóstico, la opinión actual de Kernberg aquí es que los dos indicadores pronósticos más importantes son la presencia de rasgos antisociales –que empeoran el pronóstico para el tratamiento psicoterapéutico– y la calidad de las relaciones objetales. Además, el desarrollo de reacciones terapéuticas negativas empeora el pronóstico. La importancia de otras variables de la personalidad y del ambiente, y de las técnicas, destreza, y personalidad del terapeuta, así como de su contratransferencia, requieren mayor investigación.

Resumen de Kernberg O (1992) Trastornos graves de la personalidad. El Manual Moderno. Capítulo 6.

Manejo de la transferencia en la psicoterapia de expresión.- Tal vez la característica más impresionante de pacientes límite es la activación prematura en la transferencia de relaciones objetales conflictivas muy tempranas en el contexto de estados del yo disociados. ¿Por qué "prematura"? Es como si cada uno de estos estados del yo representaran una reacción de transferencia regresiva, altamente desarrollada, dentro de la que se activa una relación objetal específica. Esta transferencia contrasta con el despliegue más gradual de relaciones objetales internalizadas al ocurrir la regresión en el paciente neurótico típico.

La neurosis ordinaria de transferencia se caracteriza por la activación del sí-mismo infantil con los objetos permanentes según su experiencia en la infancia y niñez. En contraste, las representaciones objetales y del sí-mismo de los pacientes límite se activan en la transferencia en formas que no permiten la reconstrucción de los conflictos infantiles con los objetos paternos según se perciben en la realidad. Con estos pacientes la transferencia refleja una multitud de relaciones objetales internas de aspectos disociados o escindidos del sí-mismo.

La causa básica es la falla en la integración de las representaciones objetales y del sí-mismo tanto libidinales como agresivas. El problema es que la intensidad de las representaciones objetales y del sí-mismo determinadas agresivamente hace imposible integrarlas con las determinadas libidinalmente. A causa de la amenaza implícita a las buenas relaciones objetales, el conjuntar imágenes opuestas (de amor y odio) del sí-mismo y de los demás significantes desataría ansiedad y culpa insoportables. Por lo tanto, ocurre una separación defensiva activa de estas imágenes contradictorias del sí-mismo y de los objetos.

Las transferencias en pacientes límite presenta ciertos problemas técnicos y peligros. El terapeuta puede verse tentado a interpretar estas transferencias directamente, las experiencias humanas verdaderas más primitivas o tempranas; quizá hasta llegaría a interpretarlas como una reconstrucción genética de los primeros años o aun en los primeros meses de vida, confundiendo o condensando, así, la fantasía primitiva y el desarrollo real más inicial. Este tipo de condensación contiene dos errores: confunde la elaboración intrapsíquica bizarra primitiva con rasgos verdaderos de desarrollo; y comprime la compleja organización estructural, lentamente en desarrollo, de las relaciones objetales internalizadas dentro de los primeros meses de vida.

Puesto que el "acting out" de la transferencia parece ser una reproducción tan llena de significado de los conflictos pasados, fantasías, operaciones defensivas, y relaciones objetales internalizadas del paciente, el terapeuta puede verse tentado a interpretarlo como evidencia de un agotamiento de estos conflictos. La compulsión a la repetición expresada a través de este "acting out" de la transferencia no puede considerarse como un agotar, sin embargo, en tanto la relación de transferencia proporcione al paciente una gratificación instintiva de necesidades patológicas, especialmente agresivas. Algunos pacientes, en verdad, obtienen mucha más gratificación de sus necesidades patológicas en la transferencia de lo que pudiera ser posible en sus interacciones extraterapéuticas.

Un segundo peligro puede resultar suponer que, a causa de la intensa activación de los efectos o emociones en un paciente con poca capacidad para observar lo que está experimentando, el terapeuta debiera concentrar su atención en el funcionamiento del yo, descuidando las implicaciones de relaciones objetales de lo que se activa en la transferencia. El terapeuta puede atender, por ejemplo, a la dificultad del paciente para experimentar o expresar sus sentimientos o para vencer el silencio, su tendencia a acciones impulsivas, o su pérdida temporal de claridad lógica, en vez de prestar atención a la interacción primitiva total (o a las defensas en contra) activada en la transferencia. Un error en dirección opuesta sería interpretar la relación objetal en "profundo" sin prestar suficiente atención a las funciones del yo paciente.

Otro aspecto importante del análisis de la transferencia de trastornos límite, es la naturaleza tenue de la alianza terapéutica comparada con la de los pacientes neuróticos en psicoanálisis. La alianza terapéutica liga al analista con la parte observadora del yo del paciente, por limitada que ésta sea, en la situación de tratamiento. En cuanto haya una parte suficientemente observadora del yo del paciente neurótico, la alianza terapéutica es algo ya dado, y ordinariamente no requiere demasiada atención. Sin embargo, aun bajo circunstancias ideales, hay veces que la intensidad de la relación de transferencia amenaza temporalmente con abrumar al yo observador del paciente. En estos momentos puede ser necesario centrar la atención del paciente sobre esta complicación. En contraste, el yo observador en el caso límite típico es tan limitado y frágil que se plantea la cuestión de a qué grado es necesario centrar la atención fuerte y consistente sobre la alianza terapéutica.

En la opinión de Kernberg, centrarse en el uso o naturaleza defensiva de las distorsiones de las percepciones del paciente, particularmente en sus distorsiones de las interpretaciones del terapeuta, es el mejor medio de reforzar el yo observador del paciente sin cambiar de un modelo esencialmente analítico. Resumen de Kernberg O (1992) Trastornos graves de la personalidad. El Manual Moderno. Capítulo 7.

Psicoterapia de expresión con adolescentes.- Durante la evaluación inicial del paciente adolescente y su familia, las tareas principales del terapeuta incluyen: establecer el diagnóstico, recordar el tratamiento y, sobre todo, explicar los arreglos que hagan posible este tratamiento.

El terapeuta deberá evitar ser enjuiciador o ver la adolescencia como algo muy romántico.

De esta manera paradójica, en tanto más gravemente perturbado se encuentre el paciente que está al final de la adolescencia, el tratamiento deberá parecerse más al que se le da a un paciente adulto, por la siguiente razón: en la psicoterapia del paciente adolescente que está funcionando bien, la atención inicial es sobre las tareas normales del desarrollo de la adolescencia. En aquéllos que no están funcionando bien es necesario trabajar sobre las disposiciones de la transferencia primitiva gravemente distorsionadas, y éstas son similares a las encontradas en los pacientes adultos límite.

Por la diferencia significativa de edad y, por tanto, la diferencia de conducta y status entre el terapeuta y el adolescente generalmente este último está tentado a verse como "un adolescente que se relaciona con un adulto estereotipado". Por ejemplo, la argumentación del paciente límite, con la menor de las justificaciones, de que el terapeuta lo trata exactamente igual a como lo hacen sus padres, puede ser no tanto una manifestación específica de transferencia sino un esfuerzo por parte del paciente para evitar darse cuenta de su confusión, suspicacia, conducta despectiva, y así por el estilo, respecto a los adultos significantes en su vida, al aplicarlos a todos en una forma simplista.

A menudo, los pacientes adolescentes límite intentan provocar en el terapeuta las mismas actitudes con las que culpan a los adultos, especialmente a sus padres con respecto a ellos. Esto refleja, en especial, el mecanismo de identificación proyectiva.

En resumen, el análisis de los estereotipos culturales como defensas secundarias contra el surgimiento pleno de la difusión de identidad en la transferencia es un aspecto importante en el tratamiento, particularmente en las etapas iniciales de la psicoterapia con adolescentes límite.

En tanto que la familia, particularmente los padres, pueden haber contribuido fundamentalmente a la psicopatología límite de su hijo, el diagnóstico de organización límite de la personalidad implica antiguas estructuras intrapsíquicas patológicas que ahora tienen una existencia autónoma.

Para cumplir la psicoterapia de expresión, es crucial que el terapeuta tenga una relación exclusiva con el adolescente y, que la terapia familiar, si está indicada, esté a cargo de otro terapeuta.

Combinar la terapia familiar y la psicoterapia intensiva orientada psicoanalíticamente en el paciente adolescente límite ofrece diversas complicaciones. Primero, los objetivos de la terapia familiar necesitan establecerse adecuadamente, en un esfuerzo por diferenciar los objetivos de corto y largo plazo para cada uno de los participantes. En ocasiones no hay razones particulares para hacer participar a la familia; la indicación para iniciar una terapia familiar deberá derivarse no de la predilección ideológica del terapeuta por este tipo de terapia sino por las necesidades concretas y bien documentadas del paciente específico.

Por definición los pacientes límite que están al final de la adolescencia no han cumplido con las tareas normales del desarrollo de la adolescencia y en particular: (1) consolidar el sentido de identidad del yo; (2) reconfirmar una identidad sexual normal, predominantemente heterosexual en su naturaleza, con subordinación de impulsos polimorfos parciales a los genitales e integración incipiente de tendencias eróticas y de ternura en una relación objetal relativamente estable, reflejada en la calidad de enamorarse; (3) aflojar las ataduras a los padres, en realidad relacionadas con la diferenciación apropiada de papeles sexuales y generacionales en las interacciones sociales en expansión, con otros adultos y compañeros (y la correspondiente individualización intrapsíquica y estabilidad de las relaciones objetales); (4) reemplazar las regulaciones infantiles del superyó con un sistema relativamente abstracto y despersonalizado, firmemente internalizado, aunque flexible, de una moralidad conciente e inconciente que integra la tolerancia sexual adulta con la firme represión de impulsos edípicos directos.

En contraste, con los adolescentes normales que experimentan un aflojamiento real de los lazos a los objetos infantiles, reflejado en la distancia creciente de (y sin embargo profundizándolas) las relaciones objetales con los padres; los adolescentes límite al sufrir, como es el caso, de falta de diferenciación de representaciones objetales internalizadas, manifiestan un involucramiento excesivo, rebeldía violenta, sobredependencia, y un caos general en las relaciones interpersonales relativamente no estructuradas, de su casa.

Los pacientes adolescentes límite, con su intolerancia a la experiencia subjetiva dolorosa, inician rápidamente el "acting out" en la transferencia como una defensa contra el vivir la experiencia y la introspección. La importancia de la neutralidad técnica del terapeuta estriba precisamente en la necesidad de conservar la objetividad, a modo de resaltar la distorsión del paciente a través de la acción, lo que refleja una relación de transferencia primitiva.

La organización límite de la personalidad siempre implica patología grave del carácter, y de allí la expresión, en especial por los medios no verbales, de conflictos intrapsíquicos inconcientes en la forma de patrones de conducta crónicos y repetitivos. Por tanto, los aspectos no verbales de la interacción con el terapeuta dan información fundamental, sustituyendo en grado considerable lo que el contenido de la comunicación verbal transmite en la situación psicoanalítica estándar.

Resumen de Kernberg O (1992) Trastornos graves de la personalidad. El Manual Moderno. Capítulo 8.

PSICOTERAPIA DE PAREJA

Generalidades.- "La terapia de pareja es una forma de psicoterapia destinada a modificar psicológicamente la interacción de dos personas que están en conflicto en uno o varios parámetros – social, emocional, sexual, económico. En la terapia de pareja, una persona experta establece un contrato terapéutico con la pareja y, a través de modos definidos de comunicación, intenta aliviar la alteración, para invertir o cambiar los patrones desadaptativos de conducta, y fomentar el crecimiento personal y de desarrollo.

El consejo matrimonial se considera de alcance más limitado que la terapia de pareja, en la cual únicamente se trata un conflicto familiar particular. El consejo matrimonial también puede ser

primordialmente una misión de orientación, adaptada a resolver un problema específico, como por ejemplo la educación de un niño. La terapia de pareja incide en la reestructuración de la interacción de la pareja, algunas veces explorando las psicodinámicas de cada cónyuge. Tanto la terapia como el consejo incide en la ayuda de los cónyuges para que se enfrenten efectivamente a sus problemas. Lo más importante es la definición de objetivos adecuados y realistas, que pueden implicar una reconstrucción extensa de la unión o enfoques de resolución de problemas o una combinación de ambos" (página 867). Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Intervención del terapeuta.- "En el curso de un tratamiento de pareja, el analista tiene intervenciones de distinto tipo, según la singularidad de la situación clínica. Entre las distintas formas de intervenir hay una cuya eficacia hace a la indicación de la mayor parte de los tratamientos psicoanalíticos de pareja: la intervención vincular. En efecto, si se considera que conviene un tratamiento de pareja es porque se estima que en los sufrimientos que motivan la consulta tienen especial importancia los sucesos psíquicos que dependen privilegiadamente del funcionamiento vincular y de la dimensión intersubjetiva del psiquismo (Spivacow, 2001). Estos procesos psíquicos no pueden ser adecuadamente abordados en tratamientos individuales, con el tipo de intervenciones que en éstos se utilizan; el cambio psíquico buscado requiere entonces de intervenciones vinculares. El propósito de este trabajo es tomar como objeto de estudio las intervenciones vinculares: en qué consisten, en qué presupuestos teóricos se sostienen, el campo transferencial en que se despliegan, con qué resistencias se encuentran, el trabajo de simbolización que proporcionan, el contexto general en que se efectivizan en un tratamiento. También se presentan viñetas de sesiones para que el lector pueda formarse una idea de la práctica clínica en que se traduce lo que aquí se expone".

Miguel Alejo Spivacow, La intervención vincular en el tratamiento psicoanalítico de pareja. APERTURAS PSICOANALÍTICAS. 2005 MAR;(19)

Terapia de pareja para la depresión.- Antecedentes La terapia de pareja (marital) para la depresión tiene el doble objetivo de modificar los patrones de interacción negativa y aumentar los aspectos de apoyo mutuo de las relaciones de pareja y, así, modificar el contexto interpersonal vinculado a la depresión.

Objetivos 1. Realizar un metanálisis de todos los estudios de tratamiento que comparen la terapia de pareja con otros tratamientos psicosociales y farmacológicos o con tratamientos no activos. 2. Realizar una evaluación de la validez interna y externa. 3. Evaluar la efectividad general de la terapia marital como tratamiento para la depresión. 4. Identificar las variables intervinientes mediante las cuales la terapia marital es efectiva para el tratamiento de la depresión.

Estrategia de búsqueda Se realizaron búsquedas en el registro especializado de ensayos de la Colaboración Cochrane del Grupo Cochrane de Depresión, Ansiedad y Neurosis (Cochrane Collaboration Depression Anxiety and Neurosis Group, CCDANCTR) el 5-9-2005; se verificaron las revistas científicas relevantes y las listas de referencias.

Criterios de selección Se incluyeron en la revisión los ensayos controlados aleatorizados que analizaron la efectividad de la terapia marital versus psicoterapia individual, farmacoterapia o lista de espera / ningún tratamiento / tratamiento mínimo para la depresión. También se incluyeron los ensayos controlados cuasialeatorios.

Recopilación y análisis de datos Los datos se extrajeron mediante hojas de cálculo estandarizadas. Cuando los datos no estuvieron incluidos en los trabajos publicados, se realizaron dos intentos para obtenerlos de los autores. Los datos se resumieron mediante el software Review Manager. Los datos dicotómicos se combinaron con el riesgo relativo (RR) y los datos continuos, con la diferencia de medias estandarizada (DME), y se calcularon los intervalos de confianza (IC) del 95%. Se utilizó el modelo de efectos aleatorios para todas las comparaciones. También se calculó una prueba formal de heterogeneidad, la prueba aproximada de ji cuadrado natural.

Resultados principales Se incluyeron ocho estudios en la revisión. No se encontró ninguna diferencia significativa en el efecto entre la terapia marital y la psicoterapia individual, ni en el resultado continuo de los síntomas depresivos en seis estudios: DME -0,12 (IC del 95%: -0,56 a 0,32), ni en el resultado dicotómico de la proporción de sujetos que permanecieron como casos en tres estudios: RR 0,84 (IC del 95%: 0,32 a 2,22). En comparación con la farmacoterapia, se encontró una tasa de abandonos inferior para la terapia marital: RR 0,31 (IC del 95%: 0,15 a 0,61), pero este resultado estuvo ampliamente influenciado por un único estudio. La comparación con ningún o mínimo tratamiento mostró un efecto significativo importante a favor de la terapia marital sobre los síntomas depresivos, en base a dos estudios: DME -1,28 (IC del 95%: -1,85 a -0,72), y un efecto significativo más pequeño sobre la persistencia de la depresión, en base sólo a un estudio. Los resultados se vieron debilitados por los problemas metodológicos que afectaron a la mayoría de los estudios, como el número pequeño de casos disponibles para el análisis en casi todas las comparaciones y la heterogeneidad significativa entre los estudios.

Conclusiones de los autores No existe evidencia para sugerir que la terapia marital sea más o menos efectiva que la psicoterapia individual o la farmacoterapia en el tratamiento de la depresión. Podría

esperarse una mejora de las relaciones en las parejas con dificultades a partir de la terapia marital. Los futuros ensayos deberían evaluar si la terapia marital es superior a otras intervenciones para las parejas con dificultades con un cónyuge deprimido, especialmente en consideración del papel de los moderadores potenciales del efecto sobre la mejoría de la depresión.

Barbato A, D'Avanzo B, Terapia de pareja para la depresión. BIBLIOTECA COCHRANE PLUS. 2006 FEB.

PSICOTERAPIA ESTRUCTURAL INTENSIVA

Generalidades.- Fishman propone un modelo de Terapia Estructural Intensiva en cinco pasos.

1) Reunir a los miembros del sistema: El terapeuta comienza por decidir a quiénes habría que incluir en el sistema terapéutico y a quiénes no, y motivarlos a venir. Si algunos no pueden o no quieren venir, el terapeuta puede pedir la ayuda de los miembros que accedieron y, sino, buscar otros que puedan reemplazarlos.

2) Generar metas y planificar el tratamiento: En este paso se identifican en primer lugar, quienes son los mantenedores de la homeostasis disfuncional y, a partir de allí, se propone a los integrantes del sistema metas destinadas a modificar tal situación, trazando también un plan para el tratamiento en función de esas metas.

Es importante que todos comprendan que lo que 'anda mal' es el sistema, y que la idea no es señalar culpables individualizados.

3) Abordar las pautas disfuncionales: En este tercer paso se aplican una serie de técnicas para abordar las pautas disfuncionales. Una de ellas consiste en desestabilizar el sistema creando una crisis terapéutica. Esta crisis movilizará nuevas interacciones entre los miembros del sistema y poco a poco irán reorganizándose en función de un equilibrio superior.

4) Establecer una nueva organización y mantenerla: No se trata de abandonar las viejas pautas sino de generar otras nuevas, y este es el objetivo del cuarto paso. Esto implica un proceso de aprendizaje por parte de los miembros, y, por parte del terapeuta; estimular esas interacciones trabajando por ejemplo con sub-sistemas individuales para producir un cambio en el conjunto. Muchas veces se consigue así estabilizar la nueva organización con solo cambiar el sistema considerado, pero otras veces se requiere una 'recontextualización', es decir, incorporar un contexto más amplio que sirva como fuerza promotora del cambio.

5) Terminar la terapia: Idealmente, esta termina cuando se logró un alivio del síntoma presentado y se transformó la organización disfuncional del sistema. Si no se alcanzan esos resultados, se fijará una fecha precisa para la terminación del proceso terapéutico, presentándose dicho cese como un trabajo inconcluso o como una oportunidad perdida, lo cual puede producir la crisis que finalmente logrará el efecto terapéutico deseado.

Resumen de Fishman H. Charles (1994) Terapia estructural intensiva. Tratamiento de familias en su contexto social. Buenos Aires: Amorrortu. Capítulo 4.

Conceptos básicos.- Fishman hace un bosquejo de los cuatro conceptos fundamentales que juzga básicos para su modelo terapéutico: contexto contemporáneo, isomorfismo, mantenedor homeostático e inducción de crisis.

El más importante de estos conceptos es la necesidad de trabajar con el contexto contemporáneo, vale decir, con el "aquí y ahora" que rodea al paciente individualizado como tal, con las fuerzas que actúan en su familia (fuerzas internas) y el medio social actual en el que está inserto (fuerzas externas).

La idea de isomorfismo es utilizada por el autor para mostrar que ciertas pautas estructurales disfuncionales pueden ser isomorfas para diversos contextos del paciente, o, para decirlo de otra manera, pautas de conducta propias de la familia pueden repetirse en las relaciones que el paciente mantiene fuera de la misma. Es importante que el terapeuta pueda identificar estas repeticiones para organizar intervenciones coherentes al operar con los contextos sociales en que la familia se inserta.

El tercer concepto, el de mantenedor homeostático, está muy relacionado con los dos anteriores. Dentro de la familia y aún en su contexto social, suele ocurrir que hay algunas fuerzas que buscan adaptarse a cambios evolutivos o presiones de otro tipo, mientras que hay otras fuerzas que tienden al "no cambio", al mantenimiento del statu quo. El problema, entonces, reside en buscar cuáles son los individuos y las fuerzas que intentan mantener dicho estado, individuos y fuerzas que Fishman llama "mantenedores homeostáticos". Durante la terapia con una familia en crisis, descubrir quién o quienes funcionan para mantener la situación oponiéndose al cambio es algo clave para un cambio terapéutico eficiente. Fishman expone varias técnicas para averiguar quién mantiene la homeostasis disfuncional en la familia, y muestra asimismo de qué manera dichas técnicas encuentran aplicabilidad en el proceso terapéutico. Identificar un mantenedor homeostático no debe entenderse como identificar un culpable, o alguien que debe cargar con la culpa. En rigor, la "culpa" no es de una persona sino de un sistema disfuncional, donde el mantenedor cumple un rol tanto como los que no son mantenedores del mismo.

El cuarto y último concepto es la inducción de crisis. El autor parte de la base que la terapia busca producir cambios, y que estos cambios sólo ocurren en momentos de crisis. Por lo tanto, la terapia debe provocar estas situaciones de crisis para inducir los cambios deseables.

Resumen de Fishman H. Charles (1994) Terapia estructural intensiva. Tratamiento de familias en su contexto social. Buenos Aires: Amorrortu. Capítulos 1 y 3.

El modelo 4-D.- El terapeuta no sólo trabaja con la familia nuclear, sino también con el sistema más amplio. Dentro de este último se seleccionarán aquellas personas que puedan ser parte del problema o parte de la solución.

El modelo 4-D (cuatro dimensiones) considera cuatro aspectos de la familia: las presiones evolutivas contemporáneas, la estructura, la historia y el proceso. Las presiones evolutivas suelen desestabilizar la familia rompiendo su equilibrio y desafiándolas a evolucionar. La estructura, como consecuencia, va sufriendo cambios, reestructuraciones, que es preciso conocer. La tercera dimensión, la historia, busca conocer los acontecimientos familiares importantes: fallecimientos, nacimientos, divorcios, enfermedades, problemas económicos, etc. y finalmente el proceso es el conjunto de cambios que van ocurriendo cuando interactúan las presiones evolutivas, la estructura y la historia.

Con este modelo de cuatro dimensiones, el terapeuta puede ver el sistema en movimiento desde diferentes perspectivas, pero además debe también considerar su propia experiencia subjetiva con la familia ya que él también por momentos participa como protagonista cuando se mete en el sistema, así como sale de él y se comporta como observador neutral.

Resumen de Fishman H. Charles (1994) Terapia estructural intensiva. Tratamiento de familias en su contexto social. Buenos Aires: Amorrortu. Capítulo 2.

PSICOTERAPIA EXISTENCIALISTA

Definición.- No obstante apoyarse en la antropología existencial de Heidegger, cuyos conceptos carecen de validez para las formas individuales y concretas (Ludwig Binswanger), ha realizado con su psicoterapia existencial un gran esfuerzo por ajustar las ideas psicoterápicas a las corrientes filosóficas de la época. Sostiene que no debe llegarse a la comprensión del hombre enfermo comprendiendo los síntomas, sino, inversamente, comprendiendo sus síntomas a través de su vida morbosa. Para ello debe investigarse la "historia subjetiva" de su padecer, basándose en que "el hombre vive solo en la medida en que sufre la angustia derivada de la incertidumbre de su futuro". El remedio contra tal angustia es la vinculación con otras personas, con las cuales la comparte.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- "El enfoque existencial de la psicoterapia sostiene que el objetivo central de la terapia es ayudar a promover el entendimiento del yo y el propio modo de ser en el mundo. Los constructos psicológicos para entender a los seres humanos son colocados, por consiguiente, en una base ontológica y toman su significado de la situación presente. Impulsos, dinamismos o patrones de conducta son entendidos sólo en el contexto de la estructura de la existencia de la persona individual... La tarea central del terapeuta es buscar entender el modo de ser y de no ser en el mundo del paciente".

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 393.

Generalidades.- La esencia de la terapia existencial es la relación terapéutica entre el terapeuta y su paciente, o encuentro. Esta es la genuina presencia de un Dasein ante otro, una "apertura" de uno sobre otro. A diferencia de otras terapias más "formales", como la freudiana, o más "técnicas" como la conductual, la terapia existencial parece depender más de ti o estar más cerca de ti. La transferencia y la contratransferencia se consideran partes propias y naturales del encuentro; sin abusar, por supuesto y tampoco sin dejarlas de lado.

Por otro lado, los humanistas considerarían al terapeuta existencialista como más formal y más directivo que ellos. En este sentido, el terapeuta existencialista es más "natural" con su paciente (usualmente tranquilamente escuchando, pero expresando en ocasiones sus propias opiniones, experiencias e incluso emociones). "Ser natural" también implica el reconocimiento por parte del paciente de sus propias diferencias internas. El terapeuta tiene el entrenamiento y la experiencia y después de todo, es el paciente quien presumiblemente tiene los problemas. La terapia existencial también se considera un diálogo, y no un monólogo del terapeuta ni tampoco del paciente.

Pero el análisis existencial tiene como meta la autonomía del paciente. De la misma manera en que enseñamos a un niño a montar en bicicleta, debemos sujetarles por un tiempo, pero eventualmente tendremos que dejarles ir solos. El niño podría caerse, pero si nunca le soltamos, nunca aprenderá a montar! Si la "esencia" del Dasein (ser humano) es responsabilidad y libertad en la propia vida, entonces no puedes ayudar a alguien a hacerse un humano más completo a menos que estés preparado para liberarle.

Boeree George (2002) Teorías de la Personalidad. Capítulo sobre Ludwig Binswanger. Traducción de Gautier Rafael.

Generalidades.- Se puede definir la psicoterapia existencial como una *aproximación dinámica a la terapia que se centra en las preocupaciones que están enraizadas en la existencia del individuo*. La orientación existencial no es empírica sino profundamente intuitiva.

Una gran mayoría de terapeutas experimentados, al margen de su adhesión a alguna otra escuela ideológica, emplean muchas de las percepciones existenciales. Se dan cuenta, por ejemplo, de que la aprehensión de la propia finitud a menudo puede catalizar un cambio interior de perspectiva muy importante, de que es la relación la que cura, de que los pacientes se sienten atormentados por tener que elegir, de que un terapeuta debe catalizar la 'voluntad' de actuar de un paciente, y de que la mayoría de los pacientes están absolutamente confundidos por la falta de significado de sus vidas.

Terapia existencial: una psicoterapia dinámica.- La expresión 'dinámica', en su sentido técnico, implica el concepto de fuerza, una contribución de Freud al funcionamiento mental que plantea la existencia de fuerzas en conflicto dentro del individuo, siendo el pensamiento, la emoción y la conducta resultados de dichas fuerzas, que, por lo demás, existen en varios niveles de conciencia, siendo algunas incluso totalmente inconcientes.

Pero la terapia existencial está basada en una visión radicalmente distinta a la psicoanalítica en cuanto a cuales son las fuerzas, los motivos y temores específicos que interactúan en el individuo. Para identificar los conflictos primarios, recurre a varios caminos: la reflexión profunda, los sueños, las pesadillas, los destellos de la experiencia profunda y la comprensión súbita, las manifestaciones psicóticas y el estudio de los niños.

La posición existencial enfatiza un conflicto que fluye de la confrontación del individuo con los datos de la existencia. Y con 'datos' el autor quiere decir ciertas preocupaciones supremas, intrínsecas de la existencia humana, y que son la *muerte*, la *libertad*, el *aislamiento existencial* y el *sinsentido*.

La preocupación por la muerte tiene relación con la conciencia de nuestra finitud inevitable, en conflicto con nuestro deseo de seguir existiendo. También hay preocupación en relación a la libertad que, en su sentido existencial, se refiere a la ausencia de estructura externa: es el hombre quien debe responsabilizarse de su propio mundo y de diseñarlo mediante elecciones. El conflicto aquí se establece entre el vacío, la ausencia de estructura, y nuestro deseo de un terreno firme y estructurado.

El aislamiento existencial presenta como conflicto básico la confrontación entre nuestro absoluto aislamiento y nuestro deseo de contacto, de protección, de formar parte de una totalidad mayor. Finalmente el sinsentido plantea también su propio conflicto, referido al dilema de una criatura en busca del significado, que es lanzada a un universo que no tiene significado.

La orientación existencial: extraña pero familiar.- Una gran cantidad del material sobre las preocupaciones humanas parecerá extraño aunque, curiosamente, familiar para el médico clínico, porque el enfoque existencial rebasa en forma original las categorías comunes, e incluso el vocabulario es diferente (libertad, aislamiento existencial, etc).

Al mismo tiempo el clínico encontrará algo familiar en este enfoque pues implícitamente opera él también en un marco existencial con sus pacientes, y porque forma parte de la experiencia misma del médico como hombre.

La confrontación con los datos de la existencia es dolorosa, pero, en última instancia, curativa. El buen trabajo terapéutico siempre se acompaña con la prueba de la realidad y la búsqueda del esclarecimiento personal. El terapeuta, que decide que ciertos aspectos de la realidad y de la verdad han de ser evitados, se mete en un terreno peligroso.

El campo de la psicoterapia existencial.- La psicoterapia existencial no dispone de un lugar propio, ni de una escuela formal, de institución alguna, e incluso no es bien recibida en los mejores círculos académicos. Tiene, sin embargo, una genealogía que debe buscarse en la filosofía existencial.

Hay en efecto, una 'tradición' existencial en la filosofía y una 'escuela' existencial formal de la filosofía iniciada por Kierkegaard, hacia 1834.

Los conceptos existenciales mismos no son complejos, no necesitan ser decodificados y analizados meticulosamente. Lo que se requiere no es una explicación formal: la tarea del filósofo y la del terapeuta es desreprimir, es decir, volver a poner al corriente al individuo de algo que ha conocido desde el primer momento. El filósofo existencial y el terapeuta existencial deben alentar al individuo a mirar en su interior y a atender a su situación existencial.

Terapia existencial y comunidad académica.- La carencia de un apoyo académico proveniente de la psiquiatría o la psicología tiene implicaciones significativas para la terapia existencial, ya que las instituciones dominadas académicamente controlan todas las rutas para el suministro vital que influye en el desarrollo de las disciplinas clínicas, la instrucción de los médicos clínicos y académicos, los fondos para la investigación, las publicaciones en revistas, etc.

La psiquiatría y la psicología académicas, asentadas en una tradición positivista, valoran la investigación empírica como método de validación del conocimiento.

La posición existencial desafía esta visión cartesiana tradicional de un mundo lleno de objetos y de sujetos que perciben los objetos, es decir, la premisa básica del método científico que supone que un sujeto puede conocer un objeto mediante la investigación objetiva. La posición existencial se extiende por debajo de esta escisión sujeto-objeto y considera a la persona no como un sujeto que puede percibir la realidad exterior, sino como una conciencia que participa en la construcción de la realidad.

El método adecuado de comprensión del mundo interior de otro individuo es el 'fenomenológico', porque va al fenómeno mismo, sin instrumentos ni presuposiciones 'normalizadas'. Hasta donde sea posible, se

debe 'poner entre paréntesis' la perspectiva del propio mundo y entrar en el mundo de experiencias del otro. Los terapeutas existenciales siempre han pedido con insistencia que el terapeuta intente comprender el mundo privado del paciente, más que centrarse en el modo en el que el paciente se ha desviado de las 'normas'.

Condenado de Yalom Irvin, Psicoterapia existencial y terapia de grupo. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 4.

La terapia existencial y la escena norteamericana.- A pesar que el análisis existencial coincide bastante con el carácter norteamericano, paradójicamente en EEUU hubo una actitud ambigua hacia él. El análisis existencial y el carácter americano se parecen en que ambos rechazan las teorías abstractas, y en que son pragmáticos, o sea privilegian el conocimiento a través de la acción.

Porqué entonces la actitud ambigua hacia el análisis existencial?. Porque EEUU es históricamente un pueblo de frontera, que conquistó territorio y sus habitantes vivían muy solos en lugares alejados, y entonces necesitabas reprimir la subjetividad para evitar el colapso mental. La subjetividad es precisamente característica del análisis existencial. Tal vez el pragmatismo norteamericano, la pasión por la técnica, haya sido una defensa contra la invasión de esta subjetividad.

Pero en los últimos tiempos advertimos en EEUU un hambre ontológica, un renacimiento de lo religioso y lo existencial. Esta tendencia comenzó a filtrarse en la psicología y la psiquiatría de ese país. La terapia empieza a implicar que, primero, el paciente tome una decisión respecto a su propia existencia, y luego haga introspección (antes se hacía al revés).

El psicoanálisis colaboró a la visión mecanicista y práctica norteamericana, que vio en el inconsciente una causa oculta de los síntomas, cuando en realidad el inconsciente es más que eso, son las potencialidades del hombre. El psicoanálisis contribuyó también a privilegiar las explicaciones causales, como si el ser humano quedara comprendido conociendo el porqué de la conducta, o sea las experiencias infantiles.

Resumen de Rollo May (1990) La psicología y el dilema del hombre. México: Gedisa. Capítulo 8: La terapia existencial y la escena norteamericana.

Los peligros de la relación entre existencialismo y la psicoterapia.- El enfoque existencial en psicoterapia no encontró aun su identidad en EEUU: allí se lo confunde con la terapia adleriana, o junguiana, o el budismo zen, o la filosofía especulativa, el psicodrama, etc.

Un primer aspecto negativo que encontramos, es cierta tendencia antiintelectual y antiespecífica en parte de la psicología y psiquiatría existencial. El hecho de que haya cierta insuficiencia en los métodos científicos para estudiar al hombre, no nos debe llevar a eliminarlos, sino a perfeccionarlos o buscar nuevos métodos. Binswanger, Buytendijk y van der Berg, se encuentran en esta dirección constructiva.

Existencialistas como Kierkegaard, Nietzsche y Schopenhauer, se opusieron a los esquemas racionalistas clásicos, pero sin embargo pueden ser constructivos al proponer otra vía de acceso al conocimiento del hombre.

Debemos apuntar la diferencia entre intelectualización (contra la que se alzan los existencialistas) y antiintelectualismo. La primera, típica de ciertos pacientes, es la tendencia a racionalizar un problema humano, desafectivizarlo, quitarle un compromiso emocional (Sócrates por ejemplo combatió esto). La tendencia de la psicoterapia hacia la verbalización estimuló esta tendencia. Incluso hablar con términos existenciales puede hacernos creer - erradamente - que realmente estamos tratando un problema humano, cuando puede ser en rigor una mera verbalización o intelectualización. El enfoque existencial no debe ser racionalista ni antirracionalista, sino buscar el fundamento implícito en la experiencia humana sobre el cual se basan tanto la razón como la sinrazón (lo emocional, etc.).

Un segundo aspecto negativo, es confundir la psiquiatría existencial con el budismo Zen. Este último tiene un aspecto positivo al contrarrestar la tendencia occidental y competitiva, poniendo el acento en la inmediatez de la experiencia, en el ser más que en el hacer. También el budismo Zen es negativo al evadirse de la angustia, la culpa, la miseria humana y entrar en un estado de aislamiento que también puede alcanzarse con la droga. Esto no es lo propuesto por la psicoterapia existencial, sino al revés: enfrentar la realidad conflictiva del mundo a través de vínculos interpersonales significativos. Es lo contrario al efecto droga, que en vez de expandir la mente, la destruye y debilita mediante estados de apariencia beneficiosos como el éxtasis o la euforia.

Un tercer aspecto negativo es confundir psiquiatría existencial con mero palabrerío, o tendencia a usar como "trascendencia", "encuentro" o "presencia" como forma de pasar por alto la realidad existencial. A veces, por ejemplo, se usa "encuentro" para disimular la grave distorsión de las relaciones interpersonales. La psiquiatría existencial no debe quedarse solo en el entender (se entienden símbolos o palabras) sino además comprender (se comprenden personas). Esta comprensión implica cierta humildad, o sea aceptar que se comprende desde una perspectiva, y por lo tanto nunca totalmente, humildad que no suele estar en el nivel simbólico, el de las meras palabras con las cuales creemos saberlo todo del paciente.

El enfoque existencial no es simplemente un enfoque terapéutico ni un conjunto de técnicas; es más bien un interés por la comprensión de la estructura del ser humano y su experiencia, lo cual en mayor o menor medida subyace a toda técnica. Este enfoque existencial no analiza el "ser", sino lo que asume en el acto de la psicoterapia. El ser de un individuo, se ve por ejemplo, en su derecho a elegir su propia

forma de vida, etc. Analizar es cosificar al paciente, comprenderlo es tratarlo como persona. Está bien analizar un síntoma, un conflicto, etc., pero no a la persona que es una unidad.
Resumen de Rollo May (1990) La psicología y el dilema del hombre. México: Gedisa. Capítulo 10: Los peligros de la relación entre existencialismo y la psicoterapia.

El hombre en busca de sentido.- Gordon Allport describe en el prefacio esta obra de Frankl señalando que en ella, el doctor Frankl explica la experiencia que le llevó al descubrimiento de la logoterapia. Prisionero, durante mucho tiempo, en los bestiales campos de concentración, él mismo sintió en su propio ser lo que significaba una existencia desnuda.

Para Freud, la raíz de la neurosis está en la ansiedad que se fundamenta en motivos conflictivos e inconscientes. Frankl diferencia varias formas de neurosis y descubre el origen de algunas de ellas (la neurosis noógena) en la incapacidad del paciente para encontrar significación y sentido de responsabilidad en la propia existencia. Es característico del abierto talante de Frankl el no repudiar a Freud, antes bien construye sobre sus aportaciones.

En el campo de concentración, todas las circunstancias conspiran para conseguir que el prisionero pierda sus asideros. Todas las metas de la vida familiar han sido arrancadas de cuajo, lo único que resta es la última de las libertades humanas, la capacidad de elegir la actitud personal ante un conjunto de circunstancias. Esta última libertad adquiere una vívida significación en el relato de Frankl. Los prisioneros no eran más que hombres normales y corrientes, pero algunos de ellos al elegir ser dignos de su sufrimiento atestiguan la capacidad humana para elevarse por encima de su aparente destino.

Como psicoterapeuta que es, el autor quiere saber cómo se puede ayudar al hombre a alcanzar esta capacidad, tan diferenciadoramente humana, por otra parte. ¿Cómo puede uno despertar en un paciente el sentimiento de que tiene la responsabilidad de vivir, por muy adversas que se presenten las circunstancias? Frankl nos da cumplida cuenta de una sesión de terapia colectiva que mantuvo con sus compañeros de prisión.

A petición del editor, el doctor Frankl ha añadido a su autobiografía una breve pero explícita exposición de los principios básicos de la logoterapia. A diferencia de otros existencialistas europeos, Frankl no es ni pesimista ni antirreligioso; antes al contrario, para ser un autor que se enfrenta de lleno a la omnipresencia del sufrimiento y a las fuerzas del mal, adopta un punto de vista sorprendentemente esperanzador sobre la capacidad humana de trascender sus dificultades y descubrir la verdad conveniente y orientadora. Gordon W. Allport.

La primera parte del libro describe las experiencias de un psicólogo en un campo de concentración, a través de tres fases: internamiento en el campo, la vida en el campo, y después de la liberación.

En la segunda y última parte, Frankl enuncia los conceptos básicos de logoterapia. Comparada con el psicoanálisis, la logoterapia es un método menos retrospectivo y menos introspectivo. La logoterapia mira más bien al futuro, es decir, a los cometidos y sentidos que el paciente tiene que realizar en el futuro. A la vez, la logoterapia se desentiende de todas las formulaciones del tipo círculo vicioso y de todos los mecanismos de retroacción que tan importante papel desempeñan en el desarrollo de las neurosis. La logoterapia se centra en el significado de la existencia humana, así como en la búsqueda de dicho sentido por parte del hombre. De acuerdo con la logoterapia, la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrar un sentido a la propia vida. Por eso hablo yo de voluntad de sentido, en contraste con el principio de placer, y en contraste con la voluntad de poder que enfatiza Adler.

Sinopsis de Frankl Víctor, El hombre en busca de sentido.

PSICOTERAPIA FAMILIAR

Generalidades.- Los miedos más habituales para iniciar una terapia de familia son: miedos de los padres a ser acusados los hijos, miedo a ser tildada de familia 'enferma', miedo a que un cónyuge censure al otro, miedo que que la discusión abierta sobre la mala conducta de un hijo sea un mal ejemplo para los hermanos menores.

Conviene que estén presentes todos los miembros de la familia, salvo casos excepcionales. En la terapia familiar, el problema clínico no es el síntoma sino la estructura y modo de funcionamiento de la familia. Las entrevistas familiares deben estar siempre dirigidas y controladas por el terapeuta.

A veces algún miembro de la familia quiere hablar a solas con el terapeuta para comunicarle algún secreto (generalmente de índoles sexual). En estos casos no es importante por lo general que ese secreto sea revelado para la terapia de la familia.

Las transferencias sobre el terapeuta son raras en este tipo de terapia. El terapeuta debe expresar su persona real, y dejar que se establezcan las transferencias entre los familiares. Las sesiones suelen tener lugar una vez por semana, con una duración de una hora y media o dos horas.

En terapia familiar se utilizan diversos modelos. Por ejemplo el modelo psicodinámico-experiencial, donde se subraya la maduración individual en el contexto de la familia, libre de las pautas inconscientes de ansiedad y proyección arraigadas en el pasado. Otro modelo es el estructural, donde se considera a la familia como un único sistema interrelacionado y valorado de acuerdo a alianzas y escisiones entre los

miembros, jerarquías de poder, claridad entre los límites intergeneracionales, tolerancia al conflicto en la familia sin necesidad de negarlo o proyectarlo sobre algún miembro o víctima.

También están los modelos estratégicos, donde el objetivo es impeler a la familia a un cambio estructural. Al igual que el modelo anterior solo se considera el problema presente, pero las intervenciones no son tan directas, y se usan metáforas para atenuar las resistencias. Una técnica típica es la prescripción del síntoma, o sea, paradójicamente, aconsejar que no se produzcan cambios.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 26, punto 5.

Psicoterapia familiar con toxicómanos.- El autor menciona aquí el trabajo de Jay Haley por un lado, y el de Stanton y Todd por otro.

El trabajo de Jay Haley.- Haley consideró la posibilidad de considerar algunas formas de conducta toxicómana como una variante de las crisis, psicóticas o no, con que algunos jóvenes adultos expresan su dificultad para emanciparse de su grupo familiar de origen, ofreciendo también una aproximación terapéutica.

Es posible trabajar con instrumentos análogos sobre formas aparentemente diversas de patología (esquizofrenia, psicopatías, psicوماتosis, depresión) tomando en cuenta los siguientes tres hechos:

1) Esas diversas patologías tienen elementos comunes, que son los siguientes:

a. Un equilibrio basado en la subversión, en el desorden caótico y en la mistificación de las relaciones jerárquicas y las alianzas entre los miembros de la familia.

b. La insuficiencia funcional de uno de los miembros definido como enfermo e incapaz, por tanto, de conductas adecuadas a su rol, edad y funciones que debería desarrollar en la familia y fuera de ella.

c. El efecto estabilizador que tiene la insuficiencia funcional de quien corresponde al punto b sobre el equilibrio de quien corresponde al punto a.

d. El efecto estabilizador de las 'terapias' que confirman las convicciones del grupo relativas al grupo b.

2) La psicoterapia en general no se asombra de que un remedio específico de resultados positivos en situaciones que obedecen a causas diferentes. Por ejemplo, el psicoanálisis se propone para tratar muchas patologías de diferente origen (neurosis, psicosis, etc.)

3) Dice Haley que el joven que se comporta de una forma 'loca' es alguien que responde de manera adaptativa a la particular forma de comunicación de su familia. Así, los procesos de pensamiento y la ansiedad son respuestas al tipo de comunicación en que la persona se halla inmersa.

Con estas tres premisas, cuál es el tipo de organización que confrontamos al curar la locura de un joven adulto? Los investigadores conceptualizan esto de tres maneras distintas: la causa del problema está en la mente individual, está en la forma de comunicarse de la familia, o está en la misma organización familiar.

Haley adhiere a este último punto de vista, pues habla de una organización que funciona mal y que obliga a sus miembros a comportarse de tal o cual manera influyendo en sus pensamientos. El síntoma del paciente es lo que mantiene la estabilidad de la organización familiar. El terapeuta deberá ser entonces un agente de cambio de la organización familiar, y ello no se consigue internando al paciente.

Comentario al trabajo de Haley.- Sobre la base del trabajo de los terapeutas de familia, se confirma lo siguiente: a) la inespecificidad del sufrimiento que subyace en la conducta toxicómana del adolescente y del joven adulto; b) su reversibilidad; c) la importancia decisiva, a los fines terapéuticos, de los factores psicológicos ligados a las relaciones interpersonales del toxicómano. El trabajo de Haley en un poco complejo y esquemático, y la terapia es pasiva y esquemática.

El trabajo de Stanton y Todd.- Trabajaron exclusivamente con toxicómanos menores de 35 años en tratamiento prolongado con metadona, verificando lo siguiente:

a) el tipo de relaciones que tenían con su familia de origen.

b) la tipología de las familias.

c) la posibilidad de definir un programa unívoco de intervención, de las variantes de ese programa y un grupo de 'instrucciones para el uso'.

d) la utilidad de dicho programa y de la terapia familiar estructural para estos pacientes.

e) la posibilidad de involucrar a familias 'resistentes' al tratamiento en un programa terapéutico.

Como Haley, estos autores insisten en que los terapeutas deben ayudar a formar una alianza entre los padres comprometiéndolos a asumir una actitud firme hacia el hijo en problemas. Solo después encararán sus propias dificultades.

Las familias 'resistentes' se refieren a casos donde los padres pueden sentirse acusados por el terapeuta y, por ello, tener un motivo para abandonar la terapia.

Observaciones al trabajo de Stanton y Todd.- La simplicidad del método que usaron y la importancia de los resultados obtenidos deberán bastar para poner en crisis a los terapeutas que usan la farmacología. El trabajo con la familia no es simplemente una de las posibles terapias, sino el ingrediente necesario de todo intento sensato de intervención.

Resumen de Cancrini Luigi (1991) Los temerarios en las máquinas voladoras: estudio sobre las terapias de los toxicómanos. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 5: El trabajo terapéutico con las familias.

Psicoterapia familiar con toxicómanos.- El autor menciona aquí el trabajo de los Kaufman por un lado, y el trabajo implícito de terapia familiar: los grupos de recepción de las comunidades terapéuticas. El trabajo de los Kaufman.- Se trata de un trabajo terapéutico con familias de toxicómanos en momentos en que el toxicómano está como residente en una comunidad terapéutica (CT). No se dirige a familias individuales sino a grupos de familias, incluyendo hermanos y amigos importantes, por lo que la terapia se llama Terapia Familiar Múltiple (MFT). Grupos de 40-50 personas se reúnen cada semana durante algunas horas.

Al principio las familias se sostienen unas a otras expresando su sufrimiento, soledad y aislamiento. En la fase central de la terapia, el grupo identifica el rol de la familia al producir y perpetuar el abuso de la droga. Se ponen en evidencia modelos de manipulación recíproca y el grupo desalienta conductas que favorecen la dependencia de la droga. Deben reconocerse los errores, aunque no es necesario tampoco que adquieran conciencia crítica de los mismos, sino mas bien se trata de insistir en lo que es conveniente hacer para beneficio del toxicómano. A diferencia de las terapias vistas en el capítulo anterior, no se examinan conflictos internos de la pareja de padres: es una terapia más conductual y directa.

Comentarios al trabajo de los Kaufman.- Este modelo insiste en la activación de las capacidades terapéuticas de los mismos padres y la restitución en sus manos de la delegación que habían confiado al terapeuta. Este y el grupo actúan como catalizadores de un cambio de actitud.

Además, en vez de plantearse como objetivo el cese o el control del hábito, se trabaja en la realización del toxicómano como persona, proyecto que se elabora explícitamente en los grupos.

Los grupos de recepción de las comunidades terapéuticas: un trabajo implícito de terapia familiar.- Es un trabajo parecido al anterior, a la Terapia Familiar Múltiple. Se reúnen separadamente en los grupos de recepción, padres e hijos. Las reuniones son semanales, y son grupos de 10-15 personas. El guía del grupo es un ex-toxicómano o a veces el padre de un ex, que viene a contar sus experiencias.

Debe haber un compromiso del joven de querer abandonar la droga y sus padres deben querer realmente ayudarlo. El objeto de los grupos es preparar las mejores condiciones para el ingreso a una CT. Se trabaja terapéuticamente sobre las relaciones entre padres e hijos, centrándose en el aquí y ahora.

El trabajo tiende a connotar la conducta toxicómano como dependiente-infantil, poniendo en crisis al joven, que le daba un significado de rebelión y desafío a los padres. Se dan márgenes de libertad para que el joven pueda ir adquiriendo autonomía.

Observaciones sobre el trabajo con familias.- La familia es presentada aquí como un instrumento fundamental de un proyecto de terapia. Apunta a un proceso de diferenciación del joven, lo que implica una pérdida de funciones de la vieja estructura, el nacimiento de estructuras nuevas, y el surgimiento de funciones especializadas.

Resumen de Cancrini Luigi (1991) Los temerarios en las máquinas voladoras: estudio sobre las terapias de los toxicómanos. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 6: Otras formas de trabajo terapéutico con las familias.

Dimensiones.- Hay diversas dimensiones de la terapia familiar: por ejemplo, la terapia individual (que es una forma de intervenir en una familia), las terapias basadas en teorías del aprendizaje, etc. El siguiente cuadro resumen muestra que dimensiones (izquierda) destacan cada uno de los enfoques de terapia familiar (arriba):

	Psico dinámico	Experiencial	Conductista	Familia extensa	Comunicacional	
					Estructural	Estratégico
Pasado	X	X				
Unidad: una persona	X	X	X			
Interpretación (del pasado)	X	X				
Interpretación (del presente)	X	X		X	X	
Método único	X	X		X		
Crecimiento personal	X	X		X	X	
Comunicación analógica	X	X		X	X	X
Intervenciones directas	X	X	X	X	X	X
Presente		X	X	X	X	X
Nuevas experiencias		X	X	X	X	X
Directivas			X	X	X	X

Plan terapéutico			X		X	X
Unidad: 2 personas			X	X	X	X
Unidad: 3 o más personas				X	X	X
Jerarquía				X	X	X
Problema presentado			X			X
Comunicación digital			X			
Intervenciones paradójicas			X	X		X

Una primera dimensión es el tiempo, o sea, si la terapia debe poner el acento en el pasado o en el presente, pues la conducta actual puede ser efecto del pasado o de circunstancias presentes.

Otra dimensión apunta al objetivo de la terapia: si es solucionar un problema presentado, o el crecimiento personal.

También está la dimensión del procedimiento: si adoptar un método general, y un plan específico para cada problema.

Importa también cual es la unidad-problema: 1, 2 o 3 personas. Y otras dimensiones son, finalmente: si debe haber igualdad o jerarquía en la forma como el terapeuta concibe las relaciones entre las personas de la familia. También si la comunicación debe ser sobre todo digital (la palabra no se parece a lo que designa: es arbitraria), o sobre todo analógica (sí se parece), o sea, cómo concebir el síntoma: si como digital o analógico. Otra dimensión es la siguiente: si debe optarse por intervenciones directas (que esperan ser aceptadas) o intervenciones paradójicas (para provocar a la familia a que cambie, rebelándose contra el terapeuta).

Con las dimensiones descritas se pueden comparar los distintos tipos de terapia, tal como aparece en el cuadro anterior. El libro de Madanes se inscribe dentro de la terapia estratégica.

Resumen de Madanes Cloé (1984) Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu. Capítulo 1.

Predicciones en psicoterapia familiar.- Con el término "predicción" nos referimos a las anticipaciones que el terapeuta hace sobre la conducta de sus clientes y sobre los efectos probables de sus intervenciones. Esto se hace que siempre implícitamente, pero conviene hacerlas explícitamente, para constatar su validez. Y decimos esto a pesar de algunos que dicen que en terapia todo es impredecible.

Crear en nuestras predicciones, por otro lado, ayuda a que se cumplan, lo cual es útil pues facilita la cura. Podemos predecir dentro del marco terapéutico, pero fuera de él; en el ambiente natural del paciente las variables son más numerosas y su evolución resulta impredecible.

Daremos tres ejemplos de cómo poder predecir dentro del contexto terapéutico:

- 1) Predicciones a partir de la pre - entrevista: más concretamente a partir de saber quién derivo, quién llamó, qué pidió y cómo lo hizo. Estos datos pueden hacernos pensar mucho interés en el tratamiento, con lo que podemos predecir cómo será éste último.
- 2) Predicciones de cómo reaccionará inmediata y mediatamente a nuestras intervenciones: o sea, cómo reaccionarán los miembros de la familia. Aquí el terapeuta va ensayando con pequeñas intervenciones a ver qué efecto producen y, luego, conociendo esto y las circunstancias de la familia y sus características, se podrán predecir aspectos más alejados, mediatos, como cambios de conducta, por ejemplo, pero permanentes.
- 3) Predicción de cómo se comportan en la sesión siguiente a la intervención: está muy ligada a la anterior. Trataremos que sean predicciones precisas, y no simplemente "la familia mejorará".

En general, la secuencia que seguimos es ésta: obtenemos información; predecimos en función de ella, verificamos nuestra predicción (puede o no coincidir) y de dicha verificación aprendemos a predecir mejor. Visto así, el proceso terapéutico no es más que una sucesión de anticipaciones, acciones basadas en ellas y nuevas predicciones basadas en la información que nuestras acciones producen.

Resumen de Hirsch H y Joselevich E, Predicciones en terapia familiar. Incluido en Hirsch y otros (1994) Estrategias psicoterapéuticas institucionales. Buenos Aires: Nadir Editores.

Tarea del terapeuta familiar.- Andolfi trata este tema en el capítulo 1 titulado La construcción de la historia terapéutica.

El terapeuta como nexo de relaciones.- La familia trata que el terapeuta mantenga el statu quo, lo cual es una forma de resistencia al cambio. Sea que acepte o que rechace este rol que le asignan, el terapeuta ya está participando del movimiento del sistema mismo. De antemano no puede saber como él influirá sobre la familia: Solo sabe que si quiere cambiar el statu quo, encontrará en la familia una reacción de rechazo y oposición.

El terapeuta debe mantenerse íntegro, trazando límites personales bien precisos, para poder servir de modelo de individuación a los miembros de la familia. Debe entrar en el sistema terapéutico y vincularse con ella, pero sin perder su individualidad.

Los problemas que se plantean son: ¿cuál es la posición del terapeuta en el proceso terapéutico? ¿cuál es la estructura de la relación terapéutica? y ¿cómo debe ser considerado el sujeto individual dentro del sistema?

A veces la familia pide al terapeuta que interprete tal o cual rol deseado por ellos, como ejemplo que sea un padre cariñoso. El terapeuta debe entrar en ese rol conscientemente para explorar, al cubrir vacíos importantes en la familia, qué significan esos vacíos para ellos, lo cual es información vital para conocer su funcionamiento. A veces hasta le piden que personifique una divinidad, o a un ser con dos roles. También su rol puede funcionar de una manera con un miembro y de otra con otro. En tales casos el terapeuta debe saber moverse en la triangularidad generada (un rol, otro rol, y él mismo como terapeuta). Al adoptar el rol que le asignan, el terapeuta establece una relación personal con los miembros, deja momentáneamente su rol de terapeuta y es el padre cariñoso, pero debe poder volver al rol de terapeuta observador cuando el momento lo requiera, y no ser siempre protagonista.

Crear continuamente nuevas relaciones triangulares y procurar vincular entre sí los diversos triángulos generados pasa a ser una de las tareas principales del terapeuta, en el momento en que se sitúa como activador de las diversas relaciones. Debe poder vincular, desvincular, estructurar, desestructurar vínculos, donde los que se relacionan pueden ser el terapeuta con dos personas de la familia, o una persona con el doble rol de terapeuta, etc. Esto permite a cada uno experimentarse en distintas posiciones de relación y por tanto aprender nuevos modos de ser y de relacionarse con los demás. Para todo ello el terapeuta debe poder captar 'el mundo' en que vive cada miembro.

La primera llamada telefónica.- El terapeuta evalúa el mayor o menor tiempo concedido a la persona de la familia que consulta por el problema familiar. Tal persona adquiere la función de intermediario de la familia y el garante de sus equilibrios con respecto al terapeuta, a quien se le formula una propuesta de relación. Puede buscar también alianzas con el terapeuta.

Mientras, el terapeuta evalúa si acepta o rechaza la propuesta, y va construyendo hipótesis triangulares y a traducirlas en preguntas que hará al consultante para ampliar datos y darle nuevas propuestas de conexiones. Ambos deben establecer un vínculo afectivo y de compromiso, si la propuesta es aceptada, a pesar de las posibles dificultades que pueda haber. Para ello el terapeuta debe motivar al otro a comprometerse. En la primera llamada telefónica queda esbozado el guión de la futura relación terapéutica.

Puntos nodales y tramas alternativas.- El terapeuta puede captar puntos nodales de la trama de las relaciones familiares poniendo en evidencia aspectos de ella hasta entonces ignorados por algunos miembros del grupo. Desde el perfil del 'joining', el terapeuta trata de ponerse en contacto, de entrar en el mundo de sus interlocutores y ver la realidad desde la óptica de ellos, pero bajando a niveles que pueden incluso no ser observados por los sujetos. Por ejemplo, preguntar a un hijo (el padre ha muerto) si usted es el padre. O sea el miembro se situó en el lugar del hijo que trata de reemplazar al padre real. El joining del terapeuta es su capacidad para captar la situación psicológica del otro. A partir de ahí las relaciones cambian, pues el terapeuta estimuló la construcción de relaciones, es decir propone tramas alternativas. O sea el joining es también un instrumento de cambio. La trama alternativa generada se plantea como un objeto intermedio respecto del cual todos se confrontan. Se convierte así en uno de los tres polos del triángulo (los otros dos son la familia y el terapeuta).

La relación terapéutica: entre uno y el conjunto.- El terapeuta, como nuevo nexo temporario y significativo, se convierte en el primer elemento modificador de la trama familiar. Ahora se puede empezar a construir una historia, temporal y artificial, de la familia en el contexto de las sesiones, donde es posible aprender a indagar significados distintos en las relaciones mutuas, y eventualmente experimentar nuevas alternativas existenciales.

El terapeuta se convierte en parte integrante de la familia, formando con ella un sistema terapéutico. Hay un doble aprendizaje: el terapeuta aprende un método para aplicar a familias distintas, y la familia aprende un método para enfrentar nuevas exigencias futuras, para hacer nuevas adaptaciones personales y aprender una distinta forma de integrar el ser de cada uno y de pertenecer a una misma historia evolutiva. El terapeuta interviene justamente en el equilibrio dinámico entre ser y pertenecer, para lo cual entra en relación con cada uno por separado: con cada miembro entra en contacto con uno para separarse de él enseguida y reconectarlo al conjunto familiar, a su historia evolutiva.

Resumen de Andolfi (1993) Tiempo y mito en la psicoterapia familiar. Capítulo 1.

Enfoque triádico de Zuk.- La terapia familiar es la aplicación que hace el terapeuta del proceso de mediación, para disminuir y reemplazar la relación patógena, entendiendo por proceso de mediación el conjunto de transacciones entre el terapeuta y los miembros de la familia, y por relación patógena un componente de la psicopatología familiar que determinará el terapeuta en las entrevistas con la familia en los procesos de silenciamiento, doble vínculo, intimidación y amenazas de maltrato físico. La terapia familiar busca un cambio terapéutico, es decir aquel cambio que el terapeuta percibe como una reducción

de las tensiones o los síntomas de los miembros de la familia, o como un mayor grado de cooperación, y como un aumento de la conciencia y el uso de las capacidades creadoras de los miembros.

La terapia familiar basada triádicamente es una aplicación clínica de los conceptos de coalición o alianza, mediación y toma de partido. El informe diádico es más útil cuando investigamos la interacción de dos personas solamente.

El proceso de mediación es una técnica de la terapia familiar basada triádicamente que explora e intenta cambiar el equilibrio de la relación patógena entre los miembros de la familia para permitir el surgimiento de una relación nueva y más productiva. Para eliminar la relación patógena, el terapeuta trata de actuar como mediador (establece las reglas de la comunicación) o como partidario (tomando partido, o sea poniéndose de parte de algún miembro), o usar su autoridad a favor de los miembros de la familia y de su curación.

La terapia familiar basada triádicamente se refiere a que se investigan las relaciones entre 3 (tres) personas: padre, madre e hijo. En esta terapia el cambio que se busca es una de los resultados de las negociaciones entre la familia y el terapeuta. Una de estas negociaciones implica que el terapeuta haga que la familia acepte ser tratada en la forma en que el terapeuta considere útil para el tratamiento. Otra negociación es que el terapeuta comunique a la familia su manera patógena de relacionarse, para poder influir sobre esta relación y modificarse. Otra negociación, al final del proceso, es llegar a un acuerdo con respecto a la finalización del tratamiento, etc.

La terapia familiar implica saber primero qué es una familia: es un conjunto de valores derivados de las instituciones a las que pretende pertenecer: afiliaciones étnicas, raciales, religiosas y de vecindario: todo ello contribuye a definir la identidad de la familia, y el terapeuta debe descubrirla y apoyarla.

El terapeuta ha de apoyarse en la historia familiar, pero centra su atención en el modo actual del funcionamiento familiar, en el aquí y ahora. Al terapeuta le interesan especialmente tres tipos de conflictos: entre marido y mujer, entre padres e hijos y entre toda la familia y el conjunto social (vecinos, etc).

El terapeuta debe realizar tres funciones: 1) como mediador facilita la comunicación entre los miembros de la familia para resolver conflictos y marcar límites; 2) como partidario toma partido a favor de algunos y en contra de otros en una determinada disputa; 3) como celebrante se ofrece a officiar o celebrar un suceso importante (huida, divorcio, pérdida de empleo, etc).

Ni el terapeuta ni la familia dejan de expresar sus propios valores que podrán ser de continuidad (bondad, justicia, igualdad, unión), o de discontinuidad (medios de control, enfoques racionales a los problemas, códigos legales, disciplina, etc.). El terapeuta tomará partido a favor o en contra de los valores de continuidad o discontinuidad, según convenga para la terapia.

Quedó dicho que el terapeuta debe atacar la relación patógena. Las relaciones patógenas son procesos como por ejemplo que unos miembros de la familia obliguen a los otros a guardar silencio (silenciamiento), las amenazas abiertas u ocultas, la creación de chivos expiatorios u otros esfuerzos sistemáticos para controlar o manipular la conducta de los miembros que, a juicio del terapeuta, resulten destructivos para el funcionamiento familiar armónico.

La meta general es reducir o eliminar estas relaciones patógenas adoptando los roles ya mencionados (mediador, partidario, celebrante), y expresando diferencialmente los valores de continuidad o discontinuidad.

Existen cuatro tipos de contratos que las familias hacen con los terapeutas: 1) un contrato con la finalidad de resolver una crisis familiar (1 a 6 entrevistas); 2) hacer una terapia breve (10 a 15 entrevistas); 3) hacer una terapia de duración media (25 a 30 entrevistas), y 4) terapia prolongada (más de 40). La meta de cada uno de estos contratos es algo diferente: desde la mera reducción de la tensión, como en el primer caso, hasta el aumento de la solidaridad de la familia pero con una mejor aceptación de las libertades de cada uno individualmente, como en el último caso de la terapia prolongada. Estos cambios se miden en cada individuo y no en la familia, principalmente porque las familias evalúan el éxito de la terapia en términos de sus efectos sobre los miembros individuales, y porque aun no existen mediciones válidas y confiables del cambio familiar.

La terapia presenta varias fases: primero hay un período de participación (las 4 o 5 primeras entrevistas) donde se construye una intención por participar de la terapia. Luego viene la fase de terminación, lo que ocurre cuando el terapeuta o la familia, el conjunto o unilateralmente, deciden que se ha alcanzado una meta satisfactoria.

Hay ciertas limitaciones en la terapia familiar: por ejemplo cuando uno de los miembros es alcohólico o drogadicto, o cuando la familia no pone voluntad para ir a las sesiones debido a la angustia que deberán soportar, o cuando hay un solo padre con hijos muy pequeños (lo que convierte esta terapia familiar en individual), o cuando la terapia es impuesta autoritariamente por una escuela o un juzgado).

Existen básicamente tres teorías que explican la patología familiar. La primera de ellas explica la patología como que los padres transmiten su enfermedad a los hijos. Esta patología, llamada intergeneracional, piensa que por ejemplo, la esquizofrenia, se transmite por un contacto íntimo entre padres e hijos a través de las generaciones. Otra teoría, es la teoría comunicacional, que se ejemplifica mediante la teoría del doble vínculo. Aquí lo que resulta patógeno es el doble vínculo, como así también la mala

información o los malos consejos. Finalmente encontramos la teoría del chivo expiatorio. Esta teoría supone que los victimarios tienen conciencia clara de su conducta con la víctima o "chivo", y también supone una conciencia por parte de la víctima. Esta actividad consciente puede estar organizada bajo la forma de una alianza, de una camarilla o coalición que se forma para convertir en chivo expiatorio a uno de sus miembros. Mientras la teoría comunicacional resalta el aspecto diádico, la teoría del chivo expiatorio destaca el aspecto triádico. En la teoría del chivo expiatorio, lo que el terapeuta busca es eliminar y reemplazar las coaliciones o camarillas.

Hay cierto tipo de terapia familiar que se aplica a un tipo especial de familia llamada "familia nuclear truncada", que es la patología más frecuente que se observa en la clínica. Esta familia sigue la siguiente secuencia de procesos: 1) un conflicto acalorado, prolongado y sin resolver entre cónyuges, entre padres e hijos, o entre la familia y la comunidad, lo cual produce 2) la polarización de los valores de continuidad y discontinuidad, lo que a su vez genera 3) una relación patógena, lo cual produce 4) la creación de un chivo expiatorio, o bien que aumente el riesgo de que los miembros reacciones de una manera desorganizada y desorientada.

Dijimos que entre las relaciones patógenas estaba el silenciamiento: o sea obligar a callar al otro u otros. El silenciamiento tiene varias estrategias: puede realizarlo una sola persona o bien llevarlo a cabo una alianza de varias. Pueden dirigirse hacia una persona o bien hacia un determinado tema (por ejemplo, no hablar de tal cosa). El silenciamiento puede consistir por ejemplo, en cambiar de tema, o interrumpir, etc. Este silenciamiento puede hacerse por medios verbales ("no hablemos sobre esto"), o por medio no verbales (por ejemplo la risa, que minimiza el tema del cual se está hablando). La finalidad del silenciamiento puede ser por ejemplo, un castigo o advertencia de que el silenciado debe someterse a las normas del funcionamiento familiar patológico. Otra motivación para realizar el silenciamiento es poseer a la víctima como un objeto para la proyección: el sujeto proyecta en el silenciado su sentimiento de ser malo o inanimado. El silencio puede estar disfrazado como parloteo patológico (no decir nada al hablar). El silencio, por otra parte, puede ser el signo de una dificultad insuperable en la relación terapéutica, o bien el signo de la ruptura de una dificultad insuperable, o signo de una repentina profundización de la relación.

La risa, además de ser una forma de silenciamiento, puede obrar también como medio para reafirmar la alianza, para expresar irritación o disgusto, o señal de un cierto grado de disposición de revelar los pensamientos que se intentan disfrazar.

En el proceso de mediación, el papel de mediador es solamente un paso, y puede ejercerlo el terapeuta o los miembros de la familia. Como mediador, el terapeuta usa recursos como la confrontación, la reflexión, el consejo, etc. En el curso de la terapia, la familia seguramente intentará cambiar este papel de mediador por el de director (juez familiar, opositor, o cualquier papel más rígido).

El proceso de mediación es una técnica para promover el cambio en la relación patógena familiar. En el curso de este proceso el terapeuta, 1) define en qué aspectos la familia tiene un grave conflicto, y expresarlo; 2) hace de mediador o intermediario en dicho conflicto; y 3) se pondrá a favor o en contra de los miembros con respecto a dicho conflicto. A este proceso de mediación la familia puede oponerse de alguna de las siguientes maneras: 1) negar o evadir las afirmaciones que sobre el conflicto hace el terapeuta; 2) en complicidad con otros miembros de la familia, un miembro se hace portavoz de la misma, transformándose en una especie de mediador que hace que le rol del mediador del terapeuta se vea invadido; 3) la familia puede intentar hacer caer al terapeuta en una trampa para que se convierta en mediador demasiado rígido, un juez de la familia, o lo acusa de ponerse injustamente de parte de algún miembro de la familia o en contra de los demás.

El cambio que se quiere lograr en la relación patógena es estimulado en primer lugar comprometiendo a la familia para que colabore con la terapia. Luego, se mostrará a la familia cual es el conflicto. También el terapeuta tratará de mostrar a la familia que el mejoramiento del "paciente" identificado como tal, depende de que los miembros de la familia son una parte de la causa de la enfermedad de dicho paciente, idea a la cual en general la familia se resiste. Aquí el factor étnico es importante: por ejemplo las familias judías se comprometen con la terapia más fácilmente que las negras (en Estados Unidos).

Resumen de Zuk Gerald (1982) Psicoterapia familiar. Un enfoque triádico. México: Fondo de Cultura Económica.

Psicoterapia familiar para la depresión.- Antecedentes Las personas con depresión a menudo presentan problemas interpersonales. La terapia familiar para la depresión es una intervención ampliamente usada, pero no está claro si es un tratamiento efectivo.

Objetivos Evaluar la eficacia de la terapia familiar para la depresión.

Estrategia de búsqueda Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos electrónicas mediante una estrategia de búsqueda específica: CCDANCTR-Studies y CCDANCTR-References consultadas el 21/10/2005, Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials), Medline (1966 hasta enero 2005), EMBASE (1980 hasta enero 2005), Psycinfo (1974 hasta enero 2005). También se hicieron búsquedas en las listas de referencias de artículos. Se realizaron búsquedas manuales en revistas y bibliografías pertinentes y se estableció contacto con los primeros autores de los estudios incluidos y los expertos en el tema en busca de mayor información.

Criterios de selección Los estudios incluidos eran ensayos clínicos controlados aleatorios y ensayos clínicos controlados que comparaban la terapia familiar sin intervención o una intervención alternativa en la que la sintomatología de la depresión era una medida de resultado principal.

Recopilación y análisis de datos Dos revisores evaluaron de forma independiente la calidad metodológica de los estudios con el uso de la Maastricht-Amsterdam Criteria List (Lista de criterios de Maastricht-Amsterdam). Tres revisores extrajeron de forma independiente las características cualitativas y cuantitativas de los ensayos seleccionados con el uso de un formulario estandarizado de extracción de datos. Se usaron los niveles de evidencia para determinar la fuerza de las pruebas disponibles. No fue posible realizar metanálisis por la heterogeneidad de los estudios seleccionados.

Resultados principales Se identificaron tres estudios de alta calidad y tres de baja calidad, que incluían 519 personas con depresión. Los estudios eran muy heterogéneos en las intervenciones, los participantes y los instrumentos de medición. A pesar de que la calidad metodológica era bastante buena y de los resultados positivos de algunos estudios, las pruebas de la efectividad de la terapia familiar para la depresión no excedieron el nivel 3 (evidencia limitada o contradictoria), excepto en uno de evidencia moderada (nivel 2), basado en los resultados no combinados de tres estudios, que indicaban que la terapia familiar es más efectiva que ningún tratamiento o de la situación de los pacientes de la lista de espera para disminuir la depresión y mejorar el funcionamiento familiar.

Conclusiones de los autores La base de pruebas actuales es demasiado heterogénea y dispersa para poder plantear conclusiones sobre la efectividad general de la terapia familiar para el tratamiento de la depresión. En este momento el uso de intervenciones psicológicas para el tratamiento de la depresión, de las que ya hay pruebas basadas en la evidencia, parece ser preferible a la terapia familiar. Se requieren ensayos de alta calidad adicionales que examinen la efectividad y la efectividad comparativa de formas explícitamente definidas de terapia familiar.

Henken HT, Huibers MJH, Churchill R, Restifo K, Roelofs J, Terapia familiar para la depresión. BIBLIOTECA COCHRANE PLUS. 2008;(1).

Terapia familiar estratégica.- La estructura familiar tiene una estructura estratégica jerárquica: las personas sintomáticas se ubican en jerarquías incorrectas, como cuando los padres no ponen límites. Esta conducta sintomática es adaptativa pues es un intento de adaptarse a estructuras familiares anormales. La terapia apunta a corregir la estructura familiar anormal, para que el síntoma deje de ser la conducta de adaptación a dicha estructura. Esta terapia familiar estratégica reconoce influencia de la terapia estratégica de Erickson, y es el planteo general de este libro.

La terapia familiar presenta diversas dimensiones. Una primera dimensión es el tiempo, o sea, si la terapia debe poner el acento en el pasado o en el presente, pues la conducta actual puede ser efecto del pasado o de circunstancias presentes. Otra dimensión apunta al objetivo de la terapia: si es solucionar un problema presentado, o el crecimiento personal. También está la dimensión del procedimiento: si adoptar un método general, y un plan específico para cada problema. Importa también cual es la unidad-problema: 1, 2 o 3 personas. Y otras dimensiones son, finalmente: si debe haber igualdad o jerarquía en la forma como el terapeuta concibe las relaciones entre las personas de la familia. También si la comunicación debe ser sobre todo digital (la palabra no se parece a lo que designa: es arbitraria), o sobre todo analógica (sí se parece), o sea, cómo concebir el síntoma: si como digital o analógico. También si debe optarse por intervenciones directas (que esperan ser aceptadas) o intervenciones paradójicas (para provocar a la familia a que cambie, rebelándose contra el terapeuta). Con las dimensiones descritas se pueden comparar los distintos tipos de terapia, como por ejemplo, la terapia individual (que es una forma de intervenir en una familia), las terapias basadas en teorías del aprendizaje, etc.

Entre los objetivos de la terapia familiar estratégica está el ayudar a las personas a sobrellevar las crisis de las etapas de la vida familiar: noviazgo, primeros tiempos de matrimonio, nacimiento de hijos, período intermedio, destete de los padres con respecto a los hijos, vejez. El problema debe ser presentado como solucionable, por ello deben evitarse diagnósticos clásicos; por ejemplo evitar rotular el problema como esquizofrenia y considerarlo por ejemplo, como dificultad para trabajar.

Este libro agrega a la terapia estratégica lo siguiente: un enfoque de los niveles de organización, en lugar de los niveles de comunicación, una preocupación por las incongruencias jerárquicas donde aparecen dos estructuras de poder incompatibles dentro de la misma familia, una preocupación por el síntoma como metáfora, o sea, su relación con la interacción familiar, y una preocupación por entender la especificidad de cada síntoma, o sea, las razones por las cuales es elegido.

El libro continúa con capítulos sobre problemas conyugales (el equilibrio del poder), problemas infantiles (donde se plantean tres estrategias paradójicas), problemas de los padres (donde se destaca la modificación de las interacciones entre padres e hijos), y problemas graves de la adolescencia. Otros capítulos tratan, mediante el estudio de casos, el tema de los terrores nocturnos y la depresión.

Para reorganizar familias, debe tenerse en cuenta la realidad del poder, el cual no es una metáfora o una ficción: la terapia pasa por reordenar estructuras de poder dentro de la familia. La cuestión del poder está a su vez vinculada por las influencias inter-personales, que son a veces difíciles de comprender. En este libro se destacaron los aspectos benevolentes de los vínculos interpersonales: los miembros de una

familia influyen benévolamente unos en otros, pero a menudo lo hacen de manera inadecuada: en vez de resolver problemas, impiden su resolución.

Sinopsis de Madanes Cloé (1984) Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu.

Psicoterapia familiar. Un enfoque triádico.- La terapia familiar basada triádicamente es una aplicación clínica de los conceptos de coalición o alianza, mediación y toma de partido. El informe diádico es más útil cuando investigamos la interacción de dos personas solamente.

El proceso de mediación es una técnica de la terapia familiar basada triádicamente que explora e intenta cambiar el equilibrio de la relación patógena entre los miembros de la familia para permitir el surgimiento de una relación nueva y más productiva. La terapia familiar basada triádicamente se refiere a que se investigan las relaciones entre 3 (tres) personas: padre, madre e hijo. En esta terapia el cambio que se busca es una de los resultados de las negociaciones entre la familia y el terapeuta.

El terapeuta debe realizar tres funciones: 1) como mediador facilita la comunicación entre los miembros de la familia para resolver conflictos y marcar límites; 2) como partidario toma partido a favor de algunos y en contra de otros en una determinada disputa; 3) como celebrante se ofrece a officiar o celebrar un suceso importante (huída, divorcio, pérdida de empleo, etc).

Existen cuatro tipos de contratos que las familias hacen con los terapeutas: 1) un contrato con la finalidad de resolver una crisis familiar (1 a 6 entrevistas); 2) hacer una terapia breve (10 a 15 entrevistas); 3) hacer una terapia de duración media (25 a 30 entrevistas), y 4) terapia prolongada (más de 40).

La terapia presenta varias fases: primero hay un período de participación (las 4 o 5 primeras entrevistas) donde se construye una intención por participar de la terapia. Luego viene la fase de terminación, lo que ocurre cuando el terapeuta o la familia, el conjunto o unilateralmente, deciden que se ha alcanzado una meta satisfactoria.

Existen básicamente tres teorías que explican la patología familiar. La primera de ellas explica la patología como que los padres transmiten su enfermedad a los hijos. Esta patología, llamada inter-generacional, piensa que por ejemplo, la esquizofrenia, se transmite por un contacto íntimo entre padres e hijos a través de las generaciones. Otra teoría, es la teoría comunicacional, que se ejemplifica mediante la teoría del doble vínculo. Aquí lo que resulta patógeno es el doble vínculo, como así también la mala información o los malos consejos. Finalmente encontramos la teoría del chivo expiatorio. Esta teoría supone que los victimarios tienen conciencia clara de su conducta con la víctima o "chivo", y también supone una conciencia por parte de la víctima. Esta actividad conciente puede estar organizada bajo la forma de una alianza, de una camarilla o coalición que se forma para convertir en chivo expiatorio a uno de sus miembros. Mientras la teoría comunicacional resalta el aspecto diádico, la teoría del chivo expiatorio destaca el aspecto triádico. En la teoría del chivo expiatorio, lo que el terapeuta busca es eliminar y reemplazar las coaliciones o camarillas.

Hay cierto tipo de terapia familiar que se aplica a un tipo especial de familia llamada "familia nuclear truncada", que es la patología más frecuente que se observa en la clínica.

El cambio que se quiere lograr en la relación patógena es estimulado en primer lugar comprometiendo a la familia para que colabore con la terapia. Luego, se mostrará a la familia cual es el conflicto. También el terapeuta tratará de mostrar a la familia que el mejoramiento del "paciente" identificado como tal, depende de que los miembros de la familia son una parte de la causa de la enfermedad de dicho paciente, idea a la cual en general la familia se resiste. Aquí el factor étnico es importante: por ejemplo las familias judías se comprometen con la terapia más fácilmente que las negras (en Estados Unidos).

Sinopsis de Zuk Gerald (1982) Psicoterapia familiar. Un enfoque triádico. México: Fondo de Cultura Económica.

PSICOTERAPIA FAMILIAR ESTRATÉGICA

Generalidades.- La estructura familiar tiene una estructura estratégica jerárquica: las personas sintomáticas se ubican en jerarquías incorrectas, como cuando los padres no ponen límites. Esta conducta sintomática es adaptativa pues es un intento de adaptarse a estructuras familiares anormales. La terapia apunta a corregir la estructura familiar anormal, para que el síntoma deje de ser la conducta de adaptación a dicha estructura. Esta terapia familiar estratégica reconoce influencia de la terapia estratégica de Erickson, y es el planteo general del libro de Madanes.

Condensado de Madanes Cloé (1984) Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu.

Objetivos.- Entre los objetivos de la terapia familiar estratégica está el ayudar a las personas a sobrellevar las crisis de las etapas de la vida familiar: noviazgo, primeros tiempos de matrimonio, nacimiento de hijos, período intermedio, destete de los padres con respecto a los hijos, vejez.

El problema debe ser presentado como solucionable, por ello deben evitarse diagnósticos clásicos; por ejemplo evitar rotular el problema como "esquizofrenia" y considerarlo por ejemplo, como dificultad para trabajar.

Se hace hincapié en la comunicación analógica: analógicamente un síntoma es expresión de un problema y también de una solución, un modo, inadecuado, de adaptarse a una situación crítica. Se busca modificar las analogías, por ejemplo, en vez de sentir el dolor de estómago, verbalizarlo.

Otro objetivo es evitar repetición de conductas y buscar mayor variabilidad. Para cumplir todos estos objetivos, se planifica la teoría en varias etapas: primero se define el problema involucrando a no menos de dos personas, habitualmente tres. Luego, se decidirá como intervenir para modificar la organización familiar, de forma tal que el problema presentado ya no sea necesario. Interesa aquí la jerarquía familiar (se espera por ejemplo, que los padres se hagan cargo de sus hijos, y el terapeuta debe evitar involucrarse en esta jerarquía).

Este libro agrega a la terapia estratégica lo siguiente: un enfoque de los niveles de organización, en lugar de los niveles de comunicación, una preocupación por las incongruencias jerárquicas donde aparecen dos estructuras de poder incompatibles dentro de la misma familia, una preocupación por el síntoma como metáfora, o sea, su relación con la interacción familiar, y una preocupación por entender la especificidad de cada síntoma, o sea, las razones por las cuales es elegido.

Resumen de Madanes Cloé (1984) Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu. Capítulo 2.

PSICOTERAPIA FOCAL

Definición.- Malan habla de psicoterapias focales para referirse a psicoterapias breves donde hay una selección del material a ser tratado. La terapia focal 'focaliza' su atención en cierto conflicto, busca resolverlo en forma directa y específica, pero dejando de lado otros aspectos de la personalidad.

Condensado de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 7.

Psicoterapia focal y psicoterapia breve.- Barten dice que no debe sobreestimarse la psicoterapia breve, como tampoco menospreciar la terapia a largo plazo. Señaló la necesidad de 'focalizar', o sea reducir teórica y técnicamente los problemas para hacerlos accesibles a una psicoterapia más limitada. Brailor asigna importancia a la situación-problema, al foco, al punto de urgencia y a la hipótesis psicodinámica inicial. Otros estudiosos de estos temas fueron Malan (creador de la psicoterapia focal), Lemgruber, Zimmermann, Small y otros. Al foco algunos lo entienden como un conflicto intrapsíquico al que hay que concientizar lo más rápido posible. Hay, no obstante, una diferencia entre psicoterapia focal y breve. En la primera se intenta resolver el malestar del paciente o un conflicto predominante. En la segunda se trata de ayudar a encarar los diversos conflictos que presionan angustiosamente, determinando diversos cuadros de una psicopatología psicodinámica. O sea se pueden tratar diversos focos.

Condensado de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 8.

Generalidades.- El Taller de Psicoterapia Focal, integrado por varios profesionales (psicoanalistas, psiquiatras, psicólogos) se reunía periódicamente y a partir de allí se fue elaborando un formulario de entrevista inicial y un esquema para informe sobre cada sesión. Allí se interesaba menos la psicopatología específica del paciente y más el aspecto de interacción con el terapeuta y relaciones objetales en la fantasía y la reconstrucción del pasado. Incluimos datos para poder estudiar las intervenciones verbales y las no verbales en función del 'objeto focal'.

El formulario de entrevista inicial contiene datos para que los integrantes del equipo puedan discutir A) si se puede ayudar al paciente con una terapia breve, y b) qué aspecto de la enfermedad del paciente debía tratarse. Luego, durante el tratamiento, cada sesión debía ser sintetizada con los datos de relevancia en un 'informe de sesión'. Luego del alta, los informes de seguimiento tienen el mismo encabezamiento que los informes de sesión.

Exponemos a continuación los siguientes modelos:

Formulario de la entrevista inicial	Informe de las sesiones
A. Derivación. B. Aspecto y actitud del paciente. Quejas. Motivo aparente del paciente para hacer la consulta. C. Antecedentes. D. Concepción que el paciente tiene de sí mismo. Concepción que el paciente tiene de otras personas. E. Relación médico-paciente. Manera cómo el médico trató al paciente. Manera cómo el paciente trató al médico. F. Rasgos salientes de la entrevista (o, a veces, "momentos importantes de la entrevista"). G. Maneras en que el trastorno se manifiesta en la vida del paciente. Interpretación de lo anterior en función dinámica. Convivencia para la terapia focal; razones. Contraindicación para la terapia focal. Objetivos inmediatos.	A. Expectativas iniciales. B. Atmósfera de la entrevista incluyendo cambios, si los hubo. Contribución del paciente. Contribución del terapeuta. C y D. Principales tendencias e intervenciones terapéuticas verbalizadas. E. Intervenciones terapéuticas pensadas pero no verbalizadas. F. Objetivo focal del terapeuta en la entrevista. G. Desenlace de la entrevista. H. Reflexiones.

Condensado de Balint M, Ornstein P y Balint E (1986) Psicoterapia Focal (terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock). Buenos Aires: Gedisa.

Generalidades.- Criterios de selección: al principio estaban basados en ideas preconcebidas, y debieron ser abandonados algunos para saber si un paciente es o no apto para terapia focal. Basándonos en Malan (1963) hemos seleccionado estos criterios: 1) capacidad del paciente para aliarse con el terapeuta en la búsqueda de una solución; 2) el conflicto debe ser lo suficientemente egodistónico para que el paciente no lo defienda narcisísticamente como suyo; 3) el paciente debe parecer capaz de aceptar interpretaciones "de prueba"; 4) los informes del psiquiatra terapeuta y del psicólogo deben coincidir, o al menos entenderse conjuntamente; 5) debe encontrarse un foco no más allá de la tercera o cuarta sesión. Estos cinco criterios necesitan una validación objetiva.

La búsqueda de un foco no se establece de entrada sino que surge gradualmente del trabajo conjunto paciente-terapeuta (cristalización del foco), pero esto es verdadero solo en parte.

El proceso dinámico de elegir un foco tiene algo que ver con un "destello", una captación, un ponerse de acuerdo con el paciente en los primeros 10 minutos de la entrevista. Sin embargo en el transcurso de sesiones posteriores pueden identificarse otros focos, pero éstos siempre deben ser específicos (no vagos o ambiguos, como por ejemplo, "conflicto edípico", "homosexualidad", etc.). Ejemplos de focos elegidos en la sesión, dos del caso del Sr. Baker: "permitirle que aceptara el triunfo sobre su rival", y "compartir simbólicamente su mujer con el terapeuta en la transferencia".

El foco puede aparecer de golpe en una sesión (sintonización) o gradualmente en la interacción paciente-analista (cristalización). El período diagnóstico inicial debe terminar con la elección de un foco, que será luego chequeado durante el tratamiento donde puede llegarse a rechazarlo.

La teoría del seguimiento: no hay un criterio de curación, sino solo una evaluación respecto de si la terapia había o no logrado lo que se proponía y en qué medida. Las preguntas de seguimiento tienden a averiguar eso. Por ejemplo, en el caso Baker: ¿Qué pasó en su relación con su mujer? ¿Pudo autoafirmarse sin ser sádico? ¿Ha habido alguna otra manifestación de su homosexualidad latente?, etc. Condensado de Balint M, Ornstein P y Balint E (1986) Psicoterapia Focal (terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock). Buenos Aires: Gedisa.

Y otras psicoterapias breves.- La psicoterapia focal presenta algunas semejanzas y diferencias con las otras psicoterapias breves.

La terapia focal sigue la línea psicoanalítica, pues la actividad del terapeuta está restringida a intervenciones interpretativas. Su actividad consiste en a) encontrar el foco apropiado de los varios que ofrece el paciente, y b) aproximarse a él de modo constante y coherente con la sola actividad interpretativa. Lo que no se relaciona directamente con el foco queda sin interpretar. Pero si las circunstancias lo exigen, el terapeuta deberá cambiar el foco (las asociaciones del paciente pueden mostrar la irrelevancia del foco elegido originalmente). Dentro de las áreas que requieren más elaboración y estudio, están los procesos de sintonización (o desarrollo) y cristalización para elegir el foco, los procesos de congeniar entre paciente y analista como criterio de selección, las técnicas usadas en el desarrollo de la terapia, el estudio del conocimiento del pronóstico, y el uso de formularios y sus posibles modificaciones, incluyendo incluso grabaciones.

Condensado de Balint M, Ornstein P y Balint E (1986) Psicoterapia Focal (terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock). Buenos Aires: Gedisa.

Psicoterapia focal según Balint.- El objetivo es utilizar un caso clínico (expuesto en los capítulos 5 a 8) para estudiar las interacciones entre lo que el paciente asocia y la intervención del terapeuta (técnica); dichas interacciones son un estudio de la relación que se va desarrollando entre médico y paciente (teoría de las relaciones objetales). El principal objetivo fue entonces estudiar la relación médico-paciente; secundariamente, fue el demostrar que la psicología focal lleva a resultados terapéuticos aceptables.

El caso Catalina de Freud es el primer trabajo de psicoterapia breve analítica que se haya publicado. Luego durante la primera guerra mundial se hizo necesario contar con psicoterapias breves. La necesidad interna era la estructura de la terapia, larga, extenuante y sobre todo con un terapeuta pasivo. Frente a esto Ferenczi desarrolló (a pesar de muchas oposiciones y fracasos) la llamada "técnica activa", donde el terapeuta dejaba de ser pasivo: prevenía o prescribía ciertos tipos de conducta, establecía arbitrariamente un tiempo límite para el tratamiento, empleaba fantasías "forzadas" para acelerar la aparición de conflictos ocultos, y en general aceleraba el tratamiento casando a luz las reacciones neuróticas de transferencia.

Alexander y French retomaron hacia 1946 los trabajos interrumpidos de Ferenczi y Rank. Criticaron la intelectualización de la terapia, el énfasis de la interpretación de contenidos y la reconstrucción de sucesos infantiles. Enfatizaron la experiencia emocional, que Ferenczi y Rank habían descuidado. En la transferencia, la actitud del analista al ser destinta a la de los padres, da al paciente la oportunidad de corregir distorsiones. Lo emocional alcanza una intensidad óptima cuando el terapeuta adopta ciertas

actitudes como cambios de frecuencias de las entrevistas, interrupciones temporarias del tratamiento, etc. así, como actitudes contratransferenciales planificadas.

Estos enfoques también fracasaron ante la presión de muchos psicoanalistas. Por esta época French introdujo la idea de 'conflicto focal' y de 'conflicto nuclear', el primero más cercano a la superficie (pre-conciente) donde se concentran todos los impulsos que luego se descargan en las verbalizaciones el paciente. Los conflictos focales derivan de conflictos nucleares, más profundos, y su estructura es ésta: un motivo perturbador (impulso o deseo) entra en el conflicto con un motivo reactivo (respuesta del yo o del superyo), lo que crea la necesidad de una solución (fórmula de transacción adaptativa o defensiva). La terapia breve de Balint toma su nombre, pero no todas sus ideas, del conflicto 'focal' de French.

Historia del taller de psicoterapia focal.- Al pactar una terapia breve con los pacientes, dicho pacto debía incluir que la terapia breve tuviese la misma efectividad y estabilidad; los riesgos de hacer terapia breve eran, por otro lado: mayor riesgo de fracaso, obligación de modificar técnicas psicoanalíticas tradicionales, y menor cantidad de gente dispuesta a hacer terapia breve. Luego de varios fracasos, en la clínica Tavistock se empezó a forjar lo que luego sería la psicoterapia focal (1956-1960).

El Taller de Psicoterapia Focal, integrado por varios profesionales (psicoanalistas, psiquiatras, psicólogos) se reunía periódicamente y a partir de allí se fue elaborando un formulario de entrevista inicial y un esquema para informe sobre cada sesión. Allí se interesaba menos la psicopatología específica del paciente y más el aspecto de interacción con el terapeuta y relaciones objetales en la fantasía y la reconstrucción del pasado. Incluimos datos para poder estudiar las intervenciones verbales y las no verbales en función del 'objeto focal'.

El formulario de entrevista inicial contiene datos para que los integrantes del equipo puedan discutir A) si se puede ayudar al paciente con una terapia breve, y b) qué aspecto de la enfermedad del paciente debía tratarse. Luego, durante el tratamiento, cada sesión debía ser sintetizada con los datos de relevancia en un 'informe de sesión'. Luego del alta, los informes de seguimiento tienen el mismo encabezamiento que los informes de sesión.

La psicoterapia focal presenta algunas semejanzas y diferencias con las otras psicoterapias breves.

La terapia focal sigue la línea psicoanalítica, pues la actividad del terapeuta está restringida a intervenciones interpretativas. Su actividad consiste en a) encontrar el foco apropiado de los varios que ofrece el paciente, y b) aproximarse a él de modo constante y coherente con la sola actividad interpretativa. Lo que no se relaciona directamente con el foco queda sin interpretar. Pero si las circunstancias lo exigen, el terapeuta deberá cambiar el foco (las asociaciones del paciente pueden mostrar la irrelevancia del foco elegido originalmente). Dentro de las áreas que requieren más elaboración y estudio, están los procesos de sintonización (o desarrollo) y cristalización para elegir el foco, los procesos de congeniar entre paciente y analista como criterio de selección, las técnicas usadas en el desarrollo de la terapia, el estudio del conocimiento del pronóstico, y el uso de formularios y sus posibles modificaciones, incluyendo incluso grabaciones.

Sinopsis de Balint M, Ornstein P y Balint E (1986) *Psicoterapia Focal* (terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock). Buenos Aires: Gedisa.

PSICOTERAPIA GESTÁLTICA

Generalidades.- La terapia gestáltica tiene como objetivo principal el crecimiento de la persona y hacer que logre desarrollar sus propias potencialidades. El trabajo que desarrollamos en terapia gestáltica trasciende los límites del consultorio o de los diferentes lugares donde se realice, va más allá, es una filosofía de vida que se aprende y se aplica en la vida cotidiana, permitiéndonos vivir de un modo más sensible, directo y verdadero.

Dentro del procedo terapéutico no sólo se apunta a lo que dice o piensa el paciente, sino que se tiene en cuenta también lo que éste hace en sesión. La mayoría de las veces el verdadero "mensaje" se descubre por medio de las acciones (gestos, movimientos, miradas, posturas, etc.).

La terapia gestáltica es efectiva y está directamente recomendada en aquellos casos en que alguien sienta que tiene dificultades para permanecer en el presente, y para aquellos que, sabiendo que disponen de un bagaje interno importante para valorarse por sí mismos, viven apoyándose en los demás.

Fritz Perls, el creador de esta psicoterapia, ha dicho que "*aprender no es más que descubrir que algo es posible*", y en la medida que en terapia aprendemos a integrar nuestros sentimientos, pensamientos y acciones, lograremos descubrir que es posible vivir en el presente, despojarnos de los modos en que bloqueamos nuestro fluir natural, y darnos cuenta de cuales son nuestros propios soportes.

En la medida en que vamos dejando de apoyarnos en los demás conseguiremos apoyarnos en nosotros mismos, vamos de este modo contribuyendo a que nuestro proceso de maduración se cumpla.

Dayán Alberto, Arriesgarse, en el sentido supremo. Incluido en en Sánchez Bodas y otros (1994) *Psicoterapias en Argentina*. Buenos Aires: Holos, página 195.

Generalidades.- La psicoterapia de la Gestalt se desarrolla dentro de la actividad psicoanalítica y comienza a abrirse paso en la experiencia de la vida y en la forma de ir configurando la conciencia de uno

mismo. Fritz Perls orienta su vida en relación a este tipo de psicología a la que da el nombre de Gestalt inspirándose en los psicólogos de la percepción.

Ruiz-Ruiz, F. Fundamentos de la psicoterapia de grupo en la práctica médica (I): análisis crítico de las técnicas gestálticas y transaccionales. Anales de psiquiatría. 2004;20(2):41-45.

Generalidades.- En general, la terapia gestáltica se basa en la idea de 'rectificación del centro' o sea, descubrir las estructuras insuficientes o inadecuadas de las que resultan núcleos conflictivos. La terapia busca entonces formar nuevas estructuras donde los centros de tensión mantengan una relación isomórfica con la realidad, o sea que se correspondan con centros naturales y espontáneos. Para ello están las técnicas del insight y de la sensibilización personal.

Condensado de Kauffman María del Pilar C, Historia de la psicología. Clases dictadas en la Cátedra de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

Generalidades.- "La terapia guesáltica tiene como objetivo primordial el crecimiento de la persona y hacer que logre desarrollar sus propias potencialidades.

El trabajo que realizamos en terapia guesáltica trasciende los límites del consultorio o de los diferentes lugares donde se realice, va más allá, es una filosofía de vida que se aprende y se aplica en la vida cotidiana, permitiéndonos vivir de un modo más sensible, directo y verdadero.

Dentro del proceso terapéutico no sólo se apunta a lo que dice o piensa el paciente, sino que se tiene en cuenta también lo que éste hace en sesión. Las mayoría de las veces el verdadero "mensaje" se descubre por medio de las acciones (gestos, movimientos, miradas, posturas, etc.).

La terapia guesáltica es efectiva y está directamente recomendada en aquellos casos en que alguien sienta que tiene dificultades para permanecer en el presente, y para aquellos que, sabiendo que disponen de un bagaje interno importante para valerse por sí mismos, viven apoyándose en los demás.

Fritz Perls, el creador de esta psicoterapia, ha dicho que "aprender no es más que descubrir que algo es posible", y en la medida que en terapia aprendemos a integrar nuestros sentimientos, pensamientos y acciones, lograremos descubrir que es posible vivir en el presente, despojamos de los modos en que bloqueamos nuestro fluir natural, y darnos cuenta de cuáles son nuestros propios soportes.

En la medida en que vamos dejando de apoyarnos en los demás y conseguimos apoyarnos en nosotros mismos, vamos de este modo contribuyendo a que nuestro proceso de maduración se cumpla".

Dayán Alberto, "Arriesgarse, en el sentido supremo", incluido en "Psicoterapias en Argentina", Buenos Aires, Holos, 1994, pág. 195.

Principios.- Los "tres principios de la terapia gestalt son: 1) Valoración de la actualidad: lo temporal, lo espacial, y lo material. El aquí y ahora es la condición situacional de la terapia; se intenta evitar todo lo que no está o no se desarrolla en el presente; significa maduración y crecimiento. Se pretende que el sujeto no se refugie en el pasado. 2) Valoración de la conciencia y aceptación de la experiencia, trascendiendo los discursos intelectuales y las interpretaciones. 3) Valoración de la responsabilidad o integridad. Cada uno es responsable de su conducta, bien sea ésta el deprimirse, enloquecer o incluso suicidarse".

Feixas G. y Miró MT, "Aproximaciones a la psicoterapia", Barcelona, Paidós, 1998, página 151.

PSICOTERAPIA GRUPAL

Terapia grupal en alcoholismo.- Introducción: La prevención de recaídas es el punto central y más original de la terapéutica de las adicciones. En este sentido hay estudios que avalan la eficacia de la terapia grupal.

Objetivos: comparar la terapia grupal de prevención de recaídas con el seguimiento habitual de pacientes con abuso-dependencia alcohólica.

Metodología: se asignaron 14 pacientes al grupo de prevención de recaídas y 10 pacientes realizaron el control ambulatorio habitual. Se recogieron el número de recaídas durante el tiempo que duró la terapia grupal y al año.

Resultados: Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($X^2(2)=7,95$; $p=0,019$) en cuanto a las tasas de abstinencia y recaída entre ambos grupos en el seguimiento a 12 meses.

Conclusiones: la terapia grupal de prevención de recaída es fácil de aplicar en la consulta externa, eficiente y obtiene mejores tasas de abstinencia en el seguimiento al año, que el tratamiento ambulatorio habitual.

Pilar Calvo Estopiñán; Alfonso Pérez Poza; Pilar Sacristán Martín; Cristina Paricio. Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. ADICCIONES. 2009;21 (1):15-20.

PSICOTERAPIA HUMANÍSTICA

Ubicación histórica.- Es el tercer gran movimiento en la psicología internacional, junto al Psicoanálisis y al Conductismo. Tiene más de 50 años (se origina en la década del cuarenta). Se institucionaliza en

1962, con la creación de la American Association of Humanistic Psychology (Asociación Norteamericana de Psicología Humanística).

Sánchez Bodas A, Psicología y psicoterapia humanísticas, un enfoque integrativo. Incluido en en Sánchez Bodas y otros (1994) Psicoterapias en Argentina. Buenos Aires: Holos, página 132.

Principales creadores.- Carl Rogers (1902 – 1987), con su Person Centered Approach (Enfoque Centrado en la Persona). Abraham Maslow (1908 – 1970), con su Teoría de la autorrealización (motivaciones y necesidades). Ruth Cohn (1912), con la Interacción Centrada en los Temas. Charlotte Buhler (1893 – 1974), La Autorrealización (del curso vital). Fritz Perls (1893 – 1970), Con la Terapia Gestáltica. Erich Fromm (1900 – 1980), con el Neopsicoanálisis Social Humanístico Marxista. Iacov Moreno (1892 – 1974), el Psicodrama.

Sánchez Bodas A, Psicología y psicoterapia humanísticas, un enfoque integrativo. Incluido en en Sánchez Bodas y otros (1994) Psicoterapias en Argentina. Buenos Aires: Holos, página 132.

Características esenciales.- Su eje es el concepto de Persona, con estos aspectos: Es autónoma e independiente del otro. Tiende a la autorrealización y el despliegue de sus potencialidades (deseos). Se orienta hacia una meta, autoconstruyendo el sentido de su sí mismo. Es una totalidad organoanímica (organísmica), con capacidad simbólica (lenguaje). Vive su vida como ser corriente. Es responsable ante sí y los demás, ejerciendo su libertad. Se autopercibe incompleta (miedo y angustia). Posee dos tendencias básicas: Conservación y Cambio. La Psicología Humanística se ubica entre las denominadas psicologías profundas (reestructuración personal). Su posición científica se entrama con los modelos cibernético-holísticos.

Sánchez Bodas A, Psicología y psicoterapia humanísticas, un enfoque integrativo. Incluido en en Sánchez Bodas y otros (1994) Psicoterapias en Argentina. Buenos Aires: Holos, página 132.

Objetivos.- Facilitar el autodescubrimiento. Superar las dificultades y/o problemas. Alcanzar un mejor desarrollo personal. Sentirse mejor consigo mismo y los demás. Descubrir metas y proyectos, y los recursos para alcanzarlos. Estar abierto a las experiencias nuevas. Producir y/o mejorar aspectos creativos. Aceptar las posibilidades y los límites. Mejorar la autoestima.

Sánchez Bodas A, Psicología y psicoterapia humanísticas, un enfoque integrativo. Incluido en en Sánchez Bodas y otros (1994) Psicoterapias en Argentina. Buenos Aires: Holos, página 132.

Metodología psicoterapéutica.- Creación de una relación terapéutica libre de amenazas. Disponer de un clima y/o atmósfera cálida y comprensiva. Tener una actitud terapéutica empática, incondicional, auténtica y congruente. Favorecer la comunicación de la intimidad. Trabajar centrado en la persona del que consulta. Aplicar recursos técnicos: Verbales: Reflejos, confrontaciones, señalamientos, sugerencias, autodiálogos, etc. Imaginarios: Ensueños, visualizaciones, trabajo con los sueños. Corporales: Métodos de expresión, Tai Chi Chuan, Yoga, relajación, masaje, Touch for Health, etc. Integradores: Psicodrama, Gestalt, Focusing, Programación Neurolingüística, etc.

Sánchez Bodas A, Psicología y psicoterapia humanísticas, un enfoque integrativo. Incluido en en Sánchez Bodas y otros (1994) Psicoterapias en Argentina. Buenos Aires: Holos, página 132.

Generalidades.- La "psicología humanística", conocida también como "psicología humanista", surgió en los Estados Unidos, en las décadas de los cincuenta y sesenta junto a la primera fuerza (el psicoanálisis) y la segunda fuerza (el conductismo). En la década de los setentas este enfoque llegó a Alemania y a otros países de Europa. El enfoque humanista de la psicología "considera al hombre en sí como un ser potencialmente libre y creativo, cuyo comportamiento puede depender más de su marco conceptual interno, que de la coacción de impulsos internos o de la presión de fuerzas exteriores" Psicólogos y filósofos existencialistas le devuelven la libertad al individuo; es decir, después de los problemas que la humanidad adquirió a raíz de la primera guerra mundial, los existencialistas ven a la persona libre. En la psicología humanística, la persona tiene libertad de elección, lo cual sustituye la idea conductista del conjunto mecánicamente determinado de conductas. De aquí parte el concepto de cliente, el cual sustituye el concepto de paciente, porque el cliente tiene la capacidad de decidir. La gran mayoría de los psicólogos y psiquiatras del enfoque humanista consideran que el hombre busca autorrealizarse y tiende al crecimiento. El psicoterapeuta humanista ayuda a la persona a auto-explorarse, pero no toma las decisiones por ella ni le soluciona directamente los problemas. Ayuda a la persona a que se responsabilice de la toma de sus decisiones y a que sea ella la que dirija su propia existencia y que libere de toda clase de ataduras.

María de los Angeles López Ortega. La psicoterapia humanista. INTERPSIQUIS. -1; (2009).

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Generalidades.- La psicoterapia individual es una creación de Alfred Adler, y difiere de la psicoanalítica freudiana en aspectos como los siguientes:

1) Adler abandonó el uso del diván, sugirió que el paciente se sentara frente al terapeuta y redujo la frecuencia de las sesiones a una o dos veces por semana.

2) El terapeuta adleriano debe primero ganar confianza y cooperación por parte del paciente, lo que obtiene acercándose a él como un semejante, no como una autoridad. Freud destacaba la transferencia en términos de relaciones insatisfactorias anteriores proyectadas en el terapeuta, lo cual era esencial para la efectividad del tratamiento.

3) Adler sugirió que la eficacia de su terapia radicaba en que la saludable relación médico-paciente era transferida a la vida del paciente. Dicha transferencia no necesita tener características regresivas, y en realidad es otro nombre para el cultivo del interés social.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 110.

PSICOTERAPIA INFANTIL

Generalidades.- Ser terapeuta de niños implica volver para el terapeuta a su propia infancia, pero también enfrentar a un niño que sufre. Al niño lo podemos abordar desde diferentes marcos teóricos: psicoanalítico, sistémico, cognitivo, conductual, pero el niño es mucho más que todos esos enfoques.

Al niño hay que ayudarlo a crecer, y abordar psicoterapia infantil exige mucho conocimiento y experiencia, lo que no brinda, en general, la universidad y el título de psicólogo.

Ninguna teoría tiene la verdad: son distintas versiones de una misma realidad. Tampoco podemos comprender al niño desde un solo autor, ni tampoco extrapolando parámetros adultos, pues cada conducta tiene sentido por el momento vital que atraviesa. El diagnóstico de niños no es poner etiquetas, sobre todo porque el niño no está formado sino formándose. No obstante ello, el diagnóstico es importante para entender qué le está pasando en ese momento, permite detectar focos problemáticos, ver la relación familiar, etc.

Una buena formación teórico-técnica debe estar complementada con una mirada clínica y un buen entrenamiento para hablar en el lenguaje y los códigos propios de los niños (por ejemplo conocer programas de TV, películas, música, de su interés, etc). La capacitación y las supervisiones ocupan también un lugar importante en la formación del psicoterapeuta infantil o infanto juvenil.

El compromiso es tanto con el niño como con sus padres. Esto último supone reconocerlos como responsables del hijo y reconocerles el derecho y la obligación de decidir por él. En este contexto suelen plantearse conflictos éticos, como por ejemplo cuando los padres lo retiran del tratamiento siendo que el niño está en gran peligro.

Resumen de Levy R, Formación y ética en clínica de niños. Incluido en Fernández Álvarez H (compilador) (1993) Desarrollos en psicoterapia.

Comienzo.- En la pre-entrevista ya configuramos un particular abordaje, de acuerdo con la información que contamos, planteo que puede ser modificado en el transcurso de las entrevistas siguientes.

La elección de la estrategia depende de cómo es la situación familiar en el momento de la consulta, de las características de la derivación y de nuestras primeras suposiciones sobre el abordaje más operativo. Podremos así decidir si el primer encuentro será con los padres o solamente con el niño, etc. Buscaremos también formar un vínculo empático y un compromiso afectivo que posibilite el tratamiento. Tomaremos contacto con el motivo de consulta, cómo vive el niño esto, cómo se decidió la consulta, si ha habido antes intentos de solución, etc.

Luego de estas evaluaciones, es imprescindible un estudio psicodiagnóstico, para ampliar nuestro conocimiento. Tal psicodiagnóstico consta de entrevistas, hora de juego infantil, familiar y/o vincular, tests proyectivos y psicométricos. Seleccionamos las pruebas más adecuadas para cada caso. Obtenemos así un diagnóstico individual y uno familiar. Evitaremos cuadros psicopatológicos que etiqueten al niño porque es un ser muy cambiante, en desarrollo. Lo hacemos sólo en casos muy severos.

El psicodiagnóstico muestra los recursos actuales y potenciales del niño y su familia, así como sus defensas, tanto útiles como rígidas.

Primero nos planteamos donde centrar la atención: si en el niño, en un padre, en la diada, etc. Luego decidimos qué tipo de abordaje hacer, si haremos otro paralelo, etc. Incluimos también la devolución como un intercambio dinámico donde podremos aceptar, rechazar o rectificar nuestras hipótesis iniciales.

Esclarecida la situación problema, planteamos nuestra solución indicada. Si los padres aceptan, se fijan duración del tratamiento, características, cambios esperables. El cierre de la evaluación es el informe escrito al profesional derivante si lo hubiera.

Resumen de Jajam S y otros (1991) Abordajes múltiples en la consulta de niños. Capítulo 1.

Focos.- El fenómeno clínico es un interjuego entre lo individual y lo familiar, entre el conflicto intrapsíquico y el sistema disfuncional. ¿Resolviendo uno, se resuelve el otro? Un diagnóstico individual y familiar de la situación en que se nos presenta, nos ayudará a evaluar el foco sobre el cual recaerá nuestra atención, que pueden ser los siguientes (no son necesariamente excluyentes).

a) Foco centrado en la relación individual con el niño:

Terapia individual en casos de trastorno neurótico, detención del desarrollo y crecimiento emocional, psicosis, autismo y marcadas distorsiones en el sistema de creencias (por ejemplo, baja autoestima que hace propenso al niño a accidente.).

b) Foco centrado en la relación binominal madre-hijo, padre-hijo:

Terapia binominal cuando a) se ven dificultades en la relación temprana madre-hijo, visibles como problemas de alimentación, de piel, etc. b) interrupción momentánea del vínculo (madre internada o de viaje), c) reforzar vínculo debilitado, por ejemplo, con un padre ausente, muerte de uno de los padres y necesidad de fortalecer el vínculo con el otro.

c) Foco centrado en la relación parental:

Orientación a padres en tres casos: a) cómo comportarse frente a una crisis momentánea del niño; b) orientación a padres en un tratamiento individual del niño (foco 1); c) destrabar situaciones de los padres ayudándonos a diferenciar sus aspectos infantiles de los de sus hijos.

d) Foco centrado en la relación familiar:

Terapia familiar en tres casos: a) dificultad para enfrentar ciclos vitales de la familia; b) roles mal ubicados (padres desligados, madres sobreinvolucradas, hijos parentificados, etc.); c) presencia de más de un miembro sintomático (dos hijos con problemas, por ejemplo); d) problema del niño por disfunción familiar y e) cuando el sistema familiar mantiene un trastorno psicossomático del niño.

e) Foco centrado en la relación del niño con grupo de pares:

Terapia grupal cuando el niño tenga relaciones con la gente sin que haya patología grave como psicosis. Apunta a desarrollar habilidades sociales y ajustar situaciones de desadaptación al entorno.

f) Foco centrado en alternativas múltiples:

Consiste en utilizar dos o más enfoques de los anteriores, en forma simultánea (por ejemplo, terapia individual más terapia familiar, etc.). Esto está indicado en casos como información de adopción, duelos no elaborados, y secretos familiares.

Lo anterior lo hace un solo terapeuta, pero en otros casos se requiere de un trabajo en equipo (médicos, psicopedagogos, etc. según corresponda). Esto está indicado cuando en la familia hay dos miembros que requieren atención individual, o cuando hay una patología familiar severa (un terapeuta hace la terapia individual y el otro la familiar). Otros casos son trastornos psiquiátricos, psicoprofilaxis quirúrgica, enfermedades terminales, trastornos del aprendizaje, adicciones, maltrato y abuso sexual.

Resumen de Jajam S y otros (1991) Abordajes múltiples en la consulta de niños. Capítulo 2.

Vínculo terapéutico.- El vínculo terapéutico paciente-terapeuta es la piedra basal de la terapia, y del terapeuta interesa especialmente sus recursos, su experiencia, estilo y modo de relacionarse con los pacientes. En la base debe haber empatía, o sea capacidad de vivenciar con el paciente sus sentimientos. Ella permite la alianza terapéutica. Si se establece ésta en las primeras sesiones, es índice de buen pronóstico del tratamiento. El psicólogo de niños necesita una especial plasticidad para alianzas múltiples (con el niño, los padres, la escuela, etc.).

Condensado de Jajam S y otros (1991) Abordajes múltiples en la consulta de niños. Capítulo 3.

El terapeuta de niños.- El terapeuta debe acompañar al niño con su propia capacidad de regresión. La habilidad del psicólogo es una actitud creadora para transformar y explorar diferentes modelos teóricos. Debe asumir la clásica ruptura epistemológica y salir del lugar, de que la única verdad la tiene él. Esto exige autoconocimiento y disciplina.

Condensado de Jajam S y otros (1991) Abordajes múltiples en la consulta de niños. Capítulo 3.

Ejemplos clínicos.- Jajam y otros ejemplifican algunos casos de psicoterapia de niños.

1) *La persona del terapeuta frente a la elección de estrategias.*- Julián es un niño muy insociable en la escuela, pega, grita, desconoce autoridades, se retrae. Tuvo algunos golpes en la cabeza, u no hubo buenos resultados con terapias anteriores. Se siente la manzana podrida de la familia. Tiene buena inteligencia y no presenta trastornos psicóticos ni neurológicos. Su familia es inestable y no ocupa cada uno su rol.

El terapeuta encara así una triple alianza: con el colegio para que puedan tener mayor tolerancia, con los padres para que puedan ser más operativos, con los hijos para que sean más adaptativos. En los meses siguientes las cosas mejoraron mucho, con algunos altibajos. El próximo paso fue una terapia de pareja.

2) *Estrategias terapéuticas frente a secretos familiares.*- Unos padres consultan para ayudar a que la hija se entere que es adoptiva. La niña es retraída y busca portarse bien, no preguntar nada, por temor a un castigo. El caso lo aborda un único terapeuta individual, alternando con orientación a padres, en entrevistas binominales y familiares para ver cómo circula el secreto de la adopción.

Poco a poco Laura va levantando defensas y pregunta más. El tema de la adopción va apareciendo en simbolismos oníricos, dibujos. En las entrevistas binominales habla por ejemplo de animales, desde cuándo viven juntos, etc. A los seis meses se dan las condiciones para que el secreto sea develado, los

padres piden entrevistarse con la hija en sesión, donde se aclara la adopción. Igual hace falta un tiempo más para conocer detalles de la historia, y que pueda compartirla con los hermanos, etc.

3) *Abordaje breve de una situación traumática.*- Aparece repentinamente tartamudez en Lucía, de 3 años. Se vio una sobreprotección por parte de padres y hermanos mayores. Incidentalmente surge un acontecimiento que asustó mucho a Lucía: llamó varias veces a su mamá porque un hermanita se estaba ahogando, aunque fue finalmente salvado. La tartamudez de Lucía comenzó precisamente un tiempo después, luego de haber presenciado en la playa cómo una hermana cae al agua, tragando mucha agua, pero sin consecuencias. Días después aparece su tartamudez. Se habló en sesiones con la niña y la madre sobre la escena traumática original, y poco a poco Lucía fue mejorando y haciéndose la tartamudez más esporádica.

4) *Cambio de foco en la consulta de un niño.*- Se cita el caso donde primero se utilizó terapia individual, pero luego fue necesario pasar a una terapia individual con la madre del paciente, durante un año. El hijo presentaba dificultades emocionales, mal humor, rendimiento escolar despaseado, etc. Se detectó que el sufrimiento de Manuel tenía que ver con la reciente separación de los padres y sus problemas para aceptar un hermano débil mental. El padre de Manuel era un hombre violento y déspota. La entrevista padre/hijo no dio resultados esperados por falta de colaboración del primero. Más tarde Manuel, el hijo con problemas, se muda y la madre se siente culpable e impotente. Es este un modelo de abordaje múltiple donde partiendo de un diagnóstico individual se continúa trabajando con la madre, dando lugar a nuevas aperturas.

5) *Abordaje individual y familiar de un trastorno de identidad.*- Los padres de Federico consultan por consejo de una psicopedagoga, porque el niño presenta dificultades de aprendizaje. En los tests se evidenció un trastorno severo del yo, con falso self y distorsión del criterio de realidad por irrupción del proceso primario. Federico, en relación con su familia, busca ser aceptado por éstos y tenido en cuenta tomando actitudes parentificadas, lo que a su vez genera el rechazo de su familia. Se recomienda un abordaje múltiple con terapia individual y trabajo interaccional con los padres. Federico pudo ir desplegando su self grandioso y rescatando luego su verdadero self. Simultáneamente cambió el grupo familiar (para bien), al hacerse capaz de sostener los cambios de Federico.

Resumen de Jajam S y otros (1991) Abordajes múltiples en la consulta de niños. Capítulo 4.

Cierre.- Hay diferentes modos de cierre. En el proceso terapéutico, cada fase implica un cierre y una nueva apertura. Aunque el cierre viene definido por sí, se cumplió el objetivo propuesto, situaciones externas como accidentes, muertes, pueden alterar estos planes.

En orientación a padres, el cierre se da cuando ellos pueden seguir ayudando a crecer a sus hijos. En abordajes familiares, cuando se suspende el síntoma o cuando se reestructura la familia. En terapia individual, cuando el niño alcanzó una reestructuración interna. El cierre no implica necesariamente el alta, pues puede implicar interrupción momentánea, o volver a retomar en otro momento la terapia, etc. Y ello sobre todo porque el niño está sujeto a cambios permanentes.

Resumen de Jajam S y otros (1991) Abordajes múltiples en la consulta de niños. Capítulo 5.

PSICOTERAPIA INSTITUCIONAL

Estrategias psicoterapéuticas institucionales.- Este libro presenta su contenido en tres grandes capítulos: organización, teoría y técnica.

En el primer capítulo, Hugo Rosarios trata la cuestión de la atención mental desde una perspectiva familiar sistemática, describiendo su propia experiencia en una organización asistencial privada que adopta un enfoque interaccional estratégico, y un tratamiento sistemático breve que incluye muchas técnicas distintas: relajación, psicopedagogía, psicoanálisis, terapias sexuales, etc. Hacemos también docencia.

En las poblaciones numerosas, el accionar terapéutico debe ir más allá del solo individuo "enfermo". En nuestra sociedad, los enfermos suelen ser rotulados y atendidos por sistemas más amplios y más especializados que el grupo familiar: los sistemas asistenciales. Familia y sistema asistencial funcionan mal cuando se oponen al restablecimiento de la salud.

En el segundo capítulo, Hirsch y Berezovsky plantean la construcción de redefiniciones como base de toda terapia. Parten de la idea que toda terapia exitosa modifica la opinión del consultante respecto de la causa de su malestar, su naturaleza y modo de resolverlo. O sea, el paciente redefine, o acepta redefiniciones con sus correspondientes direcciones de acción implícitas o explícitas.

A continuación, Hirsch y Piedrabuena tratan el tema motivación, entendida como un estar dispuesto a realizar ciertas acciones para lograr algo que se busca o desea. Es una definición operativa (útil al terapeuta para su tarea) y pragmática (pues para ser operativa debe referirse a conductas concretas del paciente dentro y fuera de sesión).

Después, Hirsch, Giterman y Crispo se preguntan cuándo basta con una entrevista, habida cuenta de haber comprobado que un 70% de consultantes que solo tuvieron una primera entrevista, habían mejorado después de ella.

El último tema del capítulo 2 es sobre predicciones en terapia familiar. Hirsch y Joselevich se refieren a ellas como anticipaciones que el terapeuta hace sobre la conducta de sus clientes y sobre los efectos probables de sus intervenciones. Las predicciones pueden hacerse a partir de la pre-entrevista, a partir de las reacciones ante la intervención del terapeuta, y a partir del comportamiento en la sesión siguiente a la intervención.

El capítulo 3 comienza con una exposición sobre maniobras para el cambio a cargo de Hirsch, Figueroa, Ferraro, Licitra, Giordano y Berezovsky. El hecho de disponer de ciertas "recetas" para producir cambios en la psicoterapia, no implica anular la creatividad. Se ofrecen aquí ciertas recetas que se "pueden", no necesariamente se "deben" usar en ciertas circunstancias. Se describen maniobras de comienzo, de control y de cierre, y se especifican procedimientos tales como las reformulaciones, las directivas y las tareas.

Luego, Elzofán y Hirsch abordan la cuestión de cómo equivocarse en terapia breve, Hirsch se pregunta de qué sistema se está hablando, y finalmente Lerner aborda la temática de las estrategias teatrales para la formación de terapeutas.

Sinopsis de Hirsch y otros, Estrategias psicoterapéuticas institucionales. Buenos Aires: Nadir Editores.

PSICOTERAPIA INTERPERSONAL

Psicoterapia interpersonal y depresión.- *Origen:* La Psicoterapia interpersonal (PI) es considerada como un tratamiento eficaz para la depresión, con un largo número de estudios publicados que permiten que su eficacia y utilidad sean reconocidas. *Métodos:* Se realizó una revisión de estudios originales y las pruebas publicadas de la eficacia controlada mediante meta análisis, examinando la fase grave y los estudios profilácticos (preventivos); estudios comparados con el uso de la terapia cognitivo-conductual, y estudios que evaluaban su eficacia en combinación con la farmacoterapia. *Resultados:* Destacamos las dificultades encontradas en evaluar cualquier tipo de psicoterapia, particularmente cuando son probadas como aplicación universal en condiciones depresivas variables, pero se identificaron las circunstancias en las que la aplicación de la Psicoterapia interpersonal puede tener una notabilidad específica. *Conclusiones:* Como para otros tratamientos, la psicoterapia interpersonal es poco probable que se identifique como una terapia universal para la depresión. Esta revisión ofrece sugerencias para poder identificar dónde la utilidad de la técnica puede yacer (mentir) y argumenta las modificaciones necesarias en el paradigma de investigación para asistir a la definición de su espacio terapéutico".

Parker G y otros, Psicoterapia interpersonal para la depresión? La necesidad de definir su espacio ambiental. FUENTE: J AFFECT DISORD. 2006 OCT; 95(1)

Psicoterapia interpersonal en pacientes bipolares.- **Objetivo:** Los estudios recientes demuestran los pobres resultados psicosociales asociados al trastorno bipolar. El funcionamiento ocupacional, un indicador clave de la discapacidad psicosocial, a menudo se ve afectado de forma severa por el trastorno. Los autores describen el efecto del tratamiento agudo con terapia de ritmo interpersonal y social sobre el funcionamiento ocupacional durante un periodo de aproximadamente 2.5 años.

Método: Los pacientes con trastorno bipolar I fueron asignados aleatoriamente para recibir terapia interpersonal y de ritmo social ya sea aguda o de mantenimiento, tratamiento clínico intensivo agudo y de mantenimiento, terapia interpersonal y de ritmo social aguda y tratamiento clínico intensivo de mantenimiento, o tratamiento clínico intensivo agudo y terapia interpersonal y de ritmo social de mantenimiento, todo con farmacoterapia apropiada. El funcionamiento ocupacional se midió con la Escala de Logro Social de la UCLA en la línea base, al final del tratamiento agudo, y después de 1 y 2 años del tratamiento de mantenimiento.

Resultados: El principal efecto del tratamiento no alcanzó los niveles convencionales de significancia estadística; sin embargo, los autores observaron un periodo de tiempo significativo por la interacción del tratamiento inicial. Los participantes inicialmente asignados a la terapia de ritmo social e interpersonal mostraron una mejora más rápida en el funcionamiento ocupacional que aquellos inicialmente asignados al tratamiento clínico intensivo, principalmente por las mayores mejoras en el funcionamiento ocupacional durante la fase de tratamiento agudo. Al final de 2 años del tratamiento de mantenimiento, no hubo diferencias entre los grupos de tratamiento. A efectos de género también se observó, con mujeres que inicialmente recibieron la terapia de ritmo social e interpersonal mostraron una mejora rápida y marcada. No hubo ningún efecto en la asignación del tratamiento de mantenimiento sobre los resultados del funcionamiento ocupacional.

Conclusiones: En este estudio, la terapia de ritmo social e interpersonal, con su énfasis en el papel de la mejora del funcionamiento interpersonal, mejoró el funcionamiento ocupacional significativamente más rápido que con un enfoque psicoeducacional y de soporte sin tal énfasis en las capacidades funcionales.

Ellen Frank, Isabella Soreca, Holly A. Swartz... (et.al) El papel de la Terapia de Ritmo Social e Interpersonal en la mejora del funcionamiento ocupacional en pacientes con Trastorno Bipolar I. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 DIC; 165 (12):1559-1565.

PSICOTERAPIA MÍSTICA

Generalidades.- La terapia mística difiere de la racionalista en que pone en juego pretendidos poderes sobrenaturales con los cuales producir sus efectos. Los curanderos por la fe, que pretenden tener poderes especiales otorgados por un dios o dioses todopoderosos, van desde los médicos brujos a los pastores cristianos. Cuando una persona cree en un curandero por la fe, el efecto placebo de esta creencia es arrollador y pueden hacer sombra a cualquier placebo pseudo científico, tales como píldoras de azúcar o las cajas de orgone de Reich. Por esta razón los médicos brujos pueden matar a sus enemigos con magia. Cuando la cura por la fe no puede vencer a una enfermedad puramente orgánica, como un órgano faltante o un miembro amputado, el curandero sólo necesita decir que el paciente no fue curado por falta de fe, y si en verdad hubiese creído se habría curado.

El primer intento moderno de producir una síntesis entre terapia y misticismo fue obra de Mary Baker Eddy en el siglo XIX cuando fundó la Christian Science. Para ella, la realidad última era la mente, y la materia era solamente una maligna manifestación de la mente. Al no haber materia no había cuerpo. Entonces todas las enfermedades podían curarse con ejercicios místicos cristianos, y ellas si curaba las enfermedades.

García John David, La psicoterapia definida, 1973. <http://www.see.org/s-pf-3.htm>

PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

Generalidades.- Hay cuatro modalidades terapéuticas que tienen como base los conceptos de la psicología psicoanalítica: 1) El psicoanálisis, 2) La terapia psicoanalítica, 3) La terapia de relación, y 4) La terapia de apoyo. Sus diferencias son las siguientes.

a) **Objetivos.-** El psicoanálisis busca reorganizar la estructura del carácter, con disminución de las defensas patológicas, y con integración o rechazo en última instancia de las ideas e impulsos mantenidos fuera de la conciencia. La finalidad es la comprensión más que la eliminación de síntomas, pero estos suelen desaparecer. Corrección de retrasos del desarrollo en personalidades relativamente maduras en otros aspectos.

La terapia psicoanalítica en cambio apunta a la resolución de conflictos seleccionados y erradicación limitada de defensas patológicas. Comprensión del objetivo primario, acompañado normalmente de un alivio secundario en los síntomas.

En la terapia de relación el objetivo es el desarrollo de la personalidad relativamente inmadura mediante la relación catalítica con el terapeuta como contrapartida de los efectos neurotógicos de relaciones significativas previas.

La terapia de apoyo por su parte busca el restablecimiento de un equilibrio anterior, reducción de la ansiedad y del temor ante situaciones nuevas, y ayuda para tolerar situaciones que no pueden cambiarse.

b) **Actividad del paciente y del terapeuta.-** En el psicoanálisis hay atención rodando libremente en el analista, y asociación libre por parte del paciente. Interpretación de la resistencia y la transferencia. Sugestión interpretada en última instancia.

En la terapia psicoanalítica hay atención rodando libremente por parte del terapeuta, pero con un mayor enfoque o concentración en el análisis. Énfasis menor en la libre asociación y mayor en la discusión por parte del paciente. La sugestión suele ser interpretada a la larga.

En la terapia de relación el terapeuta participa como una persona real en relación con las cuestiones del presente, y se convierte en una figura parental beneficiosa.

En la terapia de apoyo suelen evitarse las técnicas expresivas, excepto para conseguir algunos efectos catárticos. El terapeuta interviene activamente, aconseja, fomenta la discusión y selecciona el tema central.

c) **Énfasis interpretativo.-** En el psicoanálisis la interpretación se centra en la resistencia y en la transferencia hacia el analista. En cambio en la terapia psicoanalítica se pone mayor énfasis en los hechos interpersonales y menor en la transferencia hacia el analista que en el caso del psicoanálisis, aunque la interpretación de la transferencia suele ser efectiva. La transferencia hacia personas distintas del terapeuta suele ser interpretada con eficacia.

En la terapia de relación se discuten y clasifican los hechos interpersonales. La transferencia puede o no ser interpretada.

En la terapia de apoyo se suelen evitar las interpretaciones de las transferencias hacia el terapeuta, a menos que estas interfieran significativamente en la relación terapéutica. Se concede gran importancia a los hechos exteriores.

d) **Transferencia.-** En el psicoanálisis se fomenta la neurosis de transferencia basándose en la alianza terapéutica y en la relación real. En la terapia psicoanalítica se desalienta la neurosis de transferencia fomentándose la alianza terapéutica.

En la terapia de relación se desalienta la neurosis de transferencia. Se pone énfasis en la relación real y en la alianza terapéutica. En la terapia de apoyo también se desalienta la neurosis indicada, mientras que la alianza terapéutica puede ser firme o débil.

e) Reserva.- Tanto en el psicoanálisis como en la terapia psicoanalítica es absoluta, aunque puede resultar comprometida por la financiación de terceras partes.

En las terapias de relación y de apoyo, la reserva suele ser absoluta, aunque puede ser abandonada en algunas situaciones.

f) Regresión.- En el psicoanálisis, fomentada bajo la forma de neurosis de transferencia. En la terapia psicoanalítica en general es desalentada, excepto cuando se hace necesaria para obtener acceso al material fantaseado y a otros derivados del inconciente.

En la terapia de relación es generalmente desalentada, y en la terapia de apoyo se suele desalentar, pero ocasionalmente puede ser fomentada por su valor intrínseco.

g) Accesorios.- En psicoanálisis se utiliza el diván. En la terapia psicoanalítica rara vez se lo utiliza, y ocasionalmente pueden emplearse agentes psicotrópicos.

En la terapia de relación el diván está contraindicado. Se usan métodos de grupo, terapia familiar o contactos con la familia de forma estructurada. Al igual que en la terapia de apoyo, pueden intervenir otros terapeutas y entidades. En la terapia de apoyo, el diván suele estar contraindicado. Se usan agentes psicotrópicos, terapia ocupacional y hospitalización, a veces solo durante el día.

g) Frecuencia y duración.- En psicoanálisis, cuatro o cinco veces por semana, de dos a cinco años o más. Por lo general, las sesiones duran 50 minutos. En la terapia psicoanalítica, de una a tres veces por semana, y de unas pocas sesiones a varios años. Generalmente son sesiones de media hora a una hora.

En la terapia de relación ocurre lo mismo, sólo que las sesiones no llegan a ser de tres veces por semana. En la terapia de apoyo, hay desde sesiones diarias a unas pocas sesiones al año. La duración puede ser una sola sesión hasta un proceso que puede durar toda la vida. Las sesiones pueden ser breves, desde unos pocos minutos hasta una hora.

h) Prerrequisitos.- En el psicoanálisis, la persona debe tener una personalidad relativamente madura, situación relativamente favorable en la vida, motivación para someterse a largo tratamiento, capacidad para tolerar la frustración, capacidad para establecer una alianza terapéutica estable y buena disposición hacia la psicología.

En la terapia psicoanalítica, personalidad relativamente madura. Capacidad para establecer una alianza terapéutica y cierta capacidad de tolerar la frustración. Motivación adecuada y cierto grado de buena disposición hacia la psicología.

En la terapia de relación, se requiere capacidad para establecer la alianza terapéutica, personalidad susceptible de desarrollo, y situación en la realidad no demasiado desfavorable. En la terapia de apoyo, la organización de la personalidad puede variar desde un psicótico hasta una persona madura. Debe haber un mínimo de capacidad para establecer la alianza terapéutica.

Además de estas cuatro modalidades de tratamiento psicoanalítico, suelen utilizarse otras dos, a veces como comienzo del tratamiento y a veces como plan fundamental del mismo. Estas dos modalidades son:

a) Manipulación ambiental: En ocasiones, separar al paciente de un ambiente productor de tensiones o hacer algún cambio en dicho ambiente a fin de reducir sus tensiones es la mayor esperanza de éxito en el tratamiento. Ejemplo: más contacto con su ambiente familiar, vacaciones, o adscripción a un hogar adoptivo.

b) Terapias de actividad: Hay una tendencia creciente a usar la terapia ocupacional para mejorar las relaciones interpersonales del paciente con los demás y con el terapeuta. Algunas actividades pueden servir para expresar conflictos, como en el caso de los juegos y actividades recreativas.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 26, punto 1.

Generalidades.- El concepto del autor acerca de la transferencia es que todas las relaciones humanas, interpersonales e intersubjetivas son relaciones transferenciales, en tanto cada persona, cada sujeto responde al otro con las vivencias y los patrones de conducta y los patrones relacionales que ha ido estructurando a lo largo de su historia. Por supuesto con los que se prestan más a cada situación en particular. Por lo tanto se puede decir que todas las relaciones de objeto repiten, son nuevas ediciones seleccionadas ad-hoc, del conjunto de las estructuras psíquicas que contienen las relaciones de objeto de la vida de cada cual. Sucederá así con el tipo de relaciones que haya tenido con sus objetos primarios, y con las sucesivas relaciones objetales que se hayan estructurado y reestructurado en su psiquismo, siempre condicionadas por las estructuras previas. De este tipo será entonces su intercambio con los otros, por supuesto adaptado a las circunstancias de cada caso.

Concibe Aslan las relaciones de objeto internas (Sí mismo-objetos internos y objeto interno-objeto interno) como estructuras psíquicas generalmente muy complejas: representaciones de objetos, de afectos, de ideas, de fantasías, de relaciones y de significados. Y relacionadas asociativamente con otras estructuras similares, contribuyendo así a la muy compleja estructura del carácter. Estas estructuras no son inmóviles ni permanentemente fijas; sólo que su tasa de cambio es muy menor respecto de los procesos psíquicos habituales y cotidianos. Pero igualmente, en una especie de après-coup permanente, se estructuran, se desestructuran y se reestructuran con las vivencias cotidianas.

Considera Aslan que el objetivo de la terapia psicoanalítica es el cambio estructural, tanto intra como interestructural en el sentido más favorable para la salud y el bienestar del sujeto. Y que esto se da en la

relación analítica por las 'vivencias emocionales correctivas' (Alexander) y restructurantes, y por el insight que produce resignificaciones (cambios) en las estructuras ya establecidas.

La situación analítica por su dispositivo formal, y por la formación y experiencia del analista, crea una asimetría formal y conceptual, una disposición a cierta regresión en ambos, pero principalmente en el paciente de transferencias más arcaicas que se dirigen al objeto más disponible en ese momento, esto es, el analista. Lo que interesa es la contratransferencia **no es** la disposición transferencial recíproca, su contratransferencia habitual; además el analista está entrenado para una actitud profesional de relativa neutralidad, la cual **no es** su actitud habitual en el intercambio social corriente. Lo que interesa, y es la que resulta útil, la que hay que tenerla en cuenta para analizarla y utilizarla luego, es la que es diferente, la que desentona de la habitualidad, sean pensamientos, sentimientos y/o acciones (enactment) por parte del analista. Parece útil reservar para estos hechos el nombre de contratransferencia y reservar el nombre de transferencia recíproca a la respuesta profesional, humana e inevitable del analista tanto objetiva como subjetiva.

Resumen de Aslan Carlos, Acerca del debate en el congreso de Amsterdam sobre: 'la mente del analista: de la escucha a la interpretación', en lo referente a la temática: 'contratransferencia, subjetividad y deseo del analista', 2005.

Historia.- Alexander y French distinguen cinco periodos en la evolución de la técnica psicoanalítica: la hipnosis catártica, la sugestión en estado de vigilia, la asociación libre, la neurosis transferencial, y la reeducación emocional. En este último se sale del psicoanálisis para entrar en la psicoterapia psicoanalítica, pues allí se introducen dos principios que modifican la técnica psicoanalítica: la flexibilidad, y la experiencia emocional correctiva.

De esta psicoterapia psicoanalítica derivará luego la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, impuesta por la necesidad de una realidad socio-política-económica. Siguen siendo importantes en la terapia analítica la resistencia y la transferencia, que es la resistencia más importante y definible como un vínculo con una persona actual pero reeditando con ella reacciones que en el pasado se tuvieron con personas importantes de la infancia. Paciente y terapeuta deben hacer que el conflicto antes reprimido se desvanezca al concientizarse su contenido fantasmagórico infantil y regresivamente frustrante. La interpretación no es la 'verdad', sino una propuesta para movilizar al paciente y una resultante de la alianza terapéutica. La técnica psicoanalítica se basa en cuatro aspectos fundamentales: 1) la estimulación de la regresión; 2) el surgimiento de la neurosis transferencial; 3) la elaboración; y 4) la mutación de objetos internos por medio de los mecanismos de proyección e introyección asociados a otras defensas que cada individuo pueda tener a su disposición.

Resumen de Knobel M (1987) Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 5.

El proceso psicoanalítico.- Se resume a continuación la concepción de Meltzer acerca del proceso psicoanalítico.

Introducción.- El 'hacer' de la tarea analítica y el 'hablar' acerca de la misma son dos funciones muy diferentes pero complementarias, es decir, no deben disociarse. Por ejemplo, M. Klein utiliza casi el mismo lenguaje para sus pacientes (el 'hacer') y para sus colegas (el 'hablar').

El psicoanalista emplea su equipo técnico en la sesión, y su equipo intelectual en el descanso. Provisto de su equipo técnico e intelectual, debe ocuparse de que él y su paciente se comuniquen verbalmente acerca de los aspectos infantiles del paciente y la reacción frente a éstos por parte del analista (transferencia y contratransferencia). Esta comunicación es la actividad interpretativa del analista, que luego generará el insight del paciente.

Para todo ello debe crearse un encuadre donde los procesos transferenciales puedan encontrar expresión, un encuadre que permite modular la ansiedad (para luego modificarla mediante la técnica interpretativa), y reducir al máximo las interferencias. El encuadre debe procurar que la transferencia no sirva sólo para la contratransferencia, sino para la búsqueda de una verdad (labor analítica).

El encuadre incluye también una alianza con la 'parte adulta' del paciente, para que coopere. El fin del análisis no es la curación, ni su motivo la enfermedad, sino la capacidad para el autoanálisis que el paciente deberá ir adquiriendo en el proceso analítico. Al no considerar la curación de una enfermedad como objetivo, cambian los criterios de diagnóstico, pronóstico y evaluación del progreso en el análisis. El encuadre, si bien es formal, es una creación del analista que deberá adaptar a cada paciente.

Meltzer se ocupó por igual del análisis de niños y adultos. En la primera parte expone algunos conceptos básicos del proceso psicoanalítico, y en la segunda muestra analogías y diferencias entre el análisis de niños y el de adultos. Meltzer se basará sobre todo en la teoría kleiniana.

Primera parte.- El proceso psicoanalítico comienza con la recolección de los procesos transferenciales, recolección que es más simple en el análisis de los niños porque estos externalizan sus objetos internos en el acting out, ingresando más fácilmente en el vínculo transferencial. En el adolescente esto es más difícil pues en la pubertad reaparecen con mayor fuerza el narcisismo y el splitting, donde las partes del self son proyectadas y el grupo se cohesiona de un modo más inestable.

Las primeras interpretaciones deben ser suaves, y han de mostrar como difiere el análisis de la situación del hogar o de la escuela. En los adultos la recolección de los procesos transferenciales se complica

porque no existe la ingenuidad infantil, y pueden crear una situación de pseudo-cooperación o pseudo-transferencia.

El proceso psicoanalítico tiene una historia natural propia, determinada por la estructura del aparato mental a niveles inconscientes profundos. Si el analista tiene el control de este proceso mediante la creación de un encuadre adecuado y una intervención interpretativa lo suficientemente correcta y oportuna como para modificar las ansiedades más intensas y facilitar la elaboración, se podrá observar la aparición de una secuencia en dos fases: la recolección de la transferencia y el ordenamiento de la confusión geográfica, que se aborda seguidamente.

Los procesos transferenciales iniciales crean una especie de dependencia del analista y consecuentemente dolor por la separación momentánea del mismo (por ejemplo, en los fines de semana). Para paliar dicho dolor el niño recurre a una identificación proyectiva masiva: surge así una confusión geográfica, no sólo entre el adentro y el afuera de un objeto, sino también entre la realidad externa y la realidad psíquica. El modo de salir de esta confusión es el establecimiento del 'pecho-inodoro', un objeto necesitado (para descargar el dolor) pero no amado. Sólo con el establecimiento del pecho inodoro como objeto de la realidad psíquica (establecido por haberlo experimentado en la transferencia), es posible el abandono de la identificación proyectiva masiva, dado que éste último mecanismo tiene por objeto escapar a una identificación infantil intolerable. Una vez que esta identidad separada se ha hecho tolerable gracias al objeto inodoro, recién entonces se puede pasar a la siguiente fase: el ordenamiento de las confusiones zonales.

La relación proyectiva 'pecho-inodoro' formaba el trasfondo de la dependencia analítica, y todos los excesos de desasosiego psíquico, fuere persecutorio, depresivo o confusional, eran expelidos hacia el inodoro llamado analista, si se nos permite esta expresión. Pero aquí surge una nueva situación: la relación transferencial resulta inundada por una excitación en la cual se confunden zonas y modos, es decir, zonas erógenas y modos de satisfacerlas. Estas zonas deben entonces ordenarse: el aspecto introyectivo de la dependencia infantil es progresivamente mantenido en una posición escindida fuera de la situación analítica, a medida que la relación introyectiva oral con el pecho se diferencia con mayor claridad de las otras zonas y modos de la transferencia infantil; la identificación proyectiva funciona ahora en forma menos masiva, en relación con zonas selectivas, para borrar la diferenciación entre adultez e infancia. De este modo ya no sirve para obviar las experiencias de desamparo infantil, sino que es usada para erradicar las barreras contra las anheladas gratificaciones en los conflictos edípicos genital y pregenital.

Los procesos de esta tercera fase, la erotización, la intolerancia a la separación, los celos posesivos y sus concomitantes confusiones acerca de las relaciones objetales, permiten pasar a la cuarta fase, llamada umbral de la posición depresiva, o sea permiten un acercamiento al pecho como objeto de dependencia introyectiva infantil. Si antes se había establecido fácilmente la relación proyectiva con la madre (pecho-inodoro), ahora debe establecerse la relación introyectiva (pecho-nutricio), o sea cuando la relación alimentaria con el pecho en el nivel infantil empieza a ser reconocida en la experiencia transferencial. Esto implica que surja un temor o una preocupación depresiva infantil, que interactúa con un temor a una finalización prematura del análisis (proceso de destete), proceso que es la quinta fase del proceso psicoanalítico.

Esta historia natural del proceso analítico presidido por el analista no puede ser usado en el consultorio, sino solamente como una ayuda para la orientación del manejo de la contratransferencia y para las comunicaciones a los colegas.

Segunda parte.- En paciente borderline o psicóticos, el adictos o psicópatas, el paralelismo con el análisis de niños es más obvio, porque se requiere la autoridad o respaldo de alguna persona o institución, constante o periódicamente.

No obstante, hay diferencias. Todo aquel que ha comenzado un análisis con un niño púber o adolescente sabe que deberá transcurrir un largo tiempo antes que el proceso psicoterapéutico de lugar al verdaderamente analítico, debido a cuestiones de motivación y responsabilidad. La situación es muy diferente con un niño que ha estado en análisis durante algunos años del periodo de latencia, y en ese contexto debe enfrentar los cambios mentales y físicos de la pubertad.

Cuando una misma persona es analizada desde niña hasta entrada la adultez, se atraviesan distintas etapas. Primero hay un tiempo de juegos espontáneos, con pocos dibujos y poca verbalización. Luego sigue un tiempo donde pasan a predominar los dibujos y las verbalizaciones, luego una etapa de análisis de los sueños, y finalmente la etapa de la cooperación adulta.

En todos los casos es importante interpretar tanto en acting-in (contenido) como el acting-out (conducta), es decir en todo momento debemos decidir si lo que vamos a interpretar es el contenido o la conducta. Una cosa es analizar u observar la conducta y sus contenidos, y otra cosa será controlar la conducta misma.

Todo el libro de Meltzer está dedicado a mostrar que la tarea principal del análisis se realiza en el inconsciente del paciente, que es de donde emana la 'historia natural' del proceso analítico.

Si el paciente contribuye con esta historia natural, el terapeuta contribuirá aportando dos cosas: el encuadre y la elaboración. El encuadre es la creación y mantenimiento de un marco dentro del cual el

proceso analítico y la evolución de la transferencia tengan lugar; y la elaboración es otro proceso creativo, que es el propiamente interpretativo y que en varios momentos facilita la superación de ciertos obstáculos hacia esta evolución, así como también mediante la construcción del insight que protege la personalidad del paciente ante la regresión. Este aspecto elaborativo del proceso analítico, que permite avanzar en la transferencia de una fase a otra hasta llegar a la terminación del análisis y el autoanálisis, se diferencia de otras facetas del trabajo analítico que contribuyen al mantenimiento del encuadre. En la elaboración se pone el énfasis en la interpretación del 'contenido'. Este acting-in llevará progresivamente a aumentar la capacidad de la parte adulta de la personalidad para controlar las estructuras infantiles, o sea, controlar el acting-out.

Resumen de Meltzer D (1968) El proceso psicoanalítico. Buenos Aires: Hormé.

Objetivos.- Para entender el proceso terapéutico debe tenerse en cuenta que, en principio, hay tres alternativas posibles de vida:

G1= objetivo normal, sano, ideal.

G2= objetivo mejor (al que se llega porque el sujeto tiene cambios para mejor).

G3= objetivo indeseable (aunque aceptado y aprobado por el paciente). Es un objetivo falso al que se llega por experiencias decepcionantes, traumáticas, etc, que van guiando la vida hacia objetivos falsos.

La intervención terapéutica debe poco a poco ir produciendo un cambio en la vida orientándola hacia un objetivo mejor. En el análisis el paciente empieza una nueva vida: no solo la cotidiana, fuera de la sesión, sino la vida interna, explorando su inconciente y su infancia. En todo esto es importante el concepto de 'discernimiento': hay discernimiento en el paciente cuando reconoce que tal sentimiento o actitud pertenece a una modalidad permanente de su forma de ser y que aparece tanto en el análisis como en la vida cotidiana, forma de ser que fue útil en su momento pero que ahora carece de sentido pues desaparecieron las condiciones que la generaron. El discernimiento favorece el avance hacia la recuperación.

Condensado de Menninger y Holzman (1994) Teoría de la técnica psicoanalítica.

Objetivos según M Klein y A Freud.- Para Melanie Klein el análisis busca que el niño pueda enfrentar y controlar sus impulsos destructivos, la envidia y las ansiedades persecutorias reforzando el yo de manera que pueda confiar más en sí mismo y sus aspectos buenos: el odio debe mitigarse con amor. El fin del análisis ocurre cuando el niño puede por fin expresar con palabras lo que le pasa, hasta donde sea capaz, vinculándose así con la realidad. Debe también disminuir sus puntos de fijación pregenitales, su sadismo y su envidia (las defensas contra esta pueden obstaculizar el tratamiento, como reacción terapéutica negativa), aunque nunca desaparecen por lo cual no hay cura total, pudiendo reaparecer en la vida. El fin del análisis se logra cuando el niño puede sintetizar los aspectos contrastantes de sus objetos primarios. Para Anna Freud, las tendencias pregenitales y edípicas son resistencias. El yo debe dirigirse a lograr una constancia objetual, debe evolucionar controlando los impulsos del ello pasando del proceso primario al secundario y del principio de placer al de realidad. El fin del análisis es eliminar las perturbaciones del yo y restablecer su identidad, aunque por momentos, además de un aliado en la autoobservación, sea un adversario porque falsea o rechaza ciertos hechos.

Condensado de Tkach Carlos (1992) La dirección de la cura en psicoanálisis con niños.

Alcances.- Para Anna Freud el análisis de niños sólo es aplicable en las neurosis, mientras que para Melanie Klein se aplica a cualquier caso de perturbación del desarrollo, sea o no una neurosis.

Para Anna Freud el niño es difícil de analizar pues no tiene conciencia de enfermedad, voluntad de curarse ni voluntad para acudir al analista. Para Melanie Klein, en cambio, como el yo del niño está menos desarrollado, es más fácil acceder a su vida inconciente y el yo no está tan a la defensiva. Para Melanie Klein no es preciso que haya conciencia de enfermedad o un propósito conciente de curarse, ya que esto puede ser una fachada que encubra la angustia de castración y la culpa. Melanie Klein propone acceder sin rodeos al inconciente mediante la interpretación del juego.

Para Melanie Klein en los niños la angustia surge fácilmente y por ello se resisten a las asociaciones verbales: el juego es mejor porque permite una representación simbólica que distancie al sujeto del problema. La angustia que surge en el juego ha de interpretarse para ser aliviada, lo que da paso a que el niño pueda fantasear y verbalizar. Al fantasear retorna la angustia, se vuelve a interpretar, y así sucesivamente hasta que haya aflorado el material inconciente suficiente. Interpretar implica develar los significados que son las fantasías inconcientes expresadas simbólicamente en el juego. Al traducirlas en palabras se produce alivio, el niño vuelve a jugar, afianza su transferencia y alivia su ansiedad.

Mientras Melanie Klein confía en el juego, Anna Freud utiliza también las asociaciones verbales, para lo cual debe crearse un fuerte vínculo entre niño y analista para captar la atención del infante, incluso sugestionando al niño aprovechando la transferencia.

Condensado de Tkach Carlos (1992) La dirección de la cura en psicoanálisis con niños.

Técnica psicoanalítica.- Ricoeur busca explicar porqué el psicoanálisis es una técnica de lo nocturno, y porqué y hasta qué punto es un iconoclasmo de lo íntimo. El psicoanálisis es una técnica, un oficio que se

aprende y se transmite, una maniobra terapéutica. No confundir esto con arte de interpretar, o hermenéutica (método), ni con explicación metapsicológica (teoría), que son, según Ricoeur, aspectos parciales de la técnica, elementos incluidos en la técnica. Globalmente entonces, el psicoanálisis es un trabajo, una praxis de analizado y analista. Trabajo contra las resistencias que realizan ambos, trabajo que no pasa meramente por comprender el conflicto intelectualmente, sino en provocar un trabajo de conciencia, una toma de conciencia que va más allá del mero entender teórico.

Otro aspecto de este trabajo es el de la transferencia, que también llevan a cabo ambos, paciente y analista. Finalmente también hay otro trabajo que realiza el paciente: el trabajo de elaboración (por ejemplo, onírica o nocturna) y sus herramientas, la condensación y el desplazamiento, trabajo que también ha de ser tenido en cuenta.

También Ricoeur dice que el psicoanálisis es un iconoclasmo de lo íntimo (iconoclasmo = destrucción de imágenes). Toda técnica de lo nocturno es un iconoclasmo de lo íntimo, porque el psicoanálisis no tiene nada que ver con las ciencias naturales porque no estudia hechos observables, sino cuestiones de sentido, destruye la imagen del psiquismo que nos habían dado psicologías como el conductismo, por ejemplo. Ricoeur señala que en la medida en que se aparta de este sistema clásico, al psicoanálisis puede calificárselo como una no-técnica.

Condensado de Ricoeur P (1975) *Hermenéutica y psicoanálisis*. Buenos Aires: Megápolis.

Psicoterapia según Lacan.- El lugar del analista es un lugar lógico, no físico, un lugar que le permite operar terapéuticamente. Examinaremos ahora el lugar y la función del analista, sin pretender hacer una 'técnica' del análisis.

La dirección de la cura sigue estas orientaciones: 1) la palabra tiene el poder de la cura, 2) por la regla fundamental, no dirigimos al sujeto hacia la palabra plena ni al discurso coherente, pero lo dejamos libre de intentarlo, 3) esa libertad es lo que más le cuesta tolerar, 4) en el análisis se pone entre paréntesis la demanda: el analista no la satisface, 5) al no ponerse obstáculo al deseo, hacia él se dirigirá el sujeto, 6) la resistencia a esta confesión es la incompatibilidad entre el deseo y la palabra. El deseo del analista ocupa también un lugar importante.

La palabra es reveladora del inconciente, revela alguna verdad del sujeto. Este consulta por una historia cuyo discurso ha perdido, que es lo inconciente.

El paciente encontrará su verdad en su cuerpo, en sus recuerdos, en su evolución semántica, en la tradición y en los rastros deshilvanados que encontrarán finalmente su sentido.

Se procura que el paciente acceda a un habla plena que lo acerque a la verdad que contiene en su deseo, enmascarado en la demanda manifiesta y que la resistencia disimula dejando la palabra vaciada de contenido.

Mediante la asociación libre el paciente dice algo de sí aunque no se lo proponga, y el analista debe encontrar esas aberturas por donde se manifiesta el inconciente. La puntuación (que dan sentido al discurso) y la escansión (que precipita los momentos concluyentes) son las formas de introducir un sentido, siendo también importante suspender la sesión en un momento significativo.

La transferencia (positiva) implica demandar amor al analista. Ese Otro llamado analista puede dar respuesta a los interrogantes de la existencia del paciente, es el dueño de la verdad, es el sujeto supuesto al Saber: "A aquel que le supongo el saber, lo amo". Y cuando el analista frustra esta demanda, se produce la transferencia negativa.

El proceso del análisis es dialéctico, es decir, procede según las secuencias tesis, antítesis y síntesis. Lacan ilustra esto con el caso Dora, donde marca tres secuencias: primero, la rectificación subjetiva, luego la transferencia, y finalmente la interpretación.

Por ejemplo, en el primer momento, Dora se presenta como una pobre víctima, y Freud la obliga a hacer una rectificación al preguntarle de qué modo ella participa de esas 'circunstancias', con lo cual Dora se ve implicada como protagonista y no como simple víctima. También hay una rectificación cuando Freud se hace ver que los celos son por el señor K, no por la relación de su padre con la señora K.

En un segundo momento interviene el deseo del analista (quiere ser amado por Dora), instaurándose la transferencia y la contratransferencia.

El tercer momento, la interpretación, tiene que ver con los tiempos del análisis y la duración de la sesión. Lacan no considera el tiempo cronológico (50 minutos) sino el tiempo lógico. La sesión puede ser muy breve para permitir que el paciente pueda en un momento óptimo continuar la elaboración fuera de la sesión. Se trata de inspirarle al paciente un duro deseo de despertar, lo lanza a lo Real en tanto anonada al sujeto, lo lanza a la incertidumbre, desorganizando la trama de lo imaginario y lo simbólico en que ha ido construyéndose la historia del paciente. Un despertar que se opone al principio del placer.

El paciente se presenta a sesión con su yo imaginario, su historia y sus síntomas. Empieza a hablar ensoñado en su demanda de amor, en la transferencia. Todo su discurso remite a objetos perdidos.

El objeto 'a' es aquello que debe ser perdido para constituirse en causa de deseo. Ejemplos: seno, heces, mirada y voz son símbolos de la falta, de lo que se pierde. Esos objetos son rodeados por las pulsiones oral, anal, escópica e invocante, respectivamente.

El sujeto recrea esta situación en una escena llamada fantasma, el cual puede ser un modo de sostener el deseo y obtener un goce vivido como exclusivo y propio.

El fin del análisis implica el atravesamiento de este fantasma, la destitución del objeto 'a' (castración) y el encuentro del paciente con su deseo, lo que produce angustia por la amenaza de la pérdida del objeto. El atravesamiento del fantasma como meta terapéutica, conlleva el develamiento del objeto del deseo, y la destitución del analista del lugar de Ideal del Yo.

La interpretación tiene, a la medida del habla plena, la connotación del acto. Intervención en acto es el centro de la posición del analista. Mientras, no se busca especialmente que el síntoma desaparezca pues como decía Freud, estos desaparecen como una ganancia colateral al proceso de análisis.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Psicoterapia según Kohut.- Como lo que promueve el proceso analítico es la reactivación de las necesidades evolutivas frustradas de estructuración del self, el análisis debe centrarse en las transferencias con el objeto del self, que deben ser promovidas y aceptadas por el analista.

La comprensión y la explicación son las dos operaciones de la unidad terapéutica básica, ambas basadas en la empatía. La comprensión implica sumergirse en la personalidad del paciente para identificar su estado emocional y pensamientos. La explicación son interpretaciones dinámicas vinculadas con la transferencia y con reconstrucciones genéticas que den cuenta de las respuestas frustrantes de los objetos del self de la infancia. El analista debe producir una frustración óptima y una internalización transmutadora de los objetos del self.

Condensado de Abadi Sonia y otros (1997) Desarrollos posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Editorial Universidad de Belgrano.

Psicoterapia psicoanalítica y trastorno de pánico.- Objetivo: El propósito de este estudio fue determinar la eficacia de la psicoterapia psicodinámica enfocada al pánico en comparación al entrenamiento en relajación. A pesar del uso clínico extenso de las psicoterapias psicodinámicas, existe una demora en los ensayos clínicos aleatorios controlados de evaluación de tales psicoterapias para los trastornos del eje I. De acuerdo a los autores, éste es el primer ensayo clínico aleatorio controlado de eficacia de la psicoterapia psicodinámica enfocada al pánico, una psicoterapia psicoanalítica de manual para pacientes con trastorno de pánico según los criterios del DSM-IV. Método: Éste fue un ensayo clínico aleatorio controlado de sujetos con trastorno de pánico primario según criterios del DSM-IV. Se reclutaron durante 5 años a los participantes en el área metropolitana de la ciudad de New York. Los sujetos fueron 49 adultos en edades de 18-55 con trastorno de pánico primario según los criterios del DSM-IV. Todos los sujetos recibieron un tratamiento asignado al azar; la psicoterapia psicodinámica enfocada al pánico o el entrenamiento de relajación, en dos sesiones semanales durante 12 semanas. La medida principal de resultado fue la escala de severidad del trastorno de pánico (en inglés, Panic Disorder Severity Scale), llevada a cabo por evaluadores independientes externos. Resultados: Los sujetos que recibieron la psicoterapia psicodinámica enfocada al pánico presentaron una reducción significativamente mayor en la severidad de los síntomas del pánico. Además, de aquellos que recibieron la psicoterapia psicodinámica enfocada al pánico, el 73% (versus 39%) terminó el tratamiento, utilizando el criterio de respuesta del Estudio del Trastorno de Pánico Multicentro. El resultado secundario, el cambio en el desempeño psicosocial, reflejó estos resultados. Conclusiones: A pesar del tamaño pequeño de la cohorte en este ensayo, se ha demostrado la eficacia preliminar de la psicoterapia psicodinámica enfocada al pánico para el trastorno de pánico.

Milrod B, et. al, Un ensayo clínico aleatorio controlado de la psicoterapia psicoanalítica para el trastorno de pánico. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 FEB; 164(2).

La psicoterapia psicoanalítica relacional.- Las personas están incluidas desde su origen en una "matriz relacional", pasada y presente, que dirige y modula el desarrollo de su personalidad. Los seres humanos nacen y viven en relación, desde la trama de sus interacciones precoces (pre, peri y postnatales) su historia de vida personal es inseparable de los contextos sociales, culturales y familiares en los que están incluidos. Desde esta premisa, la psicoterapia psicoanalítica relacional es una perspectiva contemporánea desarrollada por clínicos con interés genuino en no descuidar la atención clínica a las necesidades de los pacientes, sin sacrificarlas a la investigación, las teorías y sus "ortodoxias". La subjetividad del analista, a través de su implicación personal juega un papel principal en el tratamiento, que se despliega mediante procesos de mutualidad y reconocimiento que no niegan ni la diferencia de los roles ni su asimetría funcional, ni por supuesto cuestiona la ética esencial del encuentro con el otro: ceder al otro, para reconocerlo en plena calidad empática. Esta perspectiva reconoce que paciente y analista pertenecen a un contexto social que les determina, y acepta el cuestionamiento de los significados sociales e ideológicos de la intervención psicoterapéutica. En este trabajo se examinan detenidamente las principales tendencias que convergen esta perspectiva desde la mitad del siglo XX (Fairbairn, Sullivan, Kohut, Winnicott, Pichon-Rivière), hasta su integración en uno de las áreas de innovación más vigorosas en la psicoterapia actual, a partir de la labor integradora de Stephen A. Mitchell. Finalmente se describen las principales características teóricas y técnicas que aporta este enfoque para el trabajo clínico.

Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas.- Este libro contiene diversos artículos que han sido organizados en tres partes. En la primera parte de estudian las variaciones del proceso según la personalidad del paciente, recortando así aquellas variables que caracterizan a esa estructura de personalidad. Se subrayan asimismo los problemas metodológicos y clínicos que introduce esta delimitación.

En la segunda parte el autor se propone ampliar el conjunto de variables, profundizando aspectos de la sobredeterminación que es propia de los efectos psíquicos que se indagan, tales como síntomas, conflictos activados y defensas. Se consideran en primer lugar las variables múltiples categorizables como diferentes niveles de diagnóstico. Luego se estudian los fenómenos de interrelación entre dichas variables y que permiten definir el concepto de situación, entendido como el espacio dinámico donde numerosas interrelaciones potencian sus efectos. La situación constituye un objeto particular cuyo abordaje es decisivo en numerosas experiencias clínicas. El autor muestra en un caso clínico cuantas modalidades de manejo clínico pueden converger a lo largo de las múltiples dimensiones que configuran la situación de ese paciente.

La tercera parte del libro profundiza otras líneas de investigación de importancia a la vez teórica y técnica. Comprende una indagación de un nivel inconciente de las funciones yoicas comprometidas en el conocimiento y el manejo eficaz de lo real. El autor destaca la participación de ese nivel yoico inconciente en la estructuración de numerosas situaciones de conflicto (aquellas en la que uno de los polos conflictivos está asentado en dimensiones de conocimiento, intentos de dominio, tendencias adaptativas y creativas, movimientos evolutivos). Luego de ello el autor investiga fenómenos psíquicos vinculados con la creatividad, entendida como fenómeno universal humano, y postula un sistema especial de funciones y procesamientos que tienen efectos creadores. El enfoque intenta iluminar algunos aspectos psicodinámicos inconcientes comprendidos en fenómenos de gran complejidad, como aquellos que interrelacionan lo neurótico con lo creador y sus fracasos.

Los títulos de los capítulos son los siguientes: El abordaje clínico de las estructuras neuróticas en psicoterapias; el abordaje de los trastornos del narcisismo; desarrollos en un enfoque multidimensional del diagnóstico y de las estrategias psicoterapéuticas; y ampliando las fronteras de la interpretación con la indagación de dinamismos inconcientes cognitivos y creativos.

Sinopsis de Fiorini Héctor (2004) Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas. Buenos Aires: Nueva Visión.

Teoría de la técnica psicoanalítica.- A lo largo de sus escritos, explica Freud, cuáles son sus técnicas para explorar el psiquismo y los procedimientos curativos o terapéuticos. Luego de esta reseña histórica, los autores desarrollan los temas del contrato, la regresión, la transferencia y la contratransferencia, la resistencia, la interpretación y otras intervenciones, y la terminación del análisis. La terapia analítica es un contrato porque uno acude por ayuda y otro ofrece sus servicios como profesional, y ambos llegan a un acuerdo mediante un contrato explícito, un pacto, acerca de la duración, de los honorarios, etc.

La regresión es un proceso donde emergen procesos primarios, modos de actuar o sentir más primitivos o anteriores. Si las fijaciones son muy importantes, bastarán frustraciones leves para poner en marcha la regresión y viceversa.

Transferencia son los papeles o identidades irrealistas que el paciente atribuye inconscientemente al psicoanalista durante la regresión terapéutica y las reacciones del paciente a dichas representaciones, que por lo general derivan de experiencias anteriores. Entonces, transferencia y regresión están íntimamente vinculadas. En vez de decir transferencia positiva o negativa, es mejor decir actitudes positivas o negativas en la transferencia, pues la transferencia es una sola.

Respecto de la resistencia, los autores indican que en sí no es patológica: es necesaria para examinar al paciente, pues la resistencia es la tendencia de fuerzas que están dentro del paciente y que se oponen al proceso de cambiar para mejor. No va contra el analista sino contra la tendencia a hacer conciente lo inconciente. Clínicamente se ve de muchas formas: ocultamiento de actos, falta de puntualidad o asistencia, silencios, actuación: esto último es actuar una situación que por resistencia no se quiere recordar.

La interpretación no es la única intervención que puede hacer el analista. Hay intervenciones técnicas preparativas para la interpretación. La intervención puede considerarse intervención si conduce a interpelaciones del material inconciente, a operaciones defensivas inconcientes, etc. La interpretación debe darse en un momento considerado 'doloroso' para el paciente, y hay que darla con parsimonia, pues si aquí se ayuda demasiado al paciente, baja el nivel óptimo de frustración y dolor, imposibilitando la eficacia de la interpretación. Hay tres tipos de interpretación, siendo las tres necesarias en distintos momentos del tratamiento: interpretación de las resistencias, de la transferencia, y del contenido.

Para entender el proceso terapéutico debe tenerse en cuenta que, en principio, hay tres alternativas posibles de vida: G1= objetivo normal, sano, ideal. G2= objetivo mejor (al que se llega porque el sujeto tiene cambios para mejor). G3= objetivo indeseable (aunque aceptado y aprobado por el paciente). Es

un objetivo falso al que se llega por experiencias decepcionantes, traumáticas, etc, que van guiando la vida hacia objetivos falsos.

¿Cuándo se termina el análisis? No se puede decir que se termina cuando se agota, porque este es un criterio más intuitivo que teórico. En la práctica muchos análisis terminan cuando se toman vacaciones, en el verano. Otras veces el análisis termina cuando el analista ve que el paciente está bien aunque éste no lo reconozca, pero el caso más frecuente, es cuando el paciente considera que está bien, pero el analista no. La situación ideal es cuando ambos consideran que la terapia cumplió su cometido, es decir que hubo cambios favorables en el paciente.

Sinopsis de Menninger y Holzman, Teoría de la técnica psicoanalítica.

PSICOTERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Generalidades.- Fue desarrollada por Ellis (1962), cuya teoría básica es que la excitación emocional y conducta inadaptada se miden por la interpretación de las situaciones de uno mismo. Puede resumirse en el paradigma A-B-C-D-E: la persona enfrenta una situación activante A, lo que le provoca ciertas creencias B (por ej yo debo ser siempre competente). Esta creencia irracional tiene consecuencias C (emociones negativas, conductas relacionadas). El terapeuta discute las creencias irracionales D y ayuda al paciente a cuestionarlas. La terapia culmina cuando el paciente elimina los pensamientos irracionales E (pág. 279).

Striegel-Moore R y Slaikeu K, (1993) Glosario de técnicas de terapia en crisis. Incluido en Slaikeu K, Intervención en crisis. México: El Manual Moderno.

Terapia racional emotiva conductual en esquizofrenia.- Tradicionalmente, la REBT y otras terapias cognitivo conductuales se han aplicado a los problemas de salud mental que son claramente, al menos en parte, psicológicos, y que tienen una forma y estructura en la que la alteración emocional y conductual puede ser vista como una función de creencias disfuncionales o irracionales, dadas ciertas circunstancias vitales adversas y una vulnerabilidad derivada de la genética y el medioambiente. En otras palabras, son problemas que pueden valorarse en términos del modelo ABC.

Tal es el caso, por ejemplo, en los trastornos de ansiedad, la depresión mayor y muchos otros trastornos del eje I del DSMIV (Sociedad Americana de Psiquiatría, 1994). Por el contrario, normalmente no se ha contemplado a la REBT como apropiada para los trastornos mentales que están considerados en gran parte biológicos. Quizás los trastornos más destacados de los considerados en gran parte biológicos y en los que consecuentemente la REBT no ha sido contemplada como apropiada son la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Sin embargo, yo propongo en este capítulo que la REBT puede utilizarse adecuadamente, en particular cuando la teoría subyacente se desarrolla de diversos modos e integrada con otros modelos. Tales desarrollos pueden, como se expone, cambiar radicalmente las condiciones para las intervenciones conductuales en la esquizofrenia (Chadwick y col., 1996).

Estos desarrollos teóricos de la REBT que se esbozan en este capítulo pueden dividirse en cuatro áreas. La primera área se centra en la conceptualización general de la esquizofrenia, en la que comparo críticamente la visión biomédica estándar con una visión alternativa de REBT/CT para demostrar que el concepto "apropiado" es, en gran medida, una cuestión de asunciones teóricas. La segunda área comprende desarrollos a nivel del síndrome de la esquizofrenia, la tercera a nivel de los síntomas y la cuarta – más ambiciosa – es un paso hacia el desarrollo de un modelo alternativo al modelo biológico como una explicación para los síndromes y síntomas de la esquizofrenia.

Peter Trower. Desarrollos teóricos de la Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT) aplicada en esquizofrenia.

REVISTA DE TOXICOMANÍAS Y SALUD MENTAL (R.E.T). 2009;(56):10-22.

PSICOTERAPIA ROGERIANA

Generalidades.- Karl Rogers planteó una teoría de la terapia y del cambio de personalidad. El esquema de esta teoría es la siguiente: si se dan ciertas condiciones A (variables independientes), entonces se producirá un proceso B (variable dependiente). Si ese proceso, ahora variable independiente, se produce, entonces se producirán ciertos cambios C de la personalidad y la conducta (variables dependientes).

Las *condiciones* son seis: A1) que dos personas entren en contacto; A2) que la primera, llamada cliente, esté en estado de incongruencia, vulnerabilidad o angustia; A3) que el terapeuta sea congruente en la relación con el cliente; A4) que el mismo experimente una consideración positiva incondicional hacia el cliente; A5) que el mismo experimente una comprensión empática hacia el marco de referencia interno del cliente; y A6) que el cliente perciba aunque mínimamente las condiciones 4 y 5 por parte del terapeuta.

El *proceso* de la terapia se pone en marcha cuando existen las anteriores condiciones proceso que tiene doce características: B1) el cliente es cada vez más capaz de expresar sus sentimientos verbal o motrizmente; B2) esos sentimientos se refieren cada vez más al yo, y menos al no-yo; B3) distingue cada vez mejor entre los objetos de sus sentimientos y de sus percepciones. Es más discriminativo en sus percepciones, y la simbolización de su experiencia más exacta; B4) los sentimientos se relacionan

cada vez más con la incongruencia entre algunas experiencias propias y su concepto de yo; B5) llega a experimentar concientemente la amenaza de dicha incongruencia; B6) experimenta concientemente sentimientos que antes estaban negados o distorsionados; B7) reorganiza su imagen del yo para integrar aquellas experiencias; B8) aumenta la congruencia: admite experiencias que antes eran amenazantes; B9) es más capaz de experimentar la consideración positiva incondicional del terapeuta hacia él; B10) siente cada vez más una consideración positiva incondicional hacia sí mismo; B11) se experimenta como centro de valoración; B12) la valoración se vuelve menos condicional y se hace en función de un proceso de valoración orgánica.

Los *cambios*, efectos o resultados surgidos del proceso anterior son quince: C1) el cliente es cada vez más congruente, menos defensivo y más abierto a la experiencia; C2) sus percepciones son más realistas, objetivas y diferenciadas; C3) resuelve más eficazmente sus problemas; C4) mejora su adaptación psicológica; C5) como resultado de lo anterior disminuye su vulnerabilidad a la amenaza; C6) como consecuencia de C2, su percepción del yo es más realista; C7) como consecuencia de C4 y C5 su yo es más congruente con su yo ideal; C8) por C1 y C6 baja la tensión y la angustia; C9) aumenta la consideración positiva de sí mismo; C10) la persona se percibe como centro de valoración (por C9 y C10 se siente más seguro, y por C1 y C10 sus valores dependen del proceso de valoración orgánica); C11) por C1 y C2 percibe a los demás en forma más realista; C12) acepta más su experiencia relativa a otras personas; C13) acepta más conductas propias por aumento de experiencias compatibles con el yo, y menos conductas incompatibles con el yo; siente que controla más su conducta; C14) los otros perciben que su conducta es más socializada, más madura; C15) por C1, C2 y C3 la persona es más creativo y adaptable, y expresa más completamente sus objetivos y valores.

Como consecuencia de todo lo anterior, se concluye que el hombre posee ciertas características: 1) es capaz de concientizar su desadaptación psicológica; 2) puede reorganizar su concepto de yo y salir de la desadaptación; y 3) si tal capacidad está latente, se podrá actualizar en toda relación interpersonal donde la otra persona sea congruente con la relación experimentando hacia el interesado una consideración positiva incondicional y una comprensión empática. En suma: dadas ciertas condiciones, el hombre puede orientarse y dirigirse a sí mismo.

Condensado de Rogers K (1985) *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Nueva Visión.

PSICOTERAPIA SISTÉMICA

Reseña histórica.- La terapia sistémica surge de los descubrimientos de las modernas ciencias de sistemas, como la cibernética, la teoría del control y los sistemas, la teoría de la información y la comunicación, y la teoría de los juegos. Este enfoque ha sido aplicado con suma coherencia, con fines terapéuticos, por el grupo de Palo Alto (Bateson; 1972, 1979; Bateson y otros, 1956; Fisco, Waekland y Segal, 1982; Haley, 1963, 1976; Watzlawick y otros 1974) y el grupo de Milán (Boscolo y otros, 1987; Selvini Palazzoli y otros, 1978). Se cuestionaron los supuestos tradicionales, se enfocaron desde un nuevo ángulo de los trastornos psíquicos y las enfermedades, y se desarrollaron innovadores procedimientos terapéuticos (Stierlin y Weber, 1997:63).

Stierlin H y Weber G (1997) *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Llaves sistemáticas para la apertura, comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Gedisa. Segunda edición.

Características.- La siguiente recapitulación de los caracteres básicos de la terapia sistémica no es totalmente exhaustiva. Nos hemos concentrado en aquellos elementos más importantes para nuestros presentes objetivos.

1. En este enfoque no se presta atención a fenómenos aislados, deificados y objetivados por conceptos lingüísticos, sino a las interrelaciones. De este modo, las propiedades o características individuales ("María es anoréxica", o "María tiene anorexia") se "disuelven" en elementos de un proceso dinámico, y se revelan como aportes de la conducta a un sistema, a la vez expresiones y consecuencias de rótulos y atributos ligados con un contexto. Dentro de una visión semejante (sistémica y dinámica), los mencionados atributos podrían entonces desarrollarse en la siguiente formulación: "Siempre que el padre exhorta a María a comer más, en tanto que la madre la protege y la hermana le lanza miradas de reproche, María se niega a ingerir más comida".

2. Una perspectiva centrada en las interrelaciones nos permite ver desde un nuevo ángulo los procesos que estamos tratando. Ya no construimos cadenas unidimensionales de causa y efecto (causalidad lineal), sino que procuramos describir de qué modo las formas de conducta se condicionan recíprocamente (circularidad o recursividad). Esta comprensión circular de los procesos de relación deriva en gran medida de la aplicación del pensamiento cibernético a los sistemas psicosociales, y está particularmente asociada con Bateson (1972, 1979). Sin embargo, Bateson tuvo sus precursores, algunos de ellos en Alemania. Ya hacia 1927, von Weizsäcker, médico interno y especialista en psicosomática que culminó su carrera activa en Heidelberg, describió lo que denominada "Gestalt-kreis" como "un proceso circular en el cual la cadena de causas y consecuencias es recursiva en términos de la configuración del hecho en cuestión" (von Weixsäcker, 1897).

Así, una característica esencial de los sistemas vivientes es la recursividad -supuestos y modalidades de conducta "rebotan" o se reflejan en sí mismos-. Este enfoque no solo obvia los peligros de un enfoque lineal de causa y efecto, inadecuado para los sistemas vivos, sino que también dificulta o imposibilita el aferrarse a atributos unilaterales de responsabilidad y culpa.

3. La conducta humana interreactiva forma pautas y está sujeta a reglas. Solo se la puede entender en función del contexto en el que se manifiesta. Si, por ejemplo, una persona no familiarizada con el fútbol mirara una película que se concentrara totalmente en la conducta del árbitro durante el partido, presumiblemente llegaría a la conclusión de que ha estado observando a un ser cuyas cabriolas eran completa y totalmente irracionales. Se requiere del contexto, y del conocimiento de las reglas observadas por los participantes, para darle algún sentido a su conducta. De esta manera análoga, la conducta tildada de anoréxica solo se torna comprensible cuando consideramos las pautas y reglas que determinan el curso de las diversas interacciones desarrolladas.

4. Esta conciencia de los efectos recíprocos y recursivos de la conducta no significa que un terapeuta sistémico llegue a la conclusión de que no hay cosa tal como una capacidad individual de toma de decisiones y de responsabilidad. Por el contrario, suponemos que cada persona es, en parte, artífice de su propia situación, y no mera víctima de la enfermedad o de las circunstancias internas o externas. Por ende, no preguntamos: "¿Cuándo se convirtió en anoréxica María?" sino "¿Cuándo cree que María decidió iniciar una huelga de hambre?"

5. Nuestra conducta está influida no sólo por la conducta de los demás sino también por las ideas y procesos significativos que orientan y coordinan las acciones de los miembros de un sistema. Cuanto más restringidas y deificadas sean éstas, más estrecho se vuelve el margen de acción posible.

6. Las ideas sobre lo que representa la realidad son también confirmadas, recibidas o modificadas por medio de procesos recursivos.

Estos suelen funcionar como profecías que se cumplen por sí mismas y dan lugar a estrategias de resolución de problemas que, más que librarnos del problema, lo refuerzan. Cuanto más drásticos sean los métodos utilizados por un padre para tratar de modificar la conducta desafiante de una hija anoréxica, más probable es que ella misma reacciones drásticamente y se vuelva más desafiante.

7. Un sistema es cualquier cosa definida por un observador como un "todo ordenado". Por contraposición a ello, un problema es cualquier cosa que una persona define como dificultad o causa desagradable. Esta visión (de los problemas) puede ser individual o compartida. Así, nos preguntamos reiteradamente qué sistema ha de ser seleccionado como un todo que sea pasible de tratamiento, y qué personas han de ser incorporadas a la terapia como causantes de la definición y forma del problema. En otras palabras, ¿quién es parte del "sistema de problemas"? ¿quiénes son los que forjan mediante sus palabras y actos? (Andersen, Goolishian y Winderman, 1986). Con frecuencia sale a relucir que seres ajenos a la familia -incluidos médicos y asistentes sociales, etc. son también factores constitutivos del sistema de problemas.

Por último, debemos destacar que durante los últimos años, algunos teóricos provenientes de distintos campos de la investigación han influido en la terapia sistémica: entre ellos, von Foerster (1970. 1984), Maturana y Varela (Maturana, 1978; Maturana y Varela, 1980). Probablemente el más importante aporte que han efectuado a la terapia sistémica sea su acento puesto en el hecho de que no hay cosa tal como una realidad independiente del observador. El proceso mismo de observación modifica lo que está siendo observado. En este sentido, se ha hecho referencia a una "segunda cibernética" (Auerswald, 1971; Keeney, 1983). El contexto terapéutico y la relación entre el terapeuta y el sistema objeto de tratamiento se cuentan entre los elementos que en todo momento dan forma al proceso terapéutico. De ahí que en el proceso lo esencial sea abrir o generar realidades que aumenten las alternativas disponibles y, de ese modo, señalen nuevas vías de desarrollo (para el individuo y la familia como un todo) (Stierlin y Weber, 1997:64-65).

Stierlin H y Weber G (1997) ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa. Barcelona: Gedisa. Segunda edición.

Características.- "Al intentar resolver un problema, buscamos salidas y caminos conocidos, que responden a nuestra construcción de la realidad: mitos, valores creencias, etc. Esto a veces crea círculos viciosos que agudizan los síntomas. La terapia sistemática plantea toda una concepción del "cambio" en psicoterapia, que va de la recursividad a la ampliación de alternativas. No se plantea el porqué del síntoma sino el para qué.

Centra su mira en los mecanismos de mantenimiento de síntomas y, por lo tanto, en el "aquí y ahora". El cambio se produce cuando se lleva al paciente a mirar otras perspectivas, nuevas realidades y nuevas soluciones. Para ello no hace falta un largo buceo en su historia, buscando el trauma originario, sino establecer nuevas miradas sobre viejos problemas.

Insatisfecha con algunos resultados, en la segunda mitad del siglo XX la psiquiatría empezó a observar que, cuando un paciente cambiaba, afectaba también a otros miembros de la familia. Comenzaron a describirse los síntomas de una persona como una conducta de respuesta a otra persona. La inclusión del contexto trae aparejada una nueva mirada en los conceptos tradicionales de salud/enfermedad. De esta

manera, la terapia sistemática no es nuevo método de tratamiento, sino un nuevo modo de conceptualizar los problemas humanos.

Está basada en una serie de premisas diferentes de la terapia individual intrapsíquica: La unidad de análisis en el *Sistema*, y en las interrelaciones entre el *individuo* y el *Sistema*. No se toman en cuenta los cuadros psicopatológicos que se aplicaban en la terapia individual. La patología no está depositada en un miembro de la familia, sino en la particular función que atraviesa en algún momento de su Ciclo Vital. No se rotula de enfermo, se enfatizan los aspectos sanos de individuos y familias, y la recuperación de los recursos autónomos. Se deja de ver una parte para ver el todo.

La epistemología sistemática se funda en el orden, la información y la 2ª ley de la Termodinámica, con los principios de la cibernética, la teoría de los sistemas y la comunicación. La causalidad es de tipo circular de naturaleza retroactiva. Se orienta hacia los procesos comunicativos con intercambio de comunicación entre entidades que se influyen recíprocamente. Se estudian los fenómenos en su globalidad, con la inclusión del científico dentro del sistema, "poniendo la objetividad entre paréntesis".

Entre los creadores de los conceptos fundamentales de esta teoría surge el "grupo Bateson", con Gregory Bateson, Watzlawick, Weakland, Jackson y Erickson, en Palo Alto, California. De allí se desprenden tres corrientes: la estratégica, la estructural y la esencial. Una segunda generación es la Escuela de Roma de Mauricio Andolfi. Comparten los criterios de toda terapia sistemática: la no división entre fase diagnóstica y fase de tratamiento: el tratamiento es un proceso, y es generalmente breve, movilizador, con una posición activa del terapeuta, enfatizando el cambio y las reglas disfuncionales del sistema, el uso de prescripciones directas y paradójales, metáforas, el movimiento en el espacio, la integración con el cuerpo, jerarquizando la presencia del equipo terapéutico en cámara Gesell.

En esta segunda generación se produce una evolución ideológica, ya que se jerarquizan las movidas individuales dentro del grupo del sistema. Se apunta al cuestionamiento de cada miembro de la familia, y al compromiso con su propio movimiento vital. Se integran así los diferentes niveles sistemáticos: biológicos, individuales, familiares y sociales.

Indudablemente cada persona mira al mundo desde su propia realidad, desde su ventana construida a partir de los modelos recibidos, mensajes implícitos y explícitos, valores, ideologías, normas, costumbres, etc. Como terapeutas, podemos influir con el lenguaje sobre nuestros pacientes para crear nuevas realidades, encontrar nuevas ventanas, ampliar posibilidades y recursos.

El contexto terapéutico es un lugar de redefiniciones y de re-encuadres. Sin dejar de lado la teoría y la técnica, la reconstrucción de la realidad que ayudará al paciente será, en primer lugar, la actitud de "escuchar" y "ver" muy atentamente lo que el paciente nos dice y nos muestra.

Sólo si el terapeuta se adapta a la "imagen del mundo" del paciente, logrará una comunicación interpersonal, no cuestionadora de valores, en una actitud de aceptación; el clima necesario para la redefinición de su realidad, para la incorporación de nuevas realidades, venciendo resistencias estériles.

Particularmente, incorporo cada vez más recursos psicodramáticos en las sesiones. La posibilidad que ofrece el juego en transformar lo trágico que lleva adherida la realidad en algo creativo, liberador, flexibiliza las funciones estereotipadas de los diversos miembros del sistema, y libera las potencialidades creativas.

La terapia sistemática es aplicable tanto a tratamientos individuales, de pareja y familia. La considero particularmente recomendable cuando se consulta por niños, en el caso de dificultades matrimoniales, divorcios y re-matrimonios; y en el de familias rígidas, con perturbaciones más severas.

Se adapta a las circunstancias actuales en cuanto a su brevedad, y es integrativa de los aspectos individuales, familiares y sociales. No obstante, en mi camino como terapeuta, he aprendido un poco de todas las escuelas, así como también he desechado otro poco.

Me considero terapeuta porque prevalece en mí el deseo de ayudar al otro, de construir con mis pacientes un vínculo humano y profundo, que nos transforme a ambos y nos haga CREAR y CRECER".

Capuccio Lina, La terapia sistémica: un nuevo paradigma en las ciencias humanas. Incluido en en Sánchez Bodas y otros (1994) Psicoterapias en Argentina. Buenos Aires: Holos, página 166.

Bases epistemológicas.- Las bases epistemológicas de una psicoterapia son las concepciones – explícitas o implícitas- que tiene el psicoterapeuta acerca del conocimiento científico. En el caso de la psicoterapia sistémica, la principal base epistemológica es lo que algunos han llamado el 'paradigma sistémico' según el cual es posible un abordaje científico de la realidad si se la entiende como un sistema (conjunto de elementos en interacción, según la definición de von Bertalanffy). Por ejemplo, el abordaje científico del paciente en la psicoterapia sistémica implica concebirlo como parte de un sistema más amplio (típicamente el sistema familiar, el sistema institucional, etc.), lo que significa, entre otras cosas, que su conducta normal o patológica se torna inteligible en función de lo que está sucediendo o ha sucedido en el sistema del cual forma parte.

Cazau P (2002), Vocabulario de Epistemología. Redpsicología www.galeon.com/pcazau

Tipos de abordaje.- En psicoterapia familiar, señala Minuchin, la técnica es la vía para alcanzar el cambio, pero lo que imparte un rumbo, una dirección, un objetivo es "la conceptualización que hace el terapeuta sobre la dinámica de la familia y el proceso de cambio" (Minuchin, 1989:77).

Según el mismo autor, existen tres posiciones acerca del modo en que la teoría dicta técnicas para implementar el cambio en psicoterapia familiar: el abordaje existencial de Whitaker, el abordaje estratégico de Haley, y el abordaje estructuralista.

a) Whitaker "considera la familia como un sistema en que todos los miembros tienen la misma significación. Es preciso cambiarlos individualmente a fin de modificar el conjunto. Cada individuo es llevado entonces a vivenciar lo absurdo de aceptar como válida la peculiar cosmovisión de la familia" (Minuchin, 1989:77). Whitaker parece suponer que de ello surgirán procesos creadores en los individuos y en la familia como un todo que redundarán en un mejor ordenamiento entre sus miembros. Al término de la terapia, todos se habrán sentido cuestionados, incomprensidos, aceptados o rechazados, pero habrán tomado contacto con una parte menos conocida de ellos mismos. El terapeuta no verifica el desarrollo de nuevas estructuras, ni es su responsabilidad si nos surgen.

b) La formulación estratégica (Haley, Madanes y otros) difiere notablemente de la anterior, ya que propone que "las técnicas apuntan a mitigar aspectos disfuncionales específicos de la familia, siendo en buena medida responsabilidad del terapeuta verificar el desarrollo y producir una mejoría. La escuela estratégica considera la familia como un sistema complejo, diferenciado en subsistemas que presentan un orden jerárquico. Una disfunción en cierto subsistema puede tener expresión analógica en otro: en particular, la organización de los miembros de la familia en torno del síntoma se toma como un enunciado analógico de estructuras disfuncionales. Si a su vez reordena esta organización existente en torno del síntoma el terapeuta puede desencadenar cambios isomórficos en todo el sistema" (Minuchin, 1989:78).

c) El abordaje estructuralista, por último, entiende a la familia como un organismo viviente, un sistema complejo que funciona mal. El terapeuta debe entonces socavar "la homeostasis existente, produciendo crisis que empujan al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento, y de esta manera el abordaje estructural reúne elementos de los dos esquemas anteriores: existencial y estratégico. Lo mismo que el terapeuta que recurre a la estrategia, el estructuralista realinea organizaciones significativas con el fin de producir cambios en el sistema como un todo. Y como el existencialista, cuestiona la realidad que la familia acepta, y lo hace con una orientación hacia el crecimiento" (Minuchin, 1989:80). Minuchin mismo es representante de esta tercera postura y, dentro de ella, preconiza tres grandes estrategias: cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura de la familia (posiciones que ocupan sus miembros), y cuestionar la realidad familiar (realidades inviables construídas por la misma familia) (Minuchin, 1989:80-84).

Minuchin A (1989) *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Psicoterapia reflexiva sistémica.- La Psicoterapia Reflexiva Sistémica al igual que otros tipos de terapias Sistémicas está interconectada con las diferentes escuelas Sistémicas, Estructural, Interaccional y la escuela de Milán. De esta última se derivaron modalidades propias dentro de ellas citaremos algunas de las más importantes que tuvieron que ver con la génesis de este proceder como son: Las Terapias Narrativas, Team Reflexivo de Tom Andersen y La Hermenéutica en la Terapia de Goolishian y Anderson revolucionando ideas que desdibujan el Arquetipo clásico sistémico al plantear que es " el problema el que determina el sistema". Debido a las modificaciones en el mundo actual en todos los campos podemos decir que las viejas respuestas no satisfacen a las mismas preguntas, los antiguos conceptos se tornan meta teóricos y reduccionistas, no invitan a la colaboración, ni a un trato de igual a igual entre clientes y terapeutas con el riesgo que ello lleva implícito, ni se aboga por la diversidad. Es precisamente en este contexto donde tiene su advenimiento la Terapia Reflexiva Sistémica, en el sustrato tradicional sistémico entrelazado con ideas del Construccionismo Social, postmodernismo y la Poesía Social.

Si entendemos al mundo como una red conversacional simultánea y secuencial en diálogos de unos con otros como lo planteó Gadamer en 1986, diríamos entonces que la conversación tiene dos aspectos importantes o vitales para propiciar el cambio o la transformación: La innovación y la Comprobación de la realidad y este es el fundamento básico que brinda una mejor funcionalidad en las familias y pacientes de nuestro grupo terapéutico.

Este Estilo de Psicoterapia no persigue como objetivo tener una respuesta única, definitiva, tampoco se trata de poner en evidencia conflictos subyacentes. Todas las descripciones resultan por igual válidas sobretodo en cuanto a su importancia, ninguna sobresale sobre la otra (paralogía) sino que se complementan entre si. Se parte del no saber y el material a trabajar en las sesiones es todo aquel que se logre extraer durante la entrevista en el momento del proceder solamente. El lenguaje a emplear debe ser sencillo no se deben usar terminologías científicas.

La esencia del quehacer psicoterapéutico Reflexivo radica en la conversación, estilo distinto de dialogar, diálogo terapéutico. Tanto el cliente (paciente) como su familia (y en nuestra variante también el resto de los pacientes que integran el grupo) narren una historia que ponga de manifiesto su problema personal, que relación tiene con las demás personas y que posibilidades o alternativas de solución hallan tanto los clientes (pacientes) como los terapeutas, dándose descripciones paralelas de su mismo problema, donde salen a relucir diferencias, contradicciones acerca del mismo conflicto. Los interlocutores contribuyen con sus narraciones a ampliar el espectro de soluciones.

Fraga Gómez R, Caraballo Pons I, y Lánigan M, (2004) *Diálogo abierto*. Interpsiquis.

Formación y entrenamiento.- Los conceptos de formación y entrenamiento en terapia sistémica implican un proceso de enseñar y aprender donde unos terapeutas más experimentados enseñan a otros que recién empiezan.

Formación.- La formación es un proceso por el cual un terapeuta adquiere un 'saber', es decir aprende a observar y a pensar desde un enfoque sistémico. Todavía no hace terapia, es decir está fuera de la cámara Gesell pero observando lo que sucede adentro, mientras que el maestro supervisor está junto al terapeuta alumno y también conduciendo la psicoterapia dentro de la cámara Gesell.

Entrenamiento.- Una vez cumplida la fase de formación, se cumple la fase entrenamiento que pone el énfasis en el 'saber hacer'. El alumno terapeuta es el encargado de conducir la psicoterapia mientras que el maestro terapeuta y el resto de los alumnos constituidos como equipo observan detrás del espejo. Actúan en equipo porque entre ellos discuten y comentan lo que está haciendo el alumno terapeuta, señalando sus aciertos y errores.

En esta etapa el alumno terapeuta debe aprender a regular la distancia con las personas que consultan. Por ejemplo, si se acerca demasiado a los pacientes puede dejar de percibirlo objetivamente, y si se aleja mucho, puede impedirle conectarse con el paciente y comprenderlo.

Las tres funciones básicas del maestro terapeuta con: 1) descubrir las potencialidades de cada alumno y promover su capacidad creativa; 2) estimularlo para que desarrolle habilidades para percibir, sentir, conocerse y actuar, porque de esta forma podrá comprender mejor la multifacética complejidad de las relaciones humanas; y 3) trabajar sobre las dificultades o limitaciones del terapeuta alumno en su tarea clínica. Por ejemplo, la dificultad para guardar una distancia óptima del paciente, que puede perturbarse por cuestiones de sexo, edad, etc.

Isomorfismo entre el modelo terapéutico y el modelo de formación.- Se llama sistema terapéutico al formado por los consultantes (pareja, familia), el terapeuta alumno y el equipo del terapeuta maestro y los otros alumnos.

Este sistema incluye dos subsistemas, que son el modelo terapéutico (consultantes más terapeuta alumno) y el modelo de formación (terapeuta alumno, supervisor maestro y resto de los alumnos).

Entre el modelo terapéutico y el modelo de formación existe un isomorfismo, o sea, presentan algunas semejanzas, como las siguientes: 1) ambos modelos se proponen el crecimiento y la diferenciación e individuación de cada persona, 2) en ambos modelos se trata de crear un contexto, una serie de condiciones favorables para que en un caso la familia se cure y en el otro el terapeuta alumno se reciba de terapeuta maestro, y 3) en ambos modelos se establecen vínculos afectivos entre sus miembros que no deben obstaculizar sino favorecer sus respectivos objetivos: el objetivo de curar y el de formar.

Resumen de Fernández Álvarez H (compilador) (1993) Desarrollos en psicoterapia. Capítulo 3.

El sistema en psicoterapia sistémica.- La terapia sistemática opera sobre el sistema, no sobre el sujeto aislado. El sistema puede ser la familia, o simplemente el vínculo madre – hijo. Debe tenerse en cuenta que muchas relaciones dentro del sistema se pueden cambiar sin que se produzca el cambio esperado, y al revés, éste puede producirse con un mínimo de modificaciones relacionadas. Se trata de recordar la parte del sistema que encaja con el síntoma, pues no se puede cambiar todo el sistema. Si el terapeuta no se toma el trabajo de establecer un sistema donde encaje el síntoma, hará mucho ejercicio pero poca terapia.

Resumen de Hirsch H, De qué sistema se está hablando. Incluido en Hirsch y otros (1994) Estrategias psicoterapéuticas institucionales. Buenos Aires: Nadir Editores.

Terapia familiar sistémica para la anorexia.- La terapia familiar para la anorexia nerviosa estuvo fuertemente influenciada por los aportes del grupo liderado por Minuchin de la Philadelphia Child Guidance Clinic y La Escuela de Milán.

La Escuela de Milán, toma como punto de partida a la Teoría Sistémica, siguiendo el pensamiento del grupo de Palo Alto, para luego desarrollar un estilo propio (Calvo Sagardoy, 1994). La terapia familiar con orientación sistémica ha sido abordado por Mara Palazzoli y su equipo desde 1971. Un aspecto destacable es que se han realizado estudios de seguimiento con el fin de evaluar los resultados de los diferentes métodos terapéuticos empleados.

I. El primer método desarrollado por Palazzoli en 1975 se denominó paradójico. El setting terapéutico prevé la presencia de uno o dos terapeutas en sesión con la familia y uno o más supervisores detrás de un espejo unidireccional. Las sesiones son mensuales, hasta llegar a diez. Luego, de la décima sesión la terapia termina independientemente del resultado alcanzado. Cada sesión se lleva a cabo empleando intervenciones conversacionales, solicitando que cada miembro de la familia defina su punto de vista (Viario, 1997). La secuencia conversacional durante la entrevista produce una multiplicidad de los diferentes definiciones sobre la problemática. El terapeuta compara y diferencia las distintas posiciones con respecto a lo que se está hablando y vuelve a plantear algunas preguntas en forma hipotética.

La intervención que concluye la sesión, es una connotación positiva del comportamiento de cada miembro de la familia, definiendo al síntoma en términos positivos y altruistas, subrayando los efectos positivos que tiene en el grupo. La connotación positiva aprueba de manera explícita la tendencia homeostática de

la familia y además estimula paradójicamente su capacidad de cambio. Se utiliza una reformulación paradójica del juego familiar en curso y su prescripción. (Palazzoli, 1999)

II .Otro de los principales aportes en el desarrollo y estudio del tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa es el realizado por el Grupo de Filadelfia, encabezado por Minuchin.

En 1978 Minuchin y colaboradores postularon que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conducen al desarrollo y mantenimiento de este trastorno. Los miembros de la familia están atrapados en patrones característicos de interacción familiar en los cuales los síntomas de la hija desempeñan un rol central en la evitación del conflicto que subyace y en el mantenimiento de un cierto equilibrio familiar. También destacan la tendencia de estas familias a apoyar la expresión somática de los conflictos, y los encuadra dentro del perfil de las familias psicósomáticas.

El elemento psicósomático es evidente en la transformación de los conflictos emocionales en síntomas somáticos. Minuchin enumera cinco características del funcionamiento familiar que son aglutinamiento, sobreprotección, rigidez, ausencia de resolución en los conflictos y que el paciente sintomático está involucrado en el conflicto parental de diferentes formas (Minuchin, 1974).

La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Estas familias parecen enteramente normales. (Minuchin, Fishman, 1985)

El terapeuta se incluye en el sistema de manera activa y directiva, en un primer momento, su meta es que la paciente recupere un peso adecuado. El terapeuta estructuralista enfatiza el presente poniendo en evidencia la dinámica interactiva durante la sesión, prestando particular atención a la existencia de coaliciones intergeneracionales, a las fronteras disfuncionales y a las disfunciones de las jerarquías.

El tratamiento suele comenzar con la sesión de almuerzo familiar. Esta sesión es un recurso terapéutico diseñado por Minuchin y colaboradores en 1975, utilizado para monitorear las interacciones de los miembros de la familia en el momento de la ingesta. El terapeuta continúa conversando con los padres, desfocalizando el tema de la comida, y observa como se desenvuelven los acontecimientos. El objetivo de la sesión es que la paciente coma en forma autónoma, siguiendo los lineamientos de los padres. Estos no deben intervenir, salvo que al cabo de un tiempo estipulado, la paciente no hubiera comido. En este momento, se suele observar que uno de los padres es el combativo en tanto que el otro guarda silencio compungido. Esta es una situación que mantiene inmovilizada a la paciente. El terapeuta intentará promover el apoyo mutuo de los padres. El objetivo de esta intervención es que la paciente perciba que ambos padres están de acuerdo en una directiva unívoca para que la paciente tenga una ingesta adecuada (Herscovici y Bay, 2000)

Luego, la terapia apuntará a modificar los patrones disfuncionales que contribuyen al mantenimiento de la situación sintomática. En la última fase del tratamiento se trabajará en la autonomía de los subsistemas.

A lo largo del tratamiento se aplicarán intervenciones estratégicas, cuyo objetivo es promover la modificación de la estructura para permitir el desarrollo de cada integrante.

III. En 1978 un segundo método, denominado prescriptivo es desarrollado por Mara Selvini Palazzoli y Giulina Prata. El método de intervención se basó en el uso sistemático de una serie de prescripciones denominadas invariables, ya que se asignaban a todas las familias en terapia. La serie de prescripciones invariables tiene como objetivo el fenómeno patógeno de la confusión de las barreras intergeneracionales. Las diferencias con el método anterior son que la conclusión de cada sesión está constituida por una prescripción preestablecida, que la terapia sigue un curso determinado, y que el terapeuta es libre de expresar su propio punto de vista como experto, incluso durante la entrevista, sin tener que esperar necesariamente el momento de la conclusión (Viario,1997). Luego de las dos primeras sesiones, la terapia sigue adelante solo con la pareja de padres. Aunque la paciente puede solicitar tratamiento individual, este debe realizarse fuera del centro.

En la tercera sesión se nombra a los padres como coterapeutas y se les prescribe una declaración de secreto, es decir los padres deben transmitir a la familia que el contenido de la sesión es reservado. Además se les asigna la tarea, de tomar nota de las reacciones de los demás ante esta comunicación y de sus propias observaciones personales.

A partir de la cuarta sesión, la tarea es que los padres, salgan juntos de la casa, por un período de tiempo que se va aumentando progresivamente, sin decir adonde van.

La mayor diferencia respecto del método precedente se refiere al desarrollo de la secuencia, en la entrevista, luego del intercambio con los supervisores, aparecen secuencias que empiezan con la exposición del punto de vista de los expertos, o sea que la primera intervención se basa en una explicación. Luego se les pide a los padres que expresen su propio punto de vista sobre lo antedicho por los terapeutas. La secuencia se cierra con una reformulación correcta y adaptada del punto de vista de los expertos.

IV. El método de la revelación del juego familiar: el método anterior se fue abandonando progresivamente con la formación, en 1982, de un nuevo equipo conformado por Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino. A través de la aplicación del método de prescripciones invariables se pudo detectar una serie de disfunciones importantes en estas familias. Estas disfunciones fueron denominadas embrollo de los afectos e instigación. A partir de 1982, Selvini y colaboradores toman como punto arbitrario de

partida el juego en curso de los padres. El modelo de trabajo está basado en las reconstrucciones de la historia familiar efectuadas durante la sesión, y supone una sucesión de seis fases: una relación de pareja, marcada por un juego competitivo negado con un trasfondo de sacrificio. Una implicación de la hija en esta relación, la futura paciente percibe la insatisfacción entre los padres, y se convierte en un elemento de gratificación representando las expectativas de los padres. Durante la preadolescencia se daría un acercamiento de la paciente hacia su padre, ya que ambos comparten las críticas hacia la madre. Las relaciones entre padre e hija se vuelven muy intensas. Luego se produce el inicio de una dieta como rechazo de la sumisión al control materno. La paciente pide apoyo al padre, quién no se lo brinda por no entrar en conflicto con la madre y se pone del lado de su mujer.

Luego se entra en una fase de estabilización del síntoma en el que la paciente se encuentra aislada del grupo familiar, tornándose en la causa de todos los sufrimientos familiares.

La protesta de la anoréxica toma la forma de una exasperación del sacrificio de la paciente, tomando la forma del rechazo a la comida, de la sexualidad, de la declaración del malestar e hiperactividad (Viaro, 1997).

El terapeuta, basado en la información recogida, propone una interpretación global del síntoma e intenta centrarse en dos problemas claves del juego en curso: el problema de la pareja parental y la caída del paciente en el estancamiento relacional de la pareja y su forma de quedar implicado en este juego. El proceso terapéutico se basa en la revelación del juego. (Calvo Sagardoy, 1994).

El terapeuta verificará el cambio del juego a través de la prescripción invariable, que actúa marcando la superioridad de la pareja parental. El estilo de las prescripciones ha dejado de ser invariables y cada prescripción debe ser específica para cada caso. Además la exclusión de los hijos ya no se lleva a cabo en forma críptica. La invitación terapéutica es a jugar un juego diferente entre los padres como pareja y con sus hijos. Esta forma de conceptualización permitió el redescubrimiento del individuo, quién tiene su propio juego en relación al juego familiar. Así, se llegó a la construcción de las terapias sistémicas individuales. La terapia individual requiere que el terapeuta y la paciente se comprometan en un contrato con el objetivo de mejorar la situación del paciente en el juego relacional, consiguiendo su renuncia a las estrategias basadas en el síntoma.

V. El método ecléctico: el método de trabajo actual, de Mara Selvini Palazzoli está marcado por el eclecticismo. La duración del tratamiento puede ser incluso de algunos años. Las sesiones familiares conjuntas se alternan con sesiones con subsistemas. La sesión individual conjunta ya no constituye el marco privilegiado de trabajo. El plan de tratamiento de basa en el diagnóstico de la estructura de personalidad del paciente. El tratamiento individual de la paciente se convierte en una parte esencial de la terapia, el mismo es llevado a cabo por miembros del equipo terapéutico del Centro de Milán.

Referencias bibliográficas

Calvo Sagardoy, R. (1994). Modelos de tratamiento psicológico de la anorexia nerviosa, incluido en Anorexia y bulimia nerviosas. Chinchilla Moreno, A. (1994). Capítulo XII. Madrid. Ergon.

Herscovici C y Bay L (1997). Seguimiento de pacientes con anorexia nerviosa tratados con enfoque sistémico y terapia familiar. Sistemas familiares, 3, 75-81.

Minuchin S (1974) Familias y Terapia Familiar. Barcelona. España.

Minuchin S y Fishman C (1985) Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós.

Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. (1999). Muchachas anoréxicas y bulímicas. Barcelona. Paidós.

Viaro, M. (1997). Terapia familiar y trastornos alimentarios. Revista de psicoterapia, 8, 93-109.

Abordaje sistémico de la anorexia.- El primer paso será implementar la creación del sistema terapéutico el cual está formado por el terapeuta y la familia.

La manera más efectiva de producir un cambio será a través de la transformación de los patrones interactivos que mantienen el síntoma. El objetivo de la terapia no es solamente el cambio individual, sino una reestructuración del funcionamiento familiar que permita a sus miembros desarrollar tanto la autonomía como el apoyo (Minuchin y otros, 1978).

La fase inicial de la terapia debe focalizarse en los aspectos urgentes que ponen en riesgo la vida del paciente. En esta etapa se utilizará una combinación de intervenciones conductuales y de técnicas de terapia familiar, específicamente dirigidas hacia la recuperación de peso y a adquirir hábitos alimenticios adecuados con el fin de lograr la remisión del síntoma. En una segunda etapa, el terapeuta debe dirigirse hacia los patrones transaccionales que originaron y reforzaron el síndrome.

En estas familias los mecanismos de adaptación y afrontamiento se han vuelto inaccesibles. Los patrones interaccionales tornados tan rígidos que no se encuentran alternativas posibles. La meta a largo plazo del terapeuta es sacudir el sistema para facilitar la aparición de nuevas modalidades de transacción. El terapeuta se moverá más allá del portador del síntoma hacia las interacciones que sostienen al síntoma. Entonces, la paciente empieza a experimentarse como una parte del sistema disfuncional.

La meta terapéutica será el cambio en los patrones transaccionales de la familia. Al cambiar la posición de los miembros de la familia nuevas modalidades de transacción podrán adoptarse, estos nuevos patrones, luego de un período de tiempo, se autorreforzarán. Los miembros de la familia, experimentan una nueva libertad y efectividad, y finalmente aprendan a manejarse con patrones más adaptativos.

Desafiando realidades.- El primer paso en pos de promover el cambio es el cuestionamiento de la definición de la realidad familiar. El experto cuestiona la construcción de la realidad familiar y redefine el problema con el fin de modificar la concepción familiar del mundo por otra en función de la meta terapéutica.

Desafiando el enmarañamiento.- Las operaciones que combaten el enmarañamiento se basan en tres categorías: apoyar el espacio individual, la definición del subsistema y la organización jerárquica de la familia. El terapeuta debe encontrar la forma de apoyar la individuación y desafiar la sobreinvolucración, pero ayudará si a la vez no cuestiona el valor que la familia asigna a estar juntos. Todas las operaciones que desafían la sobreinvolucración son también operaciones que aumentarán la posibilidad de una mayor autonomía. El terapeuta señala que cada sujeto debe hablar por sí mismo, también puede alentar a un miembro a preguntarle a otro como se siente. Dos miembros de la familia no podrán discutir acerca de un tercer miembro sin la participación del mismo.

El terapeuta prestará atención a todo lo que la anoréxica diga y haga, asegurándose de que se la escuche atentamente, esto apunta a aumentar su sensación de competencia.

Al alentar a cada sujeto a hablar y a dar su propio punto de vista se reforzará el derecho a realizar acciones individuales y la tendencia hacia una mayor diferenciación. Asimismo, el terapeuta puede desanimar a un miembro de la familia a hablar, aduciendo que cada individuo tiene derecho a mantener secretos. El derecho a la individuación puede ser resaltado a través de medios no verbales. El terapeuta puede introducir cambios espaciales, separando sillas, moviendo a los miembros de la familia para evitar que se comuniquen de manera analógica o puede sentarse entre dos miembros de la familia que habitualmente se controlan. La familia tiene una excelente capacidad en enredar a los otros en sus transacciones. El terapeuta debe evitar este escollo, sosteniendo la búsqueda del respeto del espacio personal. Su mensaje puede ganar importancia a través de la repetición.

Estas operaciones son necesarias a lo largo de todo el tratamiento. A menudo el terapeuta puede utilizar metáforas para comunicarles su falta de diferenciación. Si el terapeuta es consistente en la transmisión de este mensaje, los miembros se volverán concientes de sus estrategias intrusivas. La protección como valor familiar no es desafiado sino redefinido al incluir la protección individual.

Otra operación para desafiar el enmarañamiento tiene que ver con las fronteras de los subsistemas. Es característico de estos grupos que las diadas inmediatamente atraen a los demás miembros, de manera que si dos personas están hablando, los otros se les unen y ellos no pueden terminar sus transacciones. La familia rara vez es conciente hasta que punto interfiere. Frecuentemente la intrusión forma parte de una desviación del conflicto, otras veces se busca evitar una situación estresante. El terapeuta debe bloquear la intrusión y alentar una definición clara de las fronteras.

Es importante fortalecer las fronteras generacionales. El subsistema fraterno debe ser protegido de la intrusión de los padres y debe ser bloqueada la intervención de los hijos en las discusiones parentales.

Otra estrategia tiene que ver con el apoyo a la organización jerárquica del sistema. Es importante destacar que la autoridad no solo es necesaria para ejercer la función parental sino que además es parte de la responsabilidad de los padres para darles un sentido de protección a sus hijos. En las familias con adolescentes, el terapeuta debe puntualizar que hay áreas de control y responsabilidad de los padres, aunque hay otras áreas en las cuales los adolescentes se pueden relacionar como iguales.

Desafiando la sobreprotección.- Hay pequeñas intervenciones, que repetidas en un período de tiempo, ayudarán a que la familia tome conciencia de las maniobras de sobreprotección. Las intervenciones deben ser suficientemente pequeñas como para que sean recibidas sin que la familia deba apelar a mecanismos defensivos. Cuando son repetidas, implican un mensaje de proteger el derecho individual de intentar y fallar, y aprender a afrontar diferentes situaciones en este proceso. Es importante el señalamiento de las interacciones de sobreprotección en relación a todos los miembros de la familia.

Además de desafiar la sobreprotección el terapeuta apoya las conductas autónomas. Cada vez que la anoréxica se desempeña de una manera eficaz, el terapeuta encuadrará el momento respondiéndole con interés con el fin de resaltar su conducta y prolongar su sensación de competencia.

Es común que la paciente cocine para el resto de la familia, cuando el terapeuta observa que la anoréxica está tomando funciones maternas, puede desafiarla o puede desafiar al padre por permitir que la hija proteja a su esposa, que es una función del esposo.

Desafiando la evitación del conflicto.- El terapeuta puede abordar la evitación del conflicto creando fronteras que ayudarán a que los desacuerdos en la familia se puedan discutir y resolver. Estas operaciones pueden ser sencillas, por ejemplo, cuando dos miembros de la familia expresan una diferencia de opinión, puede pedirles que se sienten más cerca, usando el espacio para señalar una frontera, y luego pedirles que discutan el problema. El terapeuta bloqueará los intentos de los otros miembros para ayudar o intervenir de cualquier forma. Esta operación desafía la tendencia de estas familias a formar coaliciones como mecanismo de evitación del conflicto. Es importante para el terapeuta mantener la intensidad del conflicto, interviniendo para mantener los diálogos por más tiempo que el

habitual y a la vez evitar la intrusión y el escape con el fin de forzar a las diadas a enfrentar la situación conflictiva.

En diferentes etapas, el terapeuta se focalizará en áreas que no tienen que ver con la alimentación, como los conflictos interpersonales relacionados con las habilidades autónomas del paciente y la adecuación de las demandas parentales hacia la hija. El terapeuta apoyará el derecho de los padres a establecer las reglas en la casa y el derecho del niño a realizar conductas autónomas y acordes a su edad.

Desafiando la rigidez.- El objetivo al trabajar con estas familias, será el incrementar la intensidad hasta que se logre un cierto impacto. La repetición del mensaje es una manera de aumentar la intensidad. Otra forma es alargar el tiempo en que la familia se mantendrá en una situación conflictiva. La puesta en escena de los diferentes temas y el desarrollo de tareas concretas y diferenciadas son mucho más efectivas que solo la argumentación.

Desafío a la desviación del conflicto.- La utilización del niño para disipar el estrés en la familia es parte de las características del sistema aglutinado. El terapeuta puede apelar a dos modalidades diferentes para aumentar la fuerza de las fronteras entre padres e hijos. A veces usará su autoridad dentro del sistema terapéutico para impedir las maniobras intrusivas de cualquiera de los dos subsistemas. Esto requerirá de un terapeuta que pueda trabajar manteniendo la distancia con la familia, otras veces el terapeuta mantendrá una posición de cercanía, que caracteriza a estas familias, y se afiliará y formará coaliciones contra algunos miembros con el fin de desequilibrar el sistema.

La sesión de almuerzo.- La terapia familiar suele comenzar con una sesión de almuerzo que se extenderá como mínimo durante dos horas y que se divide en dos secciones. En la primera parte el terapeuta se une a la familia y desarrolla el sistema terapéutico: el terapeuta asume el liderazgo terapéutico, genera confianza en la familia, y apoya las áreas de competencia de los miembros de la familia, y prepara al sistema terapéutico para el stress de la siguiente etapa. La segunda parte de la sesión empieza cuando la comida es introducida en la sesión y el almuerzo comienza.

Cuando el terapeuta participa con los miembros de la familia en esta sesión, puede observar los patrones familiares que mantienen el síntoma anoréxico y evaluar cual será la estrategia de cambio. La meta de la sesión es transformar la visión familiar del problema partiendo de una concepción de la paciente anoréxica a una familia disfuncional. La sesión del almuerzo puede ser organizada para aumentar el foco en el problema de alimentación, o bien puede desenfocarlo.

La estrategia de focalizarse en la comida ha sido efectiva en las familias con pacientes jóvenes donde el incremento del control parental es frecuentemente acompañado por un rápido abandono de la sintomatología anoréxica o en familias con una paciente que se encuentre en una etapa en la cual la pérdida de peso pone en peligro su vida. La estrategia también es empleada para provocar una crisis con los adolescentes mayores cuando la familia es muy rígida o la paciente se encuentra en peligro físico.

Según Minuchin (1978) el terapeuta puede focalizarse en la conducta alimenticia reencuadrando a la anoréxica como desobediente y desafiando de sus padres a aumentar el control eficiente sobre su conducta demandándole que ingiera alimentos. Esto tiene el efecto de aumentar el control del subsistema parental sobre la paciente, lo que generalmente es seguido por un incremento del conflicto. El aumentar la impermeabilidad de las fronteras entre los padres y la hija, ayuda a la destriangulación de la anoréxica.

La estrategia de focalización es exitosa en lograr que la anoréxica comience a comer. Si es mantenida por más tiempo, la homeostasis familiar retorna a los patrones anteriores de organización que mantuvieron el control parental sobre el cuerpo de la anoréxica. Por la tanto, esta estrategia requiere de un período corto, y debe ser seguida por una estrategia terapéutica en donde el foco se aleje de la comida y de la alimentación.

En una estrategia opuesta, el terapeuta desenfatisa la concentración en los síntomas anoréxicos y se focaliza en los temas de toda la familia, específicamente en la diferenciación de los integrantes de la familia o bien puede centrarse en las transacciones parentales ignorando a la paciente.

Tratamiento según Hercovici.- Herscovici y Bay (2000) proponen tres modos de agrupar las anorexias nerviosas, que dan cuenta de algunas variaciones en el tratamiento psicoterapéutico.

Anorexias nerviosas por imitación: agrupan a las pacientes preocupadas por su peso en comparación con sus pares. Son pacientes más dóciles y se recuperan con mayor facilidad. Para este grupo, el eje de la terapia consiste en poner a los padres a cargo de instrumentar el tratamiento médico, y luego promover formas alternativas de diferenciación.

Anorexia nerviosa en el contexto de una estructura familiar defectuosa: este grupo abarca a aquellas familias en las cuales la conformación de los subsistemas está alterada, las fronteras son demasiado rígidas o demasiado difusas, hay coalición intergeneracional y triangulación del paciente identificado. En estos casos, en primer término, se pone a los padres a cargo de instrumentar el tratamiento médico y revertir la situación sintomática. Al hacerlo, se está trabajando la destriangulación. Luego, se trabajará en

la diferenciación adecuada del subsistema fraterno. Por último, la terapia se abocará a promover la autonomía de los subsistemas. En esta etapa se trabaja en forma individual y/o conjunta con el individuo o subsistema considerado. Esta propuesta coincide con la empleada por el grupo liderado por Minuchin de la Philadelphia Child Guidance Clinic.

Anorexias nerviosas con restricciones personales automatizadas: son aquellas en las cuales, una vez resueltas las constricciones familiares actuales, persiste un déficit acumulado a lo largo de la vida. En estos casos, en una primera fase se trabaja tal como se indica en el punto 2 y luego se prosigue en forma individual con el paciente designado. La diferencia es que el tratamiento individual suele ser más prolongado, llegando hasta dos años de duración con una frecuencia semanal.

El tratamiento familiar se implementará de la siguiente manera:

El primer objetivo del terapeuta es establecer el sistema terapéutico. El terapeuta tomará contacto con cada miembro de la familia. A través de esta mecánica, el terapeuta intenta comunicar que le interesa conocer los valores y habilidades individuales. Luego se abocará a explorar el motivo de consulta, las soluciones se fueron intentando, cómo era la vida antes de que se presentara la enfermedad y que es lo que quisieran lograr con el tratamiento. A lo largo de la entrevista, el terapeuta recoge información sobre el proceso interactivo que regula la relación entre los miembros de la familia, observando las interacciones familiares.

Luego le preguntará al paciente su reconstrucción de los hechos, sentimientos, temores, dudas, los métodos empleados para perder peso, metas con respecto al peso y cómo le resuena el peso propuesto por el clínico. Es frecuente, que al abordar alguno de estos temas, uno de los padres intente eludirlo. Esta interacción confirmará la tendencia a evitar el conflicto. Es importante que la paciente explique su pérdida de peso y las circunstancias que la rodearon. Si al hacerlo, la paciente expresa sus sentimientos de ineficacia y de ineptitud, el terapeuta, al mismo tiempo que se muestra solidario con su dolor, debe dejar en claro que no coincide con su idea de que perder peso es la única área en que puede ser exitosa. Al mismo tiempo, el terapeuta enfatiza en la necesidad de que la paciente vaya logrando la recuperación ponderal para luego poder abordar otros temas que la aquejan.

El diagnóstico que el terapeuta realiza de la familia tiene en cuenta la evaluación del funcionamiento de cada uno de los subsistemas. Mide la ejecutividad del subsistema parental, la capacidad de los padres de apoyarse mutuamente como tales y como cónyuges. Debe detectar la presencia de formaciones triangulares, y el grado de control que ejerce la paciente sobre la familia a través de su sintomatología.

Es importante, en función del diagnóstico, el nivel de desarrollo y satisfacción de cada uno de los miembros y la capacidad de resolución de conflictos en otras áreas.

El terapeuta debe buscar establecer una alianza con la paciente transmitiendo en forma convincente que comprende su padecimiento, pero que también conoce los riesgos de continuar descendiendo de peso.

El terapeuta devuelve la manera como él percibe las dificultades emocionales y sociales de la paciente, y deja claramente establecido que los objetivos del tratamiento incluyen la recuperación de peso como precondition para ir resolviendo otros aspectos.

El contrato de tratamiento debe ser claro, concreto, específico y centrado en el problema de la paciente, sin desviarse hacia la conflictiva entre los padres. El contrato debe incluir condiciones para el tratamiento ambulatorio vinculado con la evolución del estado clínico y frecuencia de las sesiones. En condiciones normales, una vez por semana, a veces reforzadas con un seguimiento telefónico. Cada uno de los padres y hermanos debe participar en función de ayudar a la paciente, ya que toda la familia debe estar implicada.

En la fase de recuperación de peso las restricciones suelen ser a la actividad física o extracurricular, pero no sería adecuado limitar a estas pacientes en sus contactos sociales. La autonomía será un logro propio que el terapeuta deberá apoyar en la medida en que la paciente vaya recuperando peso según las pautas establecidas. La ingesta excesiva no será bienvenida, esto debe ser así a fin de bloquear la eventual evolución hacia una bulimia.

La evolución de la curva de peso es información que el terapeuta debe poseer, pues es una medida de la respuesta de la familia al tratamiento. En esta etapa, la tarea de los padres es acordar, establecer y supervisar las condiciones que permitan llevar adelante el tratamiento.

Hercovici y Bay utilizan la sesión de almuerzo diseñada por Minuchin, cuando la familia no es capaz de llevar a cabo las indicaciones en forma adecuada.

Una vez que la paciente comienza a recuperar peso, el foco de las sesiones se desplaza a los otros aspectos de la vida familiar, que generalmente tiene que ver con dificultades del desarrollo y o con conflictos familiares no resueltos. A medida que se van encontrando modos alternativos de enfrentar situaciones problemáticas, los miembros de la familia van adquiriendo confianza en la situación terapéutica y en sus propias capacidades desplegadas. Mientras se van sucediendo los diferentes temas, el terapeuta alentará a los padres para que se apoyen mutuamente en sus intentos de promover la autonomía de sus hijos, y que la paciente recupere aspectos no utilizados hasta el momento, que le permitan ganar autoestima, seguridad y confianza para entrar en el mundo de sus pares. También se debe apoyar que la paciente exponga, de manera madura sus desacuerdos con sus padres y que comience a comprender y desear las ventajas de crecer.

En esta etapa, el terapeuta, frecuentemente, se convierte en aquél que modela una manera alternativa de estar en el mundo, desafiando la idiosincrasia establecida. Hay familias que interpretan el desacuerdo o las diferencias como una señal de peligro. El terapeuta debe lograr que lo aprehendan como parte integral del proceso de crecimiento y diferenciación. Asimismo, transmite que la progresiva separación no significa pérdida, sino una distancia diferente y una nueva modalidad vincular que deja a cada uno de los integrantes en disponibilidad para encarar otras cosas de la vida.

En la etapa final del tratamiento y a medida que se va resolviendo esta compleja temática, el terapeuta tendrá una relación sólida y confiable con cada uno de los subsistemas y están dadas las condiciones para abordar los conflictos intrasistémicos ya sean conyugales, paternos, fraternos o individuales. En esta etapa, se llevan a cabo entrevistas por separado con cualquiera de estas instancias. La resolución de la conflictiva marital es imprescindible, sobre todo en familias con hijos púberes o adolescentes. De lo contrario, el riesgo de cualquiera de los hijos de recaer en la triangulación es muy grande.

La fase final del tratamiento suele consistir en el abordaje de los distintos subsistemas por separado. En la práctica esto se puede llevar a cabo con entrevistas individuales semanales con la paciente, quincenales con la pareja de padres y mensuales con la familia total. Los temas centrales de la terapia individual suelen ser, por un lado apuntalar su desinclusión de la conflictiva parental y promover su acceso a la etapa de desarrollo apropiada. Frecuentemente, para viabilizar esto último hay que trabajar la autoestima y la desconfianza respecto del entorno. Un espacio importante se destina a trabajar estos aspectos y a desarrollar estrategias para modificar los aspectos que resulten insatisfactorios, en el ámbito personal, el familiar y el extrafamiliar.

La diferenciación de espacios terapéuticos contribuye a establecer la idea de objetivos y expectativas también diferenciados. Lo esencial es implementar la idea de que la joven no puede seguir guiándose por las restricciones de la situación familiar, sino que debe haber un margen de libertad.

Uno de los ejes de la terapia individual consiste en ayudar a la paciente a reconocer, aceptar y vehiculizar sus deseos, sentimientos, opiniones y percepciones corporales. El terapeuta va modelando, en la interacción con el paciente, una manera alternativa de enfrentar la realidad introduciendo flexibilidad en el nivel cognitivo empleando técnicas cognitivo-conductuales.

Cuando simultáneamente se encaran entrevistas con los padres, éstas tienen como eje el dilucidar y resolver la conflictiva de ellos que no involucra a los hijos. El tratamiento concluye en momentos diferentes para cada subsistema. El indicador para la finalización es constatar que el subsistema o persona considerada esté desenvolviéndose de una manera adecuada a la etapa del ciclo vital en que se encuentra.

Es útil averiguar cuáles creen ellos que fueron las condiciones o recursos que hicieron posible los cambios. Esto contribuye a que se perciban a sí mismos como artífices de su propio crecimiento. El tratamiento finaliza cuando los miembros de la familia están equipados para sobrellevar los problemas.

Si subsistiera una preocupación particular acerca del peso o de un hábito alimenticio restrictivo se debe calibrar en relación a las otras áreas de funcionamiento de la persona. Si no se mantiene a expensas de esas áreas es lícito concluir.

Los autores han encontrado que una buena manera de prevenir las recaídas es manteniendo un seguimiento riguroso. Se establecerá un control clínico cada tres, seis y doce meses, durante el cual se supervisa que no haya una variación de peso significativa.

Referencias bibliográficas

Herscovici C y Bay L (2000) Anorexia nerviosa y bulimia. Buenos Aires: Paidós.

Minuchin S, Rosman B & Baker L (1978) Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context. Cambridge, Massachusetts. USA. Harvard University Press.

RAPPORT

Definición.- Contacto afectivo entre dos personas, y especialmente entre terapeuta y paciente, y que posibilita en este último caso el tratamiento.

Cazau P (2000) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

REATRIBUCIÓN

Definición.- Técnica cognitiva donde "en lugar de condenarse a sí mismos por problemas que escapan a su control, los pacientes identifican todos los factores que contribuyen al problema. Pueden utilizar su energía para resolver problemas, o aprender de ellos mismos, en lugar de sentirse derrotados y culpabilizados".

Burns D, Técnicas cognitivo-conductuales <http://users.servicios.retecal.es/jureva/tecnicasburns.htm> Traducido al castellano por: Juventino Reguera Baños.

RECUPERACIÓN

La consideración actual de la recuperación.- En épocas anteriores, la práctica clínica en salud mental estaba fundamentada en la creencia de que las personas con enfermedades mentales graves no se llegaban a recuperar nunca. La evolución de la enfermedad se consideraba de manera pesimista como un proceso de deterioro, o bien en el mejor de los casos como proceso de mantenimiento del estado actual del paciente. Las investigaciones realizadas a lo largo de los 30-40 últimos años han puesto en tela de juicio esta creencia y han demostrado que en muchos individuos es posible la recuperación. Las personas que sufren enfermedades mentales graves han publicado por sí mismas relatos de su propia recuperación y también han apoyado el desarrollo de servicios de promoción de la recuperación. En Estados Unidos y en otras regiones geográficas se han desarrollado políticas para considerar la recuperación como el principal objetivo de los servicios asistenciales. Hoy en día, especialmente en Estados Unidos, se están desarrollando numerosas iniciativas para la transformación de los servicios y sistemas, de manera que su objetivo sea la recuperación. A pesar de estas tendencias, la idea de la recuperación sigue siendo controvertida y, de alguna forma, ilusoria. En este artículo se aclara el significado del término «recuperación», se revisan los estudios de investigación y los relatos en primera persona que ofrecen los fundamentos de la recuperación, y se abordan las consecuencias del desarrollo de servicios asistenciales orientados hacia la recuperación.

Marianne Farkas, La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención. WORLD PSYCHIATRY. 2007 JUN; 6(2).

RED FAMILIAR

Generalidades.- Speck refiere que un 80% de casos de esquizofrenia fueron tratados sin medicación y con el solo auxilio de la psicoterapia familiar. Sin embargo en un 20% restante se entrevió la necesidad de incluir dentro del grupo terapéutico a otros miembros, como amigos, vecinos y parientes, es decir a la red social de la familia del esquizofrénico. El objetivo era reunir a todos ellos, que en un caso llegaron a ser 40, para resocializar la unidad familiar, que había quedado bastante aislada de amigos, parientes y vecinos, quebrar los vínculos patológicos y fortalecer los sanos.

Por su parte, Attneave reemplazó en un paciente el tratamiento individual con internación por un tratamiento en su pueblo, en el contexto vecinal, o sea, formar un equipo terapéutico donde intervinieron profesionales pero también habitantes del pueblo: comerciantes, clérigos, vecinos, parientes. La meta era establecer relaciones coherentes entre personas que pudieran estimularse entre sí, y el paciente poder crecer emocionalmente. La autora hizo en su propia familia (tenía hijos pero no esposo) una red familiar con abuelos maternos y paternos, tíos, amigos, vecinos, maestros, colegas, conformando un "nuevo hogar".

Una red social, según los antropólogos británicos, es una estructura social de amplitud y grado de intimidad comparables a las familias y clanes, pero que no se basan únicamente en relaciones de parentesco. Incluye contactos directos e indirectos entre las personas. Es un recurso importante para tratar a los pacientes, o sea, integrarlos en su red familiar y su red social amplia, pues muchas veces la sola familia no basta o simplemente no existe. Una red social incluye el núcleo familiar y todos los parientes, pero también amigos, vecinos, colegas y todos aquellos que muestran capacidad y voluntad de participar. Muchos síntomas de enfermedad mental provienen de alienarse respecto de la red social, y muchas veces una red social perpetúa una patología, buscando chivos emisarios.

Hay dos diferencias con los grupos convencionales: a diferencia de los grupos terapéuticos, las personas de una red social ya se conocen de antes y seguirán intimando después. Otra diferencia es que allí aparecen en forma natural mitos, ritos, culpas que son naturales, no recreadas artificialmente en un consultorio.

Resumen de Speck y Attneave (1994) Redes familiares. Introducción.

El efecto de red.- Es un efecto que se observa al margen de objetivos terapéuticos explícitos, y que pueden ser inducidos para resolver crisis. Implica una retribalización: se reviven relaciones que habían perdido su fuerza, y se aflojan o cortan los lazos simbióticos. Se aprecian nuevos talentos e intereses latentes, y necesidades expresadas por primera vez. El mundo se aparta de su amenazante soledad y despersonalización y se exorcizan antiguos fantasmas. Por ejemplo en asambleas de grupos revolucionarios, reuniones de ex-alumnos, etc.

Este efecto de red torna visible la red social, e implica un crecimiento, un reajuste, un reaprendizaje que puede reparar el daño. Ello es posible porque cualquier persona puede reunir 40 o 50 otras personas en algún momento de crisis, entre parientes, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc. El objetivo de la mediación terapéutica en una red social es utilizar su poder para sacudir un sistema que se ha vuelto rígido, creando las condiciones para que se produzcan los cambios deseados por sus integrantes.

Por ejemplo, un efecto de red hizo que varias personas ayudaran a una esquizofrénica que tenía un vínculo simbiótico con la madre, a que buscara nueva vivienda, darle trabajos, etc. El efecto de red parece iniciarse cuando los miembros advierten que forman parte de una particular constelación humana. La mediación terapéutica llama "red" a dicha constelación, y tiende a estrechar y estimular las nuevas asociaciones operando dentro de ellas. Aparecen menos reglas formales y hay un mayor clima de

libertad. Una red social enferma siempre buscará algún chivo emisario para representarse a sí misma, y si la red social se cura, no hay necesidad de que haya enfermos.

Algunas definiciones básicas son:

RED: Campo relacional total de una persona y tiene, por lo común, una representación espacio-temporal. No es muy visible, son muchas personas (entre 15 y 100 habitualmente) que no necesariamente se conocen entre sí y hay pocas reglas formales. Temporalmente son los abuelos, los nietos, etc., y en forma actual los vecinos, amigos, etc. Hay también redes de redes, que podemos llamar tribus. Una tribu comparte una experiencia, acumula una historia y abarca varias reglas y conjuntos de personas aleatorias e informales: por ejemplo todos los seguidores del festival de Woodstock de rock. Si la tribu pierde flexibilidad se estanca o disuelve, y deja de incorporar miembros, aunque las redes y tribus pueden persistir por generaciones.

Mediador: terapeuta que interviene en un caso patológico apelando a las redes sociales.

Activista de red: Individuo capaz de suscitar la acción de los demás y organizar su ejecución.

Familia: todas las personas que habitan en una casa, tengan o no vínculos sanguíneos.

Familia extensa: sistema de parentesco corriente que incluye las relaciones adoptivas.

Equipo de mediación en la red: Conjunto de mediadores por lo general profesionales, pero que a veces incluye activistas de red experimentados provenientes de otras redes.

La mediación terapéutica: el cambio de marco de referencia.- Esta mediación consiste por lo general en: 1) Redefinir la conducta presentada inicialmente como 'síntoma' y 'paciente' describiéndola como reacciones naturales y regulares frente a una estructura social inapropiada. 2) Se expone esa situación ante todos los miembros de la red del paciente con los que tiene íntimo contacto. Se define la situación en términos de dos o tres problemas potencialmente solucionables entre todos. 3) Se invita al resto de red, amigos, etc., a que se reúnan con los mediadores. Es la forma en que la familia y los mediadores pueden modificar el marco de referencia social y producir la curación.

Las conmociones sociales originan nuevas tensiones y precipitan situaciones afligentes que no deben interpretarse como un nuevo disfraz de viejas patologías. Clínicamente los adolescentes de hoy, por ejemplo, parecen desesperanzados, pero lo admiten francamente sin sentir culpa por ello. El psicoterapeuta debe acompañar todos estos cambios y debe innovar.

Resumen de Speck y Attneave (1994) Redes familiares. Capítulo 1.

Las fases del efecto de red.- Estas fases deben seguir un espiral no un círculo para facilitar la experiencia de retribalización o renovación. Las fases son seis:

1. **Retribalización:** se considera como punto de partida el estado en que quedó una red por una retribalización anterior. Las siguientes fases describen como se vuelve a producir una retribalización más beneficiosa.

2. **Polarización:** Consiste en descubrir y activar las posiciones y puntos de vista antagónicos que existen en la red. Se definen problemas y se comprenden situaciones, mientras los miembros toman posiciones distintas frente a ellos.

3. **Movilización:** Cuando la atención empieza a centrarse en la energía creada por la polarización, ha llegado la hora de movilizarla y canalizarla en forma positiva. Se sugiere que todos centren su atención en problemas concretos para encarar el problema del 'paciente'.

4. **Depresión:** Una tarea difícil encontrará al principio desesperanza, resistencia y hasta desesperación., pero siempre hay quien empezará a esbozar soluciones prácticas.

5. **Apertura a la acción autónoma:** cuando un cierto número de activistas empiezan a intentar soluciones innovadoras y a procurar que los demás se sumen a ellos o los apoyen, la depresión es reemplazada por la aceptación resuelta y por la tenaz persistencia en alcanzar una acción autónoma.

6. **Agotamiento y entusiasmo:** Cuando se produce la apertura hacia la acción autónoma de modo tal que todas las partes del sistema reciben apoyo y se generan cambios en las conductas y estilos de vida que eliminan la crisis original, hay un aura de satisfacción y entusiasmo, experimentada como fruto de actividades que la red ha llevado a cabo por y para sí misma, en lugar de ver en ello el resultado de la intervención terapéutica. El grupo ha quedado entrelazado en una especie de sistema cohesivo por la experiencia compartida, lo que confiere realidad a la retribalización. Luego se esto se genera naturalmente la retribalización, y se puede reiniciar el ciclo. En el texto se da un ejemplo extenso sobre estos ciclos.

Resumen de Speck y Attneave (1994) Redes familiares. Capítulo 2.

REDEFINICIÓN

Definición.- "En teoría clínica, redefinición es un desplazamiento de perspectiva, del paciente individual al sistema familiar; da lugar a un significado nuevo para el síntoma individual. En la práctica clínica, este desplazamiento se puede compartir con la familia como un reencuadramiento del problema presentado, tal que ahora las conductas individuales se vean eslabonadas a una pauta familiar significativa".

Umbarger C, "Terapia familiar estructural", Barcelona, Paidós.

Generalidades.- Partimos de la idea que toda terapia exitosa modifica la opinión del consultante respecto de la causa de su malestar, su naturaleza y modo de resolverlo. O sea, el paciente redefine, o acepta redefiniciones con sus correspondientes direcciones de acción implícitas o explícitas.

Redefinición es la operación donde el terapeuta ofrece un nuevo sentido a una situación. Si el paciente acepta este nuevo sentido, entonces decimos que cambia; cambia su marco conceptual y emocional, cambian los sentidos atribuidos y no los hechos mismos. La angustia puede tener sentido de problema o sentido de que se acerca a una solución.

Las intervenciones del terapeuta, sean como preguntas, omisiones, etc terminan por estructurar una presentación que no es nunca "datos objetivos" sino construcción. No hay en rigor datos objetivos, sino solo datos presentados a quien escucha y filtrado por las ideas propias de quien los enuncia y quién los escucha.

No se trata que el paciente sea obediente, sino que procese su información y su respuesta: debe estar abierto a una redefinición. Por ejemplo, el motivo de la consulta resulta de una construcción activa de ambos, paciente y terapeuta. Al presentar su padecer, el consultante lo va transformando, por su interacción con el terapeuta. Esta primera reestructuración prepara las redefiniciones posteriores, ampliándose la visión inicial del problema. Así, un problema con el jefe, puede luego redefinirse como un problema con el padre, aunque no necesariamente aplicamos redefiniciones en un contexto psicoanalítico profundo: hay quienes buscan ahondar su problema existencial y quienes simplemente quieren que su hijo les obedezca.

Dos cosas debemos tener en cuenta para que la redefinición pueda influir en la dirección esperada por el terapeuta: 1) lo cerca que está esa reformulación de modos de pensar y sentir que el consultante reconoce como propios; 2) la capacidad de influenciar el terapeuta la conducta, pensamientos y emociones del consultante, con relación a los motivos de consulta. Así, cuando el terapeuta va a hacer una redefinición dudosa, su poder debe ser lo suficientemente grande, como para que el paciente la acepte.

En suma: los procesos psicoterapéuticos de cualquier tipo, se basan en la construcción de redefiniciones, en la cual participan por igual paciente y terapeuta, y dónde este último debe sólo guiar la tarea en base a las indicaciones del primero.

Resumen de Hirsch H y Berezovsky I, Construcción de redefiniciones: base de toda terapia. Incluido en Hirsch y otros (1994) Estrategias psicoterapéuticas institucionales. Buenos Aires: Nadir Editores.

REEDUCACIÓN

Definición.- "1. En neuropsicología, conjunto de técnicas y medidas terapéuticas aplicadas a un individuo afectado por una lesión motora o psicomotora, con el objetivo de que éste pueda recuperarla, o pueda hacer un uso de ella más o menos normal. 2. En psicología infantil, aplicación de técnicas psicopedagógicas con el objetivo de solucionar diferentes problemas escolares (acalculia, dislexia, déficit de atención, etc.). Además, la reeducación forma parte de las actividades generales del campo de la psicología infantil".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- 1. Proceso del restablecimiento de una función o capacidad perdida, mediante un entrenamiento apropiado. La función puede ser de naturaleza específica (por ejemplo, la pérdida de la capacidad de realizar alguna manipulación, debida a una lesión cerebral o a un trauma de una parte determinada del cuerpo), o de tipo más general, originada a raíz de un trastorno mental no acompañado por lesiones cerebrales bien definidas, como una histeria o paranoia. 2. Sinónimo: *Reaprendizaje*. 3. Ayuda psico-pedagógica que se ofrece al niño que presenta problemas de conducta o de carácter, a fin de sacarlo de su desorientación, llevarlo nuevamente al punto de partida del cual perdió su ruta, y encaminarlo hacia la vida social. No hay una clara distinción entre reeducación y psicoterapia. En sentido general, la reeducación se refiere solamente a los trastornos de inteligencia y a los motóricos. Sin embargo, no hay psicoterapia sin reeducación. A la reeducación pertenece también la educación espiritual del sujeto. Se considera que desde el punto de vista de reeducación no hay diferencia entre adulto y niño ("un neurótico es un niño que llora", dice Caruso).

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

REHABILITACIÓN COGNITIVA

Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia.- Objetivo: Este estudio evalúa los efectos de la rehabilitación cognitiva en la mejora del rendimiento cognitivo, los síntomas y el funcionamiento psicosocial en la esquizofrenia. Método: Se llevó a cabo un metaanálisis de 26 ensayos aleatorizados y comparativos de rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia que incluyeron a 1.151 pacientes.

Resultados: La rehabilitación cognitiva se asoció con mejoras significativas en los tres parámetros, con un tamaño de efecto medio en el rendimiento cognitivo (0,41), un tamaño de efecto un poco menor en el

funcionamiento psicosocial (0,36) y un tamaño de efecto pequeño en los síntomas (0,28). Los efectos de la rehabilitación cognitiva en el funcionamiento psicosocial fueron significativamente más fuertes en los estudios que proporcionaban rehabilitación psiquiátrica complementaria que en los que sólo proporcionaban rehabilitación cognitiva.

Conclusiones: La rehabilitación cognitiva produce mejoras moderadas en el rendimiento cognitivo y, cuando se combina con rehabilitación psiquiátrica, también mejora los resultados funcionales.

Susan R. McGurk , Elizabeth W. Twamley , David I. Sitzer , Gregory J. McHugo , Kim T. Mueser, Metaanálisis de la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 DIC; 164(12).

REINGRESO

Reingreso en Hospitales de Día.- Pretendemos estudiar el perfil del paciente de Hospital de Día (HD), observar si un ingreso en HD disminuye los reingresos en cualquier unidad hospitalaria, qué variables están relacionadas con menos reingresos y si existe relación entre la duración del ingreso en HD y los reingresos.

Método: Estudio retrospectivo y comparativo de cada uno de los pacientes. Duración: 28 meses (167 pacientes). Resultados analizados en función del tipo de ingreso: I y II. El tipo I es de más de 10 días de duración y tiene una finalidad terapéutica.

Resultados: Encontramos una disminución de los reingresos en los tipo I, a expensas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia/otros T. psicóticos y T. afectivos. Disminución de los reingresos en pacientes con mayor número de hospitalizaciones previas y en aquellos que realizaron un ingreso de mayor duración. **Conclusiones:** Se deduce que el HD es eficaz, sobre todo para aquellos pacientes con diagnósticos de trastorno psicótico y del estado de ánimo.

Quesada Franco M y otros, ¿El Hospital de Día Psiquiátrico de Adultos evita ingresos posteriores? ANALES DE PSIQUIATRÍA. 2006; 22(5).

RELACIÓN TERAPÉUTICA

Generalidades.- Denominamos relación médico-paciente al modo en que interaccionan el profesional y el paciente y/o su familia, al trato que se dispensan ambos. Esta interacción es, básicamente, un proceso de comunicación, de intercambio entre personas; por ello, para cada paciente, para cada profesional, puede representar significados diferentes, dado que la relación se ve particularmente influida por la percepción y la experiencia de cada individuo. No obstante, la consideración del proceso de interacción entre el médico y el paciente como objeto de análisis y estudio, incluyendo los esfuerzos por identificar los tipos o modelos de relación que la caracterizan, ha sido abordada por numerosos autores. También ahora empezamos a disponer de datos empíricos que corroboran la validez de los modelos propuestos en la práctica clínica, aunque la información existente es todavía escasa.

La relación médico-paciente tradicionalmente ha sido considerada por los profesionales un pilar esencial del ejercicio médico. Por otra parte, se reclama por parte de los pacientes como un derecho del que, ante el imparable avance de la «tecnificación» de la asistencia médica, ven peligrar su existencia. Unos y otros hacen un uso extenso del término, a veces con significados un tanto contrapuestos.

Ruiz Moral R, J Rodríguez J, y Epstein R, ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. Aten Primaria. 2003 DIC; 32(10):594 - 602.

Generalidades.- La psicoterapia no se puede concebir al margen del establecimiento de una relación interpersonal entre cliente y terapeuta. Entre los componentes de la relación terapéutica, la alianza es el que ha recibido más atención por parte de la investigación. La calidad emocional y relacional del vínculo entre ambos es una parte imprescindible del éxito del proceso psicoterapéutico y, de hecho, la investigación en psicoterapia indica que resulta ser un aspecto determinante de la eficacia de la terapia.

Corbella S y Botella L, La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. Anales de Psicología. 2003 DIC; 19(2):205-221.

Modelos.- "Entre los modelos de relación paciente-médico se incluyen el modelo activo-pasivo, el modelo maestro-alumno (o modelo padre-hijo, o guía-cooperación), el modelo de participación mutua y el modelo de amistad (o intimidad social). El *modelo activo-pasivo* implica una completa pasividad del paciente y la subsecuente asunción por parte del médico de la toma de decisiones. En este modelo, el paciente no asume prácticamente ninguna responsabilidad en su propio cuidado y no toma parte en el tratamiento. Resulta adecuado cuando el paciente se encuentra inconciente, inmovilizado o en estados delirantes. En el *modelo maestro-alumno* se asume y recalca la preponderancia del médico. El papel del médico es paternalista y controlador; el papel del paciente es fundamentalmente de dependencia y aceptación. Este modelo se observa a menudo durante la recuperación de las intervenciones quirúrgicas. El *modelo de participación mutua* supone igualdad entre el paciente y el médico; ambos necesitan y dependen del concurso del otro. La necesidad de una relación médico-paciente basada en un modelo de mutua y activa participación es absolutamente evidente en el tratamiento de enfermedades crónicas,

como la insuficiencia renal y la diabetes, en las que el conocimiento y aceptación por el paciente de las ramificaciones del tratamiento son críticas para el éxito de éste. El modelo puede ser eficaz en situaciones agudas, por ejemplo, la neumonía. El *modelo de amistad* en la relación médico-paciente se considera generalmente como disfuncional e incluso falto de ética. En la mayor parte de las ocasiones representa un problema psicológico subyacente en el médico, quien quizás tenga una necesidad emocional de desviar los cuidados debidos al paciente a una relación de compartir información personal y amor. El modelo supone la perpetuación indeterminada de la relación, en lugar de tener un final adecuado, y una pérdida de los límites entre profesional e intimidad".

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Generalidades.- La terapia es ante todo una relación entre dos personas que comparten e intercambian información, sentimientos y actitudes. Entre esas personas debe establecerse una alianza, o sea, trabajan juntos para un objetivo en común: el cambio terapéutico.

Según Rogers, el poder de la relación terapéutica incluye tres ingredientes: autenticidad (el terapeuta se entrega sinceramente y no está influenciado por sus propios valores o estados de ánimo), empatía (puede ponerse en el punto de vista del cliente, sintiendo lo que él siente), y aceptación positiva incondicional (aceptar al cliente como es, sin juzgarlo).

A diferencia de la relación de amistad, la relación terapéutica se centra en el cliente (es unilateral), es formal, y está limitada en el tiempo. También el terapeuta funciona en cierto sentido como mentor y profesor, pues la psicoterapia implica una reeducación del cliente.

Contenido y proceso.- El contenido de la comunicación es literal (por ejemplo ante la pregunta 'qué hora es', se contesta las cinco), pero el proceso hace referencia al significado que tiene la pregunta en la sesión (por ejemplo ante la pregunta 'qué hora es', preguntar si está ansioso por terminar).

Frustraciones del cliente.- Cuando el cliente se siente frustrado, el terapeuta debe reconocer las necesidades de amparar al cliente, y además decidir cuando debe amparárselo y cuando no, pues a veces no conviene gratificar las necesidades y deseos del cliente.

Apertura personal.- Tanto el terapeuta como el cliente deben tener una apertura personal hacia el otro. La apertura personal de cliente, o auto-revelación, es importante porque si no puede realizarse la terapia, porque permite promover una experiencia de intimidad con el terapeuta y porque dicha apertura es una competencia o habilidad para afrontar los problemas. También importa la apertura personal del terapeuta, es decir, el terapeuta debe tener proximidad (como se indicó en el capítulo 3), lo que implica diferenciar contenido de proceso, compartir sentimientos negativos, etc.

Resumen de Kleinke K (1995) Principios comunes en psicoterapia. Desclée de Brouwer. Capítulo 4.

Perspectiva conductual.- En la tradición conductal primitiva, era notorio hasta qué punto se desestimaba la importancia de la relación terapéutica con respecto a los principios del condicionamiento. Se presuponía que con la eficacia de los tratamientos conductuales era atribuible a ciertos principios del condicionamiento derivados de la investigación de laboratorio, la relación terapéutica carecía relativamente de importancia. Programando las contingencias de aprendizaje apropiadas, se podía ayudar a los pacientes a desaprender conductas inadaptadas y reemplazarlas por conductas adaptadas. T. Ayllon y J. Micheal (1959), por ejemplo, se autodesignaban "ingenieros conductuales", en sus primeros escritos H.H. Eysenck (1966) sostenía que "las relaciones personales no son esenciales para la cura del trastorno neurótico, aunque pueden ser útiles en ciertas circunstancias" (p. 67).

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 2.

Perspectiva cognitivo-conductual.- Safran y Segal plantean la perspectiva cognitivo-conductual de la relación terapéutica en los siguientes términos resumidos:

Facilitación del proceso de influencia social.- Un tema fundamental y persistente en la bibliografía cognitivo-conductual referente a la relación terapéutica ha sido la conceptualización de la terapia como un proceso de influencia social que puede facilitarse aumentando el atractivo del terapeuta. Se suele considerar que ciertas cualidades personales del terapeuta, como empatía, calidez y sinceridad, ejercen una influencia positiva sobre el proceso terapéutico al incrementar las posibilidades de que el paciente cumpla con las tareas terapéuticas. Es interesante notar que a diferencia de la tradición centrada en el cliente, en la empatía y la calidez se consideran esenciales para facilitar la autoaceptación del paciente, la tradición conductal tiende a considerar estas cualidades como medios de aumentar el atractivo social y la consiguiente influencia social del terapeuta.

Expectativas terapéuticas positivas.- Otro aspecto de la relación terapéutica que han tenido en cuenta los terapeutas conductistas y los de orientación cognitivo-conductual es el papel que tienen en la creación de expectativas terapéuticas positivas.

El terapeuta como modelo de rol.- Mahoney (1974) sostiene que puede ser útil que el terapeuta "piense en voz alta" a efecto de suministrar a los pacientes un buen modelo del tipo de mecanismos cognitivo-mediadores que pueden emplearse a tratar situaciones difíciles.

Empirismo cooperativo.- Para entablar una buena cooperación terapéutica, Beck y Young (1985) sostienen que los terapeutas deben ser auténticamente cálidos, empáticos, sinceros y atentos, y no

representar el papel de "experto absoluto". Deben preocuparse por no parecer crítico o reprobadores y por mostrar una actitud segura y profesional, que contribuya a inspirar confianza y a contrarrestar la desesperanza que inicialmente pueda tener el paciente. Parte del proceso de entablar una buena relación cooperativa, señalan estos autores, implica trabajar junto con el paciente para fijar objetivos terapéuticos, determinar prioridades y acordar un orden del día para cada sesión.

Desarrollo de un enfoque cognitivo sistemático de la relación terapéutica.- Con todo, hay dos consideraciones que creemos que merecen ser consideradas detenidamente. La primera es si existe un marco conceptual adecuado y global en la terapia cognitiva para comprender la relación entre los factores técnicos específicos y la relación terapéutica genérica. La segunda es si se ha prestado la debida atención a la tarea de especificar a cada momento, o paso a paso, los hechos del proceso terapéutico a través de los cuales se interrelacionan los factores técnicos y la relación.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 2.

Vínculo terapéutico.- "La psicoterapia es un tipo particularmente complejo de relación de ayuda. Quien consulta, lo hace aquejado por algún síntoma o problema que supone tiene alguna causación psicológica. El que el paciente sea capaz de mostrar su dolor psíquico, y que el terapeuta sea capaz de acogerlo empáticamente, y desde allí empezar su labor de ayuda psicológica, ha sido desde siempre el punto de partida de toda psicoterapia. La relación existente entre intervención terapéutica y vínculo fue establecida por Freud en 1913 cuando, respondiendo a la pregunta de en qué momento intervenir, escribió: "Nunca antes de haberse establecido en el paciente una transferencia utilizable, un rapport en toda regla con nosotros. El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura y a la persona del médico. Para ello no hay más que dejarle tiempo. Si le demostramos un serio interés, apartamos cuidadosamente las primeras resistencias y evitamos ciertas torpezas posibles, el paciente establece enseguida, espontáneamente, tal enlace" (Freud 1913, BN, vol V. p.1671-2; énfasis mío). A reglón seguido, Freud insiste en que el terapeuta debe evitar cualquier actitud que no sea de simpatía y de cariñoso interés hacia su paciente. Nueve décadas después, esa afirmación sigue siendo válida, quizás mucho más de lo que el mismo Freud pensaba en ese momento. Ha pasado mucha agua bajo el puente y la naturaleza del vínculo y de las intervenciones eficaces del terapeuta han ido revelando una fascinante complejidad".

Juan Pablo Jiménez, El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en la terapia psicoanalítica, APERTURAS PSICOANALÍTICAS. 2005 JUL;(20).

Teoría del médico sobre la relación.- Objetivo. Identificar y analizar cuál es la «teoría» que los médicos de familia expresan sobre las características esenciales de la relación médico-paciente efectiva y funcional y sobre cómo alcanzarla («teoría declarada» de Argyris y Schon).

Diseño. Cualitativo, basado en análisis de discursos.

Emplazamiento. Atención primaria.

Método. Entrevistas audiograbadas a 10 médicos de familia seleccionados por muestreo intencional que fueron transcritas. Se identificaron las proposiciones de los discursos y se construyeron mapas conceptuales. Se realizó un análisis inductivo mediante la categorización de los temas y posiciones aparecidos, y la identificación de similitudes y diferencias intersujetos.

Resultados. La confianza y la ausencia de conflictos son las principales características deseables de la relación médico-paciente. La actitud «demandante» y la deshonestidad de los pacientes son los obstáculos más citados. Se acepta la negociación pero se mantiene una visión muy limitada de la participación del paciente. Se aprecian diferencias en la distancia, el foco biomédico frente a psicosocial y en la educación sanitaria. Las habilidades de comunicación y las cualidades del médico son poco citadas. La terminología técnica en esta área aparece poco en los discursos.

Conclusiones. Los discursos resaltan el «consumismo sanitario» y descubren desacuerdos sobre la distancia en la relación y el abordaje psicosocial. Estos puntos, que deben ser priorizados en la formación, junto con la educación, pueden servir para definir distintas orientaciones profesionales de los médicos de familia. La metodología de la formación debe tener en cuenta que la experiencia domina en la «teoría declarada» en esta área.

José Ramón Loayssa Lara, Fermín González García, Roger Ruiz Moral. Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente. ATENCIÓN PRIMARIA. 2007 JUN; 39(6).

RELAJACIÓN

Generalidades.- Un estudio realizado por varios centros catalanes y americanos ha revelado que las técnicas de relajación habituales en psicoterapia mejoran el rendimiento del cerebro, según Mariana Rovira, coautora del trabajo.

Las técnicas de relajación inducen cambios funcionales y estructurales en el cerebro e inducen una mayor optimización de la sustancia gris, ha explicado Mariana Rovira, directora médica de CRC-Tavern y coautora del estudio que lo ha demostrado. El trabajo se ha presentado en el decimosegundo congreso Human Brain Mapping, celebrado en Florencia y que, según Rovira, en la actualidad está considerado como el encuentro más importante en neurociencia. Su investigadora principal ha sido Susana Carmona y

ha involucrado a investigadores de CRC Corporación Sanitaria; a Óscar Vilarroya, de la Universidad Autónoma de Barcelona; a Xavier Tomás y Juan Domingo Gisbert, del Instituto de Alta Tecnología del Parque de Investigación Biomédica de Barcelona, y también a científicos de la Universidad de Columbia, de Nueva York, del Instituto Mind/Body y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, en Boston.

En relación a esta investigación, Rovira ha señalado que "inicialmente pensábamos encontrar cambios funcionales en el cerebro, pero no estábamos seguros de hallar cambios estructurales" que finalmente se han observado tras las ocho semanas del estudio.

Para llevarlo a cabo, se reclutó a 20 voluntarios sanos, de entre 18 y 28 años, y que nunca antes habían realizado una técnica de relajación. Diez de los pacientes eran requeridos una vez a la semana a una sesión de entre 45 y 60 minutos, donde se les sometía a distintas técnicas de relajación, mientras que los diez pacientes restantes acudían a sesiones donde sólo se les hablaba de cuestiones de salud, dieta y ejercicio, pero no recibían ningún entrenamiento de relajación.

Dos mejor que una El subgrupo que recibió instrucciones de relajación fue entrenado por un profesor en dos técnicas: la Focus word y la Body scan. La primera consiste en enseñar a respirar (inspirar y espirar adecuadamente) al tiempo que se pronuncia una palabra que produce tranquilidad (como un mantra). La segunda consiste en pedir al paciente que se estire y que vaya entrando en contacto con su cuerpo, a fin de realizar un rastreo sobre las sensaciones físicas (de relajación, contracturas, etcétera) que percibe de pies a cabeza. Ambas son las técnicas de relajación más habituales en la psicoterapia y están basadas en la meditación vipassana, un arte milenario de origen indio y del que son maestros los monjes budistas, que al realizarlas tienen la sensación de levitación.

FUENTE: DIARIO MÉDICO. 2006 JUL

Relajación, terapia de.- Técnica de relajamientos progresivos que consiste en enseñar al paciente cómo relajar los músculos y las incipientes respuestas motoras que se encuentran en hipertensión esencial, las ansiedades, insomnios, tics y otras semejantes. El método más aceptado es el de *Schultz*, denominado por él *entrenamiento autogénico*, a base de las prácticas de Yoga. Otro método es el de Jacobsen.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

RELIGIÓN

Religión y ajuste psicológico para enfrentarse al estrés.- Una literatura cada vez mayor sugiere que la gente se vuelca en la religión para hacer frente a eventos estresantes. Sin embargo, los estudios sobre la eficacia del manejo religioso en personas que enfrentan situaciones estresantes han tenido resultados mixtos. Hasta la fecha, ningún estudio publicado ha intentado sintetizar cuantitativamente la investigación sobre el manejo religioso y el ajuste psicológico al estrés. El propósito del presente estudio fue sintetizar la investigación sobre métodos de manejo religioso de situaciones específicas y determinar cuantitativamente su eficacia en personas que enfrentan situaciones estresantes. Se condujo un meta-análisis de 49 estudios relevantes con un total de 105 tamaños de efecto, para examinar cuantitativamente la relación entre el manejo religioso y el ajuste psicológico al estrés. Se investigaron cuatro tipos de relaciones: manejo religioso positivo con ajuste psicológico positivo, manejo religioso positivo con ajuste psicológico negativo, manejo religioso negativo con ajuste psicológico positivo, y manejo religioso negativo con ajuste psicológico negativo. Los resultados del estudio apoyaron generalmente las hipótesis de que las formas positivas y negativas del manejo religioso están relacionadas con el ajuste psicológico positivo y negativo al estrés, respectivamente. Se discuten las implicaciones de los resultados y de sus limitaciones.

Gene G. Ano, Erin B. Vasconcelles, Religión y ajuste psicológico para enfrentarse al estrés: Un meta-análisis. JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY. 2005 ABR;61(4).

RENACIMIENTO

Reedición del nacimiento.- En el invierno de 1974, un californiano llamado Leonard Orr estaba haciéndose un baño de vapor. Cerró los ojos, y comenzó a respirar como lo indicaba una milenaria técnica hindú (parayama), que había aprendido en sus viajes a la India. En tal situación, las imágenes de su nacimiento comenzaron a sucederse una tras otra y al terminar, todos sus recuerdos fueron confirmados por su madre.

La técnica en cuestión fue desarrollada bajo el nombre de rebirthing (renacimiento) y según su autor y seguidores, promete recuperar los momentos del parto tal y como fueron originalmente experimentados, para detectar el origen de las frustraciones y poder superar una serie de limitaciones y conductas negativas que padecemos a lo largo de nuestra existencia.

Aunque en Europa y EEUU hay millones de personas que hacen el rebirthing, en nuestro país esta práctica es escasa porque hay apenas cuatro 'renacedores'. La técnica consiste en respirar pausadamente según ciertas prescripciones y en un lugar tranquilo, silencioso y acogedor. Recién a partir de una cuarta

sesión, se aconseja hacer lo mismo pero esta vez sumergido en una bañera o pileta con agua lo más caliente posible, y respirando a través de un snorkel. En estos casos las experiencias son más profundas y en la mayoría de los casos, según indican los 'renacedores', se llegan a ver en forma cinematográfica los primeros momentos del nacimiento.

He aquí el testimonio de una paciente de 30 años: "Recién en la sexta sesión pude ver a través de imágenes mi nacimiento. Primero el quirófano, las luces y el entorno de personas con delantal blanco. También tuve la sensación física de la contracción. Todo esto fue confirmado por mi mamá, que al principio mucho no me creía. Además, le dije que la había sentido ausente, como alejada y fue porque ella estuvo anestesiada todo el parto".

Diario Clarín, Buenos Aires, 11-9-94.

RESISTENCIA

Enfoque cognitivo-conductual.- La teoría cognitivo-conductual tradicionalmente no acepta el concepto psicodinámico de la resistencia del paciente y ha preferido conceptualizar el problema como disconformidad con el tratamiento. Una razón de este cambio de conceptualización ha sido planteada por Arnold Lazarus y Allen Fay (1982), quienes argumentan que en muchos casos el concepto psicodinámico de la resistencia es una justificación del fracaso del tratamiento en lugar de una explicación útil.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 2.

Resistencia al cambio.- Para preservarse la identidad personal, hay una tendencia a proteger las adquisiciones de los nuevos significados frente a la amenaza de otras informaciones capaces de ingresar al sistema con posterioridad. Esto significa que cada nueva estructura se constituye junto con un esquema de resistencias al cambio, que tiende a convocar las informaciones confirmatorias y distraer la influencia de otras informaciones, asegurando la continuidad de los significados. Las resistencias más significativas son las que operan a nivel inconsciente, es decir las que organizan nuestras construcciones más primarias. El tratamiento implica poder cambiar significados venciendo las resistencias.

Condensado de Fernández Álvarez H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 9.

SISTEMA ASISTENCIAL

Sistema asistencial y familia.- En las poblaciones numerosas, el accionar terapéutico debe ir más allá del solo individuo "enfermo". En nuestra sociedad, los enfermos suelen ser rotulados y atendidos por sistemas más amplios y más especializados que el grupo familiar: los sistemas asistenciales. Familia y sistema asistencial funcionan mal cuando se oponen al restablecimiento de la salud. Ello unas veces se debe a la estructura del mismo (pocos horarios de atención, por ejemplo), otras veces a cómo interaccionan el sistema, el paciente y la familia (la enfermera que dice cómo actuar a la madre, haciendo que ésta se sienta inepta, por ejemplo).

El sistema asistencial debe atender no solo al enfermo sino también a su familia. El sistema asistencial actúa en función de una demanda de salud. La población considera que se cumple la demanda, solo para los pacientes con autonomía restringida (dementes, niños, etc.).

Condensado de Rosarios H, Atención mental desde una perspectiva familiar sistémica. Incluido en Hirsch y otros (1994) Estrategias psicoterapéuticas institucionales. Buenos Aires: Nadir Editores.

En Argentina.- La oferta, en nuestro país, es muy alta, y tiene dos modalidades principales: internación y tratamiento biológico, y tratamiento ambulatorio y psicoterapia. Y cuantos más largos los tratamientos, mejor: eso es parte de la oferta. La oferta selecciona la demanda, quedándose con pocos con tratamiento largo e ineficaz. Es lo que pasa cuando el profesional lleva un paciente al ámbito privado desde el hospital o centro de consulta.

No negamos la importancia del tratamiento largo en ciertos casos, pero otros muchos requieren terapias breves. El sistema asistencial debe estar preparado para recibir demandas muy variadas: consejo, medicamento, confesión interpretación, etc, y ninguna terapia "pura" puede abarcar esta variedad.

Gran parte de la demanda a la que debemos responder son problemas cotidianos acompañados de angustia y/o depresión, que se constituyen como tales, cuando reciben intentos estereotipados de solución. El motivo de consulta es esa estereotipia, pues si el paciente considera que puede solucionar su problema, no va a consulta. La gente se desmoraliza, no cuando surge la dificultad, sino cuando la solución que inventó, estereotipada, no le da resultado. Ahí va a la consulta. Esto hace la diferencia entre los datos epidemiológicos y las tasas de consulta.

Cómo, entonces, debería ser un sistema asistencial adecuado? Primero debe ser capaz de fijarse objetivos generales y estrategias para cumplirlos. Segundo, debe conceptualizar los problemas como interpersonales y no como individuales. Tercero, debe tener conocimientos y habilidades para concretar múltiples opciones. Cuarto, un trabajo en equipo, pues al terapeuta individual le cuesta cumplir con todo lo anteriormente dicho. El trabajo en equipo, los seguimientos, los procesos de control y las tareas

preventivas, aumentan el costo del sistema de prestación para cada paciente, pero reducen el costo final de una organización para el mantenimiento de la salud.

Somos una organización asistencial privada que adopta un enfoque interaccional estratégico, y adopta para la mayoría, un tratamiento sistemático breve que incluye muchas técnicas distintas: relajación, psicopedagogía, psicoanálisis, terapias sexuales, etc. Hacemos también docencia.

Las admisiones las hacen pocos y bien entrenados. Graban la entrevista inicial y llenan una ficha con diversos datos relevantes. Del admisor pasa luego al terapeuta, el que se informa por el primero sobre el caso. El admisor puede actuar como supervisor también. Los terapeutas elevan un informe sobre cada sesión. Procuramos que haya así en feed – back constante, terapeuta – admisor – supervisor para la autocorrección. Luego de algunos meses, finalizada la terapia, empieza el tratamiento llamando por teléfono a los consultantes para evaluar los resultados.

Condensado de Rosarios H, Atención mental desde una perspectiva familiar sistémica. Incluido en Hirsch y otros (1994) Estrategias psicoterapéuticas institucionales. Buenos Aires: Nadir Editores.

Demanda de servicios de salud.- Contexto: Poco se conoce sobre las diferencias en la necesidad no cubierta del uso del servicio de salud mental entre los afro-americanos y los negros Caribeños.

Objetivo: Ampliar la "Encuesta Nacional de Americanos Negros" examinando el uso de los servicios de salud mental en un periodo de doce meses por afro-americanos y los negros Caribeños, de la recién completada "Encuesta Nacional de Vida Americana".

Diseño y escenario: Muestras de probabilidad nacionales de negros afro-americanos y caribeños no institucionalizados (negros de países del Caribe que viven en los Estados Unidos) conducidos entre febrero del 2001 y junio del 2003, utilizando una versión modificada del "World Mental Health" de la "World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview".

Participantes: Un total de 3.570 afro-americanos y 1.621 negros Caribeños de 18 años en adelante (N=5.191).

Principales medidas de resultado: Proporción de los que respondieron con trastornos mentales según el DSM-IV en los últimos doce meses, quienes buscaron ayuda en los sectores de especialidad de salud mental, servicio médico general, servicio humano y tratamiento con medicina complementaria-alternativa. También se valoró el porcentaje de personas que recibía como mínimo el tratamiento adecuado.

Resultados: En general, el 10.1% de los que respondieron utilizaron una cierta forma de servicios de atención de la salud mental en el último año. El uso de servicios fue mucho mayor entre aquellos que cumplieron con los criterios para un trastorno DSM-IV en los 12 meses anteriores (31.9%), en comparación con aquellos que no lo hicieron (5.4%). El 49% de los que respondieron con serios problemas de salud mental, utilizaron los servicios, mientras que el 39.3% había tenido contacto con los especialistas de salud mental. El grupo más joven y el de mayor edad fueron los menos propensos a obtener cualquier servicio. Entre los afro-americanos, las mujeres fueron más propensas que los hombres a utilizar asistencia médica general y los servicios de cualquier sector. Aquellos que respondieron y que tenían un mayor grado educacional mostraron un mayor uso de los servicios.

Conclusiones: El bajo uso de los servicios médicos mentales entre los americanos negros sigue siendo una preocupación seria. Se requieren de intervenciones educacionales que se enfoquen tanto en los usuarios como en los profesionales de la salud mental.

Harold W. Neighbors, PhD; Cleopatra Caldwell, PhD; David R. Williams, PhD; Randolph Nesse, MD; Robert Joseph Taylor, PhD; Kai McKeever Bullard, MPH; Myriam Torres, MS; James S. Jackson, PhD, Raza, pertenencia étnica y uso de los servicios de salud para los trastornos mentales. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 2007 ABR; 64(4).

SITUACIÓN ANALÍTICA

La situación analítica como campo dinámico.- Los Baranger plantean el campo analítico en términos bipersonales (analista-analizado), pero a poco de analizar con mayor detalle y profundidad esta cuestión, se ven obligados luego a introducir un tercero.

Comienzan señalando que "la situación analítica tiene ... que formularse no como situación de una persona frente a un personaje indefinido y neutral -al final, de una persona frente a sí-misma- sino como situación de dos personas indefectiblemente ligadas y complementarias mientras está durando la situación, e involucradas en un mismo proceso dinámico. Ningún miembro de esta pareja es inteligible dentro de la situación sin el otro" (Baranger, 1969:129).

El concepto de "campo" utilizado en particular en la psicología de la "Gestalt" y el la obra de Maurice Merleau-Ponty, les parece a los Baranger "factible de ser aplicado a la situación creada entre analizado y analista -por lo menos en el plano descriptivo-, y sin que esto implique el intento de traducir la terminología analítica en otra" (Baranger, 1969:129).

La situación analítica está organizada para esto autores según las coordenadas espacio temporales, y estructuradas a partir de líneas de fuerza con leyes evolutivas propias y con una finalidad general y una finalidad de ese momento y ese lugar, o sea específica. La observación de este campo supone observar al analizado pero también autoobservarse el propio analista.

I. Descripción del campo de la situación analítica.- El campo analítico tiene ante todo una estructura espacial, porque hay dos personas ubicadas próximamente entre sí en un espacio compartido o espacio común, que es modificado por la relación transferencial y contratransferencial (por ejemplo el paciente puede sentir que el sillón está más lejos o más cerca según sus vivencias).

La modificación vivencial del campo espacial es indicadora de una modificación global de la situación analítica, y otro tanto ocurre con la dimensión temporal, que también según las vivencias de analista y analizado puede sufrir transformaciones (por ejemplo por las interrupciones del análisis debido a las vacaciones).

Pero el campo analítico se estructura también según la configuración funcional básica, que tiene relación con el compromiso y el trato inicial. El primer contacto define y distribuye los roles de uno y otro: cooperar, retribuir honorarios, etc., y donde cada uno sabe qué esperar del otro.

Esta configuración funcional básica de la situación analítica "también se puede llamar relación psicoterapéutica bi-personal. Pero no es bi-personal sino en el plano de la descripción perceptiva común: en la habitación donde se realizan las sesiones, están dos personas en carne y hueso. Sin embargo, siempre intervienen otras personas en el relato del paciente, en su fantasía, o aun irrumpen en la habitación en forma alucinada" (Baranger, 1969:132).

Según los Baranger, "tampoco podemos decir que estas dos personas no sean más que dos, ya que la regla general es que se dividen vivencialmente en "partes", cada una de ellas y de las terceras personas representando aspectos o instancias de las dos personas básicas. Según los momentos, el analista puede representar el Superyó del analizando, o sus impulsos reprimidos, o partes rechazadas de su Yo. Y naturalmente lo mismo se produce -aunque en menos escala- con el analizando para el analista" (Baranger, 1969:132).

II. La ambigüedad esencial de la situación analítica.- Todo acontecimiento que ocurre dentro del campo analítico es vivenciado como un 'como si', ya que en la situación analítica se busca eliminar al máximo referencias objetivas sobre nuestra personalidad, dejándola en un grado mayor de indefinición. Si se pierde esta ambigüedad esencial, también desaparece el análisis porque éste supone hacer un 'como si', desprendiéndose de lo que 'es'.

Por ejemplo, el analizado puede vivenciar la situación analítica como una persecución, es decir, se comporta como si lo persiguieran, aunque ello no coincida con la realidad objetiva, tanto en el espacio como también en el tiempo.

Sin embargo, el análisis transcurre entre "la ambigüedad rechazada por miedo a la regresión y la ambigüedad disuelta por una situación excesivamente regresiva" (Baranger, 1969:134). Pero es importante que el análisis se desarrolle no sólo en una ambigüedad respecto del pasado, sino también respecto del futuro, por cuanto el análisis abre las puertas para que analizado pueda reabrir su futuro, reorientar su existencia.

La ambigüedad también afecta la estructura espacial. Por ejemplo, el analizado sabe que cuando termine la sesión podrá recuperar su cuerpo 'real', sintiéndose durante la misma con un cuerpo desconocido, incluido dentro de coordenadas espaciales -y temporales- alteradas. El analizado siente cosas en su cuerpo, y tienen su significado en el contexto analítico: un estornudo o un dolor de cabeza puede significar una vivencia de abandono.

III: Las líneas de orientación del campo. La fantasía inconciente.- Hasta aquí puede resumirse lo dicho diciendo que el campo de la situación analítica tiene al menos dos estructuraciones superpuestas: la bipersonal de base, y estructuras cambiantes tri o multipersonales que la encubren, pero esta caracterización del campo analítico es aun insuficiente porque debe considerarse también el contenido latente, encubierto tras lo manifiesto, es decir, el ámbito de las fantasías inconcientes que por sí mismas pueden modificar el campo analítico, incluso alejándose del contrato original establecido entre analista y analizado. Por ejemplo, la fantasía de vengarse con el analista por los malos tratos sufridos en la infancia.

Deben postularse tres estructuraciones distintas, porque toda interpretación se encuentra en el punto de convergencia de tres situaciones distintas: en el caso de un sueño, ellas serían primero la situación actual (por ejemplo restos diurnos), segundo la situación pretérita o infantil del paciente, y tercero, cuando el sueño es comunicado al analista, una determinada fantasía del paciente acerca de lo que el analista hará con ese sueño.

IV. La dinámica del campo y el curso del tratamiento.- El problema de la dinámica de la situación analítica no puede abordarse en forma separada del problema del curso del tratamiento. Señalan los Baranger que "si la fantasía bipersonal depende de procesos de identificación y contraidentificación, debe averiguarse como ocurren esos procesos en una forma y no en otra, en un momento del análisis y no en otro" (Baranger, 1969:145).

Por ejemplo, analista y analizado tienen antes de encontrarse sus fantasías previas propias acerca de ese encuentro y de la otra persona, y las primeras interpretaciones deben apuntar a este punto de urgencia, o sea, la fantasía que tiene el analizando del análisis y del analista en el comienzo del análisis.

A partir de allí irán surgiendo nuevas fantasías, cada vez más inconcientes que, como hace el geólogo (los Baranger utilizan la metáfora de Freud) va descubriendo capa por capa los estratos más profundos

del psiquismo. En esta tarea deberán enfrentarse y vencerse las defensas que opone el yo a la emergencia de estos estratos, defensas que dejó en el camino un ejército invasor (los Baranger utilizan aquí otra metáfora freudiana).

Plantean los Baranger, entonces, esta hipótesis del paralelismo según la cual la estructuración del carácter del analizando en capas superpuestas de impulsos y defensas cristalizadas es lo que debe guiar la orientación regresiva del tratamiento, partiendo de las más superficiales y llegando a las más profundas.

V. La integración interpretativa y el insight.- Es la interpretación la que hace diferente la situación analítica de cualquier otra situación de interacción humana, aunque realmente se sabe muy poco acerca del papel específico y del modo de acción de la interpretación. Los Baranger no se proponen aquí resolver este problema, sino trazar algunas líneas de pensamiento que intentaron resolverlo.

Por empezar la interpretación no recae simplemente sobre el paciente sino sobre el campo analítico, y a su vez es determinada por éste. Debajo de la fantasía inconciente que en un momento dado estructura el campo analítico y que es el punto de urgencia de la interpretación, "existe una estructura más estable que tiende a hacer cristalizar en el campo una configuración determinada, condicionando el surgimiento de fantasías inconcientes recurrentes" (Baranger, 1969:134).

Señalan los autores que esta configuración que así surge es muy compleja, pues incluye el yo, el superyo, el ello del analizando y sus objetos internos en distintos puntos del campo y cumpliendo determinadas funciones. El proceso interpretativo tiende en su conjunto a permitir la movilización de la neurosis transferencial – contratransferencial y con ello la modificación paulatina de la persona del analizando y la liberación de los aspectos propios del analista involucrados en la situación. La interpretación rescata entonces ambos aspectos, es decir, el campo bipersonal analítico en su conjunto.

Resumen del capítulo 7 de Baranger Willy y Madeleine (1969) Problemas del campo psicoanalítico. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.

SOCIOTERAPIA

Definición.- "Participación cuidadosamente guiada, en actividades sociales adecuadas, como medio para mejorar la adaptación del sujeto y facilitar otras formas de terapia. Esta terapéutica utiliza las posibilidades dinámicas que ofrece el grupo. Un grupo presenta para la actuación terapéutica y diagnóstica perspectivas que no se encuentran en la situación terapéutica clásica".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Programas de entrenamiento.- La ausencia de programas para el entrenamiento en solución de problemas prácticos es uno de los retos que han de asumir los profesionales que atienden a personas con deficiencia mental.

El objetivo principal de este estudio es valorar los efectos de un programa diseñado para mejorar esas habilidades dirigido a personas con discapacidad intelectual.

La muestra estaba formada por 66 sujetos de edades comprendidas entre los 17 y los 36 años. El programa se basa en la utilización de ejemplos con personajes ficticios que viven situaciones semejantes a las de los sujetos a los que se aplica el programa. Partiendo de ellos se generan las técnicas para mejorar las habilidades. Para lograr el objetivo indicado se ha planteado un diseño clásico pretest-posttest, estableciendo un grupo experimental y otro de control.

Los resultados muestran efectos positivos en la mayor parte de las variables consideradas, como consecuencia de la aplicación del programa.

Luz Pérez Sánchez; Diana Cabezas Gómez. Programa de entrenamiento en solución de problemas prácticos aplicado a personas con discapacidad intelectual. PSICOTHEMA. 2007; 19(4):578-584.

SOMATOTERAPIA

Definición.- Terapia de aquellos trastornos somáticos potencialmente generadores de cambios psíquicos patológicos, como por ejemplo, las psicosis exógenas; se aplica también en las psicosis endógenas cuando no puede precisarse su causa somática, aunque sí se supone su presencia.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

SUEÑO LÚCIDO

Sueños lúcidos: generalidades.- Un método creado en la Universidad de Stanford, California, goza ya de una amplia aceptación: se trata de evocar imágenes a voluntad mientras dormimos. Los sueños así inducidos pueden hacernos viajar 'mágicamente' por el espacio y el tiempo que elijamos. Inclusive, es posible modificar los sueños que puedan tenerse espontáneamente.

Los sueños inducidos pueden llegar a ser extraordinariamente vívidos, placenteros y estimulantes y beneficiarían, así, nuestra existencia vigil. Algunos especialistas recomiendan experimentarlos junto a los seres queridos, como una manera de intercambiar afectos y mejorar la comunicación.

Además, los sueños lúcidos permiten combatir las pesadillas. Por ejemplo, los expertos aconsejan que cuando se vea perseguido por un monstruo, pare de correr. Dése vuelta y enfrente a su perseguidor. Con esto se logra que este desaparezca o deje de ser agresivo. De idéntica manera, si en el sueño se ve desnudo en público, no se desespere. Haga que otros personajes del sueño también se desnuden. Puede ser divertido.

Revista "Conozca Más", Nº 64, Buenos Aires, 1994.

SUGESTIÓN

Sugestión e interpretación.- En este artículo Paniagua explica y argumenta con ejemplos el motivo por el cual la técnica interpretativa propia de la primera tópica hubo de recurrir a mecanismos sugestivos. La técnica estructural, en especial la característica de la psicología del Yo contemporánea, requiere un uso menor de la sugestión.

La palabra 'sugestión' es definido por la Real Academia como alguna de las siguientes acciones: 'hacer entrar en el ánimo de alguno una idea, insinuándosela, inspirándosela o haciéndole caer en ella'; 'dominar la voluntad de una persona, llevándola a obrar en determinado sentido'; e 'inspirar una persona a otra hipnotizada palabras o actos involuntarios' (s. v. 'sugerir', 'sugestionar'). Aunque hay autosugestión, el término 'sugestión' suele tener una dimensión bipersonal. Al hablar de 'sugestión' podemos referirnos a la motivación de la persona que ejerce la influencia sugestiva o bien a la vivencia del sujeto sugestionado.

Desde 'magnetismo animal' de Mesmer, el uso de la sugestión manifiesta y del hipnotismo como métodos terapéuticos tuvo enorme predicamento durante más de un siglo por sus resultados, considerados asombrosos. Sin embargo, su utilización decreció dramáticamente en los últimos años del siglo XIX. Puede parecer sorprendente esta pérdida de interés por parte de la comunidad científica, dado que se reconocía -y aun continúa reconociéndose- que las maniobras de intensa sugestión pueden producir alivio o desaparición de de síntomas neuróticos, a veces de un modo sorprendente.

Al parecer, disminuyó tanto el empleo de estas técnicas sugestivas debido a que su aplicación iba demasiado en contra del espíritu científico de la época, con su necesidad creciente de dar cuenta de fenómenos tales como la 'conformidad doctrinal' y otros efectos generados por el experimentador -como el más tarde llamado 'efecto Greenspoon'; la tendencia de sujetos de experimentación a proporcionar a los investigadores los resultados que, inadvertidamente, éstos les indujeron a pensar que querían obtener.

La historia del hipnotismo muestra de manera bastante patente que, a mediados del siglo XIX, es decir, en una época prepsicoanalítica, ya existían métodos terapéuticos transicionales entre la sugestión abierta y modalidades más veladas de influencia sobre los enfermos. Naturalmente, esta últimas también transmitían mensajes, intencionalmente o no, que ejercían efecto sobre la producción psíquica de los pacientes o interferían con ella. Los primeros psicoanalistas rechazaron las técnicas hipnóticas.

La cura psicoanalítica, llevada a cabo en una atmósfera de abstinencia, neutralidad y anonimato, es, entre las psicoterapias, aquella que supuestamente reduce de un modo óptimo el peso de la sugestión. Lo que no suele enseñarse a los candidatos, quizá porque nosotros mismos lo olvidamos, es que la regresión típica producida por la frecuencia de sesiones, el uso del diván, la falta de validación consensual y la privación de gratificaciones afectivas y cognitivas, proporcionan así mismo un campo muy propicio para la acción de la sugestión. La tesis principal del autor de este artículo es la de que el psicoanálisis rompió con la tradición de las maniobras sugestivas mucho menos de lo que Freud y sus seguidores -sobre todo aquellos de los comienzos- pensaron.

En sus tempranos ensayos de técnica, Freud se mostró convencido de que 'el psiquismo inconciente del médico está capacitado para reconstruir, con los productos de lo inconciente que le son comunicados, este inconciente mismo que ha determinado las ocurrencias del sujeto'. Este precepto parece haber constituido la piedra angular en la epistemología del abordaje técnico correspondiente a la primera tópica freudiana.

El autor observa que ni entonces Freud ni hoy día un buen número de analistas explican la contradicción metapsicológica de cómo percibir y manejar voluntariamente con fines terapéuticos el propio 'psiquismo inconciente'.

El estilo interpretativo de desciframiento apodíctico, esto es, la técnica de traducción de los símbolos implícitos en el material clínico (el 'método semiótico') característicos de los comienzos del psicoanálisis, fue moderándose con la evolución de la técnica, pero el cambio no desterró la sugestión de las interpretaciones. Al igual que la técnica topográfica retuvo características de la anterior época de la hipnoterapia, la técnica estructural de los primeros psicólogos del Yo, aparentemente, retuvo de forma incuestionada algo de la carga sugestiva de la primera tópica, tal como señala Paniagua en un artículo anterior.

Las intervenciones analíticas fundamentadas en material *explícito*, al cual el paciente puede acceder prestando atención a un nuevo señalamiento por parte del analista, por lo general tendrán menor peso sugestivo -lógicamente- que aquellas basadas en unos contenidos real o supuestamente *implícitos* en el material a los que el analizado no tiene acceso conciente.

Esta técnica interpretativa fue superada por la de la segunda tópica, menos basada en la apoyatura sugestiva. Según la psicología del Yo contemporánea, las intervenciones clínicas deben formularse 'partiendo de lo que el analista *observa*, en vez de lo que *siente*'. Se comprende que, si las interpretaciones analíticas contienen menos de lo que el analista y el analizado pueden *observar* que de lo que el analista *siente* o se *imagina*, se correrá el riesgo de familiarizar al paciente con las preferencias teóricas e idiosincrasias personales del analista; entonces se sustituirá la alianza racional y de trabajo por el ascendiente sugestivo.

Aún hoy hay analistas que sostienen que los riesgos de sugestión excesiva inherentes a la técnica propia de la primera tópica son pequeños, comparados con los beneficios obtenidos en términos de acceso al inconciente. Esto se ve tanto en los analistas adscritos a una técnica pre-estructural, como en algunos de aquellos que, siendo partidarios de la nomenclatura tripartita, continúan usando el método interpretativo topográfico. No es rara la errónea creencia de que la expansión del Yo a expensas del Ello (Freud, 1933), propia de la técnica de la segunda tópica, constituye un método que no permite la exploración del inconciente con suficiente profundidad. La realidad es que esta última técnica está encaminada, como la primera, a desentrañar significados inconcientes y, además, es más completa, porque tiene en cuenta que las contrafuerzas defensivas también son inconcientes y necesitan, asimismo, ser analizadas.

Las interpretaciones sobre contenidos no evidentes en el material, del paciente requieren, para ejercer influencia, una cierta disposición transferencial de obediencia filial inconciente por parte del analizado. En efecto, el factor sugestión parece esencial para dar cuenta del considerado magnetismo del abordaje interpretativo de los comienzos históricos del psicoanálisis. La técnica basada en la teoría estructural posterior requiere menos que aquella basada en la teoría topográfica la suposición de autoridad en la formulación de interpretaciones, porque su metodología se halla fundamentada en alguna forma de pacto implícito y explícito entre la función analítica del analista y el Yo terapéuticamente escindido del paciente. Para concluir Paniagua menciona la puntualización de Gray de que los analizados cuyo Yo se encuentra suficientemente intacto como para no necesitar el uso de una comprobación complementaria de la realidad de la realidad por parte del analista, no deberían ver interferido su potencial de crecimiento emocional y de autonomía intelectual por dosis extra de sugestión.

Paniagua Cecilio, Comentarios sobre la influencia de la de la sugestión en la técnica interpretativa.

TELEPSIQUIATRÍA

Eficacia.- 70 pacientes fueron asignados a teleconferencia (Tele-C) y 70 a entrevista convencional (EC). Periodo de seguimiento: 6 meses. Ámbito: Centro de Salud Mental Comunitario de San Sebastián de la Gomera, Islas Canarias. España.

Pacientes: 140 pacientes adultos ambulatorios que acudían al centro de salud mental con distintos trastornos psiquiátricos según los criterios diagnósticos CIDI (Composite International Diagnostic Interview) de la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10). Criterios de exclusión: imposibilidad para desplazarse al lugar de la videoconferencia.

Intervención: 8 consultas de 30 minutos de duración a lo largo de 24 semanas. Todos los pacientes recibieron la medicación psicotrópica pertinente para su trastorno mental y terapia cognitivo- conductual durante las sesiones.

Variables resultado: Escalas Clinical Global Impressions-Severity of Illness (CGI-S) y Global Indexes (GSI, PSDI y PST) de la SCL-90R. Se consideró respuesta positiva la obtención de 1 ó 2 puntos en la escala CGI-I a los 6 meses.

Seguimiento de los pacientes: 93% (análisis de intención de tratar). Solo 4 pacientes abandonaron antes de los 6 meses en el grupo Tele-C y 6 en el EC.

Principales resultados: No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la eficacia global del programa entre la estrategia de Tele-C y la EC. Se observó sin embargo una mejoría significativa en las puntuaciones globales de las escalas CGI y SCL-90- R en ambos grupos de intervención.

Conclusiones: En pacientes psiquiátricos adultos ambulatorios, la estrategia de intervención de telepsiquiatría basada en videoconferencias tiene una eficacia equivalente a la de consulta tradicional con entrevistas cara a cara.

De Las Cuevas C, Arredondo MT, Cabrera MF, Sulzenbacher H, Meise U. La Telepsiquiatría es eficaz para prestar servicios de salud mental a pacientes ambulatorios en zonas con dificultad de acceso a los recursos sanitarios.

EVIDENCE BASED MEDICINE. 2006 NOV; 5(63).

TERAPEUTA

Respuestas verbales del terapeuta.-El objetivo del presente trabajo es analizar la distribución de respuestas verbales del terapeuta a lo largo de la psicoterapia. Se grabó y transcribió un proceso

completo de psicoterapia, y se tipificaron las intervenciones verbales según el Sistema de Categorías de Respuesta Verbal del Consejero de Hill. Se analizó estadísticamente el coeficiente de interfiabilidad entre ambos, siendo de 0,83. Se realizó un estudio de la distribución de frecuencias entre las sesiones iniciales (1 y 2), intermedias (3 y 4) y finales (5 y 6), resultando diferencias estadísticamente significativas entre el inicio y el desarrollo ($p = 0,02$), y entre el desarrollo y el final ($p = 0,00$). Así mismo, se estudió la frecuencia de las respuestas en el primer segmento de todas las sesiones, en comparación con el segundo y tercero. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el primer y tercer tercio de las sesiones ($p = 0,00$), aunque no en las restantes comparaciones. La respuesta verbal más utilizada por el terapeuta en la psicoterapia estudiada es "repetición con otras palabras", seguida de "refuerzo verbal mínimo" y "dar información". El instrumento utilizado permite una tipificación de la respuesta verbal de una psicoterapia integradora aplicada al ámbito público español.

Alberto Fernández Liria; Karmen Bozzini Andiañach; Guillermo Lahera Forteza. Respuesta verbal del terapeuta y proceso psicoterapéutico. AVANCES EN SALUD MENTAL RELACIONAL. 2008 AGO;7(2)

TERAPIA

Terapia de actitud.- Una forma de terapia empleada en psicoterapia infantil y dirigida, no al niño, sino a sus padres o a los que los reemplacen. "Una técnica especial cuyo propósito es modificar las actitudes paternas". (Levy D., *Attitude Therapy*).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Terapia de apoyo.- Método psicoterapéutico por el cual el terapeuta proporciona ayuda directa participando activamente en el análisis del conflicto, la planificación de las medidas correctivas, la elección de los pasos siguientes, y brindando aliento constante.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Terapia in grupo.- Psicoterapia colectiva, introducida por Ida Löwy en su "*Beratungsstelle*" (Clínica de Conducta), en Viena. Se discutió el caso en presencia de los padres, niños y oyentes. En EE.UU. se elaboró un método especial (*grouptherapy*) para hacer psicoterapia en grupos formados por casos parecidos.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Terapia multimodal.- Aparición: aproximadamente en 1973. Fundamentación: el Profesor Arnold A.Lazarus, docente de postgrado de la Universidad Rutgers, procede del conductismo. Insatisfecho con el behaviorismo de los años 60, que solo valoraba las conductas observables, hizo importantes aportes a la Imaginería (terapia por imágenes internas), hasta crear a comienzos de la década del 70, la Terapia Multimodal, que abarca por primera vez todas las variables constituyentes de la personalidad. La llamó "Multimodal" por abarcar múltiples modalidades, "modales" o parámetros de la persona, de hecho, 7. Los 7 "modales" "B.A.S.I.Co.S" (BASICOS es la sigla): 1. *Biológico*: todo lo referente a la salud o enfermedad, cuidado del cuerpo, drogas, dieta, ejercicio físico. 2. *Afectivo*: emociones auténticas y sustitutivas. 3. *Sensaciones*: tales como tensión, dolor, fatiga, palpitaciones, etc. 4. *Imágenes*: la representación del mundo por el imperio no dominante, en base a lo visual (imágenes), sonidos, sueños. 5. *Cognitivo*: ideas, pensamientos valores, procesamiento de información, toma de decisiones. 6. *Conductas*: lo que se hace; comportamientos inhibidos, impulsivos, inadecuados. 7. *Social*: lo interpersonal; la influencia de los demás, lo transaccional. (En la sigla Cognitivo y Conductistas se fusionan en las letras CO).

MODAL BÁSICO	PROBLEMA	TÉCNICA A UTILIZAR
1. BIOLÓGICO	Obesidad (1.62 m, 77 kg.	Dieta: consultar nutricionista Ejercicios: físicos en grupo.
2. AFECTIVO	Ansiedad al enfrentar hombres (cuando se le acercan). Inadecuación por su cuerpo.	
3. SENSACIONES	Apetito patológico, compulsivo. Palpitaciones, taquicardia.	Relajación (se le da cassette).
4. IMÁGENES	Se ve gorda, fea, sola. Mis padres peleando en la mesa.	Imágenes agradables en deportes. Escenas de afecto y sexo. Viéndose en línea, atractiva.
5. COGNITIVO	Quién me puede querer con este cuerpo. Ya no puedo cambiar. La gordura es hereditaria. Todos los hombres son iguales.	Biblioterapia (aportado sobre la obesidad de IPPEM). Información. Razonamiento. Ridiculización paradójal.
6. CONDUCTAS	Evita contacto visual y físico. Come compulsivamente	Prácticas de contacto visual y caricias no genitales.

	carbohidratos.	Registro de lo consumido en comidas.
7. SOCIAL	Timidez, aislamiento, dependencia de su madre. Fluctuaciones de inadecuación a agresividad con los hombres.	Entretenimiento asertivo. Plan de actividades sociales. Sesiones de terapia familiar. Ingreso en grupo terapéutico. Role playing de salida con un hombre.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Terapia acuática.- “El Método Sakengua es una Terapia Acuática Integral, con una orientación preventiva-terapéutica, que surge como resultado de la experiencia en programas Acuáticos para la Bienestar y la Salud y de las investigaciones realizadas sobre las distintas posibilidades terapéuticas que tienen los ejercicios en el agua, realizados en forma asistida y autónoma. Desde hace muchos años que el agua es utilizada como medio terapéutico constituyéndose hoy en día en una de las partes esenciales de la recuperación física. Por sus propiedades físico-químicas, el agua es un medio en donde la persona tiene la oportunidad de realizar una gran variabilidad de movimientos, que de lo contrario serían imposibles realizarlos en tierra. De esta manera el Método Sakengua, brinda la posibilidad de un trabajo acuático con un concepto integral, el cual podrá ser aplicado en diferentes problemas de salud, desde lo terapéutico, pero que también invita a ser empleado en forma preventiva. No cabe dudas que la salud es un tema de preocupación en nuestros días y como consecuencia surge el interés de una población que está en la búsqueda por recuperar hábitos saludables a través de lo natural, mejorar su bienestar Físico-Mental-Emocional-Espiritual, vivir una vida más autónoma y sana, y en este aspecto la salud siempre ha estado asociada al agua desde las épocas más antiguas”.

Godoy C, La terapia acuática integral y sus beneficios: el método Sakengua. EF DEPORTES. 2005 FEB;(81)

Terapia ocupacional.- El servicio de Terapia Ocupacional propone un ámbito que estimule e incentive los recursos de cada persona de manera de facilitar su autonomía, integración y participación en el mundo que lo rodea (Polonio López B y otros, 2001).

El núcleo de la Terapia Ocupacional es la ocupación. Se centra en como la enfermedad u otras circunstancias problemáticas afectan al área ocupacional del individuo. Utiliza la actividad en todo el proceso terapéutico, desde la valoración inicial y a lo largo del plan de tratamiento que siempre tiene como meta el logro del comportamiento ocupacional competente del individuo (Willard y Spackman, 1998).

La intervención esta dirigida hacia el desarrollo de dos de las principales áreas de dicho comportamiento: autovalimiento y productividad.

El área de autovalimiento involucra las ocupaciones relacionadas con la independencia del individuo en su quehacer doméstico y en el uso adecuado de las herramientas de interacción social. Se refiere al desarrollo destrezas para la utilización de los medio de transporte, hábitos de higiene y arreglo personal, habilidades para la utilización de los instrumentos necesarios para una vida independiente, entrenamiento en las normas de seguridad para el manejo en la vía publica y favorecimiento de la comunicación funcional. Por otro lado el área de productividad involucra las ocupaciones enfocadas hacia el bien común. Como por ejemplo las tareas de cuidado del hogar, preparación de fiestas o el empleo entre otras.

Se aborda al individuo; teniendo en cuenta el contexto cultural y el ambiente que lo rodea bajo una mirada holista que supone la intervención en el desarrollo de cada uno de los componentes de desempeño ocupacional, que podrían ser enmarcados en cuatro grandes grupos; sensoriomotor, neuromuscular, cognitivo y psicosocial.

La Terapia Ocupacional es una intervención basada en el desarrollo que busca aumentar la capacidad del individuo de funcionar exitosamente en su comunidad. La Terapia Ocupacional comienza con una evaluación de las capacidades de la persona que influyen en las acciones necesarias para funcionar en su ambiente natural. Luego evalúa las fortalezas y debilidades específicas de la persona respecto de sus destrezas de autocuidado, juego, académicas y sensorio-motrices. Cuando se recomienda una intervención terapéutica, esta tiene por objetivo aumentar las capacidades de la persona y comprender los aspectos tales como modificación del ambiente, mejora funcional de la percepción sensorial, respuestas motrices, movilidad funcional y manipulación para poder cumplir con las tareas diarias (ocupaciones) de la vida.

Polonio López B. y otros (2001) Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana.

Willard y Spackman (1998) Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana. 8va. Edición.

Origen de la terapia ocupacional en España.- La terapia ocupacional es una disciplina joven en muchos aspectos, pero desde la Antigüedad existe un notable número de referencias en la literatura de las ciencias de la salud y en los comienzos de la neurología y la psiquiatría, que nos acercan a los orígenes y a los principales fundamentos que hoy en día mueven esta profesión. Se han recogido ejemplos que ilustran que la filosofía y la práctica clínica de la intervención de la terapia ocupacional nace del proceso de humanización de la asistencia médica. Objetivo. Analizando la información que existe

sobre la historia de la influencia del humanismo en la evolución de la medicina en España, los autores creen haber encontrado indicios suficientes para situar los orígenes precursores de la terapia ocupacional en ese momento histórico. Desarrollo. Se estudian hechos que parecen localizar los primeros rastros de la terapia ocupacional en el origen de la neurología y la psiquiatría españolas en el siglo xv, y que han tenido una gran influencia después en el nacimiento de algunos aspectos del tratamiento moral de Pinel. Conclusiones. Si aceptamos que el 'tratamiento moral' es uno de los principales antecesores de la terapia ocupacional, y si consideramos que el trato humanitario, dispensado en las instituciones y hospitales neurológicos y psiquiátricos españoles del siglo xv, influyó notablemente en los principios que regulaban el 'tratamiento moral', podemos afirmar que en el desarrollo de la humanización en la asistencia médica española se encuentran los primeros esbozos de la terapia ocupacional.

M. Pérez de Heredia-Torres, M. Brea-Rivero, R.M. Martínez-Piédrola, Origen de la terapia ocupacional en España. REVISTA DE NEUROLOGÍA. 2007 DIC;45(11).

Terapia ocupacional en trasplante de médula ósea.- Resumen: El trasplante de médula ósea (TMO) es una modalidad terapéutica que se utiliza en una variedad de enfermedades oncológicas y hematológicas, con el objetivo de prolongar la remisión completa o la cura de la enfermedad. La unidad de TMO del Hospital de Base de San José Del Río Preto - San Pablo, Brasil, cuenta con un equipo formado por doctores, enfermeros, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista y asistente social. El estudio presente tiene por objetivo describir la importancia de la intervención de la Terapia Ocupacional a través del uso de actividades en la fase de aislamiento que conlleva el TMO, proporcionando así, una mejor aceptación y adaptación en relación al tratamiento.

Vânia Uemura Paulino, Graziela Caselle Paulino, Grazieli Beatriz Gomes Puga, Maysa Alahmar Bianchin, Trasplante de médula ósea: Abordaje de la Terapia Ocupacional. REVISTA GALLEGA DE TERAPIA OCUPACIONAL. 2007 SEP;(6). ALCMEON. 2007 SEP;14(1).

Terapia ocupacional y muerte.- Resumen: Las ocupaciones en que participamos constituyen una de las mimbres más relevantes con que tejemos nuestra vida. El espacio vital que se configura por la cercanía de la muerte, tanto propia como de un ser querido, nos ofrece la posibilidad de mirar nuestras actividades cotidianas, tanto las actuales como las pasadas, desde una perspectiva diferente a la habitual. A su vez, nos permite replantearnos las actividades del futuro. Cuando algún acontecimiento, habitualmente no esperado, despierta en nosotros la lucidez de sentir profundamente la fragilidad de la vida es frecuente que broten en nosotros, y nos invadan, preguntas sobre lo que hemos hecho en nuestra vida y lo que deseamos o consideramos más importante hacer en el tiempo que nos queda. Es por tanto una oportunidad para profundizar en el significado y el sentido que tiene nuestra vida en su conjunto, pero también cada una de las ocupaciones que la configuran y que construyen o interfieren en nuestro bienestar personal.

Luís María Berrueta Maeztu, Una perspectiva ocupacional de la existencia humana desde la proximidad de la muerte. REVISTA GALLEGA DE TERAPIA OCUPACIONAL. 2008 FEB;(7).

Terapia ocupacional en trastorno de la personalidad.- "Los trastornos de la personalidad se caracterizan por presentar un patrón rígido de conductas inadaptadas que a corto y medio plazo generan un deterioro psicosocial significativo. El nivel de función o disfunción psicosocial es un indicador de primer orden a la hora de evaluar la gravedad y el pronóstico del trastorno de la personalidad. La Psicoterapia interviene en los componentes psicosociales de este trastorno, diseñando programas específicos para el entrenamiento en habilidades psicosociales (terapia conductual-dialéctica). La Terapia Ocupacional es una ciencia de la salud, con una larga experiencia histórica en los tratamientos psicosociales en la enfermedad mental. El eje central, es la valoración del impacto de la enfermedad, trastorno o inadaptación social en la funcionalidad ocupacional del individuo. Esta ciencia propone un concepto amplio e integral de funcionalidad. La divide en tres áreas ocupacionales: área ocupacional productiva, área de automantenimiento y área de ocio y tiempo libre. En este artículo en su primera parte se analiza mediante la metodología de la terapia ocupacional el grado y las características de la disfunción ocupacional en el trastorno de la personalidad. En la segunda parte del artículo basándonos en nuestra experiencia de seis años proponemos un método de tratamiento psicosocial basado en dos modelos propios de la terapia ocupacional (modelo de la ocupación humana y el modelo canadiense)".

José Ramón Bellido Mainar; Luis María Berrueta Maeztu; Inmaculada Ariñez Merchán, La aportación de la terapia ocupacional en el abordaje de la funcionalidad del trastorno de la personalidad.

Terapia ocupacional para depresivos.- Resumen: La discapacidad laboral traducida en bajas y trabajo por debajo del umbral óptimo, es frecuente en personas con depresión. Sin embargo no sabemos como mejorar la capacidad laboral de este grupo de una forma efectiva. El objetivo de la revisión es evaluar la efectividad de las intervenciones en el lugar del trabajo y con el trabajador para reducir las discapacidades laborales de los trabajadores deprimidos. Se encontraron 11 estudios que incluían 2556 participantes: las intervenciones que se estudiaron fueron antidepresivos (4), terapia psicodinámica (1) y apoyo a primaria(3). Concluyen que no hay evidencia de que la medicación sola o con apoyo reduzca las

dificultades laborales en trabajadores deprimidos. No hay evidencia a favor o en contra de la efectividad de las intervenciones psicológicas para reducir la discapacidad de los trabajadores deprimidos. Objetivos: Evaluar la efectividad de las intervenciones orientadas a reducir la discapacidad laboral en pacientes deprimidos.

Metodología: Se ha buscado los estudios CCDANCTR y las referencias CCDANCTR a 2/8/2006, el registro Cochrane Library CENTRAL register, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, OSH-ROM (Occupational Safety and Health), NHS-EED, y DARE.

Conclusiones de los autores: Sobre la base de una muestra heterogénea de estudios, actualmente no hay pruebas de un efecto de la medicación por sí sola, el mejoramiento de la atención primaria, las intervenciones psicológicas o la combinación de estos con la medicación en el absentismo por enfermedad de los trabajadores deprimidos.

Nieuwenhuijsen K; Bültmann U; Neumeyer-Gromen A; Verhoeven AC; Verbeek JHAM; Van der Feltz-Cornelis CM, Intervenciones para mejorar la salud ocupacional de los pacientes depresivos. BIBLIOTECA COCHRANE PLUS. 2008; (2).

Terapia ocupacional en el ámbito penitenciario.- Sabemos que la función del Medio penitenciario está entendida no sólo como institución de control y castigo, sino también como un espacio rehabilitador. Debido a diversas circunstancias relacionadas con la historia de la persona que comete un delito se produce un desequilibrio ocupacional que se traduce en su desempeño ocupacional y en la satisfacción que obtiene de ella. Esto, unido a diversas condiciones poco favorecedoras del medio penitenciario puede llevar a una situación de privación ocupacional y a la construcción de una identidad ocupacional distorsionada, que hace que a la persona reclusa le resulte difícil adquirir, usar o disfrutar de su hacer. Por tanto la rehabilitación no solo de las ocupaciones se hace necesaria.

La Terapia Ocupacional, evalúa e interviene sobre el proceso ocupacional, es decir sobre la ocupación, la persona que comete un delito y el entorno penitenciario (en la medida de lo posible), y en la interrelación que se produce entre ellos. Analiza y gradúa la actividad, produce cambios adaptativos en el entorno y facilita a la persona un espacio terapéutico a través de la ocupación. Todo para llegar a equilibrio en el desempeño ocupacional de la persona.

Montse Rincón Aguilera; Myriam Ruiz González; Esther García Matamala; Anabel Teomiro. Terapia Ocupacional en el ámbito penitenciario. REVISTA GALLEGA DE TERAPIA OCUPACIONAL. 2009 JUL; 6(4):336-352.

Terapia orgánica.- Se trata de terapéuticas que suponen una alteración de las funciones cerebrales a nivel bioquímico o neurofisiológico. Pueden consistir en inhalar productos químicos, intervenciones intrusivas o en electricidad, pero hoy en día todo esto tiende a ser reemplazado por un tratamiento farmacológico. Entre ellas encontramos las siguientes:

1) Terapia por subcoma insulínico: Utilización que pequeñas cantidades de insulina para producir un estado sedante.

2) Terapia por coma insulínico: Sakel observó que poniendo en coma a esquizofrénicos por medio de la insulina, luego parecían recuperarse. Se utilizó con pacientes que no respondían al electroshock ni otro tratamiento. Hoy prácticamente no se utiliza. Luego se los saca del coma inyectándole glucagón, que hace despertar al paciente.

3) Terapia por coma atropínico.- Consiste en administrar progresivamente atropina hasta producir el coma. Luego se lo despierta y recibe duchas calientes y frías. Aún se sigue utilizando en Europa.

4) Terapia por electrosueño.- Colocación de electrodos cerca de los ojos, durante varias sesiones en varios días, lo que produce adormecimiento. Mostró ser útil en casos de esquizofrenia, ansiedad, neurosis, insomnio, cefaleas, etc. En la depresión a algunos pacientes los mejoró y a otros los empeoró.

5) Tratamiento por sueño continuo.- Mediante fármacos, se hace dormir al paciente hasta 20 horas seguidas. Los mejores resultados se han visto en excitaciones maníacas, depresiones agitadas y trastornos por ansiedad aguda.

6) Terapia por abstinencia de sueño.- Se observaron mejorías en pacientes con depresiones unipolares y bipolares luego de haber sido privados de sueño durante una noche.

7) Terapia ortomolecular.- Se ha utilizado la niacina, un compuesto de la vitamina B, para el tratamiento de la esquizofrenia.

8) Terapia con propranolol.- Esta sustancia es efectiva para suprimir los síntomas cardíacos de la ansiedad, pero no para el control de la ansiedad en sí. En la actualidad se utiliza solo en experimentos.

9) Acupuntura.- Se usa en el tratamiento de la depresión y otras dolencias, aunque muchos indican que el valor terapéutico radica en el carácter hipnótico de la acupuntura más que en las agujas en sí.

10) Hemodiálisis.- Empezó a aplicarse en pacientes mentales cuando se vio que una mujer esquizofrénica mejoraba cuando se le administraba hemodiálisis por su hipertensión. Algunos investigadores suponen que la diálisis elimina sustancias esquizofrenógenas.

Kaplan H y Sadock B, Compendio de psiquiatría. México: Salvat. Capítulo 27, punto 8.

Terapia de solución de problemas: eficacia.- Propósito: En las décadas pasadas, han sido examinados los efectos de terapia de resolución de problemas (TSP) para la depresión en varios estudios

controlados aleatorios. Sin embargo, hasta ahora no se ha realizado un meta-análisis que haya tratado de integrar los resultados de estos estudios.

Métodos: Llevamos a cabo una búsqueda sistemática de literatura e identificamos 13 estudios aleatorios examinando los efectos de la TSP, con un total de 1133 sujetos. La calidad de los estudios fue variable.

Resultados: La medida de efecto estandarizado promedio fue de 0.34 en el modelo de efectos fijado y de 0.83 en el modelo de efectos aleatorios, con muy alta heterogeneidad. Los análisis de subgrupo indicaron efectos significativamente más bajos para las intervenciones individuales en estudios con sujetos que reunieron criterios para depresión mayor, se llevaron a cabo estudios en los que se analizó la intención de tratarse en lugar de analizar si lo completaron, y estudios con grupos control con placebo y cuidado usual. La heterogeneidad fue alta, y los análisis de los subgrupos no resultaron indicaciones claras de qué causó esta alta heterogeneidad. Esto indica que la TSP tiene efectos variables sobre depresión, y no se conoce cómo determinar si la TSP tiene efectos más amplios o más pequeños.

Conclusión: Aunque no hay duda de que la TSP puede ser un tratamiento efectivo para la depresión, es necesaria más investigación para establecer las condiciones y los sujetos los cuales muestran estos efectos positivos.

Pim Cuijpers, Annemieke van Straten and Lisanne Warmerdam. Terapias de solución de problemas para la depresión: Un meta-análisis. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2007 ENE; 22(1).

Terapia por el arte.- "Conjunto de intentos terapéuticos para mejorar el equilibrio psicológico y la integración social en ciertos trastornos mentales. Comprende la utilización de diversas artes creativas (danza, música, teatro, etc.). Si bien puede ser de cierta utilidad integrado en el conjunto de los procesos de rehabilitación psicosocial, no existen suficientes estudios científicos controlados que corroboren su eficacia terapéutica".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Terapia de acción social.- Los autores comienzan definiendo terapia de acción social. Se trata de una terapia que destaca los valores de la autodeterminación y la responsabilidad personal. Los dilemas y las decisiones difíciles pueden tolerarse mejor cuando la persona tiene una meta de vida que lo trasciende. Encontrar un sentido a la vida más allá de las necesidades egoístas, sea en el amor, la belleza, la acción social, etc., vuelve tolerable la responsabilidad de la autodeterminación, y constituye el núcleo de una terapia de acción social. Así, la terapia tiene consecuencias sociales que exceden la intervención terapéutica.

Luego, los autores aclaran más el concepto con los elementos esenciales que componen una terapia de acción social por ellos propuesta, que son los siguientes: la forma más eficiente de cambiar a una persona es modificando su contexto social; la intervención más frecuente es la directiva, pues se pide a las personas que hagan ciertas cosas, dentro y fuera del consultorio; la terapia de acción social se basa en una ética y un compromiso social del terapeuta y del paciente; afirmación de la existencia e importancia de lo espiritual en la persona; importancia de la familia como grupo de autoayuda; finalmente es una terapia centrada en el problema de la violencia.

El libro se completa con algunos ejemplos concretos referidos a violencia masculina, delincuencia sexual y maridos abusivos, destacando finalmente la íntima interdependencia que debe haber entre jueces y terapeutas para abordar conjuntamente los problemas de la violencia. En resumen, los autores, terapeutas familiares, presenta aquí la terapia de acción social, un modelo de intervención desarrollado por profesionales que trabajan con hombres violentos. El enfoque está basado en la convicción que el agresor tiene total responsabilidad de sus actos. La terapia de acción social requiere que el agresor reconozca sus acciones violentas, demuestre su auténtico arrepentimiento, indemnice a la víctima y encuentre conductas alternativas aceptables. Cuando se utiliza de manera eficaz, la terapia social puede liberar tanto al agresor como a la víctima de las cadenas físicas, mentales y espirituales de la conducta violenta. El libro expone casos reales que ilustran el proceso terapéutico paso a paso para trabajar con pacientes que han cometido incesto, abuso infantil, delitos sexuales con adolescentes o violencia conyugal.

Sinopsis de Madanes C; Keim J; Smelser D (1995) Violencia masculina. Buenos Aires: Granica.

Terapia focalizada en las emociones.- La terapia focalizada en las emociones (TFE) (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Greenberg, 2002; Greenberg & Johnson, 1988; Greenberg & Watson, 2006) es un tratamiento experiencial con aval empírico (Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004) que integra elementos de las prácticas centradas en el cliente (Rogers, 1961) y Gestalt (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951) con la moderna teoría de las emociones y una meta-teoría dialéctico-constructivista.

El enfoque fue originalmente llamado terapia de proceso experiencial (EP) (Greenberg, Rice & Elliott, 1993) reflejando sus raíces en -y plasmando los principios de- un enfoque humanístico experiencial. La terapia focalizada en las emociones fue usada antes para nombrar el enfoque de terapia de pareja (Greenberg & Johnson, 1988).

Los desarrollos en la comprensión del rol de la emoción en el funcionamiento humano y en la terapia, nos llevaron a ver a la emoción como centralmente importante en la experiencia del self, tanto en el

funcionamiento adaptativo como desadaptativo, y en el cambio terapéutico; en el cambio del nombre se refleja este desarrollo.

Desde fines de los años '90, el término Terapia Focalizada en las Emociones (TFE) ha sido aplicado tanto a la terapia individual como a la de pareja (Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg, 2002; Elliott Et Al., 2004; Greenberg & Watson, 2006, Greenberg & Goldman, 2008).

La TFE sostiene que las emociones mismas tienen un potencial adaptativo innato que si es activado puede ayudar a los clientes a cambiar estados emocionales problemáticos o experiencias personales no deseadas.

Leslie S Greenberg; Robert Elliott; Alberta Pos. La terapia focalizada en las emociones: Una visión de conjunto. REV DE LA ASOCIACIÓN DE PSICOTERAPIA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. 2009 MAR; 2(1).

Terapia ocupacional en adicciones y daño cerebral.- La investigación más reciente está aportando un gran caudal de datos a la relación entre la adicción y los sustratos neurológicos en los que se sustenta, así como las funciones cerebrales implicadas en el proceso adictivo. Una de las principales líneas de investigación vincula la adicción al funcionamiento del lóbulo frontal, en especial a los componentes ejecutivos del comportamiento. Diversos trabajos previos encuentran deterioro significativo en el funcionamiento ejecutivo de los adictos a sustancias, que afecta, especialmente, a su desempeño en tareas cotidianas. La Terapia Ocupacional es una disciplina que estudia el desempeño ocupacional de las personas y su utilización como instrumento rehabilitador. El presente trabajo explora las alteraciones debidas a la disfunción ejecutiva y plantea una intervención terapéutica desde la perspectiva ocupacional para los pacientes adictos a sustancias que solicitan tratamiento.

Material y métodos. Se revisaron los trabajos que exploran las alteraciones en funciones ejecutivas en adictos a sustancias y las técnicas y programas de rehabilitación desarrolladas por la Terapia Ocupacional en el ámbito del daño cerebral adquirido.

Resultados. Se propone un modelo de intervención desde la Terapia Ocupacional que pueda ser incluido en los programas multidisciplinarios de tratamiento de las adicciones.

Conclusiones. La experiencia acumulada por la Terapia Ocupacional en pacientes con daño cerebral puede facilitar la comprensión de las alteraciones neurológicas en adictos, y su tratamiento, ya sea favoreciendo la adaptación o la restauración de las funciones alteradas, y potenciando el trabajo rehabilitador en otras áreas (por ejemplo, médica, psicológica o educativa).

G. Rojo Mota; E.J. Pedrero Pérez; J.M. Ruiz Sánchez de León... (et.al) Terapia Ocupacional en la rehabilitación de la disfunción ejecutiva en adictos a sustancias. TRASTORNOS ADICTIVOS. 2009 JUN; 11(2):96-105.

TERMINACIÓN

Terminación del análisis.- Hay cierta resistencia al hablar de la terminación del análisis, tanto en el analista como en el paciente. ¿Cuándo se termina el análisis? No se puede decir que se termina cuando se agota, porque este es un criterio más intuitivo que teórica. En la práctica muchos análisis terminan cuando se toman vacaciones, en el verano. Otras veces el análisis termina cuando el analista ve que el paciente está bien aunque éste no lo reconozca, pero el caso más frecuente, es cuando el paciente considera que está bien, pero el analista no. La situación ideal es cuando ambos consideran que la terapia cumplió su cometido, es decir que hubo cambios favorables en el paciente. Los cambios más notables se ven en las relaciones del paciente con las demás personas. Otras veces, secundariamente, se ve en su relación con las cosas materiales y con las ideas. Hay normas para la terminación: por ejemplo cuando el paciente adquiere una mayor tolerancia a la incomodidad personal, cuando reduce sus sentimientos de culpa, etc. Por lo general, el individuo bien psicoanalizado adquiere madurez para soportar fracasos, y tiene ideas claras sobre la culpa que le corresponde y sobre la que no. Las normas para poner fin al análisis se ven en la transferencia. El paciente empieza a ver al psicoanalista tal como es. Por otra parte, la terminación conlleva la separación de ambos: terminó el contrato, arreglaron los pagos y se separan físicamente con la convicción por parte de ambos de haber salido ganando en satisfacciones.

Condensado de Menninger y Holzman (1994) Teoría de la técnica psicoanalítica.

TRANSFERENCIA

Generalidades.- Transferencia son los papeles o identidades irrealistas que el paciente atribuye inconscientemente al psicoanalista durante la regresión terapéutica y las reacciones del paciente a dichas representaciones, que por lo general derivan de experiencias anteriores. Entonces, transferencia y regresión están íntimamente vinculadas. En vez de decir transferencia positiva o negativa, es mejor decir actitudes positivas o negativas en la transferencia pues la transferencia es una sola.

Condensado de Menninger y Holzman (1994) Teoría de la técnica psicoanalítica.

Concepciones.- Para Sigmund Freud la transferencia va instalándose poco a poco, pero para Melanie Klein el analista está implicado inmediatamente como objeto del pasado infantil. Para Anna Freud el niño

no establece transferencia como el adulto, por lo que no se pueden interpretar sus verbalizaciones. La interpretación tiene mas bien una función clarificadora de ansiedades y peligros que, una vez conocidos, el niño podía integrarlas a su personalidad. Dividió las interpretaciones en interpretaciones de la defensa (alivian al yo y al impulso oprimido) y en interpretaciones de contenidos (hacen consciente lo inconsciente más superficial). Para Anna Freud, en los niños no hay neurosis de transferencia como en los adultos, sino solo reacciones transferenciales, las que deberán ser orientadas hacia lo edípico porque así se consolida la alianza terapéutica ayudando al niño a soportar las vicisitudes del tratamiento. Condensado de Tkach Carlos (1992) La dirección de la cura en psicoanálisis con niños.

Enfoque cognitivo-conductual.- En contraste con la tradición psicodinámica, los terapeutas conductista y de orientación cognitivo-conductual le han restado importancia a la relación de transferencia en el proceso psicoterapéutico. La posición cognitivo-conductual tradicional al respecto ha sido que el cultivo y el manejo terapéutico de las relación de transferencia tiene escasa repercusión en la vida cotidiana del paciente.

Condensado de Safran y Segal (1991) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Capítulo 2.

TRANSFERENCIA

Generalidades.- En los términos de Etchegoyen: se trata de un "fenómeno general, universal y espontáneo que consiste en unir el pasado con el presente mediante un enlace falso que superpone el objeto originario con el actual. Esta superposición del pasado y el presente está vinculada a objetos y deseos pretéritos que no son conscientes para el sujeto y que le dan a la conducta un sello irracional, donde el afecto no aparece ajustado ni en calidad ni en cantidad a la situación real, actual" (Etchegoyen, 1993:106).

Un primer concepto de transferencia aparece en Psicoterapia de la histeria (1895) y surge a partir de la detección de obstáculos externos que se presentan cuando se perturba la relación con el analista, desapareciendo también la buena disposición del paciente. Al intentar el analista averiguar los problemas, se interpone en el paciente la conciencia de sus diferencias con él, lo cual aparece especialmente en tres casos: cuando la enferma se cree descuidada, menospreciada u ofendida por el analista, cuando teme quedar ligada al analista o perder su independencia, y cuando se asusta al ver que transfiere al médico representaciones displacenteras emergidas durante el análisis. La transferencia al analista se realiza por una conexión falsa.

Una segunda conceptualización aparece en La interpretación de los sueños (1900). En el capítulo 5, apartado C, refiere Freud la transferencia como proceso intrapsíquico donde se desplaza el afecto de una representación a otra considerada inofensiva. El afecto sólo puede exteriorizarse si la representación entra en conexión con una representación inocua o indiferente preconsciente, no censurable.

Un tercer sentido es planteado en el Historial de Dora (1901). En el Epílogo, Freud dice que se trata de re-creaciones de los impulsos y fantasías que se despiertan y hacen conscientes con el análisis, y pueden ser invariadas (el contenido no se diferencia del modelo, salvo en la sustitución, o sublimadas, donde hay una modelación del contenido y no se trata de una simple reedición sin cambios).

Un cuarto sentido surge en La dinámica de la transferencia (1912). Freud indica que la transferencia son clichés repetidos a lo largo de toda la vida, repeticiones que son posibles cuando las circunstancias exteriores lo permiten y cuando están los objetos eróticos disponibles, como el analista. Esta disposición congénita y las experiencias infantiles determinarán los objetos eróticos elegidos en la vida. La transferencia puede ser positiva o negativa, y sólo en este último caso constituye una resistencia para la cura.

Examinemos finalmente los siguientes dos sentidos de transferencia, en la evolución del pensamiento de Freud: el que aparece en Recordar, repetir, reelaborar y en Más allá del principio de placer.

Por esta época, Freud arriba a una primera gran conclusión que relaciona la transferencia con la repetición, conclusión que, en términos de Etchegoyen, se expresa del siguiente modo: "El análisis de la transferencia permite transformar la repetición en memoria, y así la transferencia pasa, de constituir un obstáculo, a ser el mejor instrumento para la cura" (Etchegoyen, 1993:119).

Así, en Recordar, repetir, reelaborar (1914), Freud indica que todos los tipos de transferencia constituyen resistencia, porque el paciente al transferir repite (actúa) para no recordar, y sin conciencia de ello. En este sentido es imprescindible para la cura: el vencimiento de la resistencia comienza cuando el analista la desenmascara, pero es preciso dar tiempo al paciente para enfrascarse en la resistencia, reelaborarla y luego vencerla.

En general, es imposible que la persona recuerde acontecimientos muy tempranos de la infancia, aunque luego de interpretados puedan ser comprendidos. Los conocemos por lo sueños, y la estructura de la neurosis fuerza a admitirlos; además el paciente, vencidas sus resistencias, no usa contra su aceptación la ausencia de la sensación de recordar.

Con la nueva técnica, el paciente no recuerda nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo vive de nuevo, lo repite como acto, no como recuerdo. Ejemplos: se avergüenza del tratamiento, y no de ciertas

actividades sexuales infantiles, se lamenta de fracasos actuales, y no de fracasos infantiles en su investigación sexual, se rebela contra el médico, no contra su padre de la infancia.

El paciente sigue repitiendo por más que le comuniquemos muchas cosas de su vida. Esta obsesión por repetir es una forma peculiar de recordar, y la llamamos transferencia, que recae no sólo sobre el analista sino sobre toda la vida actual del paciente. Además, cuanto más intensa es la resistencia, más ampliamente será sustituido el recuerdo por la repetición. Justamente en la hipnosis las resistencias ceden, y puede aflorar el recuerdo.

Al comienzo de la cura, cuando la transferencia es positiva se puede penetrar en los recuerdos, pero cuando luego se hace hostil, el recuerdo es cada vez más sustituido por la repetición: el enfermo usa sus armas del pasado para defenderse de la continuación de la cura (resistencias).

En suma: el paciente repite en lugar de recordar, haciéndolo bajo las condiciones de la resistencia. Pero, ¿qué repite? sus inhibiciones, sus tendencias inutilizables, sus rasgos patológicos, o sea, su neurosis. Así, la enfermedad no cesa con el comienzo del análisis, y debemos considerarla como algo actual, no histórico, aunque mientras el paciente la vive como algo actual, nosotros como analistas vamos haciendo referencias al pasado.

La táctica del analista es, además de intentar la evocación del recuerdo, procurar que este deriva como tal, no como acto, y, en todo caso, usar estos últimos sólo en el contexto analítico, como medio de llegar a los recuerdos. Es importante que las repeticiones en acto no atenten contra el análisis: Freud cita el ejemplo de una señora que se 'fugó' del tratamiento antes de haber podido impedirle tal repetición.

La mejor forma de refrenar la obsesión por repetir y convertirla en motivo para recordar es mediante la transferencia, que torna la repetición inofensiva y hasta útil. La idea es sustituir la neurosis vulgar por una neurosis de transferencia, de la que puede ser curado por el análisis. Esta neurosis artificial crea una zona intermedia entre la enfermedad y la vida, y el paciente puede pasar de la primera a la segunda. De las reacciones de repetición que surjan en la transferencia pueden luego evocarse los recuerdos.

El tratamiento implica mostrarle al paciente sus resistencias. Con ello, éstas en un comienzo no desaparecen sino que se intensifican, una buena ocasión para que el paciente pueda poco a poco elaborarlas y dominarlas, pudiendo seguir con su análisis. Sólo así conocemos finalmente los impulsos reprimidos que alimentaban la resistencia.

Tal elaboración de las resistencias puede ser una labor penosa para analista y paciente, pero es también lo que modifica al paciente (en lugar de la simple sugestión). Teóricamente, como señala Freud al final de su artículo, equivale a la derivación del afecto por reacción del tratamiento hipnótico.

En este punto del pensamiento de Freud se producirá un cambio importante. Como indica Etchegoyen, lo que hasta ahora era una concepto descriptivo de transferencia y subordinado al principio de placer, desde 1920 en adelante "se transforma en un concepto genético y explicativo más allá del principio del placer" (Etchegoyen, 1993:23).

En Más allá del principio de placer (1920), la transferencia aparece como la expresión de la compulsión a la repetición. En el vínculo con el analista se repiten situaciones traumáticas sexuales infantiles vivida como atemporales, momento en el cual el paciente tiende a interrumpir la cura. Esta repetición produce displacer por un lado pero por el otro produce placer, siendo una de las razones de esto último el hecho de que al surgir el recuerdo trae consigo menos displacer que si retornase como suceso actual.

El ejemplo del carretel y el tratamiento analítico de los neuróticos lleva a Freud a pensar que existe una compulsión a la repetición, o sea una tendencia a repetir como un suceso actual experiencias anteriormente reprimidas. Por ejemplo el neurótico no recuerda, sino que repite a través de la transferencia. Esta repetición no resulta placentera (ni siquiera fue placentero el hecho que se intenta repetir). En otras personas también encontramos algo parecido: son las personas que alegan estar predestinadas al fracaso y entonces todo les sale mal.

Dichos ejemplos sugieren entonces que hay en la obsesión de repetición algo que va más allá del principio del placer, ya que en esos casos se repiten situaciones penosas, siendo imposible discernir en ellas elemento placentero alguno. Esta obsesión de repetición parece ser más primitiva, más elemental, más arcaica y más instintiva que el principio del placer al cual sustituye. Es así que Freud buscará una explicación en los niveles más arcaicos, que ya son territorio de la biología.

Indica Etchegoyen, así, que "la repetición se convierte ahora en el principio explicativo de la transferencia. Regida por la repetición y el instinto de muerte, la transferencia pasa a ser entonces lo resistido (y no la resistencia); y el yo, que se opone a la repetición, reprime la transferencia, porque la repetición es para el yo lo aniquilante y destructivo, lo amenazante" (Etchegoyen, 1993:124).

Lo que debe rescatarse aquí, en suma, acerca del nuevo vínculo establecido por Freud entre transferencia y repetición, es que "la transferencia está motivada por la compulsión a la repetición, y que el yo la reprime al servicio del placer" (Etchegoyen, 1993:123). De esta forma, la transferencia aparece aquí al servicio del instinto de muerte (y no del principio del placer), por cuanto lejos de crear nuevos vínculos o relaciones, se esfuerza en repetir 'viejas' vínculos infantiles en el presente llevando así a una situación de estancamiento.

Cazau P (1999) Vocabulario. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Etchegoyen H (1993) Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud S (1914), Recordar, repetir, reelaborar, en Obras Completas, Volumen 12, Buenos Aires, Amorrortu, 1996.
Freud S (1920) Más allá del principio de placer, en Obras Completas, Volumen 18, Buenos Aires, Amorrortu, 1996.

Psicoterapia focalizada en la transferencia.- La psicoterapia focalizada en la transferencia es una modalidad de terapia psicodinámica que enfoca el trabajo terapéutico en el análisis de la transferencia, de las primitivas relaciones objetales internalizadas y de los mecanismos defensivos primitivos, activados en el "aquí y ahora" de la situación terapéutica. Esta activación es propiciada por ciertas características del marco terapéutico y por la temprana interpretación de la transferencia positiva y negativa.

Las principales novedades de esta técnica de psicoterapia son la estructuración del tratamiento y el trabajo terapéutico centrado en el aquí y ahora transferencial. Estas características constituyen factores dinamizadores del desarrollo de la terapia. La base teórica están fundadas en la teoría de las relaciones objetales sostenida por O.Kernberg. En el "aquí y ahora" del tratamiento el paciente tiende a repetir las relaciones objetales primitivas escindidas, responsables de las conductas desadaptativas, los disturbios afectivos y cognitivos. Esta forma de psicoterapia, a diferencia de lo que es habitual en las terapias manualizadas, no señala procedimientos terapéuticos, focos ni progresiones ordenadas en las sesiones, sino un conjunto de principios de manejo del tratamiento y un conjunto de técnicas.

La psicoterapia enfocada en la transferencia tiene por objetivo producir cambios no solo conductuales, sino también psico-estructurales, para lo cual será necesario la integración de las representaciones de las primitivas relaciones objetales, que de producirse se reflejarán en:

- relaciones objetales más flexibles y maduras.
- disminución de las escisiones.
- disminución de la difusión de identidad.

Es importante subrayar el carácter del vínculo terapéutico como "experiencia emocional correctiva".

Dr. Danilo Rolando, Psicoterapia enfocada en la transferencia. REVISTA PERSONA. 2008 FEB; 8: 6-17.

Interpretaciones de la transferencia.- Objetivo: La interpretación de la transferencia continúa siendo un componente fundamental en la tradición psicodinámica, a pesar de la reducida demostración empírica de su efectividad. En este estudio, los autores analizaron los efectos a largo plazo de las interpretaciones de la transferencia.

Método: Se trata de un ensayo comparativo y aleatorizado, de diseño desmantelado, más evaluaciones de seguimiento al cabo de 1 y 3 años de finalizar el tratamiento. Cien pacientes en régimen ambulatorio que solicitaron psicoterapia por depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad y problemas interpersonales fueron derivados a los terapeutas del estudio. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a recibir sesiones con frecuencia semanal de psicoterapia dinámica durante 1 año con interpretaciones de la transferencia y sin ellas. Se evaluaron cinco sesiones completas de cada terapia para corroborar la fidelidad al tratamiento. Los criterios de valoración fueron las Escalas de Funcionamiento Psicodinámico (Psychodynamic Functioning Scales) (puntuadas por el médico) y el Cuestionario de Problemas Interpersonales (Inventory of Interpersonal Problems) (autoevaluación). Se presupuso que las puntuaciones en la Escala de Calidad de las Relaciones Objetales (Quality of Object Relations Scale) (patrón a lo largo de la vida) y la presencia de algún trastorno de la personalidad eran variables moderadoras de los efectos del tratamiento. El cambio a lo largo del tiempo se evaluó utilizando modelos lineales mixtos. Resultados: A pesar de no haber diferencias en la eficacia de los tratamientos, ambos tratamientos demostraron una mejoría significativa durante su aplicación y también después de finalizarlos. Sin embargo, los pacientes con un patrón de peores relaciones objetales a lo largo de la vida se beneficiaron más del año de terapia con interpretaciones de la transferencia que de la terapia sin interpretaciones de la transferencia. Este efecto se mantuvo a lo largo del período de estudio de 4 años. Conclusiones: El objetivo de la interpretación de la transferencia es mantener la mejoría de las relaciones del paciente fuera de la terapia. La interpretación de la transferencia parece especialmente importante en los pacientes que presentan problemas interpersonales de larga duración y más graves.

Per Høglend; Kjell-Petter Bøgwald; Svein Amlo...(et.al), Interpretaciones de la transferencia en psicoterapia dinámica: ¿realmente tienen efectos prolongados? AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2008 JUN; 165(6):763-771.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Psicoterapia de los trastornos de personalidad.- "Los autores condujeron un metaanálisis para examinar la eficacia de la terapia psicodinámica y la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Se recopilaron los estudios sobre terapia psicodinámica y terapia cognitivo-conductual publicados entre 1974 y 2001. Sólo se incluyeron los estudios que: 1) utilizaron métodos estandarizados para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad, 2) utilizaron instrumentos válidos y fiables para la evaluación del curso clínico y 3) comunicaron datos que permitían calcular los tamaños de efecto en cada grupo o evaluar los índices de recuperación del trastorno de la personalidad. Se incluyeron 14 estudios de terapia psicodinámica y 11 estudios de terapia cognitivoconductual. La terapia psicodinámica alcanzó un tamaño de efecto general considerable (1,46), detectándose unos tamaños de efecto de 1,08 para las medidas de autoevaluación y de 1,79 para las medidas puntuadas por un

observador. En cuanto a la terapia cognitivo-conductual, los valores correspondientes fueron 1,00, 1,20 y 0,87, respectivamente. Para las medidas más específicas de la patología de los trastornos de la personalidad, se observó un importante tamaño de efecto general (1,56) para la terapia psicodinámica. Dos estudios de terapia cognitivo-conductual comunicaron efectos significativos para las medidas más específicas de la patología de los trastornos de la personalidad. En cuanto a la terapia psicodinámica, los tamaños de efecto indican un cambio a largo plazo más que a corto plazo de los trastornos de la personalidad. Se ha demostrado que tanto la terapia psicodinámica como la terapia cognitivoconductual constituyen tratamientos eficaces de los trastornos de la personalidad. Debido al número limitado de estudios que pudieron incluirse en este metaanálisis, las conclusiones sólo tienen carácter preliminar. Se requiere un mayor número de estudios que examinen determinadas variantes de la psicoterapia para determinado tipo de trastornos de la personalidad y que utilicen medidas de la psicopatología definitoria de estos trastornos. Se deberían incluir tratamientos de mayor duración junto con estudios de seguimiento”.

Falk Leichsenring; Eric Leibing. Eficacia de la terapia psicodinámica y la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos de la personalidad: un metaanálisis. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2003 JUL; 160(7):1223-1232.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Periodo sin tratamiento.- El objetivo de este estudio naturalista fue investigar la influencia posible del período sin tratamiento (PST) del trastorno depresivo mayor (TDM) sobre la evolución a largo plazo de la enfermedad. Ciento trece pacientes con TDM recurrente, según los criterios del DSM-IV-TR, seguidos durante 5 años, se seleccionaron y entrevistaron, y se revisaron sus historias clínicas.

El PST se definió como el intervalo entre el inicio del primer episodio depresivo y el primer tratamiento antidepressivo. La muestra se dividió en dos grupos según el PST:

Un grupo con un PST menor o igual a 12 meses (n=75) y otro con un PST mayor a 12 meses (n=38).

Las principales variables demográficas y de evolución clínica de los dos grupos se compararon usando el test de la t student.

Los pacientes con un PST más prolongado eran más jóvenes en el inicio ($t=2,8, p=0,006$) y la duración de la enfermedad fue mayor ($t=3,20, p=0,002$) que en los pacientes con un PST más corto.

Además, el número total de episodios depresivos que ocurrieron antes del primer tratamiento antidepressivo fue mayor en el grupo con PST más prolongado ($t=2,223, p$ menor a 0,003).

Aunque están limitadas por la naturaleza retrospectiva del estudio, estas conclusiones preliminares podrían indicar que un PST más prolongado puede influir negativamente en la evolución del TDM.

Son necesarios estudios prospectivos de mayor tamaño para investigar con más profundidad el papel del PST en el TDM.

El periodo sin tratamiento del trastorno depresivo mayor puede influir en la evolución a largo plazo de esta enfermedad? EUROPEAN PSYCHIATRY. 2008 MAR;23(2):92-96.

TRATAMIENTO

Abandono de tratamiento.- Este estudio tuvo como propósito identificar los factores relacionados con el tratamiento, el psicoterapeuta y el paciente que se asociaban al abandono del tratamiento en cuatro servicios psiquiátricos de consultas externas.

El grupo experimental comprendió todos los 789 individuos que acudieron por primera vez a los servicios psiquiátricos durante un año y abandonaron el tratamiento en el mismo año o durante los dos siguientes.

El grupo de control consistió en un número idéntico de individuos seleccionados en forma aleatoria de entre pacientes que, en el mismo año, acudieron por primera vez a los servicios psiquiátricos y que no abandonaron después el tratamiento.

La tasa de abandono global fue del 33,2%. Según el análisis de regresión logística, los factores pronósticos del abandono del tratamiento fueron: prescripción del tratamiento en un centro determinado, participación de más de un psicoterapeuta en el tratamiento, falta de un antecedente previo de trastornos psiquiátricos, edad joven y género masculino.

B. Reneses; E. Muñoz; J.J. López-Ibor. Factores que pronostican el abandono del tratamiento en centros de salud mental en la comunidad. WORLD PSYCHIATRY. 2009 OCT; 8(3):173-177.

Tratamiento psicológico computarizado para la depresión comórbida y el consumo problemático de alcohol y/o cannabis.- Objetivos. Evaluar un tratamiento psicológico computarizado versus proporcionado por un terapeuta, para personas con depresión comórbida y problemas de consumo de alcohol/cannabis.

Diseño. Ensayo aleatorio controlado.

Escenario. Participantes comunitarios en la región de Hunter de Nuevo Gales del Sur, Australia.

Participantes. Noventa y siete personas con depresión mayor comórbida y con uso indebido de alcohol/cannabis.

Intervención. Todos los participantes recibieron una intervención breve (BI) para los síntomas depresivos y el consumo abusivo de sustancias, seguido de la asignación aleatoriamente para: ningún tratamiento adicional (BI únicamente); o nueve sesiones de entrevista motivacional y terapia cognitiva-conductual (MI/CBT intensivo). Se seleccionó aleatoriamente a los participantes asignados a la condición intensiva MI/CBT para recibir su tratamiento 'en vivo' (es decir, proporcionado por un psicólogo) o vía un programa computarizado (con la aportación semanal breve por parte de un psicólogo).

Medidas. Depresión, consumo de alcohol/cannabis e índices de consumo de sustancias peligrosas medidas en la línea base, y evaluación a los 3, 6 y 12 meses post-línea base.

Resultados. (i) La depresión respondió mejor a una MI/CBT intensiva en comparación con la BI únicamente, teniendo el tratamiento 'en vivo' un efecto beneficioso fuerte a corto plazo, el cual fue emparejado por el tratamiento computarizado a los 12 meses de seguimiento; (ii) el consumo problemático de alcohol respondió bien a la BI únicamente e incluso mejor a la intervención intensiva MI/CBT; (iii) la MI/CBT intensiva fue significativamente mejor que la BI únicamente en la reducción del consumo de cannabis y el uso de sustancias peligrosas, siendo la terapia computarizada la que mostró un efecto de tratamiento mayor.

Conclusiones. El tratamiento computarizado, dirigida tanto a la depresión como al abuso de sustancias simultáneamente, tuvo resultados por lo menos equivalentes a los resultados de doce meses en relación a la intervención "en vivo". Para los médicos el tratar a personas con depresión comórbida y problemas de alcohol, al parecer las BIs enfocadas a ambos aspectos parece ser una opción de tratamiento adecuado y eficaz. La atención primaria de aquellos con problemas de depresión comórbida y consumo de cannabis podría implicar intervenciones integradas computarizadas para la depresión y consumo de cannabis, con un contacto regular breve con el médico para comprobar los progresos.

Frances J. Kay-Lambkin; Amanda L. Baker; Terry J. Lewin; Vaughan J. Carr. Tratamiento psicológico computarizado para la depresión comórbida y el consumo problemático de alcohol y/o cannabis: Un ensayo aleatorizado controlado de eficacia clínica. ADDICTION. 2009 MAR; 104(3):378-388.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

Definición.- Así como la Asistencia Psiquiátrica se dirige a la parte sana o conservadora de la personalidad, el tratamiento psíquico pretende actuar especialmente sobre la parte "enferma" o "destruida" de la misma (aunque sabemos que se trata de dos aspectos funcionales integrados en la indivisa totalidad del individuo). El tratamiento psíquico se apoya fundamentalmente en medios también psíquicos: la *Psicoterapia*. Los métodos fisioterápicos pueden dominar, en casos de emergencia, algún síntoma rebelde o alarmante y que, por excepción (en las psicosis infecciosas principalmente), puede tener el carácter de medio "específico" de combate. Pero, cualquiera sea el camino de su incorporación a la individualidad y cualquiera que sea su propia naturaleza, todos los recursos terapéuticos actúan sobre los dos aspectos, psíquico y físico. Los principales tratamientos psíquicos son: la *Psicoterapia*, la *Piroterapia*, la *Hidroterapia*, la *Ergoterapia*, la *Quimioterapia*, la *Insulinoterapia*, la *Terapia Convulsivante*, etc.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

URGENCIA PSIQUIÁTRICA

Generalidades.- Una urgencia psiquiátrica es una perturbación del pensamiento, sentimientos o las acciones, que requiere tratamiento inmediato. Casi siempre es el mismo paciente quien pide el auxilio, aunque puede hacerlo la familia, la policía, etc. La causa más frecuente es alguna pérdida de alguna persona importante. También está el desempleo, fracaso escolar, jubilación, nacimiento de un hijo, nuevas responsabilidades, etc. El paciente se expresa a nivel emocional y corporal.

La mayoría de los pacientes de urgencia tienen toda una vida de psicopatología, a veces grave, a pesar de lo cual se han adaptado. Tales personas buscan apoyo solo cuando su mecanismo adaptativo se ha descompensado, generalmente por influencia ambiental. El psiquiatra de urgencias tiene a veces poco tiempo para tomar una decisión. y dentro del hospital debe haber una zona de 'retención' del paciente, donde no está del todo internado, pero está listo para retornar a la comunidad una vez pasado el momento de urgencia.

Toda manifestación clínica de urgencia tiene tres aspectos: biológico (trastornos corporales), psicológicos y sociales. A continuación se citan urgencias donde predomina la sintomatología psicológica (estados psicológicos), donde predomina el síntoma corporal (estados corporales), y por último, otros casos de urgencia.

Estados psicológicos.- 1) El ejemplo más importante es la depresión suicida. Suele aparecer bruscamente, hay insomnio, insociabilidad e ideas delirantes como la de haber cometido un pecado imperdonable. 2) Violencia: es rara en las enfermedades mentales, y mas bien aparece en casos de abuso de alcohol, historias de abuso en la niñez, o historia de actos violentos. Deben ser controlados físicamente y con sedantes, pues pueden llegar al asesinato. El haloperidol y otros medicamentos son útiles para los psicóticos violentos. 3) Estados de fuga: Con amnesia total con respecto a horas o días

anteriores. Deben ser hospitalizados, y la razón está en que huyeron de alguna situación muy dramática, como una guerra. 4) Pánico homosexual: delirios y alucinaciones que acusan al paciente por sus supuestas prácticas homosexuales. Aparece en situaciones que fuerzan a la homosexualidad, como cárceles, etc. 5) Otras reacciones de pánico: como ataques de agorafobia. Se utilizan sedantes suaves. 6) Trastornos por estrés postraumático: como haber escapado de un accidente con vida, sobrevivientes de catástrofes, etc. 7) Manía: Exaltación del ánimo patológica donde el paciente no se controla: por ejemplo maneja muy rápido, gasta mucho dinero, etc. 8) Esquizofrenia paranoide: donde el paciente se cree perseguido. Al igual que el caso anterior, se lo intenta calmar con palabras apelando al núcleo racional de su yo, y con sedantes. 9) Esquizofrenia catatónica: si el paciente viene en estado de letargo, es fácil manejarlo pues obedece a todo. Debe dársele de alta si la condición ambiental precipitante fue corregida. Si viene en estado de excitación, es más difícil tratarlo y debe dársele tranquilizantes. 10) Anorexia nerviosa: hospitalización y nutrición forzada. 11) Problemas psicosomáticos agudos: revelan ansiedad aguda, poca disposición a colaborar con el médico y luego depresión. Se agrava si el paciente debe ser operado, lo que exige que se lo prepare psicológicamente para ello. 12) Cirugía estética: A veces a la rinoplastias sucede una reacción psicótica, tratable con medicamentos y psicoterapia de apoyo para la crisis de identidad. 13) Medicación contra la hipertensión: Pueden provocar una depresión aguda. Deber usarse otro medicamento para la hipertensión que no sea la rauwolfia. 14) Insomnio: Puede marcar el comienzo de una depresión grave, sobre todo si aparece un estado de agitación por la mañana. 15) Cefaleas: Primero se averigua si no hay nada orgánico, y luego se ve si hay depresión, drogadicción o peligro de suicidio. 16) Dismenorrea: Si aparece con depresión y hostilidad, debe atenderse al peligro de suicidio, y examinar causas familiares. 17) Hiperventilación: Pacientes ansiosos que jadean debido al terror, lo que les produce hiperventilación, o sea desmayos, visión borrosa, etc. Esto asusta aún más al paciente, ya ansioso. El clásico remedio es respirar dentro de una bolsa de papel, pero debe tranquilizarse al paciente diciéndole que sus vahidos se deben a la hiperventilación, y que debe respirar normalmente. 18) Paciente moribundo: Según el paciente y la enfermedad, se puede hacer tomar conciencia al paciente que él se está muriendo. Es esencial el apoyo, la empatía y el tomar la iniciativa, así como involucrar todo lo más posible a la familia. 19) Violación: Hay una mejor recuperación cuando recibe apoyo inmediato y se la insta a expresar sus miedos y decir lo que siente. 20) Enfermedad mental en un médico: generalmente por drogas o alcohol. Primero debe salvaguardarse a los pacientes que atiende, y luego atenderlo a él.

Estados orgánicos.- 1) Delirio: por causas cerebrales. 2) Alcoholismo: suele aparecer con problemas orgánicos de nutrición, trastornos de hígado, corazón o cerebro. También puede encubrir fracturas óseas pues el alcohol es analgésico. Debe verse si además está consumiendo barbitúricos. Hay cuatro clases de alcohólicos: despierto (habla confuso, no coopera), semicomatoso (dormido pero responde a estímulos dolorosos y todos los reflejos), comatoso (responden sólo algunos reflejos), y comatosos sin ningún reflejo. 3) Abuso de drogas: como la sobredosis de heroína, donde aparece pálido, cianótico y con problemas de respiración, Rápidamente debe tirársele de la lengua para mejorar la respiración. Luego analizar la sangre para ver el grado de intoxicación, y darle los medicamentos correspondientes. También ver el aspecto general del paciente pues cada droga suele dar signos diferentes: la sobredosis de sedantes (debe inducirse el vómito), el síndrome de abstinencia de hipnóticos y sedantes (que empiezan con ansiedad, confusión y ataxia), y las anfetaminas y la cocaína, que dilatan las pupilas, suben la presión y la temperatura, y secan la boca.

Otros trastornos de urgencias.- 1) Porfiria intermitente aguda: Reacción psicótica con fuerte dolor abdominal, ataques de gran mal. El ataque se precipita como reacción a ciertas sustancias como alcohol, barbitúricos, etc. 2) Discinesias agudas: dificultades para tragar o hablar por hipertonidad de los músculos. Está producida por trnaquilizantes mayores como la fenotiacina. Entre las alternativas, está darle una inyección de medicamento antiparkinsoniano. 3) Crisis hipertensiva: producida por remedios contra la depresión. 4) Excitación posconvulsiva: cuando un paciente despierta puede experimentar terror, atacar a los que le rodean y escapar. Se recomienda no despertarlo hasta que lo haga espontáneamente. 5) Insolación: Trasladar al paciente a un lugar fresco y ponerle paños fríos. Son especialmente sensibles los que han tenido traumatismos craneanos o son alcohólicos. 6) Agranulocitosis: Efecto secundario de medicamentos psicotrópicos, Debe interrumpirse dicho medicamento. Los síntomas son fatiga, fiebre, letargia, etc. 7) Maniobra de Heimlich: pacientes psicóticos que comen grandes bocados y se atragantan. La maniobra consiste en comprimir el epigastrio con el puño.

Urgencias en psiquiatría infantil.- Envenamiento accidental, hipercinesia, fobia a la escuela, adopción, niños maltratados, anorexia nerviosa, duelo, enfermedad mortal, e incluso el síndrome por abstinencia del recién nacido (madre heroinómana o medicada con drogas que da a luz a un niño, y el niño se acostumbra a dicha droga dentro del útero). Se trata con Valium u otros remedios al bebé. Este suele tener acceso de llanto intensos y prolongados.

Kaplan H y Sadock B, *Compendio de psiquiatría*. México: Salvat. Capítulo 25.

Definición.- Sistema hindú de filosofía y prácticas ascéticas que involucra meditación y contemplación y que culmina en un trance que se considera como unión con el Ser Supremo. Yoga significa: "tensión". Designa de ordinario en la filosofía india todo procedimiento conducente a la intuición mística y al conocimiento supra-conceptual. El "yogui" (el que practica el Yoga) se propone como finalidad reprimir las funciones de la sustancia pensante a fin de conducirlas a otra cosa superior. Sirven de preparación para ello la observancia de una serie de prescripciones éticas, una determinada postura del cuerpo y la regulación de la respiración; pero la práctica fundamental consiste en apartar los sentidos de los objetos, recogimiento, meditación y continua concentración. (V. I. H. Schltz). (Brugger). Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

ZOOTERAPIA

Definición.- Empleo de animales domésticos para curar o mejorar el estado de la salud de las personas mediante su interacción con ellos. Cazau P (2006) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires. Redpsicología.

Zooterapia y esquizofrenia.- Resumen: Coincidiendo con el surgimiento de la psiquiatría comunitaria, ha habido un progresivo proceso de desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos; seleccionando a los menos discapacitados para los recursos comunitarios y dejando los pacientes con más discapacidad al cuidado de las instituciones. La rehabilitación pretende afrontar la discapacidad para realizar actividades, con la finalidad de mejorar la desventaja social consecuencia del deterioro e incapacidad producidos por la enfermedad. La Terapia Facilitada por Animales, se describe como una intervención diseñada para mejorar el funcionamiento cognitivo, físico o social de un paciente, con unos objetivos específicos delimitados en el tiempo. Los estudios realizados hasta el momento apuntan a resultados positivos de este tipo de intervención. En el presente trabajo se pretende describir cómo la Terapia Facilitada por Animales puede ser un programa de rehabilitación terapéutico efectivo adjunto al tratamiento normal que cubra con las necesidades de los pacientes crónicos con diagnóstico de esquizofrenia institucionalizados. Victoria Villalta Gil y Susana Ochoa Güerre, La terapia facilitada por animales de compañía como programa de rehabilitación adjunto para personas con diagnóstico de esquizofrenia crónica. PAPELES DEL PSICÓLOGO. 2007 ENE; 28(1).

Caballo.- La utilización del caballo como herramienta de trabajo en la rehabilitación de pacientes con necesidades especiales en cualquier ámbito consigue resultados "en menos tiempo" que los tratamientos convencionales, según dijo la presidenta de la Asociación Andaluza de Equitación Terapéutica "El caballo ayuda", Pilar Villa Fernández.

La Universidad Pablo de Olavide (UPO) organiza esta semana en su sede de la casa-palacio de Los Briones en Carmona (Sevilla) un curso de verano llamado "Terapias ecuestres. Posibilidades de proyección y desarrollo en la sociedad actual", del que Pilar Villa es coordinadora. Se trata, según explicó, de la primera vez que se abordará en Andalucía de forma integral esta especialidad como un "punto de encuentro de los profesionales" --están invitados expertos mexicanos y la entrenadora del equipo paraolímpico de equitación de Sydney 2000, Teresa Jiménez Horwitz, entre otros-- y reflexionar sobre las posibilidades del método.

En declaraciones a Europa Press, la fisioterapeuta Villa señaló que la relación entre paciente y caballo tiene "repercusiones en el desarrollo de la coordinación y del equilibrio" por el movimiento del animal al paso y en el aspecto psicológico mejora las condiciones psicomotrices y cognitivas.

Pero "no sólo se trata de montar a caballo", explicó la coordinadora del curso, sino que las terapias también incluyen actividades que giran en torno al caballo, como la higiene, el equipamiento y las instalaciones, que permiten desarrollar "la responsabilidad, la sensación del trabajo bien hecho y terminado" en el paciente, señaló la experta.

Las terapias ecuestres son apropiadas, según dijo esta monitora, para pacientes con lesiones medulares, deficientes visuales y pacientes con problemas de anorexia, ansiedad, drogadicción o de interacción social, entre otros, ya que en esta actividad participan un equipo de diversos profesionales como psicólogos, fisioterapeutas, pedagogos y técnicos de equitación deportiva.

Las terapias ecuestres rehabilitan al paciente más rápido que algunos de los tratamientos convencionales. CERES. 2006 JUL

Investigaciones.- James Sarpell, de la Universidad de Pennsylvania (EEUU), organizó tres grupos de personas que no mostraban diferencias notables en su estado de salud y sus costumbres sociales (lo que evaluó mediante un cuestionario similar para todos ellos). A uno de los grupos se les dio perros, gatos a otro, y nada al tercero, que fue tomado como muestra testigo. Al cabo de un mes de convivir con sus nuevas mascotas, se les hizo contestar un segundo cuestionario y se reevaluó su estado general de salud. Los resultados fueron notables: a quienes se les había dado un animal cambiaron sustancialmente sus respuestas, evidenciando un estado de gran optimismo y sociabilidad y, además, las mejorías en la salud fueron evidentes.

Zooterapia en esquizofrenia.- Coincidiendo con el surgimiento de la psiquiatría comunitaria, ha habido un progresivo proceso de desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos; seleccionando a los menos discapacitados para los recursos comunitarios y dejando los pacientes con más discapacidad al cuidado de las instituciones. La rehabilitación pretende afrontar la discapacidad para realizar actividades, con la finalidad de mejorar la desventaja social consecuencia del deterioro e incapacidad producidos por la enfermedad.

La Terapia Facilitada por Animales, se describe como una intervención diseñada para mejorar el funcionamiento cognitivo, físico o social de un paciente, con unos objetivos específicos delimitados en el tiempo. Los estudios realizados hasta el momento apuntan a resultados positivos de este tipo de intervención. En el presente trabajo se pretende describir cómo la Terapia Facilitada por Animales puede ser un programa de rehabilitación terapéutico efectivo adjunto al tratamiento normal que cubra con las necesidades de los pacientes crónicos con diagnóstico de esquizofrenia institucionalizados.

Victoria Villalta Gil y Susana Ochoa Güerre, La terapia facilitada por animales de compañía como programa de rehabilitación adjunto para personas con diagnóstico de esquizofrenia crónica. PAPELES DEL PSICÓLOGO. 2007 ENE; 28(1).

Niños y delfines.- Trevor, un niño de seis años, se encuentra severamente discapacitado. Cuando nació tenía los brazos entumecidos y sus pies y piernas deformes. Unos días después se le diagnosticó también una deficiencia mental importante. Desde entonces la familia del pequeño buscó alguna solución.

Se le practicaron siete operaciones y los resultados no siempre estuvieron a la altura de las expectativas. Doce especialistas dijeron que Trevor no podría caminar nunca.

Los padres de Trevor, después de leer un artículo publicado por el doctor Nathanson, decidieron probar el sistema allí propuesto, para lo cual se mudaron a la isla de Marathon, cerca de Grassy Key, donde junto al sistema en cuestión recibió tratamientos de fisioterapia e hidroterapia.

Los delfines están especialmente capacitados para trabajar con los niños. Su inteligencia natural y también la sensibilidad de sus cuerpos resultan fundamentales para establecer una buena relación. Su principal labor consiste en levantar tablas arrojadas al agua por el doctor Nathanson y sus ayudantes. Estas llevan escritas palabras, imágenes o símbolos, según el caso. Los delfines le devuelven la tabla al niño y éste deberá tratar de identificar el mensaje.

Trevor se divierte mucho en el agua y toda su atención está focalizada en el delfín. Su incapacidad pasa prácticamente desapercibida: las barreras de la incomunicación han cedido.

A Trevor le encantaría tocar a Dixie, palmearlo, pero sólo se le permite hacerlo como premio por identificar el símbolo en la tabla sostenida por la boca del animal. El niño lo logra sin problemas: "Sí, es una manzana", se entusiasma el instructor. Entonces Trevor puede no sólo tocar al delfín sino montarlo para que éste lo impulse por el agua.

Se han llevado a cabo estudios que demuestran las novedades del método. Los niños que formaron parte de este programa lograron leer cuatro veces más rápido. Además, pudo observarse que desarrollan paralelamente una mayor capacidad de aprendizaje, que se mantiene de allí en adelante.

Trevor ha mejorado mucho, tanto que ya ha dejado el Centro en busca de una escuela que con nuevos estímulos logre elevarlo un peldaño en su lucha por desarrollar tanto su cuerpo como su mente.

Publicado en "Descubrir" N° 28, Buenos Aires, Octubre 1993.

PSICOLOGÍA SOCIAL Y GRUPAL

ACATAMIENTO

Acatamiento en ausencia de presión externa.- Qué pasa cuando no hay una presión directa para acatar una norma? O cuando se ejerce poca o ninguna presión para que la gente haga lo que se le dice?

Técnica de la imposición gradual.- El acatamiento genera acatamiento. Si alguien induce a una persona a acatar una demanda inicial pequeña, tiene grandes posibilidades de conseguir que acate más adelante una demanda mayor. Es la técnica de los vendedores de 'empezar por lo bajo'. Estos estudios sugieren que empezar por lo bajo genera un sentido de obligación hacia el que realiza la demanda.

Efectos del sentimiento de culpa en el acatamiento.- Se hicieron experimentos para mostrar que cuando nos equivocamos nos sentimos culpables y buscamos remediar la situación haciendo una buena acción, o sea, haciendo algo deseado por los demás. Al causar daño a los demás, disminuye nuestra autoestima y buscamos aumentarla participando en actividades meritorias.

Otros factores que influyen sobre la conformidad y el acatamiento.- Son los siguientes: 1) tamaño del grupo (la conformidad aumenta hasta un tamaño de cuatro personas, y desde allí se equilibra); 2) cohesión (a mayor cohesión grupal, mayor acatamiento); 3) status (un muy alto status o uno muy bajo disminuye el acatamiento, porque mientras la última persona no tiene nada que perder, la primera no verá amenazada su situación privilegiada); 4) publicidad y vigilancia (cuanto más pública y vigilada esté una conducta, mayor es la conformidad del sujeto que la realiza); 5) dificultad y ambigüedad (la

conformidad aumenta con la dificultad de la tarea y la ambigüedad del estímulo: si la tarea es difícil, buscamos preguntar a los demás como se hace); 6) temor y ansiedad (la conformidad aumenta con el temor: en la desdicha se busca compañía); 7) asignación de los recursos (un reparto equitativo o justo de tareas favorece el acatamiento).

Obligación de devolver favores.- Este principio de reciprocidad rige gran parte de las interacciones sociales. Es más probable que aceptemos una demanda de colaboración o ayuda de alguien que nos ha hecho un favor.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós. Capítulo 7.

ACCIÓN SOCIAL

El concepto de acción social en Weber.- 1) La acción social se orienta por las acciones de otros, las cuales pueden ser pasadas, presentes o futuras. Los 'otros' pueden ser sujetos individualizados o una pluralidad de individuos indeterminados y desconocidos. 2) No toda acción es social, como por ejemplo la acción exterior producida por la expectativa de determinadas reacciones de objetos materiales. 3) No toda clase de contacto entre los hombres tiene carácter social, sino sólo una acción con sentido propio dirigida a la acción de los otros. 4) La acción social no es idéntica ni a una acción homogénea de muchos, ni a la acción de alguien influido por conductas de otros (comportamiento de masas).

La acción social, como toda acción, puede ser: a) racional con arreglo a fines: determinada por expectativas en el comportamiento tanto de objetos del mundo exterior como de otros hombres, y utilizando esas expectativas como 'condiciones' o 'medios' para el logro de fines propios racionalmente sopesados y perseguidos; b) racional con arreglo a valores: determinada por la creencia conciente en el valor -ético, estético, religioso u otro- propio y absoluto de una determinada conducta, sin relación alguna con el resultado, o sea puramente en méritos de ese valor; c) afectiva, especialmente emotiva, determinada por afectos y estados sentimentales actuales; y d) tradicional: determinada por una costumbre arraigada.

Condensado de Weber M (1987), Economía y sociedad. México: Fondo de Cultura económica, páginas 18-20.

ACTITUD

Definición.- "Creencia o sentimiento de una persona que determina su predisposición a valorar favorable o desfavorablemente los objetos y sujetos que la rodean y que, por lo tanto, influye en su comportamiento. La integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas o tendencias a comportarse según opiniones y/o sentimientos propios. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o se hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y son las actitudes que siguen a la conducta. Si los pensamientos y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión a la que se denomina disonancia cognitiva".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- 1. La estabilidad de una disposición. 2. Disposición mental específica hacia una experiencia planteada, que puede ser positiva o negativa. 3. La tendencia establecida a la repetición de funciones naturales sobre todo respecto a las localizadas en el cerebro. (G. E. Müller).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definición.- Una actitud puede ser definida como una predisposición adquirida y sistemática de la conducta hacia determinados objetos del mundo social (personas, situaciones, etc). Integra lo social y lo individual, pues sintetiza en una persona determinada el proceso de influencia social sobre ella.

Las actitudes no son conductas sino tendencias, predisposiciones a conducirse de determinada manera, predisposiciones aprendidas en el seno social.

La actitud es un constructo, o sea un concepto explicativo de la realidad humana Como tal presenta 4 características básicas:

a) Direccionalidad: la actitud implica un dirigirse hacia un objeto, lo que la diferencia del rasgo de carácter y del hábito.

b) Adquirida: se aprenden conviviendo.

c) Más o menos durables: son estables, aunque pueden modificarse por influencia externa.

d) Polaridad afectiva: la actitud está teñida de afectos de aceptación, rechazo, o una mezcla de ambas.

Toda actitud tiene un componente cognitivo (se basa en creencias o información que el sujeto adquiere en el medio social), un componente afectivo (aceptación-rechazo), un componente normativo (como "debe" el sujeto comportarse), y un componente comportamental (se manifiesta en las conductas).

Consideramos a la actitud como el producto final del proceso de socialización, que condicionará las respuestas del sujeto hacia productos culturales, personas, situaciones, hacia sí mismo, y hacia otros grupos.

Condensado de Muchnik E y Frydman M (1986) La noción de actitud: unidad de análisis de la psicología social (artículo).

Teorías sobre el cambio de actitudes.- A pesar de ser bastante estables, las actitudes pueden sufrir cambios, y hay varias teorías que explican cómo y porqué ocurren estos cambios actitudinales. Básicamente hay tres grandes grupos de teorías de este tipo:

A) Teorías del aprendizaje y refuerzo: fundadas en la psicología experimental.

B) Teorías del aprendizaje social y teorías del equilibrio: fundadas en la Gestalt y la teoría del Campo.

C) Teoría funcional: fundada sobre todo en el psicoanálisis.

A) TEORÍAS DEL APRENDIZAJE Y DEL REFUERZO Estudian las actitudes en base al esquema estímulo-respuesta, y descomponen el comportamiento en unidades más chicas.	a) Teorías del condicionamiento clásico e instrumental El ejemplo típico es la teoría de Staats, que se basó en Pavlov. Recordemos que en Pavlov, se puede condicionar un perro a salivar frente a un sonido, si antes de darle la comida le hacemos escuchar ese ruido: termina salivando cuando lo escucha. Esta última salivación se llama respuesta condicionada, y Staats vio que las actitudes eran respuestas condicionadas hacia algún objeto del medio. Más tarde amplió sus investigaciones, y concluyó que las actitudes eran: -Respuestas condicionadas clásicas, como la recién explicada. -Refuerzos para otros comportamientos: o sea si uno tiene cierta actitud, esta hace más probable que realice ciertas conductas y otras no. -Pueden servir como metas o motivaciones. Si una actitud es premiada, el hombre se propondrá como meta alcanzar esa actitud. Weiss también estudió este tema, y concluyó que en el hombre el cambio de actitudes es la fuerza del argumento persuasivo: cuanto más fuerte es este último, más probable es que una persona cambie su actitud. b) Teoría de Hovland (Universidad de Yale) En la década del 40 el equipo de Hovland hizo investigaciones porque quería cambiar las actitudes de los soldados hacia la guerra, desarrollando una teoría del cambio de actitudes, basada en la teoría de Hull. La actitud es algo emocional, que puede ser de aceptación o de rechazo. Qué actitud adopte una persona depende de sus creencias, las cuales a su vez pueden cambiarse con argumentos persuasivos. Por ejemplo se puede persuadir al soldado que la guerra es útil y necesaria, y entonces tendrá una actitud de aceptación hacia ella: habrá aprendido una nueva actitud. Para aprender nuevas actitudes hay cuatro factores importantes: atención, comprensión, aceptación, y retención. Para ser persuasivo, el mensaje debe ser atractivo para poder atenderlo (atención), simple para poder ser comprendido fácilmente (comprensión), debe prometer alguna mejora o recompensa para ser aceptado (aceptación) y debe poder ser recordado siempre (retención). Hay tres características que influyen en la aceptación de la comunicación persuasiva: a) La fuente: debe ser confiable y creíble. b) El estímulo o mensaje: su poder de atracción, su apelación a los sentimientos. Por ejemplo el mensaje es efectivo si asusta poco y gusta mucho. c) El contexto: la comunicación debe hacerse en un ambiente tranquilo para que la persona cuya actitud se quiere cambiar pueda pensar y concentrarse en lo que le dicen.
B) TEORÍAS DEL APRENDIZAJE SOCIAL Y TEORÍAS DEL EQUILIBRIO Se basan en la teoría del Campo de Lewin, para la cual la formación y el cambio de	a) Teoría del aprendizaje social (Bandura) Investigando sobre la conducta agresiva, pensó que estas se aprenden y que intervienen en ella factores personales y ambientales. Si el niño ve que la agresividad de su hermano le trae beneficios, él aprenderá a ser agresivo, o sea, se aprende en base a modelos sociales. No es una simple imitación o identificación, sino un proceso de modelamiento de la conducta. Es un modelo diferido porque el niño, al ser capaz de simbolizar, puede ejercer su conducta aprendida de agresión 'en ausencia' del modelo, su hermano. Cuando ejecuta la conducta, esta le trae ciertas consecuencias, buenas o malas, y estas le permiten ir corrigiendo o modelando su conducta. En cualquier cambio de conducta, hay siempre tres aspectos. a) un motivo que induzca al cambio, conciente o inconciente; b) un modelo que indique la dirección del cambio (quiero comportarme como mi hermano); y c) una recompensa (si me

actitudes dependen en gran parte del grupo del cual uno forma parte. O sea, la actitud de una persona depende de las normas del grupo a que pertenece. El grupo presiona para que las personas tengan determinadas actitudes.	comporto como él, lograré el mismo beneficio que él logró con esa conducta). b) Teorías del equilibrio Según estas teorías, el cambio de actitud en nosotros se produce cuando percibimos que hay inconsistencias o incoherencias (desequilibrios) dentro de nuestro sistema de creencias y nuestra conducta, o sea cuando las percibimos como irracionales. Hay muchas de estas teorías, pero aquí se toman tres: 1) Teoría del equilibrio de Fritz Heider 2) Teoría del equilibrio cognitivo-afectivo de Rosemberg y Abelson 3) Teoría de la disonancia cognitiva (Festinger) <i>1) Teoría del equilibrio de Fritz Heider</i> Cuando hay equilibrio, no hay presiones o motivos para que cambiemos nuestras actitudes. Concretamente, hay equilibrio cuando dos personas están juntas (relación cognitiva) y además se aman (relación actitudinal), es decir, ambos tipos de relación son positivas. Si uno no estuviera junto al ser que ama, habría desequilibrio y nuestra actitud sería la tendencia a buscar aquel otro que amamos. El equilibrio o desequilibrio puede darse también entre tres personas. Para estar en equilibrio, una triada debe tener tres conexiones positivas, o bien dos negativas y una positiva. Por ejemplo "El enemigo de mi enemigo es mi amigo": aquí hay equilibrio pues hay una relación negativa (yo con mi enemigo), otra negativa (el enemigo de mi enemigo) y una positiva (el enemigo de mi enemigo es mi amigo). Un ejemplo de desequilibrio es por ejemplo una triada (dos personas y un partido político) donde hay dos relaciones positivas y una negativa. La relación positiva es (yo estoy afiliado al partido), la otra relación positiva es (el otro está afiliado al mismo partido), y la relación negativa es (yo y el otro nos llevamos mal). Esto último genera un desequilibrio, pues no puedo entender (inconsistencia) cómo siendo ambos del mismo partido nos llevemos mal, y entonces cambiaré mi actitud hacia él tratando de que queden las tres relaciones positivas, o bien que queden dos negativas y una positiva, en cuyo caso yo me desafilaré del partido. <i>2) Teoría del equilibrio cognitivo-afectivo de Rosemberg y Abelson</i> A diferencia de Heider, estos autores no discriminan entre lo cognitivo y lo afectivo: para ellos las relaciones cognitivas están teñidas de afecto y pueden ser positivas (amar, gustar), negativas (odiar, rechazar) o neutras (indiferencia). Hay equilibrio cuando hay el mismo signo (por ejemplo dos positivos: hombre y mujer donde ambos se aman), pero hay desequilibrio cuando hay uno positivo y otro negativo (uno lo ama y el otro lo odia). En este último caso la inconsistencia está en que uno está al lado del otro a pesar de odiarlo, y entonces cambiará de actitud: o lo amará, o lo abandonará, o no piensa en la situación y sigue igual. Esto último se da cuando el desequilibrio no es muy grande y puede ser tolerado. <i>3) Teoría de la disonancia cognitiva (Festinger)</i> Se produce un cambio de actitud cuando un sujeto advierte que tiene dos creencias disonantes; por ejemplo, cree en el carácter sagrado de la vida por su religión, pero al mismo tiempo está de acuerdo con la pena de muerte. Esto genera un conflicto, una disonancia, y el sujeto buscará cambiar de actitud en uno u otro sentido para lograr una coherencia. Por ejemplo, dejar de apoyar la pena de muerte. La disonancia puede reducirse de tres maneras: a) cambiando los elementos cognitivos, o sea las creencias, como se vio en el ejemplo anterior. b) Agregando un tercer elemento cognitivo, o sea una tercera creencia que modifique la importancia de alguna de las dos primeras (por ejemplo, las creencias religiosas no son importantes para mí), y c) cambiar la conducta concreta si es disonante con algún elemento cognitivo o creencia: dejar de apoyar la pena de muerte (pues esta conducta está en conflicto con mi creencia religiosa). Para probar todo esto, Festinger hizo experimentos con situaciones de libre elección, de compromiso forzado y de efectos pos-decisionales. Hay veces donde uno puede elegir eliminar una creencia inconsistente con otra, pero en otros casos es más difícil porque la persona está muy comprometida con ambas creencias disonantes. En general, se comprueba que a) las personas tienden a buscar información que apoye su elección, y a evitar información discrepante, y b) esas personas buscan más

	información sobre la alternativa elegida. Un ejemplo típico de disonancia es cuando uno afirma algo en lo cual no cree (disonancia entre la creencia y lo que se dice). La persona tratará de reducir la disonancia o bien desdiciéndose o retractándose, o bien tratando de justificar la conducta asumida, o bien cambiando sus creencias. Su mentira (decir algo en lo que en realidad no cree) trae consecuencias para esta persona: genera disonancia. Para algunos sujetos, esta disonancia es muy dolorosa, tienen baja tolerancia a ella y buscarán resolverla urgentemente.
C) TEORÍA FUNCIONAL	Sostiene que las actitudes están al servicio de las necesidades de las personas, o sea, cumplen ciertas funciones de satisfacerlas. Entre estas funciones encontramos: a) Función instrumental, adaptativa o utilitaria: una persona tiene una actitud positiva hacia aquello que le es útil. b) Función egodefensiva o de externalización: Una persona desarrolla actitud negativa frente a objetos que fantasea como amenazantes para su yo. Por ejemplo, estudiar solo es algo que rechaza (sin grupo de estudio). c) Función cognitiva o de percepción objetiva: una persona tiene una actitud positiva hacia el conocimiento ordenado, porque le permite organizar su conocimiento del mundo. d) Función expresiva de valores: ciertas actitudes son más frecuentes en las personas porque le permiten autoafirmarse, mostrarse ante los demás y ante sí mismo como alguien valioso (prestigio, etc).

Condensado de Muchnik E y Frydman M (1986) La noción de actitud: unidad de análisis de la psicología social (artículo).

Generalidades.- El concepto 'actitud' no solo puede permitir un abordaje sistemático de la interacción social, sino que permite eludir el dilema natura versus nurtura pues no discrimina entre instintos, hábitos, etc.

Originalmente 'actitud' significó "preparación mental o motriz para la acción" (1918, Thomas y Znaniec, cuando estudiaron el campesino polaco). Actitud implica actitud hacia-algo en función de predisposiciones socialmente adquiridas. Es un proceso psicológico. Más psicoanalíticamente, son proyecciones sobre la sociedad o partes de ella de objetos buenos o malos, no habiendo intermedios. Sherif y Sherif dicen que son modos de conducta consistentes y selectivos orientados hacia o contra objetos relevantes, personas o eventos.

Características de las actitudes: 1) No son conductas sino predisposiciones que pueden inferirse a partir de conductas reiteradas, verbales o no verbales; 2) No son innatas. Y a pesar de su anclaje motivacional, no son inmutables; 3) No son estados temporarios: una vez incorporadas son estables; 4) Supone una orientación de un sujeto hacia un objeto con base afectivo-motivacional; 5) Estabilizan las relaciones entre las personas y los objetos, y las vuelven predecibles hasta cierto punto; 6) Implican formación de categoría; 7) Pueden confundirse a veces con los rasgos de la personalidad; 8) Las actitudes pueden también dirigirse hacia uno mismo, hacia el sí mismo; 9) Integran sistemas de actitudes, son coherentes unas con otras. Cuando hay disonancia se intentará buscar una explicación para ella, como el sujeto que públicamente se asume como no prejuicioso pero privadamente, sí lo es. Intentará restaurar la estabilidad al nivel de las demandas del ego.

Cómo un sujeto reacciona ante una situación, dependerá del contexto, de la intensidad de su actitud y de la importancia de ésta en su sistema de valores, y en qué medida comprometa su ego: estas se llaman influencias de carácter proximal. Son importantes los factores afectivos y motivacionales: si A y B tienen hacia el objeto X una actitud positiva, es muy posible que entre ellos mismos haya también actitud positiva (atracción interpersonal, como en las ideologías políticas): es lo que Newcomb llama 'sistemas de orientación'.

Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

Generalidades.- Las "actitudes" son un producto de la socialización, de la cultura, de la pertenencia a un grupo. A su vez, si conocemos las actitudes de un grupo, podremos anticipar sus respuestas.

Las actitudes no se remiten solo hacia los grupos o personas, sino también hacia instituciones, hacia la naturaleza, la locura, etc.; son orientaciones hacia el medio en función de definiciones que nos provee la cultura. Las actitudes suelen estar relacionadas con un sistema de creencias: son las contrapartidas individuales de un valor social. Según Allport son adquiridas y constituyen la unidad de análisis de la psicología social. Todo esto no implica que una pueda tener también actitudes personales, surgidas de definiciones no compartidas. Las actitudes, al ser aprendidas, pueden también entonces ser modificadas.

Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

Naturaleza de las actitudes.- Se define *actitud* como una tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo una persona, suceso o situación y actuar en

consonancia con dicha evaluación. Por ejemplo: si queremos influir en la conducta de otro, podemos influir en su estado de ánimo, persuadirlos.

Tres elementos componentes de las actitudes: son el cognitivo, afectivo y conductal. El aspecto cognitivo es el modo de percibir y pensar un objeto, creencias e ideas que tiene el sujeto sobre algo. Cuando la actitud es hacia una persona, el aspecto cognitivo es con frecuencia un estereotipo o cuadro mental que nos formamos de la gente. Por ejemplo la creencia que los irlandeses son peleadores.

El componente afectivo son los sentimientos o emociones que se generan ante un objeto, como por ejemplo asco por utilizar algo que usó una persona de otra raza. El componente conductal es la tendencia a actuar de cierta manera frente a determinadas situaciones u objetos. Por ejemplo impedir que ciertas personas se asocien a un club. La conducta puede a veces pensarse pero no necesariamente llevarse a cabo.

Medición de las actitudes: para medir actitudes se hicieron varias escalas como la de Thurstone, Likert, Guttman y Osgood. Permiten medir cuán diferentes son las actitudes de una persona a otra frente a determinadas situaciones raciales, religiosas, etc.

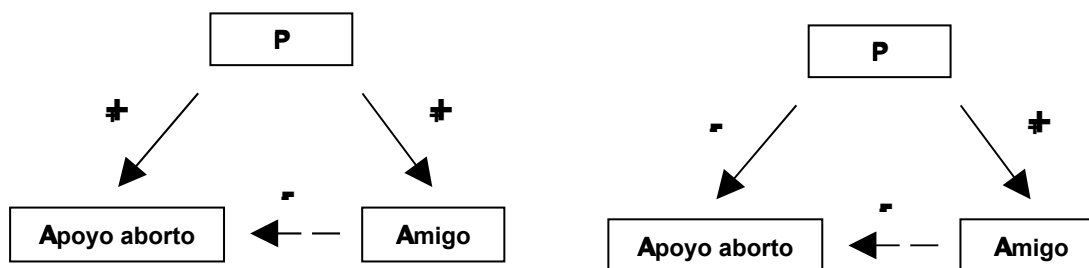
Funciones de las actitudes: Katz distingue cuatro tipos de funciones psicológicas, y todas ellas se refieren a satisfacer necesidades y alcanzar metas básicas: a) función de adaptación: actitudes que buscan maximizar las recompensas y minimizar las penalidades. Por ejemplo, votar un candidato que favorezca la propia fortuna; b) función de defensa del yo: actitudes que evitan un dolor interior. En la proyección, por ejemplo, atribuimos a otros ciertos rasgos nuestros que nos resultan inaceptables; c) función de expresión de valores: permiten expresar nuestros deseos positivos, lo que quisiéramos ser. Por ejemplo creemos ser tal cosa y nos comportamos según ese deseo; d) función de conocimiento: actitudes para buscar orden y estabilidad en nuestro marco personal de referencia. Por ejemplo los estereotipos nos dan un orden dentro de la complejidad de las diferencias humanas. En general, si cambian las necesidades, pueden cambiar las actitudes (cambio actitudinal).

Relación entre las actitudes y la conducta: nuestras actitudes permiten predecir cómo serán nuestras conductas, aunque esto no ha sido probado definitivamente. Muchas veces se observó una clara contradicción entre la actitud y el comportamiento. Para explicarla, algunos investigadores han planteado la hipótesis que frente a una situación podemos adoptar una actitud y hacia el objeto de esa situación otra actitud distinta, quizás contradictoria. Por tanto, el comportamiento no depende de una simple actitud sino de otros factores.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós. Capítulo 6.

Organización de las actitudes.- Existe en las personas una 'coherencia actitudinal' o tendencia a organizar sus actitudes de forma armoniosa para que no haya conflicto entre ellas. Esto presume y subraya la 'racionalidad' humana, pues tiende a rechazar lo incoherente. Una mujer que defiende el aborto pero que tiene una íntima amiga que lo rechaza, buscará conciliar sus actitudes pensando que por ejemplo su vínculo de amistad no es tan profundo, o bien que su apoyo al aborto no es tan intenso. Las teorías sobre la coherencia actitudinal tienen algunas variantes, de las cuales examinaremos tres.

Teoría de las actitudes basada en el equilibrio.- Heider plantea que la gente tiende a buscar un equilibrio en sus actitudes. En el esquema adjunto, a la izquierda hay una situación de desequilibrio, pues la persona P apoya el aborto (+), es muy amiga de otra persona O (+), la cual rechaza el aborto (-). Dos signos (+) y uno (-) dan matemáticamente (-), con lo cual hay desequilibrio. Para buscar un equilibrio, la persona P buscará ir hacia el esquema de la derecha, donde se ve que como consecuencia de haber dejado de apoyar el aborto (-), ahora están los signos (+) una vez y (-) dos veces, los cuales, multiplicados, dan (+) o restauración del equilibrio.



Teoría de la resistencia de las actitudes.- Osgood sostiene aquí que las personas tienen actitudes coherentes y también incoherentes, pero estas últimas no molestan si están en otro contexto. Las actitudes tienen una cierta resistencia a ser cambiadas o modificadas, y cuanto más fuerte esté establecida la actitud menos probabilidades de cambiarla hay.

Teoría de la disonancia cognitiva.- Aquí Festinger reemplaza el equilibrio por la consonancia y el desequilibrio por la disonancia. Existe una tendencia a producir relaciones consonantes entre las

cogniciones y a evitar la disonancia. Por cognición se entiende un conocimiento ('hoy hace cero grado centígrados'), de creencia ('con cero grados me puedo engripar'), o de opinión ('me molesta que haya cero grados'), que la gente tiene sobre el ambiente o sobre sí misma. Por ejemplo, para reducir la disonancia entre la creencia o temor a catástrofes y el hecho objetivo que la catástrofe no existe, la gente crea profecías sobre catástrofes para justificar sus temores.

Compromiso y volición.- Algunos autores piensan que la teoría de Festinger es válida solo en situaciones de compromiso y volición. El compromiso significa que cuando una persona asume una actitud determinada, debe seguir adoptándola siempre, convivir con esa decisión que ha tomado para no ser disonante. La volición alude al grado de libertad que las personas creen tener al tomar una decisión. Sólo hay disonancia si sus acciones son voluntarias; si no lo son, no experimentan disonancia.

Reactancia.- Respuesta que damos cuando alguien nos obliga a actuar en contra de nuestros deseos, y que consiste en hacer exactamente lo contrario a lo que nos están obligando a hacer (rebeldía).

Recompensa y disonancia.- La teoría de la disonancia permite predecir que cuanto menor sea la recompensa por una conducta contraria a la actitud, mayor será el cambio actitudinal consecuente (lo que contradice el sentido común). Se siente la recompensa como una obligación a hacer algo.

Concepto de sí y disonancia.- Según Aronson, la disonancia no es entre dos cogniciones, sino entre una conducta y el concepto positivo que el individuo tiene de sí.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós. Capítulo 6.

Influencias sobre las actitudes.- Las actitudes reciben tres tipos de influencia: proximal (el sí mismo) nivel intermedio (grupo de referencia), y la influencia distal. Esta última apunta a factores culturales, colectivos, por ejemplo, las actitudes hacia el "loco", hacia la enfermedad mental. Esto es bien descrito por Foucault, quien dice que al final es con Charcot (Siglo XIX) que la locura queda legitimada desde el discurso médico.

Actitud hacia sí mismo o influencia proximal: Mead dice que el sujeto asume actitudes hacia sí mismo: yo soy un objeto para mí y en base a ello construyo mi autoimagen, mi autoestima, la cual puede ser positiva o negativa. El sujeto tiene de sí una imagen valorizada que intenta confirmar permanentemente. Las actitudes hacia sí mismo no son fáciles de cambiar, y son las que en gran parte determinan sus actitudes hacia el mundo externo. Varias personas ante el mismo estímulo dan distintas respuestas pues cada una interpreta y decide distinto según su autoimagen. Según Erickson en este proceso de interacción con los otros se va construyendo una identidad, y se la trata de preservar siempre como una coherencia cognitiva, afectiva y conductual. Actitudes fuertes son las que resisten todo cambio, y dependen de su implicación o compromiso afectivo. Por ello el yo genera defensas ante situaciones conflictivas.

Las actitudes cumplen ciertas funciones, por ejemplo expresar valores. Nunca están aisladas, siempre conforman un sistema (de actitudes). Otra función es el conocimiento, pues permite al sujeto organizar coherentemente una explicación del mundo. Otra función es la ego-defensiva, pues preservan la propia imagen de sí, como algo valioso. Esto último se ve sobre todo en los prejuicios. Por último hay una función utilitaria, pues permite integrarse a un grupo.

Grupos de referencia y cambio de actitudes. Influencia de nivel intermedio.- Un estudio de Newcomb mostró que la mayoría de los alumnos de un lugar parecía seguir las actitudes políticas de sus padres. Luego de algunos años, ciertos grupos que pasaron a ser populares, adoptaron las actitudes de la ideología de la universidad, y otros, disidentes, siguieron aferrados a la tradición familiar. 25 años más tarde las cosas seguían más o menos igual, lo que muestra la importancia de la influencia del grupo de referencia (populares o disidentes).

Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

ADAPTACIÓN SOCIAL

Generalidades.- Los tres momentos dialécticos de la construcción social de la realidad de Berger y Luckmann: lo que explican estos autores también pueden explicarlos otras teorías como el conductismo, el marxismo y el interaccionismo simbólico: en estas dos últimas sobre todo, se basaron Berger y Luckmann. Todos son intentos por responder al problema de cómo el hombre se adapta a la sociedad, intentos que también hace Freud. Para Freud, dentro de las series complementarias (distintos factores causales que determinan una patología), hay un factor social desencadenante, que unido a una disposición infantil a la neurosis (que a su vez proviene de una disposición constitucional y ciertas vivencias infantiles), determinarán la aparición del síntoma neurótico. Desde Freud lo social no depende de un instinto gregario sino de relaciones libidinales ancladas en el Edipo y el narcisismo.

Condensado de Rubinstein, Relación entre estructura social y estructura psíquica. Incluido en Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

APOYO SOCIAL

Apoyo social, autoestima y depresión.- Según los resultados obtenidos en un artículo de la revista "Health Psychology" del mes de Marzo, las personas diagnosticadas de un trastorno depresivo salen beneficiadas si obtienen apoyo social en su entorno habitual. Este estudio llevado a cabo por investigadores estadounidenses se centra en el mecanismo por el que se prevé que la ayuda y el apoyo social afecta al ajuste psicológico en los trastornos mentales, más en concreto, en el trastorno depresivo. Se evaluaron mediante escalas los grados de autoestima, optimismo y apoyo social pudiendo llegar a las siguientes conclusiones: La ayuda social fue asociada a una alta autoestima, que a su vez aumentaba el grado de optimismo y se relacionaba con una disminución de los síntomas característicos de la depresión. Petra Symister and Ronald Friend. El apoyo social aumenta la autoestima y disminuye los síntomas de la depresión. Health Psychology. 2003 Mar; 22(2)

Apoyo social, estrés laboral y consumo de alcohol.- Estudios anteriores implican que ciertas combinaciones de estresores laborales, de apoyo social, y otras condiciones se podrían dirigir a incrementar y disminuir el consumo de alcohol. Así, se evaluaron las influencias tanto positivas como negativas del apoyo social en la relación entre el estrés laboral y el consumo de alcohol en una población en general. El diseño del estudio fue un examen seccionado transversalmente. De una muestra de probabilidad de personas de 25 años de edad o mayores y que vivían en los Estados Unidos (n = 3617), los sujetos que bebieron fueron analizados (n = 967 o 94).

Desde que los estudios anteriores han sugerido la necesidad de adoptar la hipótesis de la sensibilidad (es decir diversos estresores requieren diversas ayudas sociales), los análisis de regresión jerárquicos fueron realizados para probar los efectos de las interacciones entre dos tipos de ayuda social (e.j. ayuda social familiar o ayuda social fuera de la familia) y dos tipos de estresores laborales (e.j. demanda psicológica del trabajo, latitud de la decisión del trabajo) en el consumo de alcohol.

El análisis verificó que (1) el apoyo social tiene efectos positivos y negativos en la relación entre el estrés laboral y el consumo de alcohol. Específicamente, (2) las interacciones entre la actividad física y la latitud de la decisión, y entre la ayuda del niño y la demanda del trabajo psicológico fueron relacionados con la disminución en el consumo de alcohol. Sin embargo, (3) las interacciones entre la ayuda del cónyuge y la latitud de la decisión, y entre la integración social informal y la demanda de trabajo psicológico, fueron relacionadas con el consumo creciente de alcohol.

Se sugiere que la ayuda social no es de beneficio universal en la reducción de beber en exceso y puede a veces ser un factor de refuerzo. Puesto que la validez externa de estos resultados pueden ser limitados debido al pequeño tamaño de la muestra en algunos análisis, son necesarios estudios adicionales.

Hagihara A, Miller A, Tarumi K y Nobutomo K, El apoyo social tiene efectos positivos y negativos en la relación entre el estrés laboral y el consumo de alcohol. Stress and health. 2003 Oct;19(4):205 - 215.

AUTOCONCEPTO

Generalidades.- Al experimentar reiteradamente el mundo que nos rodea y las opiniones que los demás tienen de nosotros, desarrollamos nuestra propia evaluación de nosotros mismos, pudiéndonos sentir brillantes, torpes, etc.

Debemos distinguir la imagen de sí y el concepto de sí. La imagen de sí es un cuadro mental relativamente temporario que cada cual se forma de sí mismo y que varía según cada situación social. El concepto de sí es la visión general que uno tiene de sí mismo como algo permanente, como el 'yo real'. La sucesión de imágenes de sí a lo sumo sirve para revisar y corregir, no suplantar, el concepto de sí.

Libretos cognitivos acerca del sí mismo: nuestros conceptos de sí implican libretos o esquemas por los cuales escogemos la información referida a nosotros mismos. A cada nueva interacción social aplicamos las generalizaciones que hemos obtenido por experiencias anteriores, nos manejamos con un libreto.

Desarrollo del sí mismo: nuestros conceptos de sí surgen de la interacción social con otras personas, y a su vez guían nuestro comportamiento posterior. Nuestra autoevaluación es un reflejo de la evaluación ajena, pero no de la evaluación ajena objetiva, sino de nuestra percepción de las evaluaciones que los demás hacen de nosotros. Por ejemplo los que tienen una alta evaluación de sí mismos prevén para el futuro una evaluación superior respecto de los que no tienen tan buena opinión sobre sí.

Autoestima: aspecto importante del concepto de sí, la autoestima es la valoración que hace una persona de sus propios méritos. Hay varios factores sociales que influyen sobre nuestra autoestima, y son:

Juicios ajenos sobre nosotros: nuestra autoestima aumenta si los demás nos estiman en nuestros méritos.

Características sociales y personales de los otros: nuestra autoestima tiende a ser influida por las comparaciones que hacemos con nuestros semejantes.

El medio social: si el medio social presiona para que los sujetos sean más humanos y tranquilos, un soldado puede disminuir sus méritos como combatiente.

La imagen de sí, temporaria, sufre grandes oscilaciones durante la adolescencia, y luego en menor grado cuando va pasando los distintos momentos educativos.

El concepto de sí y la conducta: la idea que un sujeto tenga de sí mismo influye sobre su conducta. Por ejemplo los que siempre fracasan cuando están a punto de triunfar, pues piensan que ellos son

perdedores natos. Algunas experiencias mostraron que no todas las personas de baja autoestima desmerecían sus éxitos, sólo lo hacen aquellas que tienen una concepción crónica y persistente de su baja autoestima.

Hay una relación cíclica entre concepto de sí y conducta. La experiencia previa de un sujeto en una situación social concreta aumenta la probabilidad que él cause una buena impresión en los demás; tales impresiones realzan la visión que el sujeto tiene de sí y a su vez esta autoestima positiva incentiva al individuo a participar en situaciones del mismo tipo en el futuro. O sea, la autoestima influye en la conducta y ésta en la autoestima.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós. Capítulo 5.

AUTOPERCEPCIÓN

Generalidades.- Construimos concepciones sobre nosotros mismos que nos sirven para volver estable, predecible y manejable la visión que tenemos de nosotros. Podemos así sentirnos más capaces de comprendernos y de planear acciones futuras.

Autoatribución: a partir de los datos de los sentidos sobre nosotros mismos extraemos siempre muchas inferencias; pero inferimos nuestras actitudes más o menos como inferimos las actitudes de los otros. Muchas veces nos atribuimos ciertos rasgos no por autopercepción directa sino por indicadores externos, por ejemplo, lo que piensan los demás de nosotros.

Percepción de sí y estados emocionales: generalmente nos percatamos de nosotros mismos y que algo nos sucede cuando estados emocionales como la cólera o la angustia nos invaden. A pesar que en esos momentos podemos sentir diversas sensaciones corporales (latidos cardíacos, etc) cuando nos piden describir la emoción nos referimos a la causa o motivo de la misma.

En un experimento donde se administró a sujetos sustancias que producían síntomas corporales de emoción y sustancias inocuas a otro grupo, se llegó a la conclusión que las personas, cuando sienten algún estado corporal, una emoción indiferenciada o imprecisa, recurren a recuerdos de sus propias experiencias pasadas y a la percepción de la situación actual para resolver qué es lo que experimentan: amor, ira, temor, etc.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós. Capítulo 5.

AUTORITARISMO

Definición.- La expresión autoritarismo puede aplicarse en principio a tres significados (Diccionario del Nuevo Humanismo (<http://www.mdnh.org/>)):

1) Fe y obediencia irracionales con respecto a la personalidad, institución o grupo social que son consideradas como fuente de la autoridad. 2) Régimen político antidemocrático basado en el poder ilimitado de una persona, una institución o un grupo social que se mantiene por medio de la manipulación y la violencia. 3) Una de las formas del dogmatismo que considera a la autoridad como única o suprema fuente de la sabiduría o de la ética.

Aunque estos tres conceptos están muy relacionados entre sí, el primero de ellos es que puede tener mayor relevancia dentro de la psicología política por cuanto hace referencia a una actitud psicológica (fe y obediencia irracionales) hacia la autoridad.

Entre los trabajos pioneros que intentan una explicación psicológica de las actitudes autoritarias se cuenta la teoría de Adorno. Este autor escribió "La personalidad autoritaria", donde se afirma que la personalidad autoritaria es creada por padres que usan métodos rígidos y severos de disciplina, que hacen depender su amor y aprobación de la obediencia total, que destacan más los deberes que los afectos, y que ahondan las diferencias de status entre las personas (Deutsch M. y Krauss R., "Teorías en psicología social". Sabucedo, Capítulo 3: La personalidad autoritaria). Tal actitud genera hostilidad en el hijo, que no puede manifestarla por temor a sus padres. Además, su sometimiento al padre lo hizo sentir más dependiente y menos capaz de desafiarlos. Tal necesidad de reprimir la hostilidad lleva al sujeto a identificarse con el padre y desplaza su hostilidad hacia otros grupos, generalmente inferiores.

El miedo a sus impulsos y la necesidad de reprimirlos engendra una personalidad rígida y estereotipada, con dificultades para autoobservarse y con cánones morales rígidos. Estos caracteres de la personalidad autoritaria reflejan posiblemente defensas contra la expresión de la hostilidad reprimida hacia la autoridad.

Estudios posteriores, como los de Tajfel y Turner (D'Adamo Orlando y otros, "Actitudes sociopolíticas, autoritarismo, categorización y contexto social", Revista Psicología Contemporánea, Año II, Volumen 2, Número 2, página 70) han destacado entre otras cosas el proceso de categorización en la formación de estereotipos, un proceso que puede observarse en los prejuicios sociales y las actitudes autoritarias, que tienden a categorizar las personas como iguales o diferentes, útiles o inútiles, superiores e inferiores, etc. Por último, si bien hay determinantes internos o mentales que predisponen a la actitud autoritaria, tal como lo destacó Adorno, hay sin embargo otros muchos factores que inciden en el surgimiento de este tipo de actitud, entre los que mencionaremos los factores sociohistóricos (por ejemplo luego de la segunda guerra mundial y del fracaso militar del modelo nazi y fascista, hubiera sido difícil que

proliferaran actitudes autoritarias), y los factores interpersonales, es decir, la influencia de las otras personas que pueden o no 'desencadenar' actitudes autoritarias, como lo demostró el experimento de Milgram (Baron, "Psicología Social", La obediencia: influencia social por exigencia, pág 398) al indicar, entre otras cosas, que una orden dada a otra persona puede engendrar en esta una actitud autoritaria, cuando la orden es provocar sufrimiento en un otro.

El autoritarismo puede estudiarse en el resurgimiento de las ideologías totalitarias en el mundo, y particularmente en Europa, y que son conocidos como movimientos de extrema derecha, entre los que sobresalen el nazismo y el fascismo.

No nos referimos simplemente aquí a los actos aislados de violencia de jóvenes neonazis, sino principalmente del ascenso al poder de partidos políticos nacionalistas de extrema derecha que han sido votados por una población que normalmente no participa de actos explícitos de violencia. Tal lo que pasó en Austria con el movimiento FPÖ, y en Italia con el aumento de la popularidad de la Liga del Norte.

Esto significa que una porción cada vez más importante de la población comienza a adherir a la actitud autoritaria, fenómeno que podemos comenzar a entender analizándolos desde los conceptos teóricos examinados.

El autoritarismo es un mecanismo de evasión al sentimiento de inseguridad de los individuos. Esto ocurre una vez que se cortan los vínculos primarios de un individuo con su madre y su familia, vínculos que proporcionan seguridad al individuo, una vez que está como entidad completamente separada y debe enfrentar al mundo exterior. En el ejemplo elegido, la globalización se convierte en esta amenaza exterior a la seguridad del individuo, al sentir que es despojado de su etnia. Esto puede explicar, al menos en parte, el rebrote de las actitudes autoritarias a través de los partidos de derecha.

Cuando el individuo se siente inseguro, se le abren dos distintos caminos para superar el insoportable estado de soledad e impotencia del que forzosamente debe salir. Uno de ellos será establecer espontáneamente su conexión con el mundo en el amor y el trabajo, en la expresión genuina de sus facultades emocionales e intelectuales; de este modo volverá a unirse con la humanidad, con la naturaleza y consigo mismo, sin despojarse de la integridad e independencia de su yo individual.

El otro camino es el autoritarismo. Este mecanismo de evasión consiste en la tendencia a abandonar la independencia del yo individual propio para fundirse con algo o con alguien, exterior a uno mismo, a fin de adquirir la fuerza de la que carece el yo individual y asegurar así la sobrevivencia. Este segundo camino no consigue nunca volver a unirlo con el ambiente de la misma manera en que lo estaba antes de emerger como "individuo", puesto que el hecho de su separación ya no puede ser invertido; es una forma de evadir una situación insoportable que, si se prolonga, hace imposible su vida.

Este camino, por lo tanto, se caracteriza por su carácter compulsivo, tal como ocurre, por ejemplo, en el seguimiento a mesías suicidas, en los estallidos de terror frente a alguna amenaza y en los llamados "alcohólicos del trabajo". También se distingue por la rendición, más o menos completa, de la individualidad y de la integridad del yo. No se trata así de una solución que conduzca al bienestar; por el contrario, representa una pauta que mitiga una insoportable angustia y hace posible la vida al evitar el desencadenamiento del pánico en el individuo. Sin embargo no soluciona el problema subyacente y exige en pago la adopción de un tipo de vida que, a menudo, se reduce únicamente a actividades de carácter automático o compulsivo.

La forma más nítida de este mecanismo puede observarse en la tendencia compulsiva hacia la sumisión (autoritario pasivo) y la dominación (autoritario activo). Una persona podrá comportarse sumiso ante aquéllos que tienen mayor poder, pero dominador ante quienes domina. De esta forma, los autoritarios casi siempre exhiben una dependencia muy marcada con respecto a poderes que les son exteriores, hacia otras personas, instituciones, ideologías o religiones o hacia la naturaleza misma. Dicho de otra forma, los autoritarios, tanto activos como pasivos, tienden a imponerse una Gran Autoridad, a la que siguen ciegamente. Tienden a reducir la autoafirmación, a no hacer lo que quisieran y a someterse, en cambio, a las órdenes de esas fuerzas exteriores, reales o imaginarias.

Todas estas características aparecen, justamente, en las actitudes de los nuevos centros de poder de la derecha en la Europa actual.

Por ejemplo, el partido austríaco del FPÖ se funda en el nacionalismo y la xenofobia. El nacionalismo es la gran autoridad, en supremo valor que debe defenderse. Estos movimientos "fundan su identidad en el redescubrimiento del suelo", de la sangre, del antieuropeísmo y el odio por inmigrantes (D'Alema Massimo, "Se despertó el fantasma de la derecha", diario Clarín, Buenos Aires, 25 octubre 2000).

La derecha no sólo ofrece ventajas laborales e impositivas, sino sobre todo una "identidad en la cual reflejarse", se proponen un retorno a las raíces, un redescubrimiento de la etnia como reacción ante la desaparición del individuo.

"La fuerza de la derecha reside sobre todo en el miedo. Miedo al otro, al que es distinto; miedo a perder la identidad en un mundo donde los grandes procesos económicos van despojando a parte de la comunidad humana la posibilidad de controlar y dirigir de manera directa" (D'Alema Massimo, "Se despertó el fantasma de la derecha", diario Clarín, Buenos Aires, 25 octubre 2000).

El autoritarismo tiñe así toda la vida de una persona, desde la forma como reacciona y usa el poder, hasta los detalles más triviales de su comportamiento cotidiano.

La causa de que el autoritario se niegue a mirar hacia su interior se debe a que los autoritarios se apoyan en sistemas externos para definir su valor como seres humanos. Son individuos con una motivación exterior, que buscan compulsivamente normas fuera de ellos mismos para valorar sus propios méritos. Dependen, excesivamente, del "qué dirán". De no devaluarse ante los ojos de los demás.

El principal peligro al que nos enfrentamos en esta época de cambios es la incapacidad de nuestros marcos conceptuales para hacer frente a los problemas derivados de la globalización económica y de la revolución científica y tecnológica (Artículo publicado el 14 de mayo de 1995 en la página 4A del Periódico Excelsior, España). Pero no sólo están fallando los marcos conceptuales de aquéllos que se refugian en las sectas o en la pureza étnica; también están fallando los marcos conceptuales de muchos de los líderes de la sociedad. La persistencia en el uso de marcos conceptuales obsoletos por parte de grandes sectores sociales frente a sus fracasos e incapacidades sólo puede explicarse como resultado del autoritarismo.

Conclusiones.- Se ha sostenido que quienes no tienen actitudes autoritarias también categorizan a las personas. A mi entender, esto es verdad, solamente que la categorización implicada en la actitud autoritaria tiene dos características principales: a) generalmente es una categorización dicotómica: superiores e inferiores, heterosexuales y homosexuales, etc., pues se trata de destacar una diferencia entre el endogrupo ("nosotros") y el exogrupo ('los demás'). En el ejemplo analizado, "la globalización y la defensa de las identidades culturales europeas no tienen que estar enfrentadas" (D'Alema Massimo, "Se despertó el fantasma de la derecha", diario Clarín, Buenos Aires, 25 octubre 2000) como si fueran categorías mutuamente excluyentes. Es posible, en efecto, adaptarse al fenómeno de la globalización y al mismo tiempo preservar las identidades nacionales, que es la solución que propone D'Alema, el autor de este artículo; b) ambas categorías expresan una relación asimétrica donde unos son 'mejores' o son 'superiores' a los otros, ubicándose la persona autoritaria en la mejor o superior (a diferencia de una persona sumisa que se autoubicaría en la posición inferior o peor); y c) las categorizaciones suelen tener poco sustento en la realidad: no necesariamente los que son tildados de inferiores son realmente inferiores, ni quienes se consideran superiores necesariamente lo son (simplemente, se sienten así, lo cual es algo distinto). En el ejemplo analizado, "en el fondo, la derecha toma un problema real; un déficit de democracia vinculado a la globalización. El punto es que ofrece una respuesta insuficiente a este problema", (D'Alema Massimo, "Se despertó el fantasma de la derecha", diario Clarín, Buenos Aires, 25 octubre 2000) al categorizar en forma drástica los 'mejores' por un lado y los 'peores' por otro.

Cazau P (1988) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía

D'Adamo Orlando y otros, "Actitudes sociopolíticas, autoritarismo, categorización y contexto social", Revista Psicología Contemporánea, Año II, Volumen 2, Número 2, página 70.

Deutsch M. y Krauss R., "Teorías en psicología social".

Baron, "Psicología Social", La obediencia: influencia social por exigencia, pág 398.

Sabucedo, Capítulo 3: La personalidad autoritaria.

Diccionario del Nuevo Humanismo (<http://www.mdnh.org/diccionario/autoritarismo.html>)

D'Alema Massimo, "Se despertó el fantasma de la derecha", Diario Clarín, Buenos Aires, 25 octubre 2000.

Artículo publicado el 14 de mayo de 1995 en la página 4A del Periódico Excelsior (España).

CLASE SOCIAL

Clase social y enfermedad mental.- Los individuos pertenecientes a grupos socioeconómicos más bajos tienen un incremento del predominio de los trastornos mentales comunes. Este estudio investiga la asociación longitudinal entre la posición socioeconómica y los trastornos mentales comunes en una muestra de la población general en el Reino Unido. Se evaluó a los participantes (n=2406) en dos momentos distintos con una diferencia de 18 meses mediante la "Entrevista Clínica Revisada". La muestra fue estratificada en dos cohortes según el estado de la salud mental al inicio de la investigación. Después de realizar ajustes según la morbilidad psiquiátrica al inicio de la investigación, ninguno de los indicadores socioeconómicos estudiados estuvo asociado significativamente a un episodio de trastorno mental común durante el seguimiento. El análisis de las categorías diagnósticas separadas demostró que las dificultades financieras subjetivas, al inicio del estudio, estaban asociadas independientemente a la depresión durante el seguimiento en ambas cohortes. Estos resultados apoyan la idea de que aparte de las medidas objetivas de la posición socioeconómica, las medidas más subjetivas pueden ser igualmente importantes desde una perspectiva etiológica o clínica.

Petros Skapinakis P y otros, Posición socioeconómica y trastornos mentales comunes: Estudio longitudinal en la población del Reino Unido. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2006 AGO; 189:109-117.

COMUNICACIÓN

Principios generales.- Existe comunicación cada vez que un organismo vivo modifica a otro organismo porque le transmite una información. Este problema puede encararse recurriendo a la teoría de la información y a la cibernética.

Lasswell dice que la comunicación tiene cinco elementos: emisor (quien dice), mensaje (qué dice), medio (a través de qué dice), receptor (a quien dice), e impacto (con qué efecto). Shannon planteó un esquema similar, donde incluyó un proceso de codificación y otro de desciframiento de la información. Luego Wiener incluyó la idea de feedback, según la cual el receptor a su vez influye sobre el emisor para que este reajuste su mensaje a partir de esa información. Habló también de canal (vía por donde circula el mensaje: visual, sonoro, etc), y de rumor (fenómenos parasitarios que dificultan la comprensión del mensaje).

Condensado de Amado G y Guittet A (1983) La comunicación en los grupos. Buenos Aires: El Ateneo.

Comunicación animal.- Su lenguaje no verbal (gestos, gritos, posiciones) ayuda a entender el aspecto primitivo de la comunicación humana. Al estudiar el lenguaje animal, primero debemos saber qué códigos utiliza (gestos, gritos), luego cómo los combina (sintaxis), y luego qué significan (sentido). Los diferentes mensajes sirven como estímulos para desencadenar conductas o respuestas instintivas.

Especialmente compleja es la comunicación en las abejas. La abeja ejecuta por ejemplo danzas para indicar donde está la comida, en qué dirección y a qué distancia. Esto es innato, pero hay mensajes que pueden ser aprendidos, como el pichón que al nacer, el primer ser que mira considera que siempre será su madre. Las comunicaciones animales dependen de su equipo anatómo-fisiológico. Los códigos sociales que utilizan son innatos o bien aprendidos en condiciones determinadas genéticamente.

Condensado de Amado G y Guittet A (1983) La comunicación en los grupos. Buenos Aires: El Ateneo.

Comunicación y rituales.- En todo grupo animal donde las relaciones sociales están diferenciadas hay un sistema de rituales que permite a cada uno establecer y mantener relaciones sociales con miembros del mismo grupo evitando así conflictos y agresividad. Erizar el pelo es mostrarse amenazante, tocar al otro es necesidad de asegurarse, etc. En hombres adultos esos ritos se disfrazan con lenguaje verbal, pero en los niños se ven más desnudos: morderse, amenazar con un brazo, etc.

Condensado de Amado G y Guittet A (1983) La comunicación en los grupos. Buenos Aires: El Ateneo.

Comunicación no verbal.- La información no verbal impacta más que la verbal y es más compleja y matizada: con gestos se puede expresar un estado de ánimo difícil de expresar con palabras. La información no verbal puede transmitirse con todo el cuerpo (desplazamiento del mismo y cambio de postura), con partes pequeñas de él (gestos, etc), pero hay un lenguaje más simbólico.

La *proxemia* es la distancia que separa al emisor del receptor, y no es fortuita. Hay una distancia íntima (contacto físico, confianza), una personal (dos personas hablando en la calle), una social (1,20 a 2,40 metros) utilizada cuando el intercambio no es personal, y luego una distancia pública acortada (menos de 8 metros) para comunicarse con un número limitado de personas, y otra alargada (más de 8 metros) que reduce aún más las posibilidades de interacción. Las distancias usadas dependerán de los deseos de cada persona y de las defensas que quiere montar.

La *localización* también importa. Por ejemplo donde se sienta cada uno en una mesa. Hay lugares de poder, lugar de compartir, etc. Los *gestos* también interesan, pues son signos de reconocimiento que diferencian y refuerzan los lazos sociales, y a veces refuerzan el lenguaje verbal. La mímica muestra los afectos primarios: alegría, cólera, etc, y cuesta discernir si son innatos o aprendidos. La mímica lleva también la marca de la personalidad de cada uno, su estilo. La mirada es especialmente importante por la gran variedad de movimientos de los ojos. La mirada indica por ejemplo a quién se dirige el mensaje y el grado de atención dispensada. Otro elemento importante por último es la voz: la entonación, la modulación, el ritmo y los sonidos extralingüísticos como las risas, los sollozos, etc.

Condensado de Amado G y Guittet A (1983) La comunicación en los grupos. Buenos Aires: El Ateneo.

Concordancia y discordancia entre los códigos verbal y no verbal.- Si el código verbal se utiliza casi siempre para comunicar alguna información, el no verbal casi siempre se usa para mantener la relación interpersonal. Cuando ambos concuerdan el impacto es más fuerte, pero si hay discordancia hay fricciones y una desorientación del receptor: la madre puede expresar palabras de cariño, pero su actitud verbal puede ser hostil. Lo conciente suele aparecer en palabras, y lo inconciente en el lenguaje no verbal.

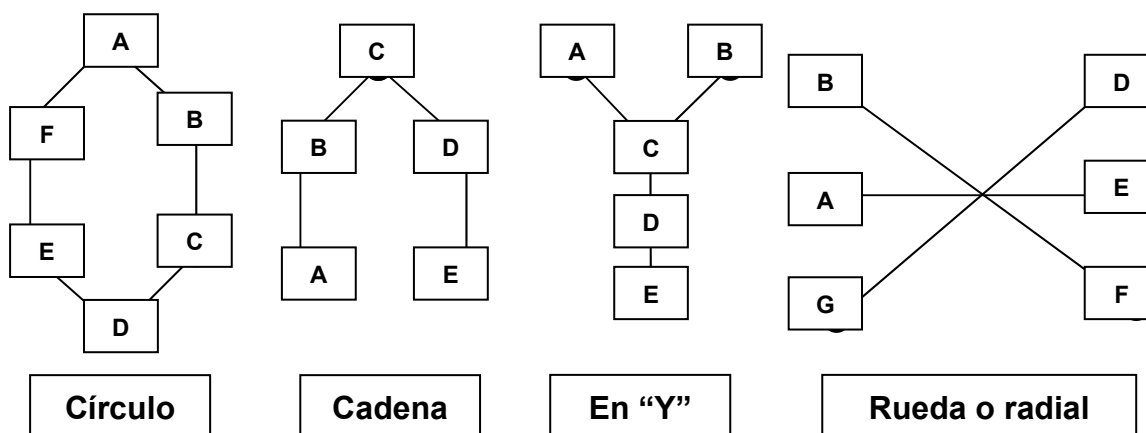
Condensado de Amado G y Guittet A (1983) La comunicación en los grupos. Buenos Aires: El Ateneo.

Generalidades.- Comunicarse implica compartir algo, y por lo tanto hay un emisor, un receptor y un mensaje a compartir (una idea, un sentimiento, una actitud). El mensaje debe llegar sin distorsiones, sin ruidos. Para ello, por ejemplo, emisor y receptor deben utilizar el mismo código: por ejemplo, el mismo idioma.

En la comunicación hay feedback, porque el receptor responde a su vez convirtiéndose en emisor. Este feedback permite corregir el primer mensaje, pues nos da la pauta acerca de si fue bien o mal comprendido. Para Watzlawick, es imposible no comunicarse.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 1.

La comunicación en los grupos.- Para que el mensaje llegue al receptor se precisa además, un 'canal' (aire, teléfono, correo, etc), pero en el caso específico de los grupos estos canales se llaman 'redes comunicacionales'. Las más conocidas son el círculo, la cadena, la Y, y la rueda o radial. Son tipos puros de redes, ya que en la práctica estas redes se complejizan. Los esquemas de las redes indicadas son:



- *Círculo:* Cada persona sólo puede comunicarse con otras dos: la de su izquierda y su derecha. No hay líder y el grupo es errático y desorganizado, aunque luego va emergiendo un líder y se organiza. Las personas están gratificadas porque tienen amplio grado de participación. Un grupo de discusión tratará de armar un círculo e ir reconociendo liderazgos emergentes para formar un círculo multiconectado (y no lineal como se ve en el esquema).
- *Cadena:* Si A y E quieren comunicarse, deben hacerlo a través de los demás miembros, con lo cual el mensaje se puede distorsionar.
- *Red en Y:* El señor C es figura central y puede pasar a ser el líder. Casi todos se comunican con él directamente, los que a su vez sólo pueden comunicarse con el líder. Al haber un liderazgo, hay menos errores y se resuelven las tareas más rápidamente.
- *Rueda:* Grupo menos activo, más estable y con un líder definido. Eficaz al comienzo, puede generar insatisfacción por la poca participación de los miembros.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 1.

Niveles de comunicación en los grupos.- Hay tres niveles de comunicación: de información (qué se transmite), de estilo (cómo se transmite), y de intencionalidad (para qué se transmite).

El 'qué' apunta a la información transmitida, al contenido. Por ejemplo dar una patada significa 'estoy enojado'. El 'como' apunta al timbre de voz, la forma de gesticular o de enfatizar las palabras, etc. Es también información. El 'para qué' apunta al objetivo del grupo y también a la intención de establecer cierto vínculo con sus integrantes. En suma: comunicamos cierta información (qué), de determinada manera (cómo) y con un propósito determinado (para qué).

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 1.

Axiomas de la comunicación.- Watzlawick estableció los siguientes axiomas de la comunicación:

- 1- Es imposible no comunicarse.
- 2- En toda comunicación hay dos aspectos: analógico y digital. El primero son gestos y posturas por ejemplo, y el segundo el lenguaje verbal.
- 3- En toda comunicación hay un aspecto de contenido y uno relacional. O sea, se transmite información (contenido) pero también se busca definir una relación interpersonal, que puede ser simétrica (entre amigos, por ejemplo) o asimétrica (jefe-empleado, por ejemplo).
- 4- El aspecto relacional clasifica al contenido.
- 5- Los contenidos se expresan sobre todo en forma digital, y los aspectos relacionales en forma analógica.
- 6- La naturaleza de la relación entre dos personas tiene que ver con las secuencias comunicacionales y su ordenamiento. A veces este orden depende de la naturaleza de la relación, y otras veces ésta última depende del ordenamiento. El hecho de que pueden suceder cualquiera de ambas cosas hace que podamos decir que la naturaleza de las relaciones es 'contingente' con el ordenamiento de las secuencias comunicacionales.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 1.

La comunicación desde el estructuralismo.- Indaga la estructura, lo estructurante del mensaje y la comunicación. Este enfoque estructural lo encontramos en Saussure, para quien el significado de un signifiante está dado por su relación con otros significantes, relación que es de 'diferencia'. Siguiendo a Miller, ahora podemos decir la persona, en un grupo, es capaz de generar una estructura estructurante sin tener conciencia de ello.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 1.

CONFLICTO

Conflicto en los grupos.- El conflicto es el núcleo de todo grupo, pues en todo grupo hay "más de un grupo". El conflicto lo veremos en el interjuego del grupo interno (o sea en las mutuas representaciones de los miembros de sí entre sí) con el grupo externo o real, y su relación con la cohesión grupal y la fantasmática correspondiente. El 'conflicto' es el motor del acontecer grupal y, según Thelen, no es externo al grupo, no es generado desde fuera sino desde dentro.

El conflicto como conflicto de grupos superpuestos.- Dice Thelen (autor inspirado en Lewin y en la psicología del yo) que el conflicto surge en todo grupo porque hay 'grupos superpuestos'. Si bien no reales, tienen, como el psiquismo, materialidad en sus efectos. Tales grupos son de pertenencia y de referencia positivas simultáneamente, y en total son cinco:

- 1) Grupo efectivo de pertenencia: subgrupo formado por pocas personas con mucha afinidad o amistad entre sí. Se los ve como que pueden influir en los demás.
- 2) Grupo 'que representamos': tendemos a actuar en el grupo de aquí y ahora como representantes de otros grupos, y se espera que hablemos bien de él.
- 3) Grupo fantaseado: imagen, generalmente preconciente, que tenemos del grupo. Por ejemplo tratar a los del grupo como si tuvieran otra profesión o característica.
- 4) Grupo de arrastre (hang over): grupo que se viene arrastrando desde la infancia. Se ve en lo transferencial. Suele aparecer en el grupo actual como repetición de vínculos aprendidos en la familia de origen, gratificantes o frustrantes.

5) Grupo reliquia: son las normas sociales internalizadas. Mediante él se arrastran situaciones ideológicas e institucionales, o sea a través de él se introduciría la ideología en forma no conciente.

Estos cinco grupos superpuestos son cinco fuentes de posibles conflictos, pero el problema no es el conflicto sino el conflicto no resuelto. El conflicto dinamiza, pero el no resuelto paraliza, lleva a la estereotipia. Síntomas de conflicto no resuelto son los roles individuales y, a nivel grupal, los intentos de cohesionarse a ultranza (pues el conflicto dispersa, separa).

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 6.

Indicadores de conflictos no resueltos en los grupos.- Son los intentos a ultranza de integrar al grupo como un todo. Thelen distinguió cuatro síntomas:

- a) El grupo se vuelve dependiente (el grupo se unifica negando sus contradicciones) del líder o de otro grupo externo que funciona como objeto bueno nutricio o protector.
- b) Lucha contra cualquiera blanco u objetivo: contra algún miembro del grupo (chivo emisario) o contra alguien de afuera. El grupo se unifica para luchar, se identifica con el objeto bueno que lucha contra lo malo.
- c) Huída verbal: forma de evitar el conflicto.
- d) Abandono del campo: abandona el conflicto pero unido, no mediante la palabra (huida verbal) sino la acción.

En los cuatro síntomas se ven mecanismos de disociación y negación para hacer una pseudointegración ante el peligro de dispersión.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 6.

Cohesión y conflicto en los grupos.- Desde Thelen se puede relacionar cohesión y conflicto cuando dicho autor hablaba de los tres niveles de integración. En tanto puedan resolverse los conflictos de los niveles 1 y 2 se podrán resolver los del nivel 3, o sea la integración estructural. Los tres niveles coexisten y operan simultáneamente en todo momento. El tercer nivel es el que tiene que ver específicamente con la cohesión grupal.

La cohesión grupal resulta de haber solucionado problemas de logro y de proceso (que son los problemas como se ven los conflictos a nivel manifiesto). Cartwright y Zander agregan que la cohesión también resulta de dos fuerzas que hacen que los miembros pertenezcan al grupo: el atractivo del grupo mismo y las derivadas del atractivo de las posibles pertenencias alternativas. Para Romero la cohesión grupal debe explicarse no a partir solamente de lo manifiesto sino de lo latente, o sea desde el psicoanálisis.

La cohesión o la dispersión se explican a partir de lazos libidinales fuertes y de sentimientos hostiles que surgen inevitablemente (derivados de una pulsión de muerte que es independiente, o de una libido frustrada como el amor no correspondido, o del narcisismo frustrado o sacrificio de la individualidad, o de conflictos de interés como en la afirmación de sí mismo).

Seguendo a Freud, Scheilindger identificó seis fuerzas que facilitan la cohesión y cinco fuerzas que la dificultan:

Fuerzas facilitadoras	Fuerzas dificultadoras
1. Satisfacer necesidades comunes de afecto, protección, etc. 2. Predominio de lazos afectivos positivos. 3. Actividades y ceremonias grupales simbólicas. 4. Ideales e intereses compartidos. 5. Atmósfera de igualdad y justicia. 6. Enemigos comunes externos al grupo.	1. Expresión desinhibida de pulsiones sexuales y/o agresivas. 2. Egocentrismo. 3. Celos y competencia. 4. Relaciones transferenciales negativas. 5. Exceso de frustración por exigencias del líder o de las normas grupales.

En Freud la cohesión se explica por la libido, y en Bion se explica por la cooperación (en un grupo de trabajo) o por la valencia (en un grupo de supuesto básico), donde valencia se asemeja a transferencia pues es la capacidad de asociarse con otros en forma inmediata, inconsciente e involuntaria.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 6.

CONFORMIDAD

La conformidad en los grupos.- Las personas experimentan un sentido de orden social, derivado en gran parte de las normas. Estas nos dicen como comportarnos en cada situación o momento. En el curso de la interacción social arribamos a ciertos entendimientos respecto de las normas, que puede ser operativo o negociado.

Formación de las normas.- En un experimento, Sherif mostró que las conductas de las personas se ven altamente influidas por las conductas y opiniones de las demás, a pesar de reconocer que no sufrieron tal influencia.

Conformidad con juicios grupales falsos.- En un experimento, Asch preguntó a un sujeto cuánto medía una línea presentada a su vista, y el sujeto contestó incorrectamente pues antes había escuchado otros sujetos que deliberadamente, a los efectos del experimento, habían dado respuestas incorrectas, no sabiendo el sujeto que estaba todo preparado. Es un ejemplo de amoldamiento a un consenso grupal falso, en el cual se dan tres tipos de distorsión: de la percepción, del juicio y de la acción (en este último caso dieron la respuesta incorrecta para no parecer tontos frente a los demás). Estas conformidades o amoldamientos tienen que ver con el proceso de internalización, por el cual cada sujeto incorpora en su personalidad los patrones de conducta del grupo.

En la técnica de Crutchfield, en vez de emplearse sujetos que contestan deliberadamente mal, a la persona se la coloca en una cabina donde aparecen datos en un panel con las respuestas de otros miembros del grupo, que obviamente son inventadas por el experimentador. A diferencia de la técnica de Asch, esta mostró diferencias muy amplias respecto del grado de conformidad o adecuación al juicio grupal.

El apoyo social como disuasivo de la conformidad.- En ciertas variantes del experimento sobre presión grupal del tipo de Asch, uno de los auxiliares quiebra la opinión mayoritaria en un ensayo típico, y se comprueba que esto da lugar a una reducción sustancial en la conformidad de los sujetos. La 'desviación' de una sola persona envalentona al sujeto para adherir a su propio juicio.

Teoría de la desviación por rotulación.- Los grupos sociales crean la desviación al establecer reglas cuya infracción la constituye, al aplicar esas reglas a determinadas personas rotulándolas de 'transgresoras' o 'marginales'. Según Becker, rotulamos como transgresor y marginal a quien infringe ciertas reglas.

Obediencia.- Milgram realizó impresionantes experimentos de obediencia sobre ciertos sujetos a los que se dijo que en realidad era una prueba sobre memoria y aprendizaje. Estos sujetos debían enviar corriente eléctrica a otro sujeto (que simulaba sufrir el shock) cada vez que recibían la orden de enviar la corriente (cada vez más fuerte) por haberse 'equivocado' en una respuesta. Se comprobó que los sujetos obedecían más la orden cuando el experimentador que la daba estaba físicamente presente, y la obedecían menos si estaban psicológicamente cercanos a la supuesta víctima. Este experimento se llamó *experimento Eichman*, funcionario nazi que asesinó a millones de judíos en cámaras de gas.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós. Capítulo 7.

CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

Generalidades.- De origen antiguo (griegos), se plantea el problema del conocimiento de la realidad y la existencia objetiva de ésta, y como teoría posobjetiva, plantea que el sujeto construye activamente el conocimiento del mundo externo, y cada persona construye una *representación* del mundo a la que percibe como la realidad.

Autores clave son K Lewin, Berger y Luckmann, Gergen y Pearce. Gergen, por ejemplo, considera el discurso sobre el mundo no como una copia de la realidad sino como un artefacto de intercambio social, y

destacará la importante influencia de los determinantes históricos. Es lo que los hombres construyen juntos en el proceso de comunicarse. Pearce habla, por su lado, de una "negociación de la realidad": considerando que la sustancia del mundo social son las conversaciones, de donde surgirá una realidad social que se reproduce cotidianamente.

Condensado de Seidmann Susana, Historia de la psicología social (artículo). Publicación interna de la cátedra de psicología social de la carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 2001.

Generalidades.- El construccionismo social considera el discurso sobre el mundo no como una reflexión o mapa del mundo, sino un dispositivo de intercambio social. Intenta ir más allá del empirismo y el racionalismo al ubicar el conocimiento dentro del proceso de intercambio social.

Hipótesis básicas del construccionista social.- El construccionismo social busca explicar cómo las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta del mundo donde viven. Para ello, toma en cuenta cuatro hipótesis:

1) Lo que consideramos conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, como pensaba el positivismo, sino que está determinado por la cultura, la historia o el contexto social. Por ejemplo, expresiones como 'hombre', 'mujer' o 'enojo' están definidos desde un uso social de los mismos.

2) Los términos con los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre la gente, históricamente situados. El proceso de entender no es dirigido automáticamente por la naturaleza sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación. Ejemplo: 'niño', 'amor' etc. varían en su sentido según la época histórica.

3) El grado hasta el cual una forma dada de comprensión prevalece sobre otra no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino de las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto, etc). Ej: interpretar una conducta como envidia, enojo o coqueteo puede ser sugerida, afirmada o abandonada conforme las relaciones sociales se desarrollan en el tiempo. Esta negociación de la realidad da paso a una epistemología social.

4) Las formas de comprensión negociadas están conectadas con otras muchas actividades sociales, y al formar así parte de varios modelos sociales sirven para sostener y apoyar ciertos modelos excluyendo otros. Alterar descripciones y explicaciones significa amenazar ciertas acciones e invitar a otras. Ej: las metáforas usadas en psicología (hombres máquina, mente infantil, etc).

Raíces históricas del construccionismo.- Puede comprenderse el construccionismo en relación a dos grandes tradiciones intelectuales: el empirismo (perspectiva exogénica) y el racionalismo (perspectiva endogénica). La primera propone al conocimiento como una copia de la realidad, mientras que la segunda depende de procesamientos internos al organismo mediante los cuales puede organizar, no copiar, la realidad para hacerla entendible.

La polémica entre exogenismo y endogenismo tiñó también la investigación psicológica. Por ejemplo, los conductistas dan importancia al ambiente (exogenistas) y los gestaltistas a la organización perceptual inherente al hombre (endogenistas). La psicología cognitiva es también una perspectiva endogenista: la acción humana depende del procesamiento cognitivo, o sea del mundo tal como es conocido más que del mundo como es. Sin embargo, el cognitivismo no ha logrado imponer en la psicología su punto de vista endogenista.

El construccionismo intenta superar esta dualidad objeto-sujeto desarrollando una teoría alternativa del funcionamiento de la ciencia y desafiando la idea de conocimiento como representación mental. El construccionismo sostiene que el conocimiento no es algo que la gente posee en la cabeza sino algo que la gente hace junta: el lenguaje es esencialmente una actividad compartida.

Consecuencias del construccionismo para la investigación psicológica.- Las consecuencias del construccionismo social para la investigación psicológica son de largo alcance y pasará mucho tiempo para explorarlas totalmente.

En psicología, cada concepto psicológico es recortado de una base ontológica dentro de la cabeza y convertido en un componente del proceso social. "Enojo" puede ser entendido lejos de una fisiología determinista, en una forma de rol social, y por ende no se refiere a un estado mental sino que constituye parte del rol en sí mismo. Todo esto nos lleva a pensar, desde el construccionismo, que la teorización psicológica no reflejaría una realidad interna, sino en la expresión de un quehacer social, y de allí que el construccionismo encuentre fuerte resistencia dentro de la psicología, al trasladar la explicación de la conducta desde el interior de la mente, a la explicación de la misma como un derivado de la interacción social.

Consecuencias del construccionismo para la investigación científica en general.- Es preciso entonces abordar una nueva concepción del conocimiento, toda vez que las concepciones exogenista y endogenista están fuertemente arraigadas hoy en día. La idea es dejar atrás un concepto de conocimiento como ahistórico, objetivo e individualista que permita entender la investigación científica no como la aplicación impersonal de reglas metodológicas descontextualizadas, sino como el resultado del intercambio activo y comunal entre personas. Esta perspectiva, llamada *sociorracionalismo*, ve la racionalidad humana como algo que no está dentro de las mentes de personas independientes, sino dentro del conjunto social, siendo lo racional el resultado de la inteligibilidad negociada.

El construccionismo no ofrece reglas, es relativista, pero esto no significa que 'todo vale', pues los sistemas de conocimiento, en tanto dependen de inteligibilidades compartidas entre comunidades, estarán gobernados en gran medida por reglas normativas. El construccionismo reafirma la relevancia del criterio moral para la práctica científica, y elabora una metateoría, o teoría sobre las teorías científicas. Condensado de Gergen Kenneth (1984) El movimiento del construccionismo social en la psicología moderna.

COOPERACIÓN

Cooperación y competencia.- Lewin y seguidores elaboraron 34 hipótesis que cuestionaban la competencia en los grupos, lo que produjo una reacción en la sociedad norteamericana, basada en la 'libre competencia'.

En la situación social cooperativa cada miembro puede alcanzar las metas (y por tanto satisfacer sus necesidades) sólo si los demás también lo hacen al mismo tiempo respecto de las suyas propias. En la situación social competitiva, un miembro llega a la meta impidiendo a los demás alcanzar las suyas. En el primer caso hay metas promotoramente independientes, y en el segundo metas restrictivamente independientes. Todo grupo tiene siempre algo de ambas situaciones.

En la cooperación hay mayor solidaridad: cuando un miembro va hacia la meta los demás también van hacia la meta. En la competitividad, que un miembro vaya hacia la meta no sólo no estimula a los demás sino que obstaculiza la llegada a la meta del resto.

Hay cuatro fenómenos asociados a la cooperación:

a- *Capacidad sustitutiva.*- Cuando un miembro va hacia la meta, esto produce un efecto de locomoción en los demás, por tanto estos no tienen necesidad de repetir la acción realizada. Hay posibilidad de sustitución, y por lo tanto la división es mucha más efectiva que en un grupo competitivo.

b- *Catexis positiva.*- De los miembros movilizados hacia quien realizó la acción inicial. Esto favorece la cohesión grupal.

c- *Capacidad de inducción positiva.*- Cuando uno va hacia la meta, esto induce a los demás a que también lo hagan. Además estos harán esfuerzos adicionales.

d- *Actitud hacia los obstáculos y hacia las conductas que facilitan llegar a la meta.*- Cada uno facilita la locomoción hacia la meta del otro, y viceversa, lo que reduce las tensiones. Los obstáculos opuestos a la meta serán evitados y catectizados negativamente. En la competitividad es al revés.

A veces la intención de cooperar puede estar obstaculizada por condicionamientos ideológicos o intrapsíquicos que nos llevan inconcientemente a competir.

Lo anterior son aspectos generales. Veamos los aspectos específicos.

a) *Organización.*- En la cooperación hay mayor coordinación de esfuerzos y más frecuentes. Los roles son complementarios (lo que uno no hace lo hace el otro, y viceversa) y no suplementarios (como en la competencia, donde cada uno debe hacer todo). Un grupo competitivo tiende a ser autoritario para poder mantener el grado creciente de desorganización. En la cooperación no hay tanta rigidez: la organización es más flexible.

b) *Motivación individual y grupal.*- La motivación para alcanzar la meta es mayor en el grupo cooperativo. Como los roles son complementarios, hay mayor interés para llegar conjuntamente a la meta.

c) *Comunicación.*- En el grupo competitivo se comunican signos relacionados con el status y el poder, o sea indicadores de locomoción (cuán cerca o lejos se está de la meta), y en el grupo cooperativo además de signos de locomoción, los mismos signos indican división de tareas e incremento de la cohesión grupal. Además, en la cooperación los signos tendrán más significados compartidos, y también habrá una mayor disposición a comunicarse entre sí, lo que hace que los miembros se conozcan más, incluso en lo personal.

d) *Productividad.*- En la cooperación hay más motivación y por tanto mayor productividad por unidad de tiempo, tanto cualitativa como cuantitativamente (mejor y más). En la cooperación hay también mayor aprendizaje.

e) *Relaciones interpersonales.*- Hay mayor amistad en los grupos cooperativos, y más roles funcionales que disfuncionales. Desde Mead, en los grupos cooperativos hay una mayor incorporación del 'otro generalizado'.

La representación del grupo como unidad y los lazos libidinales e identificaciones recíprocas se producirán en tanto los miembros posean metas promotoramente interdependientes. En el caso contrario no habrá representación unitaria y surge una fantasmática arcaica de despedazamiento.

La teoría de los juegos fue usada para comprender los grupos. Esta teoría informa sobre lo que 'puede' suceder y lo que 'debe' suceder, pero no dice 'cómo' sucederá (es lógica matemática, no cálculo matemático), o sea no puede explicar cuales serían las jugadas reales ni quien ganará.

Los juegos competitivos y los cooperativos difieren en lo siguiente:

Situación competitiva	Situación cooperativa
Comunicación tácita (con secretos)	Comunicación explícita (sin secretos)

Estrategia: secreta y rígida	Estrategia: comunicable y flexible
Desconfianza	Pautas de confianza
Éxito en uno, fracaso en el otro (acarrea un aumento de la competencia)	Éxito en ambos grupos (acarrea un aumento de la cooperación).

En ambos casos hay reglas de juego, pero en la mayoría de los casos las reglas de cooperación son más adecuadas que las reglas de competitividad.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 4.

COORDINACIÓN

Coordinación de grupos.- Una de las funciones más importantes del coordinador será ayudar a discernir los roles que necesita un grupo en una determinada etapa a fin de lograr sus objetivos.

Coordinación, fases, roles.- Tomando las seis fases de Bales, cada fase tiene sus roles, y si los miembros no los ejecutan bien, no se puede pasar a la fase siguiente. Por ejemplo, en la primera fase deben ejecutarse los roles de dar opiniones, pedir información, etc y así sucesivamente en las demás fases, donde deben ejecutarse roles mínimos indispensables. Según Thelen, el coordinador ha de cumplir aquí cuatro funciones: a) mantener la discusión centrada en el grupo para que todos participen, b) permitir que todos digan lo que piensan (libertad de expresión), c) mantener la discusión a un nivel entendible por todos, y d) organizar las actividades para facilitar un autoaprendizaje.

Actitud del coordinador: criterio de complementariedad, función plástica, método experimental.- El coordinador debe actuar con un criterio de complementariedad: por un lado debe señalar el conflicto o problema a resolver, y si los demás no saben resolverlo, el mismo coordinador dramatiza la solución, muestra como resolverlo. O sea, primero señala los requerimientos de roles, y si ello no funciona, él mismo los dramatiza. Los señalamientos deben ir aumentando progresivamente hasta que por fin el grupo se regule por sí mismo.

Para todo ello hay que trazarse un plan, un método experimental que va probando las distintas ideas. Para ello se realiza una estrategia, una táctica y una logística (Pichon Rivière).

Otras consideraciones sobre técnicas de coordinación.- Cada nivel requiere distintas técnicas de coordinación: nivel manifiesto o fenoménico, nivel intermedio, y nivel profundo. En el nivel manifiesto trabajamos con grupos de discusión y se usan técnicas de coordinación que aparecen en Bales, Benne y Sheats, y Thelen. En el nivel intermedio trabajamos con las técnicas de grupos operativos de P. Riviere. En el nivel profundo, operamos según Bion, Ezriel, Sutherland y Anzieu en los grupos terapéuticos.

Para Romero, el objetivo del grupo es sacar adelante la tarea, mientras que el objetivo del coordinador es la autorregulación grupal que vaya resolviendo los conflictos a medida que surgen y que reconozca a estos como el motor del cambio.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 5.

DINÁMICA DE GRUPOS

1. Modalidad de conformación y conducta de un grupo social. 2. Modificación que genera efectos apreciables en un grupo. 3. Investigación de métodos e implementación de técnicas adecuada para producir modificaciones en la conformación o funcionamiento de un grupo como tal.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

DISCRIMINACIÓN

Discriminación como prejuicio.- Se comenzó la clase tomando a un grupo de alumnos una versión de la Escala de Distancia Social, que dio como resultado que el grupo más discriminado son los gitanos. Haciendo luego comentarios, un alumno refiere que tuvo en general buena experiencia con los gitanos como vecinos. Se concluye que uno a veces discrimina por prejuicio, no porque haya tenido real experiencia; sólo porque la cultura los presenta como peligrosos (sistema de creencias compartidas, o representaciones colectivas). Prejuicio significa precisamente juicio previo. Es una actitud donde intervienen factores cognitivos pero sobre todo emocionales: cumplen funciones "ego defensivas". Los prejuicios, la discriminación, son mayores cuanto mayores sean las diferencias con nosotros.

La discriminación también es legítima: la teoría de la disonancia cognitiva plantea la necesidad de equilibrio; así se racionaliza el prejuicio diciendo que los gitanos son sucios, los negros haraganes, etc. Estas categorizaciones llevan a formar estereotipos. Todo ello también se relaciona con la teoría de la atribución: hacemos atribuciones (como las recién indicadas) y actuamos en consecuencia; tales atribuciones son estigmas y pasan a actuar como profecías auto-cumplidoras.

Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

DISONANCIA COGNITIVA

Generalidades.- "El concepto de disonancia cognitiva, en Psicología, fue formulado por el psicólogo estadounidense, de origen ruso, Leon Festinger en 1957 en su obra A Theory of cognitive dissonance. Dicho concepto hace referencia a la incongruencia o desarmonía interna del sistema de ideas y actitudes (cogniciones) que presenta una persona. Básicamente, la teoría dice que cuando se da esa incongruencia, o disonancia, de manera muy apreciable, la persona se ve automáticamente motivada para esforzarse en reducir dicha disonancia a fin de conseguir que el conjunto de sus ideas y actitudes encajen entre sí, constituyendo una cierta coherencia interna. La manera en que se produce la reducción de la disonancia puede tomar distintos caminos o formas. Una muy notable es un cambio de actitud o de ideas ante la realidad".
<http://es.wikipedia.org/>

ESTEREOTIPO

Generalidades.- Un estereotipo es una modalidad estable de actitud, y tiene que ver con atributos fijos mediante los cuales clasificamos grupos. Los estereotipos suponen identificación de categorías de personas, como judíos, mujeres, punks, etc., y suponen acuerdos sobre rasgos de cada grupo y consiguientemente de cada persona del grupo.
Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

ETNOPSICOLOGÍA

Enfoque mecanicista y organicista en la etnopsicología: el concepto de patrones culturales y cambio creativo.- Originalmente se supuso que la evolución era mecánica, pero hoy la psicología evolutiva está orientada de acuerdo con un punto de vista orgánico.

La etnopsicología mecanicista, por ejemplo la basada en la psicología de Herbart, no reconoce a un pueblo como un todo viviente, ni a un nivel cultural como una unidad orgánica: la mentalidad de un pueblo es un simple agregado de actividades individuales que chocan y se repelen entre sí inhibitoriamente.

Con su psicología de los pueblos, Wundt intentó superar este mecanicismo estrecho, y lo logró parcialmente ya que en su teoría, si bien los fenómenos mentales siguen siendo combinaciones de formas elementales de experiencia, aparece una innovación: hay una 'síntesis creativa', una actividad mental que no puede reducirse a una simple suma de elementos, sino que configuran un todo nuevo. Así, con los mismos elementos se pueden hacer muchas figuras, y con distintos elementos la misma figura.

El progreso posterior vino cuando se reemplazó la idea de 'síntesis creativa' por la de 'análisis creativo'. La mentalidad social o grupal no es ni la suma, ni la fusión (síntesis) de los rasgos de muchos individuos. Los individuos tienen características propias por su integración dentro de una totalidad, y la etnopsicología como campo de la psicología debe partir del análisis del todo y llegar al estudio de los individuos.

Otro enfoque mecanicista es el enfoque cuantitativo de Taylor, según el cual la cultura se define por un 'complejo de rasgos' estáticos relacionados entre sí, por simple correlación (por ejemplo hay una coexistencia o 'adhesión de rasgos' entre la exogamia, el tabú y la residencia del esposo en casa de su mujer).

Ya en 1915, Krueger opuso los enfoques mecanicista y orgánico cuando criticó el concepto mecanicista de 'patrón cultural' o 'estilo', que implica una suma de características sin una conexión interior significativa y que aparecen juntas en determinado pueblo, lugar y tiempo. En realidad, desde el punto de vista orgánico todas esas características son la expresión de una Gestalt, de un todo significativo que la mente busca expresar.

Por ejemplo, cada cultura imita a los animales de forma diferente, con lo cual la imitación no es un elemento estático e invariable que se adiciona a otros: la imitación adquiere su sentido en función de cada gestalt cultural, y por ello es en cada caso diferente.

Otros que adoptaron el enfoque orgánico fueron Radcliffe-Brown, para quien el significado de un elemento cultural solo se define cuando consideramos la cultura como un conjunto de partes interrelacionadas, y Malinovski, que piensa que la idea de cultura como rasgos no relacionados le quita a todo el concepto vida y significación.

La teoría mecanicista de los rasgos tiene dos errores principales: no advierte que dos rasgos externamente iguales, tendrán significados distintos en dos culturas diferentes, y tampoco advierte que rasgos en apariencia iguales pueden tener significados diferentes según la cultura considerada.

Pero, ¿cómo evolucionan los patrones culturales? El mecanicismo diría que la evolución es en cantidad, no en calidad: hay un aumento gradual, puramente cuantitativo, lo cual contradice muchos hechos observados. Las investigaciones más recientes tienden a creer que la evolución no puede ser caracterizada como una línea continua, matemáticamente concebida, sino que debe comprenderse mas bien en forma de estructuras mentales típicas, cuyos niveles relativamente superiores surgen como innovaciones de los inferiores. Los primitivos, por ejemplo, no es que carezcan de lógica, sino que tienen

una diferente. Una tarea importante de la psicología evolutiva es demostrar que estos cambios cualitativos no son exclusiva ni principalmente cuantitativos.

Apuntar a lo cualitativo equivale a decir que el hombre moderno es 'distinto' al primitivo, mientras que apuntar a lo cuantitativo equivale a decir que es 'superior'.

Condensado de Werner H (1993) Psicología comparada del desarrollo mental. Buenos Aires: Paidós.

EXOGRUPO

Definición.- "Unidad social con la que el individuo no se identifica o de la cual no forma parte".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 619.

Endogrupo y exogrupo.- Endogrupo: Término que se aplica a un grupo cuyos miembros experimentan un fuerte sentimiento de pertenencia al mismo, con marcada exclusión de otros individuos no pertenecientes a él. Sinónimo de *grupo-nosotros*. Exogrupo (o grupo-ellos): individuos considerados como ajenos por un endogrupo.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

GRUPO

Definición.- "Conjunto de dos o más personas que se relaciona e influyen entre sí por un tiempo determinado, normalmente de amplia duración. Los componentes del grupo señalan una serie de normas que limitan las relaciones y actividades que realizan todos sus integrantes. Estas actividades son dinamizadas por el reparto de papeles (roles) que se establece entre los miembros. Durante el desarrollo de la actividad grupal surgen siempre atracciones y/o rechazos entre sus componentes, que marcan diferentes niveles de funcionamiento, de comunicación y de influencia".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Definición.- "Constituye un grupo todo conjunto de roles, cuyos miembros desarrollan un particular sentimiento de pertenencia emanado de la toma de conciencia de intereses comunes en virtud de la posición que ocupan en la organización. La pertenencia al grupo representa un grado de integración y diferenciación expresado en un sentimiento de 'afinidad' respecto de los otros sectores. El grupo se considera distinto, y en virtud de ello, desarrolla pautas y normas culturales propias".

Schlemenson A, La perspectiva ética en el análisis organizacional, pág 112.

Definición.- "Dos o más personas que comparten un sentimiento de unidad y están ligadas por pautas de interacción social relativamente estables". Se citan diversos tipos de grupos: abierto, cerrado, de pertenencia, de referencia, étnico, informal, minoritario, primario, racial, secundario.

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 620.

Principios.- Los grupos funcionan de acuerdo a tres principios. El principio holográfico dice que cualquier elemento de un sistema contiene todos los elementos del sistema. Cada miembro del grupo contiene dentro de sí la representación del grupo. El principio de recursividad organizacional indica que el funcionamiento de un grupo se autorregula (por ejemplo si se pone muy agresivo, en un momento baja la agresividad). El principio dialógico dice que en todo grupo se producen interacciones que hacen que sus miembros se modifiquen mutuamente.

Fernández Álvarez H (1998), Clases de Métodos y técnicas psicoterapéuticas. Cátedra de Métodos y técnicas psicoterapéuticas. Buenos Aires, Universidad de Belgrano.

Características.- Los grupos tienen tres características importantes: 1) Cohesión: dada por el grado en que sus miembros colaboran y participan en la creación y sostenimiento de una identidad grupal. Se refleja en la expresión 'nosotros'. 2) Movilidad: es el grado de rigidez o flexibilidad para cambiar. Un grupo con poca movilidad tiene dificultades de adaptación a cambios. 3) Clima grupal: determinado por el grado de conciencia del grupo acerca de si está o no cumpliendo con los objetivos propuestos. Por ejemplo si advierte dificultades para alcanzarlos, puede aparecer un clima de desganado o de hostilidad. El terapeuta es responsable de mantener un determinado clima grupal para que funcione de manera óptima.

Fernández Álvarez H (1998), Clases de Métodos y técnicas psicoterapéuticas. Cátedra de Métodos y técnicas psicoterapéuticas. Buenos Aires, Universidad de Belgrano.

Grupo terapéutico.- Grupos que incluyen un terapeuta coordinador, pero puede haber coterapeutas y observadores (estos últimos del otro lado del espejo en la cámara Gesell). El coordinador no controla o maneja el grupo, buscando solo que se mantenga dentro de los objetivos fijados. Hay grupo terapéuticos heterogéneos con mucha variabilidad de edad, sexo, nivel social, personalidad, y otros más homogéneos. El funcionamiento grupal óptimo se consigue cuando hay entre 5 y 9 miembros.

Fernández Álvarez H (1998), Clases de Métodos y técnicas psicoterapéuticas. Cátedra de Métodos y técnicas psicoterapéuticas. Buenos Aires, Universidad de Belgrano.

Grupo superpuesto.- De acuerdo a Thelen, los conflictos grupales son inevitables, y resultan de conflictos entre grupos 'superpuestos', resultantes de una multipertenencia (cada miembro forma parte de varios grupos simultáneamente). Dichos conflictos pueden estar mal resueltos, produciendo síntomas, o bien resueltos.

Para que se resuelvan bien (evitando la disgregación grupal) deben darse tres pasos, que son tres niveles de integración grupal: a) Resolver los conflictos entre grupos superpuestos que tiene cada miembro. b) Resueltos esos conflictos, es decir integrados los grupos superpuestos, el miembro deberá integrarse en el grupo. c) Todos los miembros integrados en el grupo darán un grupo integrado capaz de funcionar como un todo productivo y estructurado.

Los cinco grupos superpuestos son: 1) *Subgrupo efectivo de pertenencia*: el conflicto viene cuando un subgrupito intenta influir en el grupo total. 2) *Grupo que representamos*: cada miembro llega al grupo representando algún otro grupo, que entra en conflicto con el grupo real. 3) *Grupo fantaseado*, que puede ser conciente o inconciente. Un miembro se dirige a los demás del grupo real pero estos no se dan por aludidos, debido a que se está dirigiendo a un grupo fantaseado por ese miembro. 4) *Grupo de arrastre*: es la familia de origen donde los conflictos quedaron mal resueltos. El miembro reacciona ante el grupo real como si fuera aquel grupo de origen y trata a los demás como si fueran su padre, madre, hermano, etc, reproduciendo el conflicto. Se busca reeditar una situación que fue muy frustrante o bien muy gratificante. 5) *Grupo reliquia*: inidentificable e inconciente, es el sedimento de las normas sociales internalizadas (valores, ideologías) que se recuerda mucho después de aquella internalización.

Romero R, Clases teóricas. Cátedra de Teoría y Técnica de los Grupos (II), de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. 17 de octubre de 1995.

Grupo cara a cara.- Designa a un grupo compuesto por dos o más individuos cuya proximidad física posibilita que cada miembro emita respuestas ante estímulos sensoriales o señales de cualquier índole provenientes de los otros integrantes del grupo, sean estas intencionadas o no. Lo contrario de multitud y de grupo primario. Sinónimo: *grupo de contacto directo*.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Grupo de referencia.- Grupo con el cual un individuo se identifica o compara pertenencia o no a él, y que le determina una tendencia a la adopción de sus pautas.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Grupo, formación del.- 1. Se aplica a la reunión y tratamiento de diversos ítems o casos como si tuviesen amplias coincidencias para un propósito determinado, cuya individualidad es reconocida como deferente. Sin clase, categoría, clasificación, distribución agrupada. 2. Grupo social: conjunto de individuos de los cuales se consideran que poseen una cualidad en común. 3. Individuos que coexisten en una región circunscripta del espacio de un modo dado, cuya proximidad les permite comunicarse directamente por la voz o los gestos. 4. Conjunto de individuos que ejercen interacción entre sí y cuyos vínculos se afianzan a partir de tal interacción. En consecuencia, el proceso de formación de un grupo se inicia a partir de una pluralidad, y tal formación puede responder a diversas premisas: a) motivaciones individuales, b) comunicación entre dos o más individuos favorecida por la cercanía espacial o social, c) reconocimiento mutuo de los individuos.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Grupo primario.- Forma de organización cooperativa para ciertos fines comunes a los individuos que la componen, quienes además comparten ideales y conductas, y se profesan confianza y afectos recíprocos en grado variable, con conocimiento de sus vínculos y similitudes, por ejemplo: una familia. Freud acota que un grupo primario está integrado por miembros subordinados a un mismo líder, en el que depositan sus ideales.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Definiciones y clasificaciones de grupo.- Encontramos varios intentos por definir qué es un grupo. Para Sproul es una "pluralidad de individuos que interactúan entre sí en un contexto espacio-temporal, más de lo que interactúan con cualquier otra persona". Esta definición implica la idea de norma y de multipertenencia (una persona puede integrar varios grupos distintos, pero interactúa en uno solo por vez). Otras definiciones acentúan el carácter de totalidad y la idea de objetivos, como la de Smith: "grupo es una unidad que existe en un número plural de individuos, que poseen una percepción colectiva de su unidad y el poder de actuar de modo unitario hacia el ambiente".

Para poder definir el grupo como objeto de estudio, debemos previamente explicitar y luego articular entre sí tres criterios:

a. Criterio interaccional (o sociológico)

- b. Criterio intersubjetivo (o psicosocial)
c. Criterio intrasubjetivo (o psicoanalítico)

Desde un *criterio interaccional*, un grupo es un conjunto de individuos en interacción regulada por normas establecidas en un espacio y tiempo dados, y que poseen un objetivo en común que responde a necesidades compartidas.

Desde un *criterio intersubjetivo*, grupo es un conjunto de miembros que tienen 'autodefinición de pertenencia' (comparten un sentimiento de lealtad hacia el grupo y expectativas comunes) y una 'altero-definición de pertenencia' (quienes no pertenecen al grupo deben verlos como integrantes de un grupo). Aquí hay un objetivo común (compartido) y no un objetivo 'en' común (no compartido); lo último, según Sartre, configura una serie pero no un grupo.

Desde un *criterio intrasubjetivo*, se puede decir que hay grupo allí donde hay 'representación de grupo'. El grupo surge como una unidad ilusoria de tipo narcisista, o sea, se constituye como grupo-representación, lo cual ocurre cuando el conjunto de todos sus integrantes es catectizado narcisísticamente por cada uno de ellos. Este proceso es similar al descrito por Freud cuando habló del yo-representación o unidad ilusoria del yo.

Para captárselo como objeto de representación, el grupo debe haberse constituido antes como objeto interno, de manera que entonces el grupo representado contiene aspectos similares a su prototipo inconciente.

La familia es la representación precursora de todas las demás representaciones, también ilusorias. Sea cual fuere, toda representación nos remite a una imagen, que es el soporte de una búsqueda incesante: la de encontrar el objeto del deseo en el mundo exterior, y entonces la representación o imagen actúa de mediadora entre lo interno y lo externo.

La articulación de estos tres criterios permite superar la antinomia elementalismo-totalismo y definir al grupo como objeto de estudio. El fenómeno grupal existe, es el grupo como 'hecho' y como 'acontecimiento', y es observable en sus efectos sólo cuando se conjugan los tres criterios enunciados. Circunscrito el hecho grupal y definido el grupo como objeto de estudio, será posible luego producir al grupo como objeto formal-abstracto.

El criterio interaccional tiene cuatro variables: número de individuos, interacción, normas y objetivos. El criterio intersubjetivo tiene dos variables: pertenencia o autodefinición endogrupal y exogrupal. El criterio intrasubjetivo tiene la variable representación (tanto en sus aspectos manifiestos como latentes).

Cuando aumenta el número de individuos, van variando todas las otras variables. Según la variable números de individuos, los grupos pueden clasificarse en pequeños y grandes. Según el criterio intersubjetivo los grupos pueden ser: endo-grupo (o grupo 'nosotros') y el exo-grupo (o grupo 'ellos'). El endo-grupo es posible porque cada miembro tiene un grupo interno o imagen internalizada del grupo como totalidad (Pichon Riviere).

Respecto del grupo interno, tenemos a su vez el grupo de pertenencia (grupo al cual el sujeto pertenece) y el grupo de referencia (otro u otros grupos con los cuales el sujeto puede compararse: los exo-grupos). Estos grupos de referencia pueden ser positivos o negativos.

Si el grupo de pertenencia coincide con el grupo de referencia positivo, hay entonces mucha cohesión grupal (por ejemplo las barras adolescentes), y si coincide con un grupo de referencia negativo, tenderá hacia la desintegración y surgirán conflictos (por ejemplo la familia contra la cual el adolescente se revela).

Los grupos grandes puede dividirse en los siguientes tipos: colectividades, conglomerados, clases sociales, secundarios, organizaciones formales (instituciones), órdenes institucionales, muchedumbre y público. Si en los grupos pequeños siempre hay interacción, normas y objetivos, en la mayoría de los grupos grandes puede faltar alguno de esos elementos:

	Interacción	Normas	Objetivos
1. Grupos secundarios	Sí	Sí	Sí
2. Instituciones	Sí	Sí	Sí
3. Muchedumbre	Sí	Sí	Sí
4. Colectividades (estado-nación)	No	Sí	Sí
5. Ordenes institucionales (económico, político, militar)	No	Sí	Sí
6. Público	No	Sí	Sí
7. Conglomerado	No	Sí	No
8. Clases sociológicas	No	Sí	No

Condensado de Romero R (1987) Grupo, objeto y teoría, Tomo I. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Funciones de los grupos.- Desde un punto de vista psicológico, los grupos humanos cumplen tres funciones básicas: a) son un campo de aprendizaje de roles; b) crean una atmósfera para que ese aprendizaje pueda realizarse con un cierto nivel de ansiedad que no lo perturbe y al mismo tiempo lo facilite; y c) son un ámbito socializador por excelencia, apto para el desarrollo de la personalidad. Los

grupos son esencialmente un mecanismo de socialización, además de ser mediadores entre el individuo y la sociedad.

Condensado de Romero R (1987) Grupo, objeto y teoría, Tomo I. Buenos Aires: Lugar Editorial.

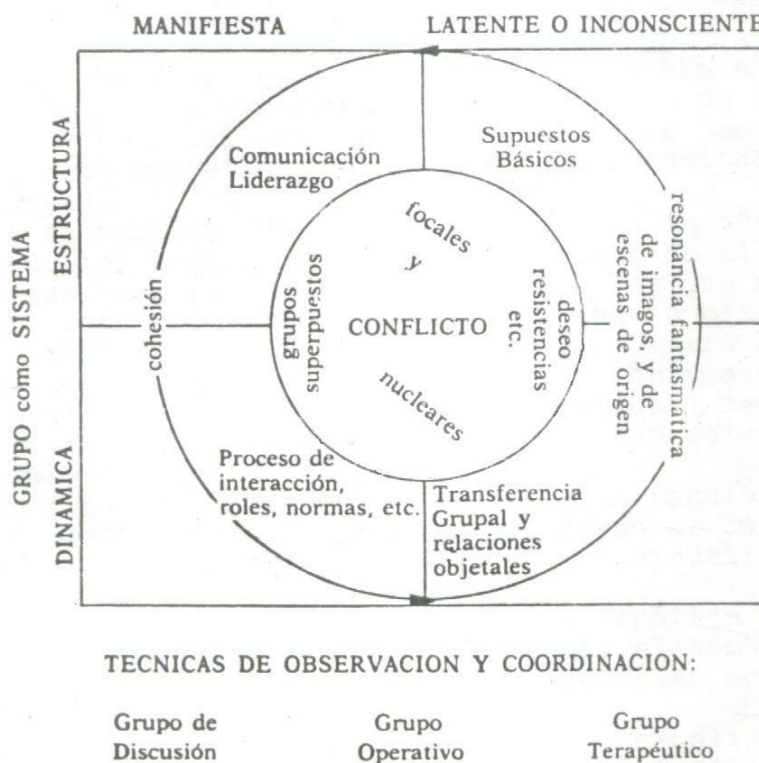
Estructura y dinámica de los grupos.- El grupo no es la mera suma de miembros, sino algo más: es una estructura emergente que introduce cambios en la conducta de cada miembro, es decir es una estructura dinámica. Por ello el grupo como objeto teórico se define a partir de 'estructura' y 'dinámica'.

La estructura implica un sistema de relaciones –y de relaciones entre relaciones- regido por leyes. Además, toda estructura tiende siempre hacia un equilibrio que no es estático, rígido.

La dinámica significa cambios, y puede referirse a tres cuestiones: cambios observables o manifiestos (dinámica manifiesta), causas que producen esos cambios observables, y dinámica dialéctica, donde las varias causas entran en contradicción o conflicto.

El grupo, en cuanto objeto formal abstracto, es un sistema y como tal, posee una estructura y una dinámica como dos caras de la misma moneda. La estructura genera una dinámica y ésta a su vez influirá sobre la estructura. La estructura determina la dinámica y esta a su vez, dialécticamente, sobredetermina la estructura. También entenderemos como lo determinante a la estructura y la dinámica latentes o inconcientes, y como lo determinado a la estructura y la dinámica manifiestas. En el siguiente esquema organizamos nuestras ideas al respecto:

Grupo como sistema



Condensado de Romero R (1987) Grupo, objeto y teoría, Tomo I. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Consideraciones epistemológicas.- Debemos diferenciar al grupo como hecho, noción y concepto. El grupo como *hecho* es la existencia del grupo como situación 'real', concreta, en la cual todos participamos. Al participar de dichos grupos empezamos a tener una concepción ideológica, una idea acerca de lo que es un grupo: adquirimos la *noción* de grupo. Pero cuando queremos abordar al grupo científicamente mediante una teoría y una técnica específica, configuramos entonces el *concepto* de grupo.

Al construir nuestro conocimiento sobre los grupos, podemos hacer dos tipos de lectura: literal y sintomal. La primera es precientífica, empírica, y se limita a la descripción de las meras apariencias mientras que la segunda es científica, psicoanalítica, trasciende la apariencia del grupo como algo dado y remite a su estructura y organización latente. Así podemos construir un objeto formal abstracto mediante el cual poder comprender todos los grupos en cuanto objetos formales concretos.

Llamamos 'objeto externo real' a aquel objeto existente, concreto, singular, poseedor de una materialidad propia e independiente de toda teorización. En cambio el 'objeto teórico' es una construcción conceptual que permite el conocimiento y transformación regulada del objeto externo real. Como construcción intelectual, el objeto teórico puede tener rectificaciones y ajustes.

Un primer problema para conocer los grupos es la dificultad para ubicarse en el plano grupal y 'descentrarse' uno mismo, des-sujetarse del grupo. Un segundo problema es el cuestionamiento de la noción de autoridad, sea la mía como 'yo' ante el grupo, como la de otro que garantiza mi seguridad.

Pichon Riviere llama 'obstáculo epistemofílico' a la dificultad interna para conocer un objeto debido a la ansiedad que despierta. Asimismo Anzieu retoma lo que dijo Freud acerca del narcisismo como una de las dificultades más grandes para conocer: la ciencia se constituye cuando se superan las heridas narcisistas. Un tercer problema es nuestra ambivalencia hacia el grupo, ya que por un lado lo necesitamos, pero por el otro lo vemos como peligroso.

Hay aún otras dos dificultades. Primero, la humanidad tardó mucho en interesarse por los grupos (para palabra 'grupo' aparece con un sentido social en el siglo 17), y segundo, la sociedad en general mira con recelo los grupos pequeños, que pueden adquirir autonomía y volverse contra ella. Los estudios sobre los grupos, dice Herbaert, se realizan sobre la base de demandas sociales y también, en una segunda fase, sobre la base de exigencias sociales, o sea la demanda social exige cómo han de ser los grupos, qué requisitos deben tener para ser socialmente aceptados. La demanda empieza a ser cada vez más exigencia, según Loureau, sobre todo a partir de 1930, comenzando aquí el estudio sistemático de los grupos.

Condensado de Romero R (1987) Grupo, objeto y teoría, Tomo I. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Niveles de integración en grupos.- Thelen distinguió tres niveles de integración:

- 1- De los múltiples grupos de pertenencia y referencia de cada individuo.
- 2- Del individuo en el grupo.
- 3- Del grupo como totalidad.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 6.

Grupos y educación para la salud.- Las primeras experiencias en dinámica de grupos son, también, experiencias de educación para la salud. El grupo de discusión es un instrumento para transmitir conocimientos y cambiar actitudes. Los grupos humanos son el medio ideal para realizar acciones de educación para la salud. En estos grupos de discusión se pasan primero audiovisuales, o sea se comunica información, y luego se discute entre todos o formando sub-grupos la información recibida, para luego llegar a una conclusión.

Por ejemplo para grupos pequeños (menos de 20) primero se pasa el audiovisual y luego se forman dos sub-grupos en círculos concéntricos (el de adentro, o clan, discute el tema, y el de afuera, tribu, escucha; luego los grupos se intercambian, y finalmente la discusión es entre todos).

Para grupos grandes (hasta 60 personas) se usan otras técnicas como el Phillips 66 (se forman 10 sub-grupos de 6 personas cada uno; cada grupo discute un aspecto particular del tema y luego los representantes de cada sub-grupo se reúnen con el coordinador para discutir las conclusiones de cada sub-grupo, en presencia de todos).

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 5.

Perspectivas de estudio de los grupos.- El grupo puede ser estudiado desde dos perspectivas: la americana y la psicoanalítica. La primera es adaptativa, ve al grupo como algo que tiene como fin producir algo, una tarea, satisfacer necesidades, volver a un equilibrio adaptativo. Sus objetivos son generalmente concientes (o inconcientes pero no en el sentido psicoanalítico). Reconocen conflictos, pero ninguno es más determinante que otro: se dan entre fines opcionales, entre medios para alcanzar el mismo fin, entre roles, entre medios y fines, entre necesidades personales y grupales, en un rol, etc.

En cambio el psicoanálisis enfatiza las relaciones grupales, se centra menos en la tarea u objetivo del grupo y más en la procuración del placer (principio de placer) o su evitación. Atiende a las defensas contra la angustia. Los conflictos son entendidos por ejemplo entre deseo y angustia, pulsión y defensa, principio de placer y de realidad, fantasía inconciente y pensamiento, narcisismo y amor objetual, repetición y recuerdo, amor y odio, identificación (ideopática y heteropática) y relación objetual.

Sea cual sea la producción grupal en la 'escena uno' (Romero la llama el orden de lo determinado) interesa la 'escena dos' (lo determinante) de compulsivas repeticiones de dispositivos evocadores del placer.

Ambas concepciones del grupo no son excluyentes. Bion y Pichon Riviere son ejemplos de intentos de articulación de ambas concepciones. En Bion por la distinción entre grupo de trabajo y grupo de supuestos básico, y en Pichon por la distinción entre grupo de tarea y nivel de afecto. Boholavsky plantea articular ambos sentidos: el grupo está sobredeterminado por exigencias de adaptación (escuela americana) y de deseo (escuela psicoanalítica).

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 6.

Enfoque psicoanalítico.- El grupo es una representación del cuerpo, y como tal se lo carga de libido. En un primer momento, el grupo pequeño es sentido como una madre sustituta donde el sujeto revive su relación primitiva con ella. De allí emergerá como individuo, y entrará en una segunda etapa, edípica, donde se produce una lucha fraticida con los miembros del grupo que culmina en una alianza parricida, o sea, un reagrupamiento en torno a la figura del coordinador, que representa las leyes sociales.

Dos organizadores permiten cumplir ambas etapas: uno es la tarea explícita, que es cuando el grupo se organiza para cumplir su objetivo, su finalidad. Otro es un organizador psíquico, que son formaciones inconcientes escenificadas de deseos infantiles.

Según Käs, se dan diversas etapas: 1) Momento fantasmático o de indiferenciación, donde el grupo es un objeto transicional que media entre el mundo externo y el interno. 2) Momento ideológico o dilemático, donde se disocia lo malo proyectándolo afuera del grupo o en alguna parte de él, y lo bueno sobre un fetiche que funciona como madre. 3) Momento figurativo o problemático: se introyectan los aspectos positivos desde un medio externo reconocido como bueno. Hay una mayor disposición a admitir representaciones reprimidas, pues el objeto bueno protege contra ellas. d) Momento mitopoético o creador: el grupo puede crear a partir de la elaboración de la angustia de castración, rebelándose contra esa prohibición paralizante.

Condensado de Jaitin (1993) Clínica grupal en niños.

Cultura grupal.- Todos los grupos parten de algún 'evento originario'. Por ejemplo una catástrofe que obliga a unirse a varias personas, un líder que convoca personas para una tarea en común, un evento público que traiga a cierto número de personas. Los grupos de capacitación o de taller suelen comenzar con este último evento. A partir de allí, el grupo va a ir evolucionando a lo largo de cuatro estadios, como se ve en el siguiente esquema:

Estadio	Presunción dominante	Foco socioemocional
1. Formación del grupo	Dependencia: "El líder sabe que debemos hacer".	Autoorientación. Preocupación por los problemas de 1) inclusión, 2) poder e influencia, 3) aceptación e intimidad, 4) identidad y papel.
2. Construcción del grupo	Fusión: "Formamos un gran grupo: todos los estimamos".	El grupo como un objeto idealizado. Preocupación por la armonía, la aceptación, y la búsqueda de intimidad. Las diferencias entre los miembros no se valoran.
3. Trabajo del grupo	Trabajo: "Podemos rendir eficazmente porque nos conocemos y aceptamos mutuamente".	Misión y tareas del grupo. Preocupación por el rendimiento, el trabajo en equipo, y por mantener el grupo funcionando. Las diferencias entre los miembros se valoran.
4. Madurez del grupo	Madurez: "Sabemos quienes somos, lo que queremos, y como conseguirlo. Hemos tenido éxito, de manera que debemos andar bien encaminados".	Supervivencia y bienestar del grupo. Preocupación por preservar el grupo y su cultura. La creatividad y las diferencias entre los miembros constituyen amenazas.

¿Podemos afirmar que si un grupo de capacitación pasó estas cuatro etapas posee ya una cultura? Sí, en la medida en que por cultura grupal entendamos el conjunto de presunciones o supuestos que tiene el grupo sobre sí mismo y su entorno, y que se transmiten a los nuevos miembros del grupo como el modo correcto de ver el mundo.

Un miembro que viene de afuera puede percibir mejor que hay una 'cultura grupal', pues se encuentra con nuevas reglas y formas de ver las cosas que debe respetar y cumplir.

Cada grupo tiene su propia cultura, diferente a la de otros grupos. La diferencia entre las culturas está dada por aspectos externos (relacionados con el entorno) e internos (del grupo consigo mismo). En el primer caso la cultura resulta de qué actitud toman los miembros respecto a la tarea primaria, a las metas grupales, al proceso que se sigue para aprender, al sistema para evaluar progresos, y a los mecanismos de corrección creados por el mismo grupo. Por ejemplo, algunos grupos analizan detalladamente como deben aprender, y otros se sumergen en la tarea y dan el aprendizaje por sentido, implícitamente. En el segundo caso (aspectos internos) la cultura está dada por las reglas de juego dentro del grupo, los roles, etc.

Resumen de Schein Edgar (1989) La cultura empresarial y el liderazgo. Barcelona: Plaza&Janes. Segunda parte: Cómo comienza y se desarrolla la cultura. Capítulo 8.

Algunas teorías sobre grupos.- Todo grupo es una puesta en común: de energías y entusiasmo según el sentido común, de representaciones, sentimientos y voliciones según Durkheim, de pasiones según Fourier, de imitaciones según Tarde. Freud habló de identificaciones de los miembros con el líder.

Para Mayo, el grupo es una mentalidad común, con normas internas propias, y para Lewin es la interdependencia entre sus miembros. Bales enfatiza el aspecto de comunicación entre los miembros, y los psicólogos sociales hablan de afinidades entre sus miembros, y de un sentimiento de pertenencia.

Jaques estudió las angustias persecutoria y depresiva en los grupos e instituciones, y señaló que ellos montan defensas colectivas contra estas angustias. Cuando el grupo funciona en la posición paranoide, se siente amenazado por un peligro exterior y cree que hay un espía, contra el cual lucha. Esta intrusión se vivida como destructiva. Además, esta intrusión o enemigo hace peligrar su integridad, y el grupo puede sentirse desvalorizado, con lo cual entra en la posición depresiva.

Freud destacó el Ideal del Yo como instancia organizadora y cohesionadora de los grupos humanos (masas). Lewin, por su parte, señaló que para un funcionamiento eficaz y democrático de los grupos, deben subordinarse los yoes individuales a un Yo conciente del grupo.

Anzieu D (1986) El grupo y el inconciente. Madrid: Biblioteca Nueva. 2da. edición.

Los grupos según Bion.- La teoría grupal de Bion puede condensarse en dos enunciados: 1) Todo grupo funciona en dos niveles: el de la tarea común y el de las emociones comunes. En este último predominan los procesos primarios, y está regido por los llamados supuestos básicos. 2) El grupo se somete alternativamente a tres supuestos básicos, que son inconcientes: a) Dependencia: el grupo se siente cuidado y protegido por el líder, lo que representa una regresión a la infancia. b) Ataque-fuga: si el monitor rechaza cuidarlos, el grupo se siente atacado, y entonces ataca al monitor o bien emprende la huida. c) Emparejamiento: A veces, esta huida desemboca en la formación de una pareja dentro del grupo, la que supuestamente engendrará un hijo o producto que salvará al grupo (esperanza mesiánica). Los tres supuestos básicos no aparecen al mismo tiempo: uno predomina y oculta a los otros que permanecen en potencia, formando el sistema 'protomental'.

Anzieu D (1986) El grupo y el inconciente. Madrid: Biblioteca Nueva. 2da. edición.

Los grupos según Kaes.- Kaes estudió los grupos como realidades fantasmáticas e imaginarias, introduciendo la noción de 'organizador' grupal, de protogrupo y de protofantasías grupales. Explicó que hay una analogía entre el grupo y el cuerpo físico: todo grupo se organiza como metáfora o metonimia del cuerpo o partes de él, y el espacio grupal es vivido con un espacio corporal. Los miembros proyectan sobre el grupo su propia imagen corporal. Kaes introdujo también la idea de 'aparato psíquico grupal', mediante el cual el grupo se protege del exterior y de las cargas pulsionales de sus miembros. El APG se construye desde los aparatos psíquicos individuales de los miembros, y desde la cultura circundante. Está dotado de las mismas instancias que el aparato psíquico individual, aunque con diferentes principios de funcionamiento: son aparatos homólogos pero no isomorfos.

Estableció que entre el aparato psíquico individual y el grupal puede haber relaciones de isomorfia (el aparato psíquico individual tiende a confundirse con el grupal, y se funda en la identidad de percepción) y homomorfia (el individual tiende a diferenciarse del grupal, y se funda en la identidad de pensamiento).

La isomorfia implica un conflicto entre una tendencia a realizar la identidad entre los grupal y lo individual, y la homomorfia es una tendencia del psiquismo grupal a diferenciarse del psiquismo individual.

Anzieu D (1986) El grupo y el inconciente. Madrid: Biblioteca Nueva. 2da. edición.

Teorías sobre grupos.- Los grupos pueden ser estudiados desde dos perspectivas: interaccional y psicoanalítica.

1. La perspectiva *interaccional* concibe al grupo como un sistema objetivo y objetivable, de energías y fuerzas orientadas hacia la realización de una tarea o el logro de objetivos concientes comunes cuya consecución brinda satisfacción o respuesta a necesidades comunes (y compartidas, por la conciencia de necesidad) de sus integrantes.

Se ocupa de la estructura y la dinámica manifiestas de los grupos, o sea son un abordaje descriptivo y empírico de los grupos pequeños, y abarca las siguientes escuelas: a) Escuela de dinámica de Grupos de Lewin, que estudia las fuerzas operantes en los grupos; b) La Escuela factorialista de Cattell, que estudia las conductas observables en los grupos; c) La Escuela interaccionista de Homans y Bales, que estudian la interacción concebida como unidad de acción del sujeto que estimula la actividad del otro u otros; y d) La Escuela sociométrica de Moreno, centrada en las relaciones interpersonales dentro del grupo.

2. El *psicoanálisis* propone al grupo como un efecto subjetivo, lugar y forma de procesos psíquicos inconcientes, objeto de investiduras pulsionales a la vez que representaciones.

En la historia de toda ciencia hay dos etapas: la precientífica o ideológica, y la científica propiamente dicha donde se cuestiona lo precientífico y se propone una nueva forma de abordaje de lo real. Esta nueva forma es la construcción de un 'objeto formal abstracto' que permitirá, por su aplicación a una materia prima determinada, el conocimiento de un 'objeto formal concreto'. Entre la primera y la segunda etapa se produjo un 'corte epistemológico'.

Las teorías interaccionales están en un estadio precientífico pues surgieron de dar respuesta a necesidades prácticas (guerras, etc), pero como aspecto positivo permitieron sistematizar muchos

fenómenos grupales, antes inconexos. El enfoque psicoanalítico produjo un corte, permitiendo discriminar en todo grupo lo 'determinante' (procesos inconcientes) y lo 'determinado' (efectos observables). En suma, en dinámica de grupos las perspectivas psicoanalíticas se ocupan del nivel latente, y las perspectivas interaccionistas, del nivel manifiesto. Las psicoanalíticas están en la escuela francesa (Anzieu), en la escuela inglesa (Bion, Ezriel, Pichon Riviere) y en la escuela americana (Thelen). Las interaccionistas están representadas por Lewin, Bales y Watzlawick. Algunos se ocuparon de la estructura (Watzlawick en comunicación, y Lewin en liderazgo), y otros de la dinámica (Bales en interacción). Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Introducción.

Teorías sobre grupos.- En el capítulo 10, Romero y Sauane exponen diversas teorías sobre dinámica inconciente grupal.

JOHN RICKMAN.- Colega de Bion, Rickman habla de una psicología unipersonal (que toma al individuo en forma aislada en el laboratorio), una psicología bipersonal (madre-hijo, analista-paciente, etc, relación esta última bicorporal narcisista pero donde puede advertirse que aparecerá en forma explícita o implícita un vínculo tripersonal edípico debido a la transferencia), una psicología tripersonal (cuya base es el triángulo edípico) y una psicología multipersonal (grupos humanos).

Rickman se planteará como ocurre la transferencia en los grupos, ya que sus miembros no tienen una historia infantil única en común a la cual remitir lo transferencial. Money Kyrle y Ezriel aportarán nuevas perspectivas sobre la cuestión.

Bion, Money-Kyrle y Ezriel iniciaron con los grupos terapéuticos de orientación analítica de la Tavistock Clinic un camino luego retomado por la escuela francesa y sus 'grupos de formación'.

MONEY-KYRLE.- Este autor plantea que en los grupos se repiten experiencias pasadas porque cada miembro lleva al grupo las imagos parentales de su familia interna fantaseada (no real), y las disocia sobre el líder, el terapeuta o el mismo grupo. Las imagos buenas cohesionan al grupo, las malas lo disgregan.

Para Freud las imagos resultan de las primeras experiencias infantiles distorsionadas por la percepción, y para Klein son estructuras arcaicas, como por ejemplo el superyo sádico. Entre ambas concepciones oscila Money-Kyrle.

Si un miembro disocia el padre malo y la madre mala sobre el grupo vivirá a este persecutoriamente y le será difícil mantenerse en el grupo.

La misma situación grupal favorece un estado regresivo y, con ello, los mecanismos de disociación descritos: depositar la imago del padre bueno o malo en el líder y la imago de la madre buena o mala en el grupo, o viceversa. El primer rol de líder correspondería a la madre, por ser esta la experiencia más temprana. Los mecanismos de disociación, así como los de identificación proyectiva e introyectiva, permiten controlar las ansiedades derivadas de la situación grupal, y poder permanecer en él.

EZRIEL.- La transferencia no se entiende sólo en relación al terapeuta, sino que se establece en relación a un "común denominador" (o "tensión común del grupo") de las fantasías individuales en cuya construcción participan todos los integrantes.

Cada miembro asume un rol frente a ese común denominador en función de sus conflictos internos: uno se someterá, otro será agresivo, otro será silencioso, etc. Hay transferencia, dice Ezriel, porque cada sujeto vuelca en el aquí y ahora grupal su conflictiva interna, no siendo imprescindible remontarse a las experiencias infantiles.

SUTHERLAND agrega que el cambio se produce cuando se hacen concientes esos roles asumidos frente al común denominador.

Para BION, el común denominador es la escena primaria, pues todos, aunque cada cual a su manera, han pasado por la situación edípica.

Para RICKMAN el grupo carece de infancia, y para EZRIEL no tiene infancia vivida pero sí una infancia construida sobre una base de experiencias comunes. Residuos de conflictos infantiles no resueltos configuran fantasías inconcientes que se buscan actualizar en los vínculos actuales. Los miembros del grupo buscan maniobrar para que los vínculos expresen aquellas fantasías y al mismo tiempo respondan a los requerimientos ambientales, hasta que siente que está cómodo, que encontró un lugar en el grupo. Ezriel se anticipa a Anzieu al postular que una fantasía debe prender en el grupo.

La interpretación, para Ezriel, debe señalar la relación 'requerida' mostrándola como forma de evitar la situación deseada e interpretando luego, de ser posible, los roles asumidos por los miembros frente al común denominador. Para todo ello, desde luego, el terapeuta debe detectar primero cual es la tensión común grupal, y en función de ello interpretará.

BEJARANO.- Integrante de la escuela francesa, plantea 4 objetos transferenciales en el grupo sobre los cuales la transferencia se clivará: líder o coordinador (transferencia central), los otros miembros (transferencias laterales), el grupo mismo (transferencia grupal) y el mundo exterior.

Predomina la posición persecutoria si el objeto del mundo interno fue depositado sobre el objeto malo (coordinador, chivo emisario, el grupo mismo) y el bueno sobre el mundo externo o sobre el grupo mismo.

Predomina la posición depresiva cuando los otros y/o el grupo reciben la transferencia negativa mientras que el objeto bueno es el líder o coordinador, o el mundo externo.

Si predominan defensas maníacas o la negación de la posición depresiva o persecutoria, lo malo se proyecta fuera del grupo y lo bueno adentro (similar a la ilusión grupal, de Anzieu).

Si predominan defensas histéricas, los otros son objetos buenos con los que se establece transferencia positiva, y el mundo externo es ambivalente: tendrá partes buenas o malas. Algunos de estos objetos será necesario seducir.

Cualquiera de los 4 objetos transferenciales puede ocupar una posición central en el grupo, y en función de ello se jugarán las relaciones deseadas, evitadas y requeridas de Ezriel. Luego, el clivaje de la transferencia sobre estos objetos llevará a la configuración de una estructura defensiva de tipo dual especular (estableciéndose algún supuesto básico de Bion).

Condensado de Romero R y Sauane S (1995) Grupo, objeto y teoría, Tomo III. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Grupo, objeto y teoría. Tomo I.- El autor comienza diferenciando al grupo como hecho, noción y concepto. El grupo como *hecho* es la existencia del grupo como situación 'real', concreta, en la cual todos participamos. Al participar de dichos grupos empezamos a tener una concepción ideológica, una idea acerca de lo que es un grupo: adquirimos la *noción* de grupo. Pero cuando queremos abordar al grupo científicamente mediante una teoría y una técnica específica, configuramos entonces el *concepto* de grupo.

Cartwright y Zander distinguen dos periodos en el estudio de los grupos: un primer periodo puramente teórico (Durkheim, MacDougall, Le Bon, Freud) y un segundo periodo más empírico, que sobreviene cuando desde 1930 la psicología social abordó el grupo como un hecho que se puede investigar correlacionando variables, lo que no implicó descartar la teoría. En este periodo interesó sobre todo la dinámica e interdependencia de los fenómenos observables.

Cuatro son las fuentes a partir de las cuales surgieron los estudios sistemáticos de los fenómenos grupales: la encuesta Hawthorne, la psicoterapia de grupos, la sociometría de Moreno, y la obra de Kurt Lewin.

Continúa el autor especificando las principales características de los grupos pequeños: totalidad, dinámica, energía, fuerzas contradictorias, interacciones, normas, roles, objetivos, emocionalidad compartida e ilusión grupal.

Al construir nuestro conocimiento sobre los grupos, podemos hacer dos tipos de lectura: literal y sintomal. La primera es precientífica, empírica, y se limita a la descripción de las meras apariencias mientras que la segunda es científica, psicoanalítica, trasciende la apariencia del grupo como algo dado y remite a su estructura y organización latente. Así podemos construir un objeto formal abstracto mediante el cual poder comprender todos los grupos en cuanto objetos formales concretos.

Desde un punto de vista psicológico, los grupos humanos cumplen tres funciones básicas: a) son un campo de aprendizaje de roles; b) crean una atmósfera para que ese aprendizaje pueda realizarse con un cierto nivel de ansiedad que no lo perturbe y al mismo tiempo lo facilite; y c) son un ámbito socializador por excelencia, apto para el desarrollo de la personalidad. Los grupos son esencialmente un mecanismo de socialización, además de ser mediadores entre el individuo y la sociedad.

Para poder definir el grupo como objeto de estudio, debemos previamente explicitar y luego articular entre sí tres criterios: desde un *criterio interaccional*, un grupo es un conjunto de individuos en interacción regulada por normas establecidas en un espacio y tiempo dados, y que poseen un objetivo en común que responde a necesidades compartidas. Desde un *criterio intersubjetivo*, grupo es un conjunto de miembros que tienen 'autodefinición de pertenencia' (comparten un sentimiento de lealtad hacia el grupo y expectativas comunes) y una 'altero-definición de pertenencia' (quienes no pertenecen al grupo deben verlos como integrantes de un grupo). Desde un *criterio intrasubjetivo*, se puede decir que hay grupo allí donde hay 'representación de grupo'. El grupo surge como una unidad ilusoria de tipo narcisista, o sea, se constituye como grupo-representación, lo cual ocurre cuando el conjunto de todos sus integrantes es catectizado narcisísticamente por cada uno de ellos.

El grupo no es la mera suma de miembros, sino algo más: es una estructura emergente que introduce cambios en la conducta de cada miembro, es decir es una estructura dinámica. Por ello el grupo como objeto teórico se define a partir de 'estructura' y 'dinámica'.

La estructura implica un sistema de relaciones -y de relaciones entre relaciones- regido por leyes. Además, toda estructura tiende siempre hacia un equilibrio que no es estático, rígido.

La dinámica significa cambios, y puede referirse a tres cuestiones: cambios observables o manifiestos (dinámica manifiesta), causas que producen esos cambios observables, y dinámica dialéctica, donde las varias causas entran en contradicción o conflicto.

El grupo, en cuanto objeto formal abstracto, es un sistema y como tal, posee una estructura y una dinámica como dos caras de la misma moneda. La estructura genera una dinámica y ésta a su vez influirá sobre la estructura. La estructura determina la dinámica y esta a su vez, dialécticamente, sobredetermina la estructura. También entenderemos como lo determinante a la estructura y la dinámica latentes o inconcientes, y como lo determinado a la estructura y la dinámica manifiestas.

Sinopsis de Romero R (1987) Grupo, objeto y teoría, Tomo I. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Notas para pensar lo grupal.- Este texto consta de dos partes. En la primera parte se introduce al lector en el pensamiento grupalista en la Argentina y en algunos de sus problemas actuales. Señala el autor que existieron en nuestro país dos corrientes del grupalismo. El autor a una la llama tendencia de aplicación, y a la otra tendencia de ruptura o desvío. La tendencia de aplicación se origina en la década del 50, y estuvo integrada por psicoanalistas que intentaron aplicar la teoría psicoanalítica a las situaciones grupales. Pensaron, así, el trabajo en grupos como un psicoanálisis aplicado, y de ahí el nombre de 'tendencia de aplicación': de aplicación del psicoanálisis a los grupos, en vez de a individuos como se venía haciendo desde Freud. En realidad, el psicoanálisis de grupo encierra un equívoco: algunos todavía hoy siguen esforzándose por demostrar que en la situación de grupo se observa la emergencia de formaciones del inconciente equivalentes a las que se estudian en la situación analítica. A esta tendencia siguió la tendencia de ruptura o desvío. Ella apuntó a la ruptura con el encierro unificante dentro de la institución psicoanalítica oficial, y desvío del modelo anterior de aplicación.

El autor continúa su primera parte refiriéndose a las transformaciones de la subjetividad en los años ochenta y encrucijadas de lo grupal. En esta última década, indica, predomina un particular proyecto intelectual marcado por una actitud profesionalista, más que en la función social. Parece perderse así una intención transformadora de la sociedad, y afirmarse una actitud de vacilación antes que de afirmación. No hay ideas firmes, rectoras: se ensaya, se explora. En este contexto, lo grupal comienza a ser declaradamente utópico, algo que está más allá del horizonte de posibilidades al que remiten los grupos conocidos hasta el momento.

El desafío que tenemos es pensar una situación grupal que no aplane las diferencias, niegue la singularidad o reduzca la diversidad. La multiplicación de opiniones invita a la soledad y al silencio, pero esa misma diversidad exige que debamos comunicarnos.

La segunda parte lleva por título GRUPOS, IDENTIFICACIONES, MIRADA Y AMOR. Aquí comienza hablando de los procesos identificatorios en la clínica grupal. El yo es un conjunto de identificaciones, es una máscara, y el grupo terapéutico es un sitio propicio para el trabajo de cada participante con su propia máscara. Jugando roles se actualizan y producen las identificaciones. El trabajo clínico, en situación de grupo, interroga roles y conjetura identificaciones. El espacio de un grupo terapéutico intenta crear condiciones para que los movimientos identificatorios sean interrogados. Cuando un integrante insiste en un rol, es el modo como aparece implicado en un proceso de identificación.

Esta segunda parte continúa con algunos apuntes para una escucha analítica en situación de grupo (variaciones sobre un recurso dramático). Aquí el autor da un ejemplo para mostrar como se produce la escucha analítica en un grupo. El último punto del libro trata los Problemas del diálogo amoroso (Notas clínicas).

Sinopsis de Percia Marcelo, Notas para pensar lo grupal. Buenos aires: Lugar Editorial, 1997, 4º edición.

Un modelo teórico del grupo.- Romero presenta aquí un modelo de objeto teórico formal abstracto para intentar comprender a los grupos como objetos formales concretos. Partimos de la base que el conflicto es el núcleo, el motor de todo grupo. Y lo mismo pasa con la persona individual: el conflicto es la base y el motor de sus conductas.

En los grupos, el conflicto se puede analizar en tres niveles:

- 1) Intrapsíquico: cada miembro tiene su propio conflicto.
- 2) Intersubjetivo: cuando alguno cuenta un conflicto intrapsíquico, los otros pueden quedar involucrados o sentirse involucrados en el mismo, generándose un conflicto intersubjetivo ('María habla de su conflicto con su madre, y otro integrante asume el rol de madre entrando en un conflicto intersubjetivo'). Es una situación transferencial, pues se transfiere lo intrapsíquico a lo intersubjetivo.
- 3) Conflicto entre metas, o entre medios para llegar a la meta. Este tercer nivel es más observable o manifiesto, y se estudia en psicología social o sociología. El nivel intrapsíquico es el más latente.

En el centro del modelo teórico ubicaremos el conflicto. Este modelo se aplica a grupos pequeños, como por ejemplo un grupo terapéutico. Allí se desarrolla una transferencia central (de los miembros hacia el terapeuta) y transferencias laterales (entre los miembros). También el mundo externo puede ser objeto de transferencia (cambios de gobierno, etc). Un cuarto objeto transferencial es la representación-grupo, el grupo mismo como unidad.

Hay dos sentidos que dio Freud del yo: el *yo-función* (centro de funciones como percepción, memoria, etc), y el *yo-instancia*, el que aquí interesa, y que es un yo que posee una representación de sí-mismo como algo unitario, aunque ello es engañoso porque está escindido en conciente-inconciente.

Del mismo modo las personas en un grupo se representan como unidad, también en forma engañosa. En el mero agregado no hay representación unitaria, pero en un grupo sí, y recién entonces podemos tomarlo como objeto de estudio, como objeto formal concreto para aplicarle el modelo teórico.

Esta representación unitaria, engañosa pues muestra al grupo como unidad cuando no es así, es también objeto de transferencia. El conflicto es quien desencadena la situación transferencial, y a partir de esta dinámica transferencial se constituyen según Bion los supuestos básicos. Esto a su vez determina cómo se comportará el grupo en el nivel manifiesto, o sea, está el orden de lo determinante (inconciente) y de lo determinado (observable).

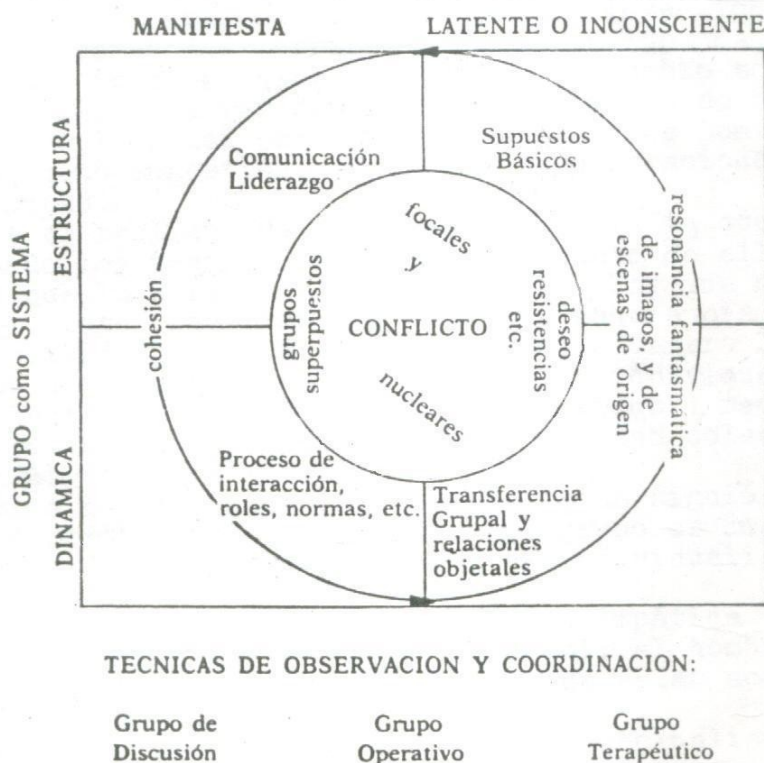
En todo grupo tenemos tres vertientes de significación: a) lo inconciente, singular de cada uno, b) el funcionamiento inconciente del grupo como tal, y b) lo institucional donde todo grupo está inserto. Por ejemplo un grupo terapéutico en un hospital, el que a su vez está inmerso en un orden social, político, etc.

En un grupo habrá para Anzieu *resonancias fantasmáticas*: los fantasmas del inconciente individual resuenan en el grupo, las protofantasías o escenas de origen se manifiestan a nivel grupal.

La cohesión se puede definir desde lo observable como fuerzas que operan o disgregan a partir de variables como mayor o menor gratificación, etc. Romero propone entender la cohesión desde lo fantasmático, y entonces ella dependerá de la resonancia que en el grupo obtengan los fantasmas individuales, las imagos y la escenas de origen. Mediante esta resonancia como eco podemos explicar la cohesión grupal como hecho observable, o sea como objeto formal concreto. Se trata de una 'lectura sintomal' del grupo, no de una 'lectura literal' que se daría si nos atenemos solamente a variables observables sin tratar de explicarlas desde procesos inconcientes. Al introducirse este nuevo tipo de enfoque se hizo una ruptura epistemológica, se instauró un nuevo objeto formal abstracto. La ciencia progresa por rupturas, por cortes y no por acumulación cuantitativa tal como se acumulan los intereses del capital (concepción 'bancaria' de la ciencia).

En el modelo de objeto teórico, Romero distingue una estructura y una dinámica. Un grupo es un sistema, o sea un lugar de estructuras dinámicas. También encontraremos lo determinante (lo inconciente) y lo determinado (lo manifiesto). Por lo tanto habrá una estructura determinante y otra determinada, y una dinámica determinante y otra determinada. Por ejemplo la resonancia fantasmática (determinante) sobredetermina la cohesión grupal (determinado). También, los supuestos básicos determinan el liderazgo y la comunicación, y las transferencias determinan los roles y la interacción.

En los grupos terapéuticos las técnicas se dirigen a lo inconciente, y en los grupos operativos se dirigen a aspectos manifiestos y latentes. En los grupos de discusión sólo se centran en lo manifiesto. En síntesis, el siguiente esquema expresa el modelo de objeto teórico.



Además de las técnicas de observación y coordinación, debemos mencionar los recursos, que son por ejemplo los talleres expresivos, las dramatizaciones, los juegos, etc.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 8.

Los grupos según Anzieu.- Didier Anzieu abordó el problema de la cohesión grupal, desde el punto de vista de los organizadores grupales.

Los deseos realizados en grupos, como en los sueños, son a menudo deseos infantiles reprimidos. Si el juego infantil imita a los adultos, al revés también ocurre que las actividades adultas expresan deseos infantiles.

Anzieu critica las teorías 'precientíficas' de los grupos, que ven en los grupos ámbitos de realización no de deseos sino de libertades individuales, o sea estas teorías buscan filtrar la ideología en los grupos para utilizarlos en su provecho. Por ejemplo un grupo puede ser manipulado como medio para explorar y denunciar el creciente poder del estado, etc.

Desde el psicoanálisis, el grupo, como el síntoma o el sueño, tiene como núcleo un conflicto entre un deseo y una defensa. La situación grupal favorece la emergencia de deseos y fantasías que forman a su vez un campo imaginario que se manifiesta como ilusión grupal. Esta implica el deseo de seguridad ante la amenaza de perder la identidad yoica.

La ilusión grupal se relaciona con el estadio del espejo de Lacan. El grupo es tomado como la imagen especular entera, no fragmentada. La ilusión grupal funciona como defensa frente a esta fragmentación. Pero como hay muchas visiones distintas (tantas como integrantes hay) surge el peligro de una fragmentación, con la consecuente angustia. Los miembros entonces perciben su fragilidad y buscan recomponer la unidad estableciendo relaciones duales, especulares o narcisistas con otros miembros o directamente con el grupo en su conjunto (ilusión grupal). La ilusión grupal funciona como un objeto transicional (Winnicott), ya que es una transición entre la realidad externa y la interna. Desde esta 'escena dos' se explica entonces la cohesión grupal.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 6.

Problemas que enfrentan los grupos.- Según Thelen todo grupo enfrenta siempre: 1) *Problemas de proceso*: sus propios conflictos como grupo. 2) *Problemas de logro*: que hacen al logro de los objetivos grupales. Estos últimos solo pueden ser encarados una vez resueltos los problemas de proceso, los cuales deben resolverse a partir de grupos superpuestos en conflicto, y no mediante seudointegraciones ante el peligro de dispersión. Esto explica porqué los grupos pasan por periodos de intensa emocionalidad no productiva. El problema básico del grupo es tener un criterio para encarar al mismo tiempo problemas de proceso y problemas de logro.

Grupos orientados hacia sus objetivos o por sus procedimientos.- A medida que el grupo resuelve sus problemas de proceso va siendo un grupo orientado por sus objetivos, pero si estos problemas de proceso no los resuelve aparece estereotipia, pasando a ser un grupo orientado por el procedimiento.

Estos últimos parecen buscar mantener ideas preconcebidas: preservan su estructura de poder con rituales, etc. Dependen generalmente de un líder místico. Hay roles rígidos y no se aceptan ideas ajenas. No tienen conductas adaptativas ante nuevas situaciones. No pueden incorporar la experiencia grupal como creadora y modificadora de actitudes.

Desde Bion, el grupo de procedimiento opera como grupo de supuesto básico, y el grupo orientado por el objetivo como un grupo de trabajo. En el primero hay conflictos no resueltos.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 6.

Grupo focal.- "El Focus Group o Grupo Focal, también conocida como Sesiones de Grupo, es una de las formas de los Estudios Cualitativos en el que se reúne a un grupo de personas para indagar acerca de actitudes y reacciones frente a un Producto, Servicio, concepto, Publicidad, idea o Empaque. Las preguntas son respondidas por la interacción del grupo en una dinámica donde los participantes se sienten cómodos y libres de hablar y comentar sus opiniones".

Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Grupo_Focal.

GRUPO DE TRABAJO

Niveles de organización.- Según Thelen, el grupo de trabajo pasa por cuatro niveles de creatividad creciente:

1) Hay roles funcionales pero también todavía disfuncionales o individuales que pueden obstaculizar la tarea.

2) Predominan roles funcionales como el de 'seguidor', que sigue pasivamente la tarea que otros hacen activamente. Hay rutina, poca movilidad.

3) Se diferencian más roles, se visualizan e instrumentan nuevos métodos de trabajo. Todos participan más.

4) Aparece aquí el 'coordinador emergente' a través del cual el grupo puede, por estar integrado, resolver, explicar y replantear nuevos problemas.

Pueden aparecer indicios de dispersión, es decir que el grupo puede funcionar como más guiado por el procedimiento (grupo de supuesto básico). Por ejemplo 'todavía no estamos listos', o 'me pregunto la validez de todo esto' (bloqueo del grupo), satisfacciones narcisistas de un miembro o varios, seducción entre miembros (grupo de emparejamiento), etc.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 6.

GRUPO PEQUEÑO

Clasificación.- Los grupos pequeños pueden ser de tres tipos: primario, asociacional (o propiamente dicho) y artificial (terapéutico, experimental, etc).

En los primarios hay fuertes lazos afectivos y personales, y son cara a cara. Son primarios porque dan al sujeto su primera experiencia social, la familia. El sujeto obtiene aquí su identidad a partir de una estructura grupal internalizada: el complejo de Edipo. Esto en el caso de una familia, pero otro grupo primario puede ser un grupo de amigos.

Los grupos asociacionales tienen también bastante permanencia y se dan cuando varias personas realizan en común una actividad (recreación, trabajo, etc).

Los grupos artificiales también implican relaciones cara a cara, como todo grupo pequeño, pero son más especializados, se reúnen en tiempo y lugar determinados y satisfacen necesidades secundarias. Puede haber fuerte interacción emocional pero ella no surge naturalmente sino que es controlada y creada exteriormente: grupos terapéuticos, grupos de laboratorio, grupos de discusión, etc. Las normas son explícitas (encuadre) y el grupo no es un fin en sí mismo, como los anteriores, sino un medio o instrumento para lograr un determinado objetivo.

Los grupos grandes son aquellos que tienen más de veinte miembros. Después de esta cifra ya deja de haber un cara a cara y empiezan a formarse subgrupos a los cuales ya no se puede reunir en un solo grupo.

Condensado de Romero R (1987) Grupo, objeto y teoría, Tomo I. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Importancia de su estudio.- Es importante el estudio de los pequeños grupos pues contribuye al conocimiento de las personas individuales y también al funcionamiento de la sociedad. Los psicólogos, estudiosos de los pequeños grupos sin embargo, pueden utilizar este conocimiento de acuerdo a su particular ideología, y por ejemplo, utilizar los grupos para mantener el statu quo cuando en realidad se necesita alguna transformación social.

Favez-Boutonier, Prólogo a: Lapassade (1986) Grupos, organizaciones e instituciones. México: Gedisa.

Fuentes de significación inconciente.- Se pueden distinguir tres *vectores* que determinan las fuentes de significación inconciente de un grupo pequeño: a) lo psicológico individual, inconciente, determinante de la conducta de cada miembro individualmente tomado; b) un inconciente grupal, que condiciona también la conducta individual de cada uno y que hace referencia a la situación del grupo como conjunto. a y b fueron llamados por Pichon Rivière verticalidad y horizontalidad, respectivamente; c) lo institucional, que está incluido en el contexto social, y es el soporte inconciente del grupo que va a condicionar su forma particular de funcionar. En este tercer vector entonces interviene la ideología. Las ideologías son complejas formaciones de ideas y comportamientos colectivos que orientan las actitudes de los sujetos en su vida social e individual.

Condensado de Romero R (1987) Grupo, objeto y teoría, Tomo I. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Características.- Se enumeran a continuación las principales características de los grupos pequeños: totalidad, dinámica, energía, fuerzas contradictorias, interacciones, normas, roles, objetivos, emocionalidad compartida e ilusión grupal. Veamos sintéticamente cada una.

Totalidad: Lewin, por ejemplo, definió el grupo por su totalidad, su interdependencia entre los miembros.

Dinámica: Grupo como proceso en continuo movimiento (Lewin).

Energía: El movimiento es función de una energía grupal que se aprecia en sus actividades y relaciones interindividuales. Cartwright y Zander, siguiendo a Lewin, dicen que todo grupo tiene una energía E, la cual incluye una energía interna utilizable (e) y otra energía potencial (n) en estado latente. El coordinador debe transformar la energía 'n' en utilizable. La energía utilizable puede usarse o bien para la producción (ep) o para el mantenimiento (em). Esta última puede destinarse a funciones de facilitación (organizar el grupo) o funciones de regulación (resolver conflictos intragrupales). El grupo es tanto más efectivo cuando mayor sea ep y menor sea em.

Las tensiones positivas resultan de la relación del grupo con sus objetivos (ep) y las negativas de sus conflictos (em).

Fuerzas contradictorias: Hay fuerzas que cohesionan al grupo y otras que lo desintegran. El grupo buscaría resolver esta oposición buscando un equilibrio dinámico o cuasi-estacionario (no estático), donde ambas tensiones son iguales (pero no siempre).

Para Lewin, conviene siempre disminuir las tensiones grupales para favorecer la canalización de la energía hacia el logro del objetivo grupal. El modelo de Lewin es muy similar al modelo psicoanalítico, pues las tensiones grupales tienen que ver con las resistencias.

Interacciones: Relaciones interpersonales que pueden ser verbales o no verbales.

Normas: Las interacciones generan a la larga expectativas que permiten prever conductas, expectativas que finalmente se plasman en normas explícitas o implícitas.

Roles: Los roles dependen no sólo del individuo en sí sino del interjuego de los roles grupales y de la dinámica grupal como un todo. El análisis de los roles supone tres niveles: social, interpersonal e individual.

Objetivos: Psicoanalíticamente, los objetivos grupales pueden ser concientes o inconcientes. Todo grupo tiene una historia que no siempre se encuentra en la conciencia actual del grupo, pero que opera como fuente de conflictos.

Emocionalidad compartida: En el grupo existen emociones y sentimientos compartidos. Es el aspecto informal. Para Homans todo grupo tiende hacia un equilibrio interno y con el contexto. Este contexto puede ser el medio natural (por ejemplo una ciudad o el campo), sociohistórico, o intergrupar.

Ilusión grupal: Permite alcanzar una identidad grupal protectora de la identidad grupal amenazada; es una defensa compartida contra la amenaza de la pérdida de la identidad individual de cada yo. La ilusión grupal es un 'objeto transicional' (Winnicott) compartido que les permite alejarse o acercarse a la realidad de acuerdo a sus posibilidades y necesidades.

Condensado de Romero R (1987) Grupo, objeto y teoría, Tomo I. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 1.

GRUPOS T

Generalidades.- Los Grupos T nacen en EEUU en 1946, como consecuencia de un plan de investigaciones dirigido por Kurt Lewin. A partir de 1947 los grupos T y el método de laboratorio se difundieron rápidamente como importantes métodos educacionales en muchos países de Occidente, y hoy se siguen utilizando sobre todo en capacitación administrativa y desarrollo organizacional. Los grupos T son una tecnología educativa que refleja los valores y aspiraciones democráticas de la cultura norteamericana donde aquellos nacieron.

1. Cuál es el objetivo de los grupos T.- Los grupos T son instrumentos para el cambio esencialmente controlados, que brindan oportunidades para el autoconocimiento y el autodesarrollo. Aumentan la conciencia de sí mismo y la percepción de la influencia de la conducta propia sobre los demás.

Smith indica tres metas principales: aumentar la capacidad para apreciar cómo los demás reaccionan ante nuestra conducta; para calibrar las relaciones entre terceros; y para actuar hábilmente según cada situación.

Los grupos T ayudan al individuo a concientizar y comprender los diversos aspectos de la conducta propia, para luego introducir cambios en ella. Esos diversos aspectos de la conducta se pueden graficar en la "ventana de Johari", donde aparecen cuatro tipos de conducta:

	Conducta conocida para uno mismo	Desconocida para uno mismo
Conducta conocida para los demás	Pública	Ciega
Conducta desconocida para los demás	Ocultas	"Inconciente"

1) Pública: conocida por uno mismo y por los demás; 2) Ciega: desconocida por uno mismo pero que ejerce influencia sobre los demás; 3) Ocultas: hechos y emociones de los que la persona tiene conciencia pero que decidió no compartir con los demás; 4) Conductas desconocidas por uno mismo y por los demás. Estas conductas llamadas "inconcientes", no son estudiadas por los grupos T.

Los grupos T implican un proceso de aprendizaje, expresable como un cambio de conducta. Cada miembro puede usar a los demás como espejo de la conducta propia para modificarla, mediante un proceso de realimentación. El aspecto positivo es que aumenta el autoconocimiento y posibilita el desarrollo personal, y el negativo es que el proceso puede despertar emociones dolorosas, al tener que explorar conductas pasadas y considerar nuevas formas de comportarse. Las emociones se agudizan en los grupos T porque estos tienen una relativa corta duración, donde debe aprenderse mucho en poco tiempo.

Los grupos T pueden tener otros objetivos, como el entrenamiento y desarrollo en administración, donde se crean situaciones que hacen al manejo y la vida de las organizaciones. Los problemas de autoridad, liderazgo y cooperación se tratan con la misma importancia que las relativas a las conductas individuales.

2. Qué sucede en un grupo T.- Por lo general, el grupo comprende de 7 a 10 personas, junto con un coordinador o entrenador, y habitualmente se sientan en círculo centrándose en la conducta grupal tal como se da en el "aquí y ahora".

Todos son libres de sentarse donde quieran y decir lo que quieran, mientras que el coordinador ayuda al grupo a entender lo que está pasando realmente, y ayuda a aprender a partir de ello. No juzga lo que el grupo hace: estimula a formular preguntas, pero no dan las respuestas. Habla abiertamente sobre las relaciones del grupo, sin entablar ninguna relación especial con alguno de los miembros. No enseña, pero trata de crear una situación de aprendizaje. No actúa autoritariamente, pero busca centrar la atención sobre figuras de autoridad.

Las reuniones empiezan y concluyen a horas definidas, con lo cual el grupo aprende la importancia de las restricciones que marca el tiempo para cualquier actividad. El grupo T recrea una situación social donde todos pueden reconsiderar sus conductas, para descubrir lo que es adecuado y lo que no dentro de esa

nueva cultura. Esta reconsideración y revalorización honesta y desprejuiciada, puede llevar a la modificación de la conducta. Se viven experiencias nuevas con otras personas en situaciones de riesgo bajo. Lo aprendido no se recuerda luego como una lección, pero ejercerá influencia sobre su conducta futura.

3. Modelo de desarrollo en un grupo T.- A pesar de la diversidad de objetivos y enfoques, los grupos T presentan ciertas pautas comunes. Al respecto, Bennis describió el desarrollo de los grupos T en dos fases I y II:

Fase I Dependencia (de una autoridad).

Sub-fase 1: Dependencia-fuga. Al iniciarse el grupo aparece ansiedad asociada con la búsqueda de metas grupales. Las personas se comportarán según una conducta que ha sido aprobada por sus figuras de autoridad del pasado. El coordinador no les dice lo que debieran hacer, cosa que el grupo advierte.

Sub-fase 2: Contradependencia-lucha. Sienten que el coordinador les falló, y se vuelven contradependientes intentando mandonear o bien ignorar al coordinador. No obstante, el grupo alienta la esperanza que el caos generado sea parte de la estrategia del instructor, o sea que la falla sea grupal, no de aquel.

Sub-fase 3: Resolución-catarsis. Los miembros independientes (o sea, los que no están en los extremos: ni muy dependientes ni muy contradependientes) empiezan a ejercer influencia, y al fin el grupo es capaz de discutir y cuestionar abiertamente la autoridad del coordinador y su rol. El grupo alcanza así su autonomía.

Fase II Interdependencia (entre los miembros).

Sub-fase 4: Encanto-fuga: Se instala un sentimiento grupal de euforia por la resolución del problema de la autoridad, pero surge inquietud al fijarse normas rígidas que destruyan la aparente armonía.

Sub-fase 5: Desencanto-lucha: El grupo tiende a subdividirse en ultrapersonales y contrapersonales, o sea entre los que desean una intimidad completa y los que la rechazan. Probablemente todos sientan que la intimidad genera desprecio, y sienten ansiedad ante la posibilidad de poder ser rechazados. Se suele advertir ausentismo o tedio.

Sub-fase 6: Validación consensual: Ante la inminencia de la disolución del grupo, aumenta la presión para resolver el problema de la interdependencia. El miembro 'independiente' puede cortar los temores grupales solicitando una evaluación de sus roles, con lo que disminuyen los temores al rechazo al confrontárselos con la realidad. Los miembros pueden así aceptar que tienen diferencias, sin catalogarlas de buenas o malas.

4. Qué efecto ejerce el grupo T sobre la conducta.- Estudios experimentales mostraron que los grupos T inducen cambios de conducta, especialmente en la capacidad de relacionarse con los demás, mayor interdependencia, mayor aceptación de los otros y mayor conocimiento de sí mismo y de su rol. Otras investigaciones no encontraron datos concluyentes que especificaran la índole de dichos cambios, por ejemplo porque algunos de estos datos eran autopercepciones de los miembros acerca de sus propios cambios.

Otros estudios revelaron que los grupos T hace que los participantes se tornen emocionalmente más estables, más confiados y adaptables, más humildes y moderados pero también más inhibidos y tímidos. Se advirtió que muchas personas mejoraba sus relaciones laborales y enfrentaban más satisfactoriamente cuestiones familiares y personales difíciles. Los cambios positivos se advirtieron a los seis o siete meses luego de terminado el entrenamiento.

Los grupos T deben ser dirigidos con habilidad, y si no pueden producir daños irreparables. De hecho se detectaron síntomas de enfermedades mentales luego de la aplicación del grupo T. Algunos investigadores afirmaron que se producían a corto plazo sacudones emocionales, pero que después tendían a desaparecer.

5. Los seminarios de Tavistock en Leicester.- En 1957, la Universidad de Leicester y el Instituto Tavistock de Relaciones Humanas organizaron conjuntamente un seminario que constituyó el primer experimento en gran escala con empleo del método de laboratorio para entrenamiento en Gran Bretaña. El seminario reflejó en gran medida la influencia de los National Training Laboratories de Bethel, EEUU, donde desde 1948 se había aplicado el método de entrenamiento en laboratorio con grupos T, a su vez inspirados en las investigaciones de los dos años anteriores del equipo de K. Lewin.

Método y contenido de los seminarios de Tavistock.- Hoy en día los seminarios no incluyen sesiones teóricas y conferencias, y están dedicados solamente al aprendizaje por medio de la experiencia. La labor primordial se concentra en cuatro eventos: grupos pequeños, grupo grande, encuentro intergrupal y grupos de aplicación.

a) Grupos pequeños: el grupo pequeño (8-12 personas) equivale al Grupo T, y tiene por finalidad permitir que los miembros exploren sus propias conductas a medida que surgen en el "aquí y ahora", ayudados por un coordinador.

La influencia de Bion es aquí evidente: el coordinador interpreta la conducta grupal más que la individual, viendo en los procesos grupales una complicidad inconciente entre los miembros. El coordinador permite a los miembros proyectar en él sus sentimientos inconcientes relativos a figuras de autoridad, para luego buscar entenderlos y resolverlos. Tales situaciones despiertan emociones intensas, entre ellas hostilidad, y los miembros se resisten a aprender cosas sobre sí mismos. El coordinador debe actuar como líder del grupo de trabajo, y no como líder del grupo de supuesto básico.

b) El grupo grande: Consiste en la reunión de todos los miembros (por lo general de 60 a 70) con los coordinadores, formando un grupo numeroso el cual, por su gran tamaño, cambia constantemente amenazando la identidad de los miembros, acostumbrados a mantener un rol fijo durante la vida del grupo. Rara vez los miembros experimentan un estado de equilibrio porque los roles son proyectados rápidamente y eliminados con igual rapidez. El miembro individual puede reaccionar ante la situación aislándose, a pesar de lo que esto trae implicado. En un grupo grande, se requiere gran valentía para cuestionar alguna acción, pues implica provocar la hostilidad del grupo.

c) El encuentro intergrupal: Permite estudiar las relaciones entre grupos, incluyendo el problema de ejercer la autoridad en beneficio de otros. En estas experiencias, casi inevitablemente a partir del grupo original, numeroso, se forman grupos pequeños en forma espontánea e irracional, como por ejemplo cuando bajo la consigna de que cada grupo ocupará un aula, todos salen corriendo y en menos de un minuto están todos distribuidos.

Luego, cada grupo así formado busca analizar en base a qué se ha formado, e intentan formular un esbozo de tarea. Algunos miembros migran a otro grupo, o lo intentan. Los grupos además quieren saber qué hacen los otros grupos, y nombran representantes que procurarán comunicarse con ellos. A veces se organizan reuniones de representantes, intentan formular planes y acciones en común en beneficio de sus propios grupos, lo que suele redundar en un total desorden. El equipo conductor, formado por coordinadores, ayuda a los miembros a aprender y comprender la índole de las relaciones intergrupales a partir de las experiencias vividas, reuniéndose con los diferentes grupos. Se encara la cuestión de quien habla en representación de quién y con qué autoridad, todo lo cual servirá para las comunicaciones interdepartamentales en las organizaciones y el problema de las representaciones y negociaciones sindicales. Los encuentros institucionales son similares a los intergrupales, sólo que se acentúa la relación de los miembros con el equipo conductor.

d) Grupos de aplicación: Al comienzo tuvieron un objetivo externo al seminario: aplicar lo aprendido a organizaciones tales como escuelas o fuerzas policiales. Luego, la tarea de estos grupos consistió en relacionar lo aprendido con el propio trabajo de los miembros en las organizaciones patrocinantes del experimento. Los grupos de aplicación resultaron más tediosos que los otros, porque se referían al "allí y entonces" y no al "aquí y ahora", porque los miembros no advertían fácilmente la índole de lo aprendido, y porque en estos grupos es donde se anunciaba la terminación del seminario, lo que producía una cierta tristeza.

Evaluación de los seminarios de Tavistock.- Estos seminarios siguen aún realizándose y se cubren todas las vacantes, lo que indica que están satisfaciendo una necesidad social. Fueron también exportados a los EEUU.

Es posible evaluar los seminarios de Tavistock a partir de tres consideraciones:

1) Experiencia única de aprendizaje: donde los miembros aprenden la importancia de las emociones que experimentan en la estructuración y funcionamiento de las organizaciones.

2) Los roles y su formación: La experiencia de los seminarios revela de qué manera se determinan los roles entre el individuo y el grupo, y con ella cada miembro puede aumentar su capacidad para influir sobre el rol que desea asumir. De hecho, y especialmente en grupos grandes, hay una tendencia a adjudicar y asumir los roles: si cuento un chiste soy el "bufón" del grupo, si me enojé soy el "hombre iracundo" y por identificación proyectiva de los demás debo hacerme cargo de la cólera del grupo. Esto puede generar a su vez el rol de "chivo emisario", sobre el cual se descargarán todos los males del grupo.

3) La autoridad y el rol de equipo: A través de los seminarios, los miembros pueden darse cuenta que el "jefe" es un punto focal donde convergen fantasías de autoridad. Este deberá alentar a los miembros a que verifiquen sus propios sentimientos y relaciones con sus superiores, y vean cuanto hay de realidad y cuanto de elementos fantaseados y proyectados. Ello ayuda a su vez a los miembros a percatarse del poder que ejercen en sus puestos de autoridad, y a reflexionar sobre el modo en que lo usan.

Influencia sobre la sociedad.- Los seminarios han ejercido influencia porque sus resultados han sido aplicados a áreas específicas como la industria y el comercio, universidades y colegios, servicios sociales, cárceles, tratamientos psiquiátricos, etc.

Puesto que en los grupos se generan fuertes sentimientos, especialmente de hostilidad hacia la autoridad por razones de proyección, los miembros con orientación clínica pueden estar mejor equipados para entender los procesos grupales y tomar conciencia de la dinámica de su conducta. En ese sentido los directivos y funcionarios administrativos se encuentran en desventaja.

Resumen de De Board Robert (1988) El psicoanálisis de las organizaciones. Capítulo 7.

HABILIDAD SOCIAL

Definición.- “Podemos definir las habilidades sociales como aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente. Entendidas esta manera, las habilidades sociales pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo” (Kelly J, 1998:19).

Kelly J (1998) Entrenamiento de las habilidades sociales. Barcelona: Descleé de Brower.

IDENTIDAD

Definición.- Identidad es la respuesta que damos a la pregunta: “quién soy yo”: es la idea que cada persona tiene de su lugar en el mundo y respecto de los demás. Nuestra identidad deja su marca en cada cosa que hacemos.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós. Capítulo 5.

La identidad: una lectura psicoanalítica.- Erickson introduce el concepto de identidad en una perspectiva psicoanalítica. Algunos cuestionan que la identidad no existe, y por tanto no es un problema. Yo no opino así. Freud solo habló de identidad como pertenencia a un grupo (identidad judía). Pero en psicoanálisis a veces se confunden el yo representación (imagen conciente de lo que soy) con el rol jugado en el complejo edípico, pero ambos aspectos están relacionados, pues yo soy a partir de lo que ven en mí mis padres.

Identidad tiene que ver con lo que permanece igual a pesar de los cambios de una persona, y diferente a los demás. También importa el cuerpo (Freud habla ya de lo corporal, Lacan de un yo identificado con una imagen corporal). En psicoanálisis no encontramos una idea de identidad como unidad, pues existen escisiones, conflictos dentro del psiquismo. El yo fracasa siempre para mantener su unidad y coherencia. Ante la pregunta quién soy yo, contestamos con nuestro nombre y apellido. Este último remite a una identificación con el padre (semejanza) pero el nombre me marca la diferencia con él (diferencia). Erickson remarca también en la identidad el soy semejante y el soy distinto. Lacan distingue el moi del je. El moi son los distintos contenidos (a diferentes edades, distintos roles), y el je es un soporte formal que sostiene todos los moi diferentes, dándole unidad.

En psicología social interesa la identidad en relación con la pertenencia a grupos: nos agrupamos con quienes tenemos algo en común, con los que nos identificamos, y nos reconocemos como siendo semejantes a ellos, y al mismo tiempo distinto en otros aspectos. Freud habla de que se identifican las personas en un grupo, porque comparten un ideal en común: la ilusión de ser amados de igual modo por el líder.

A veces uno teme meterse en un grupo porque puede fusionarse y perder su identidad. Otros lo ven como una ocasión de apoyarse en otros, buscar la identidad en el grupo. Erickson dice que si uno no tiene una identidad constituida, no puede juntarse con otros (esto se ve en la adolescencia).

En sociología se dice que la identidad se construye alrededor de los roles: yo soy mi función, lo que hago. Para el psicoanálisis la identidad es algo más que eso, pues si se abandonaran los roles desaparecería la identidad, pero según Erickson, solo hay una crisis de identidad, no una desaparición total.

Para el psicoanálisis condición necesaria de la identidad es un yo-imagen, un yo con una cierta unidad. Lacan distingue yo de sujeto: el yo es solamente una instancia, una parte del aparato psíquico, y que se esfuerza inútilmente por mantener una unidad: lograrla se lo impide la diferencia entre su imagen y el deseo. Siempre está el conflicto: ni somos nuestra imagen, ni somos nuestro deseo, nuestro ideal del Yo. Mi singularidad no está en mí yo sino en mi conflicto.

Mi identidad para por un reconocimiento del otro. Si digo soy psicólogo, busco que me reconozcan como tal. El conflicto al que se aludía antes se da entre individuo y cultura (Freud) o entre narcisismo y deseo, o sea entre mantenerme unificado, completo, y a la amenaza de incompletud del deseo.

Freud distingue identificación primaria (masiva, indiscriminada, uno se fusiona totalmente en el otro) e identificación secundaria o propia de la masa (identificación con otros a partir de un ideal común). Para Erickson la identidad tiene también que ver con identificaciones, pero no es una suma de identificaciones sino una nueva gestalt, que al mismo tiempo nos permite ser iguales y deferentes a los otros. La identidad no es algo rígido, va cambiando a medida que nos identificamos con nuevos otros y nos desprendemos de anteriores identificaciones (crisis de identidad), por ejemplo, empezamos a diferenciarnos de nuestros padres. Empezamos a ser ‘nosotros’ mismos. Esto no implica hacer lo que uno quiera: la identidad se basa en un intercambio, en concesiones, en inscribirse en el universo simbólico. En la psicosis encontramos una patología de la identidad, no hay allí posibilidad de construir un yo, no puede nombrarse en primera persona (decir ‘yo’), no puede inscribir el nombre del padre como un símbolo (Lacan), no se inscribe simbólicamente en el Edipo (Freud). Otras patologías menos graves implicarían sostenes la propia identidad en otros por identificación con ellos, o bien, tener miedo a perder la identidad por fusión con el otro. A veces se preserva el yo despreciando o disminuyendo el valor de los que son diferentes a mí, cosa que también sucede con los grupos (ilusión grupal: “somos el mejor grupo”):

El Ideal yo surge de tres vertientes: del narcisismo infantil, del complejo de Edipo y es el representante de los ideales culturales colectivos. Desde aquí se puede articular lo individual con lo social.

La autoestima proviene del narcisismo infantil, y el sentimiento de inferioridad del yo, de su comparación con el Ideal.

Para la concepción de identidad del psicoanálisis es útil pensar esto, y también la idea de un yo que actúa de mediador para resolver conflictos permanentes entre el ello, el Superyó y la realidad externa. Un yo que a veces tiene que adular, mentir, etc.

Condensado de Rubinstein A, La identidad: una lectura psicoanalítica. Incluido en Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

La noción de identidad y sí mismo en el interaccionismo simbólico.- El problema de articulación individuo-sociedad a nivel intraindividual (cómo el hombre internaliza la sociedad, cómo el mundo pasa a ser realidad subjetiva) fue abordado por G. Mead y por Marx, y de ellos tomaron conceptos Berger y Luckmann. Hay una realidad objetiva, que para Marx se puede modelar desde la praxis. Coincide con Mead pues ambos dicen que la realidad objetiva se redefine permanentemente desde la subjetividad humana. Como Dewey, Mead es pragmatista, pues sostiene que los seres vivos se ajustan a su medio, y que lo que es verdadero depende de sus consecuencias prácticas, de su utilidad. Para él mente y cuerpo forman una unidad inserta en un proceso con el medio social. Rechaza al conductismo porque dice que la mente es algo más complejo y además no está genéticamente programada. El conductismo no consideró las experiencias subjetivas del hombre y su interacción con lo social.

Lo fundamental de la existencia humana es cómo se constituye a sí misma como objeto: el hombre utiliza símbolos para sí mismo, piensa antes de actuar, puede anticipar sus propios actos, etc. Su mente y su conciencia son una internalización del proceso social.

Los actos no son mecánicos: cuando no hay una definición de la situación, los sujetos la establecen antes de actuar, le dan una significación. Las situaciones rutinarias no requieren redefiniciones.

Mead desarrolla una teoría basada en la comunicación. Concibe la mente como un 'proceso' que tiene carácter reflexivo, el 'sí mismo', el hombre capaz de pensarse a sí mismo mirándose desde el punto de vista del otro y asumiendo sus actitudes. Estudia la interacción humana, que se torna observable en el acto de la comunicación. El sí mismo surge de la interacción, la cual a su vez supone la internalización de un sistema de reglas de juego.

Gracias al lenguaje el hombre pasa a ser 'persona', es un medio-para. Por el lenguaje transforma al mundo y a sí mismo (concepto similar al de Saussure). No existe una realidad definida y luego le damos un nombre, sino que realidad y nombres se arman al mismo tiempo. Mead se autodefine como conductista social: conductista porque parte de lo observable, que es la comunicación, pero a diferencia de Watson, (esquema E-R), entre el estímulo E y la respuesta R hay una interpretación del estímulo en función de lo social, una redefinición de la situación. El hombre actúa frente a la realidad en función de 'su' definición de la realidad (lo que Thomas llama 'profecía autocumplidora').

Dos conceptos son importantes en Mead: 'gesto significante' y 'rol'. El gesto significante es aquel perfil que evoca realidades compartidas, experiencias compartidas, no individuales, que permiten definir la realidad de modo similar. Por ejemplo, para un hijo y su madre, llanto significa para ellos comida: esto lo construyeron ellos, no es necesariamente universal pero sí algo compartido.

La 'persona' para Mead es quien ejecuta los 'roles'. Mediante el rol la sociedad se incorpora al sistema de las representaciones del sujeto. Mead recurre como ejemplo didáctico al juego y al deporte, donde se asume "el rol del otro" (jugando asumo el rol del almacenero, por ejemplo). Se va conformando así un conjunto de los otros incorporados, y esta experiencia acumulada Mead la llama el "mí", o sea, los otros internalizados. El sujeto que incorpora un rol asume también una norma, una forma de actuar. El "self", el "sí mismo" se van construyendo en función de estos modelos que generan expectativas de conducta, pues el "sí mismo" soy yo desde el otro, desde la mirada del otro. Mi definición de lo que soy depende de las definiciones de mí que vienen de los otros. Un jugador de fútbol tiene que actuar en función de los movimientos de los otros jugadores.

Los gestos no significantes simplemente producen una reacción. Pero los gestos significantes permiten interpretar la significación del propio gesto, despertar en sí mismo la reacción que despierta en los demás, y así el sujeto puede controlar su conducta sobre acuerdos previos acerca de significados compartidos. Los símbolos orientan la acción en el medio social (interaccionismo simbólico de Mead).

Síntesis: Mead considera al hombre como un sujeto activo, responde selectivamente a los estímulos, los interpreta. De su interacción con el medio surgen significados compartidos (acuerdos sociales).

El gesto significativo (o símbolo) implica que el sujeto debe interpretar el significado de su propio signo, que evoca los mismos significados en el otro, lo que permite anticipar la respuesta del otro. Solo así se adquiere 'conciencia de sí'. Puede el sujeto verse como objeto poniéndose en el lugar del otro (rol). Conformar así otro generalizado. Para Blumer el interaccionismo simbólico tiene tres premisas básicas: 1) Los seres humanos actúan frente a los objetos de acuerdo al significado que posean para ellos; 2) El significado es el resultado de la interacción social; 3) El significado se modifica en el proceso mismo de la interacción.

Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

Identidad, identidad social y conciencia de sí.- La identidad es un concepto que permite articular lo individual y lo social. Implica un sentirse semejante a través del tiempo y distinto de los demás. Mead la entiende como "sí mismo", que tiene un carácter reflexivo (verse a sí mismo) desde el ángulo de los demás). En psicoanálisis identidad no coincide exactamente con el yo, pues éste tiene un aspecto inconciente.

Erickson hablará de "ego síntesis": el yo como ordenador de la síntesis de la experiencia en relación con un grupo social que servirá de soporte a aquello que el sujeto cree que es, y cómo el sujeto se experimenta a sí mismo.

Todas las teorías coinciden en que la identidad comienza con la identidad corporal, el sentimiento del 'propio cuerpo'. Pero el hombre, condicionado por factores sociales, tiende a seleccionar los estímulos que provienen de su cuerpo (algunas sociedades reprimen la sexualidad).

En Melanesia el 'kamo' es un ser mitad humano mitad mítico: su cuerpo es solo un soporte, y su identidad sólo pasa por lo social: sólo es capaz de reconocerse por las relaciones que tiene con los otros. El solo no existe, es un vacío, y 'es' lo que es por su relación con los demás. Si es echado de la sociedad sufre pues 'no es' nada. Los canacos tienen tantos nombres como relaciones en diferentes ámbitos, incluso en las relaciones con sus antepasados. El nombre confiere una identidad (no una individualidad) que lo vincula al grupo. Lo que daría individualidad es el cuerpo propio.

Para el existencialismo la identidad se constituye socialmente. Identidad es quien se es a los ojos de los demás, y esto cosifica, reifica: la mirada del otro me vuelve un objeto más, quita mi libertad, pero yo hago lo mismo con el otro, y no hay escapatoria. Estos conceptos de Sartre los retoma Laing, quien diferencia entre 'metaidentidad' y 'autoidentidad'. Metaidentidad: soy lo que soy para el otro. La Autoidentidad es una síntesis de mi observación de mí mismo y de mi visión de la visión que los otros tienen de mí (identidad refractable). Aunque rehace la visión que el otro tiene de mí, igual la incorporo a mi autoidentidad como rechazo.

Laing habla también de 'colusión': implica complementariedad, pues el otro complementa mi yo, confirmandome mi propia imagen de sí. Son roles complementarios. Esto no es solamente una interacción, es algo más: una inter-experiencia, pues el otro no es un objeto sino alguien del cual yo tengo una experiencia y que a su vez tiene una experiencia de mí.

Allport (psicología cognitiva) dice que la mente humana es capaz de verse a sí misma como un objeto más dentro del mundo social, una visión social de uno mismo.

La filosofía algunas veces entendió identidad como una entidad metafísica que asegura la unidad del yo, sin tener en cuenta su cambio por influencia de otro. Para Descartes la identidad es el yo como una sustancia pensante (soy en la medida que pienso). Para el empirista Locke, identidad es todo lo que el hombre conoce de sí mismo, sin referencia a algo sustancial (como Descartes), solo con referencia a una continuidad temporal. En Leibniz aparece la idea de 'conciencia de sí' como igual a lo largo del tiempo, importante desde el punto de vista ético pues hace capaz a la persona de recompensa o castigo. En suma, para Descartes la identidad se basa en una sustancia pensante y para Locke y Hume en el tiempo y la memoria.

William James, primero médico y psicólogo y luego filósofo, se pregunta por el problema de la conciencia. Subjetivamente es una corriente de vivencias internas, y objetivamente tiene relación con la realidad externa. Es un filósofo pragmatista: para él la palabra es útil para construir el mundo, sirve a los propósitos de la acción. De cómo definamos algo de ello, dependerá nuestra conducta frente a ello.

James distingue en 'mí' del 'yo'. El yo total tiene estos dos aspectos: el yo conocedor ('yo') y el yo conocido por él es el 'mí'. El mí tiene tres aspectos: material (el cuerpo), social (el reconocimiento que obtiene el hombre de los otros), y el espiritual (es el conjunto de mis estados de conciencia, mis capacidades y disposiciones psíquicas).

Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

IMAGINARIO

Imaginario institucional.- Es el conjunto de imágenes y representaciones, generalmente inconcientes, que, producidas por cada sujeto y por cada grupo, se interponen entre el productor y los otros sujetos tiñendo sus relaciones, sean estas sociales, o de vínculos con el conocimiento. Este imaginario adquiere características particulares en cada institución, y se refleja en el modelo de gestión que esa institución utiliza. Los modelos de gestión resultan de la articulación de una propuesta del directivo con el ajuste más o menos logrado del resto de los miembros. Recordar que 'gestionar' es dar los pasos necesarios para conseguir algún resultado.

Condensado de Frigerio, Poggi, Tiramonti y otros (1991) Las instituciones educativas: cara y ceca.

Imaginario social.- "Este elemento que da a la funcionalidad de cada sistema institucional su orientación específica, que sobredetermina la elección y las conexiones de las redes simbólicas, creación de cada época histórica, se manera singular de vivir, de ver y de hacer su propia existencia, su mundo y sus propias relaciones; este estructurante originario, este significado-significante central, fuente de lo

que se da cada vez como sentido indiscutible e indiscutido, soporte de las articulaciones y de las distinciones de lo que importa o de lo que no importa, origen del exceso de ser de los objetos de inversión práctica, afectiva e intelectual, individuales y colectivos, este elemento no es otra cosa que lo imaginario de la sociedad o de la época considerada" (Castoriadis, 1983:252).

Castoriadis C (1983) La institución imaginaria de la sociedad. Barcelona: Tusquets, Volumen I.

Imaginario social.- "Creo que tenemos que considerar al imaginario social como una construcción colectiva, más o menos arraigada en vastos sectores sociales pero no en todos, y dentro del cual tienen un lugar preponderante los prejuicios... Aunque la estructura del imaginario social es siempre la misma, la forma que éste adquiere en relación con las distintas temáticas estará determinada por los elementos subjetivos que se ponen en juego frente a estas últimas".

Salvarezza Leopoldo (comp) (1998) La vejez: una mirada gerontológica actual, Paidós, Buenos Aires, pág. 28.

Imaginario social.- "Los imaginarios sociales son las representaciones (mitos, memorias, 'arquetipos', etc) que una determinada sociedad o comunidad tiene de sí misma y de otras. A través del imaginario social una comunidad designa su identidad; elabora una representación de sí misma, marca la distribución de los papeles y los roles sociales, expresa e impone ciertas creencias, etc. Esa identidad colectiva marca un 'territorio' y define las relaciones con los otros".

Ford Aníbal (1999) La marca de la bestia. Buenos Aires. Grupo Norma, pág. 64.

Imaginario social.- Los imaginarios sociales son referencias en el vasto sistema simbólico que produce toda colectividad y a través del cual ella se percibe, se divide y elabora sus finalidades. Así, a través de estos imaginarios sociales una colectividad designa su identidad elaborando una representación de sí misma, marca la distribución de los papeles y las posiciones sociales, expresa e impone ciertas creencias comunes fijando modelos formadores. Así es producida una representación totalizante de la sociedad como un orden donde cada elemento tiene su lugar, su identidad, su razón de ser. El imaginario social es así, una de las fuerzas reguladoras de la vida colectiva.

Aporte anónimo

INDIVIDUALISMO

Definición.- "1. Estilo de ideales y de conducta que subordina los intereses de la comunidad a los del individuo, concediendo a éste último un interés primordial. 2. Tendencia filosófico-social que propugna la concesión al individuo de oportunidades para dirigir su vida de acuerdo con sus propios ideales y gustos. El individualismo no es una doctrina, es una característica o una tendencia común a varias instituciones y a diferentes campos de actividad, y es uno de los impulsos básicos de la civilización moderna".

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

Individualismo y colectivismo.- El individualismo atiende a los microprocesos y deja de lado los macroprocesos, porque atiende a los factores individuales de la conducta social, como las actitudes o los rasgos. Los microprocesos son variaciones pequeñas en la conducta social, como cambios en la atención, etc. Los microprocesos pueden ser fácilmente estudiados en laboratorio, y un microproceso puede ser fácilmente borrado por otro.

El colectivismo, en cambio, atiende a los macroprocesos, y ve en la conducta social un producto de las normas, roles y directivas impuestas internamente por el grupo, más que de actitudes y rasgos individuales. Los macroprocesos son aquellos que influyen en muchos comportamientos sociales y sus efectos son más fuertes, tales como la influencia de la clase social o de la cultura en el comportamiento humano.

Para Triandis las actitudes -factores individuales- varían mucho de una cultura a otra. En India y el Japón, por ejemplo, son más aceptadas que en Occidente las disonancias entre actitudes y conductas, debido a su sistema de creencias. Por lo tanto, si queremos hacer una psicología social que explique la conducta social universalmente, debemos poner mayor énfasis en los grupos en algunas culturas (colectivismo), y un énfasis mayor en los individuos en otras (individualismo).

Antecedentes históricos.- Ya Durkheim planteaba que había en las sociedades una solidaridad mecánica (similitud entre los miembros) y una solidaridad orgánica (interdependencia negociada), aludiendo con la primera al colectivismo, y con la segunda al individualismo.

Otros autores hablan casi de los mismos constructos aunque con otras palabras, y diversas investigaciones mostraron que colectivismo e individualismo no son polos opuestos, pues se vio que la misma gente puede ser por ejemplo muy colectivista en la familia pero no en el trabajo. Otra gente también puede ser muy colectivista en política pero individualista en religión. Asimismo, en toda cultura se pueden encontrar individuos alocéntricos (que usan con más frecuencia cogniciones colectivistas), y otros que son idiocéntricos (más individualistas). Cuando un individuo pasa de una cultura alocéntrica a otra idiocéntrica puede encontrar problemas de adaptación cuando retorna a su cultura original.

El significado de colectivismo e individualismo.- Estos constructos tienen tres aspectos: a) la clase de self; b) la clase de relación con los otros; y c) la manera de estructurar los objetivos.

a) En culturas colectivistas el self se define como un aspecto de un grupo. Por ejemplo, al completar la frase "Yo soy...", estos sujetos responden por ejemplo "cristiano", o sea, prima lo colectivo sobre lo individual, pues refieren su persona a un grupo, en este caso religioso.

b) En cuanto a las actitudes, en Occidente se tiende a pensar que los hijos deben vivir con sus padres hasta que se casen, mientras que en Oriente no (aquí hay más porcentaje colectivista). En cuanto a los valores, en Occidente tienen más importancia ser creativo, curioso, de mente amplia, mientras que en Oriente ser moderado, con orden social, etc., es decir, valores más colectivistas. Respecto de las emociones, los orientales consideran más adecuadas las emociones negativas cuando deben confrontar con grupos externos, mientras que los occidentales consideran más adecuadas las positivas.

c) En culturas colectivistas, los valores y objetivos personales son más consistentes con los valores y objetivos de sus colectivistas; si hay inconsistencia, los sujetos deben subordinar sus valores y objetivos individuales a los colectivos.

El llamado colectivismo horizontal está más relacionado con el punto b), mientras que el colectivismo vertical con el punto c).

Antecedentes de estos modelos culturales y de personalidad.- El colectivismo es máximo cuando una sociedad es tensa, simple y pequeña. En cambio, el individualismo es máximo cuando una sociedad es floja, compleja y grande. Dentro de estos dos extremos hay sociedades intermedias, como por ejemplo el Japón, una sociedad compleja (muy estratificada) y tensa (una llegada tarde puede ser castigada duramente: hay mucha tensión). Un monasterio es pequeño y tenso, y Estados Unidos es complejo y flojo.

Consecuencias del colectivismo e individualismo.- En las culturas colectivistas los hijos son educados para ser obedientes y conformistas, y para que se sacrifiquen por el grupo interno destacando la tradición y la interdependencia.

Algunos estudios empíricos.- En estudios hechos desde 1990 en adelante, se vio que en el colectivismo horizontal se pone énfasis en uno mismo, la armonía y la igualdad social, pero también se lo puede asociar con el precario énfasis en los objetivos económicos y la equidad. El colectivismo vertical pone poco énfasis en los objetivos humanísticos y en la igualdad de la distribución de recursos, aceptando que el grupo interno descuide las necesidades de sus miembros. Suecia por ejemplo, es horizontalmente individualista pero verticalmente colectivista: enfatiza la independencia del individuo pero también desaprueba el deseo de ser distinguido individualmente o sobresalir. Los colectivistas tienden a ver a alguien de un grupo externo como un enemigo antes de considerar sus cualidades individuales. Prestan, además, más atención a las normas que a las actitudes.

Comentario evaluativo.- El individualismo se asocia más con delincuencia, abandono de hijos, divorcio, etcétera, mientras el colectivismo con el militarismo, el racismo, etc. Así, un modelo social no es más deseable que el otro: simplemente son distintos.

Resumen de Triandis H (1989) Investigación reciente sobre el individualismo y el colectivismo.

INFLUENCIA SOCIAL

Generalidades.- La influencia social puede ser concebida de dos formas:

a) Como fenómeno de conservación: la influencia es un efecto de presión que ejerce un agente fuente sobre un sujeto blanco.

b) Como fenómeno de interacción; la influencia es recíproca, y se la estudia en relación con los conceptos de conflicto y negociación.

1) Influencia y negociación.- Los procesos de influencia implican cambios de opiniones, actitudes y conductas de una persona como resultado de ser reforzados por los demás (grupo).

1. Normalización y conformismo.- Al principio, la influencia fue concebida como un fenómeno de conformación, o sea, como un efecto de presión de normas mayoritarias sobre una minoría que debía aceptar.

Asch, por ejemplo, probó que las personas tenían una tendencia a la conformidad, o sea, a aceptar la influencia de la opinión mayoritaria: si todos decían que un palito medía 3 cm., la persona decía lo mismo aunque midiera algo menos.

Esta tendencia a la conformidad fue explicada o bien como un efecto de sugestión, o bien como un efecto autocinético (confrontar la opinión propia con la de los demás), o bien como un efecto de negociación (para resolver conflictos sobre la longitud del palito). Muchos vieron la aceptación como manifestación de un fenómeno de sumisión a la autoridad, sobre todo cuando la autoridad tiene mucho prestigio.

Sin embargo puede haber sumisión sin la influencia de una autoridad, como lo dice la teoría del "enganche": la persona hace un acto inicial poco costoso que lo obliga a proseguirlo hasta lograr una conducta más compleja, deseada. Esto lo hace no por obediencia a la autoridad, sino para mantener una coherencia cognitiva. Por ejemplo, si yo empecé poniendo un pie en la puerta, debe ser coherente y seguir mi tarea impidiendo que nadie entre.

La aceptación remite también a los cambios del contexto, Por ejemplo, es más difícil resistirse a la opinión de un grupo grande, que a un grupo pequeño.

2. Consenso, conflicto e innovación.- La única función de la influencia social no es la de reducir las diferencias y nivelar opiniones (normalización), sino sirve para innovar también, o sea, producir cambios en el medio social. Desde este último punto de vista, los estudios sobre la influencia social, revelan la existencia de tres fenómenos: la reactancia, la desviación y la influencia minoritaria.

Reactancia significa resistirse a la influencia social para preservar la propia identidad y autonomía. La desviación consiste en afirmar opiniones, actitudes o conductas contrarias a las dominantes. La mayoría buscará neutralizar al sujeto desviante. En la influencia minoritaria, una minoría busca imponer su opinión frente a la mayoría, con lo que amenaza el consenso social. Si este consenso es juzgado importante, mayoría y minoría buscarán un arreglo, un compromiso. Surge así la negociación, pero ésta es tácita, o sea, no hay discusión explícita entre ambos.

3. Negociación.- Implica una discusión explícita entre las partes para llegar a un acuerdo que beneficie a ambos. Implica conciliar puntos de vista opuestos. La negociación incluso puede ser usada para demostrar una intención de discutir, sin necesidad de llegar a un acuerdo.

Toda negociación supone una relación de fuerzas donde cada uno busca presionar al otro. Para ello desarrollan ciertas estrategias, entre las cuales están: coerción (en forma de amenaza, agresión, etc.); la disimulación (fundada en la manipulación y la retención de información); la persuasión (seducir, señalar las contradicciones internas del adversario); y la acomodación (buscar puntos de acuerdo, aplazar cuestiones espinosas, regatear, etc.).

La negociación implica ser a la vez intransigente y conciliadora, y puede generar contradicciones intrapsíquicas o interpersonales. De los varios "modelos de negociación" propuestos, el de Watson propone cuatro aspectos en la negociación: distributivo (se reparten los recursos en términos de pérdidas y ganancias), integrativo (buscan juntos soluciones nuevas y beneficiosas para ambos), relacional (forma de estructurarse las relaciones de los negociantes entre sí: defensas, cooperación, etc.) y un aspecto de negociación interna (cada parte delibera sobre la estrategia de negociación).

2) *Relación de influencia y percepción social.*- En su origen, la influencia fue concebida como una relación entre una fuente de origen (origen de la influencia) y un blanco (sujeto influenciado).

1. Relación blanco/fuente.- Algunas personalidades son más influenciables que otras, como por ejemplo, las que presentan sumisión, falta de autoconfianza, etc. Otro factor que aumenta la influenciabilidad es la sugestionabilidad, la cual aumenta cuando la situación es ansiógena: la ansiedad hace a un individuo más influenciable.

El poder de la fuente para ejercer su influencia, por otro lado, depende de dos factores: del grado de credibilidad que encuentra en el blanco (cuanto más le creen a uno, más influencia podrá ejercer), y el apego efectivo que el blanco tenga por la fuente (cuando más lo quieran a uno, más influencia ejercerá).

También influye el status o es prestigio de la fuente. Todos estos factores son subjetivos y nos muestran a la influencia social como un proceso interactivo teñido de subjetividad y con poco margen de racionalidad y objetividad.

2. Comparación, atribución, categorización.- Lo anterior significa que los individuos no reaccionan solamente a una realidad objetiva sino a la "representación" que ellos se forjan. Por ello es importante la 'percepción' que tienen de los otros y de sí mismos. Tres teorías vienen a ilustrar cómo los individuos se forjan una representación social: la teoría de la comparación social, la teoría de la atribución y la teoría de la categorización social.

Comparación social: Cuando una persona, dice Festinger, se vea privada de criterios objetivos, buscará compararse con los demás, pues necesita ajustar su conducta a normas ambientales, inclinado a ver que los demás tienen sus propias opiniones.

Heider plantea la teoría de la atribución, según la cual tendemos a atribuirles a los demás ciertas características en función de datos observables: un gesto, un estado de ánimo, etc. Se trata de atribuciones fundadas en la subjetividad. Una persona A será más sensible a la influencia de B si esta última le permite operar con atribuciones más estables y más diferenciadas que antes. Bruner destacó por su lado, la categorización social, o sea, la tendencia de toda persona a ubicar a los demás en categorías, permitiéndole así, estructurar su entorno social. Categorizamos a los demás atribuyéndoles ciertas características, que iremos confirmando o no, según se den en las personas y según adhiramos a la creencia de su existencia.

Los conceptos vistos de comparación, atribución y categorización, aclaran los mecanismos por los cuales un sujeto, en interacción con otros, construye una representación de su entorno y de los demás. Tales mecanismos pueden actuar en dos sentidos: el del conformismo y el del cambio.

3) *Las relaciones de poder.*- El poder no es una propiedad intrínseca de una persona, sino que es un fenómeno racional: solo hay poder donde hay un proceso de influencia de unas personas sobre otras.

1. Las bases del poder.- French y Raven definen el poder en términos de influencia de unos sobre otros, y definen a su vez influencia en términos de cambios: una persona cambia porque recibió influencia.

Para French y Raven el poder se funda en cinco bases, que en conjunto llaman la "base del poder":

a) Recompensa: tiene más poder quien puede dar más recompensas, ventajas, gratificaciones, etc.

b) Coerción: tiene más poder quien más posibilidad tiene de castigar o sancionar.
 c) Legitimidad: tiene más poder quien está habilitado o legitimado por la sociedad para ejercerlo.
 d) Referencia: tiene más poder quien tiene más conocimiento o mayores destrezas.
 Cuantos más requisitos de los mencionados se cumplan, más poder tendrá una persona. Ciertos poderes tienden a unirse en una misma persona, como el poder legítimo y el poder por competencia.

2. Poder y coaliciones.- Caplow retoma tres ideas fundamentales que permiten aprehender las relaciones sociales como un juego constante de alianzas y coaliciones, cooperaciones y rivalidades:

a) El conflicto tiene un rol estructurante en la interacción social: es el conflicto entre ser social y ser individuo, que tiene toda persona.
 b) La relación jerárquica forma a las instituciones y organizaciones pues estas funcionan alrededor y por dicha jerarquía.
 c) La unidad mínima de interacción social es la triada, pues siempre hay un tercero, virtual o real. Este tercero puede funcionar como: mediador (privilegia el grupo antes que el individuo); como *tercius gaudens* (aprovecha el conflicto entre dos para su propio beneficio) y como déspota (utiliza el conflicto para aumentar su poder).

La triada tiende a formar una colación (dos contra uno). El objetivo de la coalición es generar poder y mantenerlo. La formación de las coaliciones depende de dos factores combinados: la repartición de fuerzas y la situación en la que evolucionan.

La repartición de fuerzas alude al reparto del poder según aspectos cualitativos (por ejemplo, mayor prestigio) o cuantitativos (más personas juntas tienen más poder). Esta repartición de fuerzas es necesaria para establecer una coalición, pero no suficiente porque además debe darse una determinada situación, que los orientará hacia una elección o hacia otra (o sea, aliarse con uno o con otro). Estas situaciones pueden ser según Caplow de tres tipos:

a) Establecida: las personas forman una coalición en forma permanente: por ejemplo, la coalición del padre y la madre para que el niño sea más obediente; b) Episódica: circunstancial y no permanente, como por ejemplo, una alianza electoral entre partidos, y c) Terminal: donde cada uno prefiere estar solo y la alianza se hace de mala gana con una finalidad agresiva o defensiva (por ejemplo, alianza entre naciones en una guerra fría.).

Las triadas pueden enlazarse entre sí, como por ejemplo, cuando dados tres hermanos, cada uno forma una alianza contra el otro. En una familia una persona puede formar alianza con una, y quedar fuera de otra alianza ya formada, o bien puede formar dos alianzas con dos miembros distintos.

El concepto de conflicto (tanto intrapersonal como interpersonal) es muy importante, porque desde este ángulo la influencia social aparece como resultado de un mecanismo de reducción de la disonancia cognitiva (conflicto intrapsíquico) y del conflicto relacional.

La influencia es el resultado de dos clases de fuerzas intensas: el poder y la seducción.

La interacción social es el espacio fundamental donde se articulan y anudan lo psicológico con lo social.

Resumen de Marc E y Picard D (1992) La interacción social. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 4.

Influencia social y conformidad.- Los problemas de la 'influencia social' son por ejemplo: ¿cómo surgen los acuerdos sociales? ¿Cómo los sujetos llegan a compartir un sistema de representación de la realidad? ¿Cómo el grupo influye en la manera de sentir y de pensar de los sujetos? Le Bon por ejemplo, dice que el sujeto dentro de una muchedumbre se vuelve muy influenciado y sugestionable.

La conformidad es un problema conexo, pues es el estudio de los problemas de influencia social: adhesión o no a expectativas sociales de conductas que regulan el orden social. Todo esto a su vez tiene que ver con la persuasión y con el aprendizaje.

La historia del problema de la influencia social empieza en el Siglo XIX con el estudio de la sugestión y está marcada por tres etapas: 1) de lo patológico a lo normal; 2) de la psicología individual a la interacción social; 3) de la interacción a la interdependencia social.

En 1866 Liébault habla de la sugestión como forma de hipnotismo, donde uno domina la voluntad del otro. Binet también se interesa por la sugestionabilidad. Luego Durkheim se refiere a la coacción social, en relación a la presión del sistema normativo que se impone al sujeto más allá de él, desde 'fuera'. Las normas sociales se imponen en cambio, para Tarde, por imitación. Para McDougall el consenso social y la conformidad se fundan en la existencia de un instinto humano de sumisión. Luego Bandura pondrá de relieve que la imitación no es un fenómeno pasivo sino activo, pues está en función de la motivación y la retención. Luego, se dejó de buscar el 'porqué' y se indagó más en el 'cómo' (por ejemplo, Sherif o Asch).

Facheuk y Moscovici señalan la existencia de varias modalidades de la influencia social: la normalización, la conformidad, la innovación y la obediencia.

La normalización es la presión ejercida en el curso de una interacción para adoptar normas aceptables a todos los sujetos: se nivelan las diferencias.

La conformidad es la adaptación de una norma específica por parte de los individuos. Los motivos pueden ser varios (utilitarios, o satisfacer necesidades inconcientes de los sujetos).

La innovación implica adoptar normas que cuestionen los modelos predominantes, y puede venir desde arriba o desde abajo.

La obediencia (no incluida en realidad por Facheuk y Moscovici) implica que se deben aceptar las normas no habiendo posibilidad de negociación. Es la coacción social de la que hablaba Durkheim.

Sherif diseñó experimentos para ver cómo se hacía la normalización, cómo se formaban las normas, y para ello puso a grupos en situaciones donde no se podía recurrir a ninguna norma y fue viendo cómo ellos ibas formándolas. Por ejemplo, el 'efecto autokinético' donde un grupo ve un punto luminoso que sigue trayectoria errática: los sujetos llegan a acuerdos acerca de ese movimiento: forman normas. Con éste y otros experimentos probaron que las normas sociales surgen de la interacción de los individuos entre sí.

Moore investigó la conformidad y concluyó que esta se refuerza a sí misma por el sistema de recompensas y castigos. Asch criticó este punto de vista conductista y dijo, desde una perspectiva gestaltista, que el hombre no actúa por esos motivos sino porque interpreta la situación para dar la mejor respuesta posible. O sea, no actúa pasivamente respondiendo a estímulos, o reforzadores. Asch probó experimentalmente que un individuo, cuando hay contradicción entre datos objetivos y lo que piensa la mayoría, tiende a adoptar el punto de vista mayoritario: son los sujetos dependientes. No obstante hay sujetos independientes.

Kelman dice que hay tres procesos psicológicos en la conformidad: la aceptación (aceptar la norma grupal para evitar un castigo), la identificación (identificarse con el otro para mantener una relación deseable), y la internalización (aceptar la norma porque está de acuerdo con su propio sistema de valores).Cuál de estos factores se pondrá en juego, dependerá del poder del agente de influencia. Si se maneja con recompensa y castigos, interesará la aceptación, si importa lo que produce satisfacción, la identificación, y cuando la comunicación es verosímil, la internalización.

En la obediencia debemos distinguir el conformismo en palabras y el conformismo en los actos. Milgram diseñó un experimento donde ciertos sujetos debías dar un shock eléctrico a otros (éstos por supuesto simulaban el dolor sin saberlo los primeros). Como el investigador parecía avalar el uso de la violencia, muchos sujetos siguieron obedeciendo y enviando shocks eléctricos cada vez mayores a medida que se les indicaba. En la conformidad no hay presión hacia el acuerdo, pero en la obediencia sí: el investigador prescribe cierta conducta que debe obedecerse. En la conformidad el sujeto reconoce estar equivocado, el la obediencia no admite que él sea responsable: está ejecutando órdenes.

Todo eso fue hecho en condiciones experimentales, pero también puede estudiarse esto en un 'laboratorio natural', como por ejemplo, los campos de concentración. Bettelheim observó que los mecanismos usados por los prisioneros, eran por ejemplo, la identificación con el agresor, lo cual dificulta la solidaridad grupal entre ellos mismos.

Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

INTERACCIÓN

Generalidades.- Las interacciones ocurren entre personas: las emociones, pensamientos, motivos de una influyen sobre la conducta de la otra, y viceversa. La interacción más directa es entre persona y persona, y es la base de la interacción entre grupos, o entre una persona y un grupo.

La interacción es un hecho que damos por sentado, pero necesita ser explicado desde la psicología, ya que tiene ciertas características distintas a las interacciones cosa-cosa o cosa-persona. Hay también semejanzas pues las cosas con las que interactuamos, como las personas, pueden satisfacer necesidades, son beneficiosas o dañinas, etc.

Lo propio de la interacción persona-persona, que no existe en otros tipos de interacción, es por ejemplo el hecho de que las personas nos responden (una cosa no): nos aman, odian, alaban, etc. En otras palabras: percepciones, sentimientos y pensamientos están en ambas personas, y se trata de acontecimientos representados en ambos participantes. Esto es lo propio de los procesos psicosociales, que los distinguen de los procesos sociales en general (como por ejemplo la interacción entre abejas y hormigas).

En la vida cotidiana pensamos que nuestras interacciones con los demás son directas, pero no es así: lo que llega de una persona a otra es solamente energía física que circula en un espacio intermedio entre ambas. Cuando la energía llega al otro se reestructura como un acontecimiento psicológico particular (emoción, etc). En otras palabras, en la ciencia se concibe la interacción humana como indirecta.

Teorías sobre la interacción.- Las teorías que conciben la interacción como indirecta hay dos: la doctrina de la inferencia y la teoría del estímulo-respuesta.

La doctrina de la inferencia dice que las personas sólo intercambian energía física: no puedo ver los pensamientos o emociones de los demás, sino solo los míos. Entonces, ¿cómo concluyo qué pensamiento o sentimiento tiene el otro? Por inferencia a partir de lo que me pasa a mí. Por ejemplo yo sé que cuando estoy alegre me ruborizo. Por lo tanto, infiero que el otro también está alegre cuando veo su rubor.

La teoría del estímulo-respuesta se centra en los efectos que producen las acciones de una persona sobre las acciones de la otra (a diferencia de la anterior doctrina, centrada sobre la experiencia conciente). Se aprende a interactuar mediante ensayo y error, formando condicionamientos en base a recompensas y castigos. Por ejemplo un niño vio varias veces una sonrisa en su madre antes de ser alimentado, y vio un ceño fruncido antes de ser castigado. Por tanto, cuando el otro sonríe puedo anticipar consecuencias

placenteras, y cuando se enoja consecuencias dolorosas. Las emociones no se ven directamente: sólo se ven acciones del otro (sonreír o enojarse).

Reconsideración de las dos teorías.- Es difícil que se de el procedimiento de la inferencia cuando intentamos saber algo del otro: nuestro conocimiento de él es bastante más directo, tanto como si captásemos nuestras propias experiencias mentales. Esta doctrina también falla en decir que por el solo hecho de ver algún cambio exterior en el otro pensamos que ya está sintiendo o pensando tal o cual cosa: 'sentimos' que nos sonrojamos, pero 'vemos' que otras personas se sonrojan. La inferencia pensaría que 'sentimos' como los otros se sonrojan.

La teoría del estímulo-respuesta es más realista, porque concibe la interacción humana en términos de acciones sin hacer suposiciones sobre el estado mental del otro, y además porque concibe la interacción como un prolongado proceso de aprendizaje. Para esta teoría las acciones de las personas no las comprendemos como algo surgido de su carácter o situación, sino como estímulos para reforzar nuestras acciones hacia ellos según recompensas o castigos previos.

Asch S, Psicología social. Buenos Aires: Eudeba. Resumen del capítulo 5 (El problema de la interacción humana).

Interacción en los grupos.- Cuando un grupo debe realizar una tarea sus miembros deben interactuar, proceso que puede ser facilitado por un coordinador. Hay dos modelos que describen este proceso de interacción: a) El modelo de Bales, descrito en términos de fases o etapas, y b) El modelo de Benne y Sheats, descrito en términos de roles.

Según Bales, se supone que todo grupo debe hacer una tarea, y para ello sigue una serie de fases o etapas. En un grupo de discusión hay tres fases, donde hay tres tipos diferentes de interacción:

- 1- Proacciones: corriente de palabras y gestos entre los miembros.
- 2- Reacciones propiamente dichas: reacciones ante dichas palabras o gestos.
- 3- Reacciones ante dichas reacciones.

Análisis del proceso de interacción: condiciones externas e internas según Bales.- Un grupo pasa por fases para resolver su problema de la forma más efectiva posible (efectividad en tanto eficacia como eficiencia). 'Fases' son los subperiodos cualitativamente diferentes en función de un periodo total y continuo de interacción donde el grupo va desde la iniciación de la tarea hasta su fin.

Un grupo pasa por las siguientes fases: problemas de orientación, problemas de evaluación, y problemas de control (mientras tanto se suscitan reacciones emocionales positivas o negativas). Para pasar de una fase a otra deben cumplirse dos tipos de condiciones: externas e internas. Las externas son anteriores.

Condiciones anteriores o externas:

- a- Personalidad de los miembros (deben ser normales, no psicóticos ni con déficits intelectuales).
- b- Subcultura grupal previa (debe ser adecuada, no, por ejemplo, sabotadora).
- c- Expectativas de los miembros entre sí (en función de ellas habrá distintas posiciones: líder de locomoción, líder de mantenimiento, etc).

Bales propone tres fases: orientación, evaluación y control, pero Romero propone seis fases en vez de tres. Cuando un grupo recibe una tarea para hacer, se dan las siguientes fases:

1- *Pedir y dar orientación.-* A alguien del grupo, a un coordinador, a alguien de fuera del grupo. Empiezan a enfrentar y resolver sus problemas de comunicación interna: se va formando la estructura de comunicación, de manera que en esta primera fase el problema fundamental a resolver la comunicación. Además, se busca definir cuál es la tarea a resolver.

2- *Pedir y dar opinión.-* Definida la tarea, se piden y dan opiniones para ver qué medios se pueden seguir para cumplirla. El problema fundamental es evaluar las opiniones.

3- *Pedir y dar sugerencias.-* Los miembros intercambian información relacionada con la tarea a resolver, y buscan vincular su propia experiencia con dicha tarea. Entre las fases 2 y 3 se va definiendo la estructura de liderazgo. En la fase 3 pueden surgir desavenencias, rivalidades, y es la que más tiempo y esfuerzo lleva al grupo. Por ello el problema a resolver acá es el control o regulación de los aportes que hacen los miembros.

En las tres sub-fases mencionadas (que constituyen una primera fase) predominan (en un 70% contra un 30%) los roles de locomoción o tarea, pero a partir de la segunda fase que viene ahora, dicha relación va invirtiéndose poco a poco.

4- A partir de las sugerencias (sub-fase 3) empiezan ahora a surgir los primeros acuerdos (aceptar, comprender pasivamente, acceder) o también desacuerdos (rechazo pasivo, no ayuda, formalidad, etc). Acá el problema central es la toma de decisiones: cómo se resolverá la tarea.

5- Modificación de las tensiones endogrupales: disminuyen si hay acuerdos, aumentan si no los hay. El problema central es la reducción de las tensiones.

6- Modificación del nivel de solidaridad endogrupal: aumentará si se relajan las tensiones, y bajará si aumentan. El problema fundamental es la reintegración (volver a estar unidos).

En la primera fase predomina el área de tarea (preguntas, respuestas, neutralidad emocional). En la segunda fase predomina el área socioemocional (reacciones positivas o negativas). Tarea y emoción se complican, así como se complican eficacia (tarea) con eficiencia (emoción).

Si no se cumplen las condiciones externas o anteriores, estas sub-fases pueden alterarse, saltarse o invertirse. En síntesis:

Fases	Roles observables	Problemas a resolver
Fase 1:		
Sub-fase 1	Dar-pedir orientación	Comunicación
Sub-fase 2	Dar-pedir opiniones	Evaluación
Sub-fase 3	Dar-pedir sugerencias	Control
Fase 2:		
Sub-fase 4	Acuerdo-desacuerdo	Decisión
Sub-fase 5	Tensión-relajamiento	Reducción de tensión
Sub-fase 6	No solidaridad-sí solidaridad	Reintegración

Resumen de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 3.

INTERACCIONISMO SIMBÓLICO

Generalidades.- Expresión prioritaria de la psicología social sociológica, esta escuela surge con el siglo XX en la Universidad de Chicago. Su figura más destacada es G Mead, pero también están J Dewey (1859-1952), W Thomas (1863-1947) y C Cooley (1864-1931).

Uno de sus precursores fue W **James** (1842-1910), un pragmatista que sostenía que el significado y la verdad de una proposición debía buscarse en sus consecuencias prácticas. Fue pionero en establecer la psicología como disciplina autónoma –la psicología funcionalista-. Concibió la conciencia como un proceso o devenir, siempre cambiante, de vivencias subjetivas, y es además intencional o “funcional”: toma decisiones, resuelve problemas gracias a su capacidad sintética. La conciencia y su objeto son una estructura indiferenciada, con lo cual se supera el dualismo cartesiano.

James destacó la idea de un yo empírico, objeto de la experiencia personal, desdoblado en un yo conocedor y un yo conocido. Está formado por un yo material, uno social y uno espiritual. El todo, el sí mismo está desdoblado en un sí mismo conocedor y un sí mismo conocido de donde se desprenden las dos instancias: el yo y el *mí*, resultados del proceso de interacción por el cual el yo se mira a sí mismo tal como es mirado antes por otros.

El yo o mí material está formado por los objetos reconocidos como propios (cuerpo, ropa, etc), el yo o mí social por la forma en que los demás lo conciben, e incluye valores y normas sociales. Y el yo o mí espiritual está formado por capacidades, intereses, actitudes, conciencia de la propia existencia, fragilidades, etc. Es lo más subjetivo e incluye la idea que tenemos de nosotros mismos.

Otro precursor de Mead fue **Cooley**, que contribuyó al desarrollo del concepto del sí mismo con su teoría del yo en el espejo: nuestro yo es función de cómo nos imaginamos percibirlo en la mente de los demás, como nos vemos reflejados y juzgados, y por tanto resulta de la interacción social.

Condensado de Seidmann Susana, Historia de la psicología social (artículo). Publicación interna de la cátedra de psicología social de la carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 2001.

Generalidades.- George Mead (1871-1936), creador del conductivismo social, sostiene que el lenguaje es la parte visible de la interacción individuo-sociedad, y está constituido por símbolos tanto individuales como sociales: son significados compartidos por una colectividad. La persona se socializa porque asume roles sociales, y no porque dichos roles sean impuestos por una conciencia colectiva (Durkheim). Apela a la responsabilidad individual.

El *interaccionismo simbólico* de Mead se basa, según Blumer, en tres postulados:

- Las personas actúan hacia los objetos según el significado que estos tengan para ellas.
- Dicho significado surge de la interacción social.
- Dichos significados son usados y modificados, o sea interpretados por lo que toda realidad es siempre una realidad interpretada.

Cuando interactuamos, compartimos ‘definiciones’ de la situación que nos permite saber qué expectativas tenemos de los demás, y ellos de nosotros.

Sí mismo: Para Mead y Blumer, nuestras identidades surgen del intercambio social, pues para formarlo actuamos con nosotros mismos como los demás actuarían con nosotros. Ejemplo: nos censuramos como los demás nos censurarían, o sea somos sujeto y objeto al mismo tiempo.

Al aspecto de sujeto, Mead lo llama ‘yo’ (es el que censura) y al aspecto de objeto lo llama ‘*mi*’ (es el censurado)

Según Mead, los niños pasan por tres etapas del desarrollo del *sí-mismo*:

- Juego informal (asume el rol de una persona por vez).
- Juego formal (abarca la perspectiva de muchas personas al mismo tiempo, como en un equipo de fútbol).

- *Otro Generalizado* (abarca toda la comunidad o sociedad, se ven a sí mismos desde la perspectiva de otro generalizado, entiende cómo funciona globalmente la sociedad).

El *sí-mismo* es fundamental para la integración social. Mediante él el sujeto puede señalarse a sí mismo (autoseñalamiento) las cosas del mundo, y orientar sus acciones en consecuencia. La clave para esto es el *lenguaje* como comunicación, pues gracias a él nos presentamos a los demás (aun con ademanes) y

ellos a nosotros. Pero para ser completa la palabra debemos asignarle significado. No respondemos a los actos de los demás sino a nuestra interpretación de dicho acto, a lo que significa para nosotros.

La realidad objetiva se redefine permanentemente desde la subjetividad humana. Pragmatista, Mead dice que los seres vivos se ajustan a su medio por razones utilitarias o prácticas. Rechaza el conductivismo pues no consideró las experiencias subjetivas del hombre y su interacción social. La mente es una internalización del proceso social. Los actos no son mecánicos: antes de actuar, el sujeto le debe dar un significado a la situación, aunque las situaciones rutinarias no requieren redefiniciones.

La mente es reflexiva: por el *sí-mismo* el hombre es capaz de pensarse a sí mismo mirándose desde el punto de vista del otro y asumiendo sus actitudes. El *sí-mismo* surge de la interacción, que a su vez supone la internalización de ciertas reglas de juego.

Por el *lenguaje* el hombre para a ser persona. Por él transforma al mundo y a sí-mismo. No hay una realidad definida y luego le damos un nombre: ambas cosas se arman al mismo tiempo.

Dos conceptos son importantes de Mead: 'gesto significante' y 'rol'. El primero es aquel que evoca realidades, experiencias compartidas, o individuales, y permiten definir la realidad de modo similar. Para un hijo y su madre, llanto significa comida: lo construyeron ellos, no es necesariamente universal, pero sí compartido.

La persona ejecuta los *roles*. Mediante el rol la sociedad se incorpora al sistema de representaciones del sujeto. Ejemplo típico el deporte o el juego, donde se asume el rol del otro (jugar al almacenero, etc.). Se forman un conjunto de otros incorporados y al conjunto se lo llama '*mí*' (o sea, son los otros internalizados). Al asumir un rol incorpora también una norma. El *sí-mismo* se va formando en base a estos modelos que generan expectativas de las expectativas de los demás.

Los gestos no significantes simplemente generan una reacción, pero los significantes despiertan en mí mismo la reacción que despiertan en los demás, y así el sujeto puede controlar su conducta sobre acuerdos previos de significados compartidos. Los símbolos orientan la acción en el medio social (*interaccionismo simbólico*).

En suma, Mead toma al hombre como un ser activo, responde selectivamente a los estímulos, los interpreta. En su interacción con el otro surgen significados compartidos (acuerdos sociales).

El gesto significante (o *símbolo*) implica que el sujeto debe interpretar el significado de su propio signo, que evoca los mismos significantes en el otro, lo que le permite anticipar la conducta del otro. Solo así se adquiere 'conciencia de sí', solo así puede verse el sujeto como objeto poniéndose en el lugar del otro (*rol*). Conforman así *otro generalizado*.

El sujeto se sitúa en la posición del otro y desde allí, constituido como yo, se ve a sí mismo como objeto (*mí*).

- Mis expectativas respecto de mí mismo son las que tienen los demás respecto de mí. Asumo el rol que me adjudican.

- Lo que yo haga o diga deberá significar lo mismo para mí que para el otro (los símbolos son compartidos).

Condensado de clases de la cátedra de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 1986.

Generalidades.- H Blumer, discípulo de George Mead, sintetizó los fundamentos del interaccionismo simbólico en tres puntos: 1) Los seres humanos actúan hacia los objetos en base a los significados que estos tienen para ellos. 2) El significado surge en la interacción social. 3) Los significados se modifican a través de un constante proceso de interpretación.

Entre los interaccionistas simbólicos modernos se cuenta E Goffman (1922-1982) con su enfoque dramático: entiende la interacción como un drama donde los individuos se influyen mutuamente mediante impresiones cotidianas: los hombres encarnan roles, usan recursos, etc, y así el actor presenta su actividad ante otros y controla así la impresión de los demás. La organización social resulta de estas interacciones. Goffman estudia gestos en grupos e instituciones con un enfoque "microsociológico", es decir, enfatizando lo interindividual. También se interesó por el problema de la identidad y el sí mismo.

Garfinkel por su parte trabajó en etnometodología estudiando el análisis de la conversación y demás prácticas de la vida cotidiana, buscando analizar como la gente construye colectiva y significativamente la realidad y vuelcan estos significados en la interpretación de sus propias actividades. La sociedad es producto de interpretaciones continuas. Este enfoque etnometodológico trabaja en contextos naturales donde se producen realmente las interacciones, y rechaza aspiraciones como la "objetividad", ya que son los individuos los que crean las reglas.

La etogenia de Harré y otros sigue una línea similar, planteando una psicología en tres niveles: los actos sin conciencia del actor (ej. hábitos automáticos), la acción autónoma con conciencia de sí misma y las reglas, y finalmente la estructura y procesos colectivos, sociales, no conscientes (el orden moral). La psicología estudia las reglas y convenciones tácitas presentes en la vida cotidiana, y se propone identificar patrones de significado de las acciones humanas y la forma en que son producidos en la vida cotidiana a partir del sentido común.

Hacia 1960 Berger y Luckmann escriben "La construcción social de la realidad", donde analizan las formas sociales del conocimiento y sostienen que el significado de la vida humana se constituye en la

conciencia. En la obra citada proponen un modelo de creación del mundo social (realidad objetiva) y de constitución de la realidad subjetiva, tomando de G Mead la importancia de la internalización de la realidad social, el tercer momento del proceso dialéctico de la construcción social de la realidad.

Todos estos enfoques interaccionistas simbólicos destacan que los hombres interpretan permanentemente la realidad atribuyendo significados en la interacción con los demás. Estos significados son el eje central para comprender la conducta humana.

Condensado de Seidmann Susana, Historia de la psicología social (artículo). Publicación interna de la cátedra de psicología social de la carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 2001.

INTERSUBJETIVIDAD

Generalidades.- Categoría en la cual importan tanto el objeto como el sujeto. Husserl plantea la intersubjetividad como aquello que concierne a la comprensión (entendimiento) de dos subjetividades: por lo tanto el objeto es en rigor otro sujeto. La tesis subyacente es el idealismo fenomenológico, el descriptivismo, el esencialismo y el comprensivismo de Dilthey (empatía). No se busca explicar sino describir, pudiendo ser esa descripción eidética (esencialismo), empírica (describir lo dado) o intelectual (intelectualismo). No confundir la descripción con la observación: ésta se enmarca dentro de la explicación como su primer paso.

Yáñez Cortés R (1985). Clases de Metodología de la Investigación psicológica. Buenos Aires. Universidad de Belgrano.

JUSTICIA SOCIAL

Generalidades.- Actualmente, los reclamos de justicia social parecen agruparse en dos grandes tipos: los reclamos de redistribución y los reclamos de reconocimiento. En el primer caso, se trata de reclamar un reparto más equitativo, justo o igualitario de recursos y bienes. En el segundo caso, lo que se reclama más plausiblemente es un mundo que acepte las diferencias, un mundo donde la asimilación a las normas culturales dominantes ya no sea el precio a pagar por un respeto equitativo. Los reclamos de redistribución son los clásicos, pero hoy en día tienden a aumentar los reclamos de reconocimiento.

Fraser señala que la antítesis entre ambos tipos de reclamo es falsa, y sostiene que la justicia en la actualidad requiere tanto de la redistribución como del reconocimiento, y ninguno de ellos es suficiente por sí solo. En todo caso el problema a resolver es como poder combinarlos, habida cuenta de que entre ellos existe disociación y más aún, polarización, como cuando algunos defensores de la redistribución rechazan categóricamente las políticas de reconocimiento.

A continuación, se pueden indicar cuatro diferencias entre ambos paradigmas: redistribución y reconocimiento.

1) El paradigma de la redistribución centra su atención en injusticias de índole socioeconómicas enraizadas en la estructura económica de la sociedad. Por ejemplo, explotación, privaciones y marginación económica.

En cambio el paradigma del reconocimiento entiende las injusticias no en términos económicos sino en términos culturales, lo cual presupone su enraizamiento en patrones culturales de valor institucionalizados. Por ejemplo la dominación cultural, el no-reconocimiento y la falta de respeto.

2) Ambos enfoques proponen diferentes remedios para la injusticia. Para el paradigma de la redistribución, el remedio es algún tipo de reestructuración económica, como por ejemplo la redistribución del ingreso, la reorganización de la división del trabajo o la transformación de otras estructuras económicas básicas de manera que la brecha entre pobres y ricos tienda a disminuir.

Para el paradigma del reconocimiento, al contrario, el remedio para la injusticia sería alguna forma de cambio cultural o simbólico. Por ejemplo, podría involucrar una revalorización ascendente de las identidades menospreciadas, la valorización positiva de la diversidad cultural o una reconstrucción de las jerarquías de valor de modo tal de modificar las identidades de todos.

3) Ambos paradigmas suponen diferentes concepciones de las colectividades que sufren injusticias. En el caso del paradigma de la redistribución, los sujetos colectivos de la injusticia son clases o colectividades cuasi clasísticas, definidas económicamente por una relación distintiva con la estructura económica social, como por ejemplo, la clase trabajadora explotada, los excluidos del trabajo, etc.

En el caso del paradigma del reconocimiento, las víctimas de las injusticias no es una clase económica del tipo marxista sino grupos de estatus más weberianos. Estas víctimas no se definen en términos de producción sino en términos de reconocimiento: ellos no han sido reconocidos o han sido infrareconocidos otorgándoseles menor prestigio, honor o estima. El clásico ejemplo es el grupo étnico de baja condición y, más actualmente, las minorías sexuales.

4) Ambos enfoques suponen distintas formas de entender las diferencias grupales. Así, el paradigma de la redistribución trata esas diferencias como diferenciales injustos que deben ser abolidos, mientras que el paradigma del reconocimiento las trata ya sea como variaciones culturales que deberían celebrarse o como oposiciones jerárquicas construidas discursivamente que deberían reconstruirse.

Condensado de Fraser N, La justicia social en la era de las 'políticas de identidad': redistribución, reconocimiento y participación. Apuntes de Investigación N° 2/3. Buenos Aires: CECYP, sin fecha.

LIDERAZGO

Definición.- Liderazgo es un tipo especial de relación entre un individuo y otros donde el primero, llamado líder, influye sobre los demás llamados seguidores, más de lo que es influido por éstos. O sea, liderazgo es la influencia potencial de una posición A sobre otras B, C, etc, en un área particular de cuestiones. El liderazgo emerge de la interacción grupal por consenso. En cambio la autoridad es impuesta desde afuera, por el exogrupo.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 2.

Características.- Los miembros aceptan ser dirigidos por uno o varios miembros (líderes) porque ellos son la vía más adecuada para lograr los objetivos del grupo (objetivos que satisfacen sus necesidades). Del líder no interesa lo que es o lo que sabe, sino lo que hace para satisfacer las necesidades grupales: es la concepción funcional del líder. Por ejemplo, fijar metas, alentar, resumir lo hecho, etc. Al variar las necesidades varían las características exigidas al líder. O sea, el liderazgo como función, es móvil.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 2.

Fuentes de poder del liderazgo.- El liderazgo implica una posición diferenciada, una función móvil y una relación de influencia, así como una cierta persistencia. Lo que funda la persistencia es lo que French y Raven llaman las 'fuentes del poder', las cuales son cinco (alguna predominará sobre otra, pero están siempre todas. Por ejemplo, en un maestro):

- 1- Poder de recompensas y castigos (el líder gratifica o frustra)
- 2- Poder de coerción (el líder es capaz de obligar)
- 3- Poder legítimo (en tanto representa las imágenes parentales)
- 4- Poder referido (basado en el afecto, amistad o prestigio. Ejemplo: Los Beatles)
5. Poder experto (el líder es alguien que sabe. Debe estar en el liderazgo democrático).

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 2.

Clasificación del liderazgo.- En todo grupo hay una actividad intelectual y comportamientos afectivos. En función de ellas, los liderazgos pueden ser:

- 1- Instrumental (de tarea, de locomoción o de fines). Dirige las actividades intelectuales o racionales.
- 2- Expresivo (o de persistencia del grupo). Mantiene afectivamente el grupo en tanto tal.

El liderazgo instrumental encarará problemas de logro, mientras que el liderazgo expresivo problemas de proceso (rivalidades, tendencias autodestructivas, conspiraciones, etc, todos problemas que requieren un mayor gasto energético). Estos últimos problemas tienen relación con los supuestos básicos de Bion.

Ambos tipos de liderazgo coexisten y casi siempre están en una misma persona. El liderazgo instrumental puede a su vez ser: a) centrado en el líder (centralizado, enérgico), o b) centrado en el grupo (relajado, disperso, con mucha comunicación interna). Predomina el primer tipo cuando hay que dar una rápida solución a problemas, y el segundo en casos de discusión y decisiones grupales.

Sobre esta base, Lewin y seguidores indicaron tres tipos de estilos de liderazgo según su grado de influencia sobre el grupo:

- 1- *Autoritario*: asigna tareas, designa grupos de trabajo, dicta pasos a seguir, no da razones y premia o castiga casi arbitrariamente. Se compromete con el grupo.
- 2- *Democrático*: favorece las discusiones grupales, orienta las decisiones, bosqueja pasos a seguir, no asigna ni designa sino que propone, y decide el consenso. Se compromete emocionalmente, participa.
- 3- *Laissez-faire*: es pasivo y si es líder lo es por ser experto, por prestigio o por legalidad psicológica. No participa ni se compromete, y está por si el grupo requiere auxilio.

El grupo autoritario puede provocar dos reacciones excluyentes: agresiva y apática, lo que dependerá de la dependencia de los miembros y la actitud represiva del líder. La agresiva implica rebeldía y unión entre los miembros, lo que falta en la reacción apática. En esta última encontramos frustración, que puede transformarse en agresión. Esta agresión puede ir contra el líder, el exogrupo o algún miembro tomado como chivo emisario. En el apático hay menos satisfacción, menos responsabilidad y compromiso, pero también lo hay en el agresivo si lo comparamos con el liderazgo democrático. En el liderazgo autoritario hay más rapidez de reacción, pero a la larga aumenta la agresión y la frustración. El liderazgo democrático es el más efectivo, pues crea vínculos positivos, da sentido de pertenencia, y el más eficaz para cumplir con la tarea.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 2.

Liderazgo y coordinación.- No es lo mismo líder que coordinador. Coordinación es una relación entre un individuo y otros donde el primero organiza las actividades de los demás para facilitar un autoaprendizaje de mejores comportamientos. Puede o no ser miembro del grupo pero debe comprometerse con el mismo. No es el líder, pero puede llegar a serlo. Reconoce al líder e influye sobre el grupo a través de él.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 2.

Las estructuras de comunicación y liderazgo.- Una red se define como un sistema de enlaces entre los miembros que utilizan todos los canales de comunicación disponibles. Una estructura de comunicación es una red donde, de hecho y por diversas razones, algunos canales no son utilizados.

Hay un estrecho vínculo entre comunicación y liderazgo: los más informados o los que más información reciben son los líderes o los próximos al líder. Por ello son los más indispensables y los más aptos para corregir errores.

El líder democrático busca extender la comunicación entre los miembros.

Se llama '*diámetro*' a la distancia más corta (menor número de canales) entre los miembros más lejanos que participan en una red. De ello se deducen dos cosas: 1) cuanto menor número de canales haya, mayor cantidad de miembros estarán informados; y 2) cuanto menores sean los diámetros, más pronto estarán todos informados plenamente. Ambas cosas apuntan a reducir al mínimo los enlaces y canales superfluos. Ello puede lograrse mediante grupos de discusión en liderazgos democráticos.

Otro concepto es el de '*célula abierta*', que es el miembro a través del cual debe transmitirse la información desde una subred a otra, desde un subgrupo a otro o desde un grupo a otro. Si queremos influir en un grupo entraremos por estas células que deben ser lo más centrales e interdependientes posibles para acceder a las diferentes partes de la estructura grupal.

Los grupos grandes tienen una limitación en cuanto a lo comunicacional: algunos miembros pueden no participar, ser silenciosos o ser apartados de la comunicación por quienes ocupan posiciones más centrales (es decir por quienes se comunican más entre sí). Por ello son preferibles los grupos de discusión pequeños, donde todos tienen oportunidad de participar.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 2.

Líder y persona central.- Redl prefiere hablar de 'persona central' y no de líder porque la persona central no es, como el jefe de la masa freudiana, impuesto sino es un emergente natural del grupo.

La relación entre la persona central (PC) y los demás se da de tres maneras: a) La PC es objeto de identificación (amor u odio) para los demás. b) Es objeto de impulsos amorosos y/o hostiles. c) La PC puede actuar como soporte del yo, reforzando el yo de los demás miembros. Esto último explica porqué en momentos de gran ansiedad (debilidad yoica) se busca un líder en el cual apoyarse, lo que aumenta la cohesión grupal.

Redl enumera diez maneras de formación de un grupo, según diez roles que asuma la PC:

1- *El soberano patriarcal*: niños que forman un grupo porque incorporan su superyo a la PC. Hay emociones compartidas.

2- *El líder*: incorporan el Ideal del Yo, y también hay emociones mutuas. Coincidencia con Freud.

3- *El tirano*: los niños incorporan a su propio superyo el superyo de la PC. Se dan emociones compartidas por un sentimiento de temor al agresor.

4- *La PC como objeto de amor*: por ejemplo algún músico entre los adolescentes.

5- *La PC como objeto de odio*: es el chivo expiatorio. También aquí hay emociones compartidas porque todos odian a la misma persona.

6- *El organizador*: la PC es útil a los yoes pues les da medios para satisfacer sus impulsos indeseables, impidiendo que aparezca culpa.

7- *El seductor*: La PC es útil a los yoes porque los inicia, impidiendo también la aparición de culpa y ansiedad.

8- *El héroe*: igual que el anterior sólo que el acto de iniciación se orienta hacia la contradicción entre valores morales y la autoprotección cobarde (ansiedad persecutoria). Con ello es posible dominar las tendencias indeseables hacia la sumisión cobarde.

9- *La mala influencia*: La PC es útil al yo de los integrantes potenciales por "la influencia del carácter infeccioso del área no conflictiva del yo respecto de la conflictiva", con lo cual se ahorran conflictos y ansiedades y el consecuente desgaste emocional.

10- *El buen ejemplo*: La PC es útil a los yoes igual que en el caso anterior, sólo que en el caso 9 la solución conducía a impulsos indeseables, y aquí lleva a valores morales, o sea, los niños pueden reprimir lo indeseable por un mandato superyoico. En las diez formaciones siempre hay emociones grupales compartidas.

Según Redl, el líder proporciona un clima al grupo (o una 'cultura' en los términos de Stock y Liberman). Por ejemplo una maestra puede generar una cultura de rigor al imponer premios y castigos. Otro ejemplo es la cultura del chantaje ('estos chicos me hacen sentir mal'). Otra tercera forma de manejar el clima es apelando al prestigio (los buenos tienen prestigio, dentro del grupo ocupan una posición importante y el que no, queda afuera como forma de castigo).

Sintetizamos en el siguiente esquema los diez tipos de persona central (o roles que esta puede jugar), en relación con las tres características o modos de formación grupal antes expuestas:

A. La persona central como objeto de identificación	
1. Incorporación a la conciencia (sobre la base del amor).	El soberano patriarcal

2. Incorporación al ideal del yo (sobre la base del amor).	El líder
3. Identificación con el agresor (sobre la base del temor).	El tirano
B. La persona central como objeto de pulsiones	
4. Como objeto de pulsiones de amor.	El objeto de amor
5. Como objeto de pulsiones hostiles.	El objeto de odio
C. La persona central como soporte del yo	
6. Proporciona medios para la satisfacción de las pulsiones.	El organizador
7. Disuelve situaciones de conflicto mitigando la culpa y la ansiedad mediante la técnica del acto de iniciación al servicio de la satisfacción de las pulsiones.	El seductor
8. Disuelve situaciones de conflicto mitigando la culpa y la ansiedad mediante la técnica del acto de iniciación al servicio de la defensa contra las pulsiones.	El héroe
9. A través del 'carácter infeccioso de la constelación no conflictiva de la personalidad respecto de la conflictiva', puesto al servicio de la satisfacción de las pulsiones.	La mala influencia
10. A través del 'carácter infeccioso de la constelación no conflictiva de la personalidad respecto de la conflictiva', puesto al servicio de la defensa contra las pulsiones.	El buen ejemplo

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 6.

MARGINACIÓN

Definición.- El autor plantea una nueva definición de marginación, y se exponen mecanismos, sistemas y procesos mediante los cuales las sociedades occidentales avanzadas europeas institucionalizan las situaciones de marginación con el fin de dotarlas de funcionalidad para la perpetuación de los intereses de las estructuras de poder.

Entendemos por marginación social determinadas situaciones estructurales y pautas de comportamiento, que se alejan del tipo ideal latente en la representación simbólica con que la cultura dominante formaliza la sociedad, tan sólo dotadas de trascendencia social cuando afectan a grupos excluidos del modo normalizado de vida que establecen las relaciones de producción, reproducción y legitimación social.

Así, la marginación social es una realidad objetiva, y no subjetiva e individual. La situación de marginación, además, viene definida por aquellas acciones que se oponen al tipo ideal de la cultura dominante: se incluyen acciones penalizables, rechazables, condenatorias, etc. Surgen así oposiciones con el tipo ideal: familia-prostitución, pureza de la raza-xenofobia, etc. Normalidad y marginación son dos caras de la misma moneda, que se pueden analizar macrosociológicamente (necesidades sociales de producir mecanismos de marginación) y microsociológico (como cada sujeto se desvía de la media).

Condensado de Manzanos Bilbao César (1996) Cárcel y marginación social. Capítulo 6, punto 1.d.

Modelo conceptual para el análisis de las situaciones problemáticas derivadas de la marginación social.- Diferenciamos tres categorías conceptuales que configuran y entroncan estructuralmente las situaciones de marginación social:

a) Las situaciones objetivas: Situaciones objetivas de marginación son por ejemplo la explotación y la privación económica, el desempleo, el racismo, la división sexista del trabajo o la exclusión de la mujer de la vida social. Tales situaciones objetivas son típicas de cada sociedad.

b) Los determinantes sociales y los grupos vulnerables: Las situaciones sociales que afectan a los grupos vulnerables pueden ser crónicas (afectan a ciertos sectores toda su vida: ser mujer, ser deficiente físico, etc); universales-temporales (afectan solo una parte de la vida: infancia, vejez, etc); y específicas (afectan a ciertos sectores: pobres, desempleados, etc).

c) Las situaciones problemáticas específicas: Se definen como las consecuencias de situaciones objetivas de marginación, generalmente acumuladas, que al manifestarse en ciertos grupos sociales vulnerados, originan fenómenos de marginación: prostitución callejera, mendicidad, malos tratos, desocupación, delincuencia, etc. Muchas personas son marginadas por varios de estos motivos al mismo tiempo.

En este capítulo se estudian especialmente las familias marginadas. La marginación es un fenómeno necesario: la sociedad la funcionaliza ideológicamente para mantener los umbrales de insatisfacción, para controlar aspiraciones, regular respuestas y reinterpretar conflictos provocados por los sujetos divergentes.

La marginación queda así institucionalizada como consecuencia de la necesidad de dar una respuesta a la patología social (degradación del ambiente, etc): la lógica del sistema permite reintegrar o excluir a ciertos individuos del seno social. El sistema económico instaura por ejemplo la jubilación: si el anciano no queda cubierto por ahorros o por su familia, pasa a ser un marginado.

Las reacciones discriminatorias se justifican diciendo que es preciso segregar momentáneamente a ciertas personas para poder rehabilitarlas y luego reintegrarlas al seno social. Es contradictorio, porque al mismo tiempo se los está desocializando y resocializando. En la realidad, la marginación condena, aísla y reprime.

Hay otras justificaciones, como la religiosa (la marginación es para hacer penitencia, conversión religiosa), social (la cárcel es para socializar), política (hay que mantener una disciplina) y económica (algunos deben ser marginados para que otros ganen más).

Condensado de Manzanos Bilbao César (1996) Cárcel y marginación social. Capítulo 6, punto 1.d.

MARGINALIDAD

Generalidades.- Cuando hablamos de individuos con conductas sociopáticas –dentro de las cuales podríamos incluir las mentiras, las adicciones, los robos y otras conductas delictivas, entre otras muchas– tendemos a pensarlas como fenómenos de la marginalidad, esto es, como conductas de margen.

Desde el punto de vista del individuo, podemos comprender a las conductas marginales como un síntoma: como tal revelan un conflicto y en sí mismas también representan un intento de solución. Pero este individuo no puede pensarse en forma aislada, pues se hace a sí mismo, se co-construye en el ejercicio de múltiples interacciones dialógico-lingüísticas y conductuales. Entre las cuales las que se dan en el interior familiar se reconocen como las más fuertes y primitivas. Por este motivo, tendemos a considerar el síntoma en su aspecto relacional como emergente de una peculiar forma de interacción en el interior de la familia.

Serebrinsky. H, Familias marginales. INTERPSIQUIS. 2006; (2006).

Familias marginales.- Es claro que la conducta marginal implica una trasgresión a una norma o ley social y también a una ley, pacto o mandato familiar. La trasgresión consiste en efectuar un acto que no coincide con lo consensuado a través de la palabra: aparece una incongruencia entre la palabra y el acto. Y como consecuencia, la palabra pierde valor y credibilidad, y por lo tanto el tema de la verdad se convierte en una verdadera cruzada para la familia. En cierta forma, la familia viene a la terapia queriendo saber cuál es la verdad, acusando al paciente identificado por sus actos delictivos, pero sin entender el porqué, ni las circunstancias que lo llevaron a cometer estos actos. Los padres se preguntan en dónde fallaron, qué es lo que faltó –pregunta que podemos entender según el doble significado de la palabra falta, el de la falta de algo y el de la trasgresión–.

Así buscan un juez que los alivie en esta constante culpa de no entender, le piden al terapeuta que diga cuál es la verdad, que ponga palabras que sentencie el acto delictivo: culpables o inocentes. Se lanzan a bucear en la historia buscando el porqué incansable de los hechos, para nunca creerlo –sin entender que de cualquier manera que se defina la verdad, ésta implica el acuerdo del sujeto con los otros.

Si volvemos a la idea de trasgresión, el desafío es pensar en cómo se ha instalado la ley, cómo han construido los miembros de esa familia, a partir de sus mutuas relaciones e interacciones, la significación de conceptos tales como “mentira”, “traición”, “trasgresión”, “soledad”, “estafa”, “dolor”, etc.

Las familias en las cuales aparecen uno o más miembros con conductas marginales tienden a establecer un estilo de relación basado en la confusión. Las jerarquías (que implican la posibilidad de hacer respetar y cumplir la ley) son difusas, poco claras, y están puestas al servicio de la incertidumbre. Lo que está bien y lo que está mal, lo que está permitido y lo que está prohibido, no ya desde lo social, sino desde lo familiar, variará según quién lo proponga, a quién y delante de quién.

Siguiendo esta línea, entonces, hablamos de familias marginales pensando en el modo en que se instalan los diálogos y el tipo de relación a que dan origen: diálogos que se dan al margen de otros diálogos o al margen de alguien y relaciones que se dan al margen de otras relaciones o dejando en el margen a otras. Este enfoque se aparta del uso habitual y social del término ya que la familia como grupo no comete el acto marginal, sino que lo hacen uno o varios de sus miembros.

Lo importante en estos casos será conocer qué es lo que se coloca al margen y de qué o de quienes, pues esta dinámica da lugar a los juegos de exclusión–inclusión característicos de estas relaciones. La confusión que se da en estos casos puede ser leída como “fusión con”, es decir, estar pegado a algo: a un mandato a un miembro de la familia o a un lugar. Pero si miramos más detenidamente nos damos cuenta que el sujeto marginal no se encuentra “pegado” estrictamente al entorno familia –porque de ser así acataría el mandato de los padres, especialmente el del padre– pero es un hecho que tampoco puede salir, y por eso decimos que se encuentra al margen.

Serebrinsky. H, Familias marginales. INTERPSIQUIS. 2006; (2006).

MEAD, GEORGE

Biografía y obra.- George Herbert Mead (EEUU, 1893-1931) estudió en Harvard filosofía y psicología, y fue discípulo de Wundt y Ebbinghaus, aunque Dilthey influyó sobre él en cuanto a concebir la psicología como ciencia del espíritu. También fue pragmático, siguiendo la huella de W James, y su postura se llamó conductismo social (según Morris) o interaccionismo simbólico (según Blumer).

Para Mead el individuo es un producto de la interacción recíproca entre individuo y sociedad, de la cual surge la “mente”, superando así la controversia individuo-sociedad de Tarde y Durkheim, así como la dicotomía ciencia natural – ciencia del espíritu y el dualismo cartesiano mente-cuerpo. Fue influenciado por el darwinismo.

Mead plantea la anterioridad histórica de la sociedad sobre la persona, y por ello es una psicología social sociológica. La mente surge en el devenir de la comunicación –la conversación de gestos significantes- y en la experiencia social de las personas. Mead elabora una teoría genética, mostrando como deviene la persona, el ser conciente de sí o conciencia reflexiva.

La persona se mira a sí misma como antes fue mirada por otros, lo que se cumple a través de gestos significantes (idea de Wundt), que son símbolos universales. La persona toma el rol del otro al verse a sí misma desde el punto de vista de la otra persona, y esto está posibilitado por el lenguaje.

Mead utiliza las metáforas del juego y el deporte para mostrar el desarrollo de la persona a partir de incorporar roles de personas significativas. El juego le permite explorar las actitudes de los otros hacia él, y en el deporte adopta la actitud de todos los miembros que comparten las mismas reglas, aprendiendo así las normas e incorporando finalmente el "otro generalizado".

Condensado de Seidmann Susana, Historia de la psicología social (artículo). Publicación interna de la cátedra de psicología social de la carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 2001.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Generalidades. - *Para una guerrilla semiológica.* - Hoy, un país no pertenece a quien controle la policía o el ejército, sino a quien controle los medios de comunicación. La información dejó de ser un instrumento para producir bienes económicos, para convertirse en un bien en sí mismo y en el principal de los bienes. Los medios de comunicación de masas no son portadores de ideología, son en sí mismos una ideología.

Un problema proviene de los mensajes ambiguos, y entonces dan lugar a múltiples interpretaciones. Nadie regula el modo en que el destinatario interpreta el mensaje. Muchos creen equivocadamente que pueden controlar el mensaje controlando el canal (por ejemplo la radio, la TV, etc) o la fuente (quién emite información). La solución pasa por una 'guerrilla semiológica', o sea actuar no a nivel de donde sale la información (fuente) sino adonde llega, a los diversos destinatarios, mostrando por ejemplo que los mensajes se pueden interpretar de muchos modos. La propuesta es que la audiencia pueda controlar el mensaje y sus múltiples posibilidades de interpretación.

La multiplicación de los media. - Los medios de comunicación de masas (mass media) tienen dos características: son genealógicos, y carecen de memoria. Son genealógicos porque toda nueva invención produce imitaciones en cadena, una especie de lenguaje común. No tienen memoria porque nadie puede recordar quién la empezó a la cadena y se confunden fácilmente el fundador de la estirpe con el último de los nietos. Esto no sucede con las artes, donde se recuerda a los primeros pintores o escritores.

Los mass media se han multiplicado enormemente, han invadido todos los ámbitos de la vida cotidiana. Ellos están en todos lados.

TV: la transparencia perdida. - Hoy tenemos la Neo-televisión, o NeoTV, que cada vez habla menos acerca de la realidad exterior y cada vez más habla de sí misma, y del contacto que establece con el público, sin importar qué diga y de qué hable.

Esto plantea el problema de ver cómo los medios de comunicación definen lo real, como diferencian información de ficción. Hay por un lado programas de información, que refieren acontecimientos ocurridos, esperándose que separen la información de los comentarios, cosa que muchas veces no sucede y entonces no se sabe qué ocurrió realmente y qué no.

Por otro lado están los programas de fantasía o de ficción (telenovelas, series, etc.), donde se propone al lector una ficción sin pretender que la crea. Sin embargo, encierra mensajes parabólicos que hablan sobre la realidad, tienen importancia política, cultural, etc.

Hay una diferencia importante entre hablar mirando a la cámara y hablar sin mirar a la cámara. Lo habitual que quien mire a la cámara se represente a sí mismo, mientras que quien habla sin mirar la cámara esté representando algún personaje. El actor no mira a la cámara porque quiere crear una ilusión de realidad, por ejemplo. El espectador tiende a identificarse con estos personajes que no miran a la cámara, son modelos de identificación.

Con respecto al sujeto que mira a la cámara, por ejemplo un locutor, el espectador tiende a creer que lo que dice es la realidad porque le están hablando a él. Pero aquí ya no está en cuestión la veracidad del enunciado sino la veracidad de la enunciación, que concierne a la cuota de realidad de todo lo que sucede en la pantalla.

Nos encaminamos, por tanto, hacia una situación televisiva donde la relación entre el enunciado y los hechos resulta cada vez menos relevante frente a la relación entre la verdad del acto de la enunciación y la experiencia de recepción por parte del espectador. Importa más que sea verdadero lo que sucede en la televisión, que lo que realmente sucede.

Así, es típico decir por la televisión: "Estoy transmitiendo, y esto es verdad". Es decir, se apunta no a la verdad de los hechos narrados, sino al hecho de que se está haciendo una transmisión.

Así, cada vez menos la televisión muestra acontecimientos, hechos que ocurren por sí mismos con independencia de la televisión y que se producirían también si esta no existiese.

En suma, el contacto con una TV que habla solamente de sí misma, implica privar al espectador de su derecho a la transparencia, de su derecho al contacto con el mundo exterior, con lo cual termina replegado sobre sí mismo.

Los modos de la moda cultural.- En los últimos tiempos asistimos al nacimiento, permanencia y descomposición de una serie de modas culturales que hablan de una incapacidad para hacer fructíferas sugerencias e ideas, líneas de investigación, temáticas y problemáticas.

Un ejemplo son pensadores que siguen siendo muy importantes, como Jakobson, pero que para muchos han 'pasado' de moda. Es algo inevitable de la cultura de la especialización del conocimiento; en tanto una cultura es vital, está sujeta a constante revisión y comunicación entre sus niveles, produciendo una moda para cada aspecto. No se trata de suprimir las modas, sino de controlarlas.

Cultura como espectáculo.- En los últimos tiempos ha aparecido, junto a la cultura 'seria' (como una sinfonía, un ballet, etc.) una cultura como espectáculo (una fiesta, donde incluso el público participa, como una mesa redonda, etc.). Al principio la gente iba a escuchar a un orador, después, del '68 en adelante, participaba y debatía con los oradores, y en una tercera fase, por último, el público escucha, participa pero no se quiere ir más, sigue quedándose sentado en las gradas, etc., como si quisiera escuchar palabras nuevas, como si quisieran estar juntos, compartir algo.

Los espectáculos 'culturales' pueden llegar a ser una falsa vida representada en el escenario y donde el público vive una ilusión a través de los personajes expuestos. Un modo de huir de los espectáculos organizados para crearnos otros.

La cháchara deportiva.- El deporte está regido por la idea de derroche, derroche de energías en algo aparentemente inútil, aunque se lo considere sano. El hombre tiene necesidad física y psíquica de jugar, de derrochar energía física e inteligencia. Sin embargo, es una forma de canalizar una energía que podría tener otras derivaciones más violentas.

El problema se duplica cuando además de haber deporte aparece lo que miran el deporte, el deporte como espectáculo, el cual incluye también el deporte como algo que se lee (revistas y diarios deportivos). Es la cháchara sobre el deporte que viene casi a reemplazar al deporte en sí. La cháchara deportiva, nacida del derroche inicial y razonado que era el juego deportivo, se convirtió en la magnificación del Derroche, y por lo tanto el punto máximo del Consumo.

El mundial y sus pompas.- Una cosa es el deporte como práctica sin fines de lucro donde el hombre compromete su cuerpo y lo hace funcionar a pleno, y otra cosa es el espectáculo deportivo, o deporte como espectáculo. El fútbol hoy no es deporte, sino espectáculo deportivo, y prueba de ello son los Mundiales de fútbol. La discusión deportiva es el sustituto más fácil de la discusión política: en vez de juzgar a un ministro, se juzga a un jugador.

La falsificación y el consenso.- Los progresos informáticos dan pie para hacer muchas falsificaciones, es la guerrilla de la falsificación. Se puede por ejemplo introducir datos falsos en un gran sistema informático de un gobierno o una empresa, y obtener un beneficio económico cobrando cheques, etc.

Otro efecto pernicioso de la tecnología son las fotocopias, que están poniendo en crisis la industria editorial.

Resumen de Eco Humberto (1995) La estrategia de la ilusión. Buenos Aires: Ediciones de la Flor. Capítulo 4.

MIGRACIÓN

Migración y trastornos del estado de ánimo.- Antecedentes: La migración es un factor de riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia. Objetivos: Examinar si la migración es también un factor de riesgo para el trastorno afectivo bipolar, el trastorno depresivo unipolar y los trastornos del estado anímico en general. Método: En Medline se buscaron estudios de incidencia poblacional referentes a los trastornos del estado anímico en migrantes y se computarizaron los riesgos relativos principales utilizando un modelo estadístico de efectos mixtos. Resultados: Se encontraron solamente algunos estudios relacionados con el trastorno depresivo unipolar. El riesgo relativo principal para desarrollar el trastorno afectivo bipolar entre migrantes fue del 2.47 (95% CI 1.33-4.59). Sin embargo, después de excluir a las personas de origen Africano-Caribeño en el Reino Unido, este riesgo ya no fue significativamente creciente. El riesgo relativo principal de los trastornos del estado anímico de una polaridad no específica fue del 1.25 (95% CI 1.04-1.49) y para cualquier trastorno del estado anímico fue del 1.38 (95% CI 1.17-1.62). Conclusiones: No existe ninguna evidencia concluyente para un incremento mayor en el riesgo de los trastornos del estado anímico asociados a la migración.

Sanne G. H. A. Swinnen and Jean-Paul Selten, Trastornos del estado de ánimo y migración. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 ENE; 190(1).

Migración y enfermedad mental.- La migración es un factor de riesgo para el desarrollo de esquizofrenia. Objetivos: Examinar si la migración es también un factor de riesgo para el trastorno bipolar, el trastorno depresivo unipolar y los trastornos del estado de ánimo en general. Método: Se buscaron en Medline estudios de incidencia de los trastornos del estado de ánimo entre emigrantes y se calcularon los riesgos relativos medios utilizando un modelo estadístico de efectos mixtos. Resultados: Sólo se recuperaron unos pocos estudios sobre el trastorno depresivo unipolar. El riesgo relativo medio de desarrollar un trastorno afectivo bipolar entre emigrantes fue de 2.47 (95% CI 1.33-4.59). Sin embargo, después de excluir a las personas de origen africano y caribeño en el Reino Unido este riesgo no se vio significativamente incrementado. El riesgo relativo promedio de los trastornos del estado de

ánimo de polaridad no especificada fue de 1.25 (95% CI 1.04–1.49) y aquella de cualquier trastornos de estado de ánimo fue 1.38 (95% CI 1.17–1.62). Conclusiones: No hay evidencia concluyente para el incremento del riesgo de los trastornos de estado de ánimo asociados con la migración. Swinnen S y Selten J, Trastornos del estado de ánimo y migración: Meta-Análisis. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2007 ENE;190(1).

Migración y psicosis.- “Se invoca con frecuencia las experiencias sociales adversas para explicar la tasa más alta de psicosis entre los grupos emigrantes. El propósito del presente estudio era establecer los factores socioambientales que distinguen a los pacientes psicóticos emigrantes de los pacientes autóctonos. Realizamos una encuesta transversal que involucró a 341 psicóticos emigrantes emparejados en cuanto a la edad y el género con 341 pacientes psicóticos autóctonos. Los pacientes emigrantes vivían más a menudo con su familia de origen, estaban inscritos con menos frecuencia con un psiquiatra de derivación y presentaban una tasa más baja de empleo y un porcentaje más bajo de uso inadecuado de alcohol y de intentos de suicidio. Nuestros hallazgos aumentan el conjunto creciente de resultados que muestran que es preciso centrar más atención en las variables socioambientales en la investigación de la psicosis. Sin embargo, hay que tener en cuenta varias limitaciones, particularmente con respecto a los sesgos de selección y la edad de comienzo de la enfermedad psicótica. Nuestros resultados son compatibles con la hipótesis de que el desempleo es un factor parcialmente responsable en el riesgo para la psicosis entre los grupos emigrantes. Las familias de los emigrantes son una piedra angular importante en el proceso de atención sanitaria mental de sus familiares enfermos. Es preciso adaptar nuestros modelos de servicio con el propósito de hacer más fácil el tratamiento para los pacientes emigrantes”. Fossion P y otros, Psicosis, migración y ambiente social: un estudio con control de la edad y el género. EUROPEAN PSYCHIATRY. 2004; 19(6):338-343.

Inmigración y depresión.- “Las migraciones constituyen actualmente uno de los más importantes fenómenos socioculturales y políticos. En general, los inmigrantes gozan de buena salud, aunque la inmigración es un factor de riesgo para la salud mental. Esta población presenta problemas específicos comunes como procesos de adaptación, síndromes depresivos u otros problemas psiquiátricos. El «síndrome de Ulises», la depresión y la distimia son las patologías más frecuentes entre los inmigrantes extracomunitarios no regularizados atendidos en dispositivos específicos. Entre los atendidos en Servicios de Salud Mental en situación regular, los diagnósticos más frecuentes son trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos de forma semejante a la población autóctona española. Dada la repercusión de los aspectos socioculturales en el desarrollo y manifestación de los problemas de salud mental es necesario el conocimiento de las demandas de los pacientes inmigrantes y la adecuación de los dispositivos actuales para su atención”. E Ochoa Mangado E y otros, Síndromes depresivos en la población inmigrante. REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA. 2005 MAR; 205(3):116 - 118.

Inmigración y enfermedad mental.- Las migraciones han contribuido al enriquecimiento de la diversidad cultural y racial en los países desarrollados. Las personas que emigran experimentan formas múltiples de estrés que pueden influir en su bienestar mental: pérdida de normas culturales, costumbres religiosas y sistemas de apoyo social, ajuste a una nueva cultura y cambios en la identidad y en el concepto de sí mismos. En consecuencia, en algunos grupos de inmigrantes se observa un incremento en la incidencia de enfermedades mentales. Los profesionales de la salud mental deben tener en cuenta las formas específicas de estrés y los aspectos culturales que afectan a los inmigrantes y a los refugiados, con objeto de poder atender mejor las necesidades de esta población cada vez más abundante y vulnerable. En este artículo se revisan los conceptos de emigración, desarraigo cultural e identidad cultural, y se analizan las relaciones existentes entre estos tres aspectos de la experiencia migratoria y la congruencia cultural. Se plantea la hipótesis de que la compleja relación existente entre el proceso migratorio, el desarraigo cultural, la identidad cultural y la congruencia cultural, junto con los diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, desempeñan un papel importante en el aumento de la incidencia de enfermedades mentales en los grupos de inmigrantes afectados”. Bhugra D y Becker M, Inmigración, desarraigo cultural e identidad cultural. WORLD PSYCHIATRY. 2005 ABR; 3(1)

Emigración y esquizofrenia.- “Los autores sintetizan los resultados de estudios anteriores que examinaron la emigración como factor de riesgo de esquizofrenia y ofrecen un índice cuantitativo del tamaño de efecto asociado. Se rastreó MEDLINE en busca de estudios de incidencia poblacionales de los inmigrantes en publicaciones de lengua inglesa aparecidas entre 1977 y 2003. Se relacionaron las bibliografías de los artículos y una base de datos australiana. Los estudios se incluyeron si los informes de incidencia ofrecían numeradores y denominadores y si se había efectuado, o los autores podían realizar, la corrección para la edad. De cada uno de los estudios se extrajeron o dedujeron los riesgos relativos de los grupos de inmigrantes. La importante heterogeneidad entre los estudios indicó la necesidad de un modelo metaanalítico de efectos mixtos. El riesgo relativo medio ponderado de que la

primera generación de inmigrantes presente esquizofrenia (40 tamaños de efecto) fue 2,7 (intervalo de confianza [IC] del 95 % = 2,3- 3,2). Un análisis independiente de la segunda generación de inmigrantes (7 tamaños de efecto) dio un riesgo relativo de 4,5 (IC 95 % = 1,5-13,1). Un análisis de los estudios que examinaron la primera y la segunda generaciones de inmigrantes y de los estudios que no diferenciaron las generaciones (50 tamaños de efecto) dio un riesgo relativo de 2,9 (IC 95 % = 2,5-3,4). Las comparaciones de los subgrupos dieron unos tamaños de efecto significativamente mayores de los inmigrantes provenientes de países en vías de desarrollo con respecto a los inmigrantes procedentes de países desarrollados (riesgo relativo = 3,3, IC 95 % = 2,8-3,9) y de los inmigrantes de países con una población mayoritariamente negra (riesgo relativo = 4,8, IC 95 % = 3,7-6,2 frente a blanca o ni negra ni blanca. El antecedente personal o familiar de inmigración constituye un importante factor de riesgo de esquizofrenia. Los patrones de riesgo diferenciales de los diversos subgrupos indican la importancia de los percances psicosociales en la etiología de la esquizofrenia”.

Cantor-Graae E y Selten J, Esquizofrenia y emigración: metaanálisis y revisión. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2005 ENE; 162(1):12-24.

Migración y esquizofrenia.- Existen evidencias científicas que sugieren que la migración es un factor de riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia, aunque no sigue estando del todo claro el mecanismo por el que se desarrolla. Para ello se utilizó el registro civil danés de 2,14 millones de personas residentes en Dinamarca con una edad de 15 años. El riesgo relativo de desarrollar esquizofrenia era de un 2,45 % en inmigrantes de primera generación, un 1,92 % entre los inmigrantes de segunda generación y un 1,60 % entre los daneses con una historia de residencia en el extranjero. Las conclusiones obtenidas indican que la migración confiere un riesgo creciente en el desarrollo de la esquizofrenia que no es solamente atribuible a los factores de la selección y puede también ser independiente al hecho de haber nacido en el extranjero.

Elizabeth Cantor-Graae, Carsten Bøcker Pedersen, Thomas F. Mcneil, Preben Ho Mortensen. La migración como factor de riesgo en la esquizofrenia. British Journal of Psychiatry. 2003 Feb; 182:117-122.

Migración y problemas de aprendizaje.- Bleichmar responde: hay patologías del 'tercer mundo', por ejemplo, modalidades confusionales, deteriorantes de la marginación y las migraciones, y que no tienen que ver con la modalidad de pensamiento indígena ni con la lógica en sentido progresivo hegeliano del capitalismo. Se vio que niños migrantes tenían problemas muy graves de conocimiento que no los tenían los niños pauperizados de familias proletarias del cinturón industrial.

La lógica del proceso secundario se juega en la represión originaria, pero está también en relación con la represión secundaria, la represión edípica: el Edipo complejo implica una lógica binaria (amor-odio, castrado-no castrado). Los niños enuncian verbalmente su deseo de casarse con el papá o la mamá.

Lo que se reprime secundariamente, no es algo que fue conciente desde los primeros tiempos de vida sino lo que estuvo articulado por una lógica del lenguaje, y es con lo que se trabaja en el análisis del neurótico. Lo originariamente reprimido no podría trabajarse pues nunca fue "representación palabra".

La familia migrante rompe con pautas de su cultura de origen y no puede inscribirse en las nuevas con sus formas singulares de organización de la constelación psíquica. Cada cultura tiene su modalidad para pautar las reglas edípicas. Una nueva cultura crea confusión, entonces. La transculturación crea también un problema de identidad, a su vez relacionada con los ideales y el conocimiento.

Condensado de Bleichmar S, Aportes psicoanalíticos para la comprensión de la problemática cognitiva. Incluido en Schlemenson S (comp) (1995) Cuando el aprendizaje es un problema. Buenos Aires: Miño y Dávila.

MINORÍA

Influencia de las minorías.- En psicología social tradicionalmente se ha estudiado el fenómeno llamado "conformidad", o sea, cuando un individuo acepta las normas del grupo (o también, cuando una minoría acepta las normas de la mayoría). Se supone que la conformidad tiene como principal función la de adaptar el mundo social al mundo físico y asegurar la eficacia del grupo. Sin embargo, igualmente importante es el fenómeno de la "innovación", por el cual un individuo empieza a influir sobre el grupo proponiendo cambios (o también, cuando una minoría empieza a influenciar a la mayoría). Esta innovación no implica una desviación que hay que corregir: forma parte del proceso de cambio social, y es tan importante como la conformidad, y no una simple desviación de esta última.

Debemos entonces preguntarnos qué es una innovación, y cómo definir una fuente de influencia minoritaria.

Entendemos por proceso de innovación todo proceso de influencia social, que generalmente tiene por fuente una minoría o un individuo que intenta, ya sea introducir o crear nuevas ideas, nuevos modos de pensar y de comportarse, o bien modificar ideas recibidas, actitudes tradicionales y antiguos modos de pensar o comportarse.

No basta con definir una minoría cuantitativamente, o sea diciendo que "son los menos", sino hay que definirla en relación con algún grupo dominante respecto de alguna opinión: por ejemplo según ciertas opiniones, algunos son minoría y otros mayoría.

Las minorías o grupos minoritarios pueden ser de dos tipos: anómicos (se oponen a la mayoría pero no buscan imponer normas propias) y los nómicos (también se oponen pero tienen una propuesta concreta, singular y específica). Los grupos nómicos se identifican porque pueden ser calificados o bien como heterodoxos (proponen nuevas normas) u ortodoxos (proponen retomar las normas existentes pero a ultranza, son más extremistas).

Los grupos nómicos son los que tienen alguna posibilidad de ejercer influencia sobre las mayorías. Los anómicos están condenados al ridículo.

Cuando surgen en el seno social dos sistemas diferentes de normas, se crean conflictos: una minoría activa quiere imponerse, contra otra mayoría también activa que busca mantener sus normas.

Cuando más fuerte sea el conflicto, más necesidad habrá de resolverlo. Una forma de resolverse es cuando las mayorías finalmente ceden a la influencia minoritaria, sin llegar a ser una sumisión. Generalmente el problema se resuelve negociando, haciendo mutuas concesiones, que tampoco deben ser demasiado grandes.

Si la minoría logra imponerse ello se debe sobre todo a que los sujetos que la integran son personas 'consistentes', o sea que manifiestan gran seguridad en lo que hacen y siguen su idea siempre. Es decir, tienen un determinado estilo cognitivo que los hace de una mayor capacidad de innovación. Estos estilos de comportamiento consistentes ejercen mucha influencia sobre otras personas que poseen un estilo de comportamiento no tan consistente, es decir son vacilantes, no saben muy bien que norma adoptar.

Estilo de comportamiento: Es un conjunto de señales intencionales verbales o no, que expresan la situación presente y la futura evolución de la persona que tiene dicho estilo.

Los estilos pueden ser de varios tipos: consistencia, inversión, autonomía, equidad y rigidez. El estilo consistente busca no contradecirse, repetir persistentemente una afirmación, dar pruebas lógicas de lo que dice, etc, y por ello puede tener tanta influencia para producir innovaciones. Para ser influyente, una minoría debe ser consistente.

En suma, las minorías pueden ser fuentes reales de influencia a condición de que su estilo sea percibido como el reflejo de su consistencia, de su seguridad y de su compromiso respecto de los puntos de vista que quieren imponer.

La mayoría aceptará la posición minoritaria no solo si advierte que la minoría está formada por personas consistentes (atribución personal) sino además si el nuevo punto de vista es realmente eficaz (atribución al objeto).

Hay factores que facilitan y otros que frenan la influencia de una minoría. Si la minoría depende mucho de la mayoría será más difícil que esta produzca innovaciones. También, si la nueva idea a imponer es poco importante para toda la sociedad, tampoco tendrá posibilidades de imponerse. Influye también el estilo de comportamiento de la mayoría: si es un estilo rígido que se resiste al cambio, la minoría tendrá poco éxito.

Una minoría es más eficaz para imponerse en los grupos fuertemente cohesionados que en los débilmente cohesionados, y cuando es capaz de influir sobre las personas más influyentes de ese grupo, y cuando no corre el riesgo de ser excluida del grupo. También, una minoría es más eficaz si dentro del grupo mayoritario no hay fuertes influencias de unos individuos sobre otros.

Una minoría resulta más influyente cuando tiene ocasión de ejercer su influencia sobre grupos aislados. Interesa también el grado de persuasión que la minoría ponga en sus argumentos para defender su innovación.

Para juzgar las opiniones, viejas o nuevas de los demás, usamos tres normas: la objetividad (intentamos comprobar la opinión a ver si es cierta), la preferencia (si nos gusta o no esa opinión), y la originalidad (si nos produce sorpresa por ser novedosa). La innovación tiene que ver con esta última, pero debe vencer también la prueba de la objetividad y de la preferencia: una nueva opinión se impone no solo por ser novedosa sino también por ser útil, eficaz y gustarnos.

En suma, se sostiene aquí la teoría de la consistencia, no la teoría de la dependencia: o sea, una innovación se introduce por el estilo consistente de comportamiento de la minoría, y no por el grado de dependencia de un grupo sobre otro debido por ejemplo a que un grupo es mayor que el otro, o tiene más poder, etc. Las mayorías no siempre son más influyentes que las minorías.

Resumen de Doms M y Moscovici S (1989) Innovación e influencia de las minorías (artículo).

NORMA

Definición.- Las normas son "patrones de conducta compartidos por los miembros de un grupo social, a los que se prevé que ellos han de ajustarse, y que son puestos en vigencia mediante sanciones positivas y negativas".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 623.

ORDEN SOCIAL

La materialización del orden social.- El mundo social se materializa en un conjunto de personas, pero tiene que ver con un conjunto de acciones recíprocas entre ellas, donde podemos prever qué hará el otro ante tal o cual circunstancia. De otra forma habría caos en vez de orden social.

La vida humana se nos presenta como regular y organizada ya que hay pautas de comportamiento definidas. Nos sentimos en una totalidad relativamente estable y predecible. Esta apariencia de regularidad y estabilidad es lo que en psicología social se llama 'orden social'.

Tradicionalmente se consideró la sociedad como un objeto de estudio, como algo 'real' que está afuera del hombre y del cual podemos tener un conocimiento científico. Frente a esta tradición, la concepción etnometodológica del orden social incluye al investigador social en la sociedad misma, y se pregunta de qué manera las personas (incluidos los psicólogos) crean y mantienen entre sí el presupuesto de que la sociedad es real, es decir, el presupuesto tradicional. Desde esta perspectiva, lo real no es la sociedad sino los 'métodos' usados para construir conjuntamente entre todos ese orden social, y eventualmente alterarlo.

Construcción del orden social.- El hecho de que una parte considerable de la vida social sea rutinaria y repetitiva nos permite abordar ciertas situaciones o actividades como si fueran objetos estáticos: la familia Smith, el curso de psicología social, etc. Sobre esa base de la rutina es que se llega a construir cierto orden social.

Normas.- El orden social nos permite experimentar el mundo como algo estable y predecible. Una manera en como adquirimos esta idea de orden social es a través de las expectativas que compartimos con los demás: sabemos lo que tenemos que hacer y lo que no, y estos requerimientos son las *normas*, que definimos como patrones de conducta compartidos por los miembros de un grupo social a las que supuestamente deben ellos ajustarse, y que se mantienen vigentes por sanciones positivas y negativas. Las normas varían con cada grupo social. Por ejemplo en cada cultura hay ciertas normas que pautan el comportamiento de los hombres y otras el de las mujeres.

Orden negociado.- El orden social es negociado en forma constante en el curso de la interacción social. Las normas no son rígidas ni estáticas y el orden social tampoco: debe ser construido y moldeado a medida que repetimos, reafirmamos y reconstruimos los actos sociales. Es un orden negociado: establecemos acuerdos mutuos, entendimientos tácitos, transacciones infortunadas y ajustes compulsivos mediante procesos de manipulación, persuasión, instigación, diplomacia y negociación o trueque. Es así que puede haber orden en situaciones de cambio, y que experimentemos el cambio como algo ordenado.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós. Capítulo 7.

OTRO GENERALIZADO

Definición.- Aplícase al concepto que un individuo posee de los otros; de la alteridad en contraste con su mismidad. En los individuos maduros incluye la atribución a los otros seres de un sí mismo independiente análogo, en rasgos generales, a la propia persona.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PERSUASIÓN

Persuasión y cambio actitudinal.- La persuasión es el intento deliberado de influir en las actitudes o en las conductas de otros, para alcanzar algún fin. Para estudiar este proceso debemos ver qué pasa con el comunicador (que pretende persuadir), con el mensaje, y con el destinatario (el que será persuadido).

El comunicador.- Debe reunir ciertas cualidades. Primero, ser sincero; segundo, ser experto en el tema en que se quiere persuadir; tercero, debe ser agradable como persona; cuarto, debe ser lo más parecido al persuadido, pues las personas no se dejan persuadir tan fácilmente por alguien muy distinto a ellos; y quinto, la persuasión es mayor si son varios o muchos los comunicadores que persuaden sobre lo mismo.

El mensaje.- Es persuasivo si reúne ciertas características, como por ejemplo si hace una apelación al temor (si no hace esto le pasará esto otro), si tiene conclusiones no explicitadas (si el orador no enuncia su conclusión puede hacerse más creíble pues son los mismos oyentes los que sacan la conclusión), si son comunicaciones parciales (la comunicación parcial, o sea indicar los argumentos en contra y criticarlos, suele ser más efectiva en públicos poco instruidos o informados), y por último si incluyen una involucreción personal (en general es más persuasivo el mensaje que admite la libre discusión del público, donde este interviene en los argumentos y las discusiones).

El destinatario.- La relación entre la personalidad del destinatario y su persuadibilidad depende de la naturaleza y la fuente del mensaje. Investigaciones hechas revelan que cuanto más arraigada sea la actitud, menos persuadible será la persona porque esa actitud está conectada con otras creencias también sólidas. Adoptar roles también influye (teatralizar ser enfermo de cáncer influyó para que la gente fumara menos). Otra investigación mostró que si una persona da a conocer públicamente su posición en un tema y luego es muy atacada, se resiste más a la propaganda contraria y se aplica más a la causa que defiende. En otros estudios, se vio que si una persona es alertada que le dirán algo con lo que no está de acuerdo, aumentan sus resistencias a dejarse persuadir por esa nueva idea.

Otro punto es que en general buscamos información acorde con nuestras creencias, pero puede ocurrir que tomemos contacto con ideas distintas por una cuestión de novedad, o por una cuestión de equidad intelectual que nos obliga a conocer el punto de vista opuesto. Pero las personas recuerdan mejor la información que está más de acuerdo con sus propias actitudes y creencias.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós. Capítulo 6.

PODER

Generalidades.- 1. El poder como violencia o como derecho.- Hoy en día ignoramos qué es el poder, quién lo tiene y de dónde le vino: sabemos quien no lo tiene pero no quien lo tiene.

Asociamos 'poder' con 'fuerza': el poder es el ejercicio de una fuerza aplicada hacia algo o alguien, como una potencia. El materialismo ingenuo sostiene que el poder es el ejercicio de la fuerza, postura sostenida por ciertas tendencias de la etología que ven en el hombre a un animal violento. Para Hobbes el hombre, antes de constituirse en sociedad, estaba en guerra de todos contra todos: la violencia era algo natural. El hombre pasa del 'estado de naturaleza' a la 'sociedad civil' cuando advierte que de seguir así desaparecerá la vida misma, momento donde debe renunciar a sus derechos individuales, y, gracias a un "pacto social", instaurar el poder como derecho absoluto, devenido de una ley. En verdad, no desaparecen las fuerzas, sino que estas alcanzan un nuevo equilibrio. El poder civil se trasladará a las instituciones y estas nuevamente ejercerán la violencia del poder, una especie de retorno de la sociedad civil al estado de naturaleza, como una inversión del pacto social. Por ejemplo, la tiranía política engendra el terrorismo.

2. La ambigüedad del poder penal.- Como fuerza de sumisión, el poder se ejerce en tres formas: poder penal, poder remunerativo y poder acondicionador. El poder penal se ejerce por la amenaza o la realidad de una pena, el poder remunerativo por la promesa o realidad de un premio, y el poder acondicionador, cuando es explícito, a través de la persuasión y la educación, y cuando es implícito a través de la cultura misma, en cuanto escapa a la conciencia de los sometidos.

El poder penal es el más explícito, y aquel donde más en crisis están los derechos humanos. En realidad, el fin del poder penal es restaurar la libre coexistencia de los derechos individuales y las instituciones, cosa que no se consigue si dicho poder ejerce la venganza, pues esto es responder a la violencia con violencia. La hetero-punición de la sociedad sobre el reo es la objetivación de la auto-punición.

Esta justificación del poder penal le impone dos límites:

1) Reconocer realmente la libertad del individuo en todo el proceso de investigación de las pruebas de su culpa: esto no se cumple cuando se lo violenta declarándolo demente, o sea, cambiar su conciencia individual y responsable por una condición genética o socio-cultural determinante de enfermedad.

2) Presumir la inocencia del imputado: esto no se cumple cuando se buscan indicios de culpabilidad, no de inocencia. La invasión de la privacidad y la prisión preventiva más allá de lo normal es un signo de una justicia que busca compensar su impotencia con el uso de una fuerza vengadora. El encarcelamiento funciona según la "ley del contrapaso": es la violencia de la sociedad sobre el reo en medida igual y contraria a la violencia que éste había dirigido a la sociedad.

3. El poder remunerativo o la violencia de la corrupción.- La fuerza de este poder radica en dos cosas: primero, en que ofrece al individuo aprovechar la sociedad para la satisfacción de sus necesidades, y segundo, le ofrece realizar sus deseos (tensión expansiva, placer de autorrealización) con la condición de depender de la voluntad del otro: es lo que se llama corrupción.

Es una violencia menos explícita que la ejercida por el poder penal, pero igualmente represiva: hace prevalecer el bien individual sobre el bien público o común. La diferencia con el poder penal es que mientras éste margina y excluye del seno social, generando rebeldes, el poder remunerativo le da al corrupto más poder y prestigio, que a su vez serán corruptores.

4. La violencia del poder acondicionador como Espectáculo del Poder.- A través de la cultura y la educación, el poder acondicionador crea los signos de prestigio y el ceremonial de la corrupción, siendo así aliado del poder remunerativo. Es un poder disfrazado en la educación y la cultura que ofrece un Espectáculo del Poder, consistente en mostrar a través de los mass media una sociedad sin clases ni jerarquías, pero que en realidad oculta el poder de un individuo o un grupo fundado en la corrupción.

Mediante los mass media se intenta imponer un Código del Poder, mediante la persuasión publicitaria y la propaganda ideológica. Todo ello está dirigido por individuos anónimos, hombres-organizaciones que basan su poder en las instituciones económicas.

El hombre se ha vuelto a integrar a la naturaleza ejerciendo una fuerza bruta. El 'último hombre' de Nietzsche es un ejemplo. Necesitamos plantearnos al Ser como no-poder para liberarnos de la violencia del poder y sentar las bases de un pacto social donde estén conciliados bien individual y común.

Condensado de Prini (1996) La violencia del poder (artículo).

Poder en las organizaciones.- Un actor o grupo de actores tiene poder cuando tiene la capacidad de hacer prevalecer su posición en la vida institucional, de influir en la toma de decisiones, obtener reconocimiento, espacios, recursos, beneficios, cargos o cualquier otro objetivo que se proponga.

El poder no siempre está en la cúpula, ya que hay vínculos informales, y siempre se manifiesta a través de relaciones asimétricas. Las instituciones están atravesadas por diferentes clivajes o zonas de ruptura o fractura, por ejemplo, puede haber una ruptura entre los agentes (directivos de la institución) y los usuarios (actores a quienes se intenta imponer disciplina). A su vez, dentro del grupo de agentes o de usuarios hay nuevos clivajes: las relaciones de poder están marcadas por estos clivajes o zonas de fractura. Las fuentes del poder son: el conocimiento de la normativa, la posesión de medios de sanción, recursos económicos, acceso a la información, el control de la circulación de la información, la legitimidad de la autoridad formal, la condición de experto, etc.

Condensado de Frigerio, Poggi, Tiramonti y otros (1991) Las instituciones educativas: cara y ceca.

Poder, dispositivo del.- El dispositivo de poder está constituido por tres elementos básicos que hacen que el poder funcione: la fuerza o violencia, el discurso del orden, y el imaginario social. La fuerza en sí misma no tendría efecto si no cuenta con los otros dos elementos, pues el discurso del orden y el imaginario social reactualizan la fuerza transformándola verdaderamente en poder, aún estando ella ausente.

El discurso del orden está conformado desde las representaciones racionales, y es el que, por ejemplo desde el derecho, legitima las instituciones mediante enunciados normativos y reglas de justificación. Es el espacio de la ley.

Respecto del imaginario social, el dispositivo del poder exige como condición de funcionamiento y reproducción del poder, que la fuerza y el discurso del orden estén insertos en prácticas extradiscursivas y soportes mitológicos que hablan a las pasiones y los deseos.

Mari E, El dispositivo de poder.

En psicoterapia familiar.- La unidad de análisis en terapia, no es el individuo, sino la familia: lo que debe reorganizarse en la terapia es una interacción familiar. Para reorganizar familias, debe tenerse en cuenta la realidad del poder, el cual no es una metáfora o una ficción: la terapia pasa por reordenar estructuras de poder dentro de la familia. La cuestión del poder está a su vez vinculada por las influencias inter-personales, que son a veces difíciles de comprender. En este libro se destacaron los aspectos benevolentes de los vínculos interpersonales: los miembros de una familia influyen benévolamente unos en otros, pero a menudo lo hacen de manera inadecuada: en vez de resolver problemas, impiden su resolución.

Resumen de Madanes Cloé (1984) Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu. Capítulo 9.

PRESENTACIÓN

Presentación de la persona.- Cuando estamos en presencia de otros, lo natural es que intentemos 'calibrarlos'. Buscamos indicadores que nos digan qué roles cumplen, lo cual nos permite definir la situación, o sea, determinar por anticipado qué esperarán de nosotros y qué podemos esperar de ellos.

Manejo de las impresiones.- Muchas veces tratamos de definir la situación generando indicadores que llevan a los demás a actuar de acuerdo con nuestros planes. Al hacerlo, intentamos dar a conocer, transmitir significados que provoquen en los demás el comportamiento que queremos. En suma, intentamos manejar las impresiones que causamos en los demás.

Fachada.- En el proceso de manejo de las impresiones ocupa un lugar central la fachada, que son mecanismos expresivos a los que recurre la persona, deliberadamente o no, al presentarse a los demás. La fachada se compone de tres cosas: la escenografía, la apariencia y los modales.

La escenografía son los elementos espaciales y materiales (utilería). Por ejemplo el consultorio lujosamente amueblado de un médico. La apariencia son los elementos personales: vestimenta, títulos profesionales, acicalamiento, etc. Los modales son los saludos, los gestos, las actitudes concretas con que los individuos buscan revelar su conducta, talante y disposición. Son todos recursos para transmitir significados que queremos dar a conocer a los demás.

Regiones: escenario y bastidores.- En parte, el manejo de las impresiones implica la manipulación de la región de bastidores y del escenario de nuestras vidas. El escenario es la región donde desarrollamos nuestra conducta en forma pública. La región de los bastidores es la conducta que queda afuera de la vista del público. Entre bastidores vivimos una vida más atropellada, es donde criticamos a los demás, libramos reyertas familiares, etc. Aquí es posible aliviar las tensiones que se generan en el escenario (los alumnos que ridiculizan al profesor fuera de clase).

Moldeado de la identidad ajena.- Es la tentativa de conformar la identidad o definir el rol que valdrá para la otra persona en una cierta situación; ejecutamos conductas que lo fijen al otro en una identidad o rol determinado, que produzcan las respuestas por nosotros buscadas. Por ejemplo el padre que dice al niño: 'los chicos grandes no actúan como tú lo has hecho'.

Conducta auténtica.- A veces recurrimos al arte del ocultamiento o de la revelación estratégica para impresionar al público, pero gran parte de nuestra conducta la vivenciamos como auténtica, o sea no nos sentimos disociados de esas experiencias. No nos ponemos encima ciertos roles sólo para sacárnoslos cuando ya no resultan convenientes: 'somos' esos roles.

Autovigilancia del comportamiento.- Los individuos difieren notablemente en cuanto al grado en que observan y controlan sus propias presentaciones ante los demás. Los autovigilantes extremos por ejemplo, están más preocupados por cumplir su papel que por presentar un cuadro genuino de sí mismos; en cambio los autovigilantes moderados se inquietan poco por la corrección y decoro de su forma de expresarse.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós. Capítulo 8.

PROBLEMA PSICOSOCIAL

Producción de problemas psicosociales.- Objetivo. Investigar variables personales y familiares que intervienen en la aparición de problemas psicosociales (PPS). Conocer el papel de los acontecimientos vitales estresantes (AVE) y la red y apoyo social en su génesis, y construir un perfil del paciente con PPS. Diseño. Estudio transversal, descriptivo.

Emplazamiento. Centro de Salud de Almanjayar, Granada.

Participantes. Muestreo sistemático de 314 pacientes mayores de 18 años.

Mediciones principales. Cada paciente cumplimentó el GHQ-28 (las puntuaciones > 8 se consideraron indicativas de PPS), el test Apgar familiar, la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe, el cuestionario Duke-UNC, Red Social y se determinaron la estructura y la etapa del ciclo vital familiar, el nivel socioeconómico y cultural, la actividad y los ingresos. Para determinar qué categorías se asociaban de manera independiente con las puntuaciones altas de GHQ se hizo un análisis multivariable.

Resultados. Tener una edad entre los 30 y los 59 años, ser mujer, y ser trabajador no cualificado conlleva mayor riesgo de PPS. En el mismo sentido actúan la estructura familiar monoparental, la percepción de disfunción familiar, los altos grados de estrés (odds ratio [OR] = 3,02; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,76-5,18) y el bajo apoyo social.

Conclusiones. El perfil de paciente con PPS en nuestro medio sería el de una mujer de mediana edad que forma parte de una familia monoparental y/o disfuncional, que ha presentado importantes AVE y que no tiene suficiente apoyo social.

Luis de la Revilla, Ana María de los Ríos Álvarez, Juan de Dios Luna del Castillo, Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. ATENCIÓN PRIMARIA. 2007 JUN; 39(6).

PROXEMIA

Tipos.- Hay cuatro distancias básicas:

1) La distancia pública, entre 9 y 3 metros y medio. A una distancia de 9 metros la mayoría de los fóbicos no tienen síntomas y se sienten seguros. Si el otro está a cerca de 5 metros y amenaza al fóbico este puede obrar defensivamente o evasivamente. Por ejemplo si le dice que le quiere hacer una pregunta, el fóbico sale corriendo, se hace el distraído, etc.

2) La distancia social, entre 3 metros y medio y 1,20 metros. El fóbico no entabla una conversación porque implicaría levantar la voz y aunque no le hablen, se siente molesto porque a esta distancia menor puede ser observado más detenidamente por el otro. La distancia social llega hasta los 120 centímetros, y acá se sienten francamente molestos.

3) La distancia personal, entre 120 y 45 centímetros. Los fóbicos experimentan más molestias al no poder esquivar la mirada del otro.

4) La distancia íntima, entre 45 y 15 centímetros. Al fóbico ya le resulta intolerable y entonces se aleja enseguida. No se aparta si el otro es de mucha confianza.

Condensado de Bogtazian D, El psicodrama como tratamiento grupal de la fobia social. Incluido en Fernández Álvarez H (compilador) (1993) Desarrollos en psicoterapia.

PSICOANÁLISIS GRUPAL

Teoría de Ezriel.- Ezriel buscó aplicar el psicoanálisis a la terapia de grupo, y postuló tres hipótesis de donde saldría un método para tratar psicoanalíticamente los fenómenos grupales:

1) Teoría psicoanalítica de las relaciones objetales inconcientes y de la transferencia. Los pacientes transfieren al aquí y ahora de la sesión relaciones objetales inconcientes del pasado. Son relaciones triangulares: en sesión individual es el paciente, el analista y alguien de afuera (secretaria, etc). En sesión grupal el paciente-analista-miembro del grupo, o también paciente y dos miembros del grupo.

2) Hipótesis de la tensión común grupal: en todo grupo se desarrolla un problema común grupal, una tensión común que es inconciente y determina su conducta. Corresponde al denominador común de las fantasías inconcientes dominantes de todos los miembros.

Sutherland sostiene que cada miembro asumirá un rol según su personalidad y su fantasía para resolver la tensión. Cada miembro utiliza además sus propias defensas. Una tensión grupal común puede dominar toda una sesión o dominar una parte de la misma.

3) Hipótesis de la prueba de realidad: o del factor que produce los cambios en las personalidades, y por tanto es la base para formular interpretaciones.

La hipótesis deriva del planteo psicoanalítico según el cual las necesidades inconcientes que están en conflicto con objetivos realistas de la personalidad, pueden desaparecer mediante el *examen de la realidad*. La interpretación logra esto mostrando a los pacientes el contenido inconciente de la tensión común, las defensas que cada uno usa y mostrando sus temores si el objetivo inconciente fuera gratificado.

No valen las interpretaciones individuales. Si dos miembros se galantean no debe interpretarse en función de sus deseos sexuales mutuos subyacentes, sino, por ejemplo, para reasegurarse que podían hacer el amor sin ser castigados por los otros pacientes. De otro modo los dos pacientes hubieran galanteado fuera del grupo.

Sutherland cita un ejemplo donde en una sesión se incorporaron dos nuevos observadores. Al principio aceptaron esto los pacientes, pero luego surgió malestar. Uno los hirió en un sueño que contó (dos personas heridas, aparecían). Se vio que el analista aparecía como autoritario, pero con la interpretación hicieron una *prueba de realidad* y vieron que no era tan así.

Un grupo ideal es cuatro hombres y cuatro mujeres aproximadamente de la misma edad. Un análisis grupal es indicado cuando se ve que los síntomas están muy vinculados con problemas de relaciones interpersonales.

Resultados terapéuticos: en una buena proporción la elaboración de fantasías inconcientes llevó a desaparición de síntomas y cambios en rasgos de carácter, como ocurre en terapia individual.

El encuadre grupal permite una rápida expresión de sentimientos ambivalentes en los distintos miembros del grupo (buenos y malos). Esto permite asimilar mejor la interpretación del analista, al no recaer sobre aquéllos sentimientos.

Formación: los analistas, entrando como observadores, pueden comparar sus técnicas, con las vistas. Sirve también a psiquiatras para ver como el grupo se cura. Un grupo de psiquiatras que ocupen roles de paciente, pueden examinar mejor sus propias relaciones interpersonales. Al adquirir experiencia, el psiquiatra podrá dirigir grupos con un analista como observador.

Condensado de Sutherland J (1989) Notas sobre la terapia psicoanalítica de grupo: terapia y entrenamiento (artículo).

PSICOLOGÍA GRUPAL

Reseña histórica.- Cartwright y Zander distinguen dos periodos en el estudio de los grupos: un primer periodo puramente teórico (Durkheim, MacDougall, Le Bon, Freud) y un segundo periodo más empírico, que sobreviene cuando desde 1930 la psicología social abordó el grupo como un hecho que se puede investigar correlacionando variables, lo que no implicó descartar la teoría. En este periodo interesó sobre todo la dinámica e interdependencia de los fenómenos observables (por ejemplo qué sucede en el grupo cuando ocurre tal o cual acontecimiento grupal?). El estudio del grupo comenzó a ser interdisciplinario ya que se hacían aportes desde distintas ciencias: sociología, antropología, etc. También se aplicaron estos conocimientos en forma práctica (en orientación familiar, salud pública, etc).

Antes de 1930 hubo también interés por los grupos desde el punto de vista experimental, filosófico (Platón), político y especulativo.

Durkheim y Freud sentarán las bases de una psicociología de los grupos pequeños. Oponiéndose al nominalismo (polémica nominalismo-realismo), se interesó por grupos como la familia, la escuela, etc, creando teorías alrededor del concepto de 'dinámica social'. Posturas antagónicas a Durkheim fueron las de Hobbes y Tarde.

Hobbes es individualista: el individuo es quien determina a la sociedad y los grupos y lo único real son los individuos, de manera que el grupo es una ficción si con grupo quiere designarse algo más que la suma de interacciones individuales. Es esta una postura nominalista: el grupo designa algo colectivo, no real, esto es, es simplemente un nombre.

Tarde no se aleja mucho de este enfoque. Para él, lo social se explica por fenómenos de imitación de los individuos, de oposición entre corrientes de imitación distintas, y de invención o adaptación cuando al encontrarse dos corrientes de imitación una se acomoda a la otra. Con estos tres procesos se explica el cambio social. Las personas tienden a imitar a las demás por sugestión normal. Lo social se explica así por lo inter-mental. Le Bon describió también este proceso como sugestión, un fenómeno irracional que puede manipularse a voluntad.

En cambio, el realismo de Durkheim considera la sociedad como fundamental, siendo los individuos un mero producto de ella. La sociedad es algo más que la mera suma de individuos. Hay una mente social, además de las mentes individuales, hay una conciencia colectiva que hace que el individuo se comporte de una nueva manera (por ejemplo suicidándose) que no encajaría en una conciencia individual. Las representaciones colectivas están 'fuera' del individuo. Precisamente el determinismo social sostiene que hay una voluntad colectiva que rige los comportamientos individuales.

La polémica entre nominalistas y realistas siguió en nuestro siglo: Allport sostiene el nominalismo (el grupo es una abstracción que no puede verse ni tocarse), es decir, el individualismo: el individuo es lo único concreto y real.

MacDougall consideró que la 'inducción simpática de las emociones' era el factor central de lo social y lo grupal: el hombre tiene un instinto gregario, una necesidad de estar acompañado y esto es lo que origina grupos y sociedades.

No debemos caer en los dos extremos del nominalismo (o individualismo) y del realismo: los fenómenos grupales son tanto el producto como la condición de las acciones de los individuos.

Sigmund Freud y George Mead sentarán las bases para terminar con esta polémica. Para Mead, el contexto grupal regula permanentemente la identidad personal, pero ésta última posee autonomía en función de su complejo estructura. La persona, si bien refleja la estructura social, tiene su modo particular de expresarse. La persona construye su identidad internalizando roles sociales. En la misma línea encontramos a Pichon Riviere, cuando dice que lo que une a las personas en un grupo es la 'mutua representación interna' que tiene cada integrante y que incluye las acciones de los demás y sus relaciones.

Freud toma de Le Bon la descripción de las masas como irracionales, donde se exalta lo afectivo y se opaca lo intelectual. Lo irracional de los fenómenos colectivos y su explicación por una cuestión de contagio o sugestión, es explicado por Freud de otra forma: ese predominio de la ilusión sobre lo real está sustentado en un deseo insatisfecho, con lo cual equipara los fenómenos de masa y la neurosis. Para Freud lo que une a los individuos en la masa no es la sugestión sino el amor: hay un enlace libidinal. En la masa está la ilusión de un jefe visible (ejército) o invisible (cristianismo) que ama a todos por igual: todos convergen en el amor al jefe y que el jefe los ame. Secundariamente esto enlaza a los individuos entre sí también por amor: se aman sólo porque el jefe los ama, lo cual es una reedición de los vínculos familiares y la dependencia infantil. El jefe equivale al padre de la dependencia infantil, pero un padre que crea una relación fraternal (todos deben amarse entre sí). De hecho los individuos cortan sus enlaces entre sí cuando se rompe el enlace con el jefe (lo que ocurre cuando este muere). El pánico colectivo que aparece se compara con la angustia neurótica: surgen ambas de una falta de enlace, cuando el individuo queda aislado e inerte, como en el terror infantil.

Mientras tanto el líder o jefe usa la masa en su provecho, respondiendo a una inclinación narcisista. Los individuos, por su parte, al unirse también se molestan (siempre hay amor y odio en toda relación) pero el odio es reprimido y desviado hacia otras masas distintas. Es la llamada intolerancia narcisista, que es amortiguada en parte por el narcisismo colectivo que une a todos los de la misma masa por el amor.

Además del vínculo libidinal, entre los miembros y de éstos con el jefe, hay también un vínculo basado en una identificación primaria: el niño se identifica con el adulto que satisface sus necesidades. Es el primer tipo de relación, anterior a la relación de objeto, que viene después. En la histeria y la melancolía vemos una vuelta, una regresión al primer tipo de relación: la identificación, que ya está planteada en la fase oral.

El Ideal del Yo resulta de la convergencia de la idealización del yo (narcisismo) y de las identificaciones con los padres o ideales colectivos. El sujeto trata de ajustarse a ese Ideal del Yo, lo que explica la fascinación amorosa y también la sumisión al líder. El sujeto coloca al líder en el lugar del Ideal del Yo, y este proceso se encuentra en el origen y la constitución del grupo humano. Así, la estructura libidinal de la masa estará dada por la sustitución del Ideal del Yo por un objeto y por la identificación recíproca entre los individuos por tener ese objeto común en su Ideal del Yo: esto es el llamado 'sentimiento social' (que, dijimos, contrarresta a los sentimientos hostiles).

La psicología social empezó con una esperanza (Lewin, Moreno): el estudio de los grupos pequeños (familia, trabajo) permitiría descubrir las leyes profundas de los grupos y poder aplicarlas luego a la sociedad y resolver así problemas como las guerras, el racismo, etc. Sin embargo los psicólogos sociales terminaron operando sobre grupos sólo para reducir ansiedades y abortar todo intento de aquellos que buscaban cuestionar la organización social vigente.

Factores sociales, económicos (recesión) y políticos impulsaron las investigaciones sobre los grupos para solucionar aquellos problemas. Y estas dirigieron su atención hacia los grupos pequeños. Dentro de esta orientación, a su vez, surgieron dos vertientes: la tradición externa (consideraron al grupo desde fuera del mismo, como unidad de algo más amplio, la sociedad), y la tradición interna (tomaron al grupo internamente, como escenario de conductas individuales). La tradición externa ve al grupo como un factor más dentro de la sociedad, y la tradición interna lo ve como un lugar donde los individuos actúan según roles.

Cuatro son las fuentes a partir de las cuales surgieron los estudios sistemáticos de los fenómenos grupales:

- La encuesta Hawthorne
- La psicoterapia de grupos
- La sociometría de Moreno
- La obra de Kurt Lewin

La encuesta Hawthorne dio información sobre organización de empresas y métodos de trabajo para un mejor rendimiento y dio origen a la escuela de Relaciones Humanas. Ellos observaron el desarrollo espontáneo de normas grupales que operaban como defensa ante las presiones externas, con lo cual los mismos trabajadores se organizaban espontáneamente.

La psicoterapia de grupo se utilizó por primera vez hacia 1905: Pratt promovió la cura de la tuberculosis con grupos de enfermos, alentando a quienes mostraban una mejoría. Posteriormente se trabajó con enfermos mentales.

Más tarde, las teorías de Kurt Lewin ejercieron influencia para aprovechar las ideas freudianas dentro de grupos terapéuticos (Bion, Foulkes, etc). Las escuelas de Potencial Humano propiciaron formas de trabajo no verbal dentro de los grupos, y hoy existen los 'grupos de encuentro' de Rogers, y la terapia gestáltica de Pearls, de orientación bioenergética. También es reciente la psicoterapia grupal francesa (Kaes, Anzieu, etc) donde se habló de la existencia de un inconciente grupal, un aparato psíquico grupal, etc. Por último, se aplicaron también estas técnicas grupales a las instituciones, esta vez con un contenido más político.

La sociometría de Moreno buscó estudiar, por su parte, al grupo midiendo los procesos afectivos de atracción y rechazo entre sus miembros. Aportó también este autor el psicodrama, que propone el ejercicio de roles rechazando la idea de la personalidad como interioridad.

Lewin, por su parte, en un principio gestaltista, incorpora la noción de espacio vital en el campo psicológico, con lo cual procuró explicar la manera en que el individuo configura significativamente su situación. Lewin consagró la expresión 'dinámica de grupos' y fundó un centro de investigaciones sobre estas cuestiones. La dinámica de grupos busca mostrar las fuerzas que operan en un campo grupal, de tipo psicosociológico, y qué leyes las regulan.

En Argentina es desde 1945 que empieza el interés por los grupos, habiéndose fundado varias escuelas. En el siguiente esquema vemos las influencias teóricas e ideológicas sobre las prácticas psicoterapéuticas de grupo más difundidas en el panorama actual:

Teorías originales	Desarrollos teóricos y técnicas (1960-1983)	Referencias ideológicas
Lewin	Entrenamiento sensorial	Filosofía existencial
	Grupos de encuentro	Irracionalismo
	Terapia gestáltica	Orientalismo
Freud	Análisis transaccional	Positivismo
	Grupo psicoanalítico	Estructuralismo
	Grupo operativo	Materialismo histórico y dialéctico
Moreno	Psicodrama psicoanalítico	Dialéctica
	Desarrollo de roles	Estructuralismo
	Talleres	Esponaneísmo

Condensado de Romero R (1987) Grupo, objeto y teoría, Tomo I. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 1.

Reseña histórica.- Percia describe sintéticamente la evolución de la psicología grupal en Argentina en las décadas 60, 70 y 80.

Condiciones subjetivas de los años '60 y '70: compromiso y responsabilidad social.- Existieron en Argentina dos corrientes del grupalismo. El autor a una la llama 'tendencia de aplicación', y a la otra 'tendencia de ruptura o desvío'.

La tendencia de aplicación se origina en la década del '50, y estuvo integrada por psicoanalistas que intentaron aplicar la teoría psicoanalítica a las situaciones grupales. Pensaron, así, el trabajo en grupos como un psicoanálisis aplicado, y de ahí el nombre de 'tendencia de aplicación': de aplicación del psicoanálisis a los grupos, en vez de a individuos como se venía haciendo desde Freud.

En realidad, el psicoanálisis de grupo encierra un equívoco: algunos todavía hoy siguen esforzándose por demostrar que en la situación de grupo se observa la emergencia de formaciones del inconciente equivalentes a las que se estudian en la situación analítica.

A esta tendencia siguió la 'tendencia de ruptura o desvío'. Ella apuntó a la ruptura con el encierro unificante dentro de la institución psicoanalítica oficial, y desvío del modelo anterior de aplicación. Esta tendencia puede describirse en tres puntos:

a) Subjetividad e intelectualidad crítica en los '60-'70: Por esta época aparece una vocación por la política y el trabajo en espacios públicos. Se pensaba que el cambio social era posible, y no sólo eso sino además necesario e impostergable, pues se debía acceder a una sociedad más justa. La intelectualidad leía a Marcuse, Lévi-Strauss, Marx, Freud, Saussure, etc.

En este contexto, lo grupal comienza, entre los psicoanalistas y los primeros psicólogos recibidos por entonces, como otra práctica posible en salud mental. Cuando vino el golpe militar de Onganía, en el '66, estos intelectuales fueron expulsados y formaron una red contrainstitucional conocida como 'grupos de estudio'. Este cuestionamiento abrió el camino para autorizar a los psicoanalistas a pensar e inventar otras prácticas posibles en el campo de la salud.

b) La vocación pública por el trabajo institucional: Otra característica de la tendencia rupturista es la idea de que el discurso psicológico debe ser significativo para la sociedad y en especial para los 'sectores populares'. La tendencia grupalista es una de estas tendencias que tratan de realizar ideales políticos y sociales mediante transformaciones sanitarias y educativas dirigidas al pueblo, poniendo así en tela de

juicio el modelo médico asistencial del paciente individual en el consultorio. Lo importante pasó a ser así el trabajo institucional.

La sensibilización respecto a lo público hizo que muchos se sintieran encerrados en los consultorios privados, y empezaron a participar de la transformación a nivel social. El trabajo institucional no fue una moda sino un convencimiento, una vocación.

c) Crítica de la institucionalización del psicoanálisis: Empezó también a ser cuestionado el dogmatismo de la tradición psicoanalítica argentina de los años sesenta. Se empezaron a abordar temas como las relaciones de poder en la situación clínica, así como las relaciones del psicoanálisis con otras teorías alternativas. Los grupalistas criticaron el psicoanálisis oficial, y se derivó la atención hacia teorías sociales, el juego, la solidaridad y el arte en general.

Se constituyen grupos de psicodrama grupal, intervenciones institucionales, grupos operativos, tratamientos familiares, etc. Lo grupal se inaugura en nuestro país sobre un vacío y en contra de un dogmatismo. El vacío se llenó con experiencias novedosas como las ya citadas (psicodrama, etc.) y el dogmatismo combatido fue el psicoanálisis oficialmente sostenido por la Asociación Psicoanalítica Argentina. En suma: la tendencia a la ruptura hizo cambiar la dirección del psicoanálisis oficial en la Argentina.

Transformaciones de la subjetividad en los años ochenta y encrucijadas de lo grupal.- Debemos interrogarnos cómo influye el pensamiento de nuestra época en nuestra forma de pensar y actuar lo grupal.

En esta última década, predomina un particular proyecto intelectual marcado por una actitud profesionalista, más que en la función social. Parece perderse así una intención transformadora de la sociedad, y afirmarse una actitud de vacilación antes que de afirmación. No hay ideas firmes, rectoras: se ensaya, se explora. En este contexto, lo grupal comienza a ser declaradamente utópico, algo que está más allá del horizonte de posibilidades al que remiten los grupos conocidos hasta el momento.

El autor cita ejemplos de grupos donde cada uno da opiniones diferentes sobre el mismo tema: qué espera de los integrantes del grupo y acerca del sentido de lo grupal. Todos "esperan a Carmen" (integrante que llegó tarde), pero cada uno lo hace desde su propia singularidad. La voluntad de síntesis de lo grupal, cuando no contempla las diferencias o el recorrido de las singularidades existentes, se manifiesta como un acto de violencia sobre el conjunto. Un error frecuente es la imposición de la unidad mediante la unificación de afectaciones diversas.

El desafío que tenemos es pensar una situación grupal que no aplane las diferencias, niegue la singularidad o reduzca la diversidad. La multiplicación de opiniones invita a la soledad y al silencio, pero esa misma diversidad exige que debamos comunicarnos.

Condensado de Percia Marcelo (1997) Notas para pensar lo grupal. Buenos Aires: Lugar Editorial, 4º edición.

PSICOLOGÍA SOCIAL

Definición.- De acuerdo a Allport, esta disciplina estudia las relaciones reales, imaginadas o anticipadas de una persona con otra, dentro de un contexto social, en la medida en que afectan a los individuos comprometidos en dicha relación.

Condensado de Deutsch M y Krauss R (1988) Teorías en psicología social.

Hacia una definición de la psicología social.- La psicología social parte de nuestra conducta, está socialmente condicionada (aunque haya también factores biológicos, etc.). No hay que confundirla con la psicología general, que aísla al sujeto del medio social, ni con la sociología, que estudia lo social en forma aislada de los individuos que participan de lo social. La psicología trata de formular leyes generales para el individuo, y la sociología de estudiar sistemas sociales, su dinámica y cambio.

La psicología social estudia el terreno intermedio entre individuo y sociedad, por ejemplo situaciones donde se diluyen las distinciones entre innato y adquirido, entre lo instintivo y la conducta socialmente determinada. La psicología social estudia fenómenos psico-sociales, en los cuales deben considerarse también variables tanto psicológicas como sociológicas. El siguiente esquema muestra el carácter interdisciplinario de la psicología social:

La fórmula de Kurt Lewin es un ejemplo de esto, cuando dice que la conducta es función de la persona y del ambiente, o sea, $C: f(P.A.)$.

En la realidad no pueden separarse los sistemas sociales de los personales, de los culturales, etc. El funcionamiento de dichos sistemas se entiende a partir de las relaciones entre sus elementos y las modificaciones mutuas que se producen. Por ejemplo, von Bertalanffy (que propuso la teoría general de los sistemas) ve la percepción como una interacción entre conocedor y conocido que depende de múltiples factores biológicos, culturales, etc.

La psicología social estudia entonces el individuo (unidad de análisis) en tanto participa de un proceso de interacción grupal. El mismo Freud ha reconocido que la psicología es ante todo psicología social.

Evidentemente hay influencias sociales sobre las personas, que trascienden lo intencional y lo conciente. Interesa a la psicología social comprender cómo y en qué manera y condiciones se modifica la conducta humana cuando interacciona con otras personas.

Como pasó con las ciencias sociales en general, también a la psicología social se le intentó aplicar el modelo de las ciencias naturales (verificación empírica, análisis de datos, etc.), pero este desarrollo metodológico grande no se acompañó de un desarrollo teórico paralelo, que fue en general pobre. El problema radica en que la psicología social debe estudiar variables muy diversas, pues el fenómeno psicosocial es complejo. De aquí que sea tentador caer en reduccionismos (psicologismo o sociologismo) explicando todos desde un solo punto de vista.

Lo dicho es el problema epistemológico de la psicología social. Ésta, ciencia para algunos, ideología para otros, es ante todo una disciplina empírica preocupada por dar solución a problemas concretos.

Otro camino para una definición.- Importa considerar aquí que existen razones por las cuales la psicología social aparece en determinada época, y porqué se plantearon diversas teorías psico-sociales según el país y la cultura. Señalar la coyuntura histórico-social en que se desarrolla cierta forma de conocimiento, implica señalar la forma en que una estructura social condiciona la formulación de un problema definiéndolo en función del espacio histórico que le dio origen. Determinada sociedad entonces producirá determinada ciencia, según sus necesidades y expectativas. Los griegos no hicieron máquinas porque tenían esclavos. Georges Canguilhem resalta la mutua influencia entre valores ideológicos y científicos. Por ejemplo, el pensamiento de Francis Bacon, empirista, corre paralelo con el desarrollo de la técnica y la sociedad industrial.

Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

Generalidades.- 'Individuo' y 'sociedad' son abstracciones: la psicología social estudia su mutua interacción, y para ello recorta la realidad, selecciona ciertas variables importantes.

La psicología social tiene sus raíces tanto en la sociología (por ejemplo: Durkheim) como en la psicología (Watson, etc.). Los trabajos de G. Mead parecen superar las diferencias entre los puntos de vista psicológicos y sociológicos.

Desde K. Lewin el psicólogo o social ya no es solo un investigador sino también un agente de cambio (investigación operativa). Tempranamente la psicología social se define como el estudio de los conflictos de los grupos humanos en la sociedad industrial urbana. También se hicieron investigaciones de laboratorio con grupos experimentales.

La psicología social clínica (a diferencia de la experimental) pone el énfasis en situaciones reales de compromiso, y no situaciones artificiales.

La psicología social se inserta en nuestro país, Argentina, por la vía académica (por 'efecto de demostración') o sea con las carreras de psicología y sociología, y luego con la creación de cátedras de psicología social (1957 en adelante). Esta creación no respondió a una demanda social concreta. Surge así un efecto de reconocimiento: no se sabe muy bien el ámbito y utilidad de la psicología social. Pero poco a poco estos ámbitos empiezan a perfilarse en la publicidad, el marketing, el entrenamiento de líderes comunitarios, trabajo con familias, criminalidad, etc. Nunca hubo aquí una psicología social experimental.

Condensado de Muchnik y Frydman, El desarrollo de la psicología social. Incluido en Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

Generalidades.- Lo que caracteriza a la Psicología Social es el concepto de relación, interdependencia, interacción, influencia: modificación de la conducta y las creencias de una persona debido a la presencia de otros, y abarca estudios microsociales y macrosociales. Estudia la experiencia subjetiva de las personas, tal como se construyen en la interacción social.

La psicología social se desarrolló empíricamente al ritmo de las demandas de la sociedad de respuestas útiles, lo que condujo a elaborar una multiplicidad de teorías que destacaron diferentes aspectos del problema.

Para Cartwright, "la psicología social es una rama de las ciencias sociales que intenta explicar cómo la sociedad influyó en la cognición, la motivación, el desarrollo y el comportamiento de individuos y es influida por ellos", destacando dos conceptos básicos: el ambiente social (normas, roles, etc) y el comportamiento social (actuar un rol, ejercer poder, etc.).

Condensado de Seidmann Susana, Historia de la psicología social (artículo). Publicación interna de la cátedra de psicología social de la carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 2001.

Objeto de estudio.- Para Sprott la psicología social estudia la interacción entre personas, y menciona tres temas básicos: 1) la influencia de la cultura en cada hombre y sus roles; 2) los hechos psicológicos que se producen por el solo hecho de la interacción social; y 3) la observación de los grupos pequeños (cara a cara, estructura grupal y relaciones intergrupales). Para Moscovici en cambio, el tema central de la psicología social son la ideología y la comunicación.

Otros autores prefieren hablar de dominios de actividad de la psicología social. Estos dominios pueden ser por ejemplo: socialización y relaciones persona-medio-cultura, relaciones interpersonales, grupo, instituciones u organizaciones, y muchedumbre, masa y sociedad.

Condensado de Rubinstein, Definición de la psicología social. Incluido en Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

Objeto de estudio.- La psicología social aborda la problemática de la articulación de lo social y lo individual. Moscovici plantea este vínculo en términos de 'conflicto': intentar resolver el conflicto lleva a promover cambio. Heider habla de 'equilibrio' y Lewin de 'sistemas de tensión'.

Para estudiar la articulación entre lo social y lo individual, Doise propone cuatro niveles: 1) intraindividual: cómo el sujeto se representa el mundo; 2) interindividual: cómo el sujeto se vincula con los demás (encuentros sociales); 3) intergrupalo de las representaciones colectivas, donde los sujetos se ubican según sus grupos de preferencia y referencia; y 4) ideológico: las ideologías definen la "realidad", orientan los juicios de valor, integrándolos en un sistema de representaciones más amplio. Ejemplos como el prejuicio o el stress pueden estudiarse en estos cuatro niveles.

Desde una perspectiva cognitivista puede verse articulación de lo individual y lo social desde la idea de 'influencia social', idea que implica bidireccionalidad dialéctica, es decir existe una diferencia distal (el individuo es modelado por lo social) y una diferencia proximal (lo social es modelado desde las relaciones interpersonales, o sea desde lo individual).

Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

La psicología social como ciencia.- No existe "la" psicología social: en la terminología de Kuhn esta disciplina no está unificada, tiene varios paradigmas. Teorías de peso en psicología social son por ejemplo, el Interaccionismo simbólico (Mead), y la Gestalt y Lewin, el psicoanálisis y el conductismo. Mead por ejemplo, pone énfasis en lo social y cómo ejerce su influencia en lo individual. También está la teoría sistemática, de Palo Alto, que usa el modelo de la caja negra conductista, por oposición al psicoanálisis que sí le interesan las variables intrapsíquicas.

¿Es una ciencia la psicología social? Todo depende de qué se entienda por ciencia. Para el positivismo ésta se define por el método (hipotético-deductivo), aunque hay otros métodos fuera del positivismo. Otros dicen que la ciencia se define por su objetivo de estudio. Consideramos que la exigencia de un método y un objeto de estudio contribuyó a limitar el ámbito de la psicología social, perjudicándola (por lo menos los propuestos desde el positivismo).

Lo individual y lo social son inseparable en lo empírico pero se pueden separar en lo metodológico. La fragmentación de la psicología en psicología general, social, etc. es una cuestión metodológica, porque la realidad psicológica es una. Veron y Sigal plantean para la psicología 4 niveles de análisis metodológicos: 1) psicológico no interactivo (psicología general); 2) interactivo y personal (psicología de la personalidad); 3) grupal (psicología social), y 4) social (estudio de lo macro -social). La psicología social busca articular estos cuatro niveles. Toma como unidad de análisis al grupo, por ejemplo, piensa cómo juega en el grupo lo social y lo individual.

Condensado de Rubinstein, Definición de la psicología social. Incluido en Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

Teorías en psicología social.- En su libro, M Deutsch y R Krauss explican las cinco teorías más representativas dentro de la psicología social: la teoría de la gestalt, la teoría del campo, las teorías del refuerzo, la teoría psicoanalítica y la teoría del rol. Según los autores, la psicología social es aún una ciencia joven.

Teoría de la Gestalt.- La influencia más profunda en psicología social proviene de la Gestalt, y sus representantes son Solomon Asch, Fritz Heider y Theodore Newcomb.

Asch: Su tesis central es que el hombre se transforma en función del entorno social, y su tendencia no es egocéntrica sino hacia los otros. Intentó demostrar el principio gestáltico que establece que la experiencia social no es arbitraria sino organizada de manera tal que resulte coherente y significativa.

Importantes experimentos de Asch fueron la formación de impresiones, la comprensión de las afirmaciones, y la modificación de los juicios por influencia grupal.

Heider: Su obra se dirige fundamentalmente a comprender cómo la gente percibe los acontecimientos interpersonales. Su tesis fundamental es que la gente trata de desarrollar una concepción ordenada y coherente de su medio y construye así una 'psicología ingenua', muy parecida a lo que es una ciencia. Conceptos importantes de Heider son 'atribución' y 'equilibrio'.

La gente tiende a 'atribuir' los sucesos de su ambiente a 'núcleos' centrales unitarios internamente condicionados, que en cierto modo son los centros de la trama causal del mundo. Respecto del segundo concepto, la gente busca siempre un 'equilibrio' cognitivo, o sea una congruencia entre las expectativas causales y los objetos con que se relacionan. Si la estructura cognitiva se desequilibra o hay una amenaza de desequilibrio, se busca modificar el ambiente (mediante la locomoción) o el conocimiento del mismo cuando la locomoción no es posible. Para Heider, en la organización mental hay una tendencia al orden y la simplicidad.

Newcomb: Llevó la teoría del equilibrio de Heider al terreno de la comunicación, tanto inter como intrapersonal. La gente se comunica más cuanto más necesidad hay de reducir diferencias entre las personas. Hay una 'presión hacia la uniformidad', y así por ejemplo importan mucho las percepciones de semejanzas en las actitudes para entablar vínculos amistosos.

Teoría del campo.- El principal representante es Kurt Lewin y, entre sus discípulos, León Festinger es quien más influencia ejerció en la psicología social, aunque hay también otros autores como Deutsch, y Cartwright y French.

Lewin: Originalmente ligado a la Gestalt, luego de apartó de los clásicos problemas de la percepción para empezar a estudiar las motivaciones y las metas de la conducta. Entre las conceptualizaciones importantes de Lewin encontramos las siguientes:

a) Conceptos dinámicos: siempre que hay una necesidad o una intención, hay un sistema en tensión, tensión que desaparece cuando se satisface la necesidad o la intención. En psicología social se aplica esta idea al estudio de las necesidades e intenciones socialmente derivadas.

b) Conceptos estructurales: el 'espacio hodológico' es cómo la persona considera su ambiente desde el punto de vista de sus posibilidades de comportarse según ciertas metas (estructura medio-fin). Este espacio estará más estructurado cuanto más y mejor sepa la persona qué conductas conducen a qué metas. En este contexto pueden darse tres tipos de conflictos: entre dos metas positivas o deseadas, entre dos metas negativas o no deseadas, y una sola meta al mismo tiempo positiva y negativa (por ejemplo la ambivalencia, en términos psicoanalíticos).

c) Cambios socialmente inducidos: la motivación no depende simplemente de un déficit fisiológico, sino que puede ser provocada socialmente, 'impuesta' desde el medio. Por tanto hay dos clases de fuerzas: las propias y las inducidas.

d) Nivel de aspiración: es el grado de dificultad de la meta que una persona trata de alcanzar. Lewin da una fórmula donde explica de qué factores depende el nivel de aspiración, como por ejemplo la probabilidad subjetiva de éxito, la valencia del fracaso, etc.

e) Conceptos de dinámica grupal: un grupo es un todo dinámico, interdependiente, donde la modificación de una parte modifica al resto. En los grupos hay una tendencia a la cohesión, que se opone a las también existentes fuerzas desintegradoras.

Festinger: Entre sus trabajos teóricos más recientes encontramos su teoría sobre la comparación social, y su teoría de la disonancia cognitiva. Respecto de la primera, el supuesto básico es que la gente tiende a averiguar si sus opiniones son correctas. Tal tendencia hace también que la gente se comporte para apreciar exactamente sus capacidades, para lo cual se compara con otra gente de capacidades muy parecidas, no muy distintas: ello da exactitud en la apreciación. Otro supuesto de la teoría es que la gente busca criterios objetivos, 'no sociales' para autoevaluar sus opiniones y capacidades, pero cuando no dispone de ellos lo hace por comparación social, es decir comparándose con los demás.

Si la teoría anterior supone en la gente una 'necesidad de conocer', la teoría de la disonancia cognitiva supone una necesidad de conocer en forma 'congruente', no contradictoria. Si entre los elementos cognitivos hay disonancia, se genera una presión para reducir la disonancia y evitar su aumento. Tal tendencia se ve en cambios en el comportamiento, en el conocimiento y en la permeabilidad a nuevas informaciones y opiniones.

Teorías del refuerzo.- Estas teorías centraron su interés en el aprendizaje social. El estudio del aprendizaje en general se basa en los principios metodológicos del conductismo, los principios estructurales elementalistas del asociacionismo, y el principio motivacional del hedonismo. Hay pocos teóricos del aprendizaje que hayan hecho aportes a la psicología social. Interesan los trabajos de Neal Miller y John Dollard sobre aprendizaje social e imitación, los trabajos de Albert Bandura y Richard Walters sobre el mismo tema, los escritos de Carl Hovland y colaboradores sobre comunicación y persuasión, y la labor de B. Skinner y colaboradores sobre comportamiento verbal, así como la contribución de George Homans, un sociólogo muy influido por Skinner. Por último se examina la obra de John Thibaut y Harold Kelley, quienes analizaron la interacción social en función de sus recompensas y costos. Recordemos la definición de refuerzo o reforzador: es cualquier acontecimiento que sigue a una respuesta y que hace aumentar la probabilidad de repetición de la misma.

MILLER y DOLLARD: estos autores destacaron cuatro factores importantes en el aprendizaje: impulso, señal, respuesta y recompensa (o refuerzo). El impulso produce la respuesta, y la señal determina qué respuesta deberá darse y cuándo. Si la respuesta es recompensada, la conexión se refuerza de modo que al presentarse el mismo impulso dadas otras señales, aumenta su probabilidad de ocurrir.

Estos autores acentuaron la importancia del lenguaje como una 'respuesta productora de señales' en respuestas mediatizadoras a recompensas o castigos lejanos, y en la producción de impulsos adquiridos y respuestas anticipatorias ("hay un perro en la habitación contigua", frase que despierta temor si uno antes adquirió miedo a los perros). Las respuestas verbales tienen un carácter social, pues actúan como señal para las demás personas y para uno mismo. Los autores destacaron también la gran importancia de la imitación social en el aprendizaje del habla y el aprendizaje social en general. 'Imitación' se refiere tanto a la imitación dependiente (imitar en todo a un líder) como a la imitación por copia (reproducir un modelo lo mejor posible). El comportamiento imitativo ocurre porque fue recompensado, y no ocurre cuando no lo fue.

Hovland: este autor y sus colaboradores, en la Universidad de Yale, estudiaron cómo influye la comunicación sobre los cambios de opiniones y actitudes. La noción central de este 'modelo del aprendizaje instrumental' afirma que una opinión (una predicción o un juicio habitual) o una actitud (una orientación valorativa habitual) se vuelve habitual porque su expresión manifiesta o su repetición interna son seguidas por la experiencia o anticipación de un refuerzo positivo. Aquí hablan de 'incentivo' o refuerzo anticipado. El grupo de Yale estudió experimentalmente, por ejemplo, qué factores influyen en la persuasión (credibilidad, claridad, etc., del comunicador, y disposiciones personales y otros en el caso de quien será persuadido).

Bandura y walters: Experimentaron con personas, no con animales. Asignaron mucha importancia a la imitación en el aprendizaje social humano y, a diferencia de Miller y Dollard (para quienes las respuestas que se imitan están ya incluidas en el repertorio de conductas del sujeto), Bandura y Walters afirman que las nuevas pautas de respuestas que son imitaciones exactas del comportamiento de otros pueden adquirirse por medio de la observación. La conducta imitativa se aprende aún cuando no sea manifiesta ni reciba refuerzo alguno, por lo que el aprendizaje no es tan gradual como cuando hay refuerzos diferenciales. Si bien el refuerzo no es importante para adquirir nuevas conductas, sí lo es para fortalecerlas o mantenerlas. Respecto de las conductas de autocontrol, estos autores mostraron que los niños no sólo imitan las conductas adultas en relación a otros, sino también las conductas hacia sí mismos.

Bandura y Walters describen cinco formas de cambiar la conducta: por extinción (sacando el refuerzo positivo o reduciendo la ansiedad), por contracondicionamiento (en presencia de un peligro provocar respuestas incompatibles con el miedo, como relajarse), por refuerzo positivo (usar recompensas), por imitación social (dar a jóvenes en desventaja modelos de adulto exitosos para imitar), y por aprendizaje discriminativo (usar refuerzos positivos o negativos para conductas deseadas o no deseadas respectivamente, o no usar refuerzos para extinguir respuestas).

Skinner: Su obsesión fue cómo puede controlarse el comportamiento, y esto se lograría cuando el experimentador maneja las condiciones ambientales de modo de poder controlar las contingencias del refuerzo asociadas con el comportamiento del animal, lo cual equivale a una reformulación de la ley del efecto de Thorndicke. La adquisición del lenguaje se explica con el mismo criterio: se da a través del moldeo lento y cuidadoso del comportamiento por acción del refuerzo diferencial (premiando la respuesta deseada, castigando la no deseada).

Homans: Intentó extender la concepción de Skinner a la historia, la antropología social y los pequeños grupos. Este último ámbito es importante porque el interés de Homans es el 'comportamiento social elemental', es decir aquel donde hay un contacto cara a cara y donde recompensas y castigos actúan en forma relativamente directa e inmediata. Como el comportamiento es función de su retribución, entonces el comportamiento social debe entenderse como un intercambio de actividad, tangible o intangible y más o menos gratificante o costoso, entre dos personas como mínimo.

Thibaut y kelley: Discípulos de Lewin, concuerdan con Homans en que la conducta es función del balance entre recompensas y costos. Sin embargo, el valor que una persona otorga a un resultado no estará determinado, según estos investigadores, por su magnitud absoluta, sino mas bien por comparación entre dos estándares: el 'nivel de comparación' y el 'nivel de comparación para alternativas'. El primer se define como algún valor modal o promedio de todos los resultados de la situación social dada conocidos por la persona, en virtud de experiencias personales o sustitutivas, siendo cada resultado ponderado por su saliencia, o grado con que es evocado. Es decir, lo que una persona experimenta ante cierto estímulo está determinado por aquello a lo que llegó a adaptarse (conducir a 100 por hora luego de haber conducido a 200, parecerá ir muy lento). El nivel de 'comparación por alternativas' se usa para decidir si se seguirá manteniendo una relación social o no. Es el resultado más bajo que una persona aceptará cuando toma en cuenta las mejores oportunidades alternativas posibles para ella (una persona abandonará un empleo si puede conseguir otro mejor, pero permanecerá en él si los otros trabajos son peores).

En suma, la recompensa no tiene un valor absoluto: varía según las experiencias pasadas y las oportunidades presentes. En este sentido se acercan a la Gestalt, al destacar la importancia sobre cómo es percibida la recompensa.

Teoría psicoanalítica.- Entre sus muchas contribuciones a la psicología social, aquí se explican: a) las del propio S. Freud, b) las de T. Adorno y otros, sobre el estudio de la formación de actitudes, y c) las contribuciones de Abraham Kardiner al estudio de la cultura y la personalidad.

Freud: Sus textos sobre psicología social (citados más abajo, más "Moisés y el monoteísmo"), hoy resultan anticuados pues se basan en datos y supuestos antropológicos hoy considerados no válidos. Por ejemplo, supuso Freud que la ontogenia recapitula la filogenia.

En "Totem y Tabú" sostuvo que los sistemas sociales basados en tabúes y el totemismo observados en sociedades primitivas derivan de un conflicto entre el padre y los hijos en disputa por la madre, lo que otrora determinó que los hijos celosos se asociaran para matar y devorar al padre. Tal 'pecado original' generó remordimiento, que erigió tabúes como defensa frente a los sentimientos incestuosos prohibidos,

y tótems para reforzar la identificación del hijo con el padre. Estas hipótesis se fundan en el lamarckismo (herencia de los caracteres adquiridos), teoría sin fundamento científico.

En "Psicología de las masas y análisis del yo" explica la cohesión de las masas mediante dos conceptos: 'libido desexualizada' (los miembros están unidos por amistad, que implica un amor inhibido en su fin, desexualizado o sublimado), e 'identificación' (están unidos en el grupo primario porque eligieron al mismo líder como ideal del yo, se identificaron con él y por tanto entre sí). Al identificarse con el líder 'llegan a ser' como él, y al mismo tiempo están defendiéndose contra los sentimientos hostiles hacia el superior. O sea, el sentimiento social se basa, hasta cierto punto, en una inversión de lo que originalmente fue un sentimiento hostil.

En "El porvenir de una ilusión" señaló que la sociedad, como precio por protegerlo, exige al individuo su renuncia a ciertas satisfacciones instintivas. Tales exigencias provocan hostilidad, que es neutralizada mediante la identificación con la autoridad que prohíbe y la internalización de ésta. Dios es para el adulto casi lo mismo que el padre para los hijos desvalidos: creer en Dios ayuda al hombre a sobrellevar su impotencia frente a las fuerzas naturales, y, en pago, está más dispuesto a controlar o renunciar a las satisfacciones instintivas que puedan perjudicar a la sociedad.

En "El malestar en la cultura" volvió a afirmar que los fines de la sociedad y el individuo no coinciden. El hombre tiene una agresividad innata, importante fuerza desintegradora de la sociedad. Esta a su vez la controla internalizándola en los sujetos en forma de Superyó y dirigiéndola contra el yo, que se puede volver masoquista o autodestructivo debido a ese superyo sádico. En algunos se manifiesta como masoquismo y en otros como sadismo.

Adorno: Fundándose en Lasswell, Fromm, Maslow y Sartre, este pensador escribió "La personalidad autoritaria", donde se afirma que la personalidad autoritaria es creada por padres que usan métodos rígidos y severos de disciplina, que hacen depender su amor y aprobación de la obediencia total, que destacan más los deberes que los afectos, y que ahondan las diferencias de status entre las personas. Tal actitud genera hostilidad en el hijo, que no puede manifestarla por temor a sus padres. Además, su sometimiento al padre lo hizo sentir más dependiente y menos capaz de desafiarlos. Tal necesidad de reprimir la hostilidad lleva al sujeto a identificarse con el padre y desplaza su hostilidad hacia otros grupos, generalmente inferiores. El miedo a sus impulsos y la necesidad de reprimirlos engendra una personalidad rígida y estereotipada, con dificultades para autoobservarse y con cánones morales rígidos. Estos caracteres de la personalidad autoritaria reflejan posiblemente defensas contra la expresión de la hostilidad reprimida hacia la autoridad.

Kardiner: Se basó en la noción freudiana de que las frustraciones infantiles pueden afectar el desarrollo de la personalidad movilizando ciertas actitudes defensivas y estimulando procesos de sustitución y compensación que podrían continuar en la vida adulta. Rechaza la idea de que las frustraciones infantiles estén filogenéticamente determinadas. A diferencia de Freud, Kardiner acentuó la técnica para criar niños, que considera configurada por pautas culturales. Así, si las frustraciones infantiles se deben a pautas de crianza culturalmente moldeadas, entonces los miembros de cualquier sociedad tendrán muchas experiencias infantiles similares y por tanto, muchos elementos de personalidad en común. Kardiner y Linton llamaron 'personalidad básica' a esta configuración compartida por la mayoría de los miembros de una sociedad como resultado de sus experiencias comunes.

Teoría del rol.- Son citados aquí especialmente tres pensadores: George Mead, Robert Merton y Ervin Goffman.

Mead: En oposición al conductismo y fundándose en el evolucionismo de Darwin y el pragmatismo, Mead describió en forma detallada y sistemática el proceso por el cual el sí-mismo se desarrolla como parte de la secuencia de maduración del organismo.

El sí-mismo surge recién como consecuencia de la interacción con el ambiente, y Mead identifica dos etapas: el juego (donde el niño desempeña roles duales, el propio y algún otro, lo que le permite explorar las actitudes de los otros hacia él), y el otro generalizado (donde el niño aprende las actitudes generalizadas de la comunidad de la que forma parte). La interacción que forma el sí-mismo se realiza fundamentalmente a través del lenguaje. El lenguaje va atravesando distintas etapas: la conversación gestual, el gesto significativo y finalmente el gesto verbal (sonido). Por este último el hombre puede adquirir autoconciencia de sus gestos. El significado de un gesto es la respuesta por la cual otros se adaptan a ese gesto. Así, para comunicar (es decir para usar gestos o lenguajes simbólicos), debemos estar capacitados para anticipar la respuesta que nuestro acto suscitará en el otro. Esto se hace, afirmó Mead, 'asumiendo el rol del otro', viéndose uno a sí mismo desde el punto de vista de otra persona.

Merton: Entre sus importantes contribuciones a la psicología social está la teoría del rol y los grupos de referencia. Toda persona tiene un grupo de pertenencia (al cual pertenece) y otro de referencia (que puede o no ser al que pertenece, pero que le sirve para usar sus normas de comportamiento, o bien para rechazarlas: son los grupos de referencia positiva o negativa, respectivamente).

Dos problemas centrales son: 1) qué factores hacen que un individuo elija su grupo de referencia entre los grupos a los cuales pertenece, o no. Menciona cuatro factores, siendo uno de ellos por ejemplo el que elegirá un grupo como marco de referencia cuanto mayor sea el poder del grupo de no-pertenencia de

otorgar prestigio al individuo, en comparación con el poder de sus grupos de pertenencia. 2) Otro problema es qué determina en cada caso cuál de los diversos grupos pertinentes se seleccionará como grupo de referencia. Merton señaló que esto depende de ciertas propiedades (mencionó 26) que diferencian unos grupos de otros.

Merton se ocupó también de los comportamientos desviados, e intentó buscar los mismos en algunas estructuras sociales que ejercen presión sobre ciertas personas para que sean no conformistas. Lo que se puede aceptar o no son dos cosas: las metas culturales (fines valorados como bienestar material, espiritual, etc., que dependerán de cada cultura), y los medios institucionalizados para lograr aquellas metas. El conformista acepta metas y medios, el innovador metas pero cambia los medios, el ritualista acepta medios pero no metas, etc. Son todos distintos modos de adaptación al medio social. Estas conductas adaptativas son función de si la sociedad está o no bien integrada (integración significa congruencia entre medios y fines). Cuando la sociedad no está bien integrada se habla de 'anomia'.

Goffman: Analizó la interacción social por analogía con una representación teatral. Parte del hecho de que, para que la interacción ocurra, se necesita información acerca de aquellos con quienes se interactuará. Hay varias fuentes de información, pero la más importante es la que suministra la misma persona a través de lo que dice o hace, importante porque esta información puede ser controlada o regulada por el sujeto (da la 'imagen' de sí que quiere dar). Por ello Goffman analiza las técnicas que usan las personas para presentarse ante los demás, para mostrar su rol. El 'actor' realiza entonces un 'desempeño' o sea una actividad que puede, en una situación dada, influir sobre los demás. Pero el desempeño no es una simple extensión del carácter del actor: su función en la interacción social es más profunda, ya que los desempeños de distintas personas se combinan entre sí dando 'equipos de desempeño', que son conjuntos de individuos que cooperan en la ejecución de una rutina. Los desempeños apuntan a lo que la persona aparenta ser, y el sí-mismo a lo que la persona es realmente.

Condensado de Deutsch M y Krauss R (1988) Teorías en psicología social.

Teorías en psicología social.- La psicología social requiere de múltiples marcos conceptuales, ya que ninguna de las teorías u orientaciones existentes agota los complejos y variados procesos que la psicología social intenta estudiar. Es una disciplina 'multiparadigmática'. Entre estos paradigmas mencionaremos como importantes:

- Teoría del aprendizaje.
- Gestalt y teorías cognitivas.
- Teoría de campo.
- Interaccionismo simbólico.
- Etnometodología.
- Teoría psicoanalítica.

Para las teorías del aprendizaje el comportamiento social se aprende. Desde Watson a Skinner el acento se pone en cómo se fortalece el vínculo E-R (estímulo-respuesta). Surge de aquí el condicionamiento clásico de Pavlov y el condicionamiento operante de Thorndike. El impacto en estas teorías, no muy grande, abrió varias líneas: Miller y Dollard ponen el acento en el lenguaje como respuesta productora de señales. El enfoque socio-comportamental de Bandura y Walters estudian varias variables y diversos campos, como el experimental y la psicología infantil. Hay otras teorías que también derivaron de la teoría del aprendizaje, como la de Homans o teoría del intercambio social.

Si el conductismo tradicional ve al sujeto como pasivo receptor de estímulos, la Gestalt lo ve como sujeto activo: organizador de estímulos. Este proceso se llama cognición. Las teorías cognitivistas están entonces fuertemente influidas por la Gestalt.

K. Lewin, con su concepto de 'campo psicológico', intenta comprender la conducta del sujeto en base a la experiencia pasada, la situación actual, y sus experiencias futuras. Consideró que el psicólogo no solo investiga, sino que también actúa, como agente de cambio.

El Interaccionismo simbólico de G. Mead se basa según Blumer es tres postulados: 1) las personas actúan hacia los sujetos según el significado que estos tengan para ellas; 2) dicho significado surge de la interacción social; y 3) esos significados son manejados y modificados mediante un proceso interpretativo del sujeto frente a la realidad, la cual es siempre entonces una realidad 'interpretada'. Cuando interactuamos compartimos 'definiciones' de la situación que nos permiten saber qué expectativas tenemos de los demás, y ellos de nosotros.

La etnometodología estudia las reglas y técnicas usadas por la gente para hacer inteligible la vida social, o sea cómo la gente explica y justifica sus propias conductas. El interaccionismo simbólico pone énfasis en la definición de la situación, y el planteo etnometodologista, en el método por el cual cada sujeto construye la interacción.

Respecto de la teoría psicoanalítica, en artículos como 'Psicología de las masas y análisis del yo', 'Totem y tabú', 'El malestar en la cultura' y 'El porvenir de una ilusión', Freud se interesó por los procesos inconscientes que intervienen en los vínculos sociales y la interacción con la sociedad y la cultura. El

vínculo con lo social los planteará Freud en términos conflictivos: allí no hay adaptación total como podrían pensar conductistas y culturalistas.

Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

Generalidades.- El sujeto que estudia la psicología social es el individuo en su contexto social. Un recorte posible de este objeto es el *grupo humano*. Incluso, este fue lo que históricamente primero se estudió en esta disciplina, como cuando Le Bon estudió el problema de las masas. El interés de la psicología social fue siempre la *influencia social*, o sea como influyen los demás en las actitudes, conductas y percepciones del individuo.

Condensado de Seidmann de Frydman (1983) Dinámica de los pequeños grupos. Buenos aires: Publicación interna de la cátedra de Psicología Social, Universidad de Belgrano.

Historia.- Reuchlin reseña la historia de la psicología social en los siguientes términos.

Los principios generales.- La psicología social estudia las interacciones entre el individuo y los grupos a que pertenece. Hacia fines del siglo pasado era una disciplina teórica y especulativa, como lo hicieron notar por ejemplo Baldwin y Durkheim. Son teorías que no se basan en hechos y solo atienden aspectos anecdóticos, como la teoría del instinto gregario de McDougall, o la de Le Bon, que habla de un retorno a un estado primitivo cuando el individuo es incluido dentro de una multitud.

La psicología social actual, cuyo origen está en 1925, se detiene más en la observación de los hechos y emplea más el experimento, siendo menos especulativa. Más que teorías abstractas, construyó modelos, que es algo más técnico y formal. Estos modelos fueron a veces sacados de otras ciencias, como la matemática o la teoría de la información. Además se utilizaron conceptos gestálticos, la noción de actitud, de rol, de comunicación, etc.

Estos diferentes tipos de modelos, sirvieron de guía para muchos trabajos experimentales, e incluso para entender experimentos hechos en el pasado, antes de aparecer esos modelos. Algunos fueron los siguientes:

Los trabajos experimentales y sus aplicaciones.- Estudio de opiniones y actitudes: primero se estudiaron las opiniones, que son la forma de expresión verbal de las actitudes. Luego se estudiaron estas últimas que son muy importantes actualmente. El interés por las opiniones viene de la importancia que daba el gobierno a la opinión pública. Se investigaron opiniones sobre candidatos políticos, y luego problemas más generales sobre discriminación racial, etc.

J. Moreno y la sociometría: contribuyó a la psicología social con dos cosas: el test sociométrico que mide atracciones y rechazos entre individuos de un grupo restringido, y por otro lado el psicodrama o sociodrama, métodos de psicoterapia donde juegan dirigidos por un terapeuta. Moreno ha estudiado casi exclusivamente grupos pequeños.

K. Lewin y la dinámica de grupos: para Lewin, la orientación gestáltica, sujeto y ambiente, forman un todo estructurado, la modificación de un elemento modifica al conjunto. Esta interdependencia implica que hay ciertas fuerzas representables gráficamente, capaces de estabilizar o modificar el todo (o "campo").

Si bien Moreno fue un pionero, Lewin también hizo experimentos con grupos pequeños, introduciendo en ellos ciertas modificaciones para ver como reaccionaban sus miembros.

Las aplicaciones de la psicología social (las relaciones humanas en la industria): Lewin buscaba objetivos prácticos a sus investigaciones, especialmente en el área de las relaciones humanas, sobre todo en EEUU, donde se buscó como interactuaban obreros entre sí y obreros con jefes en una empresa para que ésta, en suma, funcionase mejor.

La psicología histórica de L. Meyerson.- Esta psicología es, en cierto sentido, una psicología social, aun cuando su método no tenga nada que ver con los anteriormente vistos. Es una psicología que quiere estudiar al hombre concreto de una época y lugar, dentro del contexto de la civilización donde vive.

Resumen de Reuchlin M (1982) Historia de la psicología. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 6.

Precursores de la psicología social.- Los comienzos de la psicología social se remontan a fines del siglo 19, con G. Tarde en Francia, con sus estudios sobre la imitación, y Ratzenhofer en Austria. Así como Durkheim decía que lo social es exterior al individuo y ejerce sobre él una coerción, G Tarde enfatizó el papel del individuo sobre el desarrollo social, con sus innovaciones e intervenciones. La coerción normativa no es exterior, sino que pasa a ser interior. Para Tarde, somos el resultado de la combinación de una multiplicidad de otros (imitación), y destacará la interpsicología, es decir el estudio de lo "intermental", o reciprocidad de las imitaciones. De esta influencia recíproca surge la conciencia colectiva. Mientras en Alemania, Humboldt enfatiza la investigación experimental, y se discuten dos formas de conocimiento: las ciencias naturales (paradigma cartesiano) y las ciencias sociales o humanas (paradigma hegeliano). Wundt crea al mismo tiempo una psicología experimental (ciencia natural: estudia los contenidos de la conciencia por introspección) y una psicología social histórica, que se plasma en su "Psicología de los Pueblos" de 1916. Aquí estudia la conducta colectiva y los procesos mentales que trascienden los individuos y no son asequibles por introspección: estudia la mente de los pueblos, no la mente individual. Su idea del hecho social como algo externo al individuo influirá sobre Durkheim, y

luego sobre G Mead, L Vigotski y A Luria, siendo entonces el germen de una de las dos tradiciones históricas de la psicología social: la Psicología social Sociológica, que estudiará la conciencia individual como resultado de la creación de significados en la interacción social.

En Alemania surge la figura de E Durkheim (1894), un sociólogo positivista para quien lo social es irreducible a una explicación psicológica individual, y es anterior a la existencia del individuo. Durkheim estudiará la solidaridad social y la idea de 'conciencia colectiva' piedra angular de la noción posterior de representación social de Moscovici. Durheim pensaba que los hechos sociales son 'cosas' que deben estudiarse objetivamente.

En Francia surge también G Le Bon estudiando la conducta de las masas (influenciado por dicho fenómeno en la Revolución Francesa), con el fin de ejercer un control social sobre ellas. Las masas, independientes de los individuos, son la declinación de la civilización, porque en ellas mediante sugestión y contagio, el hombre propende a una conducta irracional.

Condensado de Seidmann Susana, Historia de la psicología social (artículo). Publicación interna de la cátedra de psicología social de la carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 2001.

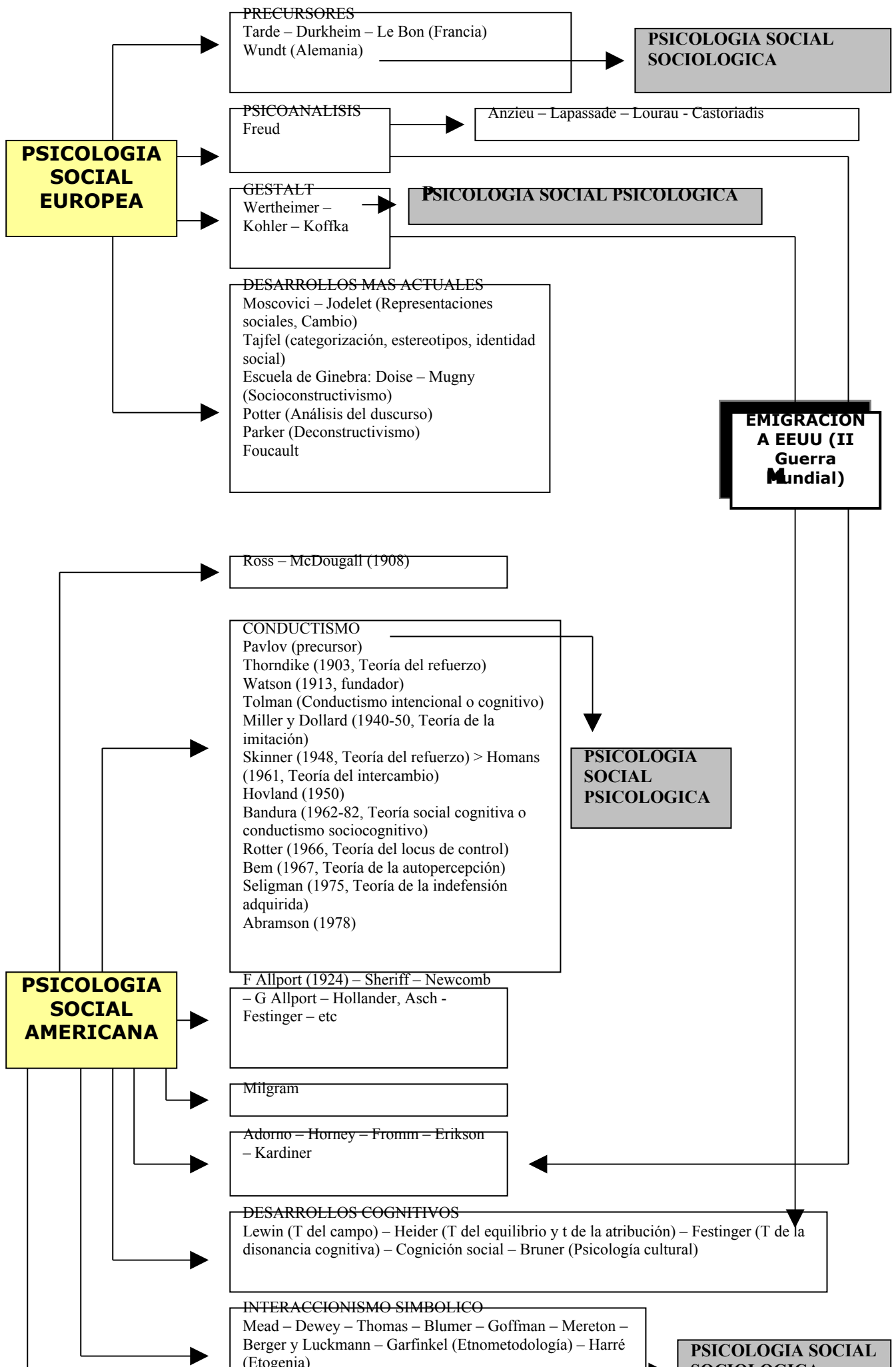
Reseña histórica de la psicología social.- Para Gordon Allport, la psicología social tiene sus raíces en Europa, pero su florecimiento más reciente fue en América, especialmente luego de la II Guerra Mundial. Justamente en este contexto debía dar respuestas a problemas como la desmoralización de la población, estudios sobre actitudes, adaptación a la vida militar, etc. Para Cartwright la guerra mundial fue el más importante impulsor de la psicología social. Hitler provocó la migración de pensadores europeos a América (Lewin, Heider, Kohler, Wertheimer, etc) lo que retrasó la psicología social europea pero la hizo crecer en América.

Condensado de Seidmann Susana, Historia de la psicología social (artículo). Publicación interna de la cátedra de psicología social de la carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 2001.

Reseña histórica de la psicología social.- a) Aunque los antecedentes de la psicología social se remontan a la antigüedad, la psicología social moderna nació en las primeras décadas del siglo XX. b) Las primeras posturas fueron instintivistas. Muchas explicaciones del comportamiento social se basaban en procesos tales como la simpatía, la imitación o la sugestión, consideradas instintivamente determinadas. c) A mediados de 1920 empezaron a abandonarse esas concepciones. Se rechazó la idea de lo instintivo en lo social insistiéndose más en metodologías no tan especulativas y más basadas en procedimientos empíricos, existentes aún hoy. d) Durante la década del '20 y comienzos de 1930 se hizo poco por relacionar lo observado empíricamente con nociones teóricas. Este paso se dio recién hacia fines de 1930 bajo el liderazgo de K. Lewin, y desde entonces florecieron muchas teorías. e) Durante 1930 y 1940 cada teoría se proclamaba como la única verdad, pero hoy en día se acepta que la actividad humana social debe abordarse desde varias perspectivas teóricas, ya que tiene múltiples facetas.

Condensado de Deutsch M y Krauss R (1988) Teorías en psicología social.

Reseña histórica.- La psicología social tiene 100 años de historia, que comienzan con un acercamiento al modelo positivista de las ciencias naturales, que estableció una psicología social psicológica basada en el método experimental, junto a la vigencia del conductismo en EEUU en la primera mitad del siglo 20. Luego se desarrolla la psicología social sociológica que acentuó la importancia de lo social, llegando finalmente a fines del siglo XX con una epistemología posobjetiva, constructivista, que enfatiza la importancia de los significados –aspectos cognitivos- de la experiencia humana, que se manifestó como interpretativismo, hermenéutica, fenomenología, constructivismo. Destacan la importancia de comprender la conducta humana desde un contexto histórico, político, ideológico y cultural.



Esquema construido a partir de Seidmann S "Historia de la Psicología Social", por Pablo Cazau

Condensado

psicología social de la carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 2001.

Antecedentes históricos de la psicología social.- Paralelamente a la revolución industrial, en el siglo XIX comienzan las ciencias sociales. Capitalismo industrial en lo económico, ciencia positiva en lo intelectual y liberalismo en lo político, es lo que caracteriza esta época. Comte (1798-1857) es el abanderado de la ciencia como progreso: funda el positivismo basándose en la Ilustración y en Kant. Como filósofo social, Comte se espanta ante lo destructivo de la revolución francesa. El método científico surge como propuesta para mejorar la sociedad. Así Comte funda la Sociología, una física social que contemplará nuestro conocimiento de la naturaleza. Por tanto rechaza lo metafísico y sólo se atiene a los hechos, con lo que su postura desemboca en un empirismo. La sociología de Comte permitiría intervenir en el orden natural -imperfecto- para mejorar la condición humana.

Existe un cierto orden social dado, en la Estática Social, orden que puede ser influenciado y modificado. También hay una Dinámica Social, que es la historia de la sociedad en el tiempo y que puede dividirse en tres etapas de "progreso": teológica, metafísica y positiva, caracterizadas respectivamente por una organización militar, legalista e industrial.

Propone Comte el método positivo, que privilegia la observación sobre la suposición, sobre la introspección, etc. También propone el método experimental de las ciencias naturales, y también el método histórico que considera las constantes y las variables de las opiniones humanas.

Comte sienta las bases de una ciencia social empírica, y Herbert Spencer fundamentará este empirismo. Para él la evolución con sus leyes generales es quien rige el progreso social. A diferencia de Comte, los hombres no deben intervenir en este proceso natural. Es la culminación del pensamiento liberal. Basándose en Darwin, homologa organismo biológico a organismo social (esto será retomado por el funcionalismo de Malinowski).

Darwin es también aquí importante. Para él, la evolución biológica obedece a dos principios básicos: la lucha por la existencia y la adaptación al medio. Importa para la psicología porque habló de un instinto colectivo. Spencer se basó en Darwin, diciendo por ejemplo: que la sociedad industrial es la más apta para la supervivencia. Spencer y Darwin expresan la ética individualista basada en la competencia.

Ya cerca del Siglo XX, la sociedad empieza con sus rápidas transformaciones: la gente empieza a agruparse en ciudades y surgen nuevos problemas. Surgen en este contexto nuevos pensadores, que son estos:

Emilio Durkheim (1858-1917) introduce el concepto de 'anomia' (falta de normas) al ver que la nueva sociedad empieza a perder un consenso, una conciencia común, una solidaridad mecánica que pasa a ser una solidaridad orgánica. Sus estudios sobre el suicidio pretenden mostrar al suicidio como indicador del grado y naturaleza de la solidaridad social del nuevo orden. Los hechos sociales son autónomos para Durkheim, están más allá de la voluntad de los individuos aislados. Por eso los grupos deben empezar a ser estudiados desde lo colectivo y no desde lo individual. No debemos reducir la sociología a la psicología. La coacción social es para Durkheim, el fundamento de la realidad social. Como método propondrá la observación y la experiencia.

Gabriel Tarde (1843-1904), en contraposición a Durkheim, habla del proceso de imitación como fundante de lo social. Esto lo critica Durkheim al decir que la imitación es un hecho individual, no social. Para Tarde el proceso social es un ciclo inmutable de invención-imitación, y de repetición, oposición y adaptación continua. El cambio social obedece a muchos pequeños cambios. Postula la irreductibilidad del hecho del hecho individual y resalta la importancia de la herencia. La polémica Tarde-Durkheim es la polémica individual-social, innato-adquirido, realismo-nominalismo. Durkheim no concibe la psicología social, mientras que Tarde transforma la sociología en una psicología inter-mental.

Para Gustave Le Bon las masas tienen realmente poder manipulador y destructor. Ellas anomizan al hombre, haciéndolo hombre-masa. Es importante Le Bon para la psicología social solamente porque muestra problemas nuevos y la necesidad de enfrentarlos.

El racionalismo (ilustración) y el irracionalismo (provenientes del romanticismo e idealismo alemán) están presentes en el Siglo XIX. Ambos influyen sobre la psicología social, incluso el último: por ejemplo: cuando Freud destaca los aspectos irracionales de la conducta.

La psicología social empieza a ser una disciplina independiente cuando entramos en la filosofía del pragmatismo norteamericano.

El gran precursor es William James (1842-1910). Filósofo y médico, trata de conciliar el irracionalismo del idealismo con el positivismo.

Él busca una filosofía y una psicología que le permita manejarse con los datos observables de la comunidad. Oponiéndose al elementarismo, postula la conciencia, no como suma de partes, sino como proceso, función. Ve la psicología como ciencia natural. El Yo es un producto de la experiencia social, y tiene tres aspectos. Primero, un yo empírico ('mí') que puede dividirse en yo material (todo lo que posee, comenzando con el cuerpo) y el mí social (organizado desde el reconocimiento que obtiene de los otros). Segundo, hay un mí social, que es el antes indicado. Tercero, hay un mí espiritual (estados de conciencia, capacidades físicas y disposiciones psíquicas). James es la base del funcionalismo de Chicago (sobre todo Dewey y Mead).

John Dewey (1859-1952) ve también la actividad psíquica como proceso con consecuencias prácticas. Su tema grande es la educación. Busca superar el dualismo alma-cuerpo diciendo que los actos del espíritu son sucesos que tienen lugar a la vez en lo psíquico y lo físico. El hábito, como producto de la interacción entre lo biológico y lo social, será el fundamento de su psicología social.

Influenciada por la antropología (Malinowski, Mead, Benedict) se desarrolla en EEUU una psicología fuertemente ambientalista.

John Watson (1878-1958), conductista antimetafísico, señala al ambiente como el factor determinante de desarrollo, por lo que entonces se puede dirigir este último desde fuera controladamente. Así, es posible entonces predecir y controlar la conducta humana. Este determinismo social se enfrentará con el determinismo biológico de McDougall (la sociedad puede explicarse por los instintos). Siete instintos primarios, cinco secundarios y tendencias guían el desarrollo social, McDougall después se retractó de la idea de instinto y habló solo de tendencias.

George Mead (1871-1936) creador del conductismo social, zanja el problema individuo-sociedad diciendo que el lenguaje (parte visible de dicha interacción) son símbolos tanto individuales como sociales: significados compartidos por una colectividad. La persona según Mead se socializa porque asume roles sociales, y no porque dichos roles sean impuestos por una conciencia colectiva (Durkheim).

Apela a la responsabilidad individual.

Por último está la corriente llamada "sociología psicológica". Charles Cooley (1864-1929) no concibe ningún individuo aislado ni una sociedad al margen de los individuos. Propone, entre ambos extremos, al hombre como ser social. Suyos son los conceptos de "yo reflejado en un espejo" (modo de imaginarnos aquellos que somos para los demás) y de "grupo primario" (interacción cara a cara, unidad de análisis social).

Por su parte William Thomas (1863-1947) y Florian Znaniecki, intentan hacer una psicología social científica y explicar lo social desde el concepto de 'actitud'.

Elton Mayo y otros proponen nuevas formas de trabajo en psicología social (experiencias de campo, abordajes clínicos) para poder conocer las variables del condicionamiento social de la conducta. La segunda guerra mundial impulsará nuevos estudios.

Kurt Lewin, desde su teoría del campo, hace una propuesta de cambio planificado a partir de la participación grupal mediante el empleo de grupos 'testigo' para cambiar actitudes individuales y grupales.

Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

La psicología social en EEUU. - En EEUU la psicología social hace su aparición en 1908 con E Ross y W McDougall. E Ross ubica la psicología social como parte de la sociología, que estudia las influencias interindividuales y sus conductas, tanto en situaciones de invención (dentro de la mente individual) como de sugestión e imitación (acción de una mentes sobre otras).

McDougall es en un comienzo instintivista, pues invoca los instintos como causa de la conducta humana tanto individual como social, pero luego incursiona en la psicología colectiva con una perspectiva más social donde la mente está moldeada por la sociedad en que se desarrolla. El grupo, por ejemplo, tiene gran influencia sobre las conciencias individuales, y habla de una conciencia colectiva.

En la psicología social prevalecieron dos corrientes: la Psicología Social Psicológica y la Psicología Social Sociológica.

La Psicología Social Psicológica surge a principios del siglo 20 en el conductismo (EEUU), una teoría de corte positivista, que estudió la conducta observable con un método experimental y buscó enunciar las leyes generales sobre la conducta social, estudiando el individuo y su forma de relacionarse con el medio. F Allport define en 1924 la psicología social como el estudio de la conducta social, de las "estimulaciones y reacciones que surgen entre los individuos y la parte social de su medio". Si bien es conductista, incorpora la conciencia entendida como respuesta fisiológica frente a los estímulos sociales. Explica también desde lo biológico los fenómenos grupales, y habla de la sugestión como elemento que favorece la liberación de impulsos individuales.

Otro Allport, G Allport, define la psicología social "es el intento de comprender y explicar cómo los pensamientos, sentimientos y comportamientos individuales son influidos por la presencia real o imaginaria de los otros". Milgram, por su parte estudió la obediencia a órdenes criminales.

También a EEUU habían llegado desde Europa los gestaltistas, de cuyo aporte fue emergiendo con el tiempo la psicología social cognitiva, mucho antes del surgimiento del cognitivismo propiamente dicho.

La Psicología Social Sociológica estuvo vinculada con el interaccionismo simbólico a principios del siglo XX (G. Mead) que postulaba que las influencias más importantes sobre la conducta son las simbólicas, derivadas del uso del lenguaje en la interacción y que impregnan de significado la conducta social. Algunos desarrollos fueron el estudio de pequeños grupos, el grupo de referencia y la teoría de los roles.

Conductismo. - Se interesa por estudiar las respuestas frente a estímulos del medio en el proceso de aprendizaje de conductas sociales, y fue una de las más importantes en EEUU en la primera mitad del siglo XX. El conductismo rechaza el mentalismo, centrándose en la conducta observable y desechando la idea de mente o conciencia, y sostiene que la conducta es resultado de la influencia del ambiente, lo que

fue estudiado con métodos objetivos de observación. Un precursor fue I Pavlov, pero el conductismo nace hacia 1913 con un trabajo de J Watson.

Importantes conductistas también fueron E Thorndike, E Tolman, N Miller y J Dollard, etc. Para Thorndike los hábitos se aprenden por refuerzo, es decir, porque son recompensados. E Tolman, por su parte, se acercó más al cognitivismo al plantear en su conductismo intencional constructos mentales como mapa cognitivo, expectativas y objetivos.

Miller y Dollard destacaron el papel de la imitación social en el proceso de aprendizaje social del habla, aunque también incorporaron conceptos psicoanalíticos como frustración, conflicto, impulsos, etc. Luego, hacia 1950 C Hovland estudió la influencia de la persuasión en el cambio de actitudes, y B Skinner, hacia 1948, se interesó por el problema del control de la conducta social recurriendo al concepto de condicionamiento operante (teoría del refuerzo). Su seguidor fue G Homans (1961).

A Bandura incorpora la importancia del aprendizaje vicario, donde la observación de otras personas permite anticipar las posibles consecuencias de la conducta propia. Estudió especialmente la conducta agresiva y para él, la conducta resulta de la interacción de factores ambientales, personales y cognitivos, enfatizando la cognición social (procesos simbólicos que regulan conductas) como aporte para el interaccionismo simbólico. Su teoría social cognitiva fue llamada conductismo sociocognitivo.

Condensado de Seidmann Susana, Historia de la psicología social (artículo). Publicación interna de la cátedra de psicología social de la carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 2001.

Psicología social europea.- Esta psicología se interesa más por lo social, y en Francia hunde sus raíces en la sociología de Durkheim, y por ello es más social y menos individualista como lo fue la psicología social americana.

La psicología social europea incluye aportes de Moscovici respecto del concepto de representación social y de la influencia de las minorías activas. Moscovici cuestiona el modelo de conformidad social: el grupo conformado a la norma no es siempre el más eficaz, planteando entonces un modelo de cambio social desde la minorías activas. Pasa del control social al cambio social. Para influir, las minorías deben tener visibilidad y reconocimiento social, y su poder radica en su fuerza, persistencia y sobre todo en la consistencia cognitiva. La innovación es el recurso usado para ejercer su influencia social.

Tajfel enfatiza la percepción de semejanzas y diferencias para construir categorías sociales y estereotipos. Esto permite explicar las relaciones intra e intergrupales y comprender la formación de la identidad social.

La Escuela de Ginebra estudió el desarrollo sociocognitivo desde la infancia, y la construcción de la inteligencia tomando ideas de Piaget. Su concepción socio-constructivista enfatiza la influencia de lo social en las coordinaciones cognitivas. Doise, por caso, desarrolla la dinámica de los sistemas colectivos, la diferenciación e integración y la autonomía de los grupos sociales así como el sí mismo y la identidad social.

Otras perspectivas son el análisis del discurso y la psicología retórica, que indagan como las personas construyen su mundo mediante el habla. Estos y otros autores estudiaron a la memoria como un proceso construido socioculturalmente en un grupo social (memoria "compartida"), y el recuerdo y el olvido como fenómenos vinculados al ejercicio del poder.

Michel Foucault (Francia, 1926-1984) vincula conocimiento con poder, desde donde se interesa por la ética, la libertad y la constitución del sujeto. El saber genera poder y el poder a su vez crea saberes cíclicamente, proporcionando ambos los mecanismos de subjetivación por los cuales el poder constituye la subjetividad. El poder, entonces, constituye al sujeto.

Los aportes a la psicología social son básicamente europeos y provienen en primer lugar de S Freud, explicando los fenómenos de masas. Las ideas psicoanalíticas influyeron sobre T Adorno (1950), que estudió el proceso de socialización temprana de personas autoritarias y prejuiciosas, y en la Escuela de Frankfurt buscaron explicar las condiciones psicosociales del fascismo.

Las ideas psicoanalíticas influyeron también sobre quienes destacaron la influencia de la cultura en la personalidad, como K Horney, E Fromm, E Erikson y A Kardiner. En Francia, el psicoanálisis influyó sobre el estudio de grupos e instituciones: D Anzieu, R Kaes, G Lapassade, R Lourau, C Castoriadis, y otros.

Condensado de Seidmann Susana, Historia de la psicología social (artículo). Publicación interna de la cátedra de psicología social de la carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 2001.

Desarrollos cognitivos en psicología social.- Se mencionan los aportes de la teoría de la gestalt y de la teoría del campo.

La teoría de la Gestalt.- Considera al hombre como un procesador cognitivo de estímulos. El auge de este enfoque coincidió con la declinación del conductismo y neoconductismo en psicología social, al enfatizar el rol activo de la persona, y restando importancia al medio, lo que significó continuar con la tradición de la psicología social psicológica. Dentro de esta orientación cabe destacar a los siguientes autores o corrientes:

La Gestalt surge en Alemania a partir de 1912 con M Wertheimer, a quien siguieron W Kohler y K Koffka. Esta teoría introduce el isomorfismo entre realidad y conocimiento, y enfatizó la importancia del campo, la totalidad de los elementos presentes como principio explicativo de la percepción y el aprendizaje. Es el

todo organizado lo que da sentido a las partes, habiendo una tendencia al equilibrio, la simetría y la regularidad.

La percepción está regida por leyes como la buena forma, la similitud, la proximidad, la experiencia pasada y la expectativa futura, etc. La conducta tiende siempre hacia la coherencia y el equilibrio, y los psicólogos sociales gestaltistas convalidaron la posibilidad de estudiar de modo "ingenuo" y directo la experiencia cotidiana. Por ejemplo, Kurt Lewin habló de un espacio vital y un ambiente psicológico para referirse a todo hecho que ejerce influencia psicológica sobre una persona en un momento dado, preanunciando así la psicología cognitivista y el construccionismo en psicología social.

Otros gestaltistas relevantes fueron F Heider (teoría del equilibrio), S Asch (experiencia de conformidad), L Festinger (teoría de la disonancia cognitiva), etc.

La teoría del campo de Kurt Lewin (1890-1947).- Explica la conducta a partir de los hechos presentes configurados en un espacio vital, o ambiente subjetivo tal como cada persona se lo representa en su mapa mental. Destaca la idea de equilibrio de la Gestalt, y la existencia de un juego de fuerzas permanente entre necesidades, motivaciones y recursos para satisfacerlas. Abordó temas como el conflicto, la reanudación de tareas interrumpidas en el aprendizaje y fue el creador de la dinámica de grupos, entendiendo a estos como todos dinámicos que incluyen cohesión, conflicto, cambio, roles, liderazgo y clima emocional.

Las teorías del equilibrio para el cambio de actitudes.- F Heider sostiene que la gente está motivada para ser o parecer coherente: la percepción de inconsistencias genera incomodidad y surge una tendencia a equilibrarlas. El cambio de actitudes es la herramienta para ello. A partir de estas ideas Osgood y Tannenbaum desarrollaron la teoría de la congruencia, y L Festinger la teoría de la disonancia cognitiva, todas concepciones que ubican el conflicto y su resolución a nivel intrapsíquico.

La teoría de la atribución causal de Fritz Heider (1944 y 1958).- F Heider intentó hacer una psicología del sentido común (somos todos "psicólogos ingenuos") que intentamos atribuir causas a nuestra conducta y a la de los demás, creándose así patrones definidos que permiten explicarlas coherentemente.

La cognición social.- Aborda la forma en que las personas dan sentido a la experiencia en las relaciones cotidianas y explican la conducta propia y ajena a fin de controlarlas. Enfoca al sujeto como procesador de información y busca las leyes que regulan este procesamiento. La interacción social está condicionada por la forma en que los sujetos perciben el mundo. El enfoque cognitivo social estudió la atribución de causalidad, la noción de esquema (guión, prototipo) y en particular los esquemas sociales, entendidos como paquetes de conocimiento prototípico, resultado de la experiencia interactiva grupal, y con el cual las personas activamente reconstruyen el mundo social.

Jerome Bruner.- Este autor adopta un enfoque histórico e interpretativo de la psicología (la psicología "cultural"). Mediante una actividad simbólica, los hombres dan sentido al mundo y a sí mismos en un proceso de construcción recíproca, de modo que el "yo" emerge de su relación con los otros. Estudió también la percepción (teoría del New Look), el lenguaje, la educación e hizo una teoría del pensamiento.

Condensado de Seidmann Susana, Historia de la psicología social (artículo). Publicación interna de la cátedra de psicología social de la carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 2001.

REALITY SHOW

Generalidades.- Las características principales de un "Reality Show" son las siguientes:

- Su 'elenco' no está conformado por actores, sino por gente común y corriente.
- Se pueden clasificar en dos tipos: los "Talk shows" y los Seudo-documentales. Los primeros, un panel formado por personas que exponen alguna problemática ante un moderador y su audiencia, para que esta última juzgue sus acciones. En los segundos, se trata de retratar de manera omnipresente la vida cotidiana de un grupo de personas que se encuentran en una situación fuera de lo normal, por lo general, los participantes de ambos están involucrados en una especie de concurso en el que el premio es de gran relevancia para su vida personal; dicho premio puede ir desde lo material (una fuerte suma monetaria) hasta lo sentimental (contraer matrimonio con su pareja ideal).
- Existe un espacio para que los participantes puedan desahogar sus inquietudes frente a las cámaras.
- Por lo regular, su transmisión no es tiempo en real. Todo está editado y estructurado para adaptarse a los requerimientos de la televisión comercial.

Los "Reality Shows", o "Espectáculos de la Realidad", presumen transmitir emociones genuinas, e historias que no están basadas en un guión.

Ahora, a casi treinta años de la aparición de los "Reality Shows", este tipo de programación pretende adueñarse de las pantallas de las familias del siglo XXI. La televisión estadounidense, fue la primera en darse cuenta de lo lucrativo que podría llegar a ser este tipo de seudo-documentales.

Cazau P y col (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Historia de los "Reality Shows".- Todo comenzó en 1973. La cadena norteamericana PBS estrenó el ocho de marzo de ese mismo año la serie "An American Family", "Una Familia Americana"; y durante 7 meses un equipo de producción grabó la vida diaria de la familia Loud, de Santa Ana, California. Entre los momentos más memorables de este documental estuvieron la declaración del hijo mayor, Lance, de su homosexualidad, y la petición de divorcio de la Sra. Loud a su esposo. En su momento, "An American Family" fue el programa con mayor audiencia de la ya mencionada estación, a la vez que marcó un hito por su originalidad y la manera en que se podían abordar los temas de la vida real.

MTV, el famoso canal de videos musicales, creó en 1992 "The Real World", "El Mundo Real"; una serie - documental que sigue la vida de siete jóvenes elegidos al azar para vivir bajo el mismo techo durante un lapso de seis meses, y terminado este período, el 'elenco' y la locación son cambiados. A pesar de que todas sus emisiones son cuidadosamente editadas para lograr un mayor impacto dramático, el programa se ha mantenido ocho años al aire, y por el momento, no tiene planes de desaparecer. Tres años después, bajo el mismo estilo pero con menor popularidad, HBO lanzó "Taxicab Confessions", "Confesiones de Taxistas"; otra serie - documental en la que una cámara seguía el recorrido de un grupo de taxistas durante su rutina de trabajo. La audiencia era participe directa de estas telenovelas de la vida real, sin saber qué es lo que pasaría después, ya que, literalmente, nada estaba escrito.

Luego se sucedieron nuevos programas con el mismo formato, hasta llegar a la actualidad con producciones del tipo "El Gran Hermano" y otras.

Puede decirse que los Reality Shows constituyen un fenómeno típico de lo que se ha dado en llamar la globalización. Diversos autores (Mattelart, 1996; Trejo, 1996) coinciden al afirmar que la globalización es de carácter económico, pero con implicaciones socioculturales. Mattelart, basándose en Guiddens, la define como "la intensificación de las relaciones sociales en todo el mundo por lo que se enlazan lugares lejanos, de tal manera que los acontecimientos locales están configurados por acontecimientos que ocurren a muchos kilómetros de distancia o viceversa. Este es un proceso dialéctico puesto que esos acontecimientos locales pueden moverse en dirección inversa a las distantes relaciones que les dieron forma" (Mattelart, 1996).

Para dar una idea de la complejidad de la globalización, Raúl Trejo la considera como un concepto "descriptivo, cuando se trata de grandes tendencias, pero acaso muy general para abarcar procesos que llegan a ser de marcada complejidad. Hoy en día (...) las fronteras tienden a difuminarse, el conocimiento encuentra nuevos caminos por los cuales desparramarse y los ciudadanos del mundo actual se sienten cada vez más contemporáneos de esta caída de interrelaciones. Sabemos más cosas con más rapidez. En las sociedades conectadas a los nuevos flujos comunicacionales contamos con más opciones de información y recreación" (Trejo, 1996:22).

Finalmente, la caracterización de la globalización particularmente como fenómeno económico hace necesario hablar de la importancia de las alianzas, que permitirán que el proceso sea posible al propiciar que se cumplan los objetivos propuestos. En el campo de la comunicación cabe recordar por ejemplo las alianzas que han permitido que la comunicación ocupe un lugar estratégico dentro de los medios de comunicación, particularmente en lo que se refiere a la televisión directa al hogar, cuya introducción en países latinoamericanos no hubiera sido posible sin la fusión de capitales nacionales e internacionales para llegar a una comunicación transnacional. Las alianzas también son palpables en la industria de la computación, en donde se observa la presencia de consorcios provenientes tanto del campo de la comunicación como de otros sectores. Cabe pensar que un fruto de estas alianzas son los programas con el formato del Reality Shows, que se han transferido de unos países a otros con fines manifiestamente económicos.

En efecto, la globalización es un concepto básicamente económico, mientras que mundialización es un concepto más antiguo, básicamente político y se podría vincular a los Reality Show por la tendencia también vinculado con los Reality Shows, que significa la tendencia a la organización de un gobierno mundial único. El acento se coloca en la dimensión política de la unificación del mundo (Buela A, 2002).

Cazau P y col (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Buela Alberto (2002) Sobre mundialismo y globalización. Disponible en <http://notes1.waelder.com.ar/labotellaalmar>

Mattelart A (1996) La comunicación mundo. México: Siglo XXI.

Trejo Raúl (1996) La nueva alfombra mágica. México: Diana.

Descripción del programa "Gran Hermano".- Hay dos novelas que han sido tomadas como iconos - representaciones- de lo que ocurre en la sociedad de la información (Lunt, 1999). Una de ellas es "Un mundo Feliz" de A. Huxley y la otra "1984" de George Orwell. En la novela de Orwell un gran lente -ojo-vigila, ve, percibe todo lo que pasa en la sociedad, las cámaras vigilan incesantemente al individuo. En el contexto del cine la película protagonizada por Jim Carrey, The Truman Show, sugiere la misma metáfora. Recientemente en su Novela La Caverna el Nobel de literatura José Saramago hace la metáfora de la sociedad Post-Industrial con el centro Comercial, y que es justamente un centro comercial sino el lugar donde nos encontramos atrapados sin ventanas al exterior y lleno de cámaras que nos registran permanentemente.

Inspirados en esta novela de Orwell los creativos de la Compañía Holandesa Endemol, diseñaron el formato del programa Big Brother que ha tenido versiones en varios países. Este producto que se constituye en una auténtica explotación del Placer Voyeur, ha diseñado paralelamente un merchandising con libros, revistas, camisetas y portales en Internet.

La serie "Gran Hermano", creada en Holanda, en 1999, con el nombre de "Big Brother", muestra la vida en común de seis hombres y seis mujeres, de 23 a 35 años, con ansias de exhibicionismo y de ganar 200.000 pesos, que durante casi cuatro meses comparten una casa sin televisor, sin radio, sin computadora, sin teléfonos, vigilados por 30 cámaras y 60 micrófonos que lo registran todo durante las 24 horas (Molero, 2001).

En España durante el año 2000 el programa Gran Hermano (Big Brother) fue un gran éxito. Un concurso en el cual se le pide a un grupo de participantes que conviva durante un periodo de tres meses en una casa. No podían llevar mas que un libro, su ropa y objetos personales. No estaba permitida ninguna comunicación con el mundo exterior, se les aislaba de todo tipo de información de actualidad. Estas condiciones se creaban para generar mayores lazos de convivencia entre los participantes y para que surgieran los conflictos propios de las reacciones primarias, en la convivencia humana (Molero, 2001).

Por supuesto con unas semanas de convivencia comenzaban a surgir los problemas, las desavenencias, los desacuerdos, las pasiones, las atracciones físicas, las reacciones inmediatas del instinto humano. Y las cámaras dispuestas por toda la casa se encargaban de captar los diversos momentos vividos entre los concursantes. Se creó un canal exclusivo de pago por ver (pay per view) donde se transmitía las 24 horas del día todo lo que sucedía al interior de la casa. Un servicio para los voyeur más ansiosos. Igualmente existía la página web, con las imágenes digitalizadas de los mejores momentos (Molero, 2001).

Además el formato del programa entronizaba al espectador como el gran juez, porque se le pedía una votación a la audiencia para ir sacando de la casa a los concursantes de acuerdo con su forma de ser, con la manera como se comportaba con los demás, con la capacidad de resolver los conflictos o simplemente por el agrado que su imagen causaba.

El programa Gran Hermano establece unas condiciones generales, sin duda artificiosas, para la convivencia de un grupo de personas durante cien días. En virtud de estas condiciones, quienes las aceptan, comienzan a vivir un tipo de vida que, no por artificioso, deja de ser análogo al tipo de vida propio de otras muchas personas en la vida real, particularmente al de las personas que viven la vida característica de la "clase ociosa".

Mientras que en la novela de George Orwell la experiencia de ser observado es totalitaria y ominosa, en este caso El Gran Hermano se hace cola para poder ser observado y hay un riguroso proceso de casting para seleccionar algunos entre una multitud de entusiastas. Así, la pasión por hacerse ver es mayor que la pasión por ver. Al revés de lo que podría suponerse, es un triunfo de los que son observados por sobre los que observan. En una extraña inversión de la esclavitud del experimento, los millones de televidentes son los esclavos y los pocos observados son los que gozan (Reinoso, 2001).

En suma, cabe decir que el Gran Hermano es el típico producto de la era digital. La era digital potencia en la sociedad el consumo de imágenes que le permitan verse a ella misma en los efectos que producen las pasiones humanas, los odios, las rivalidades familiares, las diversas practicas sexuales, el feminismo, el machismo, el incesto, la hipocresía moral, la falsedad y el engaño, la infidelidad matrimonial, las rivalidades políticas e ideológicas (Imber-black, 1999).

Podemos afirmar que en la era digital el placer de mirar, oír, leer, saber de la vida privada se ha desplazado de los famosos hacia la gente de lo cotidiano, a la posible historia que puede llevar oculta cualquier ciudadano del común. Hemos ido pasando de la curiosidad por la vida íntima de los famosos a la curiosidad por el mundo privado de cualquier ciudadano que empieza a ser famoso porque sale en la televisión para hacer pública su vida, su modo de pensar, sus actos, sus reacciones. El ciudadano que se atreve a exponer su mundo psíquico ante la pantalla de la televisión se hace celebre (Imber-Black, 1999).

Cazau P y col (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Imber-Black E (1999) La vida Secreta de las Familias. Barcelona: Gedisa.

Lunt, Peter (1999) (Psicosociólogo de la Universidad de Londres), entrevistado en <http://www.ucm.es/info/eurotheo/d-bmunoz2.htm>

Molero, Miriam (2001), "El Fenómeno de los Reality Shows: Un género en pleno apogeo", Buenos Aires, Diario La Nación, 11 de abril de 2001.

Reinoso, Susana (2001), "Gran Hermano", Nota publicada en La Nación el 19/03/01- Suplemento Cultura.

El Reality Show como fenómeno atractivo.- Respecto de qué es lo que atrae al mirar un Reality Show, y una manera es determinar a quienes interesa especialmente este tipo de espectáculo. Según la empresa de mediciones de audiencia Ibope, en los tres casos (Gran Hermano, Expedición Robinson y El Bar) el público que los sigue está conformado mayoritariamente por mujeres (alcanzan el 60 por ciento de la audiencia). De los hombres, el porcentaje mayor se sitúa en "El bar" (Molero, 2001).

Consideramos que la preferencia masculina por "El Bar" está relacionada con que este ámbito social es aquel con el cual más se identifica el hombre. Por tradición el hombre es el que sale de la casa y puede pasar mucho tiempo en los bares con sus amigos, por lo que resulta más probable una identificación con ellos. Nos basamos para ello en el concepto freudiano de identificación, en la medida en que este puede implicar que una persona se identifica con otra por algún rasgo en común, como cuando nos identificamos con otros estudiantes si también lo somos, o con docentes si también lo somos, etc.

Respecto de las preferencias según la clase social, "Gran hermano" es el programa preferido de la clase baja, que compone el 54,5 por ciento de su audiencia. En tanto que "El bar" es el favorito de la clase alta. La audiencia de clase alta que mira "El bar" es mayor que la de "Gran hermano". Finalmente, "Expedición Robinson 2", es seguida con fruición por las clases media y alta (Molero, 2001).

Como interpretar estos resultados estadísticos? Al respecto podría arriesgarse la siguiente hipótesis, entre otras posibles: si partimos de la base que las clases más bajas tienen aspiraciones de ascenso a niveles sociales superiores, es posible que tiendan a identificarse con ciertos valores que, como la competencia y la lucha por la supervivencia, aparecen precisamente en "Gran Hermano". Esta identificación tomaría como referencia el Ideal del Yo, es decir, las personas de esa clase se identifican con algún rasgo que quisieran tener, bajo el supuesto que de esa manera podrían acceder a las clases más altas. Incluso, aún cuando las clases más bajas no tengan estas aspiraciones, su vida cotidiana está signada por la lucha por la supervivencia, con lo cual tenderán más fácilmente a identificarse con tales actitudes.

Casi la mitad del público de "El bar" tiene más de 50 años (el 44 por ciento de su público). Luego, le siguen los que tienen entre 35 y 49. La cifra va decreciendo en la misma medida que las edades y, de todos los segmentos etarios, quienes menos consumen "El bar" son los jóvenes de entre 18 y 24 años. Las edades del público de "Gran hermano" están repartidas entre los distintos segmentos etarios. Se podría decir que los cortes: 18 a 24 años, 25 a 34 años, 35 a 49 años y 50 a 54 años, tienen un 25 por ciento del público para cada uno. "Expedición Robinson 2" es el ciclo que ha conseguido atrapar a la gente de 25 a 49 años. Los números decaen tanto entre los jóvenes de 18 a 24 como en los mayores de 50 (Molero, 2001).

Estos resultados revelan que el "Gran Hermano" satisface las expectativas de todas las edades. Evidentemente no hay una identificación etaria, pues los participantes de este Reality Show tienen aproximadamente entre 20 y 35 años. Considero que el alcance del mismo es tan masivo en cuanto a edades porque lo que plantea es una conflictiva universal y común a todas las personas: el eterno problema de la convivencia con otros seres humanos, y la fantasía de estar siendo espiado por una cámara, fantasía que puede estar al servicio de un deseo (satisfaciendo impulsos exhibicionistas) o de un temor (de estar controlado y espiado en todos sus actos, aún los más íntimos).

Gran hermano cuenta sin narrar la banalidad de la existencia del ser humano: "Lo banal, etimológicamente alude a lo sin originalidad o a lo trivial, entonces ¿qué será lo que torna interesante algo tan trivial como ver comer, cocinar, defecar, pelearse, tener relaciones sexuales a otros que se nos exponen a nuestras miradas? (Espino G, 2001).

Es posible responder a este otro interrogante planteado por Espino desde el psicoanálisis. Existe una tendencia humana ligada al placer de mirar, el voyeurismo. Este impulso escotofílico está presente en mayor o menor medida, y bajo ciertas circunstancias llega a constituirse en una perversión sexual "donde la forma preferida de actividad sexual del sujeto es mirar a las partes o actividades sexuales de otros. Desde el planteo clásico, el voyeurismo deriva de la escotofilia infantil, uno de los componentes del instinto infantil (Rycroft, 1976:120).

Señala Fenichel al respecto que sucede con frecuencia que los voyeur quedan fijados a experiencias que provocaron su angustia de castración, ya se trate de escenas primarias o de la contemplación de genitales adultos. El paciente intenta negar el fundamento de este miedo repitiendo, con algunas alteraciones, las escenas temidas (Fenichel, 1966:393).

Espino, sin embargo, intenta ampliar la explicación voyeurista, al indicar que en el "Gran Hermano" habría algo más que aquel impulso que busca satisfacer la libido mirando el acto sexual de otros. "Antes de estrenarse Gran hermano se esperaba que la mayor atención de los espectadores rondara por las secuencias de los desnudos o los entresijos del cuerpo pero al final aquello que más atención ha despertado ha sido la pornografía del espíritu, la dramaturgia del carácter, el psicodrama en sesión continua. La Pornografía carnal se encuentra ya en Internet, en las tiendas de video ahora el público prefiere la peripecia del enredo personal, y el público entrometido mas allá de su función de voyeurista, se interesa no sólo por lo que les pasa a estos sujetos del televisor sino lo que sucede por homotecia en la propia vida." (Espino G, 2001). Nos reencontramos aquí nuevamente en presencia de un proceso de identificación con aquellos rasgos que los protagonistas tienen en común con el espectador.

Considero que el voyeurismo crece en un terreno fértil como es el terreno del espectáculo visual, característico de los Reality Shows. El espectáculo, indica González Requena, es "la realización de la operación de seducción. Pero la seducción es a su vez el ejercicio de un determinado poder: el *poder* sobre el deseo del otro. Esta es la causa de que todo poder deba, necesariamente, espectacularizarse.... Por esto el nazismo alcanzó tan asombroso dominio en lo escenográfico" (González Requena, 1992:60).

Pienso que otra posible razón por la cual la gente se interesa por estos espectáculos puede ser la identificación con el agresor. La Roma antigua era fanática de un espectáculo que ofrecía ver la muerte en directo: la lucha de gladiadores. Cansados de asistir a las presentaciones de atletas, los romanos habían desarrollado un gusto atípico por las luchas violentas. Los hombres peleaban hasta la muerte para el delirio de un público que más aplaudía cuanto más violento era el combate, que llegó a incluir animales feroces. Los Reality Shows son entretenimientos que juegan a mostrar la vida en directo y no la muerte de nadie. Pero tanto aquel Coliseo como la actual pantalla de TV tienen algo en común: el público. Aquellos juegos romanos atraían a pobres y ricos, a aristócratas y gobernantes (Molero, 2001). Podríamos discrepar con esta opinión. El "Gran Hermano" no muestra necesariamente una muerte física, pero muestra una muerte simbólica: las votaciones que determinan la eliminación de algún participante representan una situación tan dramática como la misma muerte: la exclusión social, y en este sentido, los participantes, al contar con el poder de eliminar participantes, están empleando el mecanismo de la identificación con el agresor, que es una defensa contra la angustia que puede crear la exclusión social ("si soy yo quien excluyo, no podré ser excluido").

Identificarse con el agresor es, a nuestro entender, una forma de compensar un déficit de la misma persona, la que, al identificarse con el agresor, ocupa el lugar de un poder que no tiene. El mecanismo de fuga que refuerza la televisión es en la búsqueda del poder a través de la identificación con personajes arribistas que constituyen una compensación a la propia carencia de poder. "Rambo", "Superman" y otros personajes míticos, buscan, entre otras cosas, crear en los televidentes esas falsas actitudes evasionistas y de compensación. El verdadero desarrollo de la personalidad implica ese paso del estado de "simbiosis" al estado de "identidad". Cuando el individuo ha desarrollado suficientemente su identidad, se percibe como un ser autónomo y diferenciado de los demás. El proceso de individualización implica, por lo tanto, la conquista progresiva de la propia identidad personal y social (Iriarte y Orsini, 1995).

Finalmente, y respecto del sexo de los espectadores, las niñas tienden a «mirar» más los prototipos femeninos y a analizarlos, y los niños su referente masculino, en la actividad de ver el programa y establecer comparaciones con sus propias familias (Morley, 1986). Estas afirmaciones pueden respaldarse recurriendo también al concepto de identificación, que en este caso es una identificación con el género. Recordemos que el género designa el conjunto de conductas aprendidas que la propia cultura asocia con ser un hombre o una mujer, y cada cultura instruye a hombres y mujeres sobre determinados ideales de masculinidad y feminidad (Pearson, Turner y Todd Mancillas, 1993).

El análisis precedente permite concluir que los motivos que llevan a interesarse por los Reality Shows son variados, y, entre ellos, cabría mencionar la necesidad de identificarse con aquello que es familiar o habitual en la propia vida del televidente (por ejemplo los hombres prefieren ver "El Bar", las niñas tienden a fijarse en los prototipos femeninos, etc.), la necesidad de satisfacer impulsos escotofílicos (voyeurismo), y la necesidad de identificarse con personajes que hacen lo que los televidentes no se animan o no pueden hacer en su vida cotidiana, encontrando estos así una posibilidad de realizar sus más íntimas fantasías a través de los personajes que observan. El hecho de que estos personajes son en realidad 'personas', por cuanto se representan en rigor a sí mismos, podría agregar cierta certidumbre en el televidente de la realización efectiva de las fantasías, puesto que es como si dijese "si una persona común y corriente puede hacerlo, yo también podría hacerlo". La identificación con el agresor es otra posible explicación de la preferencia por estos espectáculos.

No debemos entonces subestimar el papel de los procesos identificatorios cuando se trata de establecer las preferencias del público espectador, por cuanto, como indica Ginsberg, los medios masivos de comunicación le dicen al hombre de masa quién es: le prestan una identidad; le dicen qué quiere ser: le dan aspiraciones; y le dicen como lograrlo: le dan una técnica (Ginsberg, 1988).

Consignemos, finalmente, las consecuencias que puede aparejar este interés por los espectáculos de Reality Shows, siendo la más importante una fuerte dependencia de los mismos. Señala al respecto Hanna que el hombre actual mantiene una relación de dependencia con los medios. Su deseo y necesidad de fama, poder y su interés por observar la intimidad de los demás hombres, favorecen esta relación (Hanna S y otros, 2001).

Cazau P y col (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Espiño, Gabriel (2001), El gran Hermano de la banalidad. "En Tiempos del Mundo". Bogotá, 15 Marzo 2001.

Ginsberg, Enrique (1988) Control de los medios, control del hombre. "Medios masivos y formación psicosocial", 2a.ed., Pangea/UAM-Xochimilco.

González Requena Jesús (1992) El Discurso televisivo, espectáculo de la postmodernidad. Madrid: Ediciones Cátedra.

Hanna Susana J y otros, (2001) "Los medios y las audiencias", incluido en <http://www.intelectiva.com.ar>

Iriarte G y Orsini M (1995) Conciencia crítica y medios de comunicación. México: Ediciones Dabar.

Molero, Miriam (2001), "El Fenómeno de los Reality Shows: Un género en pleno apogeo", Buenos Aires, Diario La Nación, 11 de abril de 2001.

Morley, D. (1986) "Family Television.Cultural Power and Domestic Leisure", London: Comedia.

Pearson, Turner y Todd Mancillas (1993) Comunicación y género. Barcelona: Paidós.

Rycroft Ch, (1976) Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Reality Shows y valores socio-culturales.- ¿Qué valores sociales resultan relevantes en la actualidad, en tanto orientan la preferencia por mirar un espectáculo como el Reality Show? La televisión fomenta, indudablemente, las conductas de cooperación y competencia. Existe un tipo de televisión que fomenta los buenos valores como la unión entre generaciones, la unión familiar, el apoyo entre amigos, el amor a la naturaleza. Pero no todos los programas de televisión son beneficiosos, la mayoría contiene escenas de violencia que muestran actitudes que después sin darnos cuenta copiamos, especialmente los niños que son los que se están formando.

Así se incorporan a la forma de ser de las personas, cosas que vemos en la televisión como la ira, la violencia hacia las mujeres, la violencia hacia los niños, aprovecharse del que está debilitado, que los gritos solucionan los problemas, que las agresiones sexuales son algo cotidiano.

Los Reality Shows no solamente expresan o muestran los valores sociales de la época y la cultura donde han nacido, sino que también pueden reforzarlos o legitimarlos. Por ejemplo, si en el Gran Hermano aparecen personajes que para imponerse y sobrevivir destruyen o dañan al semejante, no solamente están expresando algo que sucede realmente en la sociedad (por algo son "Reality Shows") sino que además están enviando un mensaje subliminal: "esto está permitido, es necesario, hay que hacerlo para sobrevivir". Apoyándonos en la teoría del aprendizaje social de Bandura, podremos aquí sostener que los espectadores, especialmente los más jóvenes, aprenden esta clase de conductas porque ven que en el argumento del Reality Show quienes las ejecutan resultan triunfadores (por ejemplo, será difícil que sean eliminados). Este ejemplo describiría el concepto de Bandura del aprendizaje "por las consecuencias de la respuesta", según el cual tendemos a aprender aquellos comportamientos que, observados en otros, le han dado resultados o han sido exitosos.

Los Reality Shows expresan entonces una escala de valores donde la violencia física o sexual tiene su rango de importancia, ya que en dichos espectáculos las situaciones de violencia están siempre presentes, explícita o implícitamente.

Evidentemente, el valor que en estos casos se está transmitiendo es la competencia egoísta, en oposición a la solidaridad y la unión, el sometimiento y el control onnipotente de la conducta del otro en oposición a la cooperación en una empresa común.

El segundo axioma de la comunicación humana nos permite ampliar y profundizar esta idea de la transmisión de valores culturales. El Reality Show no solo comunica un contenido sino también una relación, que en el caso del valor mencionado es la relación de sometimiento o daño que infringe una persona a otra. Se trata, según el axioma 5, de una relación asimétrica o complementaria, y, desde el axioma 4, es comunicado no sólo digital sino también analógicamente, puesto que el espectáculo del Reality Shows es también visual. Por ejemplo, la relación de exclusión y sometimiento es transmitida no sólo verbalmente sino también por escenas o acciones donde un personaje golpea a otro, o le da la espalda, o no lo consulta en las decisiones grupales, etc.

Los Reality Shows transmiten o refuerzan otra cantidad de valores socio-culturales, muchos de los cuales son propios de determinados estratos sociales. Así, ni la clase alta, ni la media ni la baja comparten exactamente los mismos valores morales y por eso se diferencia el público de los reality shows. "Gran hermano" representa tal vez los valores más conservadores (importantes para la clase baja como reaseguro de su pertenencia al sistema), algo ilustrado por la callada desaprobación del grupo al enterarse de que "la Colo" había tenido relaciones sexuales con Gustavo. "El bar" se alimenta de la subversión de estos valores (algo que la clase alta, por su pertenencia social, presencia con comodidad). Esta subversión es simbolizada por el hecho de que Celeste, la transexual del grupo, se haya apropiado del lugar de guardiana moral. Finalmente, casi lo obvio, "Expedición Robinson 2", favorita de las clases media y alta, propone una aventura de supervivencia, una experiencia que la clase baja argentina vive todos los días y que no necesita ver por televisión (Molero, 2001). Esta última afirmación podría explicarse desde el psicoanálisis: lo que muestra el Reality Show es tan directo, tan "real", que esta ausencia de distancia simbólica genera angustia, y entonces lo que vive la clase baja no es que "no necesite verlo" sino que "no puede verlo" por los altos montos de angustia que generaría. De alguna manera las situaciones violentas, para evitar convertirse en ansiógenas, deberían aparecer simbolizadas, distanciadas de la vida cotidiana y real del espectador, como cuando asistimos impávidos a escenas de violencia en una película porque podemos entender que no es "real".

Los valores sociales incluyen además valoraciones acerca de qué tipo de cuerpo físico es considerado valioso o exitoso, y cuál ha de ser rechazado, y los Reality Shows transmiten y refuerzan también estos valores: no por nada los protagonistas son seleccionados casi siempre según si sus cuerpos corresponden o no al imaginario social como cuerpos deseados (delgados, atléticos, etc.). Señala Bandura al respecto que "las manipulaciones sociales pueden tener relativamente poca influencia sobre ciertas características determinadas biológicamente, tales como el tipo corporal o los rasgos faciales del individuo. Pero en una sociedad que da mucho valor a la posesión de determinados atributos físicos, la frecuencia con que se dispensan los refuerzos sociales depende, en parte, del grado de cercanía a estos ideales culturales" (Bandura, 1985:38).

Las maneras como los medios contribuyen a configurar «la realidad» definen y orientan las maneras como los medios, y en particular los Reality Shows, contribuyen a transmitir y afirmar valores sociales. Estos se transmitirán a través de lo que Berger y Luckmann llaman “ámbito imaginario”.

Berger y Luckmann (Morley, 1986) establecen que el sujeto experimenta la vida cotidiana en grados diferentes de proximidad y alejamiento. Lo más próximo es el mundo en el que se actúa, accesible a la experiencia directa, pero la realidad abarca fenómenos que no están presentes aquí y ahora. Cabe entonces diferenciar dos niveles de la experiencia del sujeto, utilizando las categorías de «ámbito cotidiano», y «ámbito imaginario»:

El «ámbito cotidiano» es definido en términos de: ...las relaciones establecidas a partir de una fuerte intensidad de interacciones entre los sujetos, lo cual implica una constante confrontación intersubjetiva. (...) El ámbito cotidiano involucra de manera importante redes de relaciones estrechas, las cuales se atenúan en la medida en que su tamaño se amplía. En él se construyen diversas identidades familiares, barriales, etc., y las atribuciones del sentido explícito se confrontan permanentemente con los actos (Morley, 1986).

El «ámbito imaginario o genérico» implica: ...dimensiones amplias de reconocimiento, las cuales se han vuelto más frecuentes y diversificadas a partir del desarrollo del transporte y los medios de comunicación. En este espacio encuentran cabida las adscripciones a redes genéricas de significado, que influyen en las delimitaciones del sentido de la acción colectiva y personal; ahí se inscribe la moral, la ética social, las identidades colectivas nacionales, las creencias religiosas (Morley, 1986).

A nuestro entender, este ámbito de lo imaginario encuentra su representación en los imaginarios sociales, entendidos como “las representaciones (mitos, memorias, ‘arquetipos’, etc) que una determinada sociedad o comunidad tiene de sí misma y de otras. A través del imaginario social una comunidad designa su identidad; elabora una representación de sí misma, marca la distribución de los papeles y los roles sociales, expresa e impone ciertas creencias, etc. Esa identidad colectiva marca un ‘territorio’ y define las relaciones con los otros” (Ford, 1999:64).

No resulta exagerado afirmar, en suma, que los medios son actualmente una verdadera “escuela” para la estructuración de los sujetos y sus valores socioculturales. Como indica Ginsberg, desde una perspectiva teórica psicoanalítica -y como parte de la relación hombre-cultura, no puede dejar de estudiarse y comprenderse su aporte a la conformación del Aparato Psíquico: son quienes más ofrecen en el señalamiento de una determinada visión de lo que se convertirá en principio de realidad (lo que permite la llamada socialización), y ofrecen constantes y múltiples modelos identificatorios -ambos aspectos centrales para la constitución del Yo-, a más de mostrar de manera permanente que es lo bueno y lo malo (con sus consecuentes premios y castigos), que se convierten en ejemplos para el Superyó. A esto deben agregarse propuestas de cumplimiento de deseos, ofrecimiento de fantasías, etc. (Ginsberg E, 1988).

MacLuhan pone de manifiesto la naturaleza del recurso mediático cuando lo califica de “masaje”: “el medio de nuestro tiempo, la tecnología eléctrica, está remodelando y reestructurando los patrones de la interdependencia social y cada uno de los aspectos de nuestra vida privada. Nos está forzando a reconsiderar y reevaluar prácticamente cada pensamiento, cada acción y cada institución que hasta hoy se daban por establecidos” (McLuhan, 1969a:8).

La expresión ‘el medio es el masaje’ revela lo más decisivo de la teoría de McLuhan: su determinismo tecnológico. “McLuhan es materialista en su visión de la historia, un materialismo donde el papel de la infraestructura es atribuido a las tecnologías de la comunicación. Ellas gobiernan fatalmente el destino de la humanidad, construyen la cultura, la conciencia y hasta la sensibilidad individual, pero ante ellas no hay posibilidad de réplica o de respuesta” (Pérez Tornero, 1987:165).

Cazau P y col (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Bandura A (1985) Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Espasa Calpe.

Ford Aníbal (1999) La marca de la bestia. Buenos Aires: Grupo Norma.

Ginsberg, Enrique (1988) Control de los medios, control del hombre. “Medios masivos y formación psicosocial”, 2a.ed., Pangea/UAM-Xochimilco.

Mc Luhan M y Quentin F (1969a) “El medio es el masaje”, Buenos Aires, Paidós.

Molero, Miriam (2001), “El Fenómeno de los Reality Shows: Un género en pleno apogeo”, Buenos Aires, Diario La Nación, 11 de abril de 2001.

Morley, D. (1986) “Family Television.Cultural Power and Domestic Leisure”, London: Comedia.

Pérez, Tornero J. (1987) El estímulo de McLuhan, artículo incluido en Mc Luhan, Marshall y Quentin Fiore (1969a) El medio es el masaje, Buenos Aires, Paidós.

Watzlawick P, Beavin J, y Jackson D, (1981) Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder, 2º edición, capítulo 2.

Reality Shows y Aprendizaje Social.- ¿Los Reality Shows promueven el aprendizaje de conductas mediante el aprendizaje por modelado, tomando como referencia la teoría de Bandura? En principio, podemos suponer que en el caso de los Reality Shows está dada una de las condiciones esenciales de este tipo de aprendizaje, por cuanto el espectador se halla en presencia de un modelo de imitación que está observando a través de la pantalla.

Estos protagonistas-modelos desarrollan ciertas conductas, algunas de las cuales los conducirán a resultados exitosos (por ejemplo con sus comportamientos uno de los participantes del "Gran Hermano" consigue seducir a su compañera), y otras conductas conducirán a fracasos (una sumatoria de comportamientos llevan a otro a ser excluido del grupo por sus propios compañeros).

Puesto que "El gran Hermano" está diseñado para que los participantes compitan entre sí en vez de ser solidarios (ya que deberán ser eliminados uno a uno por votación de los espectadores, como si fuera un Torneo Romano), considero que resulta previsible que los comportamientos exitosos serán aquellos que desarrollen los protagonistas que logren triunfar sobre los demás y a expensas de ellos. Es también previsible que varios de estos comportamientos impliquen el uso de la violencia, la falta de respeto por los derechos del otro, etc.

Las encuestas tienden a demostrar que, efectivamente, la violencia es un comportamiento que se aprende a través de los medios. Algunas investigaciones reafirman la relación entre televisión y violencia. En 2002 se conocieron los resultados de una investigación de la Universidad de Columbia y el Instituto de Psiquiatría de Nueva York, realizada durante 17 años, y en la cual se examinaron más de 700 menores entre 1 y 10 años al momento del inicio de la investigación (La Nación, 2002).

Se pudieron así diferenciar tres grupos: a) quienes ven televisión no más de una hora por día: el 5,7% de estos niños y adolescentes presentó actos agresivos. b) quienes ven televisión durante tres horas por día: el 22,5 presentó comportamiento agresivo, y c) quienes ven televisión más de tres horas: la proporción subió al 28,8%.

También pudo constatar que las conductas violentas fueron tres veces más numerosas entre los varones. La agresividad masculina se revela especialmente en la adolescencia, mientras que la femenina, más tardíamente, al alcanzar la mayoría de edad. Conviene también indicar un dato señalado por la Asociación Americana de Psicología según el cual los menores captan en la televisión, alrededor de 8000 homicidios en los diez primeros años de vida, y hay motivos para suponer que esas experiencias reiteradas desensibilizan al niño inclinándolo hacia la ejecución de actos violentos (La Nación, 2002).

Es de hacer notar que las investigaciones mencionadas no se refieren específicamente a los Reality Shows. De hecho, no ha sido posible encontrar bibliografía sobre investigaciones que relacionaran el hecho de presenciar los Reality Shows con la violencia de los espectadores en su vida cotidiana. Como conjetura, es posible que también esta relación quede confirmada, y especialmente en el caso de los Reality Shows, ya que en estos, y a diferencia de los video-games o las películas de ficción donde aparecen escenas de violencia, se está transmitiendo un meta-mensaje: "esto que ustedes están viendo es real, no es ficción", meta-mensaje que podría inducir al espectador a pensar que la violencia que ejercería en su vida cotidiana está más legitimada ("Si ellos pueden ser violentos en la realidad, por qué no yo también?").

Los medios han modificado las formas como nos relacionamos en la sociedad. El uso de los medios de comunicación implica la creación de nuevas formas de acción e interacción en el mundo social, nuevas formas de relacionarse con los otros, y con uno mismo (Morley, 1986), cuestión que nos ubica directamente en relación con el problema del aprendizaje de actitudes y conductas.

Los medios no sólo contribuyen a moldear la percepción, sino también las acciones e interacciones sociales, las cuales se materializan y tienen su expresión en los comportamientos individuales y colectivos porque de los modos como los sujetos y grupos humanos se perciban mutuamente, tenderán a expresarse en sus formas de relación social. Si soy «joven», una de las mitologías mediáticas fuertes, luzco y actúo de determinada manera, me relaciono con determinados sujetos, y trataré de comportarme dentro de pautas que me diferencien de otros grupos por fuera de mi categoría. «Denunciar a los sospechosos», «castigar a los violentos», «no discriminar a los homosexuales» o «admirar a las mujeres bellas» son ejemplos de formas de interacción social que pueden ser alentadas o desestimuladas por los discursos, imágenes y narrativas de los medios. Escenas del "Gran Hermano" así lo atestiguan.

Pero los Reality Shows llegan, a mi entender, aún más lejos: "Los medios nos proporcionan nuevas identidades y aspiraciones con relación a lo que aspiramos ser o parecer. Los medios exhiben nuevos y seductores modelos de conducta, como una gama más dilatada y más plástica de valoraciones de nuestros yo. Los medios nos brindan múltiples, envidiables y tentadores grupos de referencia, sean reales o imaginarios, que sirven de espejo a nuestra personalidad" (Zibecchi, 1974:246).

En suma: al producir formas simbólicas los individuos utilizan éstos y otros recursos (capital cultural, capital simbólico), para ejecutar acciones que intervienen en el curso de los eventos y tienen consecuencias de varias clases. Las acciones simbólicas pueden hacer surgir reacciones, pueden conducir a otros a actuar o responder de ciertas maneras, a seguir un curso de acción en lugar de otro, a creer o a dudar, a afirmar su apoyo a un estado de cosas o a levantarse en una revuelta colectiva. Morley usa el término «poder simbólico» para referirse a esta capacidad de intervenir en el curso de los eventos, influenciar las acciones de otros e incluso crear eventos, por medio de la producción y transmisión de formas simbólicas (Morley, 1986).

Esto encuentra su explicación en la teoría de Bandura cuando dice que la conducta se adquiere simbólicamente a través del procesamiento central de la información acerca de la respuesta, que ocurre antes de que ésta se lleve a cabo como tal.

Muchos de estos comportamientos aparecen reproducidos en los Reality Shows, en la medida en que podemos considerar a estos como pequeñas reproducciones de la sociedad. Sin embargo, las influencias de los modelos también pueden crear conductas creativas o innovadoras, a través del modelado abstracto: por ejemplo, los espectadores pueden mirar ciertas conductas violentas, o seductoras, o solidarias en los Reality Shows, y luego, en su vida cotidiana, ejercer la violencia, la seducción o la solidaridad de maneras diferentes adaptadas a su entorno social particular, pero manteniéndose dentro del cliché de lo que han presenciado en la televisión.

Considero, además, que indudablemente las conductas violentas, seductoras, solidarias, etc., ya habían sido incorporadas con anterioridad por los espectadores de los Reality Shows. En estos casos, los modelos presentados en los mismos actuarían produciendo un efecto de potenciarlas –reforzarlas– o debilitarlas e incluso extinguirlas (Bandura, 1985:91).

Utilizando conceptos de Berger y Luckmann, podríamos aquí decir que en este último caso se ha producido una escisión entre la socialización primaria (donde se aprenden modelos durante la niñez) y la socialización secundaria (donde se aprenden los modelos de los Reality Shows, por ejemplo). Así, un niño a quien sus padres enseñaron conductas de solidaridad, puede padecer un debilitamiento o extinción de estas conductas bajo la influencia de los modelos suministrados por el Reality Show, cuando envía el mensaje “sé agresivo y triunfarás”.

Cazau P y col (2002) Vocabulario de Psicología. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Bandura A (1985) Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Espasa Calpe.

La Nación (2002), “Televisión y violencia”, Diario La Nación, Buenos Aires, 23 de abril de 2002.

Morley, D. (1986) “Family Television. Cultural Power and Domestic Leisure”, London: Comedia.

Zibecchi César (1974) Comunicación humana y comunicaciones masivas. Buenos Aires: Editorial Plus Ultra.

RED SOCIAL

Definición.- “Trama de relaciones sociales que parten de un individuo ligándolo en forma directa a otros y, a través de éstos, indirectamente a muchos más”.

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 624.

Red social.- “Una red es el campo total de relaciones de una persona o una familia... es un grupo de personas: miembros de la familia, vecinos, amigos y otros capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia. Es en síntesis un capullo alrededor de una unidad familiar que sirve de almohadilla entre ésta y la sociedad. Es lo que subsiste del aspecto tribal de las sociedades primitivas”.

Speck J y R, “Las prácticas de la terapia de red”, Gedisa, Barcelona, 1989, capítulo 1.

Generalidades.- Durante los años 90 la principal forma de armar redes sociales consistía en participar en grupos o foros de discusión o canales de Chat. Mediante la interacción uno iba relacionándose con los otros similares. Con la aparición del software de redes sociales y los sitios como 40things o flicks, la combinación de taxonomías y clasificaciones sociales comenzaron a unir lo disperso en lo común. La mayoría de las redes sociales existentes hoy en día basan su funcionamiento e inspiración en la teoría de los seis grados de separación formulada en 1967 por el psicólogo Stanley Milgram de la Universidad de Harvard. La teoría dice que dos personas cualesquiera del mundo están relacionadas entre sí por un máximo de 6 personas.

En Sociedad de las indias electrónicas encontramos la siguiente narración del experimento: “Seleccionó cincuenta personas a las que entregó un mensaje para un único destinatario. El mensaje sólo podía ser entregado a un conocido o, por estos, a otro conocido, hasta alcanzar el objetivo final. El experimento no salió muy bien las primeras veces, con una tasa de recepción final del 5% (cosa que no impidió a Milgram publicar los resultados y abrir un debate que ha sido sumamente fértil). En sucesivos intentos la tasa de recepción se elevó incluso hasta el 97%. Poco a poco una idea emergió de los experimentos, la de los seis grados de separación: cualquier persona podría llegar a cualquier otra siguiendo tan sólo seis pasos de “amigos de amigos” (en inglés “friend of a friend” o FOAF). ”

Recientemente Duncan J. Watts, de la Universidad de Columbia, ha repetido el experimento, pero a nivel mundial mediante el email, verificando lo concluido por Milgram. En la fuente mencionada agregan: “Pero la cuestión es que en realidad es muy posible que comparta la mayor parte de mis conocidos con mis contactos de primer grado. Si “limpiásemos” del listado de conocidos de cada uno de estos de los que ya han aparecido previamente como conocidos directos míos, es muy probable que muchos de ellos no llegaran al centenar de contactos. Por eso recibimos los mismos mensajes de email en cadena varias veces, se repiten las convocatorias por SMS en el móvil y definitivamente la venta piramidal nos parece un timo para sacarle los cuartos a la familia y el entorno más cercano.

Este fenómeno se llama clustering y podríamos definirlo como la tendencia que tienen dos conocidos comunes a un tercero a conocerse entre sí. O dicho a la manera del análisis de grafos, la tendencia a que dos nodos conectados a través de un tercero se conecten directamente entre sí. El clustering hace que la

gran red social se parezca más a una red de redes que a una única red muy interconectada. En el lenguaje del análisis estructural diríamos que la red social real tendería representarse como un conjunto de "clusters" unidos entre sí por puentes locales. Son estos puentes los que permiten que sólo haya seis grados de separación media en una red social amplia dándonos la impresión de que "el mundo es un pañuelo" (el "Small World Phenomenon")."

Un elemento fundamental para la constitución de estas redes está dado por los lazos fuertes y débiles que se generan y que es la clave para la extensión de las mismas.

"En 1973 el sociólogo Mark Granovetter realizó un famoso estudio sobre dos comunidades bostonianas que se movilizaban frente las consecuencias del crecimiento urbano. De este estudio emergía la idea de que la coordinación social dependía, a la hora de la verdad no tanto de los vínculos fuertes como las relaciones familiares, de amistad o de cuadrilla, como de los vínculos débiles establecidos con anterioridad con otros actores con los que hasta entonces habían tenido poco o ningún contacto. En un estudio posterior corroboró esta idea estudiando qué contactos servían realmente a la hora de encontrar trabajo. Granovetter llamó a este fenómeno la fuerza de los vínculos débiles. Y esa fuerza debería impulsarnos un par de reflexiones: en primer lugar que en el grafo de una red las claves pueden estar justamente en aquellos lazos que, en el análisis estático parecen menos relevantes, enlaces que "ensucian" el mapa y que muchas veces se borran para "facilitar el análisis". Los límites de la propagación vienen determinados por vínculos débiles, poco llamativos. En segundo lugar y en parte por lo mismo que los vínculos que unen a los hubs entre sí y con las redes que conectan probablemente serán también "débiles".

Vía Terra leemos las consecuencias de estas fortalezas y debilidades: "En las redes sociales las personas que pertenezcan al primer grado serán las más allegadas y a las que se conoce directamente. A medida que se va avanzando en el grado de separación, disminuye la relación y el nivel de confianza. No obstante, el usuario que se ponga en contacto con miembros de la red situados a 6 grados, sabe que han sido sus propios contactos los que finalmente le han llevado a esa persona. Funcionan como una especie de filtro, ya que en principio las identidades siempre quedan aseguradas, todo el mundo es quién dice ser..."

Fuente: <http://epuan.blogspot.com/>

REPRESENTACIÓN SOCIAL

Generalidades. - Jodelet (pág. 474) propone la siguiente definición de representación social: "*designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionalmente caracterizados. En el sentido más amplio designa una forma de pensamiento social*".

Las representaciones sociales pueden adoptar distintas formas (pág. 476), imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia para interpretar lo que nos sucede, categorías para clasificar las circunstancias, fenómenos e individuos con quienes debemos tratar, teorías para establecer hechos sobre ellos, etc. La noción de representación social se sitúa en el punto donde se articula lo psicológico con lo social.

Según el mismo autor, *las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica* (pág. 476).

La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación han de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás.

La representación social se define por su contenido (informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, etc). Dicho contenido se relaciona con un fin, un trabajo a realizar por ejemplo. Pero también se define como una relación entre sujetos: es la representación que se forma un sujeto de otro sujeto. La representación social no es un duplicado de lo real o de lo ideal, ni la parte subjetiva del objeto, ni la parte objetiva del sujeto: es la relación del hombre con las cosas y los demás hombres.

La representación social, en la caracterización de Jodelet, tiene cinco características fundamentales, que es posible sintetizar de la siguiente manera:

1. Siempre es la representación de un objeto, persona, acontecimiento, idea, etc. Para eso se llama representación.
2. Tiene un carácter de imagen y la propiedad de poder intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto. La forma de representarnos el objeto, la persona, etc., es mediante una imagen de ella.
3. Tiene un carácter simbólico y significativo. La representación como imagen, concepto, etc., no es una mera reproducción del objeto ausente, sino que es una construcción, donde el sujeto aporta algo creativo. Es decir:
4. Tiene un carácter constructivo.
5. Tiene un carácter autónomo y creativo.

Las categorías que estructuran y expresan las representaciones sociales son categorías del lenguaje.

Jodelet Denise (1989) La Representación social: fenómenos, concepto y teoría. Buenos Aires: Paidós.

Generalidades.- Representación social (Durkheim) son elaboraciones que hace un grupo determinado (clase social, adolescentes, etc. para ordenar el mundo y tornarlo inteligible. Por ejemplo, "el que mal anda mal acaba". De este conocimiento social se ocupa la sociología del conocimiento. Pero desde una Psicología del conocimiento interesará ver cómo los sujetos aprehenden la realidad social, cómo ponen orden en sus ideas, o sea como se construye el mundo como realidad subjetiva (internalización).

Los hombres poseen varias representaciones de la realidad: de su propio cuerpo, de lo sobrenatural, de la mujer, de la masculinidad, etc. y son construcciones, no reproducciones. Son interpretaciones resultado de la experiencia colectiva e individual. Con ellas pueden comprender, justificar y dominar su entorno. Las representaciones son significantes, están 'en lugar de' algo ausente en la mente. Las representaciones sociales están más allá de las opiniones, imágenes y actitudes. Estas últimas operan como parte de un sistema de representaciones sociales.

Sherif y Sherif mostraron con experiencias que grupos que desarrollan proyectos incompatibles, suelen elaborar imágenes, representaciones también incompatibles, pero que esos grupos se aunaban en interdependencia y un esfuerzo común cuando se creaba una situación suficientemente desafiante, un proyecto de orden superior.

Existen entre los grupos representaciones mutuas ('aquellos son los malos', etc.), y una superestructura legitimadora de las atribuciones inter-grupales; esta es la dinámica del sociocentrismo.

La representación está ligada a la actitud, en ambas existe un sistema, una actividad cognitiva que incorpora un sistema de valores producto de interacción.

Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

Generalidades.- Concepto desarrollado por S Moscovici en psicoanálisis, vinculado con el de representaciones colectivas de Durkheim. Son las formas en que la sociedad se representa a sí misma. Los mitos, leyendas e ideologías son "hechos sociales" objetivos, externos a los individuos. La representación social es un sistema cognitivo compartido (por ejemplo una teoría como el psicoanálisis, cuando se hace pública) que sirve como una preparación para la acción pues guía el comportamiento, y permiten a las personas orientarse en su medio social y controlarlo. Moscovici critica la idea de actitud por su raíz conductista. Autores como D Jodelet y otros siguieron esta orientación.

Condensado de Seidmann Susana, Historia de la psicología social (artículo). Publicación interna de la cátedra de psicología social de la carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires, 2001.

Generalidades.- El concepto de representación social aparece en sociología, y pasando por la psicología infantil (Piaget) llega finalmente a la psicología social (Moscovici).

A. DE LOS FENOMENOS REPRESENTATIVOS A LA NOCIÓN DE REPRESENTACION SOCIAL.- Ciertos experimentos han mostrado que la representación que elabora un grupo sobre la tarea que debe realizar, define objetivos y métodos específicos para sus miembros. Aquí vemos una primera forma de representación social: la elaboración por parte de una colectividad, bajo inducción social, de una concepción de la tarea que no toma en cuenta la realidad de su estructura funcional. Tal representación incide directamente sobre el comportamiento social y la organización del grupo, llegando a modificar su propio funcionamiento cognitivo.

En otros estudios se vio que una representación social podía condensar en una imagen historia, relaciones sociales y prejuicios. Los medios de comunicación pueden transmitir una determinada representación social, modificando la respuesta del público según sus expectativas y deseos. En otro ejemplo: si un periodista cambia la palabra "neurosis" por "desorden" esto influirá en cómo se relacionan las personas entre sí, pues cambió la representación social de la palabra en cuestión.

La noción de representación social.- Las representaciones sociales pueden adoptar distintas formas: imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia para interpretar lo que nos sucede, categorías para clasificar las circunstancias, fenómenos e individuos con quienes debemos tratar, teorías para establecer hechos sobre ellos, etc. La noción de representación social nos sitúa en el punto donde se articula lo psicológico con lo social.

Se propone la siguiente definición de representación social: Este concepto designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común (no científico), cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social.

Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.

La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación han de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás.

B. ELEMENTOS PARA ACOTAR LA NOCIÓN DE REPRESENTACIÓN SOCIAL.- La representación social se define por su contenido (informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, etc.). Dicho contenido se relaciona con un fin, un trabajo a realizar. Pero también se define como una relación entre sujetos: es la representación que se forma un sujeto de otro sujeto. La representación social no es un duplicado de lo real o de lo ideal, ni la parte subjetiva del objeto, ni la parte objetiva del sujeto: es la 'relación' del hombre con las cosas y los demás hombres.

Características de la representación social.- La representación social tiene cinco características fundamentales:

1. Siempre es la representación de un objeto, persona, acontecimiento, idea, etc. Para eso se llama representación.
2. Tiene un carácter de imagen y la propiedad de poder intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto. La forma de representarnos el objeto, la persona, etc, es mediante una imagen de ella.
3. Tiene un carácter simbólico y significante. La representación como imagen, concepto, etc., no es una mera reproducción del objeto ausente, sino que es una construcción, donde el sujeto aporta algo creativo. Es decir:
4. Tiene un carácter constructivo.
5. Tiene un carácter autónomo y creativo.

Las categorías que estructuran y expresan las representaciones sociales son categorías del lenguaje.

Teorías sobre la representación social.- Existen diversas maneras de formular la forma en que esa construcción psicológica y social llamada representación social se elabora. Estas teorías son seis:

1. La representación social surge de una simple actividad cognitiva del sujeto. La construye en función del contexto, o sea de los estímulos sociales que recibe, y en función de valores, ideologías y creencias de su grupo de pertenencia, ya que el sujeto es un sujeto social.
2. El sujeto es producto de sentido, y entonces expresa en su representación el sentido que da a su experiencia en el mundo social.
3. La representación social se construye como una forma de lenguaje, de discurso, típico de cada sociedad o grupo social.
4. El sujeto produce una representación social en función de las normas institucionales derivadas de su posición o las ideologías relacionadas con el lugar que ocupa.
5. El juego de las relaciones intergrupales determina la dinámica de las representaciones: las interacciones van modificando las representaciones que los miembros tienen de sí mismos, de su grupo, de los otros grupos y de sus miembros. Estas representaciones permiten regular las relaciones sociales.

C. CONSTRUIR LO REAL, ENCARNAR EL PENSAMIENTO.- Moscovici describió dos procesos principales que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación, y como esta representación transforma lo social. Ambos procesos se denominan, respectivamente, "objetivización" y "anclaje".

a. La objetivización: lo social en la representación

La objetivización puede definirse como una operación formadora de imagen y estructurante. La representación permite intercambiar percepción y concepto a través de la imagen. Al poner en imágenes las nociones abstractas, da una textura material a las ideas. Por ejemplo el concepto de "masa" se materializa como "peso", o "enfermedad mental" como "shock afectivo". Primero se da una selección: seleccionamos ciertos conceptos acordes con nuestra ideología y los separamos del contexto donde estaban (descontextualización). En una segunda fase se forma un núcleo figurativo, una estructura de imagen que reproducirá en forma visible una estructura conceptual. Por ejemplo el concepto de "aparato psíquico" del psicoanálisis es visualizado como dos zonas separadas por una línea. En una tercera fase el modelo figurativo adquiere propiedades humanas naturales: por ejemplo, el "inconciente" es inquieto.

Por lo tanto, la objetivización tiene este triple carácter, que es el paradigma de la objetivización: es una construcción selectiva, es una esquematización estructurante y produce una naturalización. Este modelo revela la tendencia del pensamiento social a proceder por medio de construcción estilizada, gráfica y significante. Tal construcción se subordina a un valor social, pero también responde a expectativas personales e íntimas: el esquema consciente-inconciente tiene resonancias en experiencias conflictivas personales. Estas construcciones tienen a biologizar, es decir, a transformar diferencias sociales en diferencias de ser.

b. El anclaje: la representación en lo social

Este segundo proceso se refiere al enraizamiento social de la representación y su objeto. La intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que le son conferidos.

Hay una integración cognitiva del objeto representado en el esquema preexistente. A diferencia de la objetivización, que es la constitución formal de un conocimiento, en el anclaje encontramos una inserción orgánica de conocimiento dentro de un pensamiento constituido. Articula así las tres funciones básicas de la representación: función cognitiva de integración de lo novedoso, función de interpretación de la realidad, y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales.

El proceso de anclaje se descompone en varias modalidades que permiten comprender el mismo. Estas modalidades son:

1) El anclaje como asignación de sentido: o sea como se confiere el significado al objeto representado. La jerarquía de valores que se impone en la sociedad contribuye a crear una red de significados. Por ejemplo, la gente deja de representarse el psicoanálisis como una ciencia y se lo empieza a representar socialmente como atributo de ciertos grupos, como por ejemplo de los intelectuales.

2) El anclaje como instrumentalización del saber: o sea como se utiliza la representación en tanto que sistema de interpretación del mundo social, marco e instrumento de conducta. Las representaciones no sólo expresan relaciones sociales, sino que también contribuyen a constituir las. Por ejemplo agresividad frente a los intelectuales por representar el psicoanálisis.

3) Anclaje y objetivización: hay una relación entre la cristalización de una representación en torno de un núcleo figurativo (objetivización) y un sistema de interpretación de la realidad que orienta los comportamientos (anclaje). Por ejemplo, se forma un núcleo figurativo alrededor de la enfermedad mental, que toma una imagen dividida: el cerebro (representa lo social) y los nervios (representa lo orgánico). Con esta imagen interpretamos la realidad, y por ejemplo decimos "a este no le funciona el cerebro" o "aquel anda mal de los nervios", y nos comportamos de distinta manera frente a estos dos "tipos" de enfermos.

4) El anclaje como enraizamiento en el sistema de pensamiento: La representación no se inscribe en una tabula rasa, sino que siempre se inserta dentro de algún sistema previo de pensamiento, latente o manifiesto. Esto puede impedir la incorporación de nuevos conocimientos por resistirse a los esquemas previos, pero también puede facilitar la integración de los mismos en esos esquemas previos. Este doble fenómeno es llamado por Moscovici "polifasia cognitiva".

Resumen de Jodelet Dense (1989) La representación social: fenómenos, concepto, teoría (artículo).

RITUAL

Definición.- "Acto social de significación simbólica, cumplido en ciertas ocasiones porque lo prescribe la tradición".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 625.

Ritual de iniciación.- Un ritual de iniciación lo podemos definir como una práctica social bastante codificada que se da ante una situación de cambio o pasaje en la existencia de las personas. Es decir, es una situación donde una persona deja atrás un estadio de su existencia, para pasar a otro estadio en su vida. Así, por ejemplo, nos encontramos con el ritual del casamiento (pasaje del estado de soltería al estado propio al matrimonio), el ritual de los velorios (pasaje de la vida a la muerte, o pasaje de la presencia física a la ausencia física del ser querido que dejó de ser en el tiempo), o el ritual de la realización de una tesis (pasaje de alumno a graduado). Toda situación de pasaje de un estadio de la existencia a otro, presupone una situación de crisis, donde la incertidumbre, la resistencia a dejar el viejo estadio o los temores que acarrea la nueva situación imprevista, suelen ocasionar demoras y regresiones en las cuales uno se resiste a pasar por tal situación de desplazamiento hacia el nuevo estadio.

Besarón P, ¿Por qué no puedo hacer mi tesis? Disponible en <http://www.escribimos.com.ar/www/porqueno.htm>

ROL

Definición.- "Exigencias normativas que se aplican a la conducta de una categoría específica de personas en determinados contextos situacionales. Los roles establecen quién debe hacer cierta cosa, cuándo y dónde debe hacerla".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 625.

Rol social.- "Patrón de comportamiento que se espera de una persona que ocupa un status particular; actividad de codificación compleja, que controla la creación y la organización de significaciones específicas y las condiciones para su transmisión y recepción. Los roles son producto del proceso de socialización, a través del cual es interiorizado algo que es exterior al individuo" (pág. 155).

Berstein Basil (1990), *Poder, educación y conciencia. Sociología de la transmisión cultural*. Barcelona: El Roure.

La naturaleza de los roles.- Gran parte de la vida social se asemeja al teatro, donde las personas asumen y actúan ciertos papeles o roles, con la diferencia que el teatro es una ficción, y además los libretos son muy fijos.

Los roles establecen quien debe hacer cierta cosa, y cuando y donde debe hacerla. Sabemos qué esperar de ciertas personas porque las hemos categorizado dentro de cierto rol. Un rol es un conjunto de actividades, claramente mezcladas con las actividades de otras personas, e implican normas recíprocas: tengo tales obligaciones y de los demás tengo determinadas expectativas.

La naturaleza recíproca de los roles.- No hay profesor sin alumno, ni trasgresor sin policía, ni marido sin mujer. Los roles definen tanto nuestras obligaciones como nuestras expectativas, o sea lo que haremos y lo que harán los demás. Estamos ligados unos a otros por relaciones de roles: las obligaciones de uno son las expectativas de otro.

La reciprocidad se ve en la mismidad.- Nos situamos en la otra persona para ver qué espera ella de nosotros, anticipando así nuestras obligaciones. Con el rol no se nace, sino que lo vamos construyendo a medida que interactuamos con los demás.

Asunción del rol.- Al traducir los roles en acciones, comprobamos que en cada caso necesitamos crear la acción de nuevo; de allí que toda interacción tenga un carácter tentativo y nunca definitivo.

Elaboración del rol.- En algunos aspectos, cada acción es singular y única, y cada interacción envuelve un elemento de improvisación: de aquí de la asunción de un rol implique siempre una elaboración del rol. Elaborar roles significa distribuir, ajustar y equilibrar sus requisitos, procurando crear y descubrir totalidades congruentes.

Tensión del rol.- El carácter fluido e indeterminado de la vida humana obliga a modificar de continuo nuestra conducta y a definir y redefinir nuestros roles. En esta tarea surgen a veces dificultades, creándose así una tensión del rol. Una fuente de esta tensión son los conflictos de roles, cuando deben asumirse conductas contrarias entre sí. Por ejemplo algunas personas esperan de nosotros que actuemos de tal manera por el sólo hecho de ser de tal raza o religión, pero quizás eso que se espera de nosotros no es compatible con nuestra personalidad. Para resolver estos conflictos recurrimos a varios mecanismos, por ejemplo la compartimentación: actuamos en cierto contexto de una forma y en otro de otra; otro mecanismo es la jerarquía de obligaciones: 'me gustaría hacer tal cosa pero antes está esto otro'. Otro origen del conflicto puede ser la ambigüedad del rol, que es cuando hay roles tan novedosos que no hay claridad sobre ellos.

Distancia del rol y fusión del rol con la persona.- Hay casos de plena adhesión a un rol (el director técnico que gesticula en un partido de fútbol). Los roles no sólo se actúan sino que también pueden 'hacerse como que se los actúa'. En otras circunstancias, podemos esforzarnos por mantener nuestra distancia respecto de ciertos roles pues contradicen el concepto que tenemos de nosotros mismos.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós. Capítulo 8.

Roles funcionales y disfuncionales en los grupos.- A medida que el grupo comienza a funcionar, se van diferenciando roles, a los efectos de la división del trabajo. Los roles pueden clasificarse del siguiente modo:

a- *Roles funcionales*: son los que tienen que ver con la tarea a realizar (roles de producción o locomoción) y los que tienen que ver con el grupo mismo a fin de regularlo y perpetuarlo manteniendo o modificando su forma de trabajo (roles de regulación: resolver conflictos endogrupales, y roles de facilitación: organizar el grupo). Estos últimos son los roles de mantenimiento, pues hacen que el grupo siga siendo un grupo.

b- *Roles disfuncionales*: o individuales, son irrelevantes para la tarea o el grupo. Están orientados hacia la satisfacción de necesidades individuales de los miembros. Obstaculizan el funcionamiento grupal.

Esquemáticamente:

Roles funcionales (son 18)	De <i>locomoción</i> (son 11). Roles para la tarea, roles para la producción, roles de progresión.
	De <i>mantenimiento</i> (son 7). Roles de mantenimiento y constitución del grupo. Pueden ser: -De facilitación: organizar -De regulación: unir.
Roles disfuncionales (son 8)	Roles individuales

Un mismo integrante puede desempeñar simultánea o sucesivamente varios de estos roles. Y un mismo rol puede estar a cargo de varios miembros en la misma situación.

Roles de locomoción

- 1- Iniciador-contribuyente: sugiere nuevas ideas para ver el objetivo grupal.
- 2- Inquiridor de opiniones: pregunta para buscar opiniones.
- 3- Informante: aporta información.
- 4- Opinante: opina.
- 5- Elaborador: reformula información y opiniones.
- 6- Esclarecedor, clarificador, sintetizador o coordinador emergente (para distinguirlo del coordinador explícito): muestra y clarifica las relaciones entre ideas y sugerencias.
- 7- Orientador: define o redefine la posición del grupo frente a su objetivo.
- 8- Crítico evaluador: analiza lo realizado por el grupo según ciertas normas.
- 9- Dinamizador: incita a actuar o a tomar decisiones.
- 10- Secretario: registra lo discutido.
11. Técnico de procedimientos: facilita el movimiento grupal distribuyendo material, haciendo tareas de rutina, disponiendo grabadores y sillas, etc.

Roles de mantenimiento

- 1- Estimulador: alienta, elogia, muestra solidaridad.

- 2- Conciliador o armonizador: concilia, mitiga tensiones, calma.
- 3- Transigente: cede parte de su posición para llegar a un acuerdo. Favorecedor de compromisos.
- 4- Regulador de comunicación, guardagujas o guardatranqueras: intenta mantener abiertos los canales de comunicación, estimulando la participación de todos.
- 5- Seguidor: sigue el movimiento grupal pasivamente.
- 6- Legislador: expresa normas sobre como debe funcionar el grupo (equivalente al crítico evaluador como rol de locomoción).
- 7- Observador o comentarista: registra diferentes aspectos de la interacción grupal y realimenta al grupo con esos datos. Puede ser participante o silencioso.

Muchos de estos roles serán desempeñados por el líder de mantenimiento.

Roles disfuncionales.- Su aparición frecuente indica problemas grupales no resueltos. En términos de Thelen, indica un problema de proceso no resuelto. Según este autor, la participación de un miembro, realizada, ya pertenece al grupo. Por ello toda problemática de un integrante es un problema de grupo salvo en casos extremos donde un rol disfuncional es un problema del miembro únicamente. En todo caso el problema grupal será como resolver ese problema. Roles disfuncionales son:

- 1- Agresor.
- 2- Obstructor (discute sin razón, vuelve a problemas ya resueltos).
- 3- Buscador de reconocimiento (llama la atención sobre sí).
- 4- Confesante (toma al grupo como terapéutico para contar sus cosas personales).
- 5- Mundano (alardea de falta de compromiso, cínico, subestimador).
- 6- Dominador (no permite participaciones, usa la agresión para imponer poder).
- 7- Buscador de ayuda (busca hacerse el simpático mostrándose inseguro, confuso o autodepreciado).

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 4.

Interjuego grupal de roles.- Analizar este interjuego supone considerar los siguientes puntos:

Fijeza o movilidad.- Cuanto más móviles son los roles más posibilidades de resolver conflictos hay y mejor es la situación de aprendizaje. Roles fijos hablan de una situación estereotipada de conflicto no resuelto.

Roles complementarios o suplementarios.- El interjuego de roles complementarios implica cooperación, mientras que los suplementarios una situación de competitividad que obstaculiza la tarea a cumplir. Según Arsenian y otros, los roles disfuncionales puede llegar a estar al servicio del grupo, pues hay momentos donde la conducta está dirigida hacia las satisfacciones individuales.

Racimo de roles (Arsenian y otros).- La unidad del proceso grupal no está dada generalmente por un individuo y su rol sino por un par de roles o más (racimo). Generalmente asociados a sentimientos ambivalentes (afectivos positivos y negativos) buscan 'suspender' el proceso grupal para neutralizar la excesiva integración o la excesiva dispersión, al mismo tiempo que mantienen abiertos los canales de comunicación y las funciones de locomoción.

Los racimos de roles ambivalentes buscan sublimar, neutralizar lo que produce mucha cohesión (que aumenta la tensión) o lo que dispersa mucho (la agresión, por ejemplo) logrando así mantener al grupo unido.

También hay racimos de roles para expresar y descargar solamente afectos positivos, y solamente negativos. Cualquier rol individual puede insertarse al servicio de cualquiera de esos tres racimos.

Ejemplos de racimo son el bromista, el burlado, el que estimula y festeja al bromista. El chivo emisario, el expiador que castiga al chivo, etc. Si un racimo es ejercido por una sola persona, puede dejar inactivos a los demás. Los racimos también interjuegan entre sí: si hay un bromista capaz de expresar la hostilidad grupal, no será necesario un chivo expiatorio.

En suma, ningún rol es aislado: está integrado en el conjunto, interjuega con los demás según complementariedad o suplementariedad, fijeza o movilidad, o dentro de un racimo de roles. Estos últimos buscan mantener la cohesión grupal para resolver el conflicto.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 4.

La dinámica de roles y el conflicto grupal.- El aporte de Benne y Sheats es haber descrito las conductas grupales y clasificarlas en fases. Lo que falta, en cambio, es una teoría del conflicto. Desde estos autores, parecería que el conflicto surge a partir de la aparición de roles disfuncionales, pero Romero postula que es al revés: el conflicto es constitutivo del grupo, y la existencia de roles disfuncionales indican que existe un conflicto sin resolver, afectando tanto la eficacia como la eficiencia del grupo. Además, el conflicto el motor del cambio grupal.

Las funciones de locomoción pueden ser encaradas como el equivalente grupal de los procesos de producción, mientras los procesos de mantenimiento como el equivalente de los procesos de reproducción y producción de las condiciones de producción.

Los procesos de mantenimiento entonces reproducirían las fuerzas productivas (motivaciones y esfuerzos de los miembros para hacer la tarea) y las relaciones de producción (cuya reproducción se ve en las estereotipias y conductas evitativas del conflicto, que se expresa con la aparición de roles individuales).

Así, todo grupo funciona como una unidad de producción: hay recursos o materias primas (problemas, obstáculos, conflictos a resolver), hay instrumentos (interacción cooperativa, interpretaciones o señalamientos del coordinador), hay personas, etc. Así, en todo grupo hay tres niveles:

- (a) General (compartido por todos los integrantes).
- (b) Particular (asunción y adjudicación de roles orientados a resolver conflictos que impidan realizar la tarea: el grupo es un campo de aprendizaje de roles).
- (c) Individual (dado por la problemática personal de cada miembro).

Si en los grupos de discusión se reproducen las condiciones de producción social, en los grupos terapéuticos se reproducen las condiciones de producción del sujeto, pues prima lo inconciente. Estamos en el nivel (c), donde el sujeto transfiere al grupo su historia personal.

¿Pero el grupo como unidad tiene también una historia que reproduce? En el grupo terapéutico se reproducen las condiciones de producción del sujeto en cuanto tal, como sujeto sujetado al discurso social ideológico, por un lado, y a las formaciones del inconciente, por otro. O sea, todo miembro está sobredeterminado por estas dos últimas cosas: lo inconciente y lo social. Ambos tienen que ver con el grupo primario, la familia, donde predomina el mantenimiento (afectos, cohesión) más que la locomoción (tarea). Los grupos secundarios pueden primarizarse al predominar en ellos el mantenimiento.

Las fantasías a nivel individual y la ideología a nivel social, se articulan en lo imaginario a nivel grupal. Gracias a ello el grupo es libidinizado y puede mantenerse como tal.

Condensado de Romero R (1992) Grupo, objeto y teoría, Tomo 2. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 4.

Teorías sobre el rol.- Hay distintas concepciones sobre el rol. Tradicionalmente suele oponerse un yo individual a un yo social. Según esta concepción dualista el yo social es resultado de un largo proceso de socialización donde el yo individual aprende a controlar tensiones y adaptarse a la vida en común. Pero más nos interesan las concepciones contemporáneas. En este sentido, el rol puede entenderse de tres maneras:

a) El rol es un conjunto de exigencias (normas, expectativas, tabúes, responsabilidades, etc.) que provienen desde afuera, o sea, desde la estructura social, y entonces dependen de cada sociedad.

b) Rol también se entendió como el conjunto de conductas que realiza un individuo de acuerdo a qué lugar ocupa dentro de la estructura social. Aquí no se pone el acento en lo exterior sino en el mismo sujeto, en sus conductas.

c) El rol es finalmente aquella concepción o idea que el individuo tiene de sí mismo dentro de una estructura social. Es una definición "desde lo interior" del hombre, pues apunta a la forma en que el actor piensa su rol. Así visto, el rol es una estructura cognoscitiva.

¿Qué semejanzas podemos encontrar entre estas teorías del rol y la teoría de Lewin? En primer lugar, para Lewin la persona no es una unidad homogénea, sino un campo diferenciado. Cada zona no es: una el pensamiento, otra la afectividad, etc., sino que cada zona contiene todos esos aspectos. Por tanto, los roles podrían darnos las bases de estos recortes del espacio vital de los individuos. En segundo lugar, las regiones periféricas y central, no se corresponden con el yo social y el individual, o con el yo de los afectos y el yo de las normas sociales. La zona social no es la más afectiva, ni la zona más profunda, como si fuera el inconciente, sino que la zona central, es decir, la que se comunica mejor -por su ubicación en el centro- con todas las demás zonas. Esto ayuda a esclarecer la noción de rol.

Montmollin G (1984) La noción de interacción y las teorías de la personalidad, artículo incluido en Lagache D y otros, "Los modelos de la personalidad".

SECTA

Definición.- La Johnson Foundations Winspread Conference Center, en 1985, define las sectas como "movimientos totalitarios, caracterizados por la adscripción de personas totalmente dependientes de las ideas de un líder, que pueden presentarse bajo las formas de identidad religiosa, asociación cultural, centro científico o terapéutico; que utilizan las técnicas de control mental y de persuasión coercitiva para que todos los miembros dependan de la dinámica del grupo y pierdan su estructura y su idea de pensamiento individual en favor de la idea colectiva, abandonando su entorno familiar y social, creándose muchas veces un fenómeno de epidemia psíquica". Entre las consecuencias o daños más frecuentes provocados por las sectas se cuenta, según la Winspread Conference, la fragmentación de la familia, enfermedades mentales o emocionales y desarrollo psíquico deteriorado, y reducción a la esclavitud y explotación económica de sus miembros y sus familias (Baamonde, Sectas en preguntas y respuestas, página 15).

Baamonde José María Lic., Sectas, en preguntas y respuestas, Buenos Aires, Editorial Bonum, 1992.

SÍ MISMO

Generalidades.- Es un concepto más antiguo que 'identidad': uno es de W. James, del siglo XIX, y el otro más reciente, de E. Erikson. Algunos los toman como sinónimos, otros no.

El *sí mismo* es el individuo tal como él mismo se conoce en un marco de referencia socialmente determinado; es una abstracción de nuestros atributos y capacidades. Es como un custodio de la conciencia: nos vivenciamos a nosotros mismos como separados de los demás y dotados de una continuidad temporal.

Autorrealización: es la actualización de los atributos y capacidades del sí mismo (Maslow).

Controversia en torno al sí mismo: unos dicen que es un concepto necesario, y otros que es superfluo. El conductismo eliminó el sí mismo por considerarlo una abstracción inobservable. Allport reivindicó este concepto y Maslow hizo una teoría de la motivación alrededor de la idea de sí mismo (el hombre está motivado para autorrealizarse, para actualizar su sí mismo). Otros autores que tomaron este concepto fueron Cooley y Mead en psicología social, y luego por el interaccionismo simbólico (Blumer, etc), quienes sostuvieron que nuestras identidades surgen del intercambio social.

El sí mismo material: es el yo corporal, es la experiencia proveniente de nuestro cuerpo. No confundir el sí mismo con el cuerpo, pues el sí mismo corporal es sólo un concepto que nos formamos de nosotros mismos en base a la información sensorial del cuerpo.

El sí mismo social: Cooley lo llamó sí mismo especular puesto que para formarlo actuamos con nosotros mismos como los demás actuarían con nosotros (espejo). Por ejemplo, nos censuramos a nosotros mismos como nos censurarían los demás. Somos sujeto y objeto al mismo tiempo: el aspecto de sujeto Mead lo llama 'yo' (es el que censura) y el aspecto de objeto lo llama 'mí' (es el censurado). Según Mead los niños pasan por tres etapas del desarrollo del sí mismo: la del juego informal (donde asumen el rol de una persona por vez), la del juego formal (abarca la perspectiva de muchas personas al mismo tiempo, como en un equipo de fútbol), y la del otro generalizado (abarca toda la comunidad o sociedad, se ven a sí mismos desde la perspectiva de otro generalizado, entiende cómo funciona globalmente la sociedad).

El sí mismo es fundamental para la integración social. Es el medio por el cual el sujeto puede señalarse a sí mismo (autoseñalamiento) las cosas del mundo externo, y orientar sus acciones en consecuencia.

La mismidad del proceso comunicativo: es gracias al lenguaje y los gestos y ademanes que nos presentamos a los demás y ellos se presentan a nosotros: es por ello la clave del proceso de la mismidad, según Mead. Todo gesto o palabra es incompleta: le falta la significación que le atribuimos. No respondemos a los actos de los demás sino mas bien a nuestras interpretaciones de dichos actos, al significado que tienen para nosotros.

Condensado de Vander Zanden J (1986) Manual de psicología social. Barcelona: Paidós. Capítulo 5.

SISTEMA SOCIAL

La noción del sistema en ciencias sociales.- La noción de estructura irrumpe a fines del Siglo XIX como una nueva manera de entender los fenómenos como totalidades, y no como partes aisladas como la veía la ciencia experimental basada en la causalidad lineal y en el método cartesiano de fragmentar el todo y aislar variables. La estructura surge como necesidad para explicar complejidades con muchos elementos: desde entonces es más importante la relación entre ellos que los elementos mismos. Bachelard es un pionero.

Estructura es la particular forma de organización de los elementos de un sistema o totalidad. A esta totalidad en la que descubrimos estructuras la llamamos sistema, y es algo no visible. En las ciencias sociales empezó con Saussure, que habló de sistema en vez de estructura, en el terreno de la lingüística: la lengua es forma y no sustancia, o sea el valor de cada signo depende de su relación con los demás (como el ajedrez). La noción de sistema y estructura pasó luego a la Gestalt (Wertheimer), a la antropología (Lévi-Strauss) y la psicología genética (Piaget), y desde la biología von Bertalanffy propone una teoría general de los sistemas.

Desde von Bertalanffy surgen tres cosas: 1) una ciencia de los sistemas que estudia la realidad como totalidades, dando importancia a la configuración, a las relaciones; 2) una tecnología de los sistemas, o sea procedimientos para abordar problemas entre múltiples variables, lo que exige una actitud interdisciplinaria ya que se manejan conceptos como 'retroalimentación', 'transacción', etc. comunes a muchas disciplinas; 3) una filosofía de los sistemas, o sea concebir al mundo como una gran organización con diferentes niveles, incluso se puede considerar un cuarto punto: 4) una epistemología de los sistemas, o sea mantener como un sistema de procesos de información, donde conocer no es recibir pasivamente datos sino organizarlos activamente por intercambio de información con el medio.

Los sistemas pueden ser reales, o sea captables por los sentidos (una estrella, etc.) o construcciones simbólicas (lógica, matemática, música) que no surgen de la información directa.

Los sistemas pueden ser cerrados (los físicos, como una pila, que tienden al equilibrio estático) o abiertos (los vivos, que buscan un equilibrio dinámico por intercambio de energía con el medio).

El hombre vive en una compleja red de sistemas jerárquicos donde cada uno tiene su propia dinámica y se rige por la ley del nivel inmediato, aunque sí hay interacción entre niveles.

Los sistemas interactúan dentro del marco de los siguientes niveles: familia, grupo étnico, clase social, cultura y sistema cultural. Estas relaciones son importantes porque por ejemplo una familia puede entrar en conflicto con las pautas del sistema social donde se encuentra, o un grupo étnico puede entrar en conflicto con las pautas del sistema social donde se encuentra.

Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

Noción de sistema social y rol social.- La noción de sistema implica según Kuhn, un nuevo paradigma en las ciencias. Nos sirve a nosotros para poder estudiar psicología social y hacer análisis simultáneos y complejos de diferentes variables, ya que la psicología social está articulada con otras muchas disciplinas.

Nuestra unidad de análisis es una unidad de interacción, y cada interacción es un sub-sistema dentro del sistema de las relaciones sociales. En este ámbito los sistemas buscan un equilibrio superior, y no como los sistemas físicos donde se retorna a un equilibrio anterior.

Se puede empezar el estudio viendo las llamadas influencias 'distales', o sea las influencias más lejanas del sujeto: el mundo organizado donde nace, el orden al cual se incorpora. Pero este mundo organizado puede ser entendido desde diferentes modelos sistemáticos: el de Weber (variable central: el poder), el de Marx, etc., pero tomaremos aquí el modelo de Gerth y Mills).

La misma interacción social va definiendo y redefiniendo los roles. El rol es muy importante, porque define al hombre que lo tiene, pues muestra como se articula sociedad y sujeto en función del concepto de 'rol'.

Esquemáticamente, el ROL resulta de la interacción entre la estructura de carácter y el sistema social.

El rol es una prescripción fuera del campo psicológico del sujeto, pero puede internalizarse: el rol articula lo individual y lo social. Se puede distinguir el rol desempeñado (comportamiento manifiesto) del rol subjetivo (cómo el sujeto percibe su propio rol). El rol desempeñado dependerá de este último. Puede haber también conflictos de roles (por ejemplo: ser a la vez madre y profesional exitosa).

Con *estructura de carácter* Gerth y Mills quieren decir atributos que se hacen parte estable de la personalidad como consecuencia del rol que deben asumir: por ejemplo: la formalidad del abogado.

El *sistema social* a su vez se compone de sub-sistemas como la familia, la religión, etc. que son todos los sistemas de normas y valores que rigen determinadas cosas. Por ejemplo: la familia regula las relaciones sexuales y la crianza infantil, el orden económico regula la producción y distribución de bienes escasos (sistema económico), el sistema militar regula la violencia, el sistema político regula quién obedece y tiene relación con la legitimación de la organización social, el sistema religioso regula el vínculo del hombre con una divinidad. Todos los sistemas dentro del sistema social, que es lo más amplio. Todos ellos generan normas, o sea expectativas de conducta (lo que espero del otro como conducta). Hay normas tácitas y otras escritas, pero siempre son habitualmente inconcientes. Lo que uno hará de acuerdo a la norma depende de la posición que ocupe en el sistema social, y a esto y a esto lo llamamos 'rol': qué se debe hacer según el lugar que ocupe. Todas las sociedades poseen sistemas de roles; de hecho, institución no es más que un sistema de roles garantizados por una autoridad (Gerth y Mills).

La misma interacción social va definiendo y redefiniendo los roles. El rol es muy importante, porque define al hombre que lo tiene. Si todos asignan un rol a x, x se terminará comportando como ese rol: esto se llama profecía autocumplidora. En suma, desde un enfoque distal podemos entender cómo la sociedad influye sobre el objeto a partir del modelo del rol. El sujeto 'asume' su rol, o sea incorpora inconscientemente un sistema de representaciones sociales.

Condensado de Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

SOCIALIZACIÓN

Definición.- "Proceso por el cual los individuos, en su interacción con otros, desarrollan las maneras de pensar, sentir y actuar que son esenciales para su participación eficaz en la sociedad".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 626.

Definición.- "Proceso por el cual un individuo adquiere una identidad cultural específica y responde en función de tal identidad. Al aprender, en interacción con otros, las actitudes del grupo social y al adoptar el comportamiento aprobado por éste, el individuo se torna miembro de ese grupo social" (pág. 160).

Berstein Basil (1990), Poder, educación y conciencia. Sociología de la transmisión cultural. Barcelona: El Roure.

Generalidades.- "La socialización es un fenómeno complejo a cargo de la familia primero y luego de las instituciones educativas, que resulta de un adecuado equilibrio de funciones normativas y nutritivas parentales [...] Llamamos nutritivas a aquellas funciones primarias que tienden a la satisfacción inmediata de necesidades de los hijos: alimento, amor, abrigo, etc., que son, en general, gratificantes para ambos: padres e hijos, simbiotizantes, generadoras de apego e imprescindibles para la supervivencia al menos durante el periodo de dependencia infantil. Llamamos normativas a aquellas funciones relacionadas con el ajuste a la realidad, con el aprendizaje e internalización de aquellas reglas que los hijos necesitarán conocer para manejarse exitosamente, no sin actitud crítica, en el mundo en el que les tocará vivir. En general apuntan más al futuro que al presente y son promotoras de la individuación y el crecimiento. Son frustrantes para padres e hijos porque están ligadas a la espera o al "no", más que al "sí" o a la satisfacción. Son, por esto, más vulnerables. Tienen, además, la

particularidad de requerir de la acción conjunta de ambos progenitores, pues, de lo contrario, el excluido se convertirá en saboteador voluntario o involuntario de la norma. La experiencia nos muestra que la calidad de la crianza y de la socialización resultante está en relación con una adecuada proporción de ambas funciones. Los desequilibrios importantes de este balance saludable generan disfunciones y patologías bastante específicas. El aumento de lo normativo o la disminución de lo nutritivo llevan a conductas inhibidas, en general. El aumento de lo nutritivo o la disminución de lo normativo llevan al descontrol y a la violencia. La función normativa, que limita desde afuera, puede internalizarse y ganar autonomía, sólo sobre una suficiente función nutritiva que promueva la identificación”.

El proceso de socialización puede describirse así: 1) Descubrimiento del otro, que limita nuestra omnipotencia personal, con capacidad para gratificar o frustrar; 2) Experiencia de límite: negación o espera de la satisfacción buscada; 3) Enunciación de la norma, explícita o implícita, con o sin racionalización; 4) Enunciación de los riesgos de su trasgresión; 5) Conducta que vela por el cumplimiento de la norma y por la sanción de la trasgresión; 6) Capacidad de mantener el vínculo afectivo, la función nutritiva, más allá de la norma y aún de la sanción de la trasgresión; 7) Internalización de la norma para que ella actúe en forma de control autónomo, sin la presencia del controlador; 8) Extensión del aprendizaje experiencial intrafamiliar al ámbito del mundo externo.

Díaz Usandivaras C., “Familia y minoridad en riesgo”, Publicación Interna de la Cátedra de Psicología Clínica de la Familia, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina, 2000, pág. 3.

Generalidades.- La socialización es el proceso por el cual un niño se convierte en miembro efectivo de su comunidad, accede a las categorías de significado de su medio social: puede pensar, sentir y actuar de un modo que le permita interactuar con los otros.

Las diversas teorías sobre esto coinciden en que el origen es la matriz indiferenciada madre-niño. A partir de ahí desarrollará sus potencialidades genéticas, en función del medio que le toque vivir. Esta socialización no es un simple ajuste o adaptación al medio (teorías funcionalistas o neoconductistas), pues también el ser humano estructura su medio ambiente. Así, no coincide normalidad con adaptación.

El ser humano en su desarrollo integra sus dotes naturales (lo constitucional, lo genético, lo hereditario, lo perinatal y la maduración de lo potencialmente existente) con los estímulos sociales adecuados que los harán posibles.

En el Siglo XVIII fue hallado un niño de 12-13 años en estado salvaje en los bosques de Aveyron. Pinel sostuvo que era un débil mental, y que no era educable porque su problema era físico y fisiológico. En cambio Virey sostuvo que sí era educable porque no había pruebas de deterioro físico y la inteligencia podía desarrollarse por influencia ambiental. Esta postura iba contra lo que pensaba Rousseau de que la naturaleza humana puede desarrollarse fuera de un contexto social. Itard intentó educar a Víctor (el niño salvaje) pues pensaba que la inteligencia no era una facultad innata y podía desarrollarse con educación. Para el psicoanalista Bettelheim, Víctor era en realidad un autista. Para él creer que hay niños-lobo sirve para apoyar la idea que el hombre es creado por la sociedad, una forma de evitar ver la sociedad como producto del hombre.

Según Bettelheim lo que humaniza o socializa es la respuesta de los otros, el darse cuenta que uno puede influir en el ambiente, un sentido de la vida. La lactancia es así, una experiencia nuclear, aunque la personalidad empieza ya a formarse desde la gestación (por fantasías y actitudes de la madre). La personalidad va formándose por interacción entre lo genético y el medio. Convicciones internas fuertes, unidas a relaciones personales satisfactorias y la posibilidad de dominar intelectualmente la situación, es la mejor protección contra la opresión externa. Cuando ello no se da, la personalidad empieza a defenderse con la amnesia colectiva, el desapego emocional, racionalización, anonimato, etc.

La socialización es una permanente confrontación entre lo social externo objetivado y la forma como cada ser lo asume subjetivamente. Moscovici lo explica en términos de conflictos.

Berger y Luckmann hablan de una socialización secundaria, donde se internalizan realidades parciales ligadas al ejercicio de roles particulares. La socialización nunca termina, nunca es total, pues nunca hay simetría absoluta entre la realidad objetiva y la subjetiva.

Condensado de Frydman S, El mundo como realidad subjetiva. Incluido en Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

SOCIEDAD

Generalidades.- Hay tres aspectos para considerar la sociedad partiendo siempre del hombre: “a) tener al hombre por perfecto en sí mismo de suerte que sólo se asocie por razones de oportunidad (ventajas de la división del trabajo, etc.). El individuo es todo; la sociedad se reduce a un medio sin valor propio (individualismo). b) Considerarle, por el contrario como algo inacabado y dependiente que únicamente como miembro de la comunidad recibe un sentido esencial y un fin para su existencia. Aquella lo es todo, el individuo como tal carece de valor, vive y muere exclusivamente en gracia a la comunidad (colectivismo). c) El hombre individual posee el valor irrenunciable de su personalidad moral que no le permite ser nunca puro medio para un fin, miembro escueto de un todo situado por encima de él. Sin embargo, no es un ser acabado en sí, sino dotado de esencial relación con la comunidad. Esta totalidad,

por otra parte, existe únicamente en sus miembros y en la mutua vinculación de los mismos. De esta manera no queda espacio para una colocación del individuo sobre la comunidad o para una subordinación del primero a la segunda, dándose, más bien, un esencial intercambio de relaciones (solidarismo)". (Neil-Breuning).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Hipótesis acerca de la ciencia social y de la sociedad.- Todas las teorías de la organización se basan en una filosofía de la ciencia y en una teoría de la sociedad. En este punto veremos el primer aspecto (filosofía de la ciencia). Es conveniente conceptualizar la ciencia social en términos de cuatro juegos de hipótesis: ontológicas, epistemológicas, de la naturaleza humana, y metodológicas. Basaremos nuestra explicación en el siguiente esquema:

Aproximación Subjetiva	Hipótesis	Aproximación objetiva
NOMINALISMO ANTIPOSITIVISMO VOLUNTARISMO IDEOGRÁFICA	Ontológicas Epistemológicas De la naturaleza humana Metodológica	REALISMO POSITIVISMO DETERMINISMO NOMOTÉTICA

En cada nivel tenemos dos tipos de hipótesis, con lo que resultan 8 (ocho) hipótesis en total. Veamos cada nivel:

a) *Hipótesis ontológicas.-* Son aquellas que se ocupan de la esencia misma del fenómeno que se estudia. Este fenómeno puede entenderse como objetivo, o sea, es una realidad externa al individuo, o bien como subjetivo, es producto de la conciencia o actividad cognitiva del sujeto.

Las hipótesis posibles son el nominalismo, que cree que el mundo social externo es solo un conjunto de nombres y conceptos útiles para describirlo, y el realismo, que sostiene que el mundo social externo es un mundo real hecho de estructuras concretas y tangibles, tal como la del mundo natural.

b) *Hipótesis epistemológicas.-* Se refieren al conocimiento del fenómeno en sí. Este conocimiento podrá ser verdadero o falso.

La hipótesis positivista dice que el mundo social puede conocerse mediante leyes y regularidades, desde afuera de él. Las que pueden ser verificadas. Las hipótesis anti-positivista dice que lo social solo se puede comprender desde la posición relativa de las personas involucradas en el mismo sistema social, o sea desde dentro. Es más un conocimiento subjetivo.

c) *Hipótesis sobre la naturaleza humana.-* Toda ciencia social presupone cierta hipótesis sobre el hombre y sus relaciones mutuas y con el medio. Según el voluntarismo, el hombre tendría libre albedrío, es creador de su medio, es activo y es controlador. En el polo opuesto, el determinismo dice que el hombre está determinado de un modo mecanicista, es pasivo como una marioneta.

d) *Hipótesis metodológicas.-* Estas, determinadas por las tres hipótesis anteriores. Son hipótesis acerca de la metodología usada para estudiar las ciencias sociales. La hipótesis nomotética propone como método la búsqueda de leyes y regularidades universales, y la hipótesis ideográfica dice que el método es comprender como el individuo crea, modifica e interpreta el mundo, lo cual no es ya universal sino propio de cada uno.

Si bien en la práctica existe una estrecha relación entre las 8 posiciones adoptadas en los cuatro ejes vistos, cada una de esas hipótesis pueden variar considerablemente. Las hipótesis de aproximación objetiva (derecha del cuadro) están basadas en la tradición intelectual llamada positivismo sociológico, que siguen el modo de investigación propio de las ciencias naturales. Las hipótesis subjetivistas siguen más bien la tradición del idealismo germánico, para quienes hay que basarse no en la percepción sensorial, sino en la idea, en el espíritu.

Hipótesis acerca de la naturaleza de la sociedad.- Las hipótesis sobre la sociedad se clasifican en las que atienden al orden social y las que atienden más bien a los conflictos sociales. Al principio surgieron las primeras, pero luego los sociólogos incorporaron el conflicto como una variable dentro de las teorías del orden. Ambos modelos no son excluyentes y por tanto no necesitan ser reconciliados. Tal la opinión de Cohen. Sus diferencias pueden expresarse así:

Teorías del orden social	Teorías del conflicto social
Es una teoría integracionista: Cada sociedad es una estructura estable y persistente de elementos. Cada sociedad es una estructura bien integrada de elementos. Cada elemento de la sociedad tiene su	Es una teoría coercitiva: Toda sociedad está siempre sujeta a un proceso de cambio, el cual es ubicuo. Toda sociedad muestra siempre disenso y conflicto; el conflicto social es ubicuo. Todo elemento de una sociedad contribuye a

función, por ejemplo, contribuye al mantenimiento de la misma como sistema. Cada estructura social está basada en un consenso de valores entre sus miembros.	su desintegración y cambio. Cada sociedad está basada sobre la coerción de algunos de sus miembros sobre otros.
En suma: ESTABILIDAD INTEGRACIÓN COORDINACIÓN FUNCIONAL CONSENSO	En suma: CASUALIDAD-CAMBIO CONFLICTO DESINTEGRACIÓN COERCIÓN

Estas distinciones las hizo Darendorf, pero adolecen de algunos errores. Por ejemplo, en un modelo de orden social puede haber coerción de sus miembros sobre otros. También, pueden existir roles disfuncionales en una sociedad ordenada.

Cohen intentó reducir los dos modelos a una base común, con lo cual ignoró las diferencias fundamentales que hay entre ellos.

Los autores (Burrell y Morgan) proponen una nueva distinción entre los dos modelos que a) no los aglutinen, como hace Cohen, y b) no caigan en los errores de Darendorf. Para ello la distinción deberá hacerse entre modelos de regulación y modelos de cambio radical.

Regulación y cambio radical.- Por un lado la sociología de la regulación intenta explicar porqué la sociedad busca mantenerse unida en vez de desintegrarse (por ejemplo, Durkheim). En cambio la sociología del cambio radical, se preocupa más bien por la emancipación del hombre de las estructuras, delimitan su desarrollo potencial, por ejemplo Marx.

Ofrecemos esta distinción regulación / cambio radical como la segunda dimensión principal para el análisis de las teorías sociales (la primera dimensión fue vista en el capítulo anterior, y era la distinción subjetivo/objetivo).

Sintetizando, las diferencias son las siguientes:

SOCIOLOGÍA DE LA REGULACIÓN	SOCIOLOGÍA DEL CAMBIO RADICAL
a- statu quo b- orden social c- consenso (acuerdo voluntario y espontáneo) d- integración y cohesión social e- solidaridad f- satisfacción de necesidades g- lo que hay	a- cambio radical b- conflicto estructural c- modos de dominación d- contradicción e- emancipación f- privación g- lo potencial

Privación significa que el cambio radical entiende que el statu quo priva al hombre de su desarrollo potencial, y por tanto debe hacerse un cambio radical. Satisfacción de necesidades significa que el statu quo satisface bien las necesidades individuales y del sistema. Ambos modelos son sustancialmente diferentes, y no pueden ser entendidos como variaciones del mismo tema.

Dos dimensiones: cuatro paradigmas.- Si ahora cruzamos entre sí las dos dimensiones vistas (subjetivo/objetivo por un lado, regulación/cambio radical por el otro), obtendremos cuatro *paradigmas* distintos para el análisis de la teoría social. Un paradigma tiene una unidad teórica subyacente, aunque dentro de él puede haber divergencias de un autor a otro. Gráficamente, los cuatro paradigmas ordenados según las dos dimensiones cambio radical/regulación y subjetivo/objetivo, son:

Cambio Radical			
Subjetivo	HUMANISMO RADICAL -Existencialismo francés -Individualismo anarquista -Teoría crítica	ESTRUCTURALISMO RADICAL -Marxismo mediterráneo contemporáneo -Teoría social rusa -Teoría del conflicto	Objetivo
	SOCIOLOGÍA INTERPRETATIVA -Fenomenología -Hermenéutica -Sociología fenomenológica	SOCIOLOGÍA FUNCIONALISTA -Teoría Integrativa -Teoría de los sistemas -Objetivismo -Interaccionismo y teoría de la acción social	
Regulación			

(El solipsismo estaría entre el humanismo radical y la sociología interpretativa)

Estos cuatro paradigmas son mutuamente excluyentes, son cuatro formas totalmente distintas de ver la sociedad, aun cuando puede haber 'viajes intelectuales' como cuando un pensador pasa de uno a otro. Las hipótesis meta-teóricas de cada paradigma son las siguientes:

Paradigma funcionalista.- Busca dar explicaciones racionales y objetivas de los asuntos sociales, y busca resolver cuestiones prácticas. Enfatiza el orden, el equilibrio y la estabilidad. Es un modelo positivista, que busca aplicar los métodos de las ciencias naturales a las ciencias sociales: los pioneros son Comte, Spencer, Durkheim y Pareto. Por ello usan metáforas biológicas y mecánicas del mundo social.

Sin embargo desde comienzos del Siglo XX este paradigma se fue acercando más hacia el anti-positivismo del idealismo germánico por obra de M. Weber, G. Simmel y H. Mead. Ellos rechazaron las analogías biológicas y mecánicas y buscaron comprender la sociedad desde sus actores, los hombres. Desde la década del 40 influyó también sobre el paradigma funcionalista la sociología marxista.

Paradigma interpretativo.- Busca comprender el mundo social, es a partir de una experiencia subjetiva, y de la conciencia individual. Es o tiende a ser nominalista, antipositivista, voluntarista e ideográfico. Buscan comprender la esencia del mundo de todos los días, y es un producto directo del idealismo germánico. Comenzando por Kant, desarrollaron este paradigma Dilthey, Weber, Husserl y Schutz.

Paradigma del humanismo radical.- Considera que la conciencia del hombre está dominada por superestructuras ideológicas con las que interactúa, lo que introduce una cuña cognitiva entre el hombre y su propia conciencia. Esa cuña es la alienación o falsa conciencia, y por tanto el hombre debe liberarse de ese orden ideológico. Critican el statu quo. Representantes de la escuela de Frankfurt, y también Lukás y Gramsci que se acercaron a este paradigma desde Marx. También están Sartre, Illich, etc. que se preocuparon por liberar la conciencia de la ideología del statu quo.

Paradigma del estructuralismo radical.- Se concentra en las relaciones estructurales dentro de un mundo social realista. El cambio radical, dicen, está metido dentro de la estructura y de la naturaleza misma de la sociedad contemporánea. El cambio se produce por choque de fuerzas sociales opuestas. Ejemplos: Marx, Althusser, y la teoría del conflicto de Darendorf.

Por último, estas teorías sociales fueron la base desde donde surgieron teorías sobre las organizaciones: del humanismo radical salió la teoría antiorganización, del estructuralismo radical, la teoría de la organización radical, de la sociología interpretativa, el interaccionismo simbólico, y del funcionalismo, el pluralismo y otras.

Resumen de Burrell y Morgan (1993) Análisis organizacional y paradigmas sociológicos. London: Heinemann. Capítulo 1-2-3.

Sociedad y conocimiento.- Más importantes que los cambios políticos o económicos, son los cambios del conocimiento en las sociedades. La sociedad posempresarial es una sociedad del conocimiento: hoy para trabajar se requiere cada vez más un título universitario, y ya no se precisa, como antes, empezar desde abajo en un puesto e ir ascendiendo por esfuerzo laboral (trabajadores de cuello azul), que hoy ya son una contracultura.

Hace cuarenta años los graduados universitarios buscaban puestos en el Estado o como profesores, pero hoy cada vez más ingresan a trabajar en empresas, y surgieron así nuevas carreras universitarias especializadas, como el Management, y otras, que incluso han extendido su influencia no sólo a empresas con fines de lucro sino a organizaciones sociales y religiosas, que precisan también para expandirse gente con conocimientos de Management (comercialización). Las universidades más prestigiosas tienen ahora carreras empresariales, de donde egresan profesionales del conocimiento.

Como resultado del éxito de la empresa, el 'capitalista' millonario ha perdido importancia, y tiene hoy en día menos poder económico y político que antes de la primera guerra mundial, debido a los vaivenes muy rápidos de la economía.

Hoy en día, los únicos verdaderamente capitalistas son los que tienen el poder del conocimiento, son los únicos verdaderos capitalistas mediante sus fondos de pensiones. Son empleados pero al mismo tiempo jefes, y en su campo son superiores al mismo empresario. El conocimiento se ha convertido hoy en el verdadero capital de una economía desarrollada, pues hoy el conocimiento tiene infinitud de aplicaciones. Además, pasados treinta años de trabajo, un obrero está mucho más acabado física y mentalmente que un trabajador del conocimiento.

Antes se podía ascender en una empresa por ser hijo de alguien en una posición acomodada, el hijo seguía el camino del padre, pero hoy la educación en los países desarrollados está al alcance de prácticamente todo el mundo, y todos tienen la posibilidad de ocupar puestos donde se requieren conocimientos. Incluso se puede ascender de la clase baja a la media y a otras clases con el poder del conocimiento.

Resumen de Drucker (1995) Las nuevas realidades. Capítulo 12.

Sociedad basada en la información.- Con la primera máquina de vapor nació la era del universo mecánico, y en 1945, con el primer ordenador, nace una nueva era que es la de la información, lo que implica sentar las bases de una nueva civilización, sobre todo por su impacto social. Este impacto se ve por ejemplo en la proliferación de Entrepreneurship, o pequeños empresarios que montan sus empresas en base a la innovación y la creatividad.

Una primera oleada fue la revolución comercial a partir del siglo 17, luego vino la revolución industrial, la tercera vino hacia 1870 con la creación de nuevas industrias con nuevas fuentes de energía: electricidad, teléfono, etc. La cuarta oleada está basada en la información y la biología.

Otro aspecto del impacto social es que las ciudades ya no estarán organizadas para llevar gente a sus lugares de trabajo (obreros) sino para conectar a la gente entre sí mediante computadoras, porque lo que más pesa es el conocimiento y la información. La gente trabajará desde su casa.

Antes era importante crecer, ser grande como empresa. Hoy en día no se aplica este criterio: como ocurre con los animales, estos serán más grandes si cumplen funciones más complejas, si no, se quedan en su tamaño, donde su función la cumplen muy bien. "Más grande" solo será "mejor" si la tarea a realizar no puede realizarse de otra manera.

La tecnología, al ser un producto humano, expresa nuestra visión del mundo y, al mismo tiempo al ir cambiando la tecnología, cambia dicha cosmovisión. Es lo que pasa hoy con la tecnología informática, que está cambiando nuestra visión del mundo. Estamos pasando del análisis mecánico del ordenador a la percepción, y esto sólo puede hacerlo el hombre: el ordenador no puede comprender significados que no estén programados de antemano. El hombre puede pensar guesálticamente, considerando totalidades y viendo nuevos significados en esas totalidades emergentes. *Resumen: P. Cazau*

Resumen de Drucker Meter (1995) Las nuevas realidades. Conclusiones.

Estructura social y anomia.- Merton se propone descubrir cómo algunas estructuras sociales ejercen una presión definida sobre ciertas personas de la sociedad para que sigan una conducta anómala o divergente. Merton sostendrá que cuando hay aspiraciones elevadas pero hay pocas oportunidades reales para cumplirlas, queda favorecida la aparición de conductas divergentes

Tipos de metas culturales y de normas institucionales.- Hay dos tipos de elementos de estructuras sociales y culturales que nos interesan aquí especialmente:

1) Los objetivos, propósitos e intereses culturalmente definidos, sustentados como objetivos legítimos por todos los individuos de la sociedad, o por individuos situados en ella en una posición diferente. Los objetivos están más o menos unificados y toscamente ordenados en una jerarquía de valores. Los objetivos predominantes comprenden una estructura de referencia aspiracional: son las cosas por las que vale la pena esforzarse.

2) Un segundo elemento define, regula y controla los modos admisibles de alcanzar tales objetivos. Son los medios, mientras que los objetivos son los fines. Todo grupo social busca cumplir sus objetivos en función de reglas, arraigadas en costumbres, donde algunos procedimientos son permisibles y otros no, por ejemplo la fuerza, el fraude, el poder no están permitidos. No se los admite no porque no tengan eficacia sino porque los sentimientos fundados en valores no los aceptan. Son normas institucionales, no normas técnicas.

La hipótesis central que propone Merton es esta: la conducta anómala puede ser considerada como un síntoma de disociación entre las aspiraciones culturalmente prescriptas, y los caminos socialmente estructurales para alcanzar dichas aspiraciones.

Una cultura puede ser tal, que induzca a los individuos a centrar sus convicciones emocionales sobre el complejo de fines culturalmente proclamados, con mucho menos apoyo emocional para los métodos prescriptos de alcanzar dichos fines. Tal es la situación que aquí interesa analizar, es decir, las culturas donde lo importante es alcanzar ciertos fines, no importando por qué medios. Se elige así el procedimiento más eficaz desde el punto de vista técnico, sea legítimo o no, convirtiéndose en el método preferido. Si este proceso continúa, la sociedad se hace inestable y se produce lo que Durkheim llamó "anomia" (o falta de norma).

La cultura norteamericana se asemeja bastante a esta situación. Así por ejemplo se propone que la educación lleva "a la inteligencia y en consecuencia al trabajo y al éxito monetario", pero esto no es más que un medio para disciplinar a la gente para que mantenga sus aspiraciones insatisfechas.

Así, la cultura impone la aceptación de tres axiomas culturales: primero, todos deben esforzarse hacia las mismas metas elevadas, ya que están a disposición de todos; segundo, el aparente fracaso del momento no es más que una estación en el camino hacia el éxito definitivo; y tercero, el verdadero fracaso está en reducir la ambición o renunciar a ella. Hay una desviación de la crítica desde la estructura social hacia uno mismo.

Debemos ahora preguntarnos cuáles son las posibles reacciones adaptativas de las personas de una cultura que, como la descrita, da gran importancia a las metas-éxito y se ha alejado cada vez más de una importancia equivalente de los procedimientos institucionalizados para alcanzar aquellas metas. Veamos los tipos de adaptación individual que se pueden presentar.

Tipos de adaptación individual.- Se consideran cinco tipos de adaptación, según el siguiente cuadro:

MODO DE ADAPTACION	METAS CULTURALES	MEDIOS
Conformidad	+	+
Innovación	+	-
Ritualismo	-	+
Retraimiento	-	-
Rebelión	=	=

+ significa aceptación

- significa rechazo

= significa rechazo de valores vigentes y sustitución por nuevos valores.

Las personas pueden pasar de una modalidad a otra cuando se ocupan de diferentes actividades sociales. Las modalidades no describen tipos de personalidad, sino tipos de comportamiento social.

I. Conformidad.- En una sociedad estable, las personas conformes con las metas culturales y los medios institucionalizados es lo más común de encontrar.

II. Innovación.- Una gran importancia cultural concedida a la meta-éxito invita a este modo de adaptación mediante el uso de medios institucionalizados proscriptos, pero con frecuencia eficaces, de alcanzar por lo menos el simulacro de éxito: riqueza y poder. Tiene lugar esta reacción cuando el individuo asimiló la importancia cultural de la meta sin interiorizar igualmente las normas institucionales para alcanzarla.

Estos tipos se encuentran especialmente en las clases bajas. Se trata de conductas desviadas en el sentido que se apartan de los medios institucionalizados. Esto ocurre cuando un sistema de valores exalta ciertas metas-éxito comunes para la población en general, mientras que la estructura social restringe o cierra por completo el acceso a los modos aprobados de alcanzar esas metas a una parte considerable de la misma población. Aparecen así medios alternativos no institucionalizados de alcanzar riqueza y poder, como por ejemplo la delincuencia. En una sociedad que padece anomia las virtudes de la diligencia, honradez y bondad parecen ser de poco provecho.

En sociedades como la nuestra, pues (se refiere a la norteamericana), la gran importancia cultural dada al éxito pecuniario para todos y una estructura social que limita en forma indebida la posibilidad de recurrir prácticamente a todos los medios aprobados, producen en muchos una tensión hacia prácticas innovadoras que se apartan de las normas institucionales. Pero esta forma de adaptación presupone que los individuos fueron imperfectamente socializados, de modo que abandonan los medios institucionales mientras conservan las aspiraciones al éxito.

III. Ritualismo.- Este tipo de adaptación implica el abandono o la reducción de los altos objetivos culturales de éxito pecuniario. Pero aunque rechace la obligación cultural de procurar "salir adelante", sigue respondiendo mecánicamente en forma casi compulsiva las normas institucionales, mediante rituales.

Se trata de un modo de adaptación para buscar en forma individual un escape privado a los peligros y las frustraciones inherentes a la competencia para alcanzar metas culturales importantes, abandonando esas metas y aferrándose lo más estrechamente posible a las seguras rutinas de las normas institucionales. Aparece en las clases medias bajas norteamericanas.

IV. Retraimiento.- Es el tipo de adaptación menos común, donde se rechazan tanto las metas culturales como los medios institucionalizados para alcanzarlas. Son personas que están en la sociedad pero no pertenecen a ella. Por ejemplo los psicóticos, los egotistas, los parias, los proscriptos, los vagabundos, vagos y borrachos. Renunciaron a las metas culturales y su conducta no se ajusta a normas establecidas. Se trata de un modo de adaptación privado, no colectivo.

Es muy probable que este modo de adaptación ocurra cuando tanto las metas como las prácticas institucionales han sido completamente asimiladas por el individuo e impregnadas de afecto, pero las vías institucionales accesibles no conducen al éxito. De esto resulta un doble conflicto: la obligación moral interiorizada de adoptar los medios institucionales entran en conflicto con las presiones para recurrir a medios ilícitos, y el individuo no puede entonces acudir a medios que sean a la vez legítimos y eficaces. Se mantiene el sistema competitivo, pero los individuos frustrados u obstaculizados que no pueden luchar contra dicho sistema se retraen. El derrotismo, el quietismo y la resignación se manifiestan en mecanismos de escape que en última instancia lo llevan a escapar de la exigencia de la sociedad. Este proceso tiene lugar mientras no se renuncia al valor supremo de la meta-éxito: el conflicto se resuelve abandonando ambos elementos precipitantes: metas y medios, y el individuo queda asocializado.

V. Rebelión.- Esta adaptación lleva a los individuos que están fuera de la estructura social a pensar y tratar de crear una nueva estructura social, muy modificada. Supone el extrañamiento de las metas y las normas existentes, consideradas puramente arbitrarias.

No debe confundirse rebelión con resentimiento: el resentimiento no implica un verdadero cambio de valores, sino insatisfacción por no haberlos alcanzado. La rebelión implica una verdadera trasvaloración, la búsqueda de nuevos valores que reemplacen a los anteriores, que demostraron ser frustrantes. En

este modo de adaptación se construyen mitos que sitúan la fuente de las frustraciones en los valores vigentes y pintan una nueva estructura social. Se ve típicamente en individuos de clases en ascenso, quienes organizan a los rebeldes y resentidos en grupos revolucionarios.

La tendencia a la anomia.- La estructura social examinada produce una tendencia hacia la anomia y la conducta divergente. Cuando la importancia cultural pasa de las satisfacciones derivadas de la competencia misma a un interés casi exclusivo por el resultado, la tendencia resultante favorece la destrucción de la estructura reguladora. El excesivo interés por una meta pecuniaria obliga a buscar medios alternativos, se rompen las normas institucionalizadas y se da paso a la anomia (falta de normas). La anomia significa dificultad para poder predecir las relaciones sociales, ya que no hay reglas, o estas se destruyeron.

El papel de la familia.- La familia es la principal cadena de transmisión para la difusión de las normas culturales a las nuevas generaciones. Sin embargo, transmite en gran parte solo aquello que es accesible al estrato social de los padres. No pocas veces, por otra parte, los niños son capaces de descubrir y asimilar uniformidades culturales aún cuando estén implícitas y no hayan sido enseñadas como reglas.

El niño está también laboriosamente ocupado en descubrir y actuar de acuerdo con los paradigmas de valoración cultural, de jerarquización de las personas y las cosas, y de concepción de objetivos estimables. La proyección de las ambiciones de los padres en el niño tiene también fundamental importancia.

Resumen de Merton Robert (1987) Estudios sobre estructura social y cultural. Parte II: Capítulo 4.

La construcción social de la realidad.- Las dos tesis fundamentales de la sociología del conocimiento son, para estos autores: 1) la realidad se construye socialmente, y 2) la sociología del conocimiento debe analizar los procesos por los cuales esto se produce. Realidad y conocimiento son términos relativos, porque lo que es real para un tibetano puede no serlo para un americano. La sociología del conocimiento estudia estas diferencias, pero también los procesos por los cuales cualquier conocimiento llega a ser considerado socialmente como realidad. En otras palabras, la sociología del conocimiento se ocupa de la construcción social de la realidad. La sociedad tiene facticidad objetiva, y está construida por una actividad que expresa un significado subjetivo. La cuestión central será entonces averiguar cómo es posible que los significados subjetivos se vuelvan facticidades objetivas.

Los autores comienzan analizando cómo el conocimiento orienta la conducta en la vida cotidiana, y describe dos tipos de experiencias de los demás en la vida cotidiana: la interacción cara a cara y los esquemas tipificadores.

En el capítulo 2 se refieren a la sociedad como realidad objetiva, y en el capítulo 3 a la sociedad como realidad subjetiva. Las etapas del proceso de la construcción social de la realidad (o momentos dialécticos de la realidad social), son, para los autores: 1) *Externalización*: la sociedad es un producto humano. 2) *Objetivación*: la sociedad es una realidad objetiva. 3) *Internalización*: el hombre es un producto social. La legitimación es una objetivación de segundo orden: mediante nuevos significados busca que las objetivaciones de 'primer orden' lleguen a ser objetivamente disponibles y subjetivamente plausibles. Los autores distinguen cuatro niveles de legitimación, siendo el último los universos simbólicos. Los autores describen mecanismos conceptuales y la organización social para el mantenimiento de los mismos.

Los autores entienden la sociedad en términos de un continuo proceso dialéctico compuesto por tres momentos: externalización, objetivación e internalización, siempre presentes. En el capítulo 3 se describe el proceso de internalización de la realidad a través de la socialización primaria y la secundaria. La realidad subjetiva nunca puede *transformarse* totalmente. Con todo, hay ejemplos de transformaciones que, comparativamente, parecen totales, y donde el individuo 'permuta mundos', procesos los llamados alternaciones.

La socialización ocurre siempre en el contexto de una estructura social específica. Así, el análisis micro-sociológico de los fenómenos de internalización debe tener como trasfondo una comprensión macro-sociológica de sus aspectos estructurales. Los autores finalmente, abordan las teorías de la identidad y la relación entre identidad y organismo.

Sinopsis de Berger P y Luckmann T (1986), La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu.

SOCIOBIOLOGÍA

Definición.- "Disciplina que se ocupa de la base biológica de la conducta social en todas las especies, desde las colonias de amebas hasta las sociedades humanas".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 626.

SOCIOCENTRISMO

Generalidades.- En general, podríamos definir el sociocentrismo como la actitud por la cual un grupo mediante la cual se atribuye un valor central en relación con otros grupos, valorizándose positivamente frente a ellos. Cuando el grupo que se atribuye un valor central es una etnia, hablamos de etnocentrismo, cuando es una nación, de nacionalismo, y cuando es una clase social, de sociocentrismo de clase.

El etnocentrismo puede definirse, en una primera aproximación, como la actitud de un grupo, específicamente de una etnia, que consiste en atribuirse un lugar central en relación a los otros grupos o etnias, en valorizar positivamente sus realizaciones y particularismos (o eventualmente en una valorización negativa del en-grupo) (Perrot y Preiswerk, 1975:54).

En el caso de la Argentina, a partir de fines del siglo pasado se produjo una gran oleada inmigratoria desde países europeos que constituyeron finalmente una parte considerable de la población. Más tarde, la inmigración provino de los países limítrofes, y en los últimos tiempos de países asiáticos.

De esta manera se fueron instalando en nuestro país varias etnias diferentes (un "crisol de razas"): los árabes, los italianos, los hebreos, los paraguayos, los taiwaneses, etc., cada uno trayendo desde sus lugares de origen sus propios valores, normas y costumbres.

Al mismo tiempo, la Argentina se estaba consolidando como Nación, es decir, en medio de tantas etnias surgía la necesidad de construir una identidad nacional, algún elemento que pudiese aglutinar o unir las alrededor de valores en común, ya que si no se hacía esto, se corría el riesgo de fragmentación de la Nación en distintas etnias (como ocurrió hace poco con la guerra de Kosovo, en Yugoslavia: si hubiese ocurrido algo similar en nuestro país, hipotéticamente, una etnia inmigrante como por ejemplo los árabes habrían intentado independizarse de la Argentina formando un país propio).

El Estado, conciente de estos riesgos, tomó medidas para unificar las etnias en torno a valores comunes que permitieran formar una conciencia de nacionalidad.

Una de estas medidas fue la promulgación de la Ley 1420, de la década de 1880, que proponía una misma educación para todos, y donde se pudiesen inculcar los valores de la nacionalidad más allá de las diferencias étnicas y religiosas (educación laica), para todas las etnias (educación obligatoria y universal), aún para aquellos que no tuviesen medios económicos para solventar la educación de sus hijos (educación gratuita).

Sin embargo, y a pesar que la educación comprendía también a los indígenas, porque incluía a todos los habitantes de la nación, una etnia, europea y "blanca" se atribuyó un lugar central respecto de ellos, valorizándose positivamente y denigrando a los del grupo externo, los nativos. Un título de uno de los libros de Sarmiento nos ilustra esta oposición entre etnias: "Civilización y barbarie": un grupo se atribuía la función de civilizar a otro grupo, considerado bárbaro e inculto.

Perrot y Preiswerk nos indican que los estudiosos pueden fomentar estas simplificaciones grotescas aún sin quererlo (Perrot y Preiswerk, 1975:53) (como pensamos que ocurrió con el texto de Sarmiento). Es fácil imaginarse, agregan los autores mencionados, cómo surgen en el curso de las discusiones diversas alusiones a los pueblos africanos, amerindios y asiáticos, acompañadas por dicotomías conceptuales tales como primitivo - moderno, salvaje - civilizado, etc.

Consideramos que esta actitud presenta algunos componentes de racismo, en cuanto este hace intervenir el aspecto físico (Perrot y Preiswerk, 1975:57), confundiendo así el racismo los elementos culturales con los elementos morfológicos físicos. Esto aparece hoy en día cuando ciertos sectores sociales se ubican en una posición privilegiada y central denigrando a personas mestizas calificándolas con un atributo de tipo físico: "cabecitas negras"

En ciertas situaciones, resultantes del ejercicio de una dominación cultural prolongada, sociedades enteras pueden desembocar en lo contrario, es decir, en el sociocentrismo negativo que consiste en denigrarse con relación al dominador (Perrot y Preiswerk, 1975:51). Toda forma de sociocentrismo se compone de dos elementos: de una valorización positiva y de una valorización negativa (Perrot y Preiswerk, 1975:50).

Pensamos que esto fue lo que ocurrió cuando los españoles ejercieron una dominación cultural prolongada sobre los indígenas nativos de América. Muchas de estas tribus se denigraron y sintieron inferiores con respecto a la etnia colonizadora, generándose una situación de sociocentrismo negativo. Hubo excepciones, como por ejemplo los araucanos y los mapuches, que opusieron hasta el final una férrea resistencia al invasor. En estos casos se produjo una valorización positiva del en-grupo (o sea, de sí mismos como etnia), proyectando su hostilidad hacia el otro.

El nacionalismo es una ideología integradora cuya unidad de referencia es la Nación constituida en Estado. La Nación se define como la población que habita un territorio sobre el que ejerce un poder estatal soberano y es, como la etnia, una sociedad que se forja una imagen de sí misma y adopta ciertos tipos de comportamiento en relación a otras sociedades (Perrot y Preiswerk, 1975:67).

A mediados del siglo XX hubo un importante movimiento nacionalista en nuestro país que intentaba defender los valores nacionales ante un proceso de colonización cultural provenientes de otros países, particularmente Estados Unidos.

Encontramos en esta situación un intento claro de diferenciación de un grupo de otro (que en este caso son naciones): el nacionalismo se autoglorifica y promueve los valores nacionales, y denigra al otro grupo valorizándolo negativamente como amenazante de la unidad nacional. En algunos casos se ha puesto el énfasis en denigrar la colonización cultural (idioma, costumbres, música, series televisivas) y otras veces en la dominación económica.

El sociocentrismo de clase es una ideología de una determinada clase social según la cual se atribuye una determinada posición central en relación a las otras clases sociales. Por ejemplo, cuando establece una diferencia entre una clase dominante y una clase dominada.

Indica Perrot y Preiswerk (1975:72) que mientras en los manuales de historia de occidente predomina cierta tendencia implícita a ver la historia desde la visión de la clase burguesa o media, en los manuales de la versión soviética se planteó la historia desde la perspectiva de la clase proletaria.

Consideramos que nuestro país se encontraba en ciertas épocas en la primera de estas dos situaciones. En un texto de educación cívica del nivel de educación secundario hemos encontrado expresiones como esta: "Y así, poco a poco nuestro país fue construyéndose gracias al denodado esfuerzo trabajador del hombre medio por edificar un futuro promisorio para sus hijos y sus nietos" (Saverio, 1958:34). La clase media aparece aquí exaltada, dando la impresión que la historia es vista desde la perspectiva de la clase por entonces -1958- más numerosa de la sociedad argentina.

Sin embargo, años antes y bajo el régimen peronista, en los manuales la historia era mas bien vista desde la clase trabajadora más baja o proletaria. Si bien no era una visión comunista, al menos compartía con ésta la idea de que la historia se construye sobre la base de las luchas y conquistas de las mayorías pobres trabajadoras, que tenían muchos hijos (prole) para aumentar la capacidad de trabajo de la familia. Pensamos que ver la historia desde la perspectiva de una determinada clase social, sea cual fuere, es un ejemplo de sociocentrismo de clase.

En conclusión, puede decirse que el tema tratado se inscribe dentro de otro problema más vasto y complejo, que es el de la otredad y la mismidad como construcciones históricas.

Los ejemplos que hemos analizado con respecto a la historia de nuestro país nos revelan que los diferentes grupos humanos se van formando por procesos de diferenciación de otros grupos (otredad), y por procesos de indiferenciación con los grupos de afuera (mismidad).

Un ejemplo de lo primero que analizamos fue por ejemplo la valoración positiva o autoglorificación de las etnias europeas, con la simultánea valorización negativa o denigración de los grupos nativos. Un ejemplo de la segunda situación lo hemos mencionado a propósito de la asimilación de la cultura de otra nación -Estados Unidos- en nuestra propia cultura.

Quisiéramos destacar, por último, que el fenómeno de la globalización está introduciendo importantes efectos en esta situación. La globalización parece promover hoy en día la unificación cultural y hasta económica de todas las naciones y etnias (con Internet, hoy consideramos como un vecino cercano a habitantes de países muy distantes), lo que entonces constituye una forma de manifestación del sociocentrismo donde se toma como referencia a los grupos de afuera por un proceso de indiferenciación (Perrot y Preiswerk, 1975:64), o sea, tomando a los grupos de afuera como idénticos al en-grupo (al propio grupo).

Nuestro interrogante para el futuro es: ¿aumentará a globalización esta indiferenciación, o hará aumentar el riesgo de fricciones que aumenten o potencian la diferenciación con valorizaciones positivas del en-grupo y valorizaciones negativas del grupo de afuera? En el próximo milenio encontraremos la respuesta.

Cazau P (1990) Vocabulario. Buenos Aires: Redpsicología.

Bibliografía consultada

Perrot D y Preiswerk R, (1975) Etnocentrismo e historia. América, África y Asia en la visión distorsionada de la cultura occidental. México: Editorial Nueva Imagen.

Saverio H (1958) Manual de Instrucción Cívica. Buenos Aires: Editorial Stella.

Vander Zanden J (1988) Psicología social. Buenos Aires: Eudeba.

SOCIOGRAMA

Definición.- Gráfico o diagrama que muestra los criterios que rigen las elecciones mutuas de los miembros de un grupo en un momento dado.

Vander Zanden J., Manual de psicología social, Barcelona, Paidós, 1995.

Definición.- Diagrama que consta de círculos que representan a los individuos de un grupo, con líneas que se trazan para indicar qué personas se eligen (aceptan) entre sí y qué personas no se eligen (rechazan) entre sí. Los términos usados al referirse a los elementos particulares de un sociograma son *estrella*, *pandilla*, *aislado* y *sociedad de admiración mutua*.

Aiken L (2003) Tests psicológicos y evaluación. México: Pearson. 11ª edición (página 458).

SOCIOLINGUISTICA

Definición.- "Dominio de la lingüística que estudia las relaciones entre el lenguaje y los comportamientos sociales. En este sentido, se ocupa de la descripción de las normas sociales que determinan el comportamiento lingüístico. Otro de sus temas fundamentales es el estudio de las variaciones lingüísticas vinculadas con comportamientos sociales y la relación del lenguaje con los diferentes contextos comunicacionales".

Marín Marta (1997) Conceptos claves. Gramática, lingüística, literatura. Buenos Aires: Aiqué, pág. 205.

SOCIOMETRÍA

Definición.- Método objetivo para evaluar los criterios de atracción, rechazo o indiferencia que operan entre los miembros de un grupo.

Vander Zanden J., Manual de psicología social, Barcelona, Paidós, 1995.

Definición.- Como método, "es un medio para presentar de modo sencillo y gráfico toda la estructura de relaciones que existen en un momento dado, entre los componentes de un determinado grupo. Las principales líneas de comunicación, o la pauta de atracción o rechazo, se hacen fácilmente comprensibles en una sola ojeada, en toda su amplitud".

Jennings Helen, "Sociometry in Group Relations", in American Council of Education, Washington, 1948.

Definición.- "Gráfico o diagrama que muestra los criterios que rigen las elecciones mutuas de los miembros de un grupo en un momento dado".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 626.

Definición.- 1. J. L. Moreno define la sociometría como el estudio de la estructura psicológica de la sociedad humana. Esta estructura raramente visible en la superficie de los procesos sociales, consiste en complejos sistemas interpersonales que se estudian por procedimientos cualitativos y cuantitativos. (*Inter-personal therapy*, 1973). 2. (*Psicotecnia*) Moreno elaboró un test de sociometría para determinar la cantidad de organización manifestada por los grupos sociales. Según J. L. Moreno, este test revela que el sistema subyace de atracción-repulsión de un grupo, difiere ampliamente de su estructura visible. (*Who shall survive?*, 1934).

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

STATUS

Definición.- "Sentimiento personal expansivo de ser alguien especial y valioso, de modo tal que la imagen de sí sea iluminada positivamente".

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 626.

TRANSUBJETIVIDAD

Generalidades.- Categoría que está más allá de la relación objeto-sujeto o sujeto-sujeto. Si en la intersubjetividad todo quedaba circunscrito y encerrado entre dos subjetividades, en la transubjetividad se trascienden estas fronteras hasta llegar al inconciente, que es lo que trasciende a dos sujetos en relación de demanda. Esta ligazón se produce mediante la interpretación, tarea hermenéutica que construye un objeto formal abstracto mediante la analogía simbólica.

La objetividad y la subjetividad nos llevan a reduccionismos. El desarrollo de las ciencias se realiza en un marco transubjetivo, del que no pueden escapar: las teorías no están acabadas, cerradas, y tienen siempre una escisión que abre la posibilidad de una nueva teoría que la supere. Ninguna teoría está encerrada en la total objetividad o en la total subjetividad, salvo que se torne dogmática.

Yáñez Cortés R (1985). Clases de Metodología de la Investigación psicológica. Buenos Aires. Universidad de Belgrano.

UNIVERSO SIMBÓLICO

Generalidades.- La película "Hombre mirando al sudeste" muestra ciertos problemas psicosociales, y que el pensamiento humano tiene relatividad social. La realidad cotidiana está hecha de esquemas tipificados: aquel es inteligente, esto es un síntoma, robar es pecado, etc. Otra realidad distinta a esta puede ser una locura, son universos simbólicos diferentes que separan a los hombres. No hay que temer porque están esas murallas separadoras. El problema viene cuando se levantan las murallas y se enfrentan dos universos simbólicos distintos: el del Dr. Denis y el de Rantés.

Desde Berger y Luckmann se implementarán mecanismos para defender el universo oficial contra el herético. Para el Dr. Su paciente Rantés es un loco, y si no se cura hay que doparlo. La terapia como control social ubica a los 'desviados' dentro de la definición oficial que aplica el aparato legitimador.

Nos gustaría ser Rantés pero habitamos el mundo de Denis. Rantés seduce con la trasgresión y la perfección, y por ello necesitamos condenarlo. Por otro lado rechazar a Denis nos da una ilusión de autonomía.

Condensado de Carrió S y Boczkowski P, Visión psico-social de "Hombre mirando al sudeste". Incluido en Muchnik E y otros (1987) Temas de psicología social. Buenos Aires: Tekné.

VÍNCULO

Definición.- “Relación que se establece entre las personas. Así se habla de vínculos familiares entre personas de una misma familia, o vínculos afectivos entre personas que mantienen una relación en sus sentimientos positivos mutuos. Entre los orígenes del vínculo infantil, deben considerarse una serie de elementos: el contacto corporal, la familiaridad, el temperamento, etc. La vinculación segura promueve la competencia social, la confianza y, en parte, la autoestima. La ausencia de vinculación, el aislamiento, pueden provocar trastornos del desarrollo, de la personalidad y ser el caldo de cultivo de posibles alteraciones psicopatológicas”.

Farré Martí J (1999) Diccionario de psicología. Barcelona: Océano.

XENOFOBIA

Definición.- (*Psicoanálisis*) Odio colectivo contra las personas y colectividades de otra tribu, raza, y en mayor extensión religión. Como fenómeno psicológico fue investigado por el *Psicoanálisis*. Freud interpreta en antisemitismo como la forma más arraigada y perfecta de xenofobia. Dejando de lado toda interpretación sociológica, Freud afirma que la envidia que despiertan los judíos se debe al hecho de que consideran a los primogénitos preferidos del Dios Padre, cosa que todavía no ha llegado a ser soportada por otros pueblos. El otro factor es la circuncisión, que produce una impresión extraña y desagradable porque evoca la temida castración, removiendo recuerdos de tiempos primitivos de la humanidad ya olvidados. Pero el motivo más profundo de este odio es que todos los pueblos que se caracterizan por su odio a los judíos se han convertido al cristianismo en épocas tardías de la historia y muchas veces por una imposición sangrienta. Se trata de pueblos “mal bautizados” en los cuales, bajo una delgada cáscara de cristianización, palpita el bárbaro politeísmo de sus abuelos. No han podido vencer su rencor contra la nueva religión que se les ha impuesto, pero lo han desplazado hacia aquellos cuya religión ha dado origen al cristianismo. El odio a los judíos es, en el fondo, odio al cristianismo. Según Freud, el antisemitismo, no es en sus manifestaciones triviales, sino en cuanto manifestación misteriosa y temible, es una forma de la sempiterna rebelión de lo más íntimo del ser humano contra Dios. El cristianismo jamás podría perdonarle al judaísmo el haber hecho humano a Cristo y haberlo mandado matar en representación del hijo sublevado contra el padre furibundo. En la acusación de asesinatos rituales que se hace al judaísmo se repite el recuerdo del asesinato del padre de la tribu, y el propio sentimiento ancestral de culpabilidad es así proyectado sobre los judíos.

Székely B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

PSICOLOGÍA LABORAL Y ORGANIZACIONAL

ACOSO

Acoso laboral.- Según Hirigoyen, por acoso en el lugar de trabajo debe entenderse cualquier manifestación de una conducta abusiva y especialmente, las conductas, palabras, actos, gestos y escritos que puedan atentar contra la personalidad, la dignidad o la integridad física o psíquica del trabajador, o que puedan poner en peligro su empleo o degradar el clima de trabajo.

Para mantener el poder y controlar a la víctima, se suelen utilizar diversos procedimientos por parte del agresor. En un principio se intenta atacar su sentido crítico hasta no saberse quien tiene razón y quien no. Se somete a la víctima al estrés, se le riñe, se le vigila continuamente, se le acorrala.

Luego de ello, el acoso psicológico en la empresa asume diversas modalidades que comparten una característica en común: la negación de la comunicación. Entre estas modalidades pueden mencionarse las siguientes (Hirigoyen):

a) Rechazar la comunicación directa: el agresor niega a explicar su actitud, negación que paraliza a la víctima que entonces no puede defenderse. Al negarse a nombrar el conflicto y a discutir, el agresor impide una discusión que permitiría encontrar una solución.

b) Descalificar: la agresión se expresa en forma encubierta (de otra manera podría replicarse) en registros no verbales como suspiros exagerados, encogerse de hombros, etc todo ello destinado a descalificar al trabajador, o sea poniendo en duda cada vez más sus competencias profesionales.

c) Desacreditar: hundir o ridiculizar al otro introduciendo por ejemplo una duda en los demás. El agresor también puede utilizar la calumnia, la mentira y las insinuaciones malintencionadas.

d) Aislar: es decir, el agresor destruye las alianzas que ha establecido el trabajador con los demás, con lo cual queda aislado. Cuando el trabajador se encuentra en esta condición le costará mucho más rebelarse, por terminar creyendo que todo el mundo está contra él.

e) Las novatadas: consiste en encargarle a la víctima tareas degradantes o inútiles, o tareas no acordes con su capacidad o experiencia. También puede consistir en asignarle tareas imposibles que lo obligan a quedarse trabajando hasta tarde.

f) Inducir a error: con el fin de tener una razón para criticarlo o rebajarlo, pero también para tener una mala imagen de sí mismo. Esto puede realizarse mediante actitudes de desprecio que generarán ira en la víctima, con lo cual el agresor tendrá el motivo para seguir agrediendo frente a los demás.

g) El acoso sexual: se trata de un paso más del acoso moral. No se trata tanto de obtener favores sexuales, sino de señalar un poder al considerar a la mujer como mero objeto sexual. El acosador hace que ella esté a su disposición, y que incluso debería sentirse halagada por ello.

Irigoyen M (2001) El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana. Buenos Aires: Paidós.

Diagnóstico diferencial.- "Los síndromes de estrés por acoso psicológico en el trabajo (APT) deben ser diferenciados de (1) trastornos paranoides estructurales, (2) la simulación, asociada o no a desajustes de la personalidad psicopáticos y (3) del fingimiento de enfermedad inconsciente, donde se incluirían cuadros diversos como el trastorno facticio, cuadros disociativos, desajustes de la personalidad y las neurosis de renta.

El análisis del test de Rorschach proporciona datos cuantitativos y cualitativos para hacer un diagnóstico diferencial preciso, integrando gran cantidad de variables cognitivas y emocionales, diferenciando lo que es estilístico de lo que es situacional, lo estable de lo inestable y señalando el daño en la estructuración psicológica.

En el trabajo se sistematiza dicho análisis del Test de Rorschach en una serie de marcadores diagnósticos diferenciales de los síndromes de estrés por APT, abordando 7 pilares básicos: ajuste perceptivo, distorsión cognitiva, defensividad, sesgos y estilos de respuesta, la adecuación emocional, la congruencia interrespuesta, el registro de la pérdida afectiva y la percepción de necesidad de tratamiento".

Manuel J. Rodríguez Abuin, Psicodiagnóstico diferencial por el test de Rorschach en el acoso psicológico laboral.

PSIQUIATRÍA NOTICIAS. 2005; 7(3)

Acoso sexual en el trabajo.- Existen ciertas condiciones del trabajo en las empresas que constituyen un terreno fértil donde pueden suscitarse no solamente relaciones amorosas sino también situaciones de acoso sexual. El Dr. Aguinis, psicólogo industrial de la Universidad de Colorado (Aguinis, 1997) indica cuatro condiciones:

a) Hoy ha aumentado la proporción de mujeres que trabajan en empresas. La integración sexual de la fuerza laboral alcanza un 46% de mujeres en el caso de EEUU; b) Las interacciones cercanas y prolongadas entre compañeros de trabajo; c) Almuerzos sociales fuera de la oficina con colegas; y d) periodos de trabajo que se extienden bajo presión hasta altas horas de la noche.

Estas situaciones tienden a favorecer la aparición de relaciones amorosas entre hombres y mujeres que trabajan juntos. Un romance en el trabajo se distingue del acoso sexual porque son relaciones consentidas por ambas partes, pero sin embargo es un factor a tener en cuenta porque muchas veces los romances pueden no tener un final feliz y llegar así a situaciones de acoso sexual donde el hombre sigue abordando y agrediendo a la mujer que decidió romper el lazo afectivo unilateralmente. El romance suele transformarse en acoso cuando el miembro de la pareja de mayor status en el organigrama formal de la empresa desea continuar la relación, y el miembro con menor status no consiente en continuarla.

Las víctimas más frecuentes del acoso sexual en los lugares de trabajo son las mujeres, y podemos pensar en dos motivos:

a) Tradicionalmente, en nuestra sociedad machista el hombre se ha arrogado el derecho de manipular y decidir sobre la mujer, considerándola como un objeto de su propiedad sobre el que tiene todos los derechos. El acoso sexual, en este sentido, no es una característica de nuestra época, y reconoce por lo menos antecedentes históricos en la Edad Media, época en la cual existía el llamado "derecho de pernada", o derecho que se arrogaban los señores feudales para acostarse con las plebeyas de su reino (Margulis, 1997a).

b) Otro motivo es el hecho de que en los últimos tiempos ha aumentado la proporción de mujeres que trabajan, no sólo por un afán de independizarse, variable psicológica, sino también por una necesidad de subsistir económicamente. Así, "la mujer trabajadora vive muchas situaciones de acoso sexual, que sufre y paga por la necesidad de conservar el empleo" (Margulis, 1997). Además, "en la Argentina, el treinta por ciento de las mujeres son el principal sostén económico de la familia" (Margulis, 1997).

Desde un punto de vista metodológico, el acoso sexual es una variable compleja y, como tal, presenta diferentes indicadores, entre los cuales podemos mencionar los siguientes (Margulis, 1997a):

- 1- Abuso verbal o comentarios sexistas sobre la apariencia física del empleado.
- 2- Frases ofensivas o de doble sentido y alusiones groseras, humillantes y embarazosas.
- 3- Preguntas indiscretas sobre su vida privada.
- 4- Separar al acosado de los ámbitos propios del trabajo para que la conversación tenga mayor intimididad.
- 5- Conductas sexistas generalizadas, destacando persistentemente la sexualidad en todos los contextos.
- 6- Insinuaciones sexuales inconvenientes y ofensivas.
- 7- Solicitud de relaciones íntimas, aún sin requerir el coito u otro tipo de conducta de tipo sexual, mediante promesas de beneficios o recompensas.
- 8- Exigencia de favores sexuales bajo amenazas, implícitas o explícitas, referidas al empleo.
- 9- Exhibición de material pornográfico, como revistas, fotografías u objetos, así como colocar en las paredes del ámbito laboral imágenes de tal naturaleza.
- 10- Tocamientos, roces o pellizcos deliberados y ofensivos.

11- Cualquier ejercicio de violencia física o verbal.

También podríamos agregar la forma tal vez más sutil de acoso sexual, y que consiste en la invasión del espacio privado de la víctima por parte del acosador. El antropólogo E. Hall describe la significación social del espacio, señalando la existencia de una llamada 'distancia íntima' (Vander Zanden, 1989:420) que llega hasta los 45 centímetros. El acosador puede no agredir física o verbalmente a la víctima, pero al acercarse a ella a menos de 45 centímetros, ello está implicando una invasión de la privacidad del otro, ya que normalmente es la distancia de las demostraciones amorosas y los intercambios de afecto, tales como pueden encontrarse en una pareja o entre padres e hijos.

La situación de acoso presente dos aspectos relevantes: supone una forma de ejercicio del poder, y es un comportamiento agresivo.

1) Poder: De acuerdo a la caracterización de Vander Zanden, el poder es la "realización, en los asuntos humanos, de la voluntad de uno de los bandos (individuo o grupo) y en contra de la voluntad del otro" (Vander Zanden, 1989:624). Para nuestra temática, nos interesa el poder que ejerce un individuo, no un grupo, ya que el acoso sexual en los lugares de trabajo es un acoso llevado a cabo por el acosador en forma individual, formando parte de la manera que tiene de ejercer poder sobre los demás.

Más específicamente, el poder del acosador es un poder de retribución. French y Raven entienden por poder de retribución aquel "que deriva de la capacidad de uno de intervenir en las recompensas o castigos que recibe el otro, y que pueden ser impersonales (por ejemplo beneficios financieros, multas, promociones laborales o despidos) o personales (por ejemplo amor u odio, aceptación o rechazo)" (Vander Zanden, 1989:486).

2) Agresión: en psicología social, es definida como un "comportamiento socialmente definido como afrentoso o destructivo. Se diferencia la agresión hostil, que tiene como propósito infligir deliberadamente un daño o sufrimiento a otra persona, de la agresión instrumental, que persigue otro objetivo que el del padecimiento de la víctima" (Vander Zanden, 1989:614).

Como hipótesis, podemos plantear que la agresión implicada en la situación de acoso sexual tiene dos fases: la agresión instrumental y la agresión hostil. Esto significa que en un primer momento, el acosador busca una satisfacción sexual, y utiliza la agresión hacia la víctima en forma instrumental, es decir, como medio para obtener aquel tipo de satisfacción. En una segunda fase, cuando la víctima se resiste, el acosador puede pasar a la fase de agresión hostil, donde aparece en primer plano su propósito, no ya de obtener satisfacción, sino de hacer sufrir al acosado como represalia frente a su negativa a obedecer el requerimiento sexual.

¿Existe una relación entre el acoso sexual y la llamada agresión institucional? Por ésta última se entienden los "actos violentos y agresivos cometidos por las personas dentro de contextos institucionales como parte de su tarea" (Vander Zanden, 1989:614). Vander Zanden da el ejemplo de la institución policial o el deporte, donde el ejercicio de la violencia puede estar legitimada por el ámbito mismo donde ella se desarrolla. En otras palabras, es normal que bajo ciertas circunstancias un policía o un deportista deba ejercer cierto grado de violencia mientras opera en su rol.

Llevando estas ideas a la situación que nos interesa, cabe pensar que el acosador sexual podría considerar que su agresión es legítima, y que el solo hecho de ser un superior, ello ya lo autoriza para acosar sexualmente a us víctima. De hecho, todas aquellas otras personas que como cómplices lo encubren y lo defienden, tienden también a pensar que la agresión sexual está justificada. Tal vez desde esta perspectiva podríamos considerar el acoso sexual como una forma de agresión institucional.

Otro aspecto importante del acoso sexual es el vínculo asimétrico que ha de relacionar al acosador y al acosado.

Martínez Vivot, en un texto llamado "Acoso sexual en las relaciones laborales" (Margulis, 1997a) describe una situación imaginaria donde se establece lo que él llama acoso sexual entre empleados del mismo nivel jerárquico. Se trata de una situación donde los hombres buscan discriminar a las mujeres del ámbito laboral. El autor mencionado nos propone imaginar una oficina donde trabajan más varones que mujeres. Empiezan a hablar de temas sexuales, las preguntan a ellas por su intimidad, luego llevan revistas pornográficas y hasta las pegan en las paredes.

A nuestro modo de entender, esta situación no configura acoso sexual. El tipo de relación que debe existir entre acosador y acosado para configurar una situación de ese tipo debe ser asimétrica, o si se quiere complementaria, si utilizamos la terminología de la teoría de la comunicación de Palo Alto (8). Una relación complementaria está basada en una diferencia, donde uno ocupa una posición superior y el otro una inferior. Tales posiciones pueden ser idiosincrásicas de una determinada relación (por ejemplo, en la relación sado-masoquista), pero también pueden estar pautadas culturalmente. Este último es el caso de la relación jefe-empleada, definida en este caso por el entorno laboral, donde puede germinar la relación acosador-acosado.

Utilizando la misma terminología, la interacción entre uno y otro no es, en cambio, simétrica, es decir, no se establece entre empleados del mismo nivel jerárquico, razón por la cual no podemos considerar el caso descrito por Martínez Vivot como acoso sexual, aunque sí como otro tipo de acoso que tiene otra finalidad: la discriminación sexual, diferente de la finalidad del acoso sexual propiamente dicho, que es el

abuso sexual. Además, en el primer caso se procura el despido del otro sexo sin condiciones, mientras que en segundo caso no se busca tal despido salvo que la víctima no consienta la relación sexual.

Resulta instructivo señalar que las potenciales víctimas de acoso sexual no son solamente personas que ya están trabajando, sino también aquellas que están buscando ocupación. Una investigación realizada por un canal de televisión, por ejemplo, que había utilizado cámaras ocultas con una actriz que simulaba buscar empleo, reveló que dos de cada cinco mujeres sufren algún tipo de abuso o presión vinculada con el sexo durante sus búsquedas de empleo. Estas presiones eran sufridas no solamente por mujeres de clase baja, tradicionales víctimas del acoso sexual, sino también mujeres de clase media que por necesidad habían comenzado también a buscar trabajo (Margulis, 1997a).

El problema del acoso sexual tiene múltiples facetas: es un problema filosófico, psicológico, moral, legal, médico, social, político y hasta económico. En este último sentido, muchas empresas lo conciben de esta manera. Por ejemplo, la compañía Mitsubishi en su filial de los Estados Unidos, viene de enfrentar una demanda colectiva de 29 mujeres por acoso sexual y se prepara para una segunda tanda que, en caso de una sentencia adversa, podría condenar a la empresa a pagar casi 90 millones de dólares en concepto de indemnización.

El acoso sexual tiene también su faceta legal. En 1993 se emite el primer decreto oficial (que lleva el número 2385), que intenta reglamentar la cuestión del acoso sexual en nuestro país, siendo la primera vez que el acoso sexual aparece oficialmente considerado como coacción.

Con el fin de tipificarlo como delito, el mencionado decreto define el acoso sexual como "la acción del funcionario que con motivo o en ejercicio de sus funciones se aprovecha de una relación jerárquica induciendo a otro a acceder a sus requerimientos sexuales, haya o no acceso carnal". El decreto en cuestión se aplicaba solamente a empleados públicos.

Asimismo, en el Código Penal Argentino existe el artículo 127 que establece una pena de prisión de seis meses a cuatro años para quien "abusare deshonestamente de persona de un u otro sexo" (Margulis, 1997a). Dicho artículo se refería específicamente a aquellas personas menores de doce años, personas privadas de razón, o personas víctimas de una intimidación. Podemos situar el acoso sexual dentro de esta última alternativa.

Finalmente, no podemos dejar de señalar la faceta médica del problema que nos ocupa. Investigaciones recientes efectuadas en Gran Bretaña (Sin autor, 1997) están revelando una vinculación entre la prepotencia sufrida en el lugar de trabajo y la aparición de permanentes daños cerebrales.

John O'Brien, asesor de psiquiatría de la Universidad de Newcastle, descubrió, mientras realizaba estudios con ratones y seres humanos, que un aumento del nivel de cortisol -una hormona producida en respuesta al stress- provoca pérdidas de células nerviosas en el área cerebral del hipocampo, vinculada con la memoria y con el aprendizaje.

En un artículo para el Journal of the Royal College of Psychiatrists, O'Brien planteó la hipótesis de que una vida de stress puede adelantar la aparición de la enfermedad de Alzheimer y también ser responsable de la propensión a olvidar, que, en general, se asocia con la edad avanzada.

Field -autor de un libro titulado "Prepotencias en vista: como prever, resistir, desafiar y combatir las prepotencias en el trabajo"- considera que las actuales investigaciones médicas darán cada vez más fundamento a las causas de resarcimiento legal que están en constante aumento.

Tim Field inauguró un "teléfono amigo" para quien se siente víctima de esta situación y, en 18 meses, registró 750 casos de prepotencia en el trabajo. el 10% de ellos desembocó en pedidos de indemnización ante la Justicia.

Aguinis Herman, Relaciones peligrosas. Buenos Aires: Diario La Nación, 9-2-97.

Margulis Alejandro (1997) La mujer discriminada. Buenos Aires: Revista La Nación.

Margulis Alejandro (1997a) Disparen sobre el acoso sexual. Buenos Aires: Revista La Nación.

Sin autor (1997) Víctimas de la prepotencia. Buenos Aires: Diario La Nación, 23-3-97.

Vander Zanden J (1989) Manual de Psicología Social. Barcelona: Paidós, 1989.

Watzlawick P, Beavin J, y Jackson D (1981) Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder.

ANÁLISIS ORGANIZACIONAL

Definición.- Es un proceso de cambio pactado contractualmente entre los miembros de un sistema organizacional determinado y un analista independiente - considerado como un "agente de cambio externo"-, para encarar problemas que obstaculizan el desarrollo de los componentes del sistema. El contrato legitima una relación de colaboración voluntaria que compromete la exploración conjunta de todos los implicados, tendiente a desarrollar la comprensión de los aspectos interpersonales, organizativos, productivos, políticos, axiológicos, contextuales, que afectan el desarrollo de la organización y la realización de sus miembros.

Schlemenson, La perspectiva ética en el análisis organizacional.

Análisis socioinstitucional.- El análisis socioinstitucional se caracteriza por: a) Intervenir en una clase institucional, no en toda la institución. b) Dicha clase institucional paga la intervención. c) Así, la intervención se realiza entre una clase institucional y un grupo sociopsicoanalítico, mediante un cierto

número de sesiones. d) En cada sesión hay presente un solo socioanalista, y se van turnando en diferentes sesiones. e) La intervención es viable si la clase es bien homogénea, y si hay cierta cuota de poder que la clase institucional puede recuperar dentro de la institución. f) Debe haber por tanto un deseo de recuperar el poder, una pulsión (colectiva) de exigencia de poder. g) El grupo socioanalítico analizará también sus propias reacciones (contra-proyectivas) frente a la escucha del material, pues ello permite comprender lo que sucede en la clase institucional respecto de la institución.

Mendel Gerard – Sociopsicoanálisis, Tomo I, Págs 7-61.

Paradigmas en el análisis organizacional.- Las siguientes son las características básicas de todo paradigma en el estudio de las organizaciones:

- a) Plantear un paradigma implica tomar alguna posición valorativa: no se puede ser neutral.
- b) Una parte importante del paradigma es implícito o no conciente: hay supuestos básicos subyacentes que orientan los razonamientos del observador.
- c) Los paradigmas no son técnicos, sino teóricos: se refieren a las leyes que regulan el funcionamiento de las organizaciones, la naturaleza de sus participantes y su modo de relación.
- d) Los paradigmas organizacionales no derivan del orden instituido o de las ideologías del medio social, pero actúan dentro del contexto de éstas.
- e) Los paradigmas incluyen creencias y enunciados emocionales, que se internalizan por la educación. Los enunciados del paradigma no están necesariamente conectados en forma lógica.
- f) Los nuevos paradigmas no surgen por acumulación de nuevos estudios, sino por enfrentamiento con otros paradigmas (crisis).

Ejemplos de paradigmas enfrentados son: el paradigma formal-mecanicista y el paradigma heurístico.

El primero se caracteriza por usar los criterios de eficacia y eficiencia como valores dominantes, por suponer que todo sistema social está organizado en niveles jerárquicos mediante relaciones de poder unidireccionales, por usar el esquema estímulo-respuesta para explicar las conductas individuales y organizacionales, y por usar la idea de conflicto como una situación anormal, una desviación que debe ser corregida.

El segundo se caracteriza por rescatar lo particular que tiene cada organización, por reconocer la presencia de aspectos no racionales en las organizaciones, relacionados con el uso del poder, las creencias y valores, etc., por considerar la idea de estructura como elemento de la flexibilidad y adaptación de la organización a su medio ambiente, etc.

De acuerdo a cual de ambos paradigmas se usen en el análisis de una organización, surgirán distintas propuestas para la intervención.

Etkin y Schvarstein (1993) Identidad de las organizaciones: invariancia y cambio.

Paradigma de la simplicidad.- El paradigma formal-mecanicista es el llamado paradigma de la simplicidad, y se basa en los siguientes seis supuestos básicos:

- 1) Causalidad lineal: Dos eventos no pueden causarse mutuamente: unas acciones determinan otras, según una secuencia lineal y temporal, y por lo tanto predecible. Un esquema jerárquico ordena los medios confluyendo hacia los fines.
- 2) Impactos del contexto. Exterorregulación: La identidad del agrupamiento social se establece desde el exterior. Los fenómenos sociales tienen proyectos, tienden hacia un fin por adaptación al exterior. Así, los cambios en el grupo social se explican a partir del medio externo.
- 3) Homogeneidad de los sistemas: Se considera que hay una supra-armonía en los sistemas. Es una explicación simplista del sistema basada en una analogía con los procesos de información: entrada, procesamiento, salida.
- 4) Idea de orden: A cada organización le corresponde un orden preestablecido que marca su desarrollo.
- 5) Reduccionismo: La realidad se puede desarmar para estudiar cada parte por separado, pudiendo luego reconstruirse la conducta global del conjunto a partir de las partes. Se reduce todo a un análisis de elementos sin considerar el todo.
- 6) Trivialización de los sistemas: el paradigma de la simplicidad propone un esquema de funcionamiento de las organizaciones basado en una descripción por entradas y salidas, donde la organización es una función de transformación que liga ambas variables. El sistema es como una caja negra que a iguales entradas asegura la producción de iguales salidas.

Etkin y Schvarstein (1993) Identidad de las organizaciones: invariancia y cambio.

Paradigma de la complejidad.- Este paradigma de la complejidad se caracteriza por sostener que la realidad organizacional presenta procesos no ordenables o programables desde el exterior. Sus componentes básicos son los siguientes:

- 1) Policausalidad: El funcionamiento organizacional obedece a múltiples causas que se influyen mutuamente. Tienen dimensiones diferentes que las hacen heterogéneas, que se condicionan mutuamente por ciclos causales. Por ejemplo hay condicionantes de la propia historia de la organización, llamadas ontogenéticas, y otras que derivan del exterior.

2) Equilibrio dinámico: La dinámica de la organización es el producto de sucesivos desequilibrios localizados y transitorios.

3) Recursividad: Las organizaciones funcionan mediante procesos que se cierran sobre sí mismos, o sea, que se regeneran a sí mismos. Las salidas vuelven a ejercer influencia sobre las entradas. Esto se opone a la causalidad lineal del paradigma de la simplicidad.

4) Orden en el ruido y a partir de él: En la organización se reconoce una continuidad o estabilidad resultantes de la acción de factores no encadenados, que tienen orígenes independientes entre sí. Por ejemplo, una fuente de energía no direccionada, que lleva a encuentros aleatorios y desordenados, algunos no provocados y otros buscados y programados.

5) La forma del tiempo: En las organizaciones complejas, el tiempo es irreversible, lo que significa que no puede usarse el conocimiento de su estado actual para explicar el pasado: en los circuitos de retroacción (feed-back), la causa y el efecto aparecen confundidos. La génesis de nuevas formas proviene de esa interrelación y no de un impacto externo.

Cada organización tiene su propio tiempo interno, que son ciclos recursivos donde el estado final y el inicial se hacen indistinguibles. En el paradigma de la simplicidad, en cambio se considera un tiempo externo a la organización, de tipo lineal.

6) Análisis sincrónico y diacrónico: El primero analiza la organización en un determinado momento, aquí y ahora: estudia las variables o fuerzas que coexisten en la situación observada y que caracterizan el 'estado' de la organización en ese momento, como por ejemplo los esquemas administrativos, los culturales, los objetivos enunciados, los modos de relación interpersonal, etc. Sin embargo, se hace necesario un análisis diacrónico cuando lo que se busca es analizar las razones o explicaciones a la evolución de la organización, y consiste en seguir el comportamiento de las variables a través del tiempo, con lo cual aparecen aquí los conceptos de causa, motivo, intencionalidad, etc.

7) La ilusión de los objetivos: No hay un único objetivo que se mantiene invariable en el tiempo. Este paradigma de la complejidad considera a los objetivos institucionales como los resultantes de cambiantes relaciones entre las partes, y no son tomados como una definición previa que condicione el devenir de la organización, sino que van surgiendo a medida que la organización funciona.

8) Revisión del concepto de adaptación: La adaptación no afecta la identidad de la organización. Las reglas que definen la coherencia interna del sistema no se modifican por la información desde el exterior o por las modificaciones ambientales. La adaptación es una transformación interna que resulta de la conjunción de los factores ambientales y de las capacidades internas.

Etkin y Schvarstein (1993) Identidad de las organizaciones: invariancia y cambio.

AUTORIDAD

Autoridad y poder en la organización.- El contrato psicológico es un contrato no escrito, un conjunto de expectativas acerca de lo que la empresa espera de la persona que ingresa y de lo que ésta espera de la empresa. Dicho contrato puede ir cambiando a medida que cambian las necesidades de una u otra, con lo cual es un contrato dinámico que se renegocia constantemente.

Poder y autoridad: dentro del contrato psicológico el individuo debe acatar la autoridad vigente de la empresa. Aceptar una autoridad implica someterse por propia voluntad a ella, a diferencia del poder, donde hay una coerción, una obligación a alguien que manipula física o psíquicamente a las personas. La organización puede hacer cumplir el contrato mediante autoridad o mediante poder, pero el individuo es libre de retirarse, disminuir o aumentar su participación, entrar en paro, sabotear la organización, etc.

Bases de la autoridad legítima: si las personas aceptan una autoridad es porque esta tiene bases legítimas, que son las siguientes:

1) Tradición: el derecho a mandar está dado por tradiciones y normas del grupo social. Es una autoridad paternal que 'cuida' a los individuos.

2) Orden racional-legal: autoridad que impone leyes de sentido común para trabajar, y los individuos deben acatarlas. O sea, hay un consenso de ser gobernado mediante un ordenamiento legal, y la autoridad es legal porque es idónea y capaz.

3) Carisma: capacidad de liderazgo, de influir sobre los demás.

4) Autoridad racional pura-especialidad: la autoridad es competente, capaz para mandar. Suele ser independiente del cargo que ocupa (lo que sí es importante en el caso 2), como cuando alguien consulta a alguien porque sabe.

Condensado de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulo 2.

CAPACITACIÓN

La capacitación en la empresa.- A continuación se resume el libro de Gore sobre "La educación en la empresa".

SECCION I - LAS ORGANIZACIONES EN LA SOCIEDAD DE CONOCIMIENTOS

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

La educación en el trabajo es una educación en la vida, donde se trata de desentrañar el presente en toda su complejidad. La complejidad es simple, es la trama de relaciones entre nuestra comprensión de la realidad, nuestros actos, sus consecuencias y nuestra forma de pensar. El contexto es el creado por el hombre y sobrevivir en él es hacerlo en su complejidad y en sus interacciones con la naturaleza. La herramienta para sobrevivir es el cerebro; que produce lógica, pero como el mundo no es lógico y el pensamiento es muy lento, hemos aprendido a aceptar nuestra ignorancia, construyendo un caudal mínimo de conocimientos, creando signos convencionales hechos lenguaje para conservarlos en el tiempo y el espacio. Esto es, hemos creado una segunda naturaleza: la cultura.

Un producto de la cultura es la organización, descubierta en los últimos cientos de años; son formas de agrupar personas varias horas al día, en función de una tarea específica, con un sistema de reglas que divide horizontalmente las tareas y verticalmente las decisiones. Esto requirió de otras personas: los administradores o management, ocupados en organizar a la gente y las reglas.

Este sistema produjo una acumulación de conocimientos capaz de impulsar muchos otros. El conocimiento es hoy, requisito indispensable para producir. Entonces se ha creado una sociedad de organizaciones y conocimientos. Organizaciones para innovar y producir inestabilidad; productoras de la complejidad. El equilibrio del planeta, depende de la nueva complejidad no conocida totalmente.

Esto es un desafío al conocimiento acumulado y a la experiencia. Por lo tanto, es necesaria una tercera naturaleza: la del "pensamiento en acción".

Esto lleva a dos paradojas:

- enfrentar la complejidad, pues la aumenta.
- las organizaciones deberán afrontar la diversidad interna, resguardando su identidad.

Cada organización, para sobrevivir, deberá ser un circuito de aprendizaje, para resignificar su propia experiencia.

El management surge como un nuevo "arte liberal", es un conjunto de técnicas para incrementar la eficacia de una organización. Eficacia que se juega en su relación con la eficacia del sistema social, con el que interactúa y viceversa. El futuro del management es el cambio cualitativo producido por el conocimiento con conciencia de sí.

En los próximos años la discusión se centrará en problemas de ética y eficacia social, orientándose en la búsqueda sistemática de formas organizativas, capaces de pensarse a sí mismas.

En este marco es necesario replantear el sistema educativo, usando el potencial educativo de la realidad.

Aprender en la acción es meterse en el hacer y educarse a uno mismo antes de saber qué es lo que estamos tratando de aprender.

Toda propuesta de educación es una propuesta organizativa.

CAPITULO 2: EL SISTEMA EDUCATIVO EN UNA SOCIEDAD DE CONOCIMIENTOS

Las escuelas, incluyendo las Universidades, parecen haber cambiado poco en los últimos 50 años. El resto de las organizaciones sufrieron enormes cambios y los conocimientos crecieron exponencialmente; las escuelas sólo refinaron sus propios mecanismos.

LA NUEVA SOCIEDAD.- La sociedad de conocimientos ha sido vista desde diferentes autores: Drucker, Thurow, Reich Toffler, Naisbitt.; Quienes tienen supuestos diferentes, aunque describen hechos similares:

- una nueva sociedad luego de la era industrial;
- basada en recursos autogenerados;
- basada en conocimientos puros y aplicados;
- con rasgos típicos (diversidad, individualismo);
- y demanda de profesionales capaces de resolver problemas complejos.

LESTER THUROW.- Ha tomado la metáfora de una guerra económica entre bloques, donde la competitividad de los países se parece a la de las empresas.

El problema es la supremacía nacional, que depende de la capacidad de cada bloque, para responder a las reglas del juego económico internacional. Como las nuevas ventajas competitivas están basadas en tecnologías de procesos, ésta es una guerra de organizaciones.

EL PAPEL DE LA EDUCACIÓN EN LA SOCIEDAD.- Apoderarse de aquellas ventajas competitivas exige una fuerza de trabajo hábil en las organizaciones. Las organizaciones productivas mismas y su administración de la fuerza de trabajo deben ser consideradas en su potencial educativo, y consecuentemente, competitivo. Éste depende de la capacitación, investigación, sistemas de creencias, liderazgo, manejo del poder y sistema de premios y castigos.

LA ORGANIZACIÓN Y LAS ORGANIZACIONES PRODUCTIVAS.- Para Thurow, una mejora del sistema educativo sería:

- elevar el sueldo de los docentes, quienes trabajarían tiempo completo;
- reducir los costos administrativos;
- definir un estándar de calidad para quienes no asistan a la universidad.

CRÍTICAS Y ADHESIONES AL PLANTEO DE THUROW.- Krugman critica la idea de competitividad internacional porque trata a los países como empresas.

Por otro lado, la obsesión por la competitividad, puede llevar a confundir los criterios para asignar los recursos estatales, relegando la industria en pro de la investigación; o justificando un nuevo proteccionismo.

El planteo de Thurow sobre la educación es sobre cómo manejar el sistema educacional basado en instituciones tal como existen actualmente, omitiendo la obsolescencia del conocimiento. Aunque su diagnóstico sobre el peso de la educación en la productividad de un país es interesante, sus propuestas de solución son muy limitadas.

ROBERT REICH.- Para Reich, en el futuro, no existirán productos ni tecnologías nacionales. Los bienes de una nación serán su capacidad y la destreza de sus ciudadanos.

Las organizaciones serán finas redes de conocimientos que conectarán necesidades con recursos en cualquier lugar del mundo. Esto es, responderán a la lógica centrífuga del zapping, más que a la estabilidad de factores (guerras de Thurow).

La economía nacional se define en términos del trabajador nacional. La misión nacional debe incrementar el valor potencial de sus ciudadanos, promoviendo sus habilidades de acuerdo a los requerimientos del mercado.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS EMPRESAS Y SU RELACIÓN CON EL SISTEMA EDUCATIVO (Según Reich).- Hasta avanzada la década del '60, el sistema industrial de producción masiva, gozaba de buena salud. Los nuevos inventos llegaban más rápidamente que el crecimiento. La reinversión requería la mitad de las ganancias, por lo que el tiempo entre el nuevo producto y su lanzamiento era muy largo.

El estado formaba a los jóvenes para ingresar al proceso productivo. La función del management era conciliar y armonizar los intereses de las partes. La educación no se diferenciaba del sistema productivo en sí mismo. El único prerequisite era la capacidad para comprender directivas orales y escritas, y el autocontrol para realizarlas. La educación seguía el sistema de producción en masa.

Que la producción estandarizada estuviera al alcance de muchas industrias y que éstas pudieran vender en cualquier lugar del mundo, hizo emerger la competencia extranjera.

EL NUEVO MANAGEMENT Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LA NUEVA ORGANIZACIÓN.- En este contexto, Reich, distingue una nueva mecánica de funcionamiento de las empresas. Éstas son una "fachada detrás de la cual se mueve una multitud de unidades y subunidades descentralizadas, que se alían con otros grupos también descentralizados, en todo el mundo.

Las habilidades necesarias, y claves para el accionar de las empresas son tres y se hallan interrelacionadas:

- las habilidades para resolver problemas;
- las habilidades para encontrar oportunidades;
- las habilidades para vincular ambas: los negociadores estratégicos.

La coordinación es horizontal y combina las habilidades de sus miembros.

La organización es una red, un esquema flexible y permite experimentar.

Las redes empresariales son acumulaciones de conocimientos y contactos para capturar oportunidades y recursos.

LAS TRES CATEGORÍAS DE LOS TRABAJOS.- Entonces, la competitividad de un país es la de sus ciudadanos, para agregar valor a esas redes. Se deben replantear conceptos de organización y trabajo:

- Servicios Rutinarios de Producción: son las tareas repetitivas, orientadas a lograr altos volúmenes en forma estandarizada. Tienen procesos y formas codificadas. Los trabajadores sólo necesitan una educación básica y convencional.

- Servicios en Persona, comprende tareas simples y repetitivas y no necesita demasiada formación.

- Analistas Simbólicos; que hacen de intermediarios, identificando y resolviendo problemas.

Según Reich, algunos trabajos encajan dentro de la economía mundial y otros no. Se produce una bifurcación, que se nota en la disparidad de ingresos; ésta se relacionaría con el nivel de educación. Así, según la categorización, los del tercer grupo, parecen ser los más exitosos.

LA EDUCACIÓN DEL ANALISTA SIMBÓLICO.- Se limita a colegios y universidades privadas, lo que acentúa las fuerzas centrífugas, que operan sobre cada sociedad. La educación formal requiere cuatro habilidades básicas:

- Capacidad de abstracción: es la esencia del análisis simbólico, en la cual la realidad debe ser simplificada para poder ser comprendida y manejada.

- Pensamiento sistémico: sirve para establecer relaciones de causa-efecto, entendiendo las redes de feedback y recursividad del mundo real.

- Experimentación: implica que el aprendizaje permanente es una responsabilidad propia.

- Colaboración: para comunicar ideas, hacer redes y construir consenso.

LA EDUCACIÓN A TRAVÉS DEL TRABAJO Y DE LA EXPERIENCIA.- El lugar de la educación formal es facilitar las capacidades básicas y, de ahí en más, el aprendizaje dependerá de la resolución de problemas.

Los proyectos permiten sumar contactos y experiencias, son redes de comunicación informal; que se convierten en organizaciones de distintas formas, según el proyecto.

CAPITULO 3: EMPRESAS Y EDUCACION

EDUCACIÓN MÁS ALLÁ DE LAS ESCUELAS.- Este tipo de educación se da por tres motivos:

- Los costos: ningún país puede pagar los costos de una educación permanente para todos los miembros durante toda su vida.
- Las organizaciones necesitan de conocimientos para funcionar, una empresa debe ser capaz de aprender, desaprender y de aprender a aprender.
- Razón individual: entender los factores que facilitan o inhiben el aprendizaje en organizaciones, para enriquecer la experiencia laboral de cada individuo.

La oferta educativa real excede a la escolar y puede agruparse en tres:

- Oferta de educación formal: desde primer grado hasta el posgrado universitario. En instituciones educativas, con títulos, etc.
- Oferta de educación no formal, (cursos, talleres, etc.) permite adquirir conocimientos específicos. Se valora por utilidad, placer.
- Oferta de educación informal; proviene del ambiente mismo (museo, cines).

Una actividad formal es una actividad estructurada independientemente de cualquiera de los tres modos. El cuadro (pág 63 del libro de Gore), permite repensar la oferta educativa en una organización determinada:

- * Educación formal-formal. Es la oferta formal destinada a brindar títulos.
- * Educación formal-no formal. Aspectos de la educación formal que no se desarrollan siguiendo el estilo clásico de este tipo de educación.
- * Educación formal-informal. Es la educación ambiental que se da en los lugares de educación formal (lazos y relaciones).
- * Educación no formal-formal. Esquemas que reconocen aprendizajes no formales.
- * Educación no formal-no formal, Actividades específicas de capacitación. Tienen intención educativa y guardan formas escolares, aunque sin programas ni certificados.
- * Educación no formal-informal. Utilización de influencias ambientales en la capacitación.
- * Educación informal-formal. Aspectos regidos por pautas explícitas y reconocidos como condicionantes básicos del flujo de información.
- * Educación informal-no formal. Son explícitos pero se sustentan en actividades y creencias.
- * Educación informal-informal. Se refiere al potencial educativo, desde los usos y costumbres (cultura organizativa), hasta las formas más sistematizadas de información. Ambos extremos se realimentan entre sí.

CAPITULO 4: EXPERIENCIA Y CAPACITACION EN LAS ORGANIZACIONES

Hay tres aspectos organizativos que parecen estar directamente relacionados con el aprendizaje en las organizaciones: los objetivos (y consecuentemente la estructura), la cultura organizativa y el ambiente en el que la organización se desenvuelve.

EL FACTOR RACIONAL: LOS OBJETIVOS Y LA ESTRUCTURA.- Una organización es un conjunto de personas que actúa en forma más o menos previsible para lograr ciertos objetivos, algunos de los cuales son compartidos.

Los objetivos y las estructuras desarrolladas para lograrlos, actúan como condicionantes del tipo de de conductas que una persona puede desarrollar, de las experiencias que puede o no tener, de las habilidades que debe aprender y consolidar, y de aquellas que debe dejar de lado y desaprender.

Cómo las organizaciones facilitan o inhiben el aprendizaje de las personas, puede ser parcialmente contestada, considerando el proyecto organizacional, la estructura de la organización y sus objetivos. Este planteo tiene varias restricciones:

- El conocimiento que se tiene de los objetivos no es absoluto.
- Los objetivos no son siempre compartidos.
- La existencia de objetivos no explica porqué la gente, a veces, los acepta. Esto obliga a tener en cuenta aspectos no necesariamente relacionados con la estructura, tales como las creencias.
- Supone una racionalidad y una información perfectas en los seres humanos; y lo real es que en una organización no sólo es difícil saber por qué pasan las cosas, sino también saber qué cosas sucedieron o están sucediendo.

Siendo la información tan ambigua, también el aprendizaje que sigue a esa información resulta poco predecible.

EL FACTOR CULTURAL: LOS MECANISMOS DE RELACIÓN.- La organización es un contexto ambiguo, donde lo que sucede no es claro y entenderlo, importante; para ello, la gente construye y comparte significados.

Una cultura organizativa es un patrón de supuestos claros que un grupo inventa o descubre o desarrolla, para enfrentar su necesidad de responder a las demandas externas sin perder la coherencia interna. Las culturas organizativas condicionan el aprendizaje operando directamente sobre la información y su tratamiento, cada una confiere a la organización y a sus miembros, una cierta identidad.

La sociedad otorga sentido a la realidad a través de las instituciones; en ellas encapsula la experiencia pasada, para que actúen como guía de lo que se espera en el futuro.

Las organizaciones son instituciones capaces de crear sus propias instituciones, y como todas las otras, su mayor logro es que su rol pase inadvertido. Las instituciones condicionan procesos cognitivos básicos de sus miembros.

Nuestra sociedad se transforma en una sociedad de organizaciones, por lo que éstas se convierten en paradigmas de nuestra sociedad.

Si cada organización es una respuesta, ésta debe ser probada contra la realidad; desde este punto de vista, cada organización es una teoría de la acción, al mismo tiempo orientadora y producto de la acción de sus miembros.

La racionalidad organizativa es una construcción, provisoria, que formula hipótesis sobre cómo ajustar la organización a las demandas externas e internas.

Existen dos teorías organizativas, una para orientar el decir y otra para el actuar. Cuando la que se dice no coincide con la que está en uso, hay poca posibilidad de aprender, porque lo que se hace no se puede discutir y lo que se discute no tiene nada que ver con lo que se hace.

Las estructuras son resistentes a los cambios, ya que crean estereotipos de relación que, al incorporarse a la cultura organizativa, perduran más allá de los individuos.

Las culturas son más resistentes a la ambigüedad del contexto que las estructuras. En tanto son sistemas de creencias, resultan difícilmente rebatibles por la experiencia, ya que constituyen, precisamente, criterios para interpretar la experiencia.

Además de los factores estructurales y culturales hay otros elementos internos y externos que dificultan el cambio:

- * Internos: - los activos organizativos que no son fácilmente transferibles a otras áreas o funciones.
 - la información disponible se selecciona a partir de un cierto número de objetivos.
 - el balance político interno tiene intereses creados con el statu quo, y tiende a resistir grandes cambios.
 - la propia historia de la organización, funciona como una especie de acuerdo normativo que justifica a todos aquellos sectores que resisten la reorganización y evitan la consideración seria de respuestas alternativas.

- * Externos: - las barreras legales y fiscales para entrar y salir de un cierto mercado o actividad.
 - Las restricciones a la disponibilidad de información.
 - Las limitaciones políticas.
 - no hay forma de saber si un camino conduce al éxito.

Las organizaciones humanas son grandes sistemas reguladores del cambio, y consecuentemente del aprendizaje, que buscan perpetuarse a sí mismas, sobreviviendo en un medio ambiente del cual deben ser capaces de obtener todos los recursos.

EL FACTOR AMBIENTAL: EL CONTEXTO Y EL APRENDIZAJE.- Para sobrevivir, las organizaciones, deben contar con ciertas estrategias, ciertos objetivos, cierta estructura y alguna forma cultural.

Lo que la gente aprende, tiene que ver con la estructura, la cultura y la ubicación de la organización de la organización en la sociedad, y los mecanismos sociales de elección de organizaciones.

En contextos quietos, la gente sólo tiene que aprender cómo hacer mejor lo que hace; en contextos turbulentos, una organización que quiera subsistir debe estar preparada para modificarse a sí misma desde sus propias energías.

La capacitación es, potencialmente, un agente de cambio y productividad; en cuanto los recursos están en vías de extinción, aquélla debe ayudar a objetivar y poner en contexto la experiencia aprendida para que la persona misma pueda imaginarse qué tipos de aprendizajes necesitaría en el nuevo contexto.

CAPITULO 5: EL CÍRCULO DE MARALE

LA ORGANIZACIÓN QUE HACE MÁS DE LO MISMO.- El círculo (pág. 109 de Gore), plantea una realidad recursiva, que tiende a realimentarse. La organización, al igual que la mente de cada uno de quienes la forman, crece a partir de sus propios elementos, guardando la coherencia interna. El círculo de Marale es un producto tanto de la dirección, como del mercado, como de una serie de respuestas; cada una de las cuales fue razonable en sí misma, en su momento y que, en conjunto, sirvieron para sobrevivir, pero que no sirven para crecer cambiando. Para hacerlo es necesario ver el sistema como conjunto y verse a sí mismo como como producto y causa del funcionamiento del sistema.

Corolarios del Círculo sobre la relación entre cambio y aprendizaje en las organizaciones:

- La organización, librada a sí misma, sólo puede ofrecer más de lo mismo.
- La mayor parte de los cambios duraderos, provienen del entorno.
- Algunas organizaciones fracasan aún en el simple requerimiento de "leer" esas exigencias del entorno y ajustarse a ellas.
- No se puede cambiar una organización por el simple acto de voluntad o una orden.
- El papel del liderazgo es construir una visión compartida, organizar la búsqueda conjunta, etc.
- No hay causas únicas en los sistemas complejos.
- Trabajar sobre puntos de apalancamiento.
- Para ello es necesario tomar riesgos.
- Cambiar los modelos mentales no es un proceso de pensar en el vacío, es reflexión en la acción.

- Cuando los protagonistas del cambio, pueden ver el Círculo de Marale, tienen la oportunidad de no seguir dispersando sus energías, dando vueltas sobre el mismo sitio, y fijarse proyectos sobre los cuales avanzar.

EL CABALLO DE BATESON.- El Círculo de Marale inhibe el crecimiento sólo cuando éste requiere cambio y aprendizaje.

Otro problema, es que el crecimiento lineal tiene sus límites; así como el caballo de Bateson no puede crecer sin cambiar, tampoco pueden hacerlo las organizaciones. A veces, cambiar es agregar "más de lo mismo", otras es "reestructurar la situación"(cambios en la dirección del cambio).

Toda organización necesita de una lógica y de un diseño; pero lo que es bueno para una situación, puede no serlo para otra.

Una empresa inteligente es un diálogo con el mercado, así como un diálogo interno, lo importante es tomar ahora las medidas que me pongan en las mejores condiciones para poder decidir en el futuro. Para que haya planificación organizativa, debe haber cambio en la cultura de la organización.

Esto convierte al aprendizaje en un valor más importante que la experiencia acumulada y la capacidad de programar sobre ella.

Para Weick, la cultura y la estrategia se relacionan con teorías y explicaciones más que con hechos, están implícitas en los valores organizacionales, guían la forma en que la gente interpreta y expresa la realidad, ninguna de las dos es completamente explícita y articulada, y ambas constituyen fuertes supuestos, a veces sobreentendidos, que resisten al cambio y son difíciles de cambiar.

El planeamiento estratégico en contextos de cambio, es un examen de las consecuencias futuras de las decisiones que se toman hoy. En contexto quieto es posible pensar en una racionalidad organizativa construida por un diseñador que sintetice la totalidad del aprendizaje organizacional. En contextos cambiantes, la posibilidad de un diseño organizativo deliberado, hecho de antemano en todos sus detalles y con ajuste a una racionalidad abstracta es baja. Porque un diseño mecánico sirve para enfrentar situaciones previsibles y repetitivas, y porque la imprevisibilidad tiene que ver con estructuras competitivas.

Ya no se trata sólo de saber, sino de entender cómo ciertos conocimientos se relacionan con ciertos contextos y deben ser cambiados cuando dejan de ser ciertos. Es necesaria una cultura organizativa capaz de pensarse a sí misma, es una reflexión en la acción.

La comprensión del sistema en que la organización se inserta requiere el desarrollo de un pensamiento no tan lineal, como el que predomina actualmente en nuestra cultura.

La cultura organizativa es un sistema de explicaciones y atribuciones de sentido que da cuenta de la realidad a nivel colectivo, tal como los supuestos y modelos mentales lo hacen a la mente individual.

El planeamiento estratégico, permite, a través de la construcción de escenarios hipotéticos:

- crear contextos que permitan analizar las representaciones de la realidad en situaciones alternativas.
- acortar los tiempos de aprendizaje frente a cambios bruscos del contexto.
- funciona como contexto de contextos.
- desarrollar un espacio organizacional y de diálogo.

Así, el planeamiento estratégico se convierte en una herramienta de aprendizaje organizacional, capaz de generar una cultura organizativa que pueda servirse a sí misma.

SECCION II - EL ROL DE LA CAPACITACION Y DEL CENTRO DE ENTRENAMIENTO

CAPITULO 6: LA CAPACITACION Y EL CONTEXTO ORGANIZATIVO

La experiencia suele mostrar que la capacitación, muchas veces no funciona como esperan quienes creen o invierten en ella.

- Los errores más frecuentes se relacionan con el vínculo entre la capacitación y la organización, y/o con los errores técnicos de diseño. Los primeros son básicamente cuatro:

1. Desestimar el poder educativo informal de la organización: El aprendizaje está condicionado por elementos (objetivos, estructura), que están bajo control; uno tendería a pensar que para cambiar una organización alcanza con que sus máximos dirigentes logren un acuerdo acerca de nuevos objetivos y estructuras. En realidad, todas las estrategias y estructuras "posibles" que esa organización genera o acepta se parecen de entrada o terminan pareciéndose al final.

2. Mantener muchos obstáculos y pocas recompensas para la implementación de los cambios: La tradicional relación mando-obediencia, en circunstancias de cambio parece no funcionar, porque: rara vez, en proceso de cambio, los mensajes son coherentes; en circunstancias de ambigüedad la gente tiende a refugiarse en lo ya ha probado y le ha dado éxito en el pasado; es raro que, aunque la situación sea de tranquilidad, la relación sea de puro mando; en contextos de cambio es probable que el subordinado pierda el cuadro general de la situación.

Teoría de las expectativas de Vroom: "La puesta en práctica de lo aprendido, requiere: La convicción de que la tarea es posible y de que él o ella puede hacerla; la convicción de que hacer la tarea sirve para algo; y la de que ese algo es valioso." No es necesario que estos tres factores sean altos; deben mantener un equilibrio. Cualquier actividad de capacitación se inserta en este equilibrio de valores.

3. No atender a la necesaria congruencia de la organización: Para que una organización subsista, debe haber un medio externo, que le permita mantener esa forma de trabajo.

Las organizaciones que deben crear continuamente nuevos mercados, suelen necesitar que su gente sea más independiente.

Por lo tanto, debe haber razones legítimas para que una empresa busque una cultura dinámica; esto debe ser parte de una estrategia. La legitimidad del cambio debe ser justificada y construida.

4. Carecer de planteos razonables sobre manejo de tiempos: Este punto es una consecuencia natural de los anteriores: al escindirse la capacitación del contexto organizativo, la idea de tiempo aparece desvirtuada.

Para que la gente pueda llevar la capacitación a la práctica, es necesario construir la legitimidad de la capacitación. Ésta es un proceso crítico que necesita de diálogos y acuerdos importantes. El aprendizaje se convierte en un fenómeno organizacional.

CAPITULO 7: CAPACITANDO PARA UNA ORGANIZACION QUE APRENDE

Un buen diseño se vincula con el tipo de inserción que el programa de entrenamiento consiga en la cultura organizativa.

La capacitación debe ayudar a la organización a funcionar como un contexto que aprende y enseña. Esto supone que la organización puede ser descripta como sujeto de aprendizaje; y debe ser capaz de: identificar problemas, inventar soluciones, implementarlas y, analizar sus propios procesos. Estas habilidades funcionan sinérgicamente entre sí, por lo que en realidad son 16.

Para ser sujeto de aprendizaje, la organización debe ser un ámbito que les permita crecer a sus miembros. El éxito de una organización radica en su capacidad para compatibilizar aspectos que parecían irreconciliables, sin reducir la complejidad, pudiendo integrar.

¿Transformación o adaptación? La acción de capacitación tiende a modificar la cultura organizativa que, para sostenerse tiene que adaptarse a ella. Esta contradicción se puede resolver por la "corresponsabilidad de la capacitación"; siendo la corresponsabilidad, la participación activa de quienes se vinculan con el problema. Esto supone: la percepción de la necesidad de una acción transformadora, el acuerdo sobre las estrategias de resolución, y la involucración posterior en el proceso. Así se evitan dos riesgos: el de mimetizarse con la organización y el de meterse en su propia dinámica interna.

¿Objetivos o expectativas? Objetivos son los enunciados formales, que explican qué es lo que se propone un programa; son neutros, a diferencia de las expectativas que son expresión de deseo e intereses. Ambos pueden no coincidir; aunque no siempre es perjudicial, en algunos casos puede llevar a que: las expectativas entre los distintos clientes entren en conflicto; que las personas vinculadas con el programa le pidan a éste más de lo que puede dar. Una resolución posible es pensar una "Red de Programa" en la cual tengan participación integrantes de los diferentes sectores vinculados con él. Esto significa ampliar las funciones específicas de la capacitación, asumiendo explícitamente la dosis de mediación institucional que hay contenida en toda acción formativa.

Un comité de programa debe tener las siguientes características:

- variedad requerida: el grupo debe coincidir en variedad y complejidad con los entornos con los que el programa tenga que tratar.

- redundancia: es la capacidad de los componentes del sistema para desespecializarse e incluso sustituirse entre sí.

- especificación mínima crítica: designa la capacidad del equipo para adoptar diferentes formas. Los roles del equipo evolucionarían según las circunstancias.

¿Especialización o desespecialización? Lo que permite lograr la misión organizacional es que confluyan diferentes especialistas, por lo tanto, está exigida por las necesidades antagónicas de la especialización y la integración. Esto se resuelve si pensamos que la capacitación tiene que encarar situaciones tendientes a especializar y desespecializar en diferentes etapas de la carrera laboral de una persona. (gráfico pág. 161).

¿El aula o el puesto de trabajo? Al aprender haciendo, se reciben habilidades técnicas, formas de indagar, de pensar y estrategias de pensamiento asociadas al hacer. Poner el acento en la formación en el trabajo, significa redefinir el rol de la capacitación y sus relaciones con la línea, implica el desarrollo de metodologías de enseñanza y aprendizaje que trascienden el aula. Para Schön, implica pasos:

- permitir a los participantes evaluar la tarea a aprender;

- presentar un mapa claro del camino a recorrer;

- mostrar a los ejecutantes la nueva forma de hacer la tarea;

- pedir a los participantes que intenten verbalizar lo que hacen.

En todos los casos, el que se equivoca y rectifica es el que aprende.

La puesta en marcha de esquemas de capacitación a través del trabajo, implica la revalorización de actividades formativas, que se están llevando a cabo:

- Rotaciones: Hacer trabajar a la misma persona en distintos puestos.

- Adscripciones: Poner a una persona a trabajar con otra, para que aprenda su tarea.

- Asignaciones: Pequeño proyecto para ser desarrollado paralelamente o fuera del trabajo habitual.

- Cuestionarios: Listas de preguntas sobre temas específicos.

- Hojas de control: Listados de elementos que no pueden olvidarse.

- Coaching: Función por la cual, el supervisor, ayuda a su gente a evaluar su tarea.

El desarrollo de este tipo de enseñanza implica un cambio en el papel del aula en el proceso de capacitación, que pasa a ser el lugar donde se crean las condiciones para que los objetivos puedan alcanzarse en el lugar de trabajo.

Evaluar el proceso o el resultado? En la tradición docente, la evaluación parece ser una instancia final; un enfoque alternativo, podría estar basado en el proceso. Esta evaluación debe tener en cuenta lo que hacemos y con qué criterio; lo que debería permitir:

- instalar la evaluación como una herramienta de revisión constante;
- corregir desvíos en la definición del problema;
- revisar los qué, los cómo y los porqué;
- distribuir continuamente información vinculada con el programa;
- aprender de los desvíos, favoreciendo el aprendizaje de la organización.

Ya no se evalúa al participante o al programa aisladamente, sino que se evalúa la inserción del programa, su arraigo en la cultura organizativa y el balance entre las necesidades de transformación y adaptación.

CAPITULO 8: LA FUNCION DEL CENTRO DE ENTRENAMIENTO

Un cambio en la función del centro de entrenamiento, podría ser definida como un rediseño de la capacitación, caracterizada por: una relativización de las tareas de instrucción de los grupos, acompañada por una exigencia de mayor compromiso en los aspectos técnicos y organizativos; un pasaje de lo micro a lo macropedagógico. Las PARADOJAS DE LA NUEVA ETAPA son las siguientes:

INTEGRACIÓN VERSUS ESPECIALIZACIÓN.- La mayor competitividad exige especialización. En cada caso es necesario asegurar la actualización de la gente y un nivel de competencia global en la organización que permita darles un contexto adecuado; sin que la organización no se disperse. Esto lleva a dos demandas contradictorias: especialistas con espacio y posibilidades de crecimiento respetando sus visiones peculiares y sus sub-culturas; y, a la vez necesita valores compartidos. Son objetivos contradictorios a la vez que complementarios.

TIEMPO REAL VERSUS ELEVACIÓN.- Hay un problema de prioridades que exige reenfocar la situación, el punto de partida y el concepto de capacitación, pero, en el largo plazo. En lo inmediato, la organización demanda respuestas rápidas a problemas que no esperan. Actualmente a un cambio lo sigue otro cambio, hace falta desarrollar capacitación en tiempo real que acompañe a los cambios o que forme parte de ellos. Para ello hay dos posibilidades: integrar el entrenamiento al área; o a través de tecnologías multimedia. Ambas pueden ser hecha de forma centralizada o descentralizada, abriéndose todo un abanico de alternativas intermedias.

Para una nueva mirada es necesario hacerse preguntas que trasciendan los objetivos inmediatos; sobre el potencial educativo de la organización, sobre las condiciones para el cambio de conducta, sobre la evaluación del proceso de diseño de los cursos, o para repensar el entrenamiento. Esto última gira en torno a cuatro ejes:

- la relación entre las necesidades de la empresa y las actividades de capacitación existentes. Congruencia entre la capacitación y el negocio. Características de la empresa. Demografía. Oferta actual de capacitación. Redes de capacitación. Factores relacionados con el origen de la oferta educativa. Determinación de la demanda;
- la atención de la oferta educativa a los requerimientos de la nueva etapa. Capacitación en tiempo real. Elevamiento organizacional. Especialización. Integración;
- el pasaje de la acción de lo aprendido en la capacitación. Definición del problema. Análisis del problema. Enfoques de solución. Ideas para la acción; y
- la formación de los formadores.

SECCION III - EL DISEÑO DE LA CAPACITACION

CAPITULO 9: CAPACITACION Y TEORIAS DEL APRENDIZAJE

Las teorías clásicas han tendido a aislar el aprendizaje del contexto para poder explicarlo, lo que no ayuda para entender cómo ciertos contextos facilitan y otros dificultan el aprendizaje.

EL APRENDIZAJE SEGÚN BATESON.- La palabra "aprendizaje" se ha usado para describir los cambios duraderos en la conducta no atribuibles a la maduración. En este contexto su significado se ha extendido y se ha hecho más específico.

Para Bateson el aprendizaje es corrección de error, porque nuestra percepción es acerca de diferencias entre el afuera y nuestros propios estándares. Habla de distintos niveles de aprendizaje según sea lo que se corrija.

Aprendizaje de nivel cero es una repetición dentro de los marcos del circuito preexistente.

Aprendizaje 1 es el proceso por el cual una persona implanta o elimina un hábito, que supone crear una nueva relación entre realidad y expectativa.

Aprendizaje 2 o Deuteroaprendizaje es tomar conciencia de una característica que define a todos sus rasgos y a toda su experiencia. Es necesario cuando lo que no funciona es el sistema de corrección mismo, con lo cual es necesario corregir la corrección. Suele ser autovalidante, no se modifica por el mero fluir de la experiencia, porque ella es interpretada en función de aprendizajes anteriores. Es sobre contextos.

Aprendizaje 3 es sobre contextos de contextos. La experiencia es vista como una posibilidad entre varias otras; se trata de entender las características del contexto que produce un denominador común.

Los aprendizajes 1 y 2 se relacionan con hechos o cosas y tienden a la cosificación de la realidad; el aprendizaje 3 se relaciona con el de relaciones e interacciones complejas y su lógica.

El esfuerzo de entrenamiento parece detenerse en Aprendizajes 1, que pueden ser condición necesaria, pero no suficiente para el desarrollo de nuevas habilidades. Cuando la capacitación actúa de esta forma, presupone que el contexto es neutral y que no resignifica los aprendizajes adquiridos. La capacitación desarrollada a niveles más altos, hace ver a la organización como un metamensaje, que resignifica los mensajes explícitos.

La instalación de una práctica organizativa implica trabajar en el desarrollo de nuevas habilidades específicas, y en relación a los contextos que alimentan las prácticas anteriores. Por lo que la actividad de capacitación debe hacer una tarea micropedagógica de instalación de hábitos y proyectarse a una tarea de mediación institucional relacionada con la creación-extinción de los contextos organizativos que favorecen o inhiben ciertas formas de conducta.

DONALD SCHÖN Y LA REFLEXIÓN EN LA ACCIÓN.- El pensamiento privilegiado es el escolar, que tiene algunas ventajas: es controlable, medible y administrable. Las organizaciones necesitan gente previsible. El problema se da cuando se cree que esa es la única forma válida de conocimiento. Schön, propone observar los aprendizajes que vienen de la acción. Es una tarea reflexiva, pero no en abstracto, en la acción. Para Piaget, todo conocer es un hacer.

El conocimiento en la acción tiene características peculiares:

- es resistente a la ambigüedad;
- no es independiente de la persona que conoce;
- su validez proviene de su posibilidad de enfrentar la realidad.
- no siempre es integrable;
- a veces es limitado, porque la persona evita el conflicto;
- a menudo, lleva las restricciones del contexto organizativo, estructura o cultura;
- a veces, ese conocimiento no es comunicable;
- suele ser emocional o físico, para ser localizado.
- pareciera estar demasiado atado al contexto en que surgió.

Para Schön, la herramienta para superar las limitaciones de la reflexión en la acción, es la objetivación consciente: "reflexión sobre la reflexión e la acción".

CARACTERÍSTICAS DE LA REFLEXIÓN EN LA ACCIÓN.- Mintzberg propuso que en una organización, no hay una etapa para pensar y otra para actuar; puso el ejemplo de la "conducta vigilante". La posibilidad reflexiva es una cualidad de la conducta que se puede dar en la acción.

Para Schön, el producto de la reflexión en la acción es un conocimiento en la acción, aunque no siempre nos permite decir qué es cada cosa, pero sí qué no es cada una. En este sentido, el conocimiento de la acción, brinda pautas para la exploración. Otro rasgo del conocimiento en la acción es su delicado equilibrio entre factores contradictorios.

Según Schön, tiene momentos característicos:

1. Hay una situación de acción de la cual surgen respuestas rutinizadas;
2. Éstas pueden producir sorpresa;
3. La sorpresa lleva a la reflexión dentro del proceso de acción;
4. La reflexión en la acción nos hace cuestionar nuestro conocimiento en la acción;
5. La reflexión abre paso a un experimento.

LAS TEORÍAS DE BATESON Y SCHÖN Y LA CAPACITACIÓN.- La teoría de la acción tiene dos facetas: la teoría "elegida", que es la verbalizada; y la "en uso", que se infiere de observar nuestros actos. No siempre coinciden.

En un role playing:

1. Hay una situación donde los actores desempeñan sus estrategias;
2. La situación fue preparada para que las respuestas rutinarias produzcan sorpresa;
3. La sorpresa lleva a una reflexión no siempre, verbalizada;
4. La reflexión en la acción cuestiona su conocimiento en la acción;
5. Los participantes comienzan a experimentar;
6. Terminado el role playing, el grupo reflexiona sobre la reflexión en la acción, al mismo tiempo que abre nuevas posibilidades para aproximarse a la rutina diaria.

Estos elementos son los que se intentan rescatar en la heurística del diseño de capacitación.

CAPITULO 10: EL DISEÑO DE PROGRAMAS DE CAPACITACION

Diseño es la planificación de la actividad de capacitación partiendo de una configuración global, de la cual se irán diferenciando los diversos componentes. Esto pone de manifiesto la necesidad de atender a la coherencia interna y a la externa.

Datos son los elementos que la organización presenta al diseñador como requisitos del plan.

Decisiones son las pautas que posibilitan cierta libertad de elección y acción al diseñador.

ELABORACIÓN DE UN DISEÑO

*Instancias: grados de generalidad del plan. Son:

1. Oferta de capacitación de la empresa: Se trata de un diseño global, que exige pensar en la totalidad. Generalmente orientados a provocar un cambio organizacional que afecte a las distintas áreas y niveles de la organización. La oferta de capacitación suele traducirse en el catálogo, que es el conjunto de alternativas disponibles para las diferentes áreas. Su elaboración puede surgir de un diagnóstico sistemático o de la revisión de lo hecho antes, sobre la base de entrevistas de consulta. Ambos deben hacerse de tal modo que la capacitación sea percibida como un elemento de desarrollo profesional. El catálogo debe ser accesible a todos los miembros, y debe incluir datos que permitan conocer los objetivos y las características de cada uno de los programas; así como el propósito general que se quiere lograr, a través del conjunto de programas que integran la oferta anual de capacitación.
2. Programa o curso de capacitación: Forma parte de la oferta global de capacitación de la empresa. Los objetivos son más puntuales y menos abarcativos, y el peso de los datos es mayor.
3. Plan de clase: Las decisiones adoptadas en la elaboración del programa se han convertido en datos. Los objetivos son más puntuales.

COMPONENTES DE UN DISEÑO

* Objetivos: son los enunciados de los resultados esperados del programa. Se distinguen en: organizacionales, qué es lo que se demanda, y específicos, cuáles son los logros que el programa puede producir.

Los objetivos organizacionales son el producto de la elaboración del pedido inicial. Un diseño generalmente está asociado a distintos objetivos, por lo que es común que esta demanda no pueda ser satisfecha con un único programa. El diseñador se contacta con el cliente, para clarificar la necesidad. Una vez depurada la demanda inicial, el capacitador requerirá de mayor número de datos para conocer la situación, por medio del relevamiento de necesidades de capacitación o a través de ediciones piloto. En esta tarea hay toda una mediación institucional. En esta etapa de formulación de objetivos es necesario saber de qué tipo de programa se trata: centrados en las actitudes, en las destrezas, en los conocimientos. La mayor parte de los diseños, requiere una integración de los tres ámbitos.

* Tiempo: Puede ser presentado al diseñador como dato, o formar parte de sus decisiones. Los tiempos y objetivos deben ser combinados, guardando cierta proporción. Tres conceptos definen la locación en el tiempo de un programa de capacitación:

- duración: es la cantidad de horas que se le asignan al programa, la unidad más lógica es de una hora.
- frecuencia: es la periodicidad de los encuentros.
- extensión: es el lapso durante el cual se desarrolla el programa.

Uno de los aspectos más importantes respecto del tiempo es la situación del programa en relación con la jornada laboral (durante o fuera de la jornada laboral). Otro punto es la dedicación diaria del sujeto al programa (de tiempo completo o parcial).

Existe una relación entre lo que cuesta el tiempo de un individuo para la organización y lo que ésta cree conveniente invertir en su capacitación.

* Contenidos: Es todo lo que va a ser enseñado durante el programa. Es la tarea más exigente para el diseñador, ya que supone un análisis lógico de los problemas a tratar y el método para organizarlos. Las fallas más comunes son la inadecuación de los contenidos con el resto de los elementos del diseño y la falta de claridad conceptual. En el primer caso se trata de incoherencia del plan; en el segundo, consiste en la ambigüedad del mensaje a transmitir, que no siempre es percibida inmediatamente.

Para responder a la tensión operativa, hacen falta pocos contenidos, claros, diferenciables entre sí y ligados a elementos afectivos. El problema de contenidos es un problema de selección de los mismos, es importante integrarlos de tal modo que se perciba una unidad, generando un concepto organizador que permita reunir las partes en una totalidad.

No siempre el capacitador conoce los contenidos, se hace necesario el trabajo con expertos. Casos de intercambio:

- Escasa influencia del diseñador;
- Elevada influencia del diseñador, ayudando al especialista a organizar su experiencia, si el discurso resulta incomprensible para el capacitador, probablemente ocurra lo mismo con los cursantes; ayudando a darle estructura al programa, se da en diseños en los que se suceden exposiciones y trabajos grupales; la estructura reemplaza a la interacción directa entre los especialistas en contenidos y los participantes.

Cuando la estructura del programa no es un dato, el diseñador, puede elaborar varios modelos de programas y elegir el más apropiado para potenciar el contenido.

* Actividades: Es toda acción que se lleva a cabo para desarrollar los contenidos del curso, promoviendo el aprendizaje de los participantes. Elegir buenos contenidos no es suficiente, las actividades en un programa tienen que funcionar como disparadores del aprendizaje. Para ello deben generar en el grupo, la percepción de un problema común a resolver. Si la situación problemática es externa al grupo, no se pondrán en marcha los procesos de revisión y reconstrucción del aprendizaje, y el desarrollo del programa será un como si... Si el capacitador logra conectar al grupo con la carencia, será posible el aprendizaje.

Las actividades dentro del diseño, pueden desempeñar distintas funciones:

- No todas deben estar dirigidas a un contenido específico. Son las actividades de Caldeamiento, están dirigidas al logro de un clima adecuado.
- Otras, procuran vincular al grupo con una necesidad, proporcionar un marco de referencia compartido.
- Otras, favorecer la adquisición de conocimientos, habilidades o actitudes necesarias para el desarrollo de una determinada tarea.
- Otras, adquirir habilidades necesarias para tomar contacto con los contenidos.
- Otras, fijar contenidos, sintetizar y extraer conclusiones.
- Otras, son convenientes para evaluar a los cursantes o el programa.

Diseñar usando una variedad de actividades permite mejores resultados que trabajar exclusivamente sobre una o dos.

De acuerdo con el ámbito en el que se implementan, las actividades pueden ser clasificadas en: de aula y fuera de aula (residencias, pasantías).

Las actividades de aula se subdividen en :

- individuales: adecuadas para clarificar la experiencia o
- grupales: evitan la pasividad del cursante y garantizan cierto nivel de atención.
- que operan con la realidad en sí: cuando el contenido puede ser verbalizado y enfocado de modo directo. Pueden ser debates y exposiciones: la enunciación de los contenidos debe ser clara, su organización debe respetar la estructura lógica de los conceptos. Tiene que ser planificada en función del tiempo disponible. Su éxito se ve condicionado por la actitud del instructor. Es conveniente realizar una actividad para detectar el grado de comprensión, luego de finalizada la exposición. El correlato está en el escuchar a los cursantes, con actividades como la lectura previa, que funciona como disparador u organizador, haciendo de nexo entre el contenido del curso y los aprendizajes previos de los cursantes. Para esto es necesaria la coherencia de las lecturas entre sí y con los objetivos, contenidos y actividades del programa, así como la cantidad de material a leer.
- Simulaciones: son las actividades caracterizadas por construir un modelo de la realidad a fin de poder aprender a partir de él. La simulación no contiene una correspondencia absoluta con una situación real, por ello, puede ser usada de distintos modos y para diversos fines. Son simulaciones: el role playing, el estudio de los casos y la experiencia estructurada.

Las experiencias estructuradas son actividades lúdicas, con un ciclo:

1. participación del grupo en una actividad compartida;
2. rescate de la experiencia;
3. procesamiento de los datos obtenidos;
4. generalización de la información a través de la transferencia a otras situaciones;
5. aplicación de los aprendizajes a la actividad laboral.

El role playing es una actividad grupal, consiste en representar un papel en una situación previamente definida y el análisis posterior del comportamiento de los actores, a fin de analizar el comportamiento usual y facilitar cambios posteriores. Existen dos tipos de role playing: múltiple, en el cual varios grupos afrontan el mismo problema simultáneamente; y el simple, que se conforma de un grupo de actores y otro de espectadores. Su implementación corresponde a una secuencia de actividades:

1. descripción del contexto.
2. descripción del papel de cada uno de los actores.
3. desarrollo.
4. análisis posterior de acuerdo a los elementos detectados.
5. transferencia de los resultados del análisis a la práctica laboral.

El estudio de casos tiene por finalidad la consideración de un problema por medio del debate de una circunstancia previamente relevada y escrita. Ventajas: favorece la participación de todos los cursantes y permite el abordaje directo y eficiente de los contenidos.

* Recursos auxiliares: Son todos los elementos que sirven como soporte físico al desarrollo del programa. El criterio orientador de su elección reside en los objetivos del programa.

Retroproyector: es de fácil confección y su uso asegura el nivel de redundancia del discurso en exposición.

Rotafolio: permite registrar y poner en común conceptos o ideas expresadas durante el desarrollo del programa.

* Procedimientos de evaluación: Evaluar significa verificar el grado de aceptación o discrepancia entre los objetivos del programa y los resultados obtenidos durante su implementación. Brinda conocimientos útiles para enfocar acciones futuras. La evaluación puede cumplir distintas funciones según el momento en que sean aplicadas y con las características de información que requiera reunir.

La American Society for Training and Development distingue cuatro tipos de evaluación:

- de reacción, permite conocer el juicio del participante acerca del programa;
- de aprendizaje, informa sobre los conocimientos, etc. adquiridos durante el curso.
- de utilización, es el nexo entre el programa y la actividad real del trabajo;
- de resultados, intenta detectar la contribución del programa al logro de los objetivos de la empresa.

Estas 4 modalidades deben ser consideradas durante todo el proceso del diseño. Es necesario evaluar el mismo proceso de diseño. Cuando lo que se evalúa es una gestión el problema es más global, es la relación del especialista con la organización.

Los procedimientos de evaluación permiten reformular objetivos. No existe una única secuencia para la elaboración de un diseño; un sistema puede ser reconstruido a partir de cualquiera de sus elementos.

Cualquiera de las tareas adoptadas como punto de partida, dará origen a un buen diseño si el análisis parcial de los componentes, remite a la totalidad.

CAPITULO 11: LAS SIMULACIONES COMO FORMA DE ENSEÑAR Y APRENDER

Simulaciones, en capacitación, son una serie de actividades caracterizadas por modelizar una realidad para poder aprender de ella. Aunque la actividad es distinta a la diaria, la cultura que portan los participantes, no. La simulación crea un contexto que permite discutir sobre un tema cotidiano, pero poco observado con realismo y con marcos compartidos. Las simulaciones son metáforas y su significado depende del marco en el que se las interprete. Una misma simulación puede usarse con propósitos distintos:

- para lograr una destreza específica, sus resultados son previamente conocidos por el instructor, sirven para aprender normas existentes.
- para explorar una situación determinada, son para poner a prueba normas ya existentes. funcionan como investigación-acción; donde los participantes pueden examinar sus propios supuestos básicos.
- para observar nuestro propio aprendizaje, están diseñadas para que una persona que se ha comprometido en su actividad, mire hacia atrás críticamente, abstraiga elementos del análisis y ponga los resultados a trabajar. Un ejemplo son las experiencias estructuradas.

Factores que le dan el potencial a las simulaciones:

- en los juegos no hay intereses creados;
- el juego es compartido por todos los participantes.
- su informalidad permite quebrar las normas usuales de la organización;
- dan realimentación inmediata sobre las consecuencias de las conductas desempeñadas;
- permiten canales alternativos para la comunicación de experiencias;
- no castigan los errores;
- crean un nuevo marco para la exploración y la práctica;
- dan un sentido nuevo a la experiencia;
- facilitan el desarrollo de aprendizaje compartido.

Las simulaciones son culturas organizativas "de bolsillo", por lo que sirven para explorar nuevas alternativas, permiten tratar los objetivos como meras hipótesis, y las intuiciones como realidades, para imaginarlas funcionando, como señalan March y Cohen. Además, parte de su atractivo consiste en su posible utilización en un conocimiento compartido y no sólo privado. Al ser espacios de elaboración compartida del conocimiento, permiten modelizar las prácticas organizacionales e insertarse en ellas.

Las simulaciones pueden también inhibir algunos aprendizajes. Así, según Glandom, las simulaciones:

- exigen a los participantes la aceptación total de reglas de juego, sean cuales fueren.
- confieren al instructor un poder que, por oculto, se vuelve discutible.
- en muchos casos, las simulaciones brindan destrezas para superar situaciones pero sin replantear el significado y contexto de las mismas.

En suma: las simulaciones parecen ser un método típico de capacitación laboral, para lo cual deben reunir dos condiciones:

- su carácter lúdico permite aprender sobre situaciones reales sin pautas inhibitorias.
- al darle carácter activo a la experiencia, facilita la interacción y elaboración colectiva del conocimiento relacionando el aprendizaje con el contexto organizativo.

CAPITULO 12: INTEGRANDO A PROFESIONALES JOVENES

Las empresas hoy buscan incorporar profesionales jóvenes por reconocer su valor potencial y su iniciativa, por una necesidad de formar líderes y directivos para el mediano plazo, y por la necesidad de cumplir con requisitos crecientes de calidad y productividad.

Un PPJ (Programa para profesionales jóvenes) bien encarado, no sólo forma a los participantes sino a toda la organización.

En Recursos Humanos se ha tomado conciencia que hoy no basta con que haya en la empresa un fundador sabio y gente dependiente de él. Hoy se precisa gente con mucho conocimiento y bien adiestrada pero esencialmente autónoma. No basta con 'tener la camiseta de la empresa' (lealtad), pues se valoriza la actividad independiente. El problema de la capacitación consiste en especializar e integrar al profesional joven en las tecnologías y necesidades de la organización.

Sin embargo, la integración de profesionales jóvenes tiene dificultades, tanto para los graduados como para la organización.

Para los graduados, porque el ambiente empresario es mucho más inestructurado que el ambiente de la universidad: en el ambiente escolar está claro que debe aprenderse, no así en una empresa. En la universidad, se evalúa por lo que se sabe, pero los criterios de evaluación en la empresa no son siempre

claros. Además, los graduados jóvenes suelen no ser hábiles para obtener información en contextos ambiguos y bajo presión, lo que no ocurría en el ambiente escolar.

Para la organización, porque es común ver una ambivalencia en cuanto a lo que se espera del profesional joven. Además la empresa carece de líderes o modelos para ellos. También, los jóvenes suelen cuestionar a la empresa, y esta no está preparada para ello. Finalmente las empresas no tienen a veces habilidad para atraer a los nuevos profesionales.

RASGOS DE LOS PPJ.- En cuanto a las necesidades que estos programas deben satisfacer, podemos mencionar las siguientes: 1) inducción, para comprender el negocio y lograr una socialización temprana. 2) Trabajo de nivelación: adecuar al profesional a la empresa. 3) Reconversión: preparar al profesional para otra tarea. 4) Especialización. 5) Desarrollo de habilidades interpersonales.

En cuanto a los objetivos, se busca satisfacer necesidades de desarrollo en tres dimensiones: técnica, humana y conceptual (o capacidad para comprender el negocio). Estas son las tres dimensiones del desarrollo profesional.

Los PPJ abarcan cinco grandes campos de formación: metodología del trabajo intelectual, formación técnica, formación práctica, trabajo de management y formación en el negocio.

Las actividades típicas de un programa de profesionales jóvenes son: cursos en aula, entrenamiento en puestos de trabajo, talleres, residencias, tutorías y trabajo por proyectos.

CAPITULO 13: TRABAJO EN EQUIPOS

En la idea taylorista no había equipos. Se sintió la necesidad de ellos a partir de la segunda guerra mundial, en relación con un interés por los grupos y por las leyes que rigen su funcionamiento. Los equipos son formas organizativas del trabajo capaces de dar respuesta a diversas necesidades, como las de integración y especialización, estructuras flexibles y organización del saber.

No debemos confundir equipo con grupo. Un grupo es un conjunto de personas que interactúan entre sí y que tienen alguna historia o propósito más o menos compartido. Se trata de un fenómeno natural, no así, el equipo, que es un fenómeno organizativo conciente y deliberado.

Los grupos tienen cuatro etapas de maduración: una primera etapa es inmadura, y se mueve en plan de cortesía. En la segunda etapa se pone a experimentar encarando conflictos. En la tercera ya está consolidado como grupo y es capaz de un trabajo metódico, y en la cuarta tenemos un grupo maduro de alta flexibilidad.

Los equipos se forman expresamente para resolver un problema o encarar un proyecto ('trabajo en equipo'). Son grupos interfuncionales y transitorios. Otras veces se llama equipo a un conjunto de empleados del mismo sector que comparten una tarea en común. Es más permanente.

La organización requiere grupos con empowerment, o sea con capacidad para cambiar el saber organizativo. Los grupos requieren empowerment para reflexionar sobre su propia tarea en un circuito doble, es decir, con realimentación, de forma tal que los resultados que obtiene son evaluados y pueden a su vez modificar las reglas para producir nuevos resultados.

En cuanto a la capacitación: para que un proceso de inserción de equipos en la organización funcione, es preciso relacionar la capacitación con un marco global de cambio, y su buen funcionamiento depende de tres cosas: el cambio organizacional, el entrenamiento, y la adecuada interrelación entre ambos.

Algunos programas fallan porque plantean objetivos muy amplios e indefinidos, porque definen actividades pero no fines, porque no se evalúan los resultados, etc. El enfoque de Schaffer y Thompson procuró cambiar esto, por ejemplo, fijando objetivos claros, evaluables y de corto plazo.

APENDICES

APENDICE 1: LA ESCUELA COMO ORGANIZACIÓN.- Una buena organización escolar se ve en si el ambiente físico está para hacer sentir cómodos a los alumnos, no para impresionar a los padres. También, en cómo trata a los débiles (por ello se puede hablar con el personal de maestranza).

La experiencia en organización escolar no alcanza, porque luego de cierto tiempo puede rutinizarse. Es preciso que además los directivos tengan una formación sobre como organizar un sistema escolar. Un director de escuela no basta que sepa enseñar, también debe saber dirigir. En general, lidera gente sobre la que tiene poco poder real, por lo que debe formarse para orientar un sistema complejo. También debe formarse para negociar, porque es un interlocutor válido para diferentes públicos. Finalmente, también debe formarse para persuadir, porque es un agente de cambio.

APENDICE 2: COMPETENCIAS PARA EL TRABAJO.- A continuación, se describen cinco (5) versiones distintas acerca de cuáles deberían ser las características de un currículo de educación formal, sea para trabajar en forma independiente o en relación de dependencia.

Primera versión.- Las competencias aquí se clasifican en tres grupos:

- Competencias específicas para la tarea a realizar (debe tener algún oficio).
- Competencia general para el trabajo (saber organizar el propio tiempo, autoevaluar sus posibilidades, usar una computadora, etc).
- Competencia para adquirir nuevos conocimientos (desde leer y escribir hasta saber consultar técnicos pedir y dar ayuda, tomar apuntes, etc).

Segunda versión.- Aquí las competencias se agrupan en dos grandes dominios:

a. Dominio instrumental: saber manejar el tiempo, manejar objetivos, manejar problemas y acrecentar los propios conocimientos disponibles.

b. Dominio social: habilidades de comunicación, negociación y liderazgo.

Tercera versión.- En un encuentro de personas que no conocían las dos versiones anteriores, se vertieron opiniones acerca de qué habilidades debería tener una persona joven para poder trabajar, y estas opiniones se agruparon en tres: relativas a actitudes frente a conocimientos, relativas a habilidades y relativas a contacto interpersonal:

Grupo A: No asustarse con la complejidad, ver el todo, saber preguntar por qué, analizar problemas, claridad en las metas, saber discutir, movilizar recursos, ayudar a generar nuevos modelos, etc.

Grupo B: Saber planificar, definir propósitos, establecer prioridades, manejare el tiempo, delegar, crearse un espacio, formar redes, etc.

Grupo C: Ponerse en el lugar del otro, ser flexible, ser autónomo, ser sensible, solidario, confiar en los demás, ser tolerante, proyectarse a través del trabajo, etc.

Cuarta versión.- Rada propone cuatro competencias básicas para el trabajo: palabras (expresarse correctamente), números (manejar operaciones, planillas de cálculo, etc), representaciones gráficas (diagramas, esquemas, etc) y búsqueda y recuperación de información (saber clasificarla, ordenarla, etc).

Quinta versión.- El informe Scans propone cinco competencias prácticas y tres elementos de base.

Las cinco competencias son: recursos (identificarlos, proyectarlos, asignarlos), interpersonales (trabajo con otros), información (saber adquirir y usar datos), sistemas (entiende las interrelaciones complejas), y tecnología (trabajar con variedad de ellas).

Los tres elementos de base son: destrezas básicas (leer, escribir, saber aritmética y saber expresarse), destrezas racionales (piensa creativamente, toma decisiones, resuelve problemas, visualiza, sabe aprender y razonar), y cualidades personales (responsabilidad, autoestima, sociabilidad, autocontrol, integridad, honradez, etc).

APENDICE 3: LA ARGENTINA Y SUS UNIVERSIDADES.- Hoy, la Argentina parece estar frente a cambios cualitativos en materia universitaria. Varios factores convergen para impulsar estos cambios:

a. El conocimiento es un factor de producción. Estamos pasando de una sociedad industrial a una sociedad donde el conocimiento pasa a un primer plano y la producción al segundo plano. Los conocimientos se hacen más rápidamente obsoletos.

b. Standares internacionales: en la medida en que el mercado se globaliza, los requisitos para operar en él también lo hacen: la universidad deberá adaptarse a esta globalización de standares internacionales.

c. Interacción universidad-empresa: se hace cada vez más importante, a través de pasantías, espacios de interacción, etc.

d. La revolución del transporte y las comunicaciones: los transportes afectan la educación, pues aumentan las exigencias de educación internacional (posgrados en otros países, etc). En cuanto a las comunicaciones, las universidades van adaptándose menos a la imprenta y más a la informática.

e. La región Mercosur: los cambios que se avecinan no podrán ser encarados por universidades aisladas, sino interconectadas internacionalmente.

Salto cualitativo.- Este salto en las universidades se ve en el aumento de la enseñanza de posgrado en la Argentina, en la necesidad de que en la universidad abarque el ciclo completo: investigación, enseñanza y servicios (antes los servicios no estaban).

Sobre esta base de los cambios, se abre un nuevo marco para las relaciones entre empresa y universidad.

APENDICE 4: NUEVAS REGLAS PARA QUE NADIE APRENDA NADA.- Por ejemplo convencerse de que se sabe de antemano lo que le van a decir, cuando le hablen pensar en otra cosa, buscar un culpable, mantener los errores ocultos, elegir ser conducido, castigue antes de premiar, busque siempre la aprobación de los demás, relativice los logros de su gente para que no pidan aumento, busque el camino seguro, no discuta, etc.

Resumen de Gore Ernesto (1996) La educación en la empresa. Buenos Aires: Granica.

CARGO

Descripción y análisis de cargos.- Los recursos humanos incluyen la colocación de personas en los cargos, y la evaluación de su desempeño en tales cargos.

La empresa es un sistema de funciones. Una función es un conjunto de actividades y comportamientos que se exigen a una persona. Para que la persona pueda comprender las funciones que se le atribuyen, se somete a una socialización empresarial, es decir, un aprendizaje de valores, normas y comportamientos que la organización exige. El desempeño de una función es complejo y está sujeto a muchas discrepancias e incoherencias (disonancias). La administración de recursos humanos llama cargos a las funciones. Los cargos no son diseñados o especificados por la administración de recursos humanos, sino por otros organismos que pueden utilizar varios modelos de diseño, como el clásico, el de relaciones humanas y el de recursos humanos Siempre, desde ya, habrá la posibilidad de enriquecer o ampliar el cargo.

El modelo clásico: es el de Taylor, según el cual mediante métodos científicos, pueden proyectarse cargos y entrenar a las personas para obtener la máxima eficiencia.

El modelo de relaciones humanas: este modelo humanista tiende a centrarse más en el contexto del cargo y en las condiciones en que se desempeña, que en el cargo en sí o en su ejecución. La persona que ocupa el cargo recibe consideración y atención en sus necesidades, y no es tratado como una simple máquina, como en el modelo clásico.

El modelo de recursos humanos: Aquí el tratamiento es más complejo, puesto que el administrador debe alcanzar altos niveles de desempeño mediante la aplicación de la capacidad creativa y de autodirección y autocontrol de los empleados de su departamento, a la vez que les proporciona oportunidades para satisfacer sus necesidades individuales. Los empleados logran su satisfacción cuando pueden autocontrolarse y autodirigirse ellos mismos.

Como los cargos son diseñados por los demás organismos, la administración de recursos humanos precisa describirlos y analizarlos para conocer mejor las características, habilidades, aptitudes y conocimientos que requieren los ocupantes para desempeñarse mejor en ellos. Con el fin de conocer mejor las exigencias que los cargos imponen a sus ocupantes, el análisis de cargos se distribuye en cuatro grupos de factores: requisitos intelectuales y físicos, responsabilidades implícitas y condiciones de trabajo. Los métodos de análisis de cargos son la observación, la entrevista, el cuestionario y los métodos mixtos.

El análisis de cargos exige generalmente tres etapas: planeamiento, preparación y ejecución. En lo fundamental, la descripción y el análisis de cargos representa la base de cualquier trabajo de la administración de recursos humanos, pues permite ayudar en el reclutamiento y la selección de personal para los cargos, el entrenamiento, la administración de salarios, la evaluación del desempeño, la higiene y la seguridad en el trabajo, además de informar al superior, o al gerente de línea, el contenido y las especificaciones de los cargos de su área, puesto que la descripción y el análisis de cargos es una responsabilidad de línea y una función de staff.

Chiavenatto (1989) Administración de recursos humanos.

CLASE INSTITUCIONAL

Definición.- Grupo social homogéneo fundado en una división técnica del trabajo. Ejemplos: los jefes, los empleados, los docentes, los alumnos, etc, constituyen clases institucionales diferentes. Cada una realiza un acto parcial, para llegar al acto global de la institución. Las clases institucionales parásitas no participan de ese acto global, y por ello son sustituidas.

Mendel Gerard – Sociopsicoanálisis, Tomo I, Págs 7-61.

CONSULTOR

Definición.- “Un consultor es una persona que está en condiciones de ejercer cierta influencia sobre un individuo, un grupo o una organización, pero sin poder directo para efectuar los cambios o llevar los programas a la práctica. Un manager es alguien que posee control directo sobre la acción. La mayoría de los miembros del staff de las organizaciones son en realidad consultores, aún cuando oficialmente no se denominen a sí mismos como tales. Las funciones de ellos en las empresas es desempeñarse en tareas tales como planificar, recomendar, asesorar o aconsejar en asuntos como los siguientes: personal, análisis financiero, auditoría, análisis de sistemas, estudio de mercado, diseño de producto, planes de largo alcance, eficacia de organización, seguridad, desarrollo de recursos humanos y muchos otros. Quienes reciben estos consejos se llaman clientes”.

Block P, Consultoría sin fisuras. Página 18.

CONTRACULTURA

Tipos.- La sociedad del conocimiento tiene también sus contraculturas. Una primera contracultura son los trabajadores industriales, un 50% de la población que no cursó estudios avanzados y que no accedió al conocimiento. Una segunda contracultura está apareciendo ahora en los EEUU, y es el 'tercer sector' de las instituciones privadas sin ánimo de beneficio, o sea, voluntarios sin remuneración que son el grupo más numerosos de la fuerza de trabajo, hoy en día.

Con el tiempo entonces fueron desapareciendo oficios: personal doméstico, campesinos, agricultores, y lo más espectacular: la caída del trabajador industrial (trabajadores de "cuello azul"). Estos trabajadores habían sido la más importante fuerza de trabajo desde principios de siglo, cuando Taylor estudió sus rendimientos. Hoy pasan a un primer plano los trabajadores del conocimiento, o sea, los que estudian el proceso productivo mismo sin participar en él como un obrero. Estudiando el proceso productivo se puede ahorrar mucho y el trabajo manual se reduce espectacularmente.

El trabajador del conocimiento adquirió hoy también mayor status y prestigio social, siendo más importante un título que un carné en un sindicato. Los sindicatos fueron importantes hace ya tiempo, pero hoy en día perdieron fuerza porque se redujo la cantidad de trabajadores industriales. Se deterioró

también la calidad de los líderes sindicales, pues ahora un joven ambicioso va a la universidad, y no le interesa liderar sindicatos.

Para los sindicatos quedan tres opciones: o bien desaparecer y perder importancia, o bien intentar mantener su poder político procurando la obligatoriedad de la afiliación, o bien que los sindicatos repiensen su función sindical constituyéndose como críticos del abuso del poder del Management, pero al mismo tiempo participando de ese Management para mantener a la empresa competitiva y cuidando los puestos de trabajo e ingreso de los trabajadores.

La segunda contracultura era el llamado 'tercer sector', constituida por organizaciones no empresariales, es decir, que no buscan primariamente lucro pero que promueven nuevos valores humanos para cambiar al hombre, son instituciones para el cambio humano: por ejemplo hospitales, escuelas y universidades, Scouts, organizaciones religiosas, ejército de salvación, etc. No son estatales, sino que son privadas. Este tercer sector es que hoy en día ofrece mayor número de puestos de empleo, y se los llama 'voluntarios'. El tercer sector ha crecido mucho en los últimos 20 años, tanto en eficacia como en cantidad. Son una contracultura porque están creando nuevos vínculos de comunidad entre las personas, con nuevos valores y normas. Aquí la gente trabaja por una cuestión de compromiso y responsabilidad, más que por la paga.

Dentro de la organización del tercer sector, por ejemplo una religiosa, hay unas pocas personas pagas, pero la gran mayoría, los fieles, trabajan gratuitamente. Se los controla para ver si trabajan bien, y en caso contrario lo cambian de tarea o se los invita a abandonar la organización. Tratan de optimizar todo, de manera que aprovechan muy bien el Management o ciencia de la organización.

Resumen de Drucker Meter (1995) Las nuevas realidades. Capítulo 13.

CULTURA ORGANIZACIONAL

Definición.- "Es un modelo de presunciones básicas... que han ejercido la suficiente influencia como para ser consideradas válidas y, en consecuencia, ser enseñadas a los nuevos miembros como el modo correcto de percibir, pensar y sentir..." (Schein, 1988).

Schein E (1988) La cultura empresarial y el liderazgo. Barcelona: Plaza & Janés.

Generalidades.- Las empresas son sub-sistemas culturales de un país, y como tales permiten encauzar y acrecentar la producción, o sea, tener éxito como empresas.

Cultura es un patrón integrado de comportamiento humano que incluye pensamientos, actos, habla y artefactos, y que se transmite de generación en generación. Una definición más informal la suministra el directivo de una empresa: "*cultura es la forma en que hacemos las cosas aquí*". Cada empresa tiene su cultura, a veces difícil de percibir desde afuera, pero siempre definitoria de una forma de ser y estrechamente vinculada al éxito empresarial.

Deal y Kennedy comienzan dando ejemplos de culturas vigorosas que, como la de la empresa americana Tandem, posibilitan su éxito en el mundo de los negocios. Terminan el capítulo indicando cuáles son los elementos fundamentales de la cultura:

1. Medio ambiente
2. Valores
3. Héroes
4. Ritos y rituales
5. Red cultural (comunicaciones)

El fin de los autores es mostrar a través del libro a los directivos como funciona una cultura empresarial, ya que ello les ayudará a entenderla mejor y mejorarla para aumentar el éxito, es decir, para forjar una 'cultura vigorosa'. Una cultura vigorosa es un sistema de reglas informales que explica en detalle como debe comportarse el personal la mayor parte del tiempo, y que además permite que el personal se sienta mejor con respecto a lo que hace, de modo que es más probable que trabaje más.

Medio ambiente.- Respecto del primer elemento el medio ambiente de la empresa es el ambiente donde opera la empresa, y determina qué es lo que se debe hacer para tener éxito. Una empresa cuyo fin exclusivo es vender, desarrollará una cultura diferente a otra empresa cuyo fin es investigar productos nuevos sin saberse si estos tendrán o no éxito. Ambas empresas tendrán culturas diferentes pues tendrán distintos ambientes.

Los valores: médula de la cultura.- Los valores son las creencias y conceptos básicos de una organización y como tales forman la médula de la cultura corporativa. Los valores marcan el éxito: "*si hace esto, usted será exitoso*", y marcan también la forma de hacerlo o sea, especifican la forma de comportamiento diario de todos los integrantes de la empresa. Casi nunca los valores se encuentran escritos, sino que pasan de boca en boca. Algunas empresas tienen valores débiles ("*aquí cada uno hace*

lo que quiere”), y otros valores fuertes. Las compañías exitosas no sólo tienen valores fuertes sino que además son fomentados por la gerencia y comunicados y conocidos por todos.

Ejemplos de valores son: “*producir magníficos anuncios*” (de una empresa de publicidad), “*atención las 24 horas*” (de una empresa de servicios), etc. Estas frases se llaman valores medulares pues hacen a la esencia y a la filosofía de la empresa, y marcan la forma de trabajar que deben asumir sus empleados.

Mientras más vigorosa es la cultura y más complejo y rico el sistema de valores, más larga es la cadena de evidencias de que estos valores realmente producen resultados, es decir, la compañía tiene éxito. Algunos valores destacan la relación con el medio, los clientes (“calidad a buen precio”), y otros destacan la organización interna (“somos una gran familia”).

Los valores son poderosos porque les importan a los empleados. Este poder puede ser fuente de fortaleza pero también de problemas, pues si cambió el medio ambiente deberá también cambiar el valor (y si este es muy fuerte, le costará cambiar). Este es el riesgo de la resistencia al cambio. Los valores más débiles tienen también su riesgo: la falta de congruencia, o sea, que no todos los acepten, lo que minará la fuerza de la cultura de esa empresa.

Los héroes: el mejor material corporativo.- Los héroes son los que hacen que los valores puedan ser compartidos por todo el personal de la empresa ya que se ven como los modelos, los ejemplos de esos valores. Los héroes (por ejemplo Edison como héroe de la General Electric) personifican los valores de la cultura y como tales proporcionan modelos tangibles de los papeles que deben desempeñar los empleados. Con su conducta, el héroe muestra “*esto es lo que hay que hacer aquí*”. Ellos son el gran motivador, el mago, y demuestran que el ideal del éxito está dentro de la capacidad humana. A diferencia de los gerentes, son menos rutinarios y más experimentadores, están menos ocupados y son más libres. Hay héroes natos (por ejemplo Henry Ford en la empresa homónima), pero otros se hacen en la empresa.

Los héroes refuerzan los valores de la cultura de varias formas: muestran que el éxito es algo alcanzable por cualquier hombre; suministran modelos de comportamiento para sus empleados, lo que lleva a pensar que cualquiera puede ser héroe si tiene la confianza y la persistencia suficientes para intentarlo; funcionan como símbolo de la compañía ante el mundo, resumiendo lo especial de la empresa; y motivan a los empleados.

Los héroes no son tan competitivos como creativos. Inspiran responsabilidad en sus empleados, proponen rutas, metas a seguir por la empresa. Además de los héroes *natos* están los héroes *situacionales*, creados, importantes también para preservar la cultura de la empresa.

Existen también ciertos personajes, los “*proscriptos*”, seres extravagantes que deliberadamente violan las normas culturales pero al mismo tiempo tienen suficiente talento como para satisfacer los principales requisitos que le aseguran su supervivencia dentro de la empresa. El papel de los proscriptos es importante en una cultura vigorosa pues son causa de la evolución de la empresa. El héroe proscrito es un primer tipo de héroe creado. Otro tipo es el héroe “*brújula*”: si una compañía está en una situación que exige un cambio y no hay modelos para imitar, la buena práctica gerencial indica que hay que buscarlos, instarlos en la compañía y convertirlos en héroes. En el otro extremo del héroe brújula está el héroe “*obstinado*”, que se opone al cambio de la cultura empresarial.

Están también los héroes “*vaca sagrada*”, que son objeto de veneración, y todas las empresas lo tienen. No necesitan ser competentes: lo importante es que estos héroes compendien la cultura de la empresa. Rara vez hacen algo: están para continuar la tradición cultural de la empresa.

El héroe debe tener algo de carisma pues deben asegurarse que las creencias y valores que ellos personifican sean inculcados en las personas que los rodean. Nos damos cuenta que estas creencias están inculcadas en el personal a partir de ciertos indicadores: los ritos y los rituales.

Los ritos y los rituales: la cultura en acción.- Los ritos y rituales son rutinas programadas y sistemáticas de la vida cotidiana de la empresa. En sus manifestaciones ordinarias (rituales) muestran a los empleados el tipo de conducta que se espera de ellos. En sus formas más tipo espectáculo (ceremonias) suministran ejemplos visibles y poderosos de lo que la compañía representa.

La cultura corporativa debe ritualizarse y celebrarse para que prospere, y muchos rituales parecen simple alharaca, como por ejemplo entregar una placa en una ceremonia que dice “Bien hecho!”.

Los actos simbólicos pueden ser de tres tipos: *juegos*, *rituales* y *ceremonias*. En los juegos, las empresas dan la oportunidad de jugar a ciertas horas o en ciertas oportunidades como fiestas organizadas por la empresa, bromas, etc, que reducen la tensión y crean nuevos valores culturales. Los rituales son reglas que dramatizan los valores culturales, pues si no fuera así serían simples hábitos. Las ceremonias (celebraciones, espectáculos, etc.) ayudan a la empresa a festejar a los héroes, mitos y símbolos sagrados. Los rituales son cotidianos mientras que las ceremonias son extraordinarias y proporcionan experiencias memorables, lo que sirve para mantener vivos a los héroes y sus valores en la memoria de sus empleados.

Los rituales son necesarios porque cualquier cultura muere sin acontecimientos que la expresen. Sin ceremonias ni rituales, los valores importantes no tienen impacto. La ceremonia es a la cultura lo que la película al guión.

Las reglas tácitas de la comunicación personal (los rituales "hola") ocupan mucho tiempo en el quehacer empresarial, pero si se eliminan nadie sabría como comportarse, o sea, permiten que los empleados sepan donde están y como están relacionados con los otros, reforzando su identidad.

Hay varios tipos de rituales: los rituales de trabajo, los administrativos, los de reconocimiento, los gerenciales, etc.

Los empleados ven los rituales de trabajo como "forma de trabajar" para lograr un resultado, pero afianzan los valores culturales. Un ejemplo es escribir números en una planilla (en vez de hacerlo en algo más práctico como una computadora): si hacen eso sienten que están haciendo bien el trabajo.

Rituales administrativos se dan a nivel gerencial, y hacen a la coordinación y a la toma de decisiones. El ritual más importante es la Junta, donde determinadas personas se reúnen a intervalos regulares (por ejemplo una vez por mes) y donde resulta importante el lugar, la forma de la mesa, el lugar que ocupa cada uno, la interacción (algunas veces hablan entre sí, otras veces se los pone frente a deslumbrantes diapositivas, etc). Las Juntas no tienen que ser, necesariamente, algo útil para tomar decisiones: como rituales pueden simplemente proporcionar la oportunidad para que los gerentes escenifiquen sucesos que representan creencias y valores culturales. Una Junta muy espectacular puede servir para defender y reafirmar el valor "aquí todo lo hacemos bien".

Rituales de reconocimiento son los que sirven para reconocer el esfuerzo o dedicación de los empleados. Por ejemplo en cierta empresa, el fundador llama al empleado a su escritorio y le entrega un puñado de chocolates que sacó del cajón. También está la entrega de medallas, etc. Hay veces que las ceremonias son muy espectaculares y en ellas se gasta mucho tiempo y dinero, como entregas de premios, etc.

Rituales gerenciales: los gerentes contribuyen a planear rituales, como por ejemplo cuando deben aceptar a un nuevo empleado, cuando debe ascenderse a otro, o cuando debe despedirse o jubilarse a alguno. Los gerentes pueden y deben influir en la forma de actuar de los empleados y en su modo de usar el tiempo. Los gerentes pueden influir en variadas normas sociales, por ejemplo en las normas de lenguaje (como deben llamarse entre sí los empleados, o estos al jefe, etc), en las normas de convivencia (cómo y hasta qué punto un grupo puede interrumpir el trabajo de otro), y en el comportamiento interpersonal (chistes, discriminación sexual, etc).

Los rituales aprendidos imponen a los individuos normas sobre cómo comportarse, y a veces aunque cambien de empresa, los individuos tienden a llevar los rituales aprendidos a la nueva empresa. O sea, las culturas vigorosas crean rituales que se propagan dentro y fuera de la empresa, a través de un medio llamado la "red cultural".

Las comunicaciones: operación de la red cultural.- La red cultural es el transportador de los valores de la corporación y de su mitología heroica, ya que es el medio de comunicación básico (aunque informal) dentro de la organización. Los narradores, los espías, los sacerdotes, las cábalas y los murmuradores forman una oculta jerarquía de poder dentro de la organización. La única manera de lograr que las cosas se hagan y de comprender lo que realmente está pasando, es manejando eficazmente esa red.

Esa red no sólo transmite información, sino que también interpreta para los empleados qué significado tiene esa información. Está integrada por personal que además de su trabajo operan como espías (puede ser un modesto empleado), narradores (de lo que pasa en la empresa), etc.

Los *narradores* cuentan historias para poder tener influencia: se limitan a interpretar lo que sucede en la empresa, pero para satisfacer sus propias percepciones. Los narradores preservan las instituciones y sus valores transmitiendo las leyendas de la empresa a los nuevos empleados. Los *sacerdotes* velan por el cumplimiento de los valores culturales: aconsejan, escuchan confesiones, y conocen muy bien la historia de la empresa (así como el sacerdote de la religión conoce bien la Biblia). Como sacerdotes, ayudan también a sus compañeros en casos de desaliento o derrota. Por ejemplo levantan el ánimo de alguien que fue transferido a Asia, diciéndole que un director general de la empresa se pasó diez años allí. Los *murmuradores* mueven y sacuden pero sin un cargo formal. Ascienden mucho, y su poder reside en que el jefe los escucha. Cuando alguien quiere que se haga algo, recurre a los murmuradores. Los *chismosos* saben todo: nombres, fechas, salarios y acontecimientos cotidianos dentro de la empresa. Ayudan a que prospere el proceso de la creación de héroes, adornando sus hazañas pasadas y aumentando las noticias sobre sus últimas proezas.

Otros personajes son las *fuentes secretariales*, o sea empleados que a pesar de su bajo nivel jerárquico están enterados de todo lo que sucede porque lo viven diariamente. Ellos nos dicen como es realmente la empresa y qué es lo que realmente pasa en ella.

Los *espías* son empleados que tienen los gerentes para contar lo que pasa, y suelen ser sujetos agradables que se meten en todo. No ascienden, pero están protegidos mientras tengan abiertas las fuentes de información. Los mejores espías son los empleados nuevos porque ellos pueden ser más objetivos al ver las cosas desde afuera.

Las *cábalas* son grupos de dos o más personas que se asocian secretamente para tramar algo, generalmente la forma de ascender dentro de la empresa. La razón del éxito de estas cábalas se explica en el teorema de los tontos de Munzer, que dice que en todo grupo, las dos terceras partes de las personas serán tontas. Dentro de un grupo de colegas, los individuos eligen si se han de comportar como tontos o no, basándose en su percepción de sí mismos frente a sus iguales. Por ejemplo si se asciende a un tonto, deja de comportarse como tal en la mayoría de los casos, pues su percepción de sí mismo ha mejorado.

Los que integran la cábala se profesan mutua confianza y se apoyan mutuamente, compartiendo los mismos valores culturales. Una cábala puede estar formada por solo dos personas o por muchas (por ejemplo los miembros del partido republicano).

La red cultural es un poderoso medio de comunicación dentro de la organización, y toda empresa la tiene y debe tenerla. En las culturas fuertes las redes mantienen los valores y los fortalecen, y en las culturas débiles solo actúan espías y simuladores, que luchan entre sí por el poder. La red cultural es informal, pero a pesar de ello sus reglas son inflexibles, aunque no estén escritas. Son reglas de supervivencia de la empresa.

Los gerentes deben ser muy diestros en el manejo de la red cultural para poder saber qué están pensando realmente los empleados y, en función de ello, influir en su comportamiento en la empresa. Un eficaz manejo de la red cultural implica: reconocer la existencia de la red y su importancia, en lugar de sentirse superior a ella; formar parte de dicha red, cultivando ellos mismos una red de contactos apropiada, especialmente entre los narradores y sacerdotes clave.

Los expertos en la red cultural tratan mucho con las personas que están en todos los niveles dentro de la empresa, y hacen amplio uso de anécdotas e historias para reforzar los valores que les interesa.

Resumen de Deal T y Kennedy A (1989) Las empresas como sistemas culturales. Capítulos 1-2-3-4-5.

La formación de la cultura organizacional.- Se explican aquí tres grupos de teorías que intentan explicar cómo se origina la cultura empresarial en las instituciones correspondientes: la teoría sociodinámica, la teoría del liderazgo y la teoría del aprendizaje.

Teoría sociodinámica.- Cuando un individuo entra a un nuevo grupo, debe resolver su conflicto entre formar parte del mismo (y perder su identidad personal) y su deseo de completa autonomía y libertad (con lo que quedará separado del grupo). Es el conflicto entre las necesidades del individuo y los intereses del grupo por compartir alguna tarea.

En un contexto social, el individuo tiene tres necesidades básicas: 1) inclusión o identidad: necesita sentirse incluido dentro de un grupo adoptando cierto rol o identidad. Es una necesidad de seguridad; 2) control, poder, influencia sobre los demás; y 3) aceptación e intimidad: necesidad de ser aceptado en el grupo, y en última instancia de ser amado.

Querer satisfacer estas necesidades produce ansiedad ante el posible fracaso, pero también un esfuerzo efectivo o positivo por querer satisfacerlas.

Los grupos varían mucho según el tipo de cultura que desarrollen. Esta variación no se debe sólo a factores ambientales (pues en ambientes similares se desarrollan culturas muy distintas), sino también a factores sociodinámicos de interacción entre sus miembros. Estos factores son sobre todo emocionales, con lo cual surge la cuestión de cómo las personas reaccionan emocionalmente, tanto en relación con la agresividad como en relación al amor.

Hay tres formas básicas de reacción emocional: 1) el luchador tenaz, que expresa agresividad y renuncia al afecto; 2) el colaborador amigable, donde hay predominio de afecto, ternura, conciliación dentro del grupo; y 3) el pensador lógico, que no expresa ni sentimientos agresivos ni amorosos.

Cada uno tiene su propia ansiedad, como por ejemplo el luchador tenaz con temor a perder su capacidad de lucha, para lo cual buscará crear un entorno grupal para competir con los demás. Los colaboradores amigables temen la agresividad, o ser desplazados del grupo, y entonces buscarán crear un entorno amigable. Los pensadores lógicos se sienten amenazados por cualquier manifestación emocional dentro del grupo. Cada forma, en el esfuerzo por crear el entorno grupal que más le conviene, amenazará a cada una de las restantes formas.

En lo tocante al control de la agresividad o el amor, el individuo experimenta conflictos intrapsíquicos, que tienen su origen en su primitiva relación con sus padres, en especial con las experiencias de aceptación y rechazo por parte de estos.

Por ejemplo, al jefe del grupo podemos amarlo y odiarlo, tal como lo habíamos hecho con nuestra madre. El grupo pasa a ser una pantalla donde proyectamos nuestras ansiedades y defensas inconscientes. Las defensas que se usan en forma interactiva reflejan tanto la propensión de ciertos miembros a que les atribuyan ciertas cosas, así como su propensión a atribuir ciertas cosas a los demás.

Además de los afectos, es importante también la forma cognoscitiva, es decir la forma particular de ver el mundo que tiene cada miembro como determinante de la cultura grupal. Cada visión del mundo hace que la persona privilegie ciertos modos de obtener información sobre otros, y ciertos modos de procesarla. Así, la persona intuitiva prefiere confiar en sus propios recursos para obtener datos, y la persona sensata en fuentes externas. La persona racional buscará procesar los datos en forma lógica, mientras que la sensible confiar en sus impulsos. La persona preceptiva busca tomar decisiones luego de pensar

detenidamente, mientras el juicioso busca decisiones rápidas para pasar a otro problema. Así, se pueden elaborar 'arquetipos' empresariales. Por ejemplo el burocrático es sensato y racional, el matricial es intuitivo y lógico, etc.

Sociodinámica.- Un grupo puede funcionar como grupo de trabajo, pero este puede verse afectado por estados emocionales regresivos, tal como los describiera Bion con sus tres presunciones: dependencia, ataque-huída y apareamiento. En la dependencia se espera todo del líder para que el grupo vuelva a funcionar bien. Si esto no resulta efectivo, el grupo intentará preservarse y protegerse sea atacando a alguien, sea defendiéndose de alguien. Por último el apareamiento implica la creencia de que una pareja dentro del grupo sentará las bases para que el grupo salga adelante y se preserve. Esto es válido tanto en grupo terapéuticos como en grupos empresariales.

Estadios del crecimiento grupal.- Todo grupo atraviesa por varias etapas en su crecimiento: 1) decisión acerca de quien manda y quien obedece; 2) rol que tiene cada miembro y como se distingue de sus iguales; 3) enfrentamiento de los problemas de creatividad – estabilidad. La creatividad inicial debe ceder paso a una progresiva estabilidad para evitar el incremento de ansiedades; 4) confrontación de los problemas de supervivencia – crecimiento: se decide si el grupo persiste como tal (supervivencia) o debe disolverse para buscar soluciones más creativas.

Eventos catalíticos indicadores.- Son situaciones críticas que hacen a la historia del grupo. Un incidente grupal se percibe como crítico cuando provoca un sentimiento o una nueva visión entre sus miembros. Si tiene éxito, logra resolver las ansiedades. En el momento se lo percibe como tal, pero luego suele olvidarse o quedar registrado como anécdota grupal. La cultura grupal se ve en las normas del grupo. Las normas grupales las entendemos porque entendemos su historia, y ésta se entiende a partir de aquellos eventos indicadores o catalíticos.

Lo fundamental del grupo es el hecho de que comparten cosas, lo que mantiene unido al grupo. Se comparten: angustias comunes, respuestas emocionales comunes, una acción abierta común, liberaciones emocionales comunes y una regresión emocional en común.

Teoría del liderazgo.- El líder cumple funciones externas en relación con la tarea, y funciones internas en relación con el grupo en sí, o sea debe servir, en el último caso, a la formación y mantenimiento del grupo como tal.

En ciertos estudios se considera que el líder debe tener tres cualidades: capacidad analítica para identificar los problemas, capacidad de relacionarse para mantener ciertas interacciones dentro del grupo, y capacidad emocional para controlar las presiones emocionales del grupo. Los líderes, en suma, se ocupan de crear y luego manejar la cultura grupal.

Por ello, la cultura grupal depende de la personalidad del líder, y al respecto hay cinco estilos de liderazgo: 1) paranoico: controla a los demás, desconfía; 2) compulsivo: detallista, perfeccionista; 3) dramático: acapara la atención, impresiona a los demás; 4) depresivo: busca adaptar al grupo a una situación estable que no cree zozobra; y 5) esquizoide: el líder se margina, se siente apartado de su función.

Teoría del aprendizaje.- La cultura grupal es algo que se aprende. Más que los individuos, son los grupos quienes aprenden: aprenden conocimientos, emociones, comportamientos.

Estructuralmente deben distinguirse dos tipos de mecanismos de aprendizaje, con distintas consecuencias para la estabilidad de lo que se aprende: 1) situaciones de resolución positiva, que dan pie a una ratificación positiva si la solución ensayada es exitosa; 2) situaciones de rechazo de la ansiedad: que provocan una ratificación positiva si logran reducir la ansiedad, y si se evitan las consecuencias negativas que esa ansiedad conlleva.

Ambas situaciones se dan en realidad entrelazadas, sólo que poseen motivaciones diferentes: en el primer caso aprenden para alcanzar una meta o una tarea objetiva, mientras que en el segundo caso el grupo aprende a controlar sus ansiedades, por ejemplo montando defensas contra las mismas. A la ansiedad propia del grupo se agrega intensificándola otra ansiedad, que es la que trae cada miembro por su historia pasada.

Cabe distinguir tres tipos de ansiedad:

1) **Ansiedad existencial primaria:** relacionada con la necesidad de supervivencia, es una ansiedad cognoscitiva derivada de no poder asimilar una gran cantidad de información del ambiente, o hacerlo en forma ambigua o incierta. Al comienzo, en los grupos no aparece esta ansiedad, pero después sí cuando se plantean problemas de supervivencia grupal, y entonces entran en los estados descriptos por Bion (dependencia, etc). La ansiedad existencial primaria tiene que ver también con no poder asimilar los impulsos internos.

2) **Ansiedad secundaria:** derivada de las tareas o funciones que desempeñan grupos o empresas, en cuanto ellas importen cierto riesgo y peligro físico. No siempre se distinguen de las ansiedades existenciales pues se confunde el peligro físico con el peligro interno de origen pulsional.

3) **Ansiedad terciaria:** derivada de los mecanismos mismos que controlaban las ansiedades primaria y secundaria. Por ejemplo, enfermeras que se sienten culpables cuando no atienden bien a los pacientes, siendo que esta mala atención es una defensa contra las ansiedades primaria y secundaria.

Conclusión.- La cultura fue definida como resultado del aprendizaje del grupo. Implica la idea de una definición compartida del problema a resolver por el grupo, así como un compartir la actividad para solucionarlo. Las tres teorías vistas son esenciales para comprender como se forma la cultura grupal, como evoluciona y como puede cambiar.

Resumen de Schein Edgar (1989) La cultura empresarial y el liderazgo. Barcelona: Plaza&Janes. Segunda parte: Cómo comienza y se desarrolla la cultura. Capítulo 7.

La cultura organizacional y los fundadores.- Las empresas se 'crean' porque uno o varios individuos, llamados fundadores, creen que se puede alcanzar una meta trabajando entre todos, lo que no se conseguiría individualmente. Este proceso de fundación comprende normalmente cuatro etapas, que son las siguientes:

- 1) Una persona (fundador) tiene una idea para una nueva empresa.
- 2) Incorpora una o más personas, creando un grupo que comparte una visión común con el fundador, o sea todos coinciden en creer que la idea es buena y que vale la pena agruparse y hacer el esfuerzo para concretarla.
- 3) El grupo fundador acuerda crear una empresa mediante la aportación de capitales, obtención de patentes, constitución de una sociedad, instalación, etc.
- 4) Más personas se incorporan a la empresa, y así comienza a elaborarse una historia en común.

Los fundadores no sólo poseen un alto grado de confianza en sí mismos y determinación, sino también sólidas presunciones sobre la naturaleza del mundo, el papel que la empresa juega en él, y el modo correcto de proceder. Como la idea original ha sido de ellos, lo normal es que posean un criterio propio, basado en el pasado cultural y en su propia personalidad.

Se citan tres ejemplos: 1) en la compañía Jones, su fundador era un inmigrante cuyos padres habían abierto un almacén de comestibles en un gran centro urbano; 2) Smithfield había creado una cadena de empresas financieras utilizando sofisticadas técnicas de análisis en una zona del país donde los grandes bancos apenas si habían comenzado a utilizarlas; 3) el fundador de la compañía de "Acción", Murphy, era un individuo con muchas convicciones, y convenció a muchos otros para que invirtieran su dinero en un negocio que luego fue la gran compañía "Acción".

Los tres ejemplos muestran como las empresas comienzan a crear cultura mediante las acciones de sus fundadores. La cultura es aprendida y enseñada explícita e implícitamente. Las cosas que resuelven repetidamente problemas de un grupo y que calman la ansiedad, son repetidas y forman parte permanente de la cultura.

Resumen de Schein Edgar (1989) La cultura empresarial y el liderazgo. Barcelona: Plaza&Janes. Segunda parte: Cómo comienza y se desarrolla la cultura. Capítulo 9.

La cultura organizacional y los líderes.- Los fundadores consiguen implantar en los grupos las soluciones que proponen, e implantar y transmitir también las presunciones que están en la base de esas soluciones. Mediante el carisma, se hace entender con claridad, aún cuando la conducta de los fundadores pueda ser contradictoria (Jones ejercía estricto control por un lado, pero 'dejaba hacer' por el otro).

Mecanismos primarios de implantación.- Los más poderosos mecanismos primarios para la implantación y el reforzamiento de la cultura son cinco:

- 1) Una primera forma de implantar una idea es que el fundador o líder atienda, y preste atención reiteradamente a esa idea. Los seguidores se fijan en 'eso' que interesa al fundador y lo siguen.
- 2) Cuando la empresa afronta una crisis, la forma en que los líderes actúan frente a ella crea normas, valores y métodos de trabajo nuevos, revelando al mismo tiempo importantes presunciones subyacentes.
- 3) La planificación intencionada por parte de los líderes de las funciones, la enseñanza y el adiestramiento: la cultura se transmite en cursos de capacitación, etc.
- 4) Criterios para el reparto de recompensas y jerarquías. Los miembros de la empresa llegan a descubrir qué es lo que la empresa valora y qué es lo que castiga cuando son recompensados o castigados. Es la forma básica de incorporar la cultura empresarial.
- 5) Criterios para el reclutamiento, la selección, la promoción, la jubilación y la segregación. Uno de los métodos más sutiles para implantar una cultura es como se seleccionan a los nuevos miembros de la empresa. Si el fundador cree que la empresa debe estar formada por personas tenaces e independientes, contratará gente con esas cualidades, y los demás comprenderán el pensamiento del fundador. Logra el mismo efecto segregando o echando a quienes no reúnen esas cualidades.

Mediante los anteriores recursos se implanta la cultura, pero casi siempre en forma implícita. De allí el peligro que dichos mensajes puedan ser contradictorios, sea porque se engancha con conflictos inconcientes del fundador, o bien con los de los propios miembros receptores.

Mecanismos de articulación secundaria y reforzamiento.- Estos mecanismos son secundarios porque para poder desplegarse deben ser congruentes con los mecanismos primarios anteriores. Refuerzan a estos últimos y son cinco:

- 1) Organización y estructura de la empresa. Los fundadores cuentan con teorías sobre la forma de organizar la empresa, y dichas presunciones son inculcadas organizando la empresa según esas teorías. Pueden o no explicitar porqué ha organizado la empresa de tal o cual forma.
 - 2) Sistemas y procedimientos empresariales. La cultura que busca inculcar el líder se ve también en las rutinas, horarios, registros y otras tareas que deben cumplirse con cierta regularidad.
 - 3) El diseño del espacio físico, las fachadas y los edificios, todo lo cual lleva implícito el mensaje del fundador de la empresa. Por ejemplo, si las oficinas son abiertas y no compartimentalizadas, es que la cultura promueve o inculca la comunicación abierta entre sus miembros.
 - 4) Las anécdotas sobre los acontecimientos y las personas importantes. Ellas refuerzan las presunciones, y son contadas a los nuevos miembros.
 - 5) Declaraciones formales sobre la filosofía, credos, y estatutos de la empresa: inculcación y reforzamiento explícito de la cultura empresarial.
- Resumen de Schein Edgar (1989) La cultura empresarial y el liderazgo. Barcelona: Plaza&Janes. Segunda parte: Cómo comienza y se desarrolla la cultura. Capítulo 10.

DESEMPEÑO

Definición.- "Actividad de un individuo enfrentado a la ejecución de una actividad específica para lograr un resultado. Respuesta a las exigencias de una tarea de aprendizaje".

Székely B, (2000), Diccionario de Psicología, Tomo I, Buenos Aires: Claridad, pág. 285.

DESOCUPACIÓN

Definición.- El desocupado es una persona que estando en condiciones de trabajar no encuentra la posibilidad de hacerlo. Como refiere Martínez: "consideramos desocupado a cualquier persona que habiendo estado ocupado en relación de dependencia en el período inmediato anterior a su actual condición, y que se mantuvo ocupado por un período superior a los dos años, o a toda persona que quiere ingresar al mercado laboral y hace seis meses o más que no lo logra. En este último grupo consideramos a los que deciden empezar a trabajar, a los que han terminado una carrera y siendo profesionales técnicos o especialistas en alguna materia, deciden lanzarse al mercado laboral y no consiguen su puesto" (Martínez J, 1997:35).

Desde un punto de vista socioeconómico, la desocupación aparece como un fenómeno policlasista que, aunque no alcanza a los sectores más altos, afectaría también sectores tradicionalmente seguros, fenómeno que algunos autores llaman (Castel,1995) la desestabilización de los estables.

Castel R (1995) *La metamorfosis de la cuestión social*.

Martínez J (1997) *Desocupación en la Argentina y en el mundo*. Buenos Aires: Edición del autor.

Efectos psicosociales de la desocupación.- Jahoda (1982), quien ha participado desde el trabajo pionero de Marienthal hasta los estudios de los ochenta, elaboró la llamada "teoría de la privación" para explicar las consecuencias psicosociales de la desocupación. La autora encuentra que el trabajo, tanto en los años treinta como en el presente, brinda al individuo la posibilidad de acceder a cuatro categorías de experiencia. La primera es la estructuración temporal de la jornada; la segunda, la provisión de contactos sociales regulares por fuera de la familia nuclear; la tercera la imposición de objetivos que trascienden al individuo; en cuarto lugar, un status e identidad social. En consecuencia, la desocupación, tanto en el pasado como en el presente, restringe la posibilidad de acceder a tales categorías de experiencia, provocando una desestructuración temporal, restringiendo los contactos sociales y el espectro de objetivos a mediano y largo plazo, así como erosionando las bases del status personal y la identidad social.

Jahoda M (1987) *Empleo y desempleo: un análisis socio-psicológico*. Madrid: Morata.

Desocupación y desempleo.- Moise y otros destacan la diferencia entre desempleo y desocupación: en el primer caso la persona ha quedado sin trabajo en un medio social donde puede encontrar otro, mientras que en la desocupación hay una ausencia estructural del trabajo, una imposibilidad de obtener un nuevo empleo, lo cual es más grave respecto de las consecuencias psíquicas que acarrea.

Destacan Moise y otros que los efectos que produce la falta de trabajo sobre la salud de una población, originan problemas que influyen sobre el tejido social, los grupos y los sujetos individuales. Los autores enfatizan asimismo aquellos aspectos subjetivos que sobre los cuales incide este problema, para lo cual parten del concepto de 'trabajo' como un pilar de la salud (en sentido de trabajo psíquico) como el proceso de construcción subjetiva donde intervienen los vínculos sociales de manera decisiva, o sea, los lazos libidinales entre las personas. Así, el desamparo social (falta de trabajo y consecuente ruptura de vínculos sociales) es relacionado por dichos autores con aquel desamparo inicial que llevaba a los sujetos a una situación traumática por aumento de estímulos imposibles de procesar.

Moise C y otros (2003) Efectos de la desocupación sobre la construcción subjetiva.

Tratamiento cognitivo.- El tratamiento psicológico aumenta la autoestima y las posibilidades de conseguir un nuevo empleo. J. Proudfoot y su equipo del Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres publicaron los resultados de una investigación que evalúa la incidencia de la terapia cognitiva del comportamiento (CBT) sobre la salud mental, la búsqueda de trabajo y el logro de un empleo.

Con 289 voluntarios que llevaban inactivos un promedio de dos años, se formaron dos grupos: unos fueron designados al grupo que seguiría la CBT, y otros no. Entre tres y cuatro meses más tarde, se constató que un 38% de quienes siguieron la terapia encontraron trabajo a tiempo completo, mientras que solo un 13% había conseguido este objetivo en el otro grupo no sometido a terapia. Una proporción similar se encontró entre los que habían conseguido trabajo a tiempo parcial. Se constató también que quienes participaron de la psicoterapia CBT obtuvieron mayores niveles en su estado de salud general, comparándolos con el otro grupo.

Fuente: Psicoterapia y desocupación. Diario La Nación, Buenos Aires, 10 de agosto de 1997.

EMPRESA UNIPERSONAL

Generalidades.- El autor plantea aquí el marco teórico requerido para el abordaje y la comprensión de las empresas unipersonales, para poder ubicar cuál es nuestro objeto de estudio.

El término 'empresario' tiene varios significados distintos, como por ejemplo emprendedor, aventurero, innovador, director de un proyecto económico, etc. Pero un aspecto que se destaca de estas definiciones es que el empresario es un cuentapropista, o sea, el que pone en marcha un proyecto personal por su cuenta y riesgo, es decir que a diferencia del ejecutivo de una empresa, no tiene que rendir cuentas a nadie. Hay deportistas que se convirtieron, por ejemplo, en empresarios.

Hablemos ahora del proyecto personal que quiere poner en marcha el empresario. Este proyecto implica una meta ubicada en el futuro, y una 'falta de algo' en el presente. Para alcanzar la meta se ponen en juego habilidades, intuiciones, experiencia, en un proceso similar al de la resolución de problemas.

Un proyecto implica tres elementos. Implica dos elementos endógenos: la ansiedad es uno, y el otro es la capacidad de contención expresada en la posibilidad de mantener coherencia, dirección y sentido a través de mecanismos yoicos con defensas. Implica también un tercer elemento exógeno, que es la incertidumbre proveniente de una cualidad propia del trabajo de resolver problemas de respuesta abierta, para los cuales las decisiones concretas son inciertas.

Si la ansiedad es grande o la contención insuficiente, el proyecto se resiente pues se debilita la perseverancia para alcanzar la meta. Debe entonces hacerse un ajuste entre el proyecto y la persona que lo desarrolla. También debe cuidarse un crecimiento desmesurado del proyecto, dando lugar a desajustes, tensiones y crisis organizacionales agudas con estrés.

Debe tenerse en cuenta lo que Jaques llama capacidad de trabajo, o capacidad para ordenar y modelar la experiencia, así como el llamado horizonte intencional, o lapso intencional del proyecto. En la ejecución del proyecto, Jaques señala que deben atravesarse por cinco niveles de abstracción:

- 1) Perceptual concreto: Se refiere a tareas manuales, y el horizonte temporal llega hasta tres meses.
- 2) Imaginativo concreto: El proyecto abarca entre 3 meses y un año. Corresponde a los jefes de niveles inferiores e implica realización de un trabajo a través de subordinados.
- 3) Exploración conceptual: Abarca de uno a dos años. El jefe controla una unidad organizativa más compleja, y conoce a todos sus subordinados.
- 4) Modelamiento abstracto: El horizonte temporal es de 2 a 5 años, y aquí el jefe puede innovar y planificar. Pierde contacto psicológico directo con las tareas a realizar, y hay decisiones a largo plazo.
- 5) Teoría intuitiva: El horizonte temporal es de más de 5 años, y corresponde a la conducción máxima, apuntando a la teoría y finalidad de la empresa misma.

Los economistas tienen una teoría de la empresa algo distinta a la anterior, de Jaques, pues se centran en procesos más que en niveles de personas. Estos procesos implican formular un proyecto a partir de la recombinación imaginativa de elementos preexistentes. El empresario ofrece algo propio, original y distinto como para poder atraer al público.

La orientación básica del emprendedor se orienta entonces hacia afuera, hacia un contexto externo llamado mercado, clientela, público, audiencia, etc., donde hay clientes reales y potenciales. Conseguirlos supone agresividad, lucha y riesgos. Cuando la empresa no está orientada hacia el mercado, sobrevienen patologías empresariales, como por ejemplo el ritualismo, el énfasis en lo administrativo, etc., y el descuido por la promoción y las ventas. Son empresas que se encierran en sí mismas.

Pocas personas tienen capacidades empresariales, porque para ello se requiere una fuerte motivación, voluntad, empuje, entusiasmo, amor al trabajo, necesidades de logro, autoafirmación, etc.

Una empresa unipersonal es una empresa con un sistema organizativo con comando directo. El dueño maneja los tres niveles en forma directa: desarrollo, producción, ventas, y puede funcionar como una autoridad legal, tradicional o carismática, según la clasificación de Weber.

Cuando la empresa empieza a funcionar en cuatro o cinco niveles, el empresario ya pierde el control directo de la organización. Por ejemplo, cuando se agregan otros niveles como conducción de personal o tecnología, para lo cual necesitará asesores especiales. Se pierden aquí las relaciones cara a cara, directas, entre el empresario y los empleados, se pierde un poco el sentido del 'nosotros'.

Según Schütz, el pasaje de la relación social directa a la indirecta implica la entrada 'al mundo de los contemporáneos': la otra persona comienza a dejar de ser alguien inmediato vivenciado y percibido directamente (cara a cara), para pasar a ser su relación más remota e impersonal.

En el ámbito organizacional surgen ansiedades y defensas contra dichas ansiedades. Al pasarse a una relación más indirecta, quedan perturbadas las comunicaciones: se pierde, por un lado, el reconocimiento mutuo, aparece el anonimato y el extrañamiento entre individuos, pero por el otro lado aumenta la dependencia funcional recíproca de los distintos niveles jerárquicos entre sí.

Surgen aquí ansiedades paranoides, ya que el otro resulta un extraño que puede ser peligroso, lo cual se acentúa en situaciones de cambio. La comunicación deja de hacerse en forma directa, analógica, y más basada en lo digital, en lo escrito en forma de memorando, etc.

Resumen de Schlemenson Aldo (1992) Análisis organizacional y empresa unipersonal. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 4.

ENTREVISTA DE SELECCIÓN

Generalidades.- El principal objetivo de la *entrevista* es profundizar en la información sobre las habilidades, destrezas, conocimientos y motivaciones de los solicitantes, con el fin de evaluar si reúne las capacidades para el puesto y su comparación con los demás postulantes.

El término entrevista proviene del francés *entrevoir*, que significa "verse el uno al otro", y denota un medio de interacción humana mediante el cual se busca obtener información valiosa y suficiente acerca de las habilidades, intereses, aptitudes, conocimientos y personalidad de un candidato en relación con cierto puesto, con el objeto de predecir la eficiencia de su desempeño en él. La entrevista es, también, una conversación dirigida a un propósito definido; un proceso interactivo que involucra muchos aspectos más de la comunicación, además del simple hecho de hablar y escuchar.

E.T.T Faster Argentina S.A., Selección de personal. Buenos Aires: Publicación interna de la empresa, 2003.

Generalidades.- La entrevista puede incluir una preentrevista o entrevista preliminar, intercambio breve para chequear información sobre el currículo. También una entrevista técnica, donde se examinan conocimientos, destrezas y habilidades para el puesto requerido, y una entrevista profunda, situación bipersonal centrada en el conocimiento del candidato, su historia, características personales, estilo vincular, intereses, rasgos culturales, valores y proyectos respecto al puesto, etc.

Richino S (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica.

Validez.- Una entrevista de selección es un procedimiento válido si cumple siempre con los siguientes requisitos:

Objetividad: se consigue estructurando las preguntas y respuestas y unificando la perspectiva de juicio entre los entrevistadores.

Fiabilidad: los entrevistadores deberán evaluar y valorar siempre de la misma forma.

Validez: siendo transparente en las preguntas y utilizando un lenguaje comprensible. Asegurando y neutralizando la confidencialidad y el secreto profesional.

ETT Faster Argentina SA, Selección de personal. Buenos Aires: Publicación interna de la empresa, 2003.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

Generalidades.- La evaluación del desempeño es una apreciación sistemática del comportamiento de las personas en los cargos que ocupan. A pesar de ser una responsabilidad de línea y una función de staff, en algunas empresas la evaluación del desempeño puede estar a cargo del superior directo, del propio empleado o inclusive de una comisión de evaluación, según los objetivos de la evaluación.

Los principales métodos de evaluación de desempeño son:

Método de escalas gráficas: Este método utiliza un formulario de doble entrada a llenar por el evaluador, donde por un lado en las hileras horizontales figuran los ítems que se evalúan (conocimientos, calidad, cooperación, etc), y en columnas verticales se ponen los diferentes grados que corresponden a cada una (óptimo, muy bueno, bueno, regular, etc).

Método de elección forzada: Consiste en evaluar el desempeño de los individuos mediante frases descriptivas de ciertas alternativas de tipo de desempeño individual. En cada bloque de dos, cuatro o más frases, el evaluador debe escoger forzosamente sólo una o las dos que más se aplican al desempeño del empleado evaluado.

Método de investigación de campo: La evaluación del desempeño la realiza el superior (jefe), pero con asesoría de un especialista del staff. El especialista va a cada una de las secciones para entrevistar a los jefes sobre el desempeño de sus respectivos subordinados.

Método de comparación por pares: Aquí se comparan a los empleados tomados de a dos, y se anota cuál es aquel que, en cada aspecto (conocimientos, calidad, etc) se desempeña mejor.

Método de frases descriptivas: Parecido al método de elección forzada, solo que no se exige del evaluador que no elija una o dos alternativas, sino que se limita a señalar las frases que caracterizan el desempeño del subordinado y aquellas que no lo demuestran.

Métodos mixtos: Una combinación de cualquiera de los métodos anteriores es muy utilizada en organizaciones que se caracterizan por la complejidad de los cargos.

En cualquiera de estos métodos indicados, la entrevista de evaluación de desempeño con el empleado constituye el punto principal del sistema: la comunicación que sirve de retroalimentación y que reduce las disonancias (malentendidos) entre superior y subordinado.

Chiavenatto (1989) Administración de recursos humanos.

GRUPO

Los grupos en las organizaciones.- Un grupo psicológico en cualquier número de personas que 1) interactúan unas con otras, 2) que sean psicológicamente concientes unas de otras, y 3) que se perciban a sí mismas como un grupo. El número de miembros está entonces limitado por esas tres características. En toda organización encontramos dos tipos de grupo: grupos formales y grupos informales. Los primeros están organizados deliberadamente para cumplir una misión en la organización, y pueden ser permanentes o temporales, estos últimos para cumplir una misión especial.

Los grupos informales se forman entre los mismos sujetos para satisfacer necesidades personales y necesidades de relacionarnos con los otros. Por ejemplo: el grupo del "fondo" de una fábrica, y el grupo del "frente", que se pueden formar en un taller. Los grupos informales pueden ser contra-organizacionales, o sea contrarrestar las tendencias coercitivas de la organización.

Hay grupos informales horizontales (todos tienen más o menos el mismo rango o nivel), verticales (miembros del mismo departamento aunque estén en distintos niveles) y mixtos (al azar: diferentes niveles y departamentos).

Funciones que desempeñan los grupos:

a) *Funciones organizacionales formales*: son funciones que coinciden con la misión básica de la organización. Por ejemplo: realizar cierta tarea, generar ideas o soluciones, servir como coordinador entre otros grupos, resolver problemas, facilitar la implementación de decisiones complejas, e incluso servir como medio de socialización o entrenamiento.

b) *Funciones psicológicas individuales*: aquí los grupos satisfacen las necesidades individuales de sus miembros, no las de la organización. Por ejemplo: nuestras necesidades de afiliación (de amistad, apoyo, etc.), nuestro sentido de identidad y autoestima, nuestra necesidad de establecer y comprobar la realidad social, nuestra necesidad de reducir la inseguridad, la ansiedad y la sensación de impotencia, etc. También puede servir para cumplir una función ajena a la empresa pero común al grupo: ayudar a alguien del mismo, evitar el aburrimiento, etc.

c) *Funciones múltiples o mixtas*: satisfacen necesidades tanto organizacionales como individuales, de ahí que los grupos pueden ser en un punto de integración entre los fines de la organización y las necesidades personales de sus miembros. O sea los grupos tienen siempre un poco de formales y otro poco de informales.

Existen sin embargo, algunos factores que afectan la posibilidad de integración de los fines organizacionales y las necesidades personales en los grupos. Entre ellos se mencionan los siguientes:

1) *Ambientales*: la organización del trabajo, la ubicación física y los horarios determina quién va a interactuar con quién y por lo tanto quiénes van a integrar los grupos.

2) *De afiliación*: si en un grupo hay diferencias notorias entre sus miembros en cuanto a antecedentes personales, valores y creencias, el grupo a nivel de tarea no puede funcionar bien. La afiliación según su grado, puede o no a ayudar a integrar la tarea con lo personal de cada miembro.

3) *Dinámicos*: son aquellos eventos y procesos que ocurren durante la vida del grupo mismo o que llevan a la conformación del grupo, como por ejemplo el proceso de entrenar la gente que formará el grupo o el proceso de inducción de ciertos sentimientos de grupo, procesos de socialización, etc. Son factores dinámicos porque van cambiando según cada etapa de la historia grupal, y pueden ayudar o no a integrar la necesidad organizacional y la necesidad individual. Un ejemplo es la intervención del líder tratando de imponer el fin organizacional frente a la oposición del grupo, que tiene sus propias tradiciones y necesidades.

Schein destaca la importancia de los grupos de entrenamiento, donde se aprende a funcionar en un grupo que sirva al mismo tiempo a los fines de la organización y a satisfacer las necesidades personales, sin que se produzcan conflictos irresolubles.

Cuando no se deben usar los grupos: En tres casos: a) cuando un individuo puede realizar mejor la tarea que el grupo, b) cuando, frente a la tarea, el grupo no es capaz de asumir el riesgo de hacerla bien, y c) cuando en el grupo predomina la llamada "opinión del grupo", o sea la tendencia del grupo a llegar a un falso consenso, haciendo a un lado las opiniones válidas de algunas personas.

Resumen de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulo 9.

Problemas intergrupales en las organizaciones.- Dentro de una empresa los grupos que hay en ella pueden competir entre sí y subestimar a los demás grupos, lo cual es un obstáculo para el eficiente funcionamiento de la organización. Debe procurarse más la cooperación que la competencia.

Sherif estudió las consecuencias de competir entre grupos con grupos de niños en un campamento de verano. Al competir, dentro de cada grupo se unen más entre sí y se organiza mejor, y al mismo tiempo empiezan a ver al otro grupo como enemigo.

Al final habrá un ganador y un perdedor. El grupo ganador mantiene e incluso puede aumentar su cohesión, disminuye su tensión (está más 'lleno') y empieza a satisfacer más las necesidades de sus miembros que ocuparse de su tarea. No evalúa lo hecho, no saca provecho de la experiencia.

El grupo perdedor primero negará su derrota adjudicándola a factores externos (malos jueces, etc.); si aceptan psicológicamente la derrota, buscan un chivo expiatorio o culpable: si no hay alguien de afuera buscan alguien de adentro. El grupo perdedor está más tenso, más listo a trabajar, y aumenta la preocupación por cumplir la tarea, reorganizarse, etc., y menos por satisfacer las necesidades de sus miembros. Este grupo perdedor aprende de la experiencia de derrota.

Si las consecuencias negativas de competir entre grupos superan a las positivas, pueden implementarse algunas tácticas para sacar provecho positivo de la competencia, como por ejemplo:

a) Localizar un enemigo común: los grupos de producción y venta se unirán para competir con otra empresa.

b) Localizar una tarea en común, lo cual exige cooperación, no competencia.

c) Hacer que los respectivos líderes interactúen entre sí: la competencia entre países deja de ser negativa cuando sus presidentes se reúnen a negociar en reuniones "cumbre".

d) Entrenamiento vivencial: que los grupos examinen su propio comportamiento y en relación al otro grupo, para que reconozcan y anulen las causas de la competencia negativa.

Los conflictos intergrupales se pueden evitar: a) poniendo más énfasis en la efectividad de la organización como totalidad, lo que favorece la cooperación más que la competencia; b) más la interacción y más frecuencia en la comunicación entre grupos; c) rotación frecuente de personas de un grupo a otro; d) evitar las situaciones en las que un grupo puede ganar o perder.

Prevenir lo anterior no implica que desaparezcan los desacuerdos o que todo marche sobre ruedas.

Resumen de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulo 10.

Los grupos en la institución.- El encuadre del psicólogo es institucional, pero su técnica es sobre todo grupal (intragrupal o intergrupala). Hay tres tipos de instituciones: las que funcionan como grupos primarios, como grupos estereotipados y las mejores, que funcionan como grupos secundarios sin caer en la estereotipia.

En el grupo primario hay una fuerte ambigüedad en cuanto a los roles, la que tiende a ser recompensada mediante un grupo estereotipado, como formación reactiva, lo que lleva a la incomunicación.

En el grupo primario hay un fuerte sentido de pertenencia pero un débil sentido de la tarea, y está muy expuesto a conflictos emocionales. Sus miembros están muy indiferenciados, y predominan las identificaciones proyectivas masivas.

El ser humano necesita del grupo primario tanto como del secundario, pero si pertenece a una institución, debe poder hacer una disociación instrumental, dejando el grupo primario fuera de ella y llevándolo a su familia.

Dentro de la institución, los grupos sirven para controlar ansiedades, pero no siempre un peligro externo cohesiona los grupos. Si el peligro es muy grande, el grupo intentará reproducirlo dentro del mismo grupo para poder controlarlo más fácilmente, y empieza a funcionar estereotipadamente.

Condensado de Bleger J (1988) Psicohigiene y psicología institucional.

INSTITUCIÓN

Definición.- Por institución entendemos dos cosas: a) grupos sociales oficiales (empresas, escuelas, sindicatos); y b) sistemas de reglas que determinan la vida de estos grupos.

El concepto de institución fue usado primero en sociología, y luego se extendió a sectores limítrofes como la antropología y el derecho. Después incluyó el área de la psicología y psicoterapia, cuando se habló de una psicoterapia institucional, lo cual es importante porque se consideró que lo institucional funciona también a nivel inconsciente. Por ejemplo, que nuestro inconsciente está instituido a partir de la universalidad del complejo de Edipo, siempre presente en la vivencia individual.

El análisis institucional precisamente busca investigar este orden fundante o estructurante, institucional e inconsciente, aunque también el mismo análisis institucional puede funcionar como resistencia a indagar este orden subyacente.

Lapassade (1986) Grupos, organizaciones e instituciones. México: Gedisa.

Definición.- Organización de carácter público o semipúblico con un cuerpo directivo y ordinariamente un lugar físico, destinada a servir a algún fin socialmente reconocido. Ejemplos de instituciones: culturales

(familia, escuela), comerciales (empresas), recreativas (clubes), de control social formal, sanitarias, de comunicación (correo, teléfonos,) etc.

Condensado de Bleger J (1988) Psicohigiene y psicología institucional.

Acepciones.- "Lapassade señala dos sentidos del término institución: uno, como *dato* (es un sistema de normas que estructuran un grupo social, regulan su vida y su funcionamiento); el otro, como *acto* (en el sentido verbal, instituir es hacer entrar en la cultura)" (pág. 56).

Rousseau Mignon (1995), Grupo, esa posible-imposibilidad... Buenos Aires: Tekné.

Generalidades.- La institución es dominante, ejerce un poder de dominio y explotación, es la que supuestamente posee el Saber y el Poder. Usando un lenguaje marxista, la institución es la estructura, que se manifiesta en cosas visibles como la ley escrita, que es la superestructura.

En todo ello hay una historia. Al principio en el despotismo oriental, el poder lo tenía el Estado. Luego el poder pasó a una clase dominante, que domina la propiedad privada, y el estado pasó a ser su instrumento. Esto pasó con la formación del aparato estatal burgués, cuando se pasó de la sociedad feudal a la burguesa. Luego vendrá la etapa de la revolución donde se intenta destruir al Estado, por ejemplo, la Revolución Francesa. Lo instituyente está ahora en la base, en la vida social selectiva, o pueblo. Sin embargo la nueva institución a su vez, al volverse permanente, se vuelve también dominante: son nuevas formas de represión social, y para ello se crean nuevas ideologías, destinadas a mantener la dominación. Los efectos sobre las personas son inconcientes, es decir, la gente desconoce porque actúa de tal o cual forma, y el análisis institucional busca poner al descubierto la ideología que motiva sus actos.

Hemos comprobado que no se puede hacer una transformación radical de las instituciones. Estas pueden cambiar de fachada, pero detrás de esta existe siempre el factor dominación y explotación: la universidad por ejemplo, deja de enseñar para montarse sobre un sistema de títulos y exigencias, y designaciones arbitrarias de docentes. Los jóvenes rechazan esto, pero no pueden hacer una transformación radical, como lo prueba el mayo del 68 en Francia. Sin embargo sí alcanza para poner en crisis a las instituciones mediante actos de protesta. Las llamadas crisis de civilización son básicamente crisis de las instituciones que dan la base de la civilización.

Es así que los dominados, a través de sus actos, consiguen levantar la represión que regía sobre ellos, pero ello debe ir acompañado de una tarea teórica, que es el análisis institucional. Este sin la acción de los dominados no hace nada, y viceversa. Ambos actuando juntos son eficaces a largo plazo por efectos acumulativos.

El mayo del 68 reveló otra cosa: una minoría puede expresar las inquietudes de la mayoría, o sea funcionar como revelador analítico y crear así un nuevo consenso. Sartre describió esta soberanía colectiva e instituyente como momento del grupo en fusión, grupo unido para imponer un consenso y oponerse a la represión. Se habla también de los T. Groups, que instituyen una situación microsocia en la que cierto número de estructuras quedan artificialmente abolidas. Intervención (a través de análisis institucional) y acción directa (práctica revolucionaria) son ambas importantes para el cambio.

Lapassade (1986) Grupos, organizaciones e instituciones. México: Gedisa.

Generalidades.- "Una institución es en principio un objeto cultural que expresa cierta cuota de poder social... y expresa la posibilidad de lo grupal o colectivo para regular el comportamiento individual" (Fernández, 1994:17). "La presencia de lo institucional –el conjunto de representaciones y concepciones que expresan la operación de las normas y la penetración de los establecimientos relevantes para los individuos- da carácter y explica los rasgos de los movimientos grupales y organizacionales" (Fernández, 1994:39).

Fernández Lidia (1994) Instituciones educativas. Buenos Aires: Paidós.

Patología de las instituciones.- La patología de la institución no pasa por la presencia de conflictos, sino con la ausencia de medios para resolverlos. Una defensa institucional frente al conflicto es la estereotipia, donde el conflicto se elude o evita. El psicólogo es un agente de cambio y un depositario de conflictos, y muchas veces se busca ubicarlo en alguna actividad estereotipada para que deje de ser "peligroso". La forma como se acepta al psicólogo indica el grado de dinámica de la institución. Cuando más baja sea su dinámica, más atacado será el encuadre, ataque que es más peligroso si es implicado. Un mínimo de insight por parte de la institución es indispensable para que el psicólogo pueda actuar.

El dilema es una forma defensiva externa, donde una de los dos bandos es eliminado. Hay que ver siempre si el problema es o no es un pseudoproblema: por ejemplo: un problema de ansiedad de los pacientes puede ser en realidad un pseudoproblema, un síntoma del verdadero problema, que es la mala relación de los médicos con los familiares. El obstáculo no es tanto el conflicto, sino la ambigüedad.

Hay diversos tipos de conflictos: individuales, intragrupales, intergrupales, de niveles, de tareas, ideológicos, de estrategia institucional, etc.

Condensado de Bleger J (1988) Psicohigiene y psicología institucional.

Objetivos de la institución y objetivos del psicólogo.- Antes de decidir trabajar el psicólogo debe conocer los fines de la institución (explícitos e implícitos) y los medios que usa para conseguirlos, aunque a veces aquellos fines y medios de luego de haber el psicólogo, hecho el diagnóstico.

En una escuela un objetivo explícito puede ser enseñar, y el implícito poblar una región; en un hospital, el fin explícito puede ser curar y el implícito aprender (a curar). Puede pasar que los fines explícitos e implícitos entren en conflicto, o a veces predomine uno u otro.

También son importantes los objetivos que tiene la institución para contratar un psicólogo, tanto explícitos como inconcientes. A veces se contrata un psicólogo para dar una imagen de institución progresista, y luego se entorpece su accionar. Aquí no abandona su tarea el psicólogo, sino que analizará las ansiedades que despiertan su tarea. Si tiene gente a su favor y gente en su contra, no debe tomar partido por ningún bando. La institución que contrata a un psicólogo llegó a cierta conciencia de problema, pero el psicólogo incrementa esta toma de conciencia.

Están, por último, los objetivos mismos del psicólogo institucional, que son: a) Considerar sus objetivos generales o mediatos; b) Considerar la compatibilidad de sus objetivos con los de la institución y c) Considerar sus objetivos específicos e inmediatos.

El objetivo general del psicólogo institucional es siempre un objetivo de *psicohigiene*, o sea promover la salud y bienestar de los integrantes de la institución. Su función no es decidir, resolver ni ejecutar, sino asesorar. No debe ser agente de coerción, ni aun con medios psicológicos.

En cuanto a la compatibilidad de los objetivos de la institución y del psicólogo, si están en conflicto no debe intervenir, pues la ética forma parte del encuadre de la tarea. Puede, si, intervenir si está, muy identificado con los objetivos de la institución, siempre y cuando pueda hacer una disociación instrumental. Tampoco el psicólogo debe intervenir intentando cambiar una institución que rechaza. Finalmente, no deben confundirse los objetivos del psicólogo con los de la institución. Los objetivos específicos o inmediatos o particulares, deben ser estudiados en función del objetivo general y de la institución como totalidad.

Condensado de Bleger J (1988) Psicohigiene y psicología institucional.

Institución cerrada o total.- Las instituciones absorben a los individuos, pues a estos les insume tiempo y esfuerzo estar en ellas. Esto se ve especialmente en las llamadas por Goffman instituciones totales, que son aquellas mas bien cerradas al entorno, que se oponen a la interacción social, como asilos para ancianos, hospitales para infecciosos, cárceles, cuarteles y barcos, y finalmente monasterios o conventos. O sea tenemos cinco tipos de institución total.

Las instituciones totales manejan muchas necesidades humanas mediante una organización burocrática de conglomerados humanos. Las personas, dentro de ellas, están sometidas a estricta vigilancia: unos, el personal, vigilan a los otros, llamados internos. Los que vigilan tienen generalmente más contacto con el mundo exterior. La movilidad social entre ambos grupos es muy restringida: no es fácil para un interno pasar a ser supervisor o parte del personal, y viceversa. La conversación entre ambos grupos está además muy restringida, y cada grupo tiene prejuicios y estereotipos con respecto a los otros ("estos internos son todos rebeldes", por ejemplo). Veamos ahora el mundo de los internos, y el de los supervisores o mundo del personal.

El mundo del interno.- Cuando ingresa un interno viene con una cultura de presentación, o sea con sus hábitos que tenía afuera. Enfrenta otra cultura, la de la institución total, produciéndose una aculturación que, en casos extremos, puede convertirse en des-culturación, o sea no puede volver al mundo exterior y sus hábitos anteriores.

El interno sufre una mutilación de su yo, por la barrera que lo separa del mundo exterior. Los procedimientos de admisión y los tests de obediencia son una forma de iniciación, llamada 'bienvenida'. Por ejemplo, se pueden recibir apodosos. El interno es despojado de sus posesiones, y la institución le da nuevas vestimentas, por ejemplo, iguales para todos. Se confisca todo lo que no está dado por la institución, con lo que el interno se siente desposeído. También se le da algún tipo de identificación, como un número, perdiendo su identificación anterior del mundo externo.

En algunos casos deben vivir en condiciones humillantes, como ciertos presos o los enfermos mentales. Son frecuentes los casos de contaminación física, como comidas en mal estado. Son todas agresiones más o menos directas al yo, y el sujeto no puede reaccionar o quejarse como lo hace afuera (efecto restringido de looping o retroalimentación).

Se dan procesos de mortificación: al interno le está prohibido rebelarse o tener conductas de autodeterminación, incluso a veces se prescribe la automortificación o autoflagelamiento. Poco a poco también va instalándose una sistema de privilegios, lo que le permite al interno un margen para su reorganización personal. Por ejemplo, hay recompensas si se cumplen las 'normas de la casa'. A veces se instala un sistema con etapas donde en cada una se accede cada vez a mayores privilegios, pero si no cumple puede volver atrás.

Entre los internos hay agresiones pero también solidaridad y fraternización. La cultura del interno incluye la idea de haber caído en desgracia, y se ayudan en esto.

El mundo del personal.- El personal es conciente de la contradicción que hay entre cómo debería ser la institución (por ejemplo reformar a los internos), y lo que en realidad ocurre (por ejemplo son

castigados). La tarea del personal se caracteriza porque, a diferencia de un obrero, por ejemplo, debe trabajar son personas, no con máquinas u objetos. Por ello, debe cumplir con normas humanitarias, evitar suicidios, etc. Además, debe mantener distancia de ellos y no involucrarse emocionalmente ni ceder a pedidos especiales ni acosos.

Las ceremonias institucionales.- Además de las vinculaciones personales ilícitas entre personal e internos, también hay otro tipo de contacto irregular: los internos pueden estar obligados a prestar beneficios personales al personal, como lavarle la ropa, pintarle la casa, etc. Se trata de un 'relevo de rol', y a veces esto lo hace voluntariamente el interno.

Hay ceremonias institucionales, como las fiestas de fin de año, el día de la independencia, la navidad, etc. Puede haber funciones teatrales donde participan internos y personal, ante un público de afuera de la institución. Ese día la casa 'está abierta'. Otra ceremonia se da cuando la institución, por ejemplo una cárcel, es visitada por el comisionado. Ese día hay que limpiar y arreglar todo, y reina un clima diferente. Resumen de Goffman (1988) Internados. Introducción.

Lo instituido y lo instituyente.- Lo instituido: "Todas las reglas, normas, costumbres, tradiciones etc, que el individuo encuentra en la sociedad son lo que se halla *instituido* y es susceptible de estudio, objetivamente realizado, por el sociólogo". Durkheim "las considera pura compulsión exterior, impuesta por la sociedad como una necesidad de regulación social. Admite que las instituciones pueden dejar de desempeñar su papel y sea menester cambiarlas, pero se asigna a lo instituido mismo, a los organizadores al servicio del Estado, la iniciativa de un cambio" (pág. 90).

Lo instituyente: Sin embargo, las concepciones de Durheim y otras más hasta Parsons, escotomizan una importante dimensión de la institución, esto es, lo *instituyente*, el hecho de que la institución, si bien se presenta con un *dato* exterior al hombre, *necesita* su poder instituyente. Si el hombre sufre las instituciones, por otro lado las funda las mantiene gracias a un consenso que no es únicamente pasividad ante lo instituido, sino también actividad instituyente, la cual puede además servir para volver a cuestionar las instituciones" (pág. 90).

"Desde sus orígenes, la corriente institucionalista ha hecho hincapié en la relación antagónica entre lo *instituyente* y lo *instituido*, en los procesos activos de la *institucionalización*. La alienación social significa... la dominación de lo instituido basada en el olvido de sus orígenes, la naturalización de las instituciones. Producidas por la historia, terminan por aparecer como fijas y eternas, como un dato, como una condición necesaria y transhistórica de la vida de las sociedades" (Pág. 90).

"En la revolución se organizan nuevas instituciones (contrainstituciones), que después se desarrollan, retrogradan y desaparecen con el ascenso del nuevo poder, hasta pasar a un inconciente colectivo, que es el *inconciente político* de las sociedades" (pág. 91).

Castoriadis ha propuesto una teoría política de la sociedad tomando como punto de partida el marxismo y el psicoanálisis, estableciendo un conflicto entre la sociedad instituyente y la sociedad instituida tomando como referencia el capitalismo. Esta teoría está en la base de la actual corriente institucionalista. Sostiene que una sociedad instituye un conjunto organizado de relaciones sociales mediante un 'hacer instituyente' que se apoya en creaciones pasadas aún vivas, en el hecho de que ya existe una sociedad instituida cuando el nuevo hacer instituyente las transforma. Por ejemplo, la iglesia o el ejército no son instituciones nuevas, pero el capitalismo las transforma, reacondicionando su lugar en las nuevas relaciones sociales (pág. 96).

Lapassade, Socioanálisis y potencial humano.

LIDERAZGO

Definición y tipos.- El término liderazgo tiene tres significados principales: 1) atributo de una posición, como por ejemplo ser presidente implica ocupar una posición de liderazgo en la empresa, lo cual es discutible; 2) característica de una persona; y 3) categoría de conducta: este es el criterio que aquí se considerará.

El liderazgo organizacional es aquel que aumenta la influencia por arriba del nivel de obediencia mecánica a las órdenes rutinarias venidas de las autoridades de la organización.

French y Raven sugirieron varios tipos de poder: el legítimo, el de recompensas y castigos, el de conocimientos, y el referente (influencia basada en la identificación con el líder o en el gusto que él suscita). Los dos primeros están más relacionados con la autoridad, y los dos últimos con el liderazgo.

Todos los supervisores de un mismo nivel detentan poder legítimo y de premios y castigos, pero habrá variaciones entre ellos en el ejercicio del liderazgo. Cada uno usará su poder legítimo de forma diferente, y por ello es imposible 'delegar poder'.

No es fácil que una organización otorgue poder referente o de conocimientos, pero son importantes para su buen funcionamiento. Son importantes porque: 1) incrementan el poder legítimo y el de premios y castigos, 2) los sustituyen, y 3) aumentan el control y la efectividad organizacional totales, pues todos los miembros disponen de ellos: en muchas situaciones la influencia viene de los compañeros, y no de los jefes.

Condensado de Katz y Kahn (1992) Psicología social de las organizaciones. México: Trillas. Capítulo 11.

Necesidad de liderazgo.- Una organización madura necesita líderes por cuatro motivos:

- 1) *El diseño organizacional es imperfecto*: la realidad es mucho más compleja y variable que un organigrama, y no lo escrito debe ser enseñado y dirigido por líderes.
- 2) *Medio externo cambiante*: lo que ocasiona o demanda cambios dentro de la empresa, permitiendo el líder dirigirlos por cuanto requiere inventiva y creatividad.
- 3) *Dinámica interna de la organización*: cuando la organización busca ampliar su control sobre el ambiente para sobrevivir, agrega nuevas funciones y surge la necesidad de coordinarlas con las estructuras existentes. También pueden producirse desequilibrios entre subsistemas dentro de la organización, que requiere una reequilibración.
- 4) *Naturaleza de la membresía humana*: el hecho de que las personas tengan otras actividades y filiaciones, afectan sus conductas en la organización a la que pertenecen: cambios en la primeras producen cambios en las segundas. Por tanto, requerirán algún cambio dentro de la organización (por ejemplo cambiar los premios y castigos).

Los cambios también se deben a factores madurativos o de desarrollo y a factores de desgaste. Además, las necesidades y motivaciones, sobre todo en el personal más elevado, influyen sobre la organización produciendo cambios.

Condensado de Katz y Kahn (1992) Psicología social de las organizaciones. México: Trillas. Capítulo 11.

Tipos de liderazgo organizacional.- En las organizaciones existen tres tipos básicos de liderazgo, según que consista en crear, interpolar o utilizar la estructura organizacional:

- 1) *Creación*: introducción de cambios estructurales (formulación de políticas). Ello puede obedecer a razones de mercado o de competencia. Por ejemplo, cuando la Ford se reestructuró al cambiar el modelo T por el modelo A: cambiaron el personal, los departamentos, etc.
- 2) *Interpolación*: integración de la estructura formal preexistente. Implica mejorar o completar continuamente la estructura existente, y se improvisa pero dentro de ciertos límites. Por ejemplo los sargentos del ejército de EEUU pueden variar procedimientos burocráticos según las circunstancias.
- 3) *Administración*: empleo de la estructura formal para que la organización siga funcionando con efectividad. Implica respetar los mecanismos correctivos ya pautados por la estructura existente, y el líder sólo vela por su cumplimiento.

Otras diferencias se sintetizan en el siguiente cuadro:

Tipo de proceso de liderazgo	Nivel organizacional adecuado	Habilidades y capacidades	
		Requerimientos cognoscitivos	Requerimientos afectivos
Creación: cambios, iniciación o eliminación de la estructura	Niveles superiores	<i>Perspectiva de sistema externa e interna.-</i> Si carece de ella, la persuasión y calor humano del líder pueden volverse contra la organización. Perspectiva externa implica atender las influencias ambientales, y la interna poder entender la cultura organizacional y comprender y armonizar los distintos sub-sistemas, a veces desconectados (ventas quiere un producto x, y producción hace otro producto). <i>Subordinación de la estructura.-</i> Los líderes afirman su libertad respecto de la estructura existente: la utilizarán antes de ser utilizados por ella. Roosevelt creó nuevos organismos en el gobierno pues este debía asumir nuevas funciones. Subordinar la estructura significa subordinarla a las necesidades y metas de la organización. Los requerimientos de cambio son mínimos cuando el ambiente externo es estable o cuando la organización alcanzó su	<i>Carisma.-</i> Deriva de las necesidades emotivas de los subordinados para abdicar de su responsabilidad propia: confían en el líder que sabrá resolver la situación. Debe haber una distancia entre líder carismático y subordinado: el jefe inmediato no tiene aura mágica. El líder debe tener una semejanza (membresía) con sus subordinados para que haya un nexo común: sólo así los subordinados pueden identificarse con el líder.

		madurez.	
Interpolación: complementación de la estructura	Niveles intermedios	<i>Perspectiva del sub-sistema.-</i> Para desarrollar una estructura complementaria, los líderes de niveles gerenciales medios deben saber como actuarán los de arriba y como se verán motivados o limitados los de abajo (orientación bidireccional del líder). Deben tener en cuenta las necesidades de los subordinados.	<i>Integración de relaciones primarias y secundarias.-</i> Cuando se consigue integrar el grupo primario incluido en el secundario, las normas de trabajo del grupo concuerdan con las de la organización, y se llega al éxito. Relaciones secundarias son aquellas relaciones interpersonales exigidas por la organización. Por ejemplo el pulidor no podrá hacer su trabajo si el esmerilador no hizo bien el suyo. Son relaciones más racionales y desafectivas, y además universales (impersonales: cualquiera puede sustituir a otro en el mismo rol). Relaciones primarias y secundarias se dan siempre juntas (por ejemplo 'no es nada personal, pero...'), y pueden generar conflictos entre las necesidades individuales y las organizacionales.
Administración: uso de la estructura	Niveles inferiores	<i>Conocimientos técnicos y comprensión del sistema de reglas.-</i> Por ejemplo ver que todos reciban los materiales, las herramientas y las órdenes.	<i>Preocupación por la equidad en las recompensas y sanciones.-</i> Deben imponerse se acuerdo a normas universales aceptadas. La regla no debe leerse literalmente sino según el contexto. Lo primero lleva al ritualismo burocrático, como el policía que hace boletas en un tránsito caótico: aquí debe dirigir el tránsito.

Problemas de concentrarse en una sola pauta de liderazgo.- Es tan peligroso sujetarse a la pura administración, como dedicarse a la creación libre de estructuras. Si no hay buena administración (tener aulas, tizas, etc) los profesores se irán. Crear, interpolar o usar estructuras dependerá de la velocidad de los cambios que se den en el contexto externo. Mann se refiere a una 'mezcla de habilidades' (crear, interpolar, usar, diría Katz) adecuada a cada nivel organizacional y a cada momento que esté pasando la empresa. Ninguna pauta de liderazgo funciona en todas las fases de la vida organizacional, pero compartir las pautas de liderazgo contribuye casi siempre a que la organización sea más efectiva. La función de liderazgo a veces se distribuye, se comparte, siendo aquí importante lo motivacional: que la gente se sienta más atraída por decisiones en que toman parte. Otra forma de distribuir es delegar poder (además de hacer participar en la toma de decisiones).

Condensado de Katz y Kahn (1992) Psicología social de las organizaciones. México: Trillas. Capítulo 11.

Clasificación.- Ball describe tres tipos principales de liderazgo: interpersonal, administrativo y político. Dentro de éste último, hay dos variantes: el antagonista y el autoritario.

Los directores con estilo interpersonal apelan principalmente a las relaciones personales y al contacto cara a cara para desempeñar su rol. En contraste con éstos, los de estilo administrativo recurren más a los comités, los memorándums y los procedimientos formales. Los antagonistas tienden a disfrutar de la discusión y el enfrentamiento para mantener el control, mientras los autoritarios evitan y sofocan las discusiones para favorecer el mando.

Los directores tienden a presentar un solo estilo, pero éste puede variar según las circunstancias o ser reelaborado y adaptado a diferentes públicos.

Los cuatro estilos de liderazgo mencionados son cuatro formas de solución al dilema político básico del director de una escuela, dilema que concierne a *dos cuestiones*: el logro del control (dominio), y la adhesión (integración). Así, los estilos son medios diferentes para alcanzar el mismo fin: la estabilidad política dentro de la organización.

El director debe lograr el control de la organización, pero también la integración. Para esta última son decisivas dos cuestiones: la autonomía y la participación (por ejemplo de los profesores).

Se entiende generalmente la *autonomía* no como un derecho sino como un privilegio que se otorga al profesor, y que por tanto le puede ser quitado. La autonomía es un conjunto de libertades para actuar enmarcadas en límites estrictos, y que pueden ser retiradas o reducidas si se infringen esos límites. La autonomía da una ilusión de independencia.

El director, al conceder autonomía a los profesores en cuanto al currículum y otras cosas, puede también excluirlos de su *participación* en otros temas que afectan a la organización como un todo y a la toma de decisiones en la escuela. Se les impide por ejemplo adoptar una perspectiva global, que sería privativo del director.

Otro concepto clave es la *seudoparticipación*. Si la autonomía da una ilusión de libertad, la seudoparticipación da una ilusión de control. Las formas de participación difieren según el tipo de liderazgo, según el siguiente esquema:

	Formas de participación	Respuesta a la oposición	Estrategias de control
Autoritarios	Suprimir la expresión pública	Suprimir la conversación	Aislamiento, ocultamiento y secreto
Administrativos	Comités formales, reuniones y grupos de trabajo	Canalización y aplazamiento	Estructuración, planificación, orden del día, tiempo y contexto
Interpersonales	Charlas informales, consultas y conversaciones personales	Fragmentación y compromiso	Actuaciones privadas de la persuasión
Antagónicos	Reuniones públicas y debate abierto	Enfrentamiento	Actuaciones públicas de la persuasión

Como se ve, cada estilo de liderazgo da origen a, y es perpetuado por, una forma particular de organizar la conversación concerniente a la adopción de políticas y a la asignación de recursos en la organización. En todos los casos, esta conversación es considerada por el líder como crítica y problemática para el control de la organización. La conversación es juzgada subversiva cuando la llevan a cabo los subordinados, y no es controlada.

Satisfacción, frustración y oposición.- Los profesores manifiestan satisfacción cuando están satisfechos de su influencia sobre la estructura de poder existente, o bien, cuando están satisfechos con la situación existente, corresponda o no a sus intereses, entre otras cosas porque pueden tener un futuro dentro de la organización.

Manifiestan en cambio fatalismo quienes no tienen influencia, pero nada hacen para cambiar la situación. Otra reacción es la frustración, que comparten muchas características con los fatalistas pero no su resignación: exige cambios sin tener en cuenta los fracasos pasados ni las posibilidades futuras de éxito.

Influencia y oposición.- Son dos tipos importantes de actividad política que están fuera de la organización formal de la escuela. La influencia implica explotar una relación social o personal o una relación de poder e intercambio. Se ejerce privadamente. La oposición se basa en la ausencia de una relación, un choque público entre voluntades de individuos o grupos.

Se pueden postular tres situaciones básicas para el surgimiento de una oposición: 1) cuando la principal preocupación del director es mantener el statu quo (típico del líder administrativo); 2) cuando el director es un defensor del cambio gradual: se establecen canales formales e informales para que el personal discuta. 3) Cuando el director trata de innovar y promover el cambio en encuentra el reto de una oposición defensiva. Se presenta a menudo cuando hay un cambio de director.

Resumen de Ball S (1996) La micropolítica en la escuela. Hacia una teoría de la organización escolar. Capítulos 4 y 5.

Generalidades.- El liderazgo resulta difícil de analizar porque hay que enfrentar cinco tipos de problemas:

Problema 1: Identificación del líder. Para que un equipo de fútbol funcione bien es preciso un mínimo de efectividad en el liderazgo a todo nivel (capitán, director técnico, dueño del club, etc), pero a menudo el equipo funciona bien cuando tienen sobresalientes actuaciones algunos niveles de liderazgo. Estas características sobresalientes nos permiten definir qué es un líder, y a veces asumimos que dicho ideal existe: un líder sería quien es capaz de exigir un esfuerzo extra a sus subordinados. Liderazgo es lo contrario a motivación, en tanto esta última concierne a los subordinados

Problema 2: El alcance del liderazgo. La influencia de un líder puede ser directa o indirecta. En este último caso, por ejemplo, la de un líder religioso en tanto no tiene un contacto cara a cara con todos. Un

alto ejecutivo ejerce influencia indirecta sobre todos, aunque a veces no se requiere que influya sino que sepa seleccionar a otros ejecutivos influyentes.

Problema 3: El contexto cultural del liderazgo. Una definición de liderazgo depende del contexto político u organizacional. Etzioni por ejemplo, señala que el liderazgo será diferente en una organización coercitiva, en una utilitaria y en una normativa. Cada forma de cultura organizacional tiene sus propios líderes: por más carismático que sea, un líder no cambiaría mucho las cosas en una organización burocrática, por ejemplo.

Conceptos de liderazgo en diferentes tipos de organizaciones

Tipo organizacional básico	COERCITIVO	UTILITARIO	NORMATIVO
Forma básica de participación	Alienante	Calculadora	Moral
Base de autoridad	No legitima. Control del premio y castigo	Racional-legal. Autoridad por cargo	Carismática. Autoridad racional basada en la especialidad
Términos o conceptos de líder	Rey o reina Emperador o emperatriz Dictador Tirano Autócrata Autócrata benevolente Jefe	Supervisor Gerente Ejecutivo Burócrata Representante Senador	Líder verdadero Mesías Salvador Empresario Gerente Ejecutivo
Actitud del subordinado	Dependencia Sumisión Resignación o enojo Resentimiento Dependencia mutua o lealtad Identificación con el líder Compromiso	Cautela Sospecha Independencia Preocupación por la equidad Autoprotección Desvinculación	Participación Compromiso Dedicación Alta motivación Sentido de propósitos compartidos Interdependencia
Dilema de liderazgo básico	Como asegurar objetivos adecuados y como convencer a otros de que lo son	Como asegurar la participación	Como mantener la participación. Como manejar la sucesión

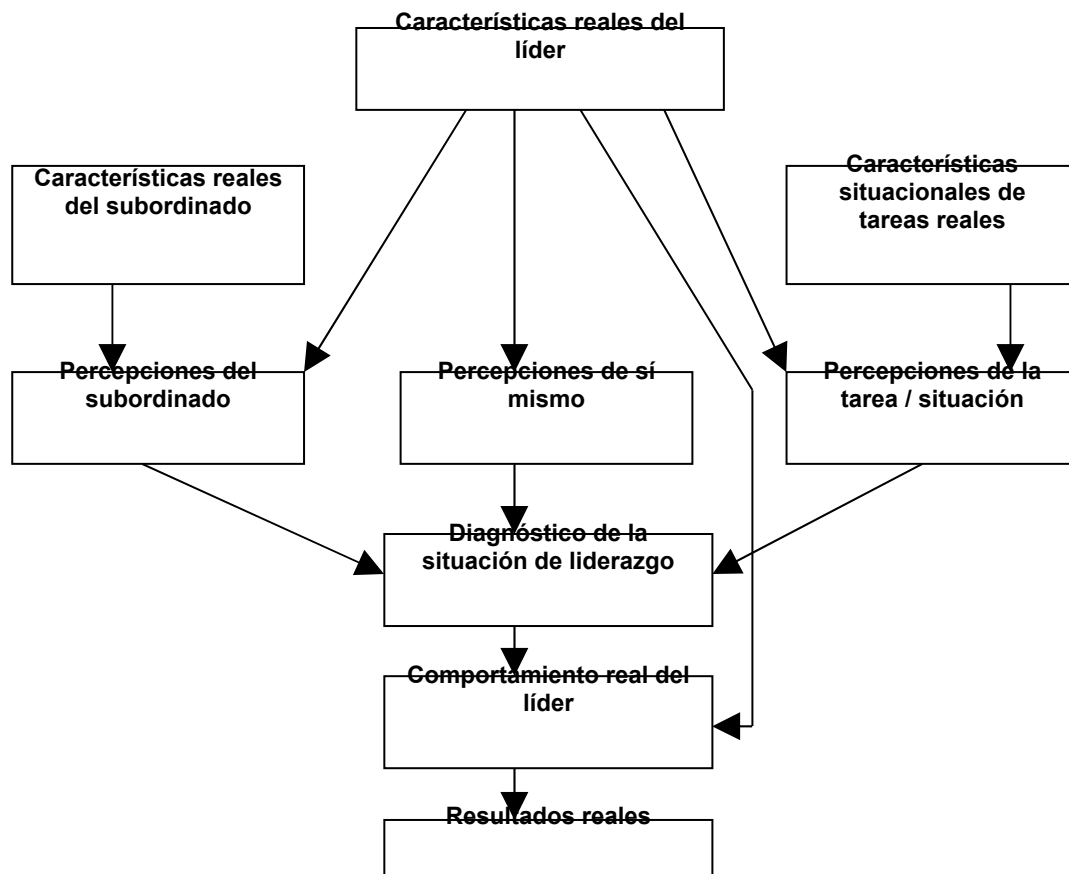
Problema 4: La tarea del líder. El tipo de liderazgo puede cambiar si cambia la tarea a realizar, como consecuencia por ejemplo de cambios externos. Si aparece un nuevo competidor en el mercado, habrá que cumplir la tarea de otra manera y ello exigirá un líder autocrático que reemplace el rol de líder participativo o democrático.

Problema 5: Etapa del desarrollo entre el líder y los subordinados. La conducta del líder debe juzgarse también según el tiempo que líder y subordinados han trabajado juntos. Un líder nuevo con una tarea y un grupo nuevos puede requerir un líder autocrático. Otro tanto ocurre con la evolución de una organización: si esta está creciendo requerirá un tipo de liderazgo distinto que si está decayendo.

Condensado de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulo 4 y 7.

Análisis del liderazgo.- El liderazgo debe evaluarse en función de cada situación, cada tipo de subordinado, cada tarea. Se trata de un análisis complejo pero necesario porque se constató que ciertas características tradicionales de un líder estaban correlacionadas con el éxito en algunos casos, y en otros no. El siguiente esquema ilustra un marco de diagnóstico para analizar el liderazgo, donde se puede apreciar que su comportamiento real es producto del diagnóstico de la situación y de sus características reales.

Los componentes de una situación de liderazgo



Condensado de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulo 7.

Teorías sobre liderazgo.- De acuerdo a Schein, las teorías sobre liderazgo y participación se pueden clasificar en cuatro grandes tipos, según donde se ponga el énfasis:

- 1) Con énfasis en el líder: teoría del apareamiento de líderes de Fiedler.
- 2) Con énfasis en la tarea / situación: teoría de contingencia de Vroom.
- 3) Con énfasis en los subordinados: teoría del liderazgo situacional de Hersey y Blanchard.
- 4) Con énfasis en el comportamiento del líder: modelos I y II de Argyris.

1) *Con énfasis en el líder: teoría del apareamiento de líderes de Fiedler.*- Un líder puede estar orientado por dos elementos: por la tarea (se preocupa porque la tarea se cumpla bien), o por la relación (se preocupa por el mantenimiento de buenas relaciones con los subordinados).

Estudiando diversos grupos laborales, Fiedler arribó a tres conclusiones:

- a) Si la situación es altamente favorable al líder (es decir si tiene una buena relación con los subordinados, si tiene autoridad para premiar o castigar, y si la tarea está altamente estructurada por tener objetivos claros y pocas soluciones correctas) entonces los mejores resultados se obtienen con líderes altamente orientados por la tarea.
- b) Si la situación descrita anteriormente sólo es moderadamente favorable (o sea no hay tanta aceptación del líder, la tarea es poco estructurada, etc.), entonces los mejores resultados se obtienen con líderes altamente orientados por la relación.
- c) Si la situación anterior no le es favorable al líder, entonces los mejores resultados se obtienen con líderes altamente orientados por la tarea.

Por ejemplo, situaciones más o menos estructuradas (caso b) exigen fortalecer o atender las relaciones con los subordinados, y si en estos casos el líder se centra en la tarea, sus resultados serán negativos.

2) *Con énfasis en la tarea / situación: teoría de contingencia de Vroom.*- Mientras la teoría anterior partía de ciertas características del líder (en cuanto a si estaba orientado por la tarea o la relación), esta teoría se centra en la situación o la tarea, debido a que las características del líder están relacionadas con las actividades de sus subordinados (tarea). Por ejemplo, cierto tipo de subordinado prefiere tener un líder autocrático, mientras que otro preferirá el líder democrático.

El líder es un sujeto que debe tomar decisiones, pudiéndolo hacer de diversas maneras o con estilos diferentes: decidiendo él solo, consultando a los subordinados (a algunos o a todos), decidiendo él solo pero pidiendo información a los subordinados, etc.

En base a ello, Vroom estableció una serie de reglas para proteger la calidad y la aceptación de sus decisiones.

Una regla para proteger la calidad de la decisión es por ejemplo, la regla de la información: si el líder tiene poca información y la decisión es importante, entonces deberá de consultar a sus subordinados.

Una regla para proteger la aceptación de la decisión por parte de los subordinados es por ejemplo la regla de la aceptación: si la aceptación de la decisión por parte de los subordinados se hace indispensable para asegurar una implementación efectiva, y no hay seguridad que una decisión del líder autocrático sea aceptada, entonces el líder no deberá decidir por sí solo (ni aún pidiendo información a los subordinados).

3) *Con énfasis en los subordinados: teoría del liderazgo situacional de Hersey y Blanchard.*- Esta teoría toma en cuenta el grado de madurez de los subordinados, siendo entonces sus conclusiones, las siguientes:

a) Si la madurez del subordinado es baja, el grupo tendrá éxito o será efectivo si el líder está muy centrado en la tarea y poco centrado en las relaciones.

b) A medida que la madurez de los subordinados aumenta, el líder debiera disminuir el énfasis en la tarea y aumentarlo en la relación para ayudarle al grupo a ser más competente.

c) Si la madurez continúa aumentando, el líder disminuirá el énfasis en la tarea y la relación, pues el grupo está ganando confianza y habilidad para trabajar por sí solo.

d) A partir de lo anterior, el líder puede bajar el énfasis todavía más en la tarea y la relación, delegándole tareas al grupo y esperar a que las realicen.

4) *Con énfasis en el comportamiento del líder: modelos I y II de Argyris.*- Argyris señala que los líderes en las empresas 'predican' un tipo de comportamiento, pero en la práctica 'practican' otro distinto, llamado Modelo I, perjudicial y poco efectivo, el cual se describe mediante cuatro variables dominantes:

a) Un objetivo se debe alcanzar tal y como uno lo ve o le parece; b) uno debe ganar en lugar de perder;

c) uno debe evitar al máximo los sentimientos negativos que se puedan presentar en una relación; y d) uno debe ser racional y minimizar cualquier estado afectivo.

Todo ello lleva a un comportamiento donde el líder tiende a controlar a las otras personas, aumenta al máximo su seguridad y reduce la posibilidad de confrontar problemas muy cargados emocionalmente.

Argyris propone entonces que las organizaciones saldrían mejor libradas si el líder pudiera aprender a comportarse de acuerdo al Modelo II, orientado por las siguientes tres premisas:

a) La acción debe basarse en información válida, y no en lo que uno le parece; b) la acción debe estar orientada por una elección libre e informada; y c) la acción debe estar basada en un compromiso interno con la elección hecha y un seguimiento constante de la implementación de esa elección.

Condensado de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulo 8.

Tipos.- Autocracia, consulta, participación, o delegación son cuatro tipos de liderazgo, desde el más rígido y controlador (autocracia), hasta el más laissez-faire (delegación). Los investigadores del tema no se han puesto de acuerdo acerca de cuál es el más conveniente, pero para Schein, sin embargo, la discusión sobre cuál es el mejor carece de sentido a menos que se especifique la naturaleza de la tarea, la forma de ser de los subordinados y las condiciones contextuales.

Condensado de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulo 8.

El liderazgo como conjunto de funciones distribuidas.- El líder puede tener, para su grupo u organización, una gran cantidad de funciones diferentes, tales como formular los valores básicos, fijar y anunciar fines y propósitos, organizar los recursos humanos o técnicos, planear, brindar información, guiar, ofrecer retroinformación sobre el proceso que se va cumpliendo, dar apoyo, aclarar, sintetizar, buscar consenso, decidir, premiar, castigar, etc.

Para Schein, tales funciones pueden estar distribuidas entre todos los miembros del grupo, pero hay ciertas funciones críticas propias del líder, y que son cuatro: a) Determinar, articular o comunicar los fines o tareas básicas que se buscan lograr; b) hacer el seguimiento para ver si se cumplen esos fines; c) asegurarse que los subordinados estén integrados como grupo para el logro eficiente de la tarea; y d) proveer lo necesario para asegurar el logro de la tarea y el mantenimiento de la unidad o solidez grupal.

Condensado de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulo 8.

Orientación por tareas versus orientación por personas.- Si la orientación del liderazgo (tarea versus relación) y el estilo (autocrático, participativo, delegatorio) dependen ambos del tipo de tarea o del área de decisión, necesitamos una dimensión para clasificar los tipos de decisión, y entonces estos pueden dividirse en tres: a) decisión relacionada con el tipo de trabajo; b) con el contexto de interacción donde se realiza el trabajo; y c) decisiones que dependen de políticas organizacionales elevadas.

Para Schein, cuanto más alto sea el nivel que se tiene en la organización, más importante será tener una orientación hacia las personas o relaciones y ser personalmente competente, y menos importante será estar orientado por problemas de tarea y ser competente para realizarlas, asumiendo que la orientación por tareas y la competencia se mantengan en un nivel razonablemente alto.

Condensado de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulo 8.

Definición.- Proceso por el cual quienes lo llevan a cabo aseguran que una organización tenga una dirección clara y sensata, creando una visión de futuro y estrategias para realizar esa visión; y en este

proceso motivan a los demás para lograr esta visión superando dificultades y adaptándose a los cambios. (Kotter, 1996).

Los líderes "no hacen planes, no solucionan problemas, ni siquiera organizan a las personas. Lo que de verdad hacen los líderes es preparar a las organizaciones para el cambio y ayudarlas a enfrentarlo mientras lo atraviesan" (Kotter, 1990:132).

Kotter, John (1996) Las Nuevas Reglas en los Negocios; traducción Guadalupe Meza Saines. México: Prentice Hall Hispanoamericana.

Kotter John (1990) Lo que de verdad hacen los líderes. En Harvard Business Review (2005). Bilbao: Deusto.

Características del líder.- Diversos autores han intentado definir las características del líder a partir de ciertos rasgos de la personalidad en base a las teorías de Catell y Allport.

Muchos autores que han investigado el fenómeno del liderazgo bajo este enfoque, se han preguntado ¿por qué ciertos individuos surgen como guías o dirigentes de un grupo, cuando otros bajo condiciones similares no lo hacen? Por ejemplo, ¿por qué un individuo x es capaz de conducir un grupo?, ¿por qué x tiene ciertas cualidades internas que le permiten hacerlo? Este modelo comprensivo puede ser identificado en cualquier investigación que trate de describir los rasgos que diferencian a un líder de un no líder.

Se asume como premisa fundamental en las investigaciones de rasgos y características, que las disposiciones internas tienen una influencia en el comportamiento del individuo. Esta idea se origina en la teoría de rasgos de la personalidad, cuyos principales exponentes, Allport y Catell, se refieren a los rasgos como "posibilidades, disposiciones o tendencias para la acción, relativamente duraderos o permanentes (...). Esta concepción implica que, en algún sentido, los rasgos (...) son determinantes de la conducta o antecedentes de ella" (Allport 1937, 1963, 1966; Catell 1959, 1965; citados por Fierro 1986:117).

En esas investigaciones se asume que los líderes poseen un tipo particular de personalidad, un estado más o menos fijo de existencia. Se parte de la idea de que poseen un patrón particular, susceptible de ser encontrado y descrito. El objetivo de muchas investigaciones basadas en este enfoque, ha sido enumerar un juego de características, destinadas a describir a las personas que ejercen el liderazgo en diferentes ambientes organizacionales.

Así, Catell, Gibb y Lawson, utilizando el cuestionario de los 16 factores de personalidad de Catell (16 PF), reportan que los líderes tendían a obtener puntajes más elevados en los siguientes rasgos: inteligencia, entusiasmo, control y autoconcepto (Catell 1964, Gibb 1961, Lawson 1962, citados por Clark y Clark 1990).

Es importante mencionar que Stogdill (1948, 1974 citado por Bass, 1983), al analizar una recopilación de 163 investigaciones que intentaban identificar las características de los líderes, revela que, entre otros rasgos es posible identificar los siguientes como adecuados descriptores de aquellas personas que ejercen el liderazgo: velocidad de decisión, originalidad, adaptabilidad, ascendencia, responsabilidad, seguridad en sí mismo y sociabilidad.

Gordon, partiendo de la concepción de Catell, elaboró un instrumento psicométrico que mide 7 rasgos de personalidad, definidos a continuación (Gordon 1972:10): a) Ascendencia: "aquellas personas que son verbalmente predominantes, que adaptan un papel activo en el grupo, que están seguras de sí mismas y que tienden a tomar decisiones independientemente". b) Responsabilidad: "las personas que pueden persistir en cualquier trabajo que le es asignado, que son perseverantes y decididos y en quienes se puede confiar". c) Sociabilidad: "las personas a quienes gusta hallarse entre la gente y trabajar con ella y que son gregarias y sociales". d) Cautela: "los individuos que son sumamente cautelosos, que consideran muy cuidadosamente los asuntos antes de tomar decisiones, y a quienes no gusta probar oportunidades o correr riesgos". e) Originalidad: "las personas (...) que gustan de trabajar en problemas difíciles son intelectualmente curiosos, gozan en las cuestiones y discusiones que hacen pensar y gustan pensar nuevas ideas". f) Relaciones personales: "personas que tienen mucha fe y confianza en la gente, y que son tolerantes, pacientes y comprensivas". g) Vigor: "caracteriza a personas que son vigorosas y enérgicas, a quienes gusta trabajar y moverse rápidamente, y que pueden lograr hacer más que la persona media".

Clark K, Clark M (1990) Measures of Leadership. New Jersey: Leadership Library of America, Inc.

Fierro A (1986) Personalidad. Sistema de Conductas. México: Trillas.

Gordon, L (1972) Manual del Perfil e Inventario de la Personalidad. México: El Manual Moderno.

Competencias del liderazgo.- Según Goleman D, Boyatzis R y McKee A (2003), las siguientes son las competencias del líder en las organizaciones:

1) *Conciencia emocional de uno mismo.*- Los líderes que están en contacto con sus señales interiores y reconocen el modo en que sus sentimientos le afectan y acaban influyendo en su rendimiento laboral. Están en contacto con sus valores que los guían y que muy a menudo pueden ver la imagen global de una determinada situación. Suelen ser sinceros, y auténticos y son capaces de hablar abiertamente de sus emociones.

2) *Valoración adecuada de uno mismo*.- Es la competencia permita al líder reconocer sus fortalezas y debilidades. Acepta críticas y el feedback constructivo. Sabe pedir ayuda y cultivar nuevas habilidades del liderazgo.

3) *Confianza en uno mismo*.- El conocimiento de sus habilidades, hace que el líder pueda apoyarse en sus fortalezas, sabe asumir tareas complejas, tiene una fuerte presencia y seguridad en si mismo lo cual le ayuda frente a la presencia del grupo.

4) *Autogestión*.- Autocontrol, sabe controlar sus emociones e impulsos perturbadores. Lo característico de esta competencia es que frente a situaciones críticas se comporta adecuadamente.

5) *Transparencia*.- Encara sus valores de una forma practica, Es sincero con sus sentimientos, creencias y acciones .Aceptan sus errores abiertamente y no pasan por alto las conductas poco éticas.

6) *Adaptabilidad*.- Hace frente a situaciones muy diversas, son personas flexibles como para afrontar los retos, se adaptan a los cambios, y no tienen problema en cambiar de opinión cuando sea necesario.

7) *Logro*.- Elevadas ambiciones personales que quieren mejorar ellos mismos y buscan la forma en que los subordinados también puedan hacerlo. Son de ponerse objetivos difíciles y mensurables también así saben calcular los riesgos de dichos objetivos. Están permanentemente aprendiendo y enseñando la forma de hacer mejor las cosas.

8) *Iniciativa*.- Los líderes que son eficaces, No esperan que se les presenten las oportunidades, sino que las aprovechan o las buscan.

9) *Optimismo*.- Saben afrontar las circunstancias adversas, tomándolas como una oportunidad. Tienen en cuenta los aspectos positivos de los demás, Todo lo ven de forma positiva.

10) *Conciencia social*.- Supone tres cualidades: empatía, conciencia organizativa y servicio. Mediante la empatía experimentan las emociones de las personas y de los grupos, saben escuchar a los demás y comprenderlos. Hace que se lleven bien con personas de distintas culturas. Mediante la conciencia organizativa captan las relaciones de poder y comprenden las redes sociales que subyacen y configura una organización, captan las reglas tácitas. Mediante el servicio, los líderes con capacidad de servicio saben generar el clima adecuado para establecer una buena relación con el consumidor. Son personas que garantizan la satisfacción del cliente y con las que se puede contar cuando se las necesita.

11) *Gestión de las relaciones*.- Los líderes que saben inspirar a los demás y movilizan a los empleados en función de una visión convincente o un objetivo compartido. Su ejemplo resulta inspirador y saben articular la sensación de objetivo común, convierten al trabajo en algo muy estimulante. Tienen la capacidad de adaptarse a cada interlocutor hasta saber rodearse de las personas y la red de apoyo clave para llevar a la práctica una iniciativa. Son personas comprometidas y persuasivas. En la dirección de un grupo. El líder muestra un interés por sus subordinados y sabe comprender sus objetivos, sus fortalezas y sus debilidades. Saben dar un feedback. Cataliza el cambio, es decir, reconoce la necesidad de cambiar, ponen en cuestión el statu quo se sitúan en el proceso de cambio. Son convincentes del cambio frente a la oposición, saben como superar las barreras que obstaculizan el cambio.

Respecto de la gestión de los conflictos, los líderes sacan provecho de todas las situaciones, comprenden los distintos puntos de vista y pueden articular un ideal común. Saben sortear los obstáculos, reconocer los ideales comunes y encauzar la energía en la dirección del ideal compartido.

Respecto del trabajo en equipo y colaboración, los líderes que pueden trabajar en equipo generan una atmósfera de colaboración amistosas son un modelo de respeto, utilidad y cooperación. Son personas que saben construir una identidad común más allá de las obligaciones laborales.

Goleman D, Boyatzis R y McKee A (2003) El líder resonante crea más. El poder de la inteligencia emocional. Barcelona: Plaza & Janes.

Competencias del liderazgo.- Goleman plantea que los líderes eficientes requieren ciertas aptitudes, que agrupa en tres clases principales. "Las dos primeras caen bajo el título de inteligencia emocional; la primera incluye aptitudes tales como el logro, la seguridad en uno mismo y el compromiso, mientras que la segunda consiste en aptitudes sociales, como la influencia, la conciencia política y la empatía. El tercer grupo de aptitudes es cognitiva: pensar estratégicamente, buscar información con amplitud de criterios y aplicación de un fuerte pensamiento conceptual" (Goleman, 1999:234).

Goleman D (1999) La inteligencia emocional en la empresa. Buenos Aires: Vergara.

Funciones del líder.- "En lugar de ofrecer respuestas, los líderes tienen que plantear preguntas difíciles. En lugar de proteger a sus empleados de las amenazas externas, los líderes deben permitir que la realidad les estimule a adaptarse. En lugar de orientar a las personas sobre sus funciones actuales, los líderes deben desorientar de manera que se puedan desarrollar nuevas relaciones. En lugar de resolver los conflictos, los líderes deben plantear los problemas. En lugar de mantener las normas, los líderes deben cuestionar 'la manera en que hacemos negocios' y ayudar a los demás a distinguir entre los valores inmutables y las prácticas históricas que han quedado obsoletas" (Heifetz y Laurie, 1997:181-182). Heifetz y Laurie ofrecen seis principios para liderar una labor de adaptación: 'asomarse al balcón' (percibir un contexto para el cambio o crearlo), identificar el desafío de la adaptación, controlar la angustia, mantener una atención disciplinada, devolver el trabajo a los empleados y proteger las voces del liderazgo que provienen de abajo" (Heifetz y Laurie, 1997:182).

Heifetz R y Laurie D (1997) El trabajo del liderazgo. En Harvard Business Review (2005). Bilbao: Deusto.

Funciones del líder.- "La tarea fundamental del líder es despertar los sentimientos positivos de sus subordinados y ello ocurre cuando un líder produce *resonancia*, es decir, el clima emocional positivo indispensable para movilizar lo mejor del ser humano. En su raíz, pues, la tarea fundamental del liderazgo es emocional. Esa dimensión primal del liderazgo determina las cualidades distintivas del líder, y este es también el motivo por el cual la inteligencia emocional (el adecuado conocimiento y gestión de las emociones) desempeña un papel tan importante en la eficacia del liderazgo" (Goleman D, Boyatzis R y McKee A, 2003:17).

Goleman D, Boyatzis R y McKee A (2003) El líder resonante crea más. El poder de la inteligencia emocional. Barcelona: Plaza & Janes.

Teorías sobre liderazgo.- Hay diferentes posiciones teóricas que tratan de explicar el fenómeno del liderazgo, a través del estudio de las variables que determinan quién es un líder, y al analizar las afirmaciones citadas por los diferentes autores, acerca de la importancia de los rasgos de personalidad y de las conductas emitidas por los individuos que ejercen el liderazgo, cabe plantearse el siguiente dilema: ¿son las características de las personas las que determinan su capacidad de conducir a un grupo? ¿o son sus comportamientos? o yendo más allá, existen otras variables, como por ejemplo la situación en la que este individuo "es" y "se comporta" lo que determina tal capacidad.

"En este orden teórico hay clara asimetría entre la psicología de rasgos y la situacionista. Mientras la primera no niega que también la situación sea una causa o un determinante, el situacionismo sí deniega que los rasgos sean causas o determinantes de la conducta. De todos modos también para este la noción de situación puede ser lo bastante compleja -y lo es, sobretodo, desde el momento que incluyen las situaciones pasadas que forman la historia de la gente como para que en ellos queden incorporados muchos aspectos habitualmente recogidos en la noción de rasgos" (Fierro, 1986:48).

La afirmación de Fierro, aplicada al fenómeno del liderazgo, se puede entender en el sentido de que los rasgos de personalidad son un requisito necesario, más no suficiente para predecir la efectividad de un líder; es decir, que un individuo con las cualidades descritas, sólo tendrá mayores probabilidades de ejercer su función de forma efectiva, que aquel que no las posee. Finalmente, como expresa Adair: "las cualidades le dan color a lo que de otro modo sería una serie sin vida de destrezas interpersonales: uno puede instruir al equipo cálidamente, con entusiasmo, o hacerlo de una manera fría, sin lustre en la voz; uno puede controlar con firmeza, calmadamente y con sensibilidad, o puede hacerlo a lo bruto, y sucesivamente (Adair, 1990:21).

Adair, J (1990) Líderes, no jefes. Bogotá: Legis.

Fierro A (1986) Personalidad. Sistema de Conductas. México: Trillas.

Liderazgo y administración.- Administración y Liderazgo son dos conceptos diferentes, pero relacionados. La mayor parte de los expertos coinciden con esta afirmación. En la actualidad, los investigadores están tratando de identificar la serie de rasgos que implícitamente maneja la gente cuando se refiere a un líder. Esta corriente propone que "el liderazgo es tanto estilo (proyectar el aspecto del líder) como contenido" (Robbins, 1996:410).

"El liderazgo es influencia en el comportamiento de personas, o grupos, para alcanzar objetivos. Aquellos jefes ubicados en la jerarquía del mando organizacional, tienen capacidad efectiva para intervenir en la conducta de sus subordinados, en cuanto pueden ordenar acciones en función del logro de los objetivos. En consecuencia, en un sentido estrecho y formal, se sigue que los administradores se ajustan a la idea de liderazgo. Sin embargo, la idea es incompleta y engañosa; porque son los seguidores y subordinados, los que determinan efectivamente si alguien es líder o no; lo cual es esencial para la comprensión del liderazgo. En razón de lo anterior, afirmar que los administradores son líderes por derecho de posición organizacional o de autoridad; sólo es verdad, si los subordinados reconocen al administrador como líder y cooperan con él; en caso contrario, la afirmación es incorrecta" (Lynch, 1999).

Lynch P y otros (1999) Liderazgo, inversión y toma de decisiones en educación, Clima organizacional. Concepción: Ediciones Facultad de Educación, Universidad de Concepción.

Robbins S (1996) Comportamiento Organizacional. Teoría y Práctica. México: Prentice Hall; 7ª Edición.

Liderazgo y administración.- Para Kotter (1992) el líder y el administrador tienen funciones diferentes. Funciones del *administrador* son: a) planear y presupuestar, o sea establecer pasos detallados y tiempos para alcanzar los resultados requeridos, para después asignar los recursos necesarios para hacer que las cosas sucedan; b) organizar y promover personal: establecer alguna estructura para llevar a cabo el plan, proveer a dicha estructura de individuos, delegar responsabilidad y autoridad para llevar a cabo el plan, proporcionar políticas y procedimientos para ayudar a orientar a la gente, y crear métodos o sistemas para vigilar la instrumentación; y c) controlar y resolver problemas: supervisar resultados, identificar desviaciones del plan, para luego planear y organizar con el fin de resolver estos problemas.

Funciones del *liderazgo* son, en cambio: a) establecer una dirección: desarrollar una visión del futuro, con frecuencia el futuro lejano, y estrategias para producir los cambios necesarios para alcanzar dicha visión;

b) alinear a la gente: transmitir la dirección en palabras y hechos a todos aquellos cuya cooperación pudiera necesitarse para influir en la formación de equipos y coaliciones que comprendan la visión y las estrategias y que acepten su validez; c) motivar e inspirar a la gente: transmitir energía a la gente para superar barreras políticas, burocráticas y de recursos importantes mediante la satisfacción de necesidades humanas básicas, aunque con frecuencia insatisfechas; d) Dar lugar a cierto grado de orden y facilidad para predecir situaciones, y tiene el potencial de producir de manera consistente los resultados a corto plazo esperados por distintos grupos interesados en la empresa (por ejemplo, en el caso de los clientes, estar siempre a tiempo; en el caso de los accionistas, mantenerse dentro del presupuesto); e) generar un cambio, con frecuencia en un grado importante, y que tiene el potencial de producir cambios excesivamente útiles (por ejemplo, nuevos productos que los clientes desean, nuevos enfoques hacia las relaciones laborales que ayudan a una empresa a ser más productiva.)

Kotter J (1992) Una fuerza para el cambio. En qué se diferencian liderazgo y dirección; traducción autorizada por The Free Press. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Liderazgo y administración.- Las diferencias entre el líder y el administrador son las siguientes (Kotter, 1997:29):

El administrador	El líder
Es conservador. Es una copia. Mantiene lo establecido. Se concentra en estructuras y sistemas. Controla. Tiene una visión a corto plazo. Pregunta cómo y dónde. Sus objetivos son las utilidades. Acepta el status. Es un buen soldado. Hace bien las cosas. No va más allá de sus posibilidades. Es equilibrado	Es innovador. Es un original. Desarrolla nuevos caminos. Se concentra en las personas. Inspira confianza. Tiene una visión a largo plazo. Pregunta qué y por qué. Su visión es conceptual. Desafía lo establecido. Es un desobediente en orden superior. Hace lo que debe hacer. Intenta lo imposible. Es soñador.

Kotter destaca la diferencia entre la gestión y el liderazgo, e indica que mientras la gestión (o administración) se ocupa de enfrentar la complejidad, el liderazgo se ocupa de enfrentar el cambio. Sin una buena gestión, las empresas complejas pueden volverse caóticas y amenazar su propia existencia, pero el liderazgo aparece como necesario si la empresa debe cambiar, y de hecho cada vez son más necesarios los cambios para sobrevivir y competir eficazmente en los nuevos entornos (Kotter, 1990:133).

Kotter John (1990) Lo que de verdad hacen los líderes. En Harvard Business Review (2005). Bilbao: Deusto.

Kotter J (1997) El líder del cambio. Traducción Paulina Díaz Cortés. México: McGraw-Hill.

Liderazgo y administración.- “Los directivos (managers) y los líderes (leaders) son dos tipos de personas muy diferentes. Los objetivos de los directivos surgen de la necesidad más que del deseo, son excelentes haciendo desaparecer conflictos entre individuos o entre departamentos, calmando a las partes mientras aseguran que los negocios diarios de la organización se llevan a cabo. Por otra parte, los líderes adoptan actitudes personales y activas respecto de los objetivos. Buscan las oportunidades y recompensas potenciales que están a la vuelta de la esquina, inspirando a los subordinados e impulsando el proceso creativo con su propia energía. Sus relaciones con los empleados y compañeros de trabajo son estrechas y, en consecuencia, su entorno laboral es a menudo caótico” (Zaleznik, 1992:65).

Zaleznik A (1992) Directivos y líderes. En Harvard Business Review (2005). Bilbao: Deusto.

Liderazgo y cambio.- “Los líderes de cambio no son, necesariamente, innovadores. El modelo de ‘liderazgo para la transformación’ va más allá de la gerencia conocida; esos líderes son capaces de incentivar por el mero poder de su propio entusiasmo. No ordenan ni dirigen; inspiran, y muestran una fuerte convicción en lo que avizoran y entusiasman a otros para que lo busquen con ellos. A diferencia de otros líderes más racionales, que alientan a sus trabajadores con recompensas comunes, como los aumentos de sueldo y los ascensos, el líder de la transformación va a otro nivel; moviliza a la gente hacia el cambio despertándole emociones con respecto al trabajo que hacen. El trabajo se convierte en una especie de afirmación moral, una demostración de compromiso para con una misión mayor, que afirma en cada uno la sensación de compartir una identidad apreciada. Para hacer esto se requiere que el líder articule una visión convincente de las nuevas metas de la organización. Aunque estas puedan ser algo utópicas, el hecho de comprometerse con ellas puede resultar, en sí, emocionalmente satisfactorio” (Goleman, 1999:244).

"El arte del liderazgo no consiste en el cambio por sí solo, sino en la manera de implementarlo. El líder ingenioso capta las sutiles corrientes de emoción que circulan por su grupo y puede interpretar el impacto de sus acciones en esas corrientes. Una manera de establecer su credibilidad es percibir y articular esos sentimientos colectivos tácitos" (Goleman, 1999:231). Este autor destaca sin embargo que además de ello, el líder es una fuente de energía, cuando señala que "el entusiasmo que emana de un líder puede impulsar a todo el grupo en determinada dirección. Esta transmisión de energía emocional permite a los líderes se pilotos de una organización, fijando su curso y su dirección" (Goleman, 1999:231).

En relación con su función de líder del cambio, Goleman rescata las siguientes aptitudes (1999:240): los líderes reconocen la necesidad de efectuar cambios y retirar obstáculos, desafían el statu quo para reconocer la necesidad del cambio, son paladines del cambio y reclutan a otros para efectuarlo, y finalmente sirven como modelo para el cambio que se espera de otros.

Goleman D (1999) La inteligencia emocional en la empresa. Buenos Aires: Vergara.

MANAGEMENT

Generalidades.- En la época de Marx, siglo XIX, no había 'managers' sino solamente encargados que, siendo ellos mismos trabajadores, que mantenían una severa disciplina sobre sus compañeros proletarios.

Hoy en día el Management ha transformado y globalizado la economía, siendo su misión fundamental conseguir la actuación conjunta y eficaz de la gente hacia objetivos y valores comunes, estructura adecuada, adiestramiento y desarrollo necesarios para ser eficaces en respuesta a los cambios. Ello ha de quedar en manos de los managers, gente altamente calificada en cuanto a conocimientos, es decir directivos y profesionales como ingenieros, proyectistas, psicólogos, contables, expertos en marketing, economistas, etc. Todos son especialistas en algo, igual que los músicos de la orquesta, pero sin un Management no servirían, porque este último es lo que permite organizarlos hacia un fin común.

La influencia del Management se hizo notoria sobre todo a partir de la segunda guerra mundial, y especialmente a partir de la década del setenta, convirtiéndose en una nueva función social, ya que ha trascendido el ámbito de la empresa con fines de lucro y ha sido asimilado por el tercer sector.

Lejos de oponerse como adversarios, el Management y el Entrepreneurship (innovaciones, creatividad del pequeño empresario) se complementan como las dos manos que tocan el violín: deben coordinarse para trabajar juntos.

El Management no limita su accionar al interior de las organizaciones: cumple también una función social. El poder e influencia del management no es económico o empresarial, sino político, el cual debe ser legítimo.

Qué es el Management? Es una institución que se basa en los siguientes principios:

- 1) Tiene la misión de hacer a la gente capaz de eficacia conjunta, es decir, es capaz de organizar eficazmente a los hombres apelando a sus capacidades y esfuerzo.
- 2) Integra a las persona hacia un fin común, por lo cual está profundamente inserto en la cultura aportando valores y normas.
- 3) Cada empresa debe comprometerse con esos objetivos comunes, y el management busca fomentar esa responsabilidad a través de la formación de personal.
- 4) Cada empresa tiene gente con distintas capacidades y funciones, y su organización debe construirse sobre la comunicación y la responsabilidad individual.
- 5) Los resultados económicos no bastan. El Management se mide por la posición de la empresa en el mercado, la innovación, la productividad, la calidad del personal, los resultados financieros, etc.
- 6) La mira de la empresa está puesta afuera, en el cliente satisfecho o en el paciente curado (en el caso del hospital privado). Dentro de la empresa solo hay costos.

El Management no corresponde ni a una cultura humanista ni a una científica. Tiene que ver con la acción y la aplicación que influye sobre la comunidad, es decir, es una 'arte liberal'. Arte por ser aplicación y práctica, y liberal por ser conocimiento.

Resumen de Drucker Meter (1995) Las nuevas realidades. Capítulo 15.

Escuelas de management.- Hay diez escuelas de management que trataron de describir el proceso de formación de la estrategia. Estas escuelas son las siguientes:

Escuelas	
Prescriptivas	Escuela del diseño Escuela del planeamiento Escuela del posicionamiento
Descriptivas	Escuela entrepreneur Escuela cognitiva Escuela del aprendizaje Escuela del poder

	Escuela cultural Escuela del entorno
Configuracionales	Escuela de la configuración

1. *Escuela del diseño.*- Esta escuela busca determinar las fortalezas y debilidades de la organización a la luz de las oportunidades y amenazas del entorno para así buscar el ajuste entre las capacidades internas y las posibilidades externas. Las premisas de esta escuela son:

1. La formación de la estrategia es un proceso deliberado de pensamiento conciente.
2. La responsabilidad de ese control y carácter conciente es del CEO.
3. El modelo de formación de la estrategia debe ser simple e informal.
4. La mejor estrategia resultará de la aplicación del modelo al caso particular: hay que evaluar la situación específica y aplicar el proceso corrector.
5. El proceso de diseño está completo cuando la estrategia se formula como perspectiva.
6. La estrategia debe ser explícita.
7. La estrategia debe implementarse una vez formulada por completo.

Esta escuela separa claramente pensamiento de acción: si la estructura sigue a la estrategia, ella deberá reformularse con cada cambio estratégico.

Crítica.- Esta escuela no toma en cuenta cosas como el desarrollo incremental y la estrategia emergente, la influencia de la estructura existente o la participación de otros actores más allá del CEO. Además promueve el divorcio entre pensamiento y acción, y deja fuera la posibilidad de aprendizaje.

2. *Escuela del planeamiento.*- La estrategia es guiada por un grupo de planificadores con acceso directo al CEO. Los diferentes modelos de planeamiento giran en torno a las mismas ideas básicas: tomar el análisis FODA, dividirlo en una serie prolija de pasos, con checklists y técnicas de evaluación y aplicación, incluyendo los objetivos al principio, y el presupuesto y el plan de acción al final. La etapa operativa es particularmente detallista, que se presenta como objetivos, subestrategias y planes de acción a ser cumplidos a pie juntillas.

Posteriormente se desarrolló la planificación de escenarios, donde, aún asumiendo que el futuro es impredecible, procura, especulación mediante, definir una variedad de entornos probables.

Crítica.- Se basa en tres falacias. La falacia de la predeterminación es que la empresa puede predecir su entorno, controlarlo, o asumir su estabilidad. La falacia de la separación separa el planeamiento de la acción. La tercera falacia es creer que las estrategias efectivas no se nutren del aprendizaje, el error, descubrimientos casuales o patrones inesperados.

3. *Escuela del posicionamiento.*- Esta escuela pone énfasis en las estrategias en sí mismas, en lugar de centrarse en el proceso que lleva a ellas. A diferencia de la escuela del planeamiento, afirma que solo unas pocas estrategias clave pueden defender de los competidores presentes y futuros. Así se definieron un número limitado de estrategias genéricas. La formación de la estrategia sigue siendo un proceso conciente, controlado que producía estrategias deliberadas completamente desarrolladas que debían explicarse antes de implementarse.

Crítica.- La separación entre acción y pensamiento hace el proceso de construcción de la estrategia excesivamente premeditado y, en consecuencia, contrario al aprendizaje estratégico. Se corre el riesgo de dibujar el futuro extrapolando las tendencias del presente, se depende demasiado de los datos duros y se formaliza excesivamente el diseño de la estrategia dejando a un lado lo social y lo político. Se trata de calcular 'en casa' y no salir al exterior.

4. *Escuela entrepreneur.*- Según esta escuela, la organización es el resultado de los dictados del líder y el entorno o medio, es decir el terreno de maniobras donde se mueve. El concepto central es la visión, entendida como representación mental de la estrategia, creada o al menos expresada, por el líder, visión que sirve como inspiración e idea fuerza para la acción. Es más una imagen que un plan articulado, por lo que se mantiene flexible en función de la experiencia.

Sus premisas son:

1. La estrategia existe en la cabeza del líder como perspectiva, un sentido de dirección a largo plazo, una visión del futuro de la empresa.
2. El proceso de formación de la estrategia es semiconciente, basado en la experiencia e intuición del líder.
3. El líder promueve la visión casi obstinadamente, manteniendo el control sobre la implementación para reformularla si fuera necesario.
4. La visión es maleable, sensible a las directivas del líder.
5. La estrategia entrepreneur tiene a concentrarse en el nicho, uno o más sectores del mercado protegidos de la competencia abierta.

Crítica.- Su mayor debilidad radica en encerrar la estrategia en la conducta de un único individuo. Sólo era útil en el lanzamiento del emprendimiento o en momentos de crisis.

5. *Escuela cognitiva*.- Entiende la estrategia como un proceso mental. Los estrategas arman su estructura de conocimiento, esquemas de pensamiento, guiones, modelos mentales, mapas, etc., construidos desde la experiencia directa y realimentándose con la misma. La toma de decisiones no es más que un esfuerzo por ser racional, condicionado por un sinnúmero de prejuicios y sesgos, como lo muestra la psicología cognitiva.

Sus premisas son:

1. La formación de la estrategia es un proceso cognitivo que tiene lugar en la mente del estratega.
2. En consecuencia, las estrategias emergen como perspectivas –en forma de conceptos, mapas, guiones, etc- que determinan la forma en que la gente maneja los mensajes del entorno.
3. Estos mensajes pasan por filtros distorsivos antes de ser decodificados por mapas cognitivos, según los objetivistas, o se convierten en meras interpretaciones de un mundo que sólo existe en cuando es percibido, para los subjetivistas.
4. Como conceptos, las estrategias son difíciles de concebir; cuando se las concibe, nunca son óptimas y, finalmente, son difíciles de cambiar cuando ya no sirven.

Crítica.- Se cuestionan las distorsiones, el saber por la experiencia, la introspección creativa o la síntesis intuitiva, aunque hay una posición menos determinista que las anteriores estrategias.

6. *Escuela del aprendizaje*.- Los estrategas crean sus estrategias gracias al aprendizaje, lo que requiere tiempo. Las reorientaciones estratégicas efectivas rara vez se originan en un esfuerzo formal de planeamiento.

Sus premisas son:

1. La naturaleza compleja e imprevisible del entorno organizacional, junto a lo difuso del conocimiento necesario para elaborar la estrategia, impide el control deliberado. De resultas, la formación de la estrategia es un proceso de aprendizaje en el tiempo donde no hay separación entre formulación e implementación.
2. Es usual que el aprendizaje sea colectivo: hay muchos estrategias potenciales en la mayoría de las organizaciones.
3. Este aprendizaje es emergente, a través de la conducta que estimula el análisis retrospectivo, de tal forma que se pueda asignar sentido a la acción.
4. El papel del líder no es concebir una estrategia deliberada sino dirigir el proceso de aprendizaje estratégico, para lograr que a partir de él puedan emerger nuevas estrategias.
5. Por tanto, las estrategias aparecen primero como patrones reconocibles en las acciones pasadas, después, como planes para el futuro y, finalmente, como una nueva perspectiva.

Crítica.- Compensando el exceso de racionalidad y deliberación previa, la escuela del aprendizaje introdujo una renovación, pero se fue al otro lado. Aunque la organización ‘aprenda’ constantemente, las estrategias no ‘emergen’ siguiendo un cronograma determinado y menos aún en el calor de la batalla. En crisis, a veces se requiere un entrepreneur que centralice la estrategia antes de realizar un aprendizaje descentralizado. Otras veces un aprendizaje excesivo puede socavar una estrategia coherente y viable. No se trata de aprender por aprender.

7. *Escuela del poder*.- Esta escuela caracteriza a la formación de la estrategia como un proceso abierto de influencia, que pone el énfasis en el uso del poder y la política en la negociación. Poder es aquí influencia más allá de lo económico, y política es la explotación de ese poder.

Sus premisas con:

1. La formación de la estrategia depende del poder y la política, interna y externa. En consecuencia, tienden a ser emergentes.
2. El micro poder ve a la estrategia como un juego.
3. El macro poder ve a la organización promoviendo su propio bienestar, mediante el control o la cooperación.

Crítica.- La formación de la estrategia no es solamente poder. La dimensión política puede cumplir un rol negativo: las alianzas entre grandes corporaciones, por ejemplo, suelen ser conflictivas.

8. *Escuela cultural*.- Si el poder divide la organización en fragmentos, la cultura hace de ella una entidad integrada. Esta escuela ve el proceso de formación de la estrategia enraizado en la fuerza social de la cultura. La función de la cultura tiene que ver con la preservación de la estabilidad, incluso en la resistencia activa frente a lo diferente.

Sus premisas son:

1. La formación de la estrategia es un proceso de interacción social, basado en las creencias e ideas compartidas de los miembros de la organización.
2. El individuo adquiere esas creencias por un proceso de ‘aculturación’ o socialización, tácito y no verbal, aunque a veces reforzado por adoctrinamiento formal.

3. Los miembros de la organización pueden, por tanto, describir sólo parcialmente las bases de su cultura.

4. Como resultado, la estrategia es perspectiva antes que posición, enraizada en las intenciones colectivas y reflejada en los patrones por los cuales las 'capacidades' de la organización son protegidas y utilizadas para lograr ventajas competitivas. La estrategia es entonces deliberada, aunque no siempre conciente.

5. La cultura y en especial, la ideología, no alientan el cambio tanto como la perpetuación de la estrategia existente. A lo sumo tienden a promover cambios de posición dentro de una misma perspectiva estratégica.

Crítica.- Uno de los peligros es la renuencia al cambio. Otro, la relación de equivalencia que instala entre la ventaja estratégica y el carácter 'único' de la organización. Esta escuela puede explicar lo existente pero no se hace cargo sobre las preguntas difíciles sobre lo por venir.

9. *Escuela del entorno.*- Considera a la organización como una entidad pasiva que sólo reacciona ante un entorno (fuerzas externas a la organización) que fija la agenda.

Sus premisas son:

1. El entorno, un conjunto de fuerzas generales frente a la organización, es el actor principal del proceso de formación de la estrategia.

2. La organización debe responder a esas fuerzas o es eliminada.

3. El liderazgo se convierte en un elemento pasivo cuya función es 'leer' el entorno y garantizar la adaptación adecuada.

4. Las organizaciones terminan agrupándose en 'nichos ecológicos', posición en la que permanecen hasta que los recursos sean escasos o las condiciones hostiles. Luego mueren.

Crítica.- No explica porqué, por ejemplo, dos organizaciones pueden operar en un mismo entorno con éxito aplicando dos estrategias completamente diferentes.

10. *Escuela de la configuración.*- Configuración y transformación son las dos caras de la moneda: si una organización adopta una configuración determinada, la formación de la estrategia es el proceso de pasar de una configuración a otra, o sea, de transformarse. Esos cambios de estado configuran modelos o tipos. La estrategia es un proceso de transformación.

Sus premisas son:

1. Casi siempre las organizaciones pueden describirse en términos de algún tipo de configuración estable de sus características.

2. Esos periodos de estabilidad se ven interrumpidos ocasionalmente por una transformación: un salto hacia otra configuración.

3. Esos estadios sucesivos responden a una secuencia.

4. La clave del management estratégico es sostener la estabilidad y, periódicamente, reconocer las necesidades de una transformación, tratando de manejar ese proceso disruptivo sin destruir la organización.

5. El tipo de proceso de formación de la estrategia depende del momento y del contexto. Las escuelas representan distintas configuraciones.

Resumen de Mintzberg H, Lampel J y Ahlstrand B (1999) Safari Strategy. Artículo publicado en Revista Gestión, Montreal, Canadá.

MARKETING

Generalidades.- Se define *Marketing* como la actitud y la aptitud de la empresa de detectar, anticipar y satisfacer las necesidades del segmento de consumidores elegido como target o blanco. Y más que satisfacer, se busca impresionar, deleitar. Para lograr esos fines, el Marketing se desarrolla en nueve etapas:

1) Establecer el nivel de foco, o sea saber a qué segmento del mercado apuntamos. Es decir hay que preguntarse qué demanda la demanda? Sabiendo esto se procede entonces a la segmentación, o sea detectar y describir los segmentos de consumidores del mercado: cuantos son, que frecuencia de consumo tienen, qué potencial económico tienen, cuánto se puede vender en dicho segmento.

2) Diferenciación: o conjunto de ventajas competitivas o beneficios básicos que cada segmento atribuye a una marca determinada, la tenga realmente o no. La diferenciación determina la segmentación y viceversa, y ambas son necesarias para el posicionamiento del producto.

3) Transitoriedad: los productos no duran mucho porque son rápidamente copiados o imitados, de allí la necesidad de innovaciones constantes.

4) Innovación: implica buscar una nueva diferenciación. En esto, la capacidad de anticiparse es fundamental.

5) Destrucción creativa: la innovación implica siempre una destrucción creativa. Crear supone romper con un paradigma, o sea algo que hasta hoy sirve pero que es preciso destruir antes que lo destruya la competencia.

6) Para poder romper algo se requiere alto grado de plasticidad. Romper no es destruir, sino hacer que el producto tome otra forma de posición.

7) Oportunidad: para lo anterior hay que saber buscar el momento justo. Este momento es cuando se empieza a neutralizar la zona donde esta entonces teníamos ventajas competitivas. Por ejemplo cuando los beneficios atribuidos a una marca de jeans por el público ya no es compatible con lo que ellos esperan de un jean ideal. En este momento ya hay que pensar en la destrucción creadora.

8) Diversificación: destruido el producto viejo entramos en la diversificación, o sea tener productos variados, los cuales no deben ser muy pocos (superconcentración) pues la empresa pasa a depender de esos pocos productos, pero tampoco debe haber una diversificación excesiva. Una diversificación sana implica tres cosas: incorporar productos nuevos para los mercados actuales que la empresa domina, exportarlos abriendo nuevos mercados (lo más difícil y peligroso), e introducir los productos actuales (no los nuevos) en nuevos mercados.

9) Sinergia: no basta estudiar solamente Marketing. Hay que coordinarlo con otras áreas como finanzas, producción, recursos humanos y sistemas.

Condensado de Levy Alberto, Estrategia y táctica del marketing que viene. Publicado en revista Mañana University, 1993 (artículo).

MAYO, ELTON

Su pensamiento.- El punto de vista de Taylor, o sea tomar al hombre como una unidad aislada como la pieza de una máquina cuya eficiencia podía medirse científicamente en función de rendimiento, fatiga física y ambiente, empezó a fracasar cuando se hicieron experimentos en una empresa de la General Electric en Hawthorne, en Chicago. Se vio por ejemplo que la iluminación no aumentaba el rendimiento, o que había otros factores, entre los cuales estaba la actitud de los obreros hacia su trabajo y hacia los otros obreros de su grupo. Es así que dejó de estudiarse al trabajador desvinculado de su entorno social. Elton Mayo fue quien dirigió estos experimentos de Hawthorne, donde se vio la importancia de lo grupal y lo social en el trabajo. Este investigador vio que adecuadas rotaciones y periodos de descanso aumentaban la producción, que Elton atribuyó a que los obreros se sentían ahora considerados como personas, no máquinas. Incluso dejó que ellos mismos se organizaran en cuanto a horarios de trabajo, etc. Elton Mayo entonces criticó la "hipótesis del populacho", que sostenían que la sociedad es una horda desorganizada de individuos que cada uno busca su propia satisfacción, es individualista y egoísta. Mayo pensó por los resultados de sus experimentos que esto no era así, que el hombre podía integrar un grupo social y aumentar su eficiencia. Así, el hecho de formarse de grupos de trabajo en la empresa, esto influía mucho en la conducta de los operarios. Se buscó fomentar un espíritu de grupo, donde todos se obligaban a trabajar conjuntamente y nadie podía ser un soplón, un simulador (que hacía que trabajaba), etc. Mayo vio que inevitablemente se forman en modo natural grupos informales, y que no conviene disolverlos, porque contienen en germen para la buena productividad.

Miller y Form sintetizaron las conclusiones de Mayo, diciendo que: 1) El trabajo es una actividad de grupo, 2) El mundo social del adulto está organizado sobre todo en base al trabajo, 3) Es más importante para la productividad la necesidad de reconocimiento, seguridad y conciencia de pertenecer a un grupo, que las condiciones físicas de trabajo, 4) Las quejas de obreros tienen más que ver con ellos mismos y los demás que con hechos objetivos como iluminación, etc., 5) La conducta y efectividad del trabajador depende de demandas sociales del interior y el exterior de la fábrica, 6) Los grupos informales dentro de la fábrica influyen mucho sobre la eficiencia, 7) Pasar de una sociedad medieval a una paleotécnica modifica la organización social de la industria, 8) La colaboración grupal no es espontánea: debe estimularse para que los grupos puedan cohesionarse y evitar la atomización de la sociedad paleotécnica o adaptativa. Algunas cosas se le criticaron a Mayo, como excluir el panorama de la sociedad en general, estar del lado de los dueños, y carecer de una adecuada teoría en la que fundamentar todas sus observaciones empíricas.

Resumen de Brown J (1992) La psicología social en la industria. México: Fondo de Cultura Económica. Capítulo 3.

MÉTODO DEMING

Generalidades.- El método Deming fue creado por un estadístico norteamericano, W. Deming, para enseñar a los japoneses como organizar un sistema empresarial reduciendo costos y aumentando la productividad. Este método había sido enseñado antes en EEUU por su uso decayó cuando no había problemas de competencia y cuando importaba más la cantidad que la calidad de los productos. Precisamente el método Deming apunta al mejoramiento de la calidad, y se llama también Control Estadístico de Calidad.

Deming explicó su método a los japoneses entre 1950 y 1970, y fue la base de su expansión comercial ya que no sólo permitió eliminar defectos sino también hacer innovaciones, ganándole así a la competencia que era EEUU, entre otros. Hacia 1980 las empresas americanas empezaron a retomar esos métodos, como la Ford, la General Motors y otras.

El método Deming se opuso a la administración clásica de Taylor, basada en tomar al personal como meras piezas de una maquinaria y en el control rígido y autocrático de las operaciones. El método Deming fue sintetizado por su autor en 14 Puntos, 7 Enfermedades mortales, y los Obstáculos.

Los 14 puntos

- 1) Más que hacer dinero, la empresa debe mantenerse en el negocio innovando, investigando y mejorando continuamente (mejora continua como hábito).
- 2) Adoptar una nueva filosofía donde los errores sean inaceptables.
- 3) En vez de inspeccionar deben hacerse mejoras, pues inspeccionando solo se paga al personal para que haga mal algo y se paga a otros para que los corrijan.
- 4) Al comprar, no debe buscarse el mejor precio sino la mejor calidad y con el mismo proveedor.
- 5) La mejora de calidad debe ser permanente y no por única vez.
- 6) Capacitar al personal para hacer bien las cosas.
- 7) El supervisor no debe castigar ni ordenar, sino dirigir para hacer bien la tarea.
- 8) Eliminar el temor de los obreros a preguntar. No preguntando las cosas se hacen mal.
- 9) Hacer que las distintas áreas de la empresa colaboren en vez de competir entre sí o tener metas distintas.
- 10) No imponer lemas ni dar exhortaciones. Que los trabajadores adopten sus propios lemas de trabajo.
- 11) Eliminar las cuotas numéricas, pues si no el trabajador se preocupará más por cumplir su cuota de trabajo que por la calidad del producto.
- 12) El obrero se siente orgulloso de su trabajo, y hay que eliminar los obstáculos para ello con malos supervisores, materiales defectuosos, etc.
- 13) Re-capacitar al personal en nuevos métodos, técnicas estadísticas y trabajo en equipo.
- 14) Que haya dentro de la empresa un área que se ocupe de que se cumplan estos 14 puntos, se tengan en cuenta las 7 enfermedades mortales y los obstáculos.

Las 7 enfermedades mortales

- 1) Falta de constancia para el propósito, lo cual obstaculiza los planes a largo plazo para mantenerse en el negocio.
- 2) Enfatizar demasiado las utilidades a corto plazo.
- 3) Evaluar según el desempeño o calificar según méritos fomenta la rivalidad y destruye el trabajo en equipo.
- 4) Cambiar demasiado de puesto a una persona, lo que hace que no profundice en su actividad y no llegue a comprender la empresa donde trabaja.
- 5) Dirigir la empresa solo en base a cifras visibles. Las cifras invisibles son más importantes, como por ejemplo el efecto multiplicador de un cliente satisfecho.
- 6) Costos excesivos en la atención médica del personal, lo cual aumenta los costos finales.
- 7) Costos excesivos de garantía, como los honorarios de los abogados.

Los obstáculos

Se distinguen de los Puntos y de las Enfermedades mortales en que son más fáciles de remediar. Entre ellos encontramos:

- 1) Esperar resultados instantáneos por una cuestión de fe.
- 2) Suponer que la solución de problemas, la automatización o las nuevas máquinas transformarán la industria.
- 3) Buscar ejemplos para hacer las cosas. La empresa debe trazar su propio derrotero para mejorar la calidad.
- 4) Poner como excusa que 'nuestros problemas son diferentes' para soslayar problemas de calidad.
- 5) Los administradores echan la culpa al departamento de Control de Calidad por la calidad del producto.
- 6) Creer que cumpliendo ciertas especificaciones se soluciona todo. La calidad va más allá de ello.

Deming indica además otros principios, como los siguientes:

La regla 85-15, que dice que el 85% de lo que anda mal está en el sistema mismo y está fuera del control del personal, y el 15% restante en el mismo personal.

Otro principio se refiere a conocer bien la necesidad del cliente, tanto el externo (que compra el producto) como el interno (dentro de la empresa un trabajador es cliente del otro pues le ofrece algo hecho para continuar haciéndolo, por ejemplo, en el restaurant el mozo tiene como cliente al cocinero).

Otro principio es el del ciclo Deming, o PHVA (planifique, haga, verifique, actúe, vuelva a planificar, etc). Por ejemplo la empresa planifica un cambio, lo realiza, verifica sus resultados y, según estos, actuará para normalizar el cambio o recomenzar mejorándolo desde una nueva planificación.

La importancia de los datos

Las decisiones deben basarse en hechos, no en intuiciones. Las personas más capaces son las que realizan los trabajos, y si trabajan en equipo tanto mejor. Además, deben haber pasado por un proceso de capacitación.

La información debe mostrarse mediante gráficos, que permiten visualizar mejor problemas y soluciones. Al respecto, se mencionan siete tipos de gráficos:

- 1) De causa-efecto: muestran las diversas causas de un problema (por ejemplo el método, la fuerza laboral, el material, la maquinaria).
 - 2) De flujo: que muestran los pasos de un proceso.
 - 3) Cuadros de Pareto: mediante barras mayores y menores se priorizan ciertas causas por encima de otras.
 - 4) Cuadros de tendencias: muestran resultados de un proceso. Por ejemplo las ventas mensuales.
 - 5) Histogramas: miden la frecuencia con que ocurre algo.
 - 6) Diagramas de dispersión: muestran la relación entre dos variables, como por ejemplo estatura y peso.
 - 7) Cuadros de control: son cuadros de tendencia con límites superiores e inferiores estadísticamente determinados. Si las variables están dentro de esos límites, entonces el sistema está 'controlado'.
- Resumen de Walton Mary (1992) El método Deming en la práctica. Capítulo 1.

ORGANIZACIÓN

Definición.- "la organización constituye un sistema sociotécnico integrado deliberadamente constituido para la realización de un proyecto concreto, tendiente a la satisfacción de necesidades de sus miembros y de una población o audiencia externa, que le otorga sentido. Está inserta en un contexto socioeconómico y político con el cual guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación".

Las seis dimensiones que se extraen de esta definición son:

1) *El proyecto en el que se sustenta la organización*, que se traduce en la constitución de la misma, al transformarse la idea inicial en un plan de acción con la operacionalización de objetivos, metas y programas. El proyecto debe: responder a necesidades del contexto y de los miembros, ser coherente, resistir el testeó de la realidad, y en lo posible ser explícito y compartido por todos aquellos involucrados en su concreción.

2) *La estructura organizativa* es un sistema interrelacionado de roles oficialmente sancionados, que forman parte de la definición de funciones y responsabilidades diferenciales y del organigrama. Siguiendo a E. Jaques distingue entre:

a-la estructura formal u oficial (organigrama)

b-la estructura presunta que es la que los miembros perciben como real

c-la estructura existente que es la que efectivamente opera y puede ser inferida a través de un análisis sistemático d-la estructura requerida que es la que necesitan todos los componentes de la situación.

Sería la divergencia u oposición entre estos cuatro tipos de estructuras las que crearían los conflictos.

3) *La integración psicosocial* abarca dos ejes: el vertical referido a las relaciones interpersonales con la autoridad, y el horizontal y simétrico en el que se dan las relaciones entre pares.

Los conflictos interpersonales pueden incidir en el espíritu de cuerpo y en el rendimiento. Las fantasías inconscientes, las ansiedades y defensas se despliegan y favorecen la confusión entre el mundo interno y el externo. Hay que tener en cuenta que los continentes de las relaciones interpersonales son, tanto el proyecto como la estructura, y si estos no están claros se tenderán a viciar las relaciones interpersonales.

4) *Las condiciones de trabajo*, que están directamente referidas a la satisfacción y realización de los individuos. Resulta determinante para la identificación y compromiso con la tarea. El tratamiento justo y equitativo involucra varios aspectos: el salario; la tarea y la posibilidad de realización personal que ésta brinda; las alternativas de desarrollo y carrera que se ofrecen; las oportunidades de participar; el confort y salubridad de los lugares de trabajo, etc. En base a estos aspectos se analiza la adecuación de la organización al grupo humano que la conforma. En las condiciones de trabajo, el factor seguridad en el empleo es crucial, pues las condiciones apuntan a la contención de las ansiedades vinculadas con la satisfacción laboral, la inseguridad y las expectativas del trato equitativo en el empleo. Lo contrario produce la emergencia de ansiedades paranoides determinantes de tensiones sociales altamente alienantes.

5) *El sistema político*: paralelamente al sistema de autoridad, funciona en toda organización un sistema representativo, de formación espontánea, conformado por grupos significativos de poder o de interés. Estos grupos poseen intereses propios, están correlacionados con los niveles ejecutivo-jerárquicos. Los grupos significativos de poder surgen de la interacción entre el sistema político y la estructura sancionada de cargos, y tienen efectos ante situaciones de cambio, o restrictivas. En organizaciones de más de setenta miembros se hace necesario un sistema de representantes para tratar las propuestas, intercambios y negociaciones entre el sistema de autoridad y el sistema político; tendiendo a la negociación de acuerdos. Esto supondría la posición de aceptación de los conflictos, y no que los conflictos sean negados, suprimidos, desconocidos, reprimidos o bloqueados.

6) *El contexto*, incide en la dinámica interna de la organización. Estos dos "polos" (organización-contexto) están en una relación dinámica. Por ser un ente semiautónomo, la organización depende funcionalmente del contexto. Los cambios abruptos que últimamente, desde 1985 en adelante, suceden en Argentina contexto, ejercen en la organización un efecto severo de desorientación y desorganización. Se hace necesario en estos casos un diagnóstico de las fortalezas y debilidades de la organización, un análisis prospectivo de los límites de la misma.

Definición.- Para definir organización debemos considerar cuatro conceptos: 1) Coordinación: que implica un esfuerzo coordinado para la ayuda mutua, ya que el hombre solo es incapaz de satisfacer todas sus necesidades y deseos. 2) Objetivos comunes: la coordinación apunta a objetivos comunes a todos. 3) División del trabajo: cada persona tiene una tarea distinta, pero todas están coordinadas en función del objetivo común. 4) Integración: a través de la cual se asegura que todas las tareas distintas realmente están orientadas hacia los objetivos en común.

En función de estas cuatro propiedades, entonces se define organización así:

Una organización es la coordinación planificada de las actividades de un grupo de personas para procurar el logro de un objetivo o propósito explícito y común, a través de la división del trabajo y funciones, y a través de una jerarquía de autoridad y responsabilidad.

Tal definición corresponde a la organización formal, pero hay otros tipos de organización como por ejemplo la organización social (la coordinación surge espontánea e implícitamente de la interacción humana sin que esto implique coordinación racional para el logro de objetivos comunes explícitos), y la organización informal (coordinación que surge espontáneamente dentro de una organización formal y cuyos patrones de coordinación, roles y actividades no están estipulados explícitamente).

Condensado de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulos 2.

Generalidades.- Una organización solo existe cuando dos o más personas se juntan para cooperar entre sí y alcanzar objetivos comunes, que no pueden lograrse mediante la iniciativa individual. Existe una gran variedad de organizaciones: empresas industriales, empresas prestadoras de servicios, financieras, bancos, universidades y colegios, ejércitos, instituciones gubernamentales, hospitales, iglesias, etc. Las personas y las organizaciones están implicadas en una interacción compleja y continua; las personas pasan la mayor parte de su tiempo en las organizaciones, de las cuales dependen para vivir, y éstas a su vez, están conformadas por personas sin las que no podría existir. Sin las personas y sin las organizaciones no habría administración de recursos humanos.

Chiavenatto (1989) Administración de recursos humanos.

Organización formal.- Un modelo formal de organización debe incluir tres dimensiones básicas:

a) Jerárquica: distinción entre niveles directivos y subordinados.

b) Funcional: que muestra los diferentes tipos de trabajo que realiza cada sector (ventas, producción, finanzas, etc.).

c) Centralidad: que muestra cuán cerca o lejos está cada persona respecto de la columna vertebral de la organización. Por ejemplo un capataz puede estar en un nivel jerárquico bajo por su puesto, pero tiene mucha centralidad si los directivos siempre lo consultan por conocerlo mucho.

Condensado de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulos 2.

Estructura formal.- La organización formal de la empresa representa el orden jerárquico que consta en los documentos (gerentes, jefes, empleados, etc.) que operan en un lugar físico llamado factoría (que a su vez consta de talleres, oficinas, salón de recreo, etc.). Muchos trabajan todo el día en un solo lugar, otros van yendo de un lugar a otro: los supervisores. Los obreros reciben salarios (pagos por hora) y los empleados sueldos, lo mismo que el personal más jerárquico. Estos tienen escritorios más grandes, pasan más horas trabajando, etc., todo en base a normas prefijadas. Formalmente la fábrica es una pirámide de poder, con el presidente arriba de todo y los trabajadores abajo. Suele haber comedores diferentes para cada estrato. En la pirámide, la órdenes van hacia abajo de un nivel al otro, y los informes suben. Un Comité consultor suele ocuparse de ciertos problemas como los chismes, problemas y conflictos humanos y de la forma de resolverlos.

Los directivos dicen que los ascensos son por mérito, y los obreros que son por palancas. Los capataces son descalificados como líderes si los obreros ven que cumple fielmente lo que dicen los directivos.

Desde un enfoque teórico, la organización formal de la industria tiene tres características definidas: 1) Es deliberadamente impersonal, 2) Se basa en relaciones ideales, y 3) Se basa en las "hipótesis del populacho" antes mencionadas.

Impersonalidad significa que los trabajadores no reaccionan emocionalmente sino por la función que ocupan, relaciones son sólo ideales.

Los defensores de la Hipótesis del populacho dicen que dichas ideas dan flexibilidad en la empresa, puesto que cada hombre, al ser considerado individual y como parte de una máquina, es reemplazable y también que alguien que no está haciendo nada en una sección puede trabajar en otra.

La industria tiene formalmente también una organización técnica, que apunta a cómo y dónde se inserta el especialista (ingeniero, proyectista, químico, etc.) en el conjunto de la empresa. Por ejemplo Moore describe tres posibilidades: el especialista junto al director, horizontalmente; segundo, el especialista bajo órdenes del ejecutivo; y tercero, los mismos directores son los especialistas. También hay posibilidades mixtas (dos o más de las posibilidades anteriores).

El problema de mantener sólo una organización formal, es que descuida el factor propiamente humano: afectividad, relaciones interpersonales reales, aspectos informales que pueden ser muy útiles, ya que éstos permiten que los grupos de trabajo funcionen mejor. La hipótesis del populacho no tiene en cuenta estas cosas ni tampoco nacionalidades, religiones o clases entre los empleados: todos son iguales, para ellos y no es así.

Resumen de Brown J (1992) La psicología social en la industria. México: Fondo de Cultura Económica. Capítulo 4.

Estructura informal.- Bernard señaló que una empresa consta de grupos pequeños de no más de 8 o 10 personas, porque si aumenta se pierde la comunicación directa y se subdivide en nuevos grupos. En los diferentes grupos aparecen líderes elegidos por ellos mismos. Puede haber conflictos entre los grupos, pero si todos se subordinan a una meta en común, la organización está bien integrada.

Los pequeños grupos mencionados funcionan como grupos primarios, o cara a cara, mientras que la misma empresa funciona como grupo secundario, o sea son más formales. Los grupos pequeños, informales, son muy importantes dentro de la empresa porque como todo grupo primario, es el instrumento de la sociedad a través del cual el individuo adquiere, en gran parte, sus actitudes, opiniones, metas e ideales; es también un de las fuentes fundamentales de disciplina y orden social.

Por ello, a) Si se quiere cambiar la conducta humana es mejor actuar sobre el grupo que sobre el individuo, y b) el grupo informal es la principal fuente de control social: esto deben comprenderlo los ejecutivos de la empresa. Los grupos informales son menos racionales y sin fines explícitos o metas: apuntan más que nada a la satisfacción de estar juntos, y por tanto son más cohesionados.

No obstante, la organización informal de la industria no se reduce sólo a estos grupos pequeños, pues en toda empresa hay 5 niveles: 1) la organización informal de la fábrica como todo (grupos relacionados informalmente entre sí), 2) hay grandes grupos que cierto objetivo en común (los "bandos", con ideas disímiles), 3) El grupo primario cara a cara referido más arriba: relaciones más o menos íntimas, trabajan casi siempre juntos, etc., 4) Grupos más pequeños de 2 o 3 amigos muy unidos, y 5) Individuos aislados que rara vez participan en actividades sociales.

Grupos bien integrados se encuentran casi siempre cuando la fábrica es estable, tiene un trayectoria, no cambia mucho su personal, cuando los trabajos requieren cierta habilidad (porque así es menos probable que un trabajador sea reemplazado por otro), etc.

Moreno, a través de su "sociometría", estudió especialmente las interacciones entre los miembros dentro del grupo. Según dicho criterio, Moreno estableció 5 tipos de interacción en los grupos: 1) grupos formados por selección recíproca entre dos o más miembros: se eligen entre sí como miembros de mismo grupo, 2) selecciones no recíprocas, donde A elige a B, B a C, etc., 3) Forma estrellada, donde varios eligen a uno solo y se arma un grupo alrededor de él, que puede responder con atracción, indiferencia o repulsión. 4) El anterior es el grupo alrededor de la persona popular, pero este cuarto tipo se forma alrededor de la persona influyente; influyente por estar muy relacionado con todos. 5) Individuos aislados que nadie escoge, aunque ellos pueden escoger otros. Suelen ser inadaptados y causas de desajustes grupales. Todas estas son las 5 estructuras nucleares de los grupos. Tales estructuras no son estáticas y pueden ir cambiando (por ejemplo puede disminuir la popularidad de un miembro, etc.).

Dentro de la organización informal, conceptos importantes son los de condición, función y prestigio. Condición es la posición que ocupa el sujeto dentro del grupo, la función es la conducta apropiada a dicha condición, y el prestigio un ingrediente más personal, subjetivo que el individuo agrega a su condición y función (un médico no aceptaría trabajar como enfermero, por ejemplo).

La condición puede ser intrínseca o funcional (el lugar que ocupa el sujeto depende de sus habilidades) o extrínseca o no funcional (su lugar depende de su jerarquía en la organización formal).

El grupo informal de trabajo gratifica a sus miembros ofreciéndoles condición y función, pero exige a cambio someterse a las costumbres del grupo, y respetar reglas como la de no beneficiarse uno a expensas de otro. O sea, hay ciertas reglas informales que se establecen no desde arriba sino desde el mismo grupo. Incluso tienen su propio lenguaje y forma de organizarse para trabajar, más allá de las directivas formales.

Tanto los directivos como los grupos pequeños se manejan y actúan en función de ciertas creencias o ideologías. Más allá de si están equivocadas o no, permiten un marco de referencia para actuar, y no son fácilmente refutables a pesar de la experiencia. Un aspecto de estas ideologías es pensar que las relaciones entre directores y trabajadores dependen más de la atmósfera social, la informalidad, que por las características individuales de cada uno de ellos.

Resumen de Brown J (1992) La psicología social en la industria. México: Fondo de Cultura Económica. Capítulo 5.

Como surge una organización.- Surge primero como una idea de una o varias personas. Dicha idea se plasma luego en un manual de las actividades que deben realizar dos o más personas.

Si la organización crea demanda para su producto o servicio, podrá entonces crecer y establecerse como tal. Los fundadores pueden desaparecer, pero no la organización creada, pues sigue cumpliendo su función 'primaria': vender para ganar. Una organización puede también entrar en quiebra y desaparecer o bien reorganizarse para crear una nueva organización.

La organización no empieza a funcionar hasta que no se haya reclutado, seleccionado, entrenado, socializado y asignado personas a ciertos cargos.

Socialización significa enseñar como funciona la organización y cuales son sus reglas y normas de conducta. En este sentido debe buscarse una adecuación entre las exigencias organizacionales y las necesidades humanas individuales. Schein sostiene que es posible mantener ambas perspectivas, la del individuo y la de la empresa, sin que ésta deje de funcionar bien.

Condensado de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulos 2.

Coordinación e integración entre las partes de la organización.- En toda organización se siguen una serie de medios para lograr un fin, y cada medio o etapa está a cargo de una determinada parte dentro de la misma, es decir, hay división del trabajo (compras, ventas, relaciones públicas, etc.). Cada parte o departamento tiene su propia tarea que depende de las otras, es decir, han de estar coordinadas de forma tal que se forme una cadena de medios y fines: el fin del departamento de comprar es comprar, y lo comprado se convierte en medio del departamento de producción, etc.

Cada parte o sub-grupo tiende a establecer sus propias normas, y a funcionar como un grupo informal. Son fuerzas sociales que influyen sobre el comportamiento y actitudes de cada integrante del sub-grupo. Lo importante es que las normas de los sub-grupos no impidan que pueda haber entre todos una integración.

Condensado de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulos 2.

Crecimiento, supervivencia y efectividad organizacional.- Toda organización opera siempre dentro de un contexto, por ejemplo la sociedad en general, las otras empresas, etc. Para poder sobrevivir, debe poder realizar una función útil en dichos contextos. Una empresa que fabrica cierto producto no sobrevive si la sociedad no lo precisa.

Así, la organización debe beneficiar a alguien. Por ejemplo, las asociaciones de beneficio mutuo benefician principalmente a los mismos miembros de la institución, las entidades comerciales principalmente a dueños y gerentes, las organizaciones de servicios a sus clientes (hospitales, escuelas, etc) y las organizaciones de bienestar común al público en general (policía, bomberos, ministerios, etc.).

Si cumplen con estos beneficios sobrevivirán, e incluso podrán crecer. Este crecimiento trae aparejado también problemas psicológicos. Por ejemplo una empresa en expansión debe enfrentar el problema de cómo el personal ha de ser más eficiente, más creativo y más competitivo.

Debe existir también una 'flexibilidad organizacional', o sea una capacidad para poder enfrentarse a problemas nuevos y diversos. El problema psicológico correspondiente será como fomentar o incentivar esa flexibilidad en el personal. Todas las organizaciones tienen este problema para resolver. Si no son flexibles no pueden crecer y tampoco sobrevivir.

Condensado de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulos 2.

Fines.- Normalmente, la organización es sierva de los fines que se propuso, pero puede convertirse en amo y señor cuando es un fin en sí misma, como cuando una organización de beneficencia empieza a destinar fondos hacia su personal, edificios, etc.

El *fin de una organización* es el estado de cosas deseado que la organización pretende realizar. Puede haber uno o varios fines, y entre ellos por ejemplo el lucro, curar pacientes, etc. El fin lo cumplen todos colectivamente y no sólo los ejecutivos. Puede marcarlo una sola persona, o varios por votación, como en el caso de accionistas.

En las organizaciones hay fines establecidos (los que se proponen como fin para alcanzar) y fines reales (los que verdaderamente siguen). Puede llegar a haber conflicto entre ambos fines, que es cuando la organización se aparta de sus fines instituidos o establecidos. Es lo que se llama desplazamiento de fines: puede ocurrir que una organización se aparte de su fin original y vaya hacia otro fin, lo cual fue especialmente estudiado por R. Michels. La forma más benigna de desplazamiento de fines es convertir fines en medios o medios en fines.

Las organizaciones buscan ser eficaces y eficientes. Es efectiva en la medida que se acerca a los fines propuestos. Es eficiente en la medida en que, para alcanzar dichos fines, produce más al menor costo.

No siempre eficiencia y eficacia van juntas: una organización poco eficiente (gasta mucho) puede ser eficaz (vende su producto por haber muchísima demanda).

Las organizaciones pueden ser estudiadas o bien según un modelo de fines (en qué medida la organización alcanza sus fines), y según un modelo de sistema (por ejemplo el que sigue el autor), donde se estudia cómo está organizada para que actúe o funcione.

Patrón-sistema: conjunto de relaciones que, de existir realmente, permite que una organización se mantenga y actúe. De ahí que haya un patrón de supervivencia (permite a la organización existir) y otro de efectividad (le permite alcanzar sus fines).

Resumen de Etzioni A (1993) Las organizaciones modernas. Capítulo 2.

Paradigmas sobre organizaciones.- La psicología organizacional comienza a adquirir estatus científico, según Furnham (2001:55) recién en la segunda década del siglo XX, en contraposición con las posturas filosóficas.

En el campo de la psicología organizacional, indica Furnham (2001:53) que resulta simplista creer que en un determinado momento histórico, los 'viejos paradigmas' dieron lugar a los nuevos. En realidad, muchas organizaciones hoy en día, en especial en los países en desarrollo, siguen operando de acuerdo con los viejos paradigmas. El mismo autor, basándose en Weisbrod (1995), establece algunas diferencias entre los viejos y los nuevos paradigmas en lo que respecta a la concepción del hombre y sus actividades dentro de una organización:

Viejo paradigma	Nuevo paradigma
La tecnología va primero.	Los sistemas sociales y técnicos se optimizan de manera simultánea.
Las personas son extensiones de las máquinas, y son repuestos desechables.	Las personas complementan las máquinas, y son recursos humanos que se deben desarrollar.
Las tareas son limitadas e individuales; las habilidades son sencillas.	Las tareas afines hacen óptima la agrupación; las habilidades son múltiples y amplias.
Los controles son externos.	Los individuos se controlan por sí mismos; los grupos de trabajo y los departamentos se autorregulan.
El organigrama tiene numerosos niveles; el estilo gerencial es autocrático.	El organigrama es plano; la administración es participativa.
La atmósfera es competitiva.	La atmósfera es colaborativa.
Sólo se consideran los objetivos de la organización.	Se consideran los objetivos individuales, sociales y organizacionales.
Los empleados son enajenados: "sólo es un trabajo".	Los empleados están comprometidos: "es mi trabajo".
La organización busca asumir pocos riesgos.	La organización es innovadora: fomenta nuevas ideas.

Furnham Adrian (2001) Psicología organizacional. Oxford University Press.

Teorías sobre organizaciones.- De acuerdo a Gore (1998), existen varias formas en que pueden ser concebidas teóricamente las organizaciones, y menciona entre ellas dos perspectivas: las organizaciones como *instrumentos* y las organizaciones como *escenarios de interacción social*. El aprendizaje organizacional será concebido, por lo tanto, de diferente manera en ambos enfoques. Dentro de cada perspectiva, el autor mencionado da algunos ejemplos importantes de teorías, de acuerdo al cuadro siguiente:

Las organizaciones como instrumentos (metáfora instrumental)	Las organizaciones como escenarios de interacción social (metáfora social)
<i>Teoría gerencial de Taylor.</i> Concibe a las organizaciones como relojes. Las actividades deben estar racionalizadas, introduciendo procedimientos capaces de producir el mayor producto con el menos insumo de recursos y energía.	<i>Escuela de relaciones humanas.</i> Es un ejemplo de teoría que se centra en la búsqueda de una legalidad para la conducta de los individuos y los grupos. Entender la organización es entender las características personales de los individuos que las forman y la manera en que ellos se relacionan entre sí.
<i>Teoría de la burocracia de Weber.</i> Concibe a las organizaciones como relojes. Las burocracias están regidas por leyes impersonales, y las organizaciones están basadas en supuestos racionales, estructuradas para cumplir una función previamente establecida. Cada parte cumple una y solo una función para que todo funcione.	<i>Escuela institucional.</i> Es un ejemplo de teoría que sostiene que la legalidad organizativa no puede ser determinada <i>ex ante</i> como el producto de factores psicológicos, sino que dicha legalidad es un producto histórico que depende de la interacción de la organización con el medio. Lo relevante no se explica por leyes generales sino por decisiones reales que los actores toman frente a las demandas reales del medio.
<i>La teoría de Simon.</i> Concibe a las organizaciones como computadoras. Las organizaciones no tienen la racionalidad ilimitada de un reloj, sino una más estrecha pero flexible racionalidad como la de la computadora, al mismo tiempo potenciada y limitada por su hardware y su software.	<i>Escuela de cultura organizacional.</i> Es un ejemplo de teoría que sostiene que para entender una organización no se requiere entender su pasado, en tanto el estilo a través del cual el pasado moldea la organización está presente en su sistema cultural. Entender la organización supone entender este sistema cultural y como éste condiciona la conducta de sus miembros.

Gore Ernesto (1998) Aprendizaje y organización. Buenos Aires: Tesis.

Teorías sobre organizaciones.- En la postura de Furnham (2001:55), la historia de la psicología organizacional y el estudio del comportamiento organizacional pueden ser analizados desde diferentes puntos de vista, que se pueden sintetizar en el siguiente cuadro:

Punto de vista	Ejemplos
Modelo de la perspectiva humana	Hombre económico racional. Hombre social. Hombre autorrealizado. Hombre complejo.
Perspectiva de los grandes pensadores	Max Weber. Henri Fayol. Frederick Taylor.
Perspectiva basada en el tiempo	Antes de 1900. Década 1910 (Administración científica, Escuela clásica). Década 1920 (Burocracia, Relaciones humanas). Década 1930 (Escuela clásica retomada). Década 1940 (Dinámica de grupo). Década 1950 (Liderazgo). Década 1960 (Teoría de las decisiones, Escuela sociotécnica, Teoría de sistemas, Teoría ambiental). Década 1980 (Teoría de las contingencias).
Enfoque de la escuela del pensamiento	Escuela clásica. Escuela del comportamiento social. Pensamiento administrativo contemporáneo (especialmente la Teoría de los sistemas sociotécnicos, donde pueden discernirse los sistemas como mecanicistas o como orgánicos).
Enfoque del estudio de los originales	Estudios de Hawthorne.
Enfoque de análisis de libros	Libros de texto que resumen en cada época las teorías entonces vigentes.
Enfoque basado en temas	Muy similar al anterior, considera la historia de ciertas áreas como selección de personal, evaluación, etc.

A continuación, se describen con mayor detalle los cinco primeros puntos de vista, que son los que el autor más ha desarrollado.

1) Modelo de la perspectiva humana.- Se ha destacado que los investigadores y gerentes tienen teorías o modelos sobre la naturaleza humana (por ejemplo las personas son básicamente confiables, egoístas, etcétera). Se supone que tales modelos o teorías determinan la forma en que los gerentes o consultores hacen teorías sobre sus trabajadores y la manera en que comportan con ellos (Furnham, 2001:57). El mencionado autor cita a Winefeld, quien en 1984 clasificó estos modelos en cuatro paradigmas de hombre:

1. Hombre económico racional: el hombre actúa sólo por los incentivos económicos y hará cualquier cosa por conseguir beneficios de ese tipo.
2. Hombre social: el hombre es esencialmente un ser con necesidades sociales, buscan compañía, buscan una sensación de pertenencia íntima y necesitan dar un sentido de identidad y significado a su vida cotidiana.
3. Hombre autorrealizado: las personas necesitan hacer uso pleno y eficaz de sus recursos humanos y talentos, de descubrir sus potencialidades y poderes creativos.
4. Hombre complejo: las personas son distintas y cambiantes. Cada uno tiene su propia jerarquía de necesidades, la cual cambia de tiempo en tiempo y de una situación a otra, variabilidad que los hace difíciles de entender y anticipar.

2) Perspectiva de los grandes pensadores.- Este punto de vista identifica a un grupo de intelectuales cuyas ideas han influido de manera particular en la práctica e investigación en esta área, y todo parece indicar que tres fueron, por consenso, los pensadores más importantes antes de la segunda mitad de la década del 30: Weber, Fayol y Taylor (Furnham, 2001:61).

1) *Weber* desarrolló especialmente dos temas: la ética protestante del trabajo y la burocracia. La ética protestante del trabajo es básicamente un sistema personal de creencias que predice el éxito económico, como por ejemplo creer que la moral, la postergación de la gratificación, el ascetismo y el trabajo arduo conducen al éxito económico (Furnham, 2001:62).

La burocracia es una organización con determinadas características: división del trabajo, jerarquía bien desarrollada, sistema de reglas y procedimientos que definen las obligaciones y derechos de los empleados, relaciones interpersonales basadas en la posición más que en la personalidad, y promoción y selección con base en la competencia técnica.

2) *Fayol*, hacia 1919, puso en énfasis en las funciones: todos los gerentes o administradores realizan casi las mismas funciones, que son planear o establecer planes a futuro, organizar la empresa en base a recursos materiales y humanos, dirigir al personal, coordinar o unificar las actividades, y finalmente controlar o comprobar que todo se hace de acuerdo a las reglas (Furnham, 2001:69).

3) *Taylor*, hacia 1911, estableció los principios de la llamada Administración científica de la empresa. Entre dichos principios se pueden mencionar como más sobresalientes el trato que debía dispensarse al trabajador (Furnham, 2001:71): estimularlo mediante incentivos económicos, ascenderlo de acuerdo a sus rendimientos y capacidades, asegurarle condiciones laborales sanas, fomentar la justicia eliminando la discriminación, desarrollar las potencialidades del trabajador mediante capacitación y orientación, etc. Para todo ello debían hacerse estudios de tiempo para ayudar al diseño más eficiente de los puestos de trabajo, debía establecerse un sistema diferencial de puesto y valoración para estimular a los trabajadores a superarse, designar supervisores para planear, verificar, registrar y explicar los procedimientos de trabajo, y estandarizar herramientas, sistemas y procedimientos.

3) *Perspectiva basada en el tiempo*. - Furnham (2001:74) considera la siguiente cronología:

Década y Escuelas	Perspectiva	Descripción
Antes de 1900.	Estructural	Destacaba la división del trabajo y la importancia de la maquinaria para facilitarlo.
Década 1910 (Administración científica, Escuela clásica).	Estructural	<i>Administración científica</i> : Se refería a la administración como ciencia; los empleados tenían responsabilidades específicas pero diferentes; fomentaba la selección científica, la capacitación y el desarrollo de los trabajadores y la división equitativa del trabajo entre trabajadores y gerentes. <i>Escuela clásica</i> : Clasificaba las responsabilidades de un gerente como la planeación, organización y dirección de los empleados, coordinación de actividades y control del desempeño; principios básicos que requerían la especialización del trabajo, unidad de mando, cadena escalar de mando y coordinación de actividades.
Década 1920 (Burocracia).	Estructural	Ponía énfasis en el orden, el sistema, la racionalidad, la uniformidad y la coherencia en la administración; estas cualidades permitían el trato justo de todos los empleados por parte de la gerencia.
Década 1920 (Relaciones humanas).	Comportamental	Se centraba en la importancia de las actitudes y los sentimientos de los trabajadores; los papeles y las normas informales influían en el desempeño.
Década 1930 (Escuela clásica retomada).	Estructural	Volvía a destacar los principios clásicos descritos anteriormente.
Década 1940 (Dinámica de grupo).	Comportamental	Fomentaba la participación individual en la toma de decisiones; observaba el efecto del grupo de trabajo en el desempeño.
Década 1950 (Liderazgo).	Comportamental	Ponía de relieve la importancia de los grupos asignando líderes sociales y de tarea; establecía una diferencia entre la teoría X y la teoría Y.
Década 1960 (Teoría de las decisiones).	Comportamental	Sugería que las personas 'se sienten satisfechas' cuando toman decisiones.
Década 1960 (Escuela sociotécnica, Teoría de sistemas, Teoría ambiental).	Integrativa	<i>Escuela sociotécnica</i> : Sugería considerar la tecnología y los equipos de trabajo cuando se analizara un sistema de trabajo. <i>Teoría de sistemas</i> : Consideraba las organizaciones como sistemas abiertos con entradas, transformaciones, salidas y retroalimentación; los sistemas buscan el equilibrio y experimentan equifinalidad. <i>Teoría ambiental</i> : Describía la existencia de estructuras mecanicistas y orgánicas y hacia un análisis tecnológico de

		su eficacia con tipos específicos de condiciones ambientales y tecnológicas.
Década 1980 (Teoría de las contingencias).	Integrativa	Destacaba la compatibilidad entre procesos organizacionales y características de la situación; pugnaba por la adecuación de la estructura de las organizaciones con distintas contingencias.

4) *Enfoque de la escuela del pensamiento.*- Furnham (2001:75) diferencia tres grandes escuelas de pensamiento: la escuela clásica (perspectiva estructural), la escuela del comportamiento social (perspectiva comportamental), y el pensamiento administrativo contemporáneo (perspectiva integrativa).

Escuela clásica.- Intentó revitalizar el movimiento de la administración científica, pero en vez de centrarse en los fundamentos técnicos de las organizaciones, como esta última, se enfocó en la administración de toda la organización. Así, Weber, Fayol y otros se interesaban en la estructura de las organizaciones y los procesos de diseño que harían las operaciones racionales, ordenadas, predecibles, eficientes y efectivas.

Escuela del comportamiento social.- Consideraba a las organizaciones desde una perspectiva psicológica y social, interesándose principalmente por el bienestar de los empleados, en contraste con la 'frialdad' de la escuela clásica. Así, los seguidores del movimiento de las relaciones humanas sostenían que los gerentes debían apoyar al personal en forma paternalista, creando y fomentando la cohesión grupal y un ambiente psicológicamente sano de trabajo.

Pensamiento administrativo contemporáneo.- Las últimas décadas se caracterizaron por el refinamiento, la profundización y la síntesis de la teoría clásica y la teoría del comportamiento social.

Por ejemplo, la teoría ambiental sostenía que de acuerdo a las condiciones ambientales, la organización podía adoptar un sistema mecanicista (para condiciones ambientales estables) o un sistema orgánico (para condiciones ambientales inciertas o cambiantes):

Sistemas administrativos mecanicistas y orgánicos

	Mecanicista	Orgánico
Estructura	Rígido	Flexible
Tareas	Bien definido, estable, estandarizado	Dinámico, ambiguamente definido
Cambio	Resistente	Receptivo
Fuente de autoridad	A partir de la jerarquía y la posición	A partir de la información y la experiencia
Control	Jerarquía	A partir de la persona misma y sus colegas
Dirección de las comunicaciones	Estilo autoritario y descendente	Tipo consultivo, ascendente, descendente, horizontal y diagonal
Contenido de las comunicaciones	Los superiores dan instrucciones y toman decisiones	Información y asesoría

5) *Enfoque del estudio de los originales.*- A veces, los resultados de un estudio o investigación pueden ser originales en el sentido de ejercer un efecto crucial en las teorías del comportamiento organizacional (Furnham, 2001:81).

El autor cita en especial los estudios de Hawthorne (1924 en adelante), que comenzaron por investigar en qué incidía la iluminación ambiental en la productividad de los obreros, comprobándose que no había relación entre ellas. Sin embargo, en investigaciones subsiguientes estos estudios concluyeron que lo que incidía sobre la productividad eran factores psicológicos.

Cuatro conclusiones resultaron obvias: 1) las personas son diferentes: lo que para unas es un incentivo, para otras no lo era; 2) los grupos informales pueden ejercer gran influencia sobre las personas; 3) los grupos pueden ejercer influencia sobre las actitudes y comportamiento individual de los nuevos empleados; y 4) el diseño formal de las organizaciones debe tener en cuenta la percepción de las organizaciones como sistemas sociales.

Furnham Adrian (2001) Psicología organizacional. Oxford University Press.

Teorías sobre organizaciones.- Básicamente hay tres enfoques sobre las organizaciones:

1) *Teoría clásica o de la administración científica:* considera a los trabajadores como impulsados por razones económicas y ven a la organización como formal, con una división clara del trabajo, con personal especializado y con jerarquías dentro de ella. Ejemplo: Taylor.

2) *Teoría de las relaciones humanas:* como reacción a la anterior, resalta los aspectos emocionales no planeados, no racionales, de la organización y sus miembros. Descubrió la importancia de las agrupaciones sociales y de amistad entre trabajadores. Destacó la importancia de la jefatura, la

comunicación y la participación emocional. Apuntó al aspecto informal de la organización. Ejemplo: E. Mayo.

3) *Enfoque estructuralista*: da una imagen más completa e integrada de la organización al sintetizar las dos teorías anteriores, es decir, al ver la organización en sus aspectos formales e informales. Ejemplos: Marx, Weber.

Cada enfoque dio una opinión diferente acerca de la relación entre el individuo y la organización.

1) Para la teoría clásica no había conflicto entre ambos: lo bueno para la organización era bueno para el individuo.

2) Para la teoría de las relaciones humanas los trabajadores tienen muchas necesidades además de las económicas, lo que suscita conflictos con la organización. Lo que se busca es al mismo tiempo aumentar la satisfacción y la productividad del trabajador.

3) La escuela estructuralista considera cierto conflicto entre hombre y organización, inevitable y no siempre indeseable.

Teoría clásica.- Este enfoque abarca una teoría de la motivación y una teoría de la organización. La primera es obra de F. Taylor, y es la llamada Administración Científica.

La teoría tayloriana parte de la base que el obrero trabaja por miedo al hambre y amor al dinero, y por ello hará el máximo esfuerzo físico posible. Debe pagársele además por lo que produce y no por otras cosas como la antigüedad, y si es por pieza trabajada, tanto mejor. Esta teoría plantea también que la producción mejora por modificaciones ambientales tales como la iluminación, etc.

La teoría de la organización sostiene, ya desde Adam Smith, que en toda organización debe haber una división de trabajo establecida por una autoridad. El trabajo debe especializarse según cuatro principios:

1) El trabajo debe dividirse según fines y sub-fines: los obreros que sirven a un mismo fin deben ser reunidos en una misma división.

2) También deben agruparse juntos cuando el trabajo a realizar sea parecido. Las tres áreas de espionaje de las tres armas militares se juntan en una agencia central de espionaje.

3) Según la clientela: se dividen los maestros que enseñan a niños de los que enseñan a los adolescentes, por ejemplo.

4) Deben colocarse juntas las tareas que están en la misma área geográfica. Por ejemplo todas las armas que están en cierta región están bajo un solo mando.

Aplicar los cuatro principios es una tarea difícil.

En toda organización se cumplen funciones de control de arriba hacia abajo. El nivel superior no sólo supervisa, coordina y comprueba actuaciones, sino que también proporciona puntos donde puedan resolverse conflictos, por otra parte no siempre malos y ocultos.

En este enfoque encontramos también la teoría de la toma de decisiones de Simon, según la cual en toda empresa cuanto más alto es el rango de una persona, más decisiones toma y menos actuaciones concretas realiza: el obrero hace mucho pero decide poco o nada, al revés que el ejecutivo. Decisiones se toman en todos los niveles de la pirámide, en forma decreciente de arriba hacia abajo. Simon consideró todo esto dentro del contexto de una organización formal, racional, y tuvo poco en cuenta los aspectos informales.

Teoría de las relaciones humanas.- Elton Mayo es el padre de la escuela de Relaciones Humanas, aunque hubo precursores como John Dewey y Kurt Lewin. La línea de Mayo descubrió cuatro cosas importantes:

1) La cantidad de trabajo del obrero (y por tanto la racionalidad y eficiencia de la organización) no depende de su capacidad física, sino social.

2) Factores no económicos son centrales en la motivación y felicidad del obrero.

3) La especialización no es la forma más eficiente de división del trabajo.

4) Los obreros y empleados no reaccionan a la administración y a sus normas como individuos aislados sino como miembros de grupos. La escuela de Elton Mayo resalta el papel de la comunicación, la participación y la jefatura.

Las conclusiones de la escuela de Relaciones Humanas salieron principalmente de dos experimentos: Hawthorne y Bank Wiring Room. Los hallazgos de los primeros se pueden sintetizar en cinco puntos:

1) El nivel de producción está dado por normas sociales, no por capacidades fisiológicas vinculadas con fatiga o iluminación.

2) Las consideraciones no económicas y las sanciones afectan significativamente la conducta de los obreros y limitan en gran parte el efecto de los planes de incentivo económico.

3) Con frecuencia los obreros no actúan como individuos, sino como miembros de grupos. La conducta individual está afincada en el grupo, e influida por él.

4) La importancia de la jefatura para establecer y exigir normas de grupo y la diferencia entre la jefatura formal e informal es otra modificación importante que introdujo la escuela de Relaciones Humanas. Lewin por ejemplo, comparó dos tipos de jefatura: hay jefes autoritarios, democráticos, y laissez-faire. Se constató que el grupo democrático no producía tanto como el grupo autoritario, pero la calidad y calidez

de sus relaciones era mayor. Los grupos laissez-faire no avanzaron mucho ni en realizaciones ni en satisfacciones.

5) Este enfoque acentuó la importancia de la comunicación entre las jerarquías, la de explicar el porqué de las capacidades de decisión otorgadas a los obreros, de la participación en las decisiones y de las virtudes de la jefatura democrática.

Enfoque estructuralista.- Las dos escuelas (Taylor y Mayo) coincidieron en algo: ninguna veía una contradicción básica e insoluble entre la aspiración de la empresa a ser racional y la aspiración del obrero a ser feliz. Por ejemplo, la escuela de Relaciones Humanas tendía a un perfecto equilibrio entre los fines de la organización y las necesidades de los obreros.

El nuevo enfoque estructuralista destacó las tensiones inevitables entre necesidades organizacionales y personales, entre relaciones formales e informales, etc., y estudió -más que empresas- hospitales, prisiones, iglesias y ejércitos.

Para el enfoque estructuralista, los diversos grupos dentro de la organización pueden cooperar en algunas cosas y competir en otras: no son una gran familia feliz como sugerían los de Relaciones Humanas. Señalan también que los conflictos pueden ser útiles, y a veces no conviene hacer pacificaciones artificiales: confrontar intereses y creencias puede llevar a una prueba de poder y a un ajuste de la organización a la situación real, y en último término a la paz de la organización.

El enfoque estructuralista criticó a las dos escuelas anteriores el énfasis excesivo en lo formal o lo informal de la organización, y postuló una integración de ambos aspectos. También les criticó no tomar en cuenta la relación de la organización misma con su entorno, por ejemplo, con otras organizaciones. Mostraron también que aunque las compensaciones sociales son importantes en las organizaciones (E. Mayo) eso no disminuye la importancia de las compensaciones materiales (F. Taylor).

Resumen de Etzioni A (1993) Las organizaciones modernas. Capítulos 3 y 4.

Teorías sobre organizaciones.- Realidades complejas exigen enfoques complejos. Por lo tanto, es necesario integrar los diferentes marcos de referencia en una teoría multidimensional y en un enfoque integral de la gerencia. Las perspectivas a las que se refiere el autor son cuatro, destacan aspectos diferentes de la vida de las organizaciones, y se sintetizan en el siguiente esquema:

Marco	Raíces	Énfasis	Conceptos clave	Procesos clave
Estructural	Sociología	Racionalidad, roles y relaciones formales. La organización como una máquina.	Reglas, roles, metas, políticas, tecnología, entorno	División del trabajo y coordinación de las actividades individuales
Recursos Humanos	Psicología social y de la organización	Ajuste entre la gente y la organización. La organización como organismo.	Necesidades, destrezas, relaciones	Adaptar la organización para satisfacer las necesidades individuales
Político	Ciencias Políticas	Asignación del poder y los recursos escasos. La organización como un sistema político e instrumento de dominación.	Poder, conflicto, competencia, política positiva	Regateo, negociación, formación de coaliciones
Simbólico	Antropología social y cultural	La organización como una tribu, teatro o carnaval. La organización como cultura, flujo y transformación.	Cultura, ritual, ceremonia, historias, héroes y heroínas, mitos, símbolos, metáforas, carisma	Creación y promoción de una visión común; atención al significado de los acontecimientos; creación de rituales, ceremonias y símbolos relevantes

Integración teórica de las perspectivas

Cada perspectiva teórica sólo toca una parte de la verdad. Por ejemplo, los enfoques o teorías macros y los micros. La relativa escasez de trabajos guiados por múltiples perspectivas convierte las investigaciones sobre organizaciones en esfuerzos fraccionados e improductivos. Las siguientes

proposiciones resumen el estado actual del problema y dan una idea hacia donde debe dirigirse la atención en el futuro.

El pluralismo retrasa la investigación porque impide la comunicación entre diferentes perspectivas.- El que las personas seleccionen distintos enfoques teóricos impide la comunicación, bien sea porque no intentan comunicarse entre sí (por ejemplo leen solo lo que se ajusta a su teoría), o porque cuando lo intentan se malinterpretan el uno al otro.

Cada perspectiva teórica tiene una ventaja comparativa única.- Cada perspectiva describe un conjunto de fenómenos presentes en cualquier sistema humano, pero en algunas circunstancias particulares, uno de ellos puede sobresalir y los otros quedar en un segundo plano. Los rasgos sobresalientes de cada perspectiva son los siguientes:

Perspectiva	Rasgos más sobresalientes
Estructural	Información y metas claras; buena comprensión de las relaciones causa-efecto; sistemas fuertes de información y tecnología; bajos niveles de conflicto, ambigüedad e incertidumbre; autoridad legítima estable.
De recursos humanos	Gran poder de influencia de los empleados o en aumento; motivación y moral de los empleados baja o en declinación; recursos relativamente abundantes o en crecimiento; conflicto e incertidumbre baja o moderada; diversidad baja o moderada.
Política	Recursos escasos o en disminución; conflictos de metas y valores; diversidad alta o en aumento; distribución difusa o inestable del poder.
Simbólica	Información y metas confusas o ambiguas; poca comprensión de las relaciones causa-efecto; sistemas débiles de información y tecnología; diversidad cultural.

Cada perspectiva pone en práctica una imagen diferente de la organización.- La ciencia humana es una ciencia sobre lo artificial, sobre lo creado por el hombre, y por ello no hay diferencia clara entre predicción y profecía autorrealizable. En ciencias humanas toda perspectiva puede ser autorrealizable.

Cada perspectiva contiene ingredientes esenciales para conformar una ciencia integradora de las organizaciones.- La perspectiva estructural nos recuerda que la mayoría de las organizaciones son racionales tanto intencional como subjetivamente, o sea, realizan su trabajo de acuerdo con su 'manera de entenderlo'. La perspectiva de recursos humanos nos recuerda que quienes integran organizaciones son seres humanos con toda su complejidad: con necesidades, sentimientos, deseos, ideas, etc. La perspectiva política nos recuerda que los recursos siempre son escasos y que los individuos y los grupos lucharán entre sí para influir en su distribución. La perspectiva simbólica nos recuerda que la realidad es una construcción social mediatizada por símbolos, y que el 'significado' es lo más importante para el ser humano.

Teorías de sistemas

Hay dos tradiciones intelectuales que rompen con las cuatro perspectivas mencionadas anteriormente: la teoría general de sistemas de von Bertalanffy (1949) y la cibernética de Wiener (1967). Combinando ambos enfoques, llegamos a una quinta perspectiva que puede sintetizarse en las siguientes proposiciones:

1. Un sistema es un conjunto de partes interrelacionadas que interactúan entre sí.
2. Las organizaciones humanas son sistemas abiertos: sus límites son permeables, y continuamente importan y exportan materia, energía, información y gente.
3. Las organizaciones humanas pueden generar entropía negativa, o sea una interrelación mutuamente beneficiosa con su entorno, y sobrevivir en vez de perecer.
4. Los sistemas están dispuestos en forma jerárquica: están es un sistema más amplio y a su vez incluyen subsistemas.
5. Un sistema es más que la suma de sus partes: sus propiedades emergen de las relaciones internas y con su entorno.
6. Las organizaciones tienden a mantenerse dinámicamente estables, o sea en estados de equilibrio que generan propiedades de ultrasensibilidad: cuanto mayor amenaza de desequilibrio, mayor capacidad para recuperarlo.
7. Para mantener su estabilidad, los sistemas abiertos requieren procesos adaptativos, como circuitos de retroalimentación, mediante los cuales los sistemas pueden percibir y adaptarse a los cambios relevantes en su ambiente interno y externo.

Resumen

Históricamente, la mayoría de las teorías e investigaciones organizacionales estuvieron dominadas por una u otra perspectiva. No obstante, cada vez son más obvias las limitaciones de estos enfoques singulares para entender y gerenciar a las organizaciones. La tendencia a aplicar enfoques múltiples e integrales abre perspectivas alentadoras para el futuro de la ciencia de las organizaciones.

Resumen de Bolman L y Deal T (1995) Organización y liderazgo. EEUU: Addison Wesley Iberoamericana. Capítulo 15.

Teorías sobre organizaciones.- Antes de 1930, ya se estudiaba la conducta humana en grupos y organizaciones, pero no era un campo de estudio reconocido en general. De aquella época datan los trabajos de Weber, Lewin, Freud, Taylor y Fayol. Luego de 1930, empiezan a sistematizarse más estos estudios, y Board cita cuatro (4) aportes de importancia de la actualidad: 1. Elton Mayo y los experimentos de Hawthorne. 2. Sherif y la creación de las normas grupales. 3. Newcomb y los estudios en Bennington. 4. Lewin y los experimentos sobre democracia y autocracia.

Antes de 1930.- WEBER estudió la influencia de los credos protestantes sobre el desarrollo del capitalismo. Es importante su clasificación de las organizaciones en carismáticas, tradicionales y racional-legales, según como cada una usa y legitima la autoridad dentro de ellas, y habló de la burocracia como el sistema de organización más eficaz.

LEWIN, influido por la teoría de la Gestalt, comenzó estudiando la importancia de realizar metas para liberar tensiones: así, las tareas incompletas se recuerdan más que las tareas completas, porque una meta no alcanzada equivale a una tensión que persiste acumulada.

FREUD intentó explicar el origen de la religión, la moral y la organización social a partir de una horda primitiva -el primer grupo humano- en "Tótem y Tabú". Luego en "Psicología de las masas y análisis del yo" propuso una explicación de la cohesión grupal a partir de la existencia de lazos libidinales.

TAYLOR por su parte, propuso la administración científica, fundada en el supuesto que lo único que motiva al hombre a trabajar es su mayor salario. Hoy, muchas organizaciones siguen usando sus métodos de trabajo.

FAYOL finalmente, estudió, dentro de las organizaciones, la administración, a la que definió en función de cinco elementos básicos: prever/planificar, organizar, mandar, coordinar y controlar.

Entre 1929 y 1939.- En este periodo se hicieron cuatro trabajos independientes de tipo empírico que aún hoy siguen siendo vigentes: Mayo, Sherif, Newcomb y Lewin.

MAYO: Un experimento en una fábrica en Hawthorne mostró que la iluminación no influía en el rendimiento del trabajador, lo que llevó a Elton Mayo a pensar que había otros factores importantes como las horas de descanso, las horas de trabajo, los incentivos salariales, pero comprobó que tampoco estos factores tomados aisladamente eran importantes y que el problema era más complejo. Concluyó que lo que aumenta el rendimiento es la conciencia de trabajar en equipo y de estar participando libremente en una tarea, sin coerciones.

SHERIF investigó cómo las normas sociales influyen sobre nuestra forma de percibir las cosas. Si una persona conoce la opinión de las demás sobre algo que vieron, tiende a igualar su opinión a la del grupo, incluso aún cuando ya no pertenezca más al grupo. Las normas del grupo, entonces, afectan a la conducta individual.

NEWCOMB investigó en un colegio con alumnos, concluyendo que las actitudes de los individuos proceden sobre todo de los grupos a que pertenecen: el grupo ejerce fuerte presión sobre sus miembros para que estos acepten sus normas, y los evalúa según como demuestran su conformidad a ellas.

LEWIN y su equipo estudiaron por su parte cómo es influenciada la conducta infantil por los líderes autoritarios y democráticos. Concluyó en los grupos autocráticos hay más tensión, agresividad y desinterés por las metas grupales y por los otros miembros.

Conclusión.- Pugh clasifica en seis (6) categorías las teorías sobre las organizaciones:

1. El enfoque administrativo: que mostró su propia experiencia en administración. Por ejemplo Fayol.
2. Enfoque estructural: estudió la relación entre estructura y actividades tales como asignación de tareas, etc.
3. Enfoque grupal: que estudió la influencia del grupo informal inmediato sobre el trabajador y su rendimiento. Por ejemplo: Elton Mayo.
4. Enfoque individual: con énfasis en el individuo dentro de la organización, como por ejemplo March, Simon, etc.
5. Enfoque tecnológico: para el cual la tecnología de la fabricación es un factor vital dentro de la organización. Por ejemplo Taylor.
6. Enfoque económico: que estudió la empresa como organización económica. Por ejemplo Marshall.

Por su lado, Cartwright y Zander clasificaron en siete (7) tipos los enfoques sobre dinámica de grupos: la teoría del campo de Lewin, la teoría de la interacción de Bales, la teoría de los sistemas de Trist y otros, la orientación sociométrica de Moreno, el psicoanálisis con Freud, Bion, y otros, la teoría cognitiva con Festinger, etc., y la orientación empírico-estadística, con autores como Belbin.

A pesar de las diferencias que hay entre esos enfoques, todos coinciden acerca de cuatro ideas:

1. Los grupos son inevitables y ubicuos.
2. Movilizan fuerzas poderosas y ejercen fuerte influencia sobre los individuos.
3. Pueden producir consecuencias tanto buenas como malas.
4. La correcta comprensión de la dinámica grupal hace posible que las consecuencias deseables de los grupos puedan conseguirse deliberadamente.

Resumen de De Board Robert (1988) El psicoanálisis de las organizaciones. Capítulo 1.

Teorías sobre organizaciones.- Schein describe aquí tres teorías que tienen los gerentes acerca de la naturaleza humana y, consiguientemente, acerca de cómo debe concebirse una organización.

Comienza señalando que la conducta humana resulta de nuestras intenciones, de la forma como percibimos una situación inmediata y de las creencias o supuestos que tenemos sobre la situación y la gente en ella involucrada. Los gerentes tienen supuestos acerca de cómo funciona el hombre, y es importante conocerlos porque de ello depende gran parte de cómo estará organizada la empresa. Si el gerente cree por ejemplo que en la gente no se puede confiar, la empresa estará organizada en controles rígidos. Ejemplos de supuestos: creer que la gente es más o menos confiable, altruista o egoísta, independiente o dependiente y conformista, voluntariosa o perezosa, etc. En este capítulo Schein examina tres tipos de supuestos gerenciales.

Supuestos racional-económicos.- El supuesto que la naturaleza humana es racional-económica se deriva del hedonismo, que sostiene que la gente actúa para aumentar su propio interés. Por ejemplo, el empleado trabaja por el incentivo económico. Como este incentivo está regulado por la empresa, el empleado está a merced de ella, es pasivo. El supuesto incluye la creencia que los sentimientos son irracionales y que se deben neutralizar, porque es lo que está impidiendo a la gente tener autodisciplina y autocontrol. Quienes controlan sus sentimientos irracionales deberán estar en puestos altos, y los que no, abajo. Pero tanto a unos como otros los mueve el interés económico y entonces para que trabajen hay que incentivarlos externamente, con dinero (pues si no fuera por esto la gente sería perezosa, no haría nada).

Si el gerente se basa en estos supuestos, entonces adoptará ciertas estrategias. Por ejemplo si la productividad baja, entonces incentivará al trabajador con bonificaciones que premien a los más productivos. Estos supuestos son válidos, pero no los únicos que motivan al trabajador, pues más allá del dinero la persona trabajará según otras motivaciones, como por ejemplo la de satisfacer necesidades emocionales.

Supuestos sociales.- Los estudios Hawthorne demostraron dramáticamente que para el trabajador ser aceptado y tener buenas relaciones con sus compañeros de trabajo tiene más importancia que el incentivo económico. Esta investigación concluyó que la motivación para trabajar y la productividad dependían más que del dinero, de la naturaleza de las relaciones sociales entre trabajadores, y de estos con el supervisor.

Los estudios en la industria minera del Instituto Tavistock mostraron por su parte que ciertos métodos técnicos para trabajar en minas hacía que los trabajadores estuviesen aislados y muy alejados entre sí, lo cual bajaba la productividad porque había una falta de contacto emocional, una ausencia de estar unido con otros (factor social).

Estos resultados dieron origen al enfoque socio-técnico, que busca una adecuación entre los métodos técnicos y las necesidades sociales de los trabajadores, todo ello con el fin de aumentar la productividad. Según E. Mayo, el supuesto social considera que las necesidades sociales son el principal motivador de la conducta humana, y que las relaciones interpersonales dan un sentido de identidad. Además, la mecanización del trabajo que trajo la revolución industrial hizo que el trabajo perdiera mucho significado intrínseco, significado que ahora se debe buscar en las relaciones sociales que en él se dan. Los empleados responden más a la empresa en la medida que un supervisor pueda atender sus necesidades de pertenencia, aceptación y sentido de identidad.

La estrategia gerencial implícita a estos supuestos es pensar menos en controles rígidos o incentivos económicos y más en las relaciones sociales e incentivos grupales, no tanto individuales. Muchas veces los trabajadores no producen más por el dinero sino por una cuestión de competencia con otros sub-grupos a ver quién produce más, o por una cuestión de autovaloración personal o del grupo al cual pertenece.

Supuestos de auto-actualización.- En oposición a la llamada 'teoría x' (supuesto racional-económico), aquí se examina la 'teoría y' (supuesto de auto-actualización), según la cual lo que motiva al sujeto al trabajo es su necesidad de desarrollar sus capacidades y habilidades en forma productiva, o sea que aquí la motivación no es externa sino interna, vale decir, utilizar su propio talento y conciliarlo con los objetivos de la empresa.

La estrategia gerencial implícita será aquí darle al trabajador tareas interesantes y significativas para él, donde pueda desarrollar sus especiales habilidades, en vez de darle tareas rutinarias que lo embrutecerían.

Resumen de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulos 4.

Teorías participativas.- El autor sostiene que una empresa no debe tener un régimen autocrático sino democrático, es decir, participativo. Sin embargo, dentro de estas teorías participativas hay dos modelos diferentes: el modelo de relaciones humanas y el modelo de recursos humanos.

Miles hace una comparación entre ambos a partir del estudio de las creencias y opiniones de los gerentes, ya que algunas de éstas reflejan uno u otro modelo. El modelo de relaciones humanas es el que los gerentes pueden utilizar con sus subordinados, mientras que el modelo de recursos humanos es el que desearían usar con sus superiores.

Ambos modelos se refieren a tres cuestiones: a) se pronuncian sobre los valores y las capacidades de las personas; b) mencionan normas a seguir por los gerentes para mantener sus opiniones sobre la gente; y c) plantean expectativas acerca de la influencia de la participación sobre la moral y la actuación del subordinado. En este caso, los modelos están apuntando al propósito de la participación.

Modelo de relaciones humanas.- Su objetivo es hacer sentir a los miembros de la organización una parte útil e importante en el esfuerzo total, lo cual produce una fuerza de trabajo cooperativa y rendidora. El gerente permite a los subordinados tomar algunas decisiones y ejercer alguna autodirección, pero a cambio de ello exige de ellos participación cooperativa. En el fondo, este modelo es el que más se aproxima a un régimen autocrático, por cuanto el gerente hace sentir útiles a los subordinados para, en última instancia, lograr el acatamiento a la autoridad gerencial.

Modelos de recursos humanos.- Este modelo considera a los miembros de la organización como una reserva importante de recursos inexplorados (así quisiera el gerente que lo vieran sus superiores). Tales recursos no se refieren solamente a habilidades físicas y energía, sino también a habilidad creadora y capacidad para desarrollar una conducta responsable, autodirigida y autocontrolada. El gerente no da directivas a cambio de cooperación, sino que busca crear un clima propicio para desarrollar esos recursos. Tampoco busca alentar el autocontrol para elevar la moral, sino para hacer más eficaz el funcionamiento de la empresa.

Cuadro resumen de los dos modelos de liderazgo participativo

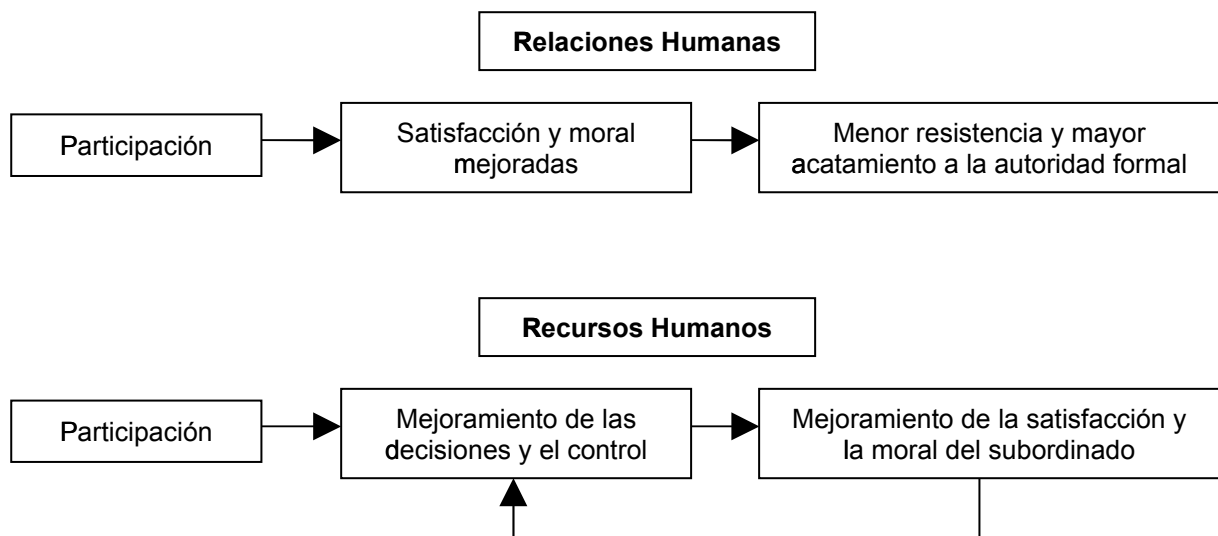
	RELACIONES HUMANAS	RECURSOS HUMANOS
Actitudes hacia las personas	1. La gente tiene necesidades como la de participar, pertenecer, agradar y ser respetados. 2. Desean sentirse útiles como partes de la empresa o el grupo. 3. Si se satisfacen sus necesidades cooperarán con la empresa.	1. Además de ello, también la gente desea ser creativa y poder contribuir a objetivos que merezcan esfuerzo. 2. Desean tener iniciativa, responsabilidad, creatividad. 3. Lo harán si se explotan sus recursos y capacidades inexploradas.
Tipos y cantidad de participación	1. El gerente debe hacer sentir útil al subordinados. 2. El gerente hace participar a los subordinados en problemas y decisiones de rutina. 3. El gerente estimula el autocontrol, pero dentro de ciertos límites.	1. El gerente debe crear un ambiente para que ellos realicen sus capacidades según las metas de la empresa. 2. También, pero además en decisiones importantes para aprovechar los recursos de los subordinados. 3. El gerente estimula el autocontrol y lo amplía constantemente a medida que van desarrollándose las capacidades dormidas.
Expectativas	Satisfaciendo las necesidades de pertenencia y reconocimiento individuales, subirá la moral, y por tanto mejorará el rendimiento, y el gerente tendrá menos trabajo pues habrá menos roces entre los subordinados.	Los subordinados ejercerán autodirección y autocontrol en la realización de objetivos que ellos mismos ayudaron a establecer. Esto repercutirá en el rendimiento y la productividad.

Una comparación entre ambos modelos.- En el modelo de recursos humanos, las mejoras vienen directamente de las contribuciones creadoras de los subordinados, siendo la satisfacción un producto secundario. En el modelo de relaciones humanas, la satisfacción es central para las mejoras.

En relación con sus subordinados, los gerentes tienden a utilizar el modelo de relaciones humanas, pues dudan de la capacidad de sus subordinados para su autodirección y autocontrol, y de su capacidad creativa para tomar decisiones, y si proponen una política participativa es más que nada para elevar su moral.

En relación con sus superiores, los gerentes utilizan mas bien el modelo de recursos humanos, según el cual los subordinados (o sea ellos mismos, los gerentes) tienen creatividad, ingenio, flexibilidad y apoyo al cambio.

Los gerentes se resisten a aplicar el modelo de los recursos humanos con sus subordinados, ya que ello desafía sus creencias acerca de los orígenes y aplicabilidad de las prerrogativas de los gerentes, y acerca del origen y los límites del control. Así, el gerente cree que él aumentará su control si fomenta el autocontrol en sus subordinados (modelo de relaciones humanas). El enfoque de relaciones humanas es fácil de "comprar" porque no desafía el rol básico del gerente o sus status. El enfoque de recursos humanos en cambio exige al gerente responsabilidad para saber administrar los recursos de sus subordinados, y de aquí que éste último enfoque sea difícil de aceptar por los gerentes en relación a sus subordinados.



Otras deducciones que se pueden hacer son las siguientes: a) al gerente le es más fácil el modelo de relaciones humanas porque no lo obliga a nada en cuanto a buscar talentos y promover recursos entre sus subordinados; b) los beneficios del modelo de recursos humanos no prosperarán en tanto el gerente siga manteniendo el modelo de relaciones humanas; y c) el empleo por parte del gerente de estos dos modelos al mismo tiempo deriva de la ambivalencia de los mismos teóricos que estudian dichos modelos. Miles propone, en los comentarios finales, utilizar el modelo de recursos humanos, a pesar de las críticas que se le hicieron. Señala que en realidad aplicar este modelo no es algo tan costoso en comparación con los beneficios que pueden obtenerse de él.

Resumen de Miles Raymond, Relaciones humanas o recursos humanos? (artículo).

Enfoque sistémico. - Con la Teoría General de los Sistemas se empezaron a estudiar los sistemas como tales, lo cual resultó útil para comprender ciertos sistemas como los grupos y las organizaciones. Su creador fue L. von Bertalanffy, que basó sus ideas en la termodinámica, aunque pudo ampliar el concepto de sistema llevándolo también a la biología (los seres vivos como sistemas).

Von Bertalanffy distinguió sistemas cerrados y sistemas abiertos. Los primeros, en la física, son independientes de su medio y tienden hacia un equilibrio estático donde no puede producir más trabajo. El sistema abierto, en biología, al estar en contacto con el medio puede seguir produciendo trabajo en tanto siga recibiendo energía desde el exterior y a su vez devolviendo al medio la energía transformada.

El sistema abierto se caracteriza por su "equifinalidad", es decir, por su capacidad para alcanzar el mismo estado final a partir de diferentes condiciones iniciales. Por ejemplo un niño sufre un retraso por enfermedad, pero si se recupera sigue su desarrollo normal. Del mismo modo, a partir de un fragmento de embrión de erizo de mar puede desarrollarse un erizo completo.

Sistemas abiertos son las células, los individuos y las organizaciones. Como sistemas, deben mantener siempre un equilibrio entre sus necesidades internas y las demandas externas. En el individuo esta función, dice Rice, la realiza el yo. Para cumplir diferentes tareas, el yo asume distintos roles. En esta tarea el yo debe controlar la movilización de aptitudes y emociones apropiadas a cada rol, controlar las transacciones con el medio y suprimir otras actividades en ese momento incompatibles con el rol.

La organización es también un sistema abierto, con un adentro y un afuera interrelacionados. La organización se mantiene estable en la medida en que continuamente cambie y pueda ir adaptándose a las fuerzas externas. O sea, el sistema abierto existe en tanto realice intercambios con el medio. Dentro de la organización, quien tiene esa función es la administración, que coordina los diferentes sub-sistemas o departamentos para cumplir su función. Si el medio es muy cambiante, la administración deberá instrumentar medidas para reaccionar adecuadamente a ellos: de otro modo, la organización desaparece. Trist y Bamforth aplicaron estos conceptos de teoría de sistemas a una organización real (una empresa de minas de carbón en Inglaterra). Concluyeron que, al introducirse cambios tecnológicos en la extracción del carbón, también se producían cambios psicosociales: por ejemplo, nuevas máquinas traían nuevos conflictos sociales y psicológicos generando una ansiedad que impedía el buen rendimiento laboral. Por ejemplo, un cambio tecnológico consistió en que cada trabajador ya no era un experto en su tarea, sino que podía realizar varias en forma cíclica, lo cual hizo que perdiera autonomía y responsabilidad y comenzara a pelearse con los demás y a competir con ellos.

Este enfoque es el socio-técnico, que muestra la interrelación entre las estructuras tecnológicas y las sociales dentro de la organización. En este enfoque, tres aspectos son importantes: los aspectos tecnológicos (por ejemplo la maquinaria), los métodos de trabajo (grupal o individual, horarios, etc.) y los aspectos sociales (relaciones interpersonales dentro de la organización).

Las empresas son, entonces, sistemas abiertos, ya que crecen por medio de procesos de elaboración interna, logrando además alcanzar una estabilidad mientras trabajan, un estado llamado "cuasiestacionario" que se mantiene siempre y cuando continúe interactuando con el medio externo.

Otro experimento de Trist y Rice se llevó a cabo en una empresa textil de Ahmedabad (India), donde se intentó averiguar como se influenciaban mutuamente los aspectos tecnológicos, económicos y sociales. Se utilizó aquí un concepto de Bion, el de "tarea primaria": cuando un grupo funciona como grupo de trabajo, es decir, cuando funciona eficazmente y no se ve influido por las emociones de los supuestos básicos, entonces está tratando de cumplir una tarea determinada llamada primaria, que implica satisfacción en hacerla y ánimo de colaboración.

Rice mencionó otros tres supuestos sobre la organización de tareas: 1) la tarea debe organizarse de forma tal que sea "completa", 2) las personas que la realizan deben ser capaces de controlar sus propias actividades, y 3) las tareas deben hacerse de forma tal que los seres humanos puedan forjar relaciones satisfactorias.

El experimento de Ahmedabad mostró que lo tecnológico influye sobre lo social, aunque no siempre en forma completa. Mostró también que la productividad subía cuando el poder de decisión estaba más repartido (es decir, cuando no hay uno que controla a muchos, sino muchos que se controlan a sí mismos). Con ello también se tornaban más eficaces las llamadas "condiciones del límite", o sea, las formas de intercambio entre la empresa y el medio.

La teoría de los sistemas también se aplicó a la empresa que extraía el carbón de las minas. Originalmente, esta empresa utilizó el "trabajo de sitio único" (varios obreros hacían todo el proceso: sacaban el carbón, lo transportaban, lo almacenaban, etc.). Luego se probó con otro método llamado "laboreo por tajo largo" donde había varios grupos de obreros haciendo cada uno una parte del trabajo total (un grupo extraía el carbón, otro lo transportaba, etc.), es decir, los obreros hacían un trabajo incompleto. Al constatar que el empleo de este segundo método no contribuía a aumentar la productividad, se optó por un tercer método que resultó exitoso, el "método compuesto de tajo largo" donde un grupo de obreros hacían todo pero en diferentes turnos y horarios, donde además se pagaba no en función del rendimiento individual sino del rendimiento grupal, y donde los obreros podían elegir a sus compañeros de trabajo.

En conclusión: las organizaciones y los grupos de trabajo funcionan como sistemas sociotécnicos abiertos, sistemas que poseen un equilibrio interno que, para mantenerlo bien, debe optimizarse el sistema tecnológico para que el sistema funcione con eficacia.

Los roles laborales ayudan a combatir ideas depresivas o angustiantes. A nivel conciente nos mantienen conectados con la realidad y nos dan una sensación de dominio y libertad, a la vez que sublimamos instintos sexuales y agresivos.

Maslow señala que es importante que el trabajo pueda satisfacer necesidades individuales: fisiológicas, de seguridad, sociales, del yo y de autorrealización. Por su parte, Herzberg habló de dos series de necesidades: las de evitar en dolor y la incomodidad, y las de crecer y desarrollarse psicológicamente.

Por su parte, Jacques se refirió a la conducta "normal" como aquella que implicaba: a) una conciencia del sí-mismo propio y de los demás, b) una capacidad para comunicarse y entender la comunicación de los demás, c) para colaborar con otros prestando atención al mismo tema, y d) para relaciones de intercambio social y económico. Las organizaciones llamadas "requisito" son las que permiten y fomentan el establecimiento de este tipo de relaciones interpersonales, con lo cual se hace más fluido el intercambio entre empresa y medio externo.

Resumen de De Board Robert (1988) El psicoanálisis de las organizaciones. Capítulo 8.

Enfoque sistémico.- Las teorías tradicionales sobre la organización tendieron a considerar a las organizaciones humanas como sistemas cerrados. Esta tendencia ha hecho que no se hayan tenido en cuenta los ambientes en que las organizaciones se mueven y la naturaleza de la dependencia que sufren respecto del ambiente. También ha hecho que los científicos se hayan concentrado demasiado sobre los principios del funcionamiento interno de las organizaciones, con lo cual no se ha logrado desarrollar ni comprender los procesos de retroalimentación entre organización y ambiente, es decir, procesos donde ambos se intercambian información y se regulan mutuamente.

Frente a la concepción de la organización como sistema cerrado, propia del sentido común, han surgido las concepciones que la consideran como un sistema abierto, bajo la inspiración de la teoría de los sistemas de von Bertalanffy, que había aplicado la noción de sistema abierto a la biología y las ciencias físicas.

Algunas consecuencias de considerar a las organizaciones como sistemas abiertos.- Cuando se considera a las organizaciones como sistemas cerrados en vez de abiertos, se cometen algunos errores como los siguientes:

- a) No se reconoce que la organización depende permanentemente de los insumos de información provenientes del exterior. En realidad, la organización no está aislada de su entorno económico, social y cultural, y sufre su influencia permanentemente.
- b) Se piensa que las organizaciones tienen una sola manera de lograr su objetivo, cuando por la equifinalidad sabemos que hay varias formas de alcanzar un mismo fin.
- c) Considerar las influencias externas como simples adversidades de las cuales hay que defenderse. Por ejemplo, decir "al diablo con los clientes". En realidad, las influencias externas deben ser consideradas en su justa medida, no negadas ni minimizadas.

Condensado de Katz y Kahn (1992) Psicología social de las organizaciones. México: Trillas. Capítulo 2.

Enfoque sistémico.- Es difícil definir la organización por varios motivos: es difícil determinar donde termina ella y donde empieza su entorno (la comunidad); suelen además tener varios fines y desempeñar muchas funciones; además las organizaciones suelen tener dentro de ella representantes del exterior; y por último, el entorno cambia rápidamente, cambian las reglas y normas y a veces entran en conflicto con las normas internas de la organización en sí. Dadas estas complejidades, muchos autores empezaron a tratar de entender las organizaciones como sistemas abiertos y complejos. Así se han propuesto diversos modelos, que son los siguientes:

1. Primeros modelos sistemáticos:
 - a. El modelo de Homans
 - b. El modelo sociotécnico de Tavistock
2. Organizaciones como grupos superpuestos, conjuntos de roles y coaliciones:
 - a. El modelo de grupos superpuestos de Lickert
 - b. El modelo de conjunto de roles superpuestos de Kahn
 - c. Teorías de la firma de Cyert, March y Simon.
3. Modelos neoestructuralistas para una teoría formal de la organización:
 - a. Énfasis en la interacción entre organización y medio
 - b. Énfasis en los fines organizacionales
 - c. Énfasis en la tecnología y tareas organizacionales
 - d. Marco integrador de Perrow

Primeros modelos sistemáticos.- Para Homans, todo sistema social tiene un medio físico (lugar, clima, etc., etc.), un medio cultural (normas y valores) y un medio tecnológico (nivel de conocimiento e instrumentos para hacer una tarea).

En el sistema social hay tres cosas: actividades, interacciones y sentimientos, y estas cosas interactúan entre sí. Por ejemplo cuanto más interacción hay entre las personas del sistema, más sentimientos positivos surgen. Los tres factores citados son llamados por Homans "sistema externo". Puede ocurrir, sin embargo, que surjan actividades, interacciones y sentimientos no previstos por la organización, e incluso hasta desaprobados por la misma, y este tipo de organización informal se llama "sistema interno".

Entre sistema externo, sistema interno y los tres medios (físico, cultural y tecnológico) existe mutua interacción: todos influyen en todos recíprocamente. Conclusión: la organización es un sistema complejo (hay muchos factores) y abierto (influye y es influenciada por el medio).

El modelo sociotécnico propone que toda organización puede ser entendida como una combinación de tecnología (requerimientos de tarea, infraestructura física, equipo disponible) y sistema social (relaciones interpersonales), y ambos factores interactúan entre sí y cada uno determina al otro. Si la organización desea interactuar fluidamente con su medio, debe confrontar las exigencias del medio en cuestiones de materia prima (aspecto tecnológico), sino también tener en cuenta las expectativas, valores y normas de sus miembros (aspecto social). Al diseñarse una organización, debe tenerse en cuenta estos dos aspectos: la naturaleza del trabajo a realizar (sistema técnico) y la naturaleza de la gente que lo va a realizar (sistema social).

Organizaciones como grupos superpuestos, conjuntos de roles y coaliciones.- Para ver cómo funciona una organización no basta con un simple organigrama visual; hay que tener en cuenta aspectos más realistas, y a ellos apuntan estos modelos.

El modelo de los grupos superpuestos de Lickert propone: 1) que las organizaciones se pueden entender como sistemas donde los grupos encajan perfectamente unos con otros, y 2) que esos grupos están conectados a través de personas, en posiciones claves de doble afiliación (pertenecen a los dos grupos al mismo tiempo), o sea sirven de enlace entre ambos grupos. Por tanto, un grupo está influenciado por los demás grupos (sistema abierto).

En lugar de grupos, Kahn prefiere hablar, en su modelo de conjunto de roles, de "conjunto de roles", donde se puede identificar mejor a las personas "enlace". El conjunto de roles es un conjunto de personas (jefes, subordinados, personas de afuera de la empresa, colegas, etc.) cuyos roles están interrelacionados y superpuestos: el rol de cada uno resulta de las expectativas que los demás tienen hacia él, razón por la cual puede haber un recargo de roles (una persona es vista con varios roles porque sobre ella recaen varias expectativas), un conflicto de roles (dos personas adjudican roles opuestos a otra

persona), y roles ambiguos (donde los miembros no le dejan ver a la persona qué expectativa tiene hacia ella en forma clara).

La teoría de la firma de Cyert, March y Simon plantea que una organización es un complejo sistema de personas que se unen o luchan entre sí para alcanzar más poder, proceso donde algunos usan "bonificaciones" (dinero, status, etc.) como recompensa para otras personas para que éstas se unan a ellos en la obtención de más poder.

A medida que la organización interacciona con su medio y a medida que cada coalición se relaciona con otra y con la organización, aprende también a replantear sus metas de acuerdo a los cambios, o sea puede adaptarse mejor a éstos.

Modelos neoestructuralistas.- Un primer enfoque pone el énfasis en la interacción entre la organización y el medio (Thompson y Duncan), y afirma que la forma en que una organización fija sus metas depende del grado en que la organización controla el medio y del grado en que el medio controla la organización. Por ejemplo, compañías multinacionales grandes tienen gran control sobre el medio, y pueden fijar su meta fácilmente: competir. En el otro extremo están por ejemplo las cooperativas de consumo, que tienen poco control sobre el medio y entonces la meta será hacer coaliciones con otras cooperativas para aumentar su control del medio. La organización debe evitar la "incertidumbre ambiental", o sea debe procurar estar bien informada acerca de cómo es el medio para poder controlarlo. La fijación de metas depende entonces de la información que tenga la organización sobre el medio. Si hay suficiente información las metas estarán claras y entonces se adopta una táctica de "rutina" para alcanzarlas. Pero si no hay acuerdo respecto cuáles son las metas, se necesitará un líder que desarrolle la táctica de la "iniciativa", para proponer metas y cumplirlas.

Un segundo enfoque pone el énfasis en los fines organizacionales (March, Simon y Perrow). March y Simon distinguen por ejemplo fines oficiales (son los formulados públicamente), fines operativos (reflejan la intención real de los líderes o las coaliciones dentro de la organización, y por lo regular no se formulan públicamente), y fines operacionales (medibles empíricamente. Por ejemplo el fin de "crecer" se expresa operacionalmente como un aumento del 5% en las ventas). Perrow, por su parte, distingue fines sociales (por ejemplo la producción de bienes y servicios), fines de producción (por ejemplo creación de productos de consumo), fines del sistema (apuntan a como debe estar organizada la empresa misma, por ejemplo fines de desarrollo, eficiencia, etc.), fines característicos del producto (el fin de lograr determinado producto especificando su calidad, cantidad, variedad, disponibilidad, etc.), y fines derivados (marcados por los líderes, que deciden qué hacer con el poder y con los recursos que se acumulan en la búsqueda de otros fines, por ejemplo fines políticos, fines de fomentar las artes, etc.)

Un tercer enfoque pone el énfasis en la tecnología y las tareas organizacionales. Este enfoque propone que para que una organización sea eficaz debe estar organizada de determinada manera, y esta determinada manera depende de la naturaleza de la tarea a cumplir y la tecnología disponible. Así por ejemplo concluyeron que si la tecnología implica hacer productos en serie, la organización más efectiva para ello debe adoptar una estructura formal, jerárquica, mientras que si la tarea es hacer productos más artesanales y a gusto de cada consumidor, entonces la forma más eficaz es más flexible y menos rígida, más informal. El marco integrador de Perrow, por último, buscó integrar la tecnología, la incertidumbre ambiental y la forma organizacional, concluyendo que esta última dependerá de cómo se combinen las dos primeras. Por ejemplo, si la tecnología es artesanal y la incertidumbre alta, entonces la forma organizacional tiende a ser más informal.

Resumen de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulo 11.

La organización como sistema abierto.- Las organizaciones pueden estudiarse según el modelo de sistema abierto, puesto que importan, transforman y exportan energía durante los ciclos de actividad, y también mediante el modelo sociotécnico (enfoque de Tavistock), ya que se componen de un sistema social y de un sistema técnico, entrelazados estrechamente, administrados por un sistema gerencial. Al establecer sus objetivos, las empresas definen su racionalidad: son racionales porque persiguen objetivos. Basadas en esta racionalidad, las empresas ponen en marcha estrategias que les permiten alcanzar metas.

Como sistemas abiertos las organizaciones mantienen un estrecho intercambio con el ambiente; esta interdependencia conduce al concepto de eficacia organizacional, que consiste en el logro de objetivos (hacer las cosas correctas), y al de eficiencia, relacionada con los medios (hacer las cosas correctamente). También esta interdependencia conduce al mantenimiento del sistema interno (personas y recursos no humanos) y de la adaptación al ambiente externo. De ahí la importancia del papel que cumple la administración de recursos humanos en la vida de las empresas.

Chiavenatto (1989) Administración de recursos humanos.

Modelos dinámicos de organizaciones.- Toda organización tiene una duración a través del tiempo, a través de la cual van ocurriendo ciertos cambios, ciertos procesos por ejemplo de diferenciación y de integración. Se explican aquí tres modelos dinámicos de las organizaciones:

1. Con énfasis en los efectos de la diferenciación y la integración.
2. Con énfasis en el procesamiento de información.

3. Con énfasis en el diagnóstico organizacional.

Énfasis en los efectos de la diferenciación e integración (Lawrence y Lorsch).- Aquí se intentó explicar porqué ciertas organizaciones son siempre efectivas a pesar de cambiar sus medios y sus tecnologías. Ello ocurre porque cada parte de la organización (ventas, producción, etc.) se adapta con una parte específica del medio (esto se llama diferenciación). El otro proceso es la integración, que consiste en reunir diversos estilos cognoscitivos y estrategias de resolución de problemas en un conjunto coherente de actividades orientadas hacia el logro de metas. Una adecuada diferenciación e integración hacen posible que la empresa sea siempre eficaz.

Énfasis en el procesamiento de información (La teoría del diseño de Galbraith).- El principal problema de una organización es cómo obtener y utilizar la información del medio. Más concretamente, el problema es la "incertidumbre de tarea", definida como la diferencia entre la cantidad de información que requiere realizar una tarea, y la cantidad de información que está a disposición de la organización. La organización, entonces, debe estructurarse para conseguir información y poder realizar la tarea.

Galbraith describe varios mecanismos usados por las empresas para reducir la incertidumbre de tarea (o sea para reducir la diferencia entre la información necesaria y la información disponible).

Un ejemplo de mecanismo es la jerarquía de autoridad: si se necesitan coordinar los esfuerzos de dos o más personas, la forma más simple de procesar la información que se da entre ellos es la comunicación directa. Pero si esas personas están muy dispersas geográficamente, si son muchas o no existe consenso entre ellas, el mecanismo más simple de procesamiento de información consiste en crear una jerarquía y hacer que toda la información fluya verticalmente a partir de un solo superior.

Galbraith cita otros mecanismos: algunas aumentan la capacidad de procesar información, mientras que otros reducen la necesidad de procesarla.

Énfasis en el diagnóstico organizacional (La dinámica organizacional de Kotter).- Kotter planteó un modelo que permite analizar lo que sucede en las organizaciones a corto plazo (o sea para hacer un diagnóstico organizacional).

Para ello consideró una variable central, clave (los procesos organizacionales claves, que incluyen recolección de información, toma de decisiones, transporte y conversión de materia/energía, etc.), y otras 6 variables más (medio externo, empleados y otros bienes tangibles, características de la organización formal, sistema social, tecnología, y coalición dominante). La variable central influye sobre las otras seis, y, a su vez, cada una de estas últimas, influye sobre la variable central. De esta forma, un cambio en cualquiera de estas variables (por ejemplo ingresan varios empleados a la empresa: variable empleados y otros bienes tangibles) se producirá un cambio en la variable central (las decisiones se tomarán de otra manera), lo que a su vez producirá cambios en las otras cinco variables, etc.

Las diferentes teorías analizadas en este capítulo obligan a realizar una redefinición de lo que es una organización, lo cual puede hacerse a partir de 6 características fundamentales:

- 1) Es un sistema abierto o sea interacciona constantemente con su medio.
- 2) Es un sistema con propósito y funciones múltiples que implican múltiples interacciones entre la organización y sus medios.
- 3) La organización está conformada por muchos sub-sistemas, en interacción unos con otros.
- 4) Al ser inter-dependientes, los sub-sistemas, si uno cambia probablemente cambien los demás.
- 5) Fuera de la organización, en el medio, existen otros sistemas, algunos más grandes y otros más pequeños que la misma organización, que exigen e imponen limitaciones a esta última.
- 6) Los enlaces múltiples entre organización y medios hace que entre ambos no haya una clara delimitación. Quizá es mejor concebir a la organización no tanto como una estructura con ciertos límites, sino como un conjunto de procesos estables de importación, conversión y exportación.

Resumen de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulo 12.

Organizaciones basadas en la información.- Dentro de unos 20 años la gran organización típica seguirá el modelo del tercer sector: organizaciones basadas en el conocimiento compuestas por individuos que dirigen y disciplinan su propia eficacia mediante un feed back organizado con sus colegas y clientes. Serán organizaciones basadas en la información.

Las empresas necesitan cada vez más innovar y adaptarse a los cambios rápidos, por lo que es más importante la información que la labor del trabajador industrial. La información permite planear estrategias financieras, adaptarse a los cambios, y no se requiere una gran tecnología avanzada de procesamiento de datos, bastando a veces con una simple hoja de cálculo. Convertir estos datos en información requiere conocimiento.

Las organizaciones basadas en la información cambiarán también su estructura, reduciéndose el número de managers, ya que no todos ellos están en los mandos dirigiendo. Una organización de este tipo será similar a una orquesta sinfónica, donde todos tocan en base a sus conocimientos especializados, pero dirigidos por una cabeza.

Los requerimientos de una organización basada en la información son: a) estructurarse en torno a objetivos que indiquen claramente las expectativas de eficacia del Management para la empresa y para cada especialista. Debe organizarse en torno a una retroalimentación que compare resultados y

expectativas de modo que cada miembro pueda autocontrolarse. b) Cada uno debe hacerse responsable de la información, o sea debe saber de quién depende él para esa información (superior) y qué otras personas dependen de ella (subordinados).

La organización basada en la información plantea nuevos problemas de Management, como por ejemplo: desarrollo de recompensas, reconocimiento y oportunidades para los especialistas; creación de una visión unificada de una organización de especialistas; diseño de una estructura de Management para una organización de grupos especiales; y seguridad en el reclutamiento, preparación y evaluación del personal de alto Management. Este último es el problema más difícil, ya que, si el número de Management de nivel intermedio se reduce mucho, de dónde vendrá el personal de alto Management, y ¿cuál deberá ser su preparación? Algunas empresas grandes, por ejemplo, podrán reclutar altos ejecutivos de empresas más pequeñas.

Resumen de Drucker Peter (1995) Las nuevas realidades. Capítulo 14.

Las organizaciones como máquinas.- Hoy las máquinas influyen en casi todos los aspectos de nuestra vida cotidiana. Para algunos esto es beneficioso, aunque para otros incide sobre la degradación del medio ambiente y sobre el predominio del racionalismo por sobre el humanismo.

Cada vez más aprendemos a usar la máquina como una metáfora de nosotros mismos y de nuestra sociedad, moldeando así un mundo de acuerdo a principios mecanicistas. Así por ejemplo, se habla de una precisión mecánica con la cual esperamos que actúen las organizaciones. El trabajo se vuelve metódico y repetitivo, porque se ha diseñado la organización humana como una máquina, donde cada acción de las personas está planificada al minuto: saludar a determinada hora y de determinada manera, etc.

A las organizaciones diseñadas como máquinas y que operan como tales se las llama hoy *burocracias*: trabajan en forma rutinaria, eficiente, exacta y predecible.

Los orígenes de la organización mecanicista.- Generalmente las organizaciones (del griego organon = instrumento) son medios para lograr ciertos fines. No son fines en sí mismas. Con el advenimiento de la Revolución Industrial apareció la tendencia a la burocracia y la rutinización, así como una mejor distribución de las tareas para mejorar el rendimiento (Adam Smith).

Federico de Prusia aplicó estos criterios al ejército del cual hizo una máquina, reduciendo sus soldados a autómatas: debían temer más a su jefe que al enemigo.

Las organizaciones que usaban máquinas se fueron pareciendo cada vez más a éstas. En el siglo 19 Smith, Whitney y Babbage recalcaron la importancia de la planificación y la división del trabajo, pero estas ideas recién se aplicaron sistemáticamente en el siglo 20.

Max Weber por su lado, advirtió que la burocracia en las organizaciones les otorgaba eficiencia, exactitud, etc, pero vio el peligro que ella invadiese todos los aspectos del hombre. Weber terminó siendo un escéptico respecto de la burocracia, pero otra escuela fue su principal defensora: la Teoría Clásica de la Gestión Científica, que vemos en el siguiente ítem.

Teoría clásica de la organización: diseño de organizaciones burocráticas.- Fayol y otros diseñaron la organización como si hubieran planeado una máquina, y definieron *gestión* como un proceso de planificar, organizar, mandar, coordinar y controlar. Utilizaron principios tales como que el empleado debe recibir órdenes de un solo jefe, que un jefe debe dirigir a un número limitado de empleados para no perder la coordinación y el control, que debe haber disciplina, justicia (pagando sueldos justos para incentivar el trabajo), que debe fomentarse el espíritu colectivo, etc.

Como una máquina, la organización debía tener partes interrelacionadas y estar distribuida en departamentos y secciones. Debía haber patrones de autoridad mediante los cuales se aseguraba que cierta orden viajaba por determinado camino y debía producir determinado efecto.

Todo esto resultaba válido para burocracias centralizadas y para organizaciones descentralizadas con varios centros de poder semiautónomos pero dependientes de una autoridad superior.

La dirección científica.- Taylor tomó las ideas de la organización como máquina y estableció cinco principios básicos:

1. El directivo es quien tiene toda la responsabilidad. El trabajador sólo debe ejecutar su trabajo.
2. Utilizar métodos científicos para determinar el modo más eficiente de realizar el trabajo (administración científica).
3. Seleccionar la mejor persona para realizar el trabajo.
4. Instruir al trabajador para hacer su trabajo eficientemente.
5. Controlar su rendimiento para estar seguros que usó los medios apropiados y obtuvo los resultados apetecidos.

Taylor utilizó un método de medición de tiempos y tareas con el fin de que el personal pudiese hacer lo mejor posible su trabajo en el menor tiempo. Esperaba que los obreros se comportasen como máquinas, estimulados por el dinero, ya que el obrero es la fuerza que impulsa la máquina de la organización. La esencia de esta mecanización era reducir las tareas complejas a un conjunto de movimientos separados, cada uno de los cuales debía realizarse en cierta cantidad de segundos.

Ventajas y limitaciones de la metáfora de la máquina.- La ventaja de ver a una organización como una máquina se advierte cuando realmente funciona como tal, o sea cuando: a) hay tareas lineales, b) hay

un entorno que asegure que el producto realizado será el esperado, c) se desee producir el mismo producto una y otra vez (producción en serie), d) cuando es muy importante la producción, y e) cuando la parte humana de la 'máquina' sea obediente y se comporte como está previsto.

Las limitaciones de ver a una organización como una máquina son las siguientes: a) la organización vista como una máquina puede tener dificultades para adaptarse al cambio de circunstancias, b) puede dar lugar a una burocracia sin límites, c) puede tener consecuencias no previstas y no deseables, como por ejemplo cuando los intereses individuales del trabajador prevalecen sobre los fines de la organización, y d) puede traer efectos deshumanizadores sobre los empleados, sobre todo los que están más abajo en la escala jerárquica.

Resumen de Morgan G (1993) Imágenes de la organización. Capítulo 2.

Las organizaciones como organismos.- Concebida como organismo, una organización es un sistema vivo que depende del ambiente para satisfacer sus necesidades, o sea es un sistema abierto. Algunas organizaciones estarán así, más adaptadas y otras menos.

Descubriendo las necesidades organizacionales.- Elton Mayo fue un pionero en descubrir las necesidades de los trabajadores, las que no eran simplemente de dinero sino también sociales.

Por su lado, Maslow planteó su teoría de la motivación, sosteniendo que los seres humanos necesitaban satisfacer ciertas necesidades (primero unas, después otras según un orden jerárquico) para posibilitar su crecimiento y desarrollo. Surgió entonces la idea de aplicar los conceptos de Maslow también a las organizaciones. Por ejemplo, las organizaciones podían funcionar más eficientemente si sus miembros estaban motivados, si se les permitía realizar tareas creativas y autocontroladas, etc.

La organización dejó así de ser puramente *técnica* y pasó a ser *sociotécnica* en tanto se proponía satisfacer necesidades sociales.

La jerarquía de necesidades a satisfacer de Maslow aplicadas a empresas es la siguiente: 1) necesidades fisiológicas como sueldos y seguridad en las condiciones de trabajo, 2) necesidades de seguridad como planes de salud, trabajo seguro, etc, 3) necesidades sociales: el trabajo debe permitir la interacción con otros trabajadores mediante la formación de grupos, 4) necesidades del ego tales como recompensas, engrandecimiento personal mediante el trabajo, etc. y 5) necesidades de autorrealización, como por ejemplo pensar que el trabajo hace al desarrollo del hombre.

Reconocimiento de la importancia del entorno: las organizaciones como sistemas abiertos.- Las organizaciones son 'sistemas de aproximación', o sea, han de estar abiertas al medio si quieren sobrevivir. Deben conectarse con un entorno 'activo' (clientes, competidores, proveedores, sindicatos, etc) que forma parte a su vez de un contexto más amplio.

Todo sistema tiene a su vez sub-sistemas. Por ejemplo una organización tiene departamentos, y dentro de ellos hay grupos, luego individuos, etc, de manera que los sub-sistemas incluyen a su vez otros más pequeños.

Entorno activo, subsistemas y diferenciación / integración son tres características de los sistemas de aproximación. Diferenciación / integración significa que el sistema (la organización) se diferencia en distintas funciones, las cuales a su vez se integran para cumplir el fin de la organización.

Teoría de la dependencia: adaptación de la organización al entorno.- Las organizaciones son sistemas abiertos que necesitan satisfacer sus necesidades internas y adaptarse a las circunstancias ambientales. No hay un único modo óptimo de organización: todo dependerá de la clase de tarea a realizarse y del tipo de entorno con que esté relacionada. Cuanto más cambiante es el entorno más flexible habrá de ser la organización para poder adaptarse a esos cambios.

Los procesos de organización efectivos dependen de la posibilidad de conseguir un equilibrio entre estrategia, estructura, tecnología, compromisos, necesidades del personal y entorno. Tal la esencia de la teoría de la dependencia.

La variedad de las especies.- Se han hecho investigaciones para averiguar qué especies de organización tienen éxito y bajo qué condiciones. Una organización efectiva depende de desarrollar un conjunto de relaciones enlazadas entre la estructura, la antigüedad, el tamaño, la tecnología y las condiciones del tipo de industria.

La burocracia mecánica y la división de trabajo funcionan mejor cuando el entorno es estable. En cambio las organizaciones del tipo 'estructura simple' y 'adhocracia' funcionan mejor cuando el entorno es cambiante. 'Estructuras simples' son pequeñas empresas con un patrón que dirige casi todo el trabajo, con lo cual puede hacer rápidos cambios si cambia el ambiente. 'Adhocracias' son organizaciones transitorias que duran lo que dura realizar un proyecto. Por ejemplo empresas de publicidad o de cine. Muchas adhocracias utilizan una organización como matriz, que son organizaciones embarcadas en un proyecto dentro de una organización mayor.

Salud organizacional y desarrollo.- Para diagnosticar si una organización está adaptándose bien al entorno, si es saludable, debemos considerar varios puntos como los siguientes:

1. Como es el entorno? Estable? Cambiante? Qué cambios sufrió?
2. Qué estrategia de adaptación se usa? O simplemente está reaccionando ante cualquier cambio que llega? Está la organización defendiendo su lugar en el entorno?
3. Qué tipo de tecnología manual o mecánica se emplea? La tecnología es rígida o flexible?

4. Qué clase de empleados hay? Qué orientación tienen? Buscan sólo dinero o también realización personal?
5. Como está estructurada la organización y cual es la filosofía de la dirección? Tiende a funcionar como máquina o como organismo?

Estos cinco aspectos se consideraron partiendo de la base de que la organización está constituida por subsistemas interrelacionados de naturaleza estratégica, humana, tecnológica, estructural y de dirección. Estos cinco elementos se llaman subsistemas organizacionales, y deben todos ser congruentes con el entorno, para que funcione bien.

La selección natural: la visión ecológica de las organizaciones.- Las organizaciones luchan por sobrevivir (selección natural de Darwin), y son seleccionadas por el entorno, que selecciona a los competidores más fuertes y elimina a los más débiles. Y así, igual que las especies animales, van ellas también evolucionando o desapareciendo.

Este enfoque ecológico supone que en el entorno hay pocos recursos y también en la organización, con lo cual esos recursos deben ser repartidos entre muchas organizaciones y algunas los aprovecharán y otras no. Sobreviven las que son capaces de innovar para sobrevivir.

Ecología organizacional: la creación de futuros compartidos.- A diferencia de la teoría ecológica y de la teoría de la dependencia, que ven a la organización enfrentada al entorno y separable de él como entidad autosuficiente, la ecología organizacional ve las organizaciones como simples subsistemas de un sistema mayor llamado ecosistema.

Ventajas y limitaciones de la metáfora orgánica.- Una ventaja es que rescata la interacción entre organización y entorno. Otra, que da especial importancia a las necesidades, que deben ser satisfechas para que la organización sobreviva. Otra, que permite discernir entre distintas especies de organización, y una cuarta ventaja, que ve en las organizaciones capacidad para la innovación.

Las limitaciones del enfoque orgánico son estas: 1) La importancia dada al entorno muestra a la organización como más dependiente del entorno de lo que en realidad son. 2) Este enfoque presume que en la organización hay una unidad funcional y armónica como si las distintas partes fueran órganos corporales, pero muchas organizaciones presentan desarmonías. 3) Peligro que la metáfora orgánica se convierta en una ideología, o sea, pensar que las organizaciones 'deben' funcionar como un organismo.

Resumen de Morgan G (1993) Imágenes de la organización. Capítulo 3.

Las organizaciones como cerebros.- El cerebro es una metáfora obvia de organización, en especial si queremos mejorar capacidades de inteligencia organizacional. Además del hecho de que una organización requiere un cerebro que la dirija, aquí apuntaremos mas bien a pensar que una organización funciona en sí misma como un cerebro.

Imágenes del cerebro.- Muchas imágenes toman al cerebro como si fuera un sistema de información procesable, es decir, el cerebro fue comparado con un ordenador (computadora): recibe información, la procesa, y entrega respuestas. Tiene, asimismo, un gran banco de memoria.

También fue comparado con un sistema holográfico, ya que tanto uno como otro registran la información de un todo acumulando todas las partes. En suma, el cerebro puede ser entendido como un sistema computarizado que procesa información, o como un sistema holográfico que reúne partes para armar un todo.

Las organizaciones como cerebros que procesan información.- En una organización circula información, y esta es procesada por los burócratas. La información es necesaria para la toma de decisiones. La organización decide mejor que la persona aislada porque tiene información más completa, puede explorar más alternativas para elegir, y sus datos son más exactos.

La organización como cerebro procesa, fragmenta y rutiniza las decisiones para hacerlas manejables (Simon). Por ello la organización está dividida en departamentos, cada uno con su especialidad. Los niveles más bajos toman decisiones rutinarias, y los más altos las decisiones inusuales o más importantes. Todo ello, según Simon, permite a la organización funcionar eficazmente en medio de la complejidad e incertidumbre de su entorno.

La fórmula Galbraith combate esta incertidumbre reduciendo la información a lo útil, y aumenta la capacidad para procesarla. Si la organización funciona como un cerebro, por otro lado, podrá encontrar nuevas formas de organización por sí sola (auto-organización).

Esto significa que una organización tiene capacidad de aprender, y puede también aprender a aprender, en forma similar a como lo hace el cerebro.

Esta cuestión ha sido tratada dentro de la cibernética, que toma como conceptos centrales los de 'información' y 'retroalimentación' (realimentación o feedback) negativa. La realimentación negativa es un proceso presente en las organizaciones, y básicamente consiste en lograr un objetivo evitando no alcanzarlo, o sea por sucesivas aproximaciones donde se va eliminando progresivamente el error.

La cibernética lleva a una teoría de la información y del aprendizaje basándose en cuatro principios: a) los sistemas deben poder captar los aspectos significativos del entorno, 2) deben poder comunicar dichos aspectos a las normas operativas del sistema, 3) deben poder detectar desviaciones significativas de las normas, y 4) deben poder hacer las correcciones necesarias.

Aunque en diferente grado, las organizaciones pueden aprender y aprender a aprender, en base a la realimentación negativa (o aprendizaje de 'bucle'), donde van corrigiendo ellas mismas sus propias desviaciones. Hay bucles simples (A influye sobre B, B sobre C y C nuevamente sobre A), pero también bucles dobles (donde, dentro del esquema anterior, se agrega la influencia de B sobre B' y de B' sobre B).

El aprendizaje con doble bucle presenta algunas barreras: 1) muchas organizaciones impiden que sus miembros piensen por sí mismos, pero esto resulta necesario para el aprendizaje; 2) al castigar los errores, los empleados tienden a ocultar las fallas, que entonces no se detectan; 3) suele haber un vacío entre lo que se dice y lo que se hace. O sea, no se remedia en la práctica el error cometido.

Los siguientes cuatro puntos sugieren acerca de cómo puede orientarse a las organizaciones para que puedan aprender: 1) fomentar y valorar una gestión que acepte el error y la incertidumbre como una irreductible característica de los entornos complejos y variables, 2) fomentar una aproximación al análisis y solución de problemas complejos que permita explorar diferentes puntos de vista y no encasillarse en uno solo, 3) evitar estructuras impuestas de acción sobre marcos organizados, y 4) facilitar el aprender a aprender relacionando la necesidad de intervenir y crear estructuras y procesos organizados que ayuden a la implantación de los principios expuestos.

Los cerebros y las organizaciones como sistema holográficos.- Considerar la organización como funcionando según principios holográficos implica que la organización puede auto-organizarse, y para ello debe basarse en los principios del diseño holográfico, que son cuatro: 1) tomar el todo en sus partes, 2) crear conectividad y redundancia, 3) crear simultáneamente especialización y generalización, y 4) crear capacidad de auto-organización. Sobre estas cuatro bases puede crearse una organización holográfica.

Los medios para lograr estos fines son los cuatro principios interactivos: a) El principio de redundancia de funciones permite reconstruir un todo reuniendo las partes creando redundancia, conectividad y simultáneamente especialización y generalización (o sea a cada parte se le agregan funciones extra que consisten en controlar o corregir a las otras partes: un empleado que terminó de trabajar puede pasar a controlar a otros trabajadores. O también, si falta un obrero otro puede reemplazarlo). b) El principio de variedad requerida ayuda a proporcionar guías prácticas para relacionar el todo con las partes, mostrando exactamente cuando el todo necesita reconstruirse desde una parte dada. Este principio dice que cualquier sistema de control debe ser tan variado y complejo como el entorno que va a ser controlado. c) El principio de especificación mínima crítica, que muestra como podemos incrementar las capacidades para la organización. Aplicado a una organización, por ejemplo, este principio sugiere que al comienzo los directivos creen condiciones permisivas, no rígidas, para permitir que la organización vaya adoptando su propia forma. d) El principio de aprender a aprender, con el mismo fin que el principio anterior.

Por ejemplo, una empresa está integrada holográficamente cuando la distribución del trabajo es estimulada por el deseo de crear relaciones holísticas entre el personal y su trabajo, de manera que los empleados adquieran un sentido de identidad con la empresa y sus productos (o sea, las partes se identifican y se integran con el todo).

Ventajas y limitaciones de la metáfora del cerebro.- La principal ventaja tiene que ver con que si una organización quiere ser innovadora debe funcionar como un cerebro, es decir estar abierta a las autocríticas y las nuevas exigencias. Otra ventaja es que considerar a la organización como un cerebro implica comprender cómo su dirección estratégica facilita el aprender a aprender, que es justamente lo que hace un cerebro. Este aprendizaje implica no sólo aprender a evitar repetir el error, sino buscar activamente la conducta acertada.

Otra ventaja es que la organización como cerebro amplía su capacidad y dejar de quedar limitada a una racionalidad estricta, ya que el cerebro no funciona únicamente de manera racional.

Una última ventaja es que la metáfora del cerebro suministra un medio valioso para pensar sobre cómo los desarrollos de la computadora pueden emplearse para facilitar los nuevos estilos de organización.

Hay sin embargo dos limitaciones importantes en el modelo de organización como cerebro: 1) el peligro de pasar por alto conflictos importantes entre los requerimientos de aprendizaje y la auto-organización por un parte, y las realidades de control y poder por la otra; 2) cualquier intento de auto-organización debe ir acompañado de un cambio mayor de actitudes y valores, cosas que no siempre van juntas en la práctica: el sistema debe poder asimilar sus propios cambios.

Resumen de Morgan G (1993) Imágenes de la organización. Capítulo 4.

Crisis organizacional.- Los términos *crisis* y *cambio* se aplican a experiencias que afectan profundamente tanto a la organización como a los individuos que la integran. Los acontecimientos económicos, políticos, sociales del contexto golpean a la organización y producen cambios profundos en la orientación, propósitos, intenciones y motivaciones de la gente.

La *crisis* supone la ruptura de una regularidad, que impide prever anticipadamente los eventos futuros, lo cual es crucial para la supervivencia. Frente a una situación de crisis, se pueden asumir dos actitudes:

a) Actitud pasiva: se padece la crisis sin intentar la reversión o modificación del fenómeno. Puede deberse a una paralización producida por el pánico, o corresponder a una actitud conservadora de resistencia a admitir la revisión de marcos referenciales desactualizados.

b) Actitud activa: asumir el análisis y la reflexión de los fenómenos: iniciar un proceso de observación que permita elaborar las ansiedades que se reactivan ante situaciones de crisis.

Delimitación de algunos conceptos fundamentales.- No todo cambio significa crisis. Según Freund, la crisis tiene que ver con las alteraciones y rupturas que puede producir un cambio. La crisis es la consecuencia de una modificación inesperada, provocando un estado de desequilibrio e incertidumbre. La crisis se desencadena por una sucesión de cambios que compromete el campo de las interacciones de la organización.

Para producirse una crisis confluyen factores externos (contexto económico, político, etc, de la organización) y factores internos: el impacto externo moviliza ciertas dimensiones internas del sistema organizacional produciendo la emergencia de conflictos que antes permanecían latentes.

Para Marris hay tres tipos de cambios:

- 1) Cambios incrementales o de sustitución: no implican una revisión profunda del sistema, y están referidos a nuevas formas de enfrentar las necesidades o intenciones establecidas.
- 2) Cambios que implican crecimiento: incorporación gradual de experiencias en el marco de los propósitos del sistema, aportando mayor riqueza y complejidad.
- 3) Cambios que implican pérdidas actuales o futuras, representando una crisis de discontinuidad. Son profundamente perturbadoras del sistema individual y organizacional.

La teoría de la catástrofe explica como surgen las discontinuidades a partir de factores causales interrelacionados continuamente cambiantes: un pequeño cambio en el estímulo puede producir un cambio mayor en la conducta o en el sistema.

Los cambios externos influyen en la organización, pero los *límites* de ésta, al señalar un espacio propio, hace que la organización pueda seguir siendo la misma.

Emery y Trist describen cuatro tipos de ambientes externos, que influyen de distinta forma en las organizaciones:

- 1) Fortuito: ambiente donde los recursos deseados por la organización se distribuyen al azar y la organización puede ir utilizándolos a medida que explora dicho ambiente.
- 2) Agrupado: los recursos son predecibles, con lo cual la organización puede sobrevivir disponiendo de ellos cuando los necesitan.
- 3) Perturbado-reactivo: los recursos son creados por la misma organización. Diversas organizaciones compiten por los mismos recursos y pueden negociar entre sí.
- 4) Turbulento: tienen una alta complejidad de interconexiones causales. Las crisis tienen que ver con este último ambiente, donde la continuidad se ha roto y la organización no puede adaptarse a los cambios, entrando en crisis. Si los cambios contextuales son muy bruscos e intensos, pueden desdibujar los límites de la misma organización, lo que repercute en la identidad y pertenencia de sus miembros: su espacio protegido se ve amenazado.

El manejo de los límites en la relación con el contexto.- En situación de crisis es preciso ser hábil para evaluar el contexto, advirtiendo sus características que afectan a la organización y manejando los conocimientos adquiridos para evitar cometer errores.

Ante la legitimación del ambiente, Pfeffer y Salandik mencionan cuatro tipos de errores:

- 1) No percibir correctamente todos los grupos externos ni su importancia relativa para la organización.
- 2) Aún aceptando la interdependencia con el ambiente externo, hay una lectura equivocada de las demandas que le son formuladas a la organización.
- 3) Realizar las cosas como siempre se las hizo (compromiso con el pasado).
- 4) No medir bien las consecuencias de evaluar mal las distintas presiones que se reciben desde diferentes grupos del medio ambiente.

Se mencionan una serie de características que debe tener una organización con capacidad adaptativa y anticipatoria (página 244).

Respuestas adaptativas a la situación de crisis: el aprendizaje social.- Para poder adaptarse al mundo externo, los individuos imponen regularidades a los eventos, para poder predecirlos y darles significación. Para Marris, el deseo de adaptarse debe superar el impulso a conservar el pasado. Hay un *apego emocional* que puede hacer que un adulto en crisis se aferre a sus esquemas previos y se le haga difícil el cambio, o sea la reconstrucción de una forma de ver la vida. Este impulso conservador se ve en las resistencias al cambio.

Una crisis implica una pérdida, y por consiguiente un proceso de *duelo*. Ante cambios abruptos, una empresa no está preparada para una drástica reestructuración. Para adaptarse debe abandonar un marco de referencia conocido. El duelo es un largo proceso que requiere ser elaborado. La reacción de duelo puede ser vista como un proceso transicional adaptativo que permite la integración del grupo social a una nueva realidad creada.

Resumen de Schlemenson Aldo (1992) Análisis organizacional y empresa unipersonal. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 11.

Crisis organizacional y sus etapas.- El duelo ofrece un modelo para entender la crisis como un proceso de elaboración. Muestra el sustrato dinámico de la crisis, pero es sólo una de las etapas del desarrollo de la crisis.

Fink, Beak y Taddeo dicen que las fases de una crisis abarcan cuatro etapas:

- 1) Periodo inicial de shock, donde el sistema organizacional total o una parte se ven amenazados. Por ejemplo se fragmentan las relaciones interpersonales.
- 2) Periodo de retraimiento defensivo: la organización se moviliza para imponer un sistema de control para reducir la amenaza. Por ejemplo la gente se cohesiona y aparece lealtad incondicional.
- 3) Periodo de reconocimiento: las defensas anteriores fracasan pues no son congruentes con los objetivos de crecimiento organizacional. La gente se ve comprometida con un proceso de examen y confrontación interpersonal. Se busca la responsabilidad conjunta.
- 4) Proceso de adaptación y cambio: recuperación del crecimiento. Los miembros trabajan independientemente en un clima de mutuo apoyo emocional.

Schlemenson propone las siguientes cuatro etapas:

a) Confusión desestructurante: El impacto reiterado de cambios abruptos y masivos producen un corte en la experiencia y los límites que diferencian la organización del ambiente se ven muy afectados. Hay una sensación traumática de invasión masiva, altamente desestructurante. Hay ansiedad confusional, y como respuesta, se produce un movimiento regresivo de desorganización creciente. No hay conciencia clara de la situación, y confusión respecto de cuál es el origen del problema: si externo o interno. Se establecen vínculos simbióticos entre un héroe que salvará a todos, y el resto, dependiente de él.

b) Etapa paranoigénica de enfrentamiento polemógeno: Comienza a surgir un conflicto de oposición, se perfila un enfrentamiento entre dos posiciones contrarias. La ansiedad que alimenta este conflicto es persecutoria, y se producen disociaciones entre sectores buenos y malos o amigos y enemigos. La regresión se manifiesta como aumento de la violencia, expresada como rumores, prejuicios, sospechas, rupturas, etc. Es típica una negación de la realidad externa (contexto turbulento) de donde provienen las amenazas primarias. Hay una dificultad para hacerse cargo de la gravedad de las circunstancias.

c) Pérdida y duelo: En el punto regresivo más bajo se produce una concientización de pérdida: por ejemplo la empresa puede cerrar. Aparece un tercero que asume un rol neutral frente a las dos posiciones antagónicas de la etapa anterior. Aparecen posiciones intermedias, grises. Empieza a verse la amenaza como originada en el ambiente externo.

El apego a los sistemas preexistentes determina un rechazo por lo desconocido. Los afectados por los cambios sienten amenazada su identidad, por las alianzas que ellos implican.

d) Adaptación al cambio: Luego del proceso de duelo, se impone la necesidad de restaurar la continuidad de los propósitos del proyecto organizacional. Al cambio vivido como una pérdida, le sucede ahora una respuesta innovadora tendiente a llenar un vacío y reconstruir la situación. Surgen nuevas normas y pautas de funcionamiento, aunque aún subsisten picos de ansiedad debidos a la incertidumbre. Resolver esta etapa implica resolver satisfactoriamente las tres etapas anteriores.

La nueva institución participativa cumple con dos finalidades propias de esta etapa: prospectiva y adaptativa. Estas representan un doble propósito: a) resolver constructivamente los conflictos internos entre grupos significativos de poder, y b) analizar las amenazas y oportunidades provenientes del contexto, elaborando objetivos y políticas acordes con la situación interna y externa para recuperar la contención organizacional. Schlemenson llama a esto 'responsabilidad conjunta para la reconstrucción de los límites del sistema'.

Resumen de Schlemenson Aldo (1992) Análisis organizacional y empresa unipersonal. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 12.

ORGANIZACIÓN ESCOLAR

Propuesta de Ball.- Ball intenta demostrar una concepción alternativa, señalando que el futuro del análisis organizativo de las escuelas está en el ámbito de lo que NO sabemos sobre ellas, y en particular en la 'comprensión de la vida escolar', o lado oscuro de la vida organizativa.

Ball propone un esquema para el análisis de la organización escolar que derive de, y se base en datos. Este análisis atrae la atención sobre un conjunto de conceptos que, según la siguiente tabla, pueden ser contrapuestos a los de la 'ciencia de la organización':

Perspectiva micropolítica (enfoque explícito)

PODER
DIVERSIDAD DE METAS
DISPUTA IDEOLÓGICA
CONFLICTO
INTERESES
ACTIVIDAD POLÍTICA
CONTROL

Ciencia de la organización (enfoque explícito o implícito)

AUTORIDAD
COHERENCIA DE METAS
NEUTRALIDAD IDEOLÓGICA
CONSENSO
MOTIVACIÓN
TOMA DE DECISIONES
CONSENTIMIENTO

Control.- Las escuelas tienen estrategias de control diversas y contradictorias.

Las escuelas contienen elementos de los tres tipos de organización de Collins: son organizaciones jerárquicas (como una empresa comercial), son controladas por sus miembros (como un sindicato), y son comunidades profesionales. En las escuelas, las decisiones (el control) a veces se toman como si las escuelas funcionaran democráticamente (las decisiones las toma el personal, por ejemplo los profesores), y otras como si fuera una organización jerárquica (las decisiones las toman sólo los directivos). Esto nos muestra que el control no se ejerce siempre del mismo modo: hay una diversidad de controles.

Diversidad de metas.- La estructura de la escuela permite que haya una diversidad de metas, dada la relativa autonomía de subgrupos dentro de la misma. Falta también coordinación entre ellos para orientarse hacia una meta común y única. Esta estructura 'floja' hace que la escuela pase casi a ser una organización anárquica cuando hay un entorno social (contexto) muy agitado.

Ideología.- Las diferencias entre subgrupos o departamentos son a menudo ideológicas, y suelen estar cargadas de afectos como justicia, elevados ideales, igualdad, etc. En momentos de crisis, estas diferencias se exacerban en cuanto a la 'ideología de la enseñanza' (o creencias sobre cómo debe ser la enseñanza, como es la naturaleza humana, qué es el aprendizaje, etc).

Muchas veces la escuela deja que haya diferencias, estando la política oficial sujeta a como cada cual la interprete (libre acomplamiento).

Conflictos.- Los teóricos del conflicto hablan de que en la organización hay intereses particulares que pueden chocar. La 'micropolítica' es justamente según Hoyle, las estrategias de cada individuo o grupo emplea para usar su poder a fin de promover sus intereses. Las escuelas, al igual que cualquier organización, son 'campos de lucha', y los conflictos pueden ser constructivos o destructivos. En esa lucha siempre hay una cuestión de poder (la idea de autoridad es usada mas bien por los teóricos que buscan legitimar la organización, y en estos casos el conflicto lo considerarán siempre destructivo).

La teoría y los datos.- Datos son las experiencias, ideas, significados de los actores sociales involucrados (sobre todo los profesores). Este debe ser el punto de partida de la investigación, y no partir de una idea de una estructura previa organizacional, donde luego encajarán los actores sociales. Pero luego una vez armada la organización conceptualmente, de ella podrán derivar nuevos datos.

Resumen de Ball S (1996) La micropolítica en la escuela. Hacia una teoría de la organización escolar. Capítulo 1.

Relaciones horizontales.- Aquí Ball describe la red de relaciones sociales *horizontales* entre individuos y grupos de la escuela. Se toman dos puntos de vista: las relaciones informales de la sala de profesores y la política interpersonal, y la ordenación formal de los profesores en departamentos y su lucha por el control de los recursos escasos como espacio, tiempo, personal e influencia.

La sala de profesores.- Suele reflejar la estructura micropolítica de la institución. Se identifican por grupos (jóvenes y viejos, mujeres y hombres, etc.) pasando por encima del esquema de poder y autoridad de la institución. Hay dos tipos de lealtades: uno basado en las categorías organizativas (departamentos, etc.) y el otro tiene que ver con intereses compartidos, experiencias compartidas u obligaciones mutuas.

Cotilleo, rumor y humor.- Son canales de comunicación informales poco estudiados. Clásicamente se considera al cotilleo como un medio poderoso e informal de control social. En su aspecto negativo, puede sofocar el cambio y mantener valores anticuados. El cotilleo está muy relacionado con el rumor: sirve para hacer circular a éstos. El rumor busca, más allá de lo obvio, la 'razón real de las cosas'. Por ejemplo sirve para explicar ascensos. El humor es más eficaz para desacreditar al alguien, y es un vehículo de expresión de la hostilidad mediante el sarcasmo, el ridículo, etc.

Política de barones.- Como entre los barones ingleses medievales, los conflictos en la escuela también se relacionan con la riqueza y el poder (asignaciones de presupuesto, nombramientos, control del espacio, influencia sobre la política escolar, etc.)

Se destacan las luchas entre los departamentos de asignaturas. Estos pueden promover un sentimiento comunitario pues comparten una especialidad. Pero también es un lugar para la competencia mutuamente destructiva y para la formación de coaliciones. Por ejemplo los de Historia y Geografía luchan por aulas. Hay baronías fuertes y débiles. Cuando aparece una nueva asignatura, hay una lucha política e intrigas. El ascenso y caída de asignaturas y departamentos no dependen sólo de la micropolítica, sino también de modelos cambiantes de legitimación externa.

Influencia en la corte.- Hay casos donde los departamentos (por ejemplo de matemática, ciencias, inglés, etc.) no han logrado status y recursos preferenciales, y otros casos donde sí lo han logrado. Hay casos donde por ejemplo un jefe de departamento mal visto es removido por maniobras entre miembros del departamento y el director.

Los jefes de departamentos son 'administradores medios', pero este primitivo lenguaje de la teoría de la administración sólo sirve para ocultar las luchas reales sobre la política (poder) y los presupuestos (riqueza).

Ordenes del día ocultos y subtextos: la política de las reuniones y los comités.- Muchas tomas de decisiones y de elaboración de políticas se hace en momentos 'oficiales' como las reuniones o los comités. Pero sin embargo la toma de decisiones es un proceso micropolítico que incluye esferas formales y también informales de interacción, confrontación y negociación. Las reuniones oficiales sirven para que

todos puedan opinar y participar, permitiendo presentar iniciativas para cambiar y articular la insatisfacción o afianzar la solidaridad colectivas.

El comité.- A diferencia de las reuniones, el comité: 1) es más privado y exclusivo, siendo los participantes elegidos en una población mayor, y 2) el comité es cerrado y tiene reglas muy formales de procedimiento. Ambas diferencias están ligadas a diferencias micropolíticas: por ejemplo, el comité es más apto para hacer negociaciones, y las reuniones para anunciar principios y políticas y simplificar problemas.

Resumen de Ball S (1996) La micropolítica en la escuela. Hacia una teoría de la organización escolar. Capítulo 9.

Contexto político de la escuela.- La dinámica interna de la escuela (micropolítica) está condicionada en alguna medida por fuerzas externas a ella. Las escuelas están inevitablemente incluidas en un entorno, y su funcionamiento no puede entenderse como una simple adaptación a él, pues tienen una cierta autonomía.

Dale distingue autonomía permitida (permiso implícito a la escuela y los profesores para el currículum, la pedagogía, la evaluación, etc.), y autonomía regulada (el control sobre la escuela es más estricto, y los profesores no tienen tanta libertad).

Dos aspectos parecen decisivos en las relaciones micropolíticas: uno concierne a la contención de los conflictos internos, y el otro al manejo de las relaciones con el exterior (relaciones públicas).

Las relaciones públicas.- Algunos directores consideran que su función más importante es manejar las relaciones públicas (por ejemplo cuando debe competir con otras escuelas por conseguir alumnos), y otros dedican más tiempo y esfuerzo a controlar y facilitar las relaciones internas. Un aspecto de las relaciones públicas es con el grupo de padres, quienes no suelen tener mucha influencia por falta de organización y de información.

La autoridad educativa local (LEA).- Aunque es necesario mantener buenas relaciones con los funcionarios externos (autoridad educativa local), esto no alcanza para asegurarse que una escuela mantenga un buen frente y un continuo acceso a las finanzas y otros recursos.

La intervención y la política de respuesta.- Las mayores limitaciones del medio sobre la escuela y la intervención directa de organismos externos deben ser consideradas de dos modos: primero como factores que entran y llegan a formar parte de la micropolítica de la institución, quedando sometidas a la lucha interna, y segundo, como factores que cambian la estructura y naturaleza de las relaciones micropolíticas dentro de la institución (por ejemplo, cambiando el equilibrio de poder entre director y personal).

La reducción de fondos (crisis financieras) a las escuelas producen dos efectos: uno es la presión para lograr una mayor centralización (reafirmación del control central), y otro es la estimulación del conflicto.

La micropolítica de la acción reivindicatoria.- Hay una gran variedad de respuestas a los cambios externos. Aunque pueda haber una reestructuración de la identidad profesional de los profesores y de sus condiciones de trabajo, ni los efectos directos de estos cambios ni la acción reivindicatoria misma son uniformes. El modelo establecido de micropolítica, la historia institucional del mismo y la percepción e identificación por los participantes de sus intereses tienen una incidencia directa. Es la articulación de la micropolítica con las restricciones y los problemas más amplios lo que explica mucho de la esencia de la contienda política o de la ausencia de ella, en las escuelas.

Conclusión.- Se expusieron dos ideas. Primero, que la escuela como organización es conflictiva. Segundo, que el control de la organización escolar, centrado en el director, se relaciona con el 'dominio' (eliminación o prevención del conflicto). Así, el dominio tiene como fin lograr y mantener definiciones particulares de la escuela contra definiciones alternativas y categóricas. El proceso que liga ambas facetas -conflicto y dominio- es la 'micropolítica'.

Resumen de Ball S (1996) La micropolítica en la escuela. Hacia una teoría de la organización escolar. Capítulo 10.

ORGANIZACIÓN FILANTRÓPICA

Filantropía empresarial.- El autor aporta aquí evidencias que ayuden a dimensionar los montos aportados por las empresas para financiar ciertas actividades genéricamente llamadas benéficas, como consecuencia de la creciente incorporación de dichas empresas de una visión que va más allá de la mera acumulación de ganancias y que considera a la sociedad donde está inmersa.

La beneficencia de origen empresario.- Internacionalmente, las fundaciones son la forma más difundida por la cual las empresas hacen beneficencia. Tres tipos de motivaciones las llevan a realizar actividades filantrópicas: A) Influir sobre sus propios empleados y público en general, aumentando así su reputación y sus ventas. B) La cultura organizacional, configurada desde la historia personal de los altos ejecutivos y el clima en que se desenvuelven los negocios. C) Las políticas gubernamentales: la legislación impositiva puede estimular las donaciones; el aporte a las empresas de fondos complementarios; y la política seguida por el sector público en el financiamiento del gasto social.

Sobre el aporte empresario en los EEUU y la CEE.- En EEUU las empresas con mayores beneficios son también las que hacen las mayores donaciones, y en los últimos años esta actividad ha sido cada vez más importante en las estrategias empresariales.

Por otra parte, las razones que hicieron revalorizar la filantropía en las empresas de Europa han sido: A) convergencia cultural: la presión de las ONGs, el papel menos activo del estado y la presencia de multinacionales. B) Razones internas de las empresas, como la globalización de los negocios las lleva a competir más, la necesidad de contrarrestar las actividades contra la ecología, etc.

La filantropía corporativa en algunos países subdesarrollados.- Sobre este tema hay poca información, en parte por las mismas empresas que mantienen reserva al respecto. Un estudio hecho en Filipinas revela por ejemplo que cuanto mas grande es la empresa, más estimuladas se ven a involucrarse en actividades comunitarias, destinando fondos a servicios básicos, salud y educación. Por su parte Brasil cuenta con dos redes de organizaciones empresarias que se ocupan de conseguir fondos para beneficencia.

La filantropía empresaria en Argentina.- En los últimos 20 años puede observarse un crecimiento de la actividad filantrópica de las empresas, habiendo constituido en la mayoría de los casos fundaciones que implementan programas de desarrollo social. Sin embargo, esta actividad se encuentra aún en estado embrionario, siendo la razón, además de la crisis económica, un desconocimiento de cómo se implementan los planes de ayuda social.

Las empresas que establecieron fundaciones canalizan sus aportes hacia actividades benéficas pero también hacia el apoyo de instituciones o personas externas a la firma, y resolver cuestiones que problemas internos de las mismas empresas. En algunos casos las iniciativas se mantienen dentro de los límites legales factibles, pero en otros van hacia campos más alejados de la beneficencia que desvirtúan el objetivo de la fundación (medicina prepaga, etc.).

En Argentina, la actividad de las fundaciones empresariales tiene exención de impuestos nacionales, de cargas sociales al personal becario, exención del pago de aranceles para importación, etc.

Sobre el desempeño de las fundaciones empresarias.- Las fundaciones parecen tener un alto grado de dependencia financiera. Por ejemplo, la fundación Pérez Companc tiene como principales ingresos a los dividendos cobrados por la tenencia de acciones del holding empresarial. En general, el 30% de los fondos se destina a educación, el 20% a salud, el 10% a desarrollo social y el 5% a entidades culturales o científicas.

Conclusiones.- Las fundaciones empresariales tienen un doble rol: son ejecutoras de acciones en el campo social, y son potenciales oferentes de fondos en el mercado de la filantropía. Las fundaciones generan actividades en beneficio de la población, pero también hacia adentro de la empresa, fundamentalmente para su personal.

Condensado de Thompson A (coordinador) (1994) Público y privado. Las organizaciones sin fines de lucro en la Argentina. Buenos Aires: Unicef/Losada.

ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

El hospital como institución.- La psicología institucional se aplica con mucho provecho sobre todo en hospitales, ya que éstos pueden a su vez transformarse en si mismos, en agentes psicoterapéuticos a nivel institucional. El hospital implica tareas ansiógenas, como trabajar con enfermos y con la muerte. Por ello se montan defensas contra las ansiedades generadas, como por ejemplo la omnipotencia del médico, lo que a su vez induce la incomunicación entre ellos, y estimula la dependencia regresiva del paciente. Es común el uso de medicamentos sedantes para tapar los conflictos.

Otro peligro es la simbiosis hospitalaria, pues el médico se resiste a dar de alta y el paciente también, por su condición de dependencia. El médico proyecta sus ansiedades hipocondríacas en el paciente, y éste las acepta a cambio de la seguridad de la dependencia.

Las instituciones tienden a adoptar la misma estructura que los problemas que deben enfrentar, por ejemplo: la disociación mente-cuerpo que rige en los pacientes, rige también en la institución. En los hospitales psiquiátricos suele haber una contradicción entre objetivos explícitos (curar al paciente) e implícitos (segregarlos de la sociedad), y así los pacientes tienden a ser tratados como cosas. El hospitalismo y la burocratización son dos aspectos del llamado institucionalismo psicológico.

Condensado de Bleger J (1988) Psicohigiene y psicología institucional.

ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL

Reseña histórica en Argentina.- Hacia 1912 la Ley Sáenz Peña y el ascenso de los radicales reivindicaron la política como posibilidad de participación y negociación. Ello más los inmigrantes incidieron en la integración de objetivos locales y comunes, y así las relaciones de solidaridad y autogestión se expresaron como fomentismo barrial centrado mas en el futuro que en el pasado.

Rupturas y continuidades: el populismo y la fundación Eva Perón.- En 1948 se crea la Fundación Eva Perón con el fin de realizar una obra de 'verdadero interés social'. Esta ayuda social se ubica ambiguamente entre el espacio del estado y las entidades privadas: responde a una iniciativa del estado pero se maneja privadamente. Entre sus objetivos estaban prestar ayuda en dinero o especies, otorgar becas, construir viviendas, atención de hogares de ancianos, escuelas, etc y otorgamiento de grandes cantidades de bienes materiales y subsidios. La Fundación recibía donaciones y fondos provenientes del Estado (impuestos).

Esta ayuda social incorpora también un discurso que se da sentido y la orienta. A diferencia de la beneficencia tradicional, crea el discurso de la justicia social, que se da sobre todo en el campo laboral. La ayuda social es así concebida como un derecho, y el Estado asume el monopolio del bien público.

Conclusiones.- La iniciativa privada sin fines de lucro estuvo siempre presente en la historia argentina, y, aún cuando contaron con el apoyo de la iglesia y el estado, surgieron ante la ausencia de este último. Sólo después de la Revolución de Mayo el Estado asumió tales tareas, por ejemplo a través de la Sociedad de Beneficencia.

Con la instauración de un estado central, las organizaciones privadas buscaron influir en las decisiones políticas, surgiendo así grupos de elite como el Jockey Club y la Liga Patriótica. Esta última, por ejemplo combinaba el trabajo en el campo político con la prestación de servicios sociales. Se fomentó así el clientelismo.

La beneficencia tradicional fue perdiendo terreno por la acción estatal. En general, las iniciativas filantrópicas estuvieron motivadas tanto por motivaciones individuales como colectivas, y se buscó la necesidad del control social y la promoción de ideas de moralización.

Condensado de Thompson A (coordinador) (1994) Público y privado. Las organizaciones sin fines de lucro en la Argentina. Buenos Aires: Unicef/Losada. Páginas 51-61.

Reseña histórica en Argentina.- La denominación 'Organizaciones no gubernamentales' (ONGs) es nueva, pero su objeto no lo es, ya que siempre hubo sociedades de fomento, clubes, entidades de beneficencia, colectividades, fundaciones, etc. Es el 'tercer factor', para diferenciarlo del estado y de las entidades privadas, y lo que las caracteriza es que son sin fines de lucro.

Orientaciones de la sociedad civil en el pasado.- Causas históricas incidieron para que no apreciáramos el valor de las ONGs, y ello no se debió a la intervención intensa del Estado, que aumentó a partir de la década del '30, apareciendo un estado sobredimensionado, sino a una carencia de distinción entre lo estatal y lo social. La 'hiperpolitización' fue el modo en que sociedad y estado se relacionaron mutuamente, perdiendo cada uno su especificidad. Esto dio lugar a una primacía de la identidad colectiva antes que la identidad individual: los actores sociales se formaron en fusión con lo estatal.

Derechos y justicia social.- La justicia social organizó las identidades y oposiciones políticas y culturales desde el peronismo en adelante. Hubo un proceso de incorporación política de las masas antes de la institucionalización de la competencia política en un régimen estable, y la política social fue usada para solucionar los problemas distributivos. Incluso más: la sociedad civil estuvo anticipadamente constituida en relación con la idea de justicia social y la expansión de áreas de igualdad. El débil rol atribuido a la ley, la casi inexistencia del mercado, y una extendida aunque ambigua conciencia de igualdad fueron orientaciones básicas de la sociedad civil en el pasado.

Democracia y sociedad civil.- Durante ese ciclo de intervención estatal, la sociedad civil desarrolló un sentido de la política más de participación que de representación, pero en el año 1983 se produce un punto de inflexión, donde el entusiasmo democrático se basó en una nueva demanda por ley, justicia y plena vigencia del Estado de derecho, demandas que finalmente llegaron a los partidos políticos. Adquiere importancia el poder judicial como referente de la acción colectiva, expresado en una creciente judicialización de las demandas sociales, como por ejemplo el caso María Soledad.

Conclusiones.- En estos años se evidenció un creciente pluralismo en la sociedad argentina, con la consolidación de una conciencia por el respeto de los derechos humanos y la novedosa aparición de asociaciones que defendían los derechos civiles y el respeto a las diferencias.

Los años 90 han traído cambios: el retiro del estado no llevó a que la sociedad se articulase en torno a los mercados, y amplios sectores sociales quedaron desorganizados: el trabajador de antes ahora es el carenciado, y lo popular aparece como lo peligroso (por los saqueos, usurpaciones, etc.), con lo cual parece haber entrado en crisis la noción misma de justicia social.

Condensado de Thompson A (coordinador) (1994) Público y privado. Las organizaciones sin fines de lucro en la Argentina. Buenos Aires: Unicef/Losada.

Las ONGs en la legislación argentina.- La democracia y el libre mercado asignan un nuevo lugar para las organizaciones sin fines de lucro, que deben plasmarse en una legislación apropiada, pero en Argentina la legislación no ha acompañado la evolución de estas organizaciones. En este capítulo se señalan algunas cuestiones que en tal sentido deben ser revisadas.

Las asociaciones.- El código civil argentino no hace referencia a la Asociación civil, mencionando solamente la diferencia entre personas jurídicas de carácter público o de carácter privado. Por su parte, la ley 22.315/80 hace referencia al contralor de asociaciones civiles y fundaciones en la Capital Federal, y un decreto de 1982, reglamenta que la inspección general de justicia controlará que los propósitos de las asociaciones civiles sean efectivamente cumplidos. El poder de policía de las personas jurídicas está a cargo de cada provincia en forma independiente, y se vieron obligados a considerar la gran especialización de comenzó dentro de asociaciones civiles, ya que aparecieron asociaciones de profesionales, con fines mutualistas, de fomento, etc.

Las fundaciones.- La ley 19.836, de 1972, establece las bases y normas en la constitución y funcionamiento de las fundaciones, señalándose allí que tienen como objetivo el bien común, sin

propósito de lucro, mediante el aporte patrimonial de una o más personas. Es preciso que el patrimonio inicial permita el logro de los fines propuestos, pero como se hay parámetros para evaluar esto, la ley fija periódicamente un mínimo de aporte patrimonial, lo cual no contribuye a aclarar la cuestión.

Respecto del número de fundadores, antes era por testamento de un fundador aportante de patrimonio, pero luego se incorporaron otras modalidades: varias personas vivientes se constituyeron también como fundaciones. Aparece también la figura del 'consejero permanente', que designa al 'consejero temporario', pero sólo los fundadores pueden ser consejeros permanentes, con lo cual estos pueden designar otros consejeros.

Similitudes y diferencias.- A) Las fundaciones deben constituirse por instrumento público, mientras que las asociaciones pueden hacerlo mediante simple acta privada. B) En ambos casos debe aprobarse un estatuto que rige su constitución y funcionamiento. C) En la fundación debe aportarse un capital inicial o fundacional, destinado a los fines de la fundación. D) En las fundaciones no hay socios, pero en las asociaciones civiles lo importante es que haya socios, y no tanto el capital inicial. E) En la asociación, los beneficiarios son sus miembros, pero en la fundación, es la comunidad en forma indeterminada. F) La asociación es regida por un órgano máximo, la asamblea de asociados, pero en la fundación solo se instituye un consejo de administración.

La personalidad jurídica.- La personalidad jurídica fue evolucionando con el tiempo, en Argentina. Originalmente el poder público concedía esta personalidad, pero hoy se trata mas bien de un acto de reconocimiento de su existencia. En cualquier caso, la organización debe cumplir una serie de requisitos respecto de sus finalidades y actividades (servir al bien común), el patrimonio, la constitución, etc. El poder público ejerce cierto control sobre estas organizaciones puesto que al servir a la comunidad entran dentro del derecho público.

Conclusiones.- La legislación referida a asociaciones civiles y fundaciones está en el código civil básicamente, y es sumamente anticuada, pues aquellas han crecido, se han diversificado, etc.

Condensado de Thompson A (coordinador) (1994) Público y privado. Las organizaciones sin fines de lucro en la Argentina. Buenos Aires: Unicef/Losada.

PERFIL

Generalidades.- La tarea del selector consiste en elaborar un perfil a partir de los datos que brinde el contexto, clarificar el puesto en función de las responsabilidades que afronta y los problemas que debe resolver; si además conoce el mercado, cuenta con más elementos para definir un perfil posible. Las tres fuentes de información básica para elaborar un perfil, son, entonces:

Puesto + Empresa + Mercado = Perfil

Como se ve, se debe también conocer a la empresa, pues por ejemplo incorporar personas con características muy rígidas a una organización muy estricta, acentuaría rasgos que no favorecerían el desarrollo de ambas partes. Sin embargo, la persona incorporada debe tener bastantes cosas en común con la empresa. En suma, para la elaboración del perfil, la base de la información está en las características de la tarea a realizar y el contexto (empresa) donde ella se realizará.

Resumen de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Capítulo 5.

Construcción del perfil.- Para la elaboración de un perfil necesitamos dos tipos de información: la del selector y la del postulante. Una primera tarea para elaborar un perfil consiste en determinar qué tarea deberá hacer el candidato. Es lo que se llama los requisitos, y que por ejemplo son los que aparecen en los avisos pidiendo personal con tales o cuales funciones. Luego, se estudia al candidato para ver si puede cumplir esa tarea. Cuando se presenta un candidato que responde al perfil acordado, la tarea consiste en seguir trabajando sobre algo ya iniciado con el candidato.

Los aspectos que se requiere conocer para la mejor realización de la tarea de selección son las características, las condiciones, los conocimientos y las destrezas requeridos, y constituyen el esqueleto de la posición a cubrir.

Jaques distingue siete niveles de complejidad en las demandas de un puesto, que se corresponden con los niveles de desarrollo de la capacidad humana. Se trata de siete niveles diferentes de complejidad de una tarea:

Nivel 1: Juicio directo o sensorio-motor: de posiciones que requieran trabajar con materiales o personas, como cadete, recepcionista, operario, portero, etc.

Nivel 2: Acumulación diagnóstica o imaginativo-simbólica: comprende tareas que requieren el manejo de conceptos y palabras, como por ejemplo un evaluador, un analista de laboratorio, etc. El selector investigará aquí funciones intelectuales de análisis y síntesis. Es preciso imaginar la tarea (no se la puede 'ver' como en el nivel 1).

Nivel 3: Caminos alternativos: cuando la tarea requiere afrontar problemas de cierta complejidad para los que puede haber caminos alternativos. Ejemplo: un negociador.

Nivel 4: Procesamiento en paralelo: Tareas donde hay que atender simultáneamente varias cosas. Por ejemplo, un gerente zonal que debe atender a varias sucursales de un Banco.

Nivel 5: Sistemas unificados totales: Son tareas de alta complejidad, integradas por totalidades unificadas (marketing, producción, administración) que deben encararse como un todo. Por ejemplo, la tarea de un gerente general.

Nivel 6: Acumulación diagnóstica mundial: tareas altamente complejas y abstractas, donde se analizan las unidades de negocio en el contexto internacional, lo que supone un análisis del mundo en relación con variables y tomando en cuenta la configuración propia de cada país.

Nivel 7: Requiere trabajar con alternativas paralelas y elegir la más adecuada para cada situación, lo que supone capacidad de análisis, de síntesis, abstracción, generalización, anticipación y decisión. Es el más alto nivel de complejidad y corresponde a ejecutivos de una gran corporación, multinacional o transnacional.

El perfil se construye revisando la tarea, determinando el nivel de complejidad requerido según sus características, y las expectativas de la empresa con respecto a la posición y la estructura jerárquica en que deben incluirse.

Para evaluar a una persona en el nivel I basta con un día a tres meses, mientras que para evaluar un desempeño en los últimos niveles, se requiere incluso a veces hasta 5 años.

Evaluación de potencial.- Es aquella que puede permitir explorar las posibilidades futuras de un postulante. Una evaluación de potencial toma en cuenta aspectos considerados en una evaluación psicológica y una evaluación del desempeño, y los proyecta en el futuro. No se trata de evaluar a las personas, sino a sus condiciones.

En síntesis: una de las herramientas con que cuenta el selector de personal es la evaluación psicológica.

Para que esta evaluación sea efectiva, necesitamos contar con un perfil que permita confrontar los datos con un marco referencial (el perfil mismo). Este perfil se elabora con quien solicita la evaluación. La evaluación psicológica es el tamiz final en un proceso de control de calidad.

Condensado de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Capítulo 4.

PSICOLOGÍA INDUSTRIAL

Reseña histórica.- Si bien encontramos antecedentes de la psicología del trabajador del Renacimiento en adelante (Paracelso, etc.), la psicología industrial arranca a partir de cuando la psicología se vuelve experimental, con Wundt, hacia fines del siglo 19. Fue Frederick Taylor quien comenzó los estudios de psicología industrial, ya comenzado el siglo XX.

Taylor como ingeniero en una empresa, consideró tres principios básicos: 1) Seleccionar lo mejores hombres para el trabajo, 2) Instruirlos en los métodos más eficientes y económicos, y 3) Dar incentivos más altos (en salario) para los mejores trabajadores. Mediante experiencias que duraron varios años, vio que si a los obreros se les subía el salario, rendían mucho más. El método de Taylor no fue tampoco muy popular porque se hablaba de explotación del obrero en beneficio del propietario. Con la primera guerra mundial la psicología industrial adquirió mucha importancia práctica, entre otros con Munsterberg y Myers. Se estudió el rendimiento, la fatiga de trabajo y se hicieron pruebas de selección de personal. Estas experiencias se basaban en la idea o supuesto de que el hombre busca siempre trabajar lo menos posible el mayor salario, con lo cual el incentivo era muy importante. Suponían también una naturaleza competitiva en el hombre, y su afán egoísta de satisfacer sus propios intereses. Había una preocupación más por el ambiente físico (iluminación, etc.) que por los procesos mentales de los obreros, pues dicho ambiente influía en la salud física y, con ella, aumentaba la eficiencia. O sea, tomar al hombre como una máquina.

Todos esos puntos de vista y supuestos no son tan ciertos, como fueron mostrando investigaciones posteriores. Por ejemplo, puede haber mucho salario pero si hay muchas amenazas de despido baja el rendimiento, lo mismo que si hay una legislación rígida contra la indisciplina. O sea la doctrina del pan (salario) y el palo (amenazas) fue perdiendo crédito en especial en los países no socialistas. A partir de aquí fueron buscándose otros factores para aumentar la productividad, para eliminar la pereza y haraganería. Entonces, la preocupaciones recayeron sobre tres cuestiones básicas: 1)Cuál es la naturaleza del hombre como individuo (no sólo como trabajador) y cuáles son sus necesidades básicas, 2)Cuál es la naturaleza del hombre como animal social y cómo se relaciona con la sociedad? Y 3)Cuál es la naturaleza de la industria, y hasta dónde se ajusta a lo que sabemos del hombre como ser humano, enfocado social e individualmente.

En relación con la tercera cuestión, la industria fue progresando en 3 etapas: medieval o eotécnica, revolución industrial del siglo 19 o paleotécnica, y moderna o neotécnica. Las fuentes de energía fueron respectivamente la madera, el carbón y la electricidad. En el medioevo las máquinas eran muy simples y manuales. Había gremios artesanales constituidos por artesanos, que trabajaban por su cuenta en forma independiente. En la siguiente fase, paleotécnica, es la del capitalismo, que trajo mucho progreso tecnológico, aumentó la libertad individual y la posibilidad de ascender de clase social. Hubo individualismo y empresa privada. La industria usaba el carbón como energía y el hierro como materia prima. La ideología pasaba por la supervivencia del más apto (Darwin) y por un hedonismo psicológico, o sea buscar la propia conveniencia.

Empezó a comprenderse que buenos incentivos eran no sólo dinero sino dar al trabajador iniciativa, responsabilidades, dejar de considerarlo como un autómatas. La fase moderna de la industria introdujo dos cambios importantes: la técnica de la producción en masa (o en serie, por ejemplo en los Ford T), el florecimiento de las grandes empresas industriales.

Resumen de Brown J (1992) La psicología social en la industria. México: Fondo de Cultura Económica. Capítulo 1.

Historia.- La continua evolución del significado del trabajo hubo de estar acompañada por cambios iguales en la evolución de la psicología industrial – organizacional. Se puede dividir la historia de ésta última en cinco etapas:

1) *Antes de la primera guerra mundial.-* En los tiempos bíblicos se hacían tests de desempeño para seleccionar a los soldados, y en la China había pruebas de destreza para criados civiles y en las áreas como agricultura, etc. Platón por su parte propuso pruebas para determinar para qué tipo de trabajo servía cada persona, es decir, se reconocieron las diferencias individuales.

Durante la edad media la persona era catalogada como campesino, artesano, caballero, etc, es decir según su rol en la sociedad y no tanto según su ocupación. El hombre estaba integrado a un grupo, idea que cambió con el capitalismo y la reforma protestante, quienes comenzaron a ver cada individuo separadamente del resto en tanto podía tener iniciativa económica individual.

La psicología industrial moderna surge hacia principios del siglo XX. Taylor y otros estudiaron cuestiones disciplinarias (huelgas, etc) y desarrollaron programas de entrenamiento y métodos de selección para aumentar la eficiencia de los trabajadores.

Dos grandes corrientes favorecieron el desarrollo de la psicología industrial: Scott y Munsterberg. Scott trabajó con la sugestión y el modo de influenciar a la gente, y usó la competencia para mejorar la eficiencia, así como también la imitación. Por su parte Munsterberg se ocupó de selección de personal, diseño de puestos de trabajo y psicología de la venta.

Sobre la psicología industrial influyeron la psicología experimental (para la cual todos los sujetos son iguales, y si hay diferencias en cuanto a rendimiento laboral se debe a que algunos cometen errores), y la psicología diferencial (para la cual los hombres son diferentes: las diferencias individuales hacen que cada cual tenga rendimientos distintos, aún en el mismo trabajo).

2) *Primera guerra mundial.-* Esta guerra benefició grandemente el avance de la psicología industrial ya que en poco tiempo debían tomarse rápidas decisiones sobre para qué servía cada personal reclutado. Urgidos por el tiempo, se diseñaron tests que se podían aplicar simultáneamente a muchas personas y no de a uno por vez, que eran los hasta ese momento existentes. Los tests Alfa y Beta del Ejército midieron así habilidades intelectuales y manuales, y luego se construyeron tests para evaluar a qué tipo de trabajo sería destinado cada recluta. En esta tarea influyó mucho también Scott. Hacia 1917 se publica la primera revista especializada en psicología industrial – organizacional.

3) *Entre la primera y la segunda guerra mundial.-* Dado el éxito que tuvo en la guerra, se empezó a emplear la psicología industrial en empresas públicas y privadas. Aparecieron oficinas de investigación psicológica para selección, clasificación y capacitación de personal. Catell fundó la Corporación Psicológica para promover la aplicación de tests laborales.

Pronto, sin embargo, el boom se desvaneció pues se comenzó a ver que muchos tests no eran efectivos o bien no consideraban aspectos como la personalidad o la motivación, y también porque la psicología industrial, al dejar de crecer los sindicatos, ya no era una herramienta útil para contrarrestar su influencia.

Se publicaron diccionarios y libros sobre psicología industrial en los años 30, que fue también la década de la Gran Depresión, con altos índices de desocupación.

Importantes fueron por esta época los estudios realizados en la empresa eléctrica Hawthorne, donde se constató que la conducta del trabajador no depende de un solo factor (por ejemplo la iluminación) sino de muchos otros factores que actúan juntos. Se vio también que los grupos de trabajo tienen sus propias normas, influenciadas a su vez por símbolos de prestigio y poder. Se advirtió también que incluyendo a los trabajadores en la toma de decisiones, cedía su resistencia a los cambios. De estos estudios surgió un nuevo movimiento, el movimiento de las "relaciones humanas" en la empresa. Importante fue por caso el efecto Hawthorne, donde el obrero mejoraba su rendimiento no porque tal o cual modificación se producía, sino porque ello implicaba algo novedoso (el contraste con el clima opresivo del trabajo rutinario). Los trabajadores se beneficiaron también con estos estudios pues se consideraron sus problemas y motivaciones.

4) *Segunda guerra mundial.-* Además de hacerse selección y ubicación de personal, como también se hizo en la primera guerra, en la segunda guerra se encararon otros proyectos. El Test de Clasificación General del Ejército era un test grupal para seleccionar a los reclutas en una determinada categoría básica según su habilidad y su responsabilidad. Más tarde también se evaluaron habilidades para los negocios y se llevó a cabo una capacitación de oficiales, en especial pilotos. Se modificaron las cabinas de los aviones para hacerles más fácil la tarea. También se midieron capacidades para resistir presiones (estrés en misiones peligrosas). Las mujeres demostraron sus habilidades en fábricas pues los hombres estaban en la guerra, pero luego de ésta volvieron a sus ocupaciones domésticas, peor pagadas.

5) *Después de la segunda guerra mundial*. - Entre 1945 y 1955 aumentó mucho el número de graduados en psicología industrial y los centros de investigación, y apareció un nuevo diario: "Psicología del personal". Cerca de los años 60 la psicología industrial fue atacada, pues se le hizo perder status de ciencia reduciéndola a un mero auxiliar de la dirección empresarial, pero también porque los psicólogos apoyaron causas populares, y sus herramientas quedaron desactualizadas. De estas críticas surgió finalmente la psicología industrial – organizacional como disciplina teórico – práctica, más organizada científicamente y profesionalmente.

Se creó una comisión de igual oportunidad en el trabajo para no discriminar a los negros, mujeres, etc. Se rediseñaron tests para seleccionar personas sólo por su capacidad y no por su condición. De aquí que a veces los psicólogos industriales debieron testificar en juicios por discriminación.

En el futuro, se dará importancia a las variables cognitivas, pero también a las variables de personalidad como el estrés, la tolerancia a la frustración, etc. Las consultorías de selección serán más importantes, los psicólogos funcionarán más como consultores, y mejorará la validez de los instrumentos de medición. Los sindicatos serán más importantes y se dará importancia a su influencia sobre el trabajador. También interesará investigar en función de intereses políticos y económicos, y se realizarán investigaciones interdisciplinarias.

Saal F y Knight P (1991) Observaciones históricas acerca del trabajo y la psicología industrial organizacional (artículo).

PSICOLOGÍA INSTITUCIONAL

Definición. - Es el estudio de los factores psicológicos que están en juego en una institución, por el mero hecho de que hay seres humanos y que hay una mediación entre ellos para que la institución exista.

La psicología de las instituciones, no trata el problema del origen psicológico de la institución, ni de su carácter subjetivo u objetivo, ni su papel en el desarrollo de la personalidad de sus integrantes. Cuánto más integrada esté la personalidad, menos dependencia tendrá el sujeto de la institución, tanto menos difícil se producirá un cambio en ella. La institución no solo regula el orden social, sino también regula la personalidad: parte de sus defensas están cristalizadas en la institución. El objetivo básico de la psicología institucional, es el enriquecimiento y desarrollo de la personalidad, que puede verse entorpecido por la alienación de la misma institución, que a su vez depende de la alienación de la sociedad.

Personalidad e institución se influyen mutuamente, tanto en el sentido positivo como en el negativo (o sea, empeorarse y estereotiparse mutuamente), pero cambios radicales en una institución no producen cambios radicales en la personalidad: es un proceso paulatino. Normalmente el individuo debe integrarse a la institución (mantener su individualidad), y no adaptarse (que implica despersonalizarse, homogeneizarse), pues las instituciones tienden a hacerse cargo de las partes más inmaduras del sujeto (institución regresiva y estereotipada, que estimula la personalidad sincrética o indiferenciada). La institución pertenece al hombre, y no el hombre a la institución.

Condensado de Bleger J (1988) Psicohigiene y psicología institucional.

Generalidades. - La psicología institucional abarca el estudio de los organismos de existencia física concreta, que tienen un cierto grado de permanencia en algún sector de la actividad humana, para estudiar en ellos los fenómenos humanos que se dan en relación con la estructura, dinámica, funciones y objetivos de la situación.

Partimos de las siguientes proposiciones: a) el psicólogo debe pasar de la actividad psicoterápicas (enfermo y curación) a la de psicohigiene (población sana y promoción de la salud); b) para ello se impone un pasaje de los enfoques individuales a los sociales. Antecedentes importantes en psicología institucional son: E. Pichon Riviére y Elliot Jaques.

La psicología institucional no es simplemente un campo de aplicación de la psicología, sino sobre todo y al mismo tiempo un campo de investigación: se investiga a medida que se ejerce la práctica. La psicología institucional así: 1) Estudio de partes abstraídas del hombre (atención, memoria, etc.); 2) Estudio del ser humano como totalidad pero abstraído del contexto social; y 3) Estudio del ser humano como totalidad en situaciones concretas y en sus vínculos interpersonales presentes y pasados. A partir de este tercer enfoque, se fueron ampliando los ámbitos así:

- a) Ámbito psicosocial (individuo)
- b) Ámbito sociodinámico (grupos)
- c) Ámbito institucional (instituciones)
- d) Ámbito comunitario (comunidades)

No deben confundirse estos ámbitos con la psicología individual y la social. Por ejemplo, podemos estudiar un problema del ámbito sociodinámico (grupos) con psicología individual, y el ámbito psicosocial (individuo) desde la psicología individual.

La psicología individual ha ido evolucionando intentando explicar, siempre desde lo individual, los grupos, las instituciones y las comunidades. Pero se impone que también partamos de una psicología de la comunidad, de una psicología institucional y de una de grupos para explicar los fenómenos desde la comunidad, la institución y el grupo.

El estudio de las instituciones abarca tres capítulos: a) Estructura dinámica de las instituciones. b) Psicología de las instituciones. c) Estrategia de trabajo en psicología institucional. Aquí nos centramos sobre todo en esta última tarea. La estrategia de trabajo institucional debe tener un "encuadre de la tarea", o fijación de constantes para controlar variables. Dos constantes importantes son:

1) Relación del psicólogo con la institución en la contratación, programación y realización del trabajo institucional.

2) Criterios que sustentan dicha relación.

Debemos contar también con una teoría del encuadre.

El psicólogo institucional debe observar en la institución: su objetivo y los medios que usa para concretarlo, la ubicación geográfica, aspectos físicos y relacionados con la comunidad y otras instituciones, origen, formación y cambios, normas y tradiciones, contingente humano, estratificación social y de tareas, evaluación de los resultados de su funcionamiento para la institución y sus integrantes.

No debe confundirse psicología institucional con trabajo psicológico en la institución (tomar tests, etc.). La psicología institucional trabaja la institución como totalidad, aunque examine solo una parte, y además es asesor o consultor, nunca empleado (como puede ser el que toma test), pues debe haber una distancia óptima en la dependencia económica y la independencia profesional: la primera no debe comprender la segunda. Conviene trabajar con honorarios, no con sueldo, y tienen que estar acorde con el trabajo a realizar no con la magnitud económica de la institución. El contrato de trabajo debe ser totalmente explicitado y no ser ambiguo. Además el psicólogo institucional, debe cumplir ese solo rol y ningún otro dentro de la institución que estudia.

Condensado de Bleger J (1988) Psicohigiene y psicología institucional.

Método de trabajo institucional.- El objetivo a alcanzar forma parte del encuadre de la tarea, y el medio de alcanzarlo es mediante la investigación: no se trata de "aplicar" la psicología, sino investigar fenómenos psicológicos en la institución.

Puede haber muchos métodos, pero nosotros empleamos el *método clínico* con la técnica psicoanalítica. El método clínico implica una observación completa y rigurosa de la institución estudiada, y un encuadre riguroso referido a las condiciones de lo observado, ofrecer los resultados en forma de interpretación, señalamiento y reflexión, y por último considerar el paso anterior como una hipótesis que, al ser comunicada, se incluye a su vez como nueva variable (esto se llama observación operativa), y se recommienza luego después de la observación. Tiene así un lugar meta aprendizaje,, o sea los sujetos aprender a observar y reflexionar sobre sus propias interacciones.

Condensado de Bleger J (1988) Psicohigiene y psicología institucional.

El trabajo del psicólogo institucional.- La información a reunir por el psicólogo empieza a partir de conversar con los contactos y relaciones que lo vincularon a la institución. Es preferible que tome nota por escrito, incluidas también las primeras entrevistas. En estas se define el encuadre, se exploran ansiedades frente al cambio, resistencias, bandos a favor y en contra y fantasías proyectadas sobre el psicólogo.

El objetivo de una empresa es la utilidad económica, pero tal objetivo no es el del psicólogo, quien ante todo debe dignificar a sus integrantes promoviendo la salud y el bienestar. A veces ambos objetivos entran en conflicto en forma insalvable. Una empresa llamó a un psicólogo para mejorar las relaciones humanas, pero su objetivo encubierto o implícito era poder "manejar" a los empresarios y obreros. El trabajo del psicólogo fue aquí, esclarecer las finalidades descubiertas. En otra oportunidad el psicólogo fue llamado por haber una huelga general en una empresa. Descubrió que la raíz del problema era la actitud paternalista de los directivos hacia los dirigentes gremiales, que impedía la emergencia de una organización sindical autónoma, con identidad definida. La huelga era una queja contra el paternalismo. Al que consulta no debe considerárselo solo como cliente, sino también como sujeto sobre el que hay que actuar, y ayudarlo a que él mismo esclarezca sus motivaciones, conflictos y objetivos.

La psicología debe aplicarse siempre en primer lugar al mismo equipo de psicólogos institucionales, y no solo por interés, sino por una exigencia técnica del trabajo a realizarse, para que el equipo pueda auto arreglarse eficazmente mediante roles bien delimitados y una fluida y oportuna comunicación entre ellos. Todo ello es necesario porque las tensiones del trabajo institucional son muy grandes, y por tanto los conflictos frecuentes. Un índice de tensión no explicitada, es la urgencia por realizar la tarea sin haber definido el encuadre. Otro índice es atender muchos problemas pequeños, sin una visión totalizadora. El grupo de psicólogos deberá auto examinarse en dos niveles: en función del grupo, y en función de la tarea que debe realizar. La lealtad es importante. Deben también analizarse las fantasías mesiánicas del grupo (creencia mágica que puede resolver siempre todos los problemas institucionales). Interesa como consignas no dejar implícita ninguna situación de tensión o de rumor (el cual indica déficit comunicacional, escisión), pues la disociación genera nuevas tensiones; y no dejar problemas permanentemente pendientes de resolver. En conclusión, debemos hacer praxis (que enriquece al ser humano) y no mera práctica (que aliena).

Condensado de Bleger J (1988) Psicohigiene y psicología institucional.

PSICOLOGÍA LABORAL

Generalidades.- 1. La psicología del trabajo se ocupa de los elementos sensoriales del trabajo; su terreno especial es el problema de la fatiga. Su finalidad es, según el aspecto capitalista: encontrar los métodos psicológicos más adecuados para elevar cuantitativamente el movimiento obrero (criterio de máximo); según el aspecto humanista: establecer los métodos para ayudar al obrero a que trabaje con el menor desgaste de sus fuerzas físicas y energías psíquicas (criterio óptimo). 2. Una disciplina que se ocupa de la relación psicoespiritual entre el obrero u su trabajo e intenta educar al obrero anímicamente para que encuentre en su trabajo la satisfacción espiritual del cumplimiento y responsabilidad, y no se considere a sí mismo como una máquina viva entre las máquinas y las técnicas. 3. El terreno de la Psicología del trabajo es: a) orientación profesional; b) selección profesional psicológica; c) pedagogía obrera; d) elaboración de los métodos psicológicos del trabajo; e) psicología de los accidentes; f) psicología de propaganda y venta; g) psicología militar.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Psicología laboral.- "Hasta no hace mucho la tarea del psicólogo laboral se resumía en realizar diagnósticos organizacionales, capacitación y desarrollo, selección de personal, análisis de desempeño, recalificación laboral e investigación de mercado. Mientras que en la actualidad los psicólogos laborales están trabajando en tareas más relacionadas con la amortiguación de los efectos que producen el desempleo, el subempleo y la sobreadaptación a situaciones muy críticas que provocan las reingenierías organizacionales, afirmó al BAE Hugo Pisanelli, director de Psicólogos y Psiquiatras de Buenos Aires (PPBA)".

<http://www.bae.com.ar> Buenos Aires, 3 de mayo de 2002

Diferencias con la psicología clínica.- En el área laboral puede encontrarse: a) una demanda más específica, la aptitud para un puesto. En cambio en la clínica incluso se puede resignificar la demanda; 2) la búsqueda de un saber más recortado acerca del sujeto; un interés por aptitudes y desempeños laborales, y no por toda la información completa sobre el sujeto; 3) importa la relación del psicólogo con la institución. Por ejemplo un psicólogo puede presentar un informe desfavorable y sin embargo el sujeto ser aceptado en el puesto, lo que pone en tela de juicio el rol y el valor del psicólogo; 4) el ámbito laboral exige entrevistas breves.

Vinelli R, Desafíos y riesgos en el contexto laboral. Publicación interna de la cátedra de Teoría y técnica de exploración y diagnóstico psicológico (módulo II), Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 1992.

Importancia.- En nuestro siglo, la psicología laboral ha cobrado una importancia muy grande como especialidad, sobre todo a partir de la necesidad empresarial de seleccionar, redistribuir y capacitar personal.

Cualquier oficio o profesión no es una simple cuestión técnica, sino una actividad personal que pone en funcionamiento al hombre completo, donde éste moldea su trabajo y a su vez el trabajo le permite desarrollar sus capacidades y enriquecer su personalidad. Un trabajo que guste será más productivo, y uno que no satisfaga rendirá mucho menos y entorpecerá la labor de un equipo generando problemas de adaptación, comunicación y colaboración, además de provocar reacciones psicósomáticas y disturbios emocionales que afectarán la salud individual. De aquí la importancia del abordaje psicológico de la relación hombre-trabajo, y de la aplicación práctica de este conocimiento con miras a beneficiar al hombre y a la empresa.

Barreira Héctor (1990) Selección de personal en instituciones.

Tareas.- Hay por lo menos tres tareas importantes que encara con frecuencia la psicología laboral: selecciona personal nuevo, redistribuye personal ya existente, y capacita personal. Veamos estas tareas por separado.

a) Selección de Personal.- De una u otra manera, se selecciona al obrero, al empleado, al ingeniero, al psicólogo que intervendrá en la Selección y también a los que seleccionaron al psicólogo.

En algunas empresas, los departamentos de Recursos Humanos no cumplen con total eficacia este cometido. Suelen hacerse selecciones mecánicas fundadas en simples simpatías y antipatías o en escuetos resultados de Tests, sin considerar su estado emocional o la angustia involucrada en la toma de las pruebas. A veces, tampoco se tiene en cuenta el lugar al que está destinado el postulante, ya que puede ocurrir que la Sección donde irá cuenta con un Jefe que no es el adecuado para la personalidad del postulante, con lo cual éste último podrá bloquearse y verse imposibilitado para aplicar sus capacidades específicas, con el consiguiente riesgo de frustración. De aquí la necesidad de estudiar a las personas con quienes interactuará el postulante, para encontrar el complemento ideal que falta en esa sección u oficina.

La tarea del seleccionador es delicada: de alguna forma tiene en sus manos el destino de una persona, su vocación, sus necesidades económicas, sociales y familiares: con lo cual no se puede rechazar a una

persona basándonos en un simple resultado psicométrico. El factor humano es siempre más importante que el factor máquina, porque si se fracasa en la profesión, se fracasa en los ideales.

b) Redistribución de personal.- El problema de la empresa moderna, con su enorme especialización y división del trabajo, consiste en que el trabajador pierde contacto con el fin o la utilidad de su tarea. Esta frustración sólo puede compensarse con el espíritu de equipo, porque es el grupo en su conjunto el creador de una tarea acabada, completa y con sentido. De aquí, la gran importancia de la adecuada ubicación psicosocial del trabajador dentro de la empresa mediante su adecuada redistribución.

c) Capacitación y adiestramiento.- Cada día cobra mayor importancia el adiestramiento de los Jefes, no sólo en cuanto a sus capacidades técnicas sino también en lo referente al aprendizaje del trato con los subordinados. Estas reuniones con los jefes deben ser continuas y no se limitan a una capacitación técnica sino también a la enseñanza de actitudes y maneras de concebir el trabajo y de realizarlo.

Esta formación no se limita al comienzo sino que debe extenderse en el tiempo porque constantemente se requieren nuevos procedimientos y nuevas adaptaciones a los cambios. Una adecuada red de comunicación entre el personal evitará problemas de ausentismo, desgano, inercia o abandono del trabajo. La tarea del trabajador debe ser reconocida y valorada, como una forma de aliciente para continuar rindiendo. Así, la capacitación procura crear una atmósfera de bienestar que redundará en una mayor productividad.

Es infinita la gama de problemas que un psicólogo laboral debe enfrentar, pero también es grande la variedad de medios que puede utilizar para contribuir a la salud psicofísica del trabajador y a su rendimiento laboral. Todo depende de la capacidad, la vocación y la buena voluntad de los integrantes de un Departamento de Recursos Humanos.

Barreira Héctor (1990) Selección de personal en instituciones.

PSICOPEDAGOGÍA LABORAL

Definición.- "Entendemos por psicopedagogía laboral el estudio de las personas en situación de aprendizaje laboral. Ello implica la comprensión del aprendizaje y sus dificultades en las personas, grupos, organizaciones e instituciones. Nuestro interés no radica entonces en el aprendizaje de conocimientos técnicos, sino en el aprendizaje del trabajo en sí, y las dificultades que pueden surgir en relación a la tarea, en relación con los otros trabajadores, en la cultura organizacional, en la identidad laboral y en el aprendizaje de roles".

D'Anna S. y Hernández L., "Introducción a la psicopedagogía laboral. Círculos de aprendizaje", Editorial Aprendizaje Hoy, Buenos Aires, 1998, pp. 17-18.

PUESTO

Definición.- El *puesto de trabajo* es el lugar asignado para cumplir una tarea o función. Este puesto está integrado por cinco elementos esenciales:

- 1) Problemas a resolver: apunta al nivel de complejidad de la tarea a realizar, para lo cual se requieren ciertas capacidades, conocimientos y destrezas.
- 2) Tareas a realizar: rutinas y destrezas necesarias para resolver en forma práctica y sencilla los problemas.
- 3) Rol a cubrir: conjunto de expectativas sociales, institucionales y personales correspondientes al ejercicio de la función. Implica la ubicación psicosocial del trabajador.
- 4) Posición dentro de la estructura formal: ubicación dentro del organigrama de la empresa (gerente, jefe, empleado, etc).
- 5) Características culturales de la organización: tipo de empresa, sus creencias, valores, grados de libertad, etc.

Condensado de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Capítulo 4.

RECLUTAMIENTO

Reclutamiento de personal.- Dentro de la organización hay subsistemas que se ocupan de la alimentación de recursos humanos, los cuales se refieren al reclutamiento y la selección de personal. Como sistema abierto, la organización interactúa con un mercado de recursos humanos y sufre profundas influencias del mercado de trabajo. Los mecanismos de oferta y demanda de dichos mercados traen consecuencias para los candidatos y para las organizaciones que actúan en ella.

Además, como sistemas abiertos, las organizaciones se caracterizan por la rotación de personal, cuyas causas pueden ser internas y externas, pero que siempre imponen costos primarios y secundarios a la organización. También el ausentismo constituye otro factor de incertidumbre y de imprevisibilidad para las organizaciones.

En este escenario, el reclutamiento es un sistema destinado a atraer candidatos de las fuentes de reclutamiento identificadas y localizadas en el mercado de recursos humanos. El proceso de reclutamiento empieza con la emisión de la solicitud de empleados: la dependencia solicitante (línea) es

la que toma la decisión de reclutar candidatos. La dependencia de reclutamiento (staff) escoge los medios de reclutamiento interno, externo o mixto, para obtener las mayores ventajas en el proceso y los mejores candidatos.

El reclutamiento externo puede utilizar una o más de las siguientes técnicas: archivo de candidatos, indicación de candidatos por los empleados, carteles en la puerta, contactos con sindicatos, asociaciones gremiales, escuelas y universidades, cooperativas de reclutamiento, viajes de reclutamiento, avisos en diarios y revistas, agencias de reclutamiento, etc.

El reclutamiento interno ocurre cuando al presentarse determinada vacante, la empresa intenta llenarla mediante la reubicación de sus propios empleados, los que pueden ser ascendidos (movimiento vertical), transferidos (movimiento horizontal), o transferidos con promoción (movimiento oblicuo). El reclutamiento interno tiene las ventajas de ser más económico, más rápido, presentar el mayor índice de validez y seguridad, y es una poderosa fuente de motivación para los empleados. Además, aprovecha las inversiones de la empresa en entrenamiento de personal, y desarrolla un sano espíritu de competencia entre el personal. Como desventajas, puede generar conflicto de intereses, y además exige que los empleados deban poder ser ascendidos debido a sus capacidades.

El reclutamiento es externo cuando al existir una vacante, la organización intenta llenarla con personas ajenas a la empresa mediante carteles, avisos en diarios, etc. Sus ventajas que traen nuevas experiencias a la organización, renuevan y enriquecen sus recursos humanos, y aprovecha la inversión en selección de personal hechos por otras empresas.

Entre sus desventajas se cuenta que es más lento, más costoso y exige inversiones y gastos inmediatos (avisos en los diarios, etc). En principio además, es menos seguro que el reclutamiento interno.

Chiavenatto (1989) Administración de recursos humanos.

RECURSOS HUMANOS

Definición.- En la gestión de organizaciones, se llama recursos humanos al conjunto de los empleados o colaboradores de esa organización. Pero lo más frecuente es llamar así a la función que se ocupa de adquirir, desarrollar, emplear y retener a los colaboradores de la organización.

Fuente: es.wikipedia.org/wiki/Recursos_humanos

Definición.- Concepto utilizado para referirse a los trabajadores, en sus aspectos cuantitativos y cualitativos. Es decir, a la cantidad de personas que conforman la fuerza de trabajo. Como también los niveles de calificación y capacitación de la misma.

Fuente: www.businesscol.com/productos/glosarios/economico/glosario_economia_r.html

Definición.- Se dice del conjunto de personas que forman el principal activo de la organización empresarial.

Fuente: recursos.cnice.mec.es/media/prensa/bloque9/glosario.html

Definición.- Personas que poseen las habilidades, motivación y características personales que encajan funcionalmente en la estructura de la organización.

Fuente: www.mujaresdeempresa.com/marketing/marketing001107.shtml

Generalidades.- Los Recursos Humanos dentro de la organización con el área que se ocupa de atender y administrar lo que pasa con las personas, y cuya tarea principal es traer gente de afuera para reemplazar a los que se fueron o ascendieron. Incluye tareas de selección, capacitación y desarrollo de personas.

Cuando la empresa crece más, se deja de tener un control directo sobre el personal, y necesita incorporar un departamento de personal para administrarlo. Un especialista en Recursos Humanos asesora a este departamento. Entre estos especialistas están los abogados, para los riesgos legales que implica el manejo de personal, y a veces también se contrata a ingenieros en personal, que tienden a ver al hombre como una máquina de trabajar y analizan como puede rendir más. Los últimos profesionales que se incorporan son los psicólogos, poco conocedores de un campo de trabajo pero sí conocedores del comportamiento y las motivaciones del personal.

Condensado de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Apéndice, punto II.

Recursos humanos champions.- Los gerentes operativos deben buscar el logro de los siguientes objetivos: entender la capacidad de la organización como una fuente esencial de competitividad, participar en el proceso de diseño de organizaciones competitivas, ver las implicaciones organizativas de los desafíos competitivos, dedicar tiempo y esfuerzo a la capacitación de la organización.

Hoy en día, las empresas enfrentan ocho retos o desafíos de competitividad, que son los siguientes: globalización, la cadena de valor para la competitividad de la empresa y los servicios de RRHH, rentabilidad por medio de los costos y el crecimiento, hacer centro en las capacidades, la tecnología, atraer, retener y medir la competencia y el capital intelectual, racionalizar no es transformación.

Se describen luego tres implicaciones de los desafíos empresarios: en la naturaleza de la competencia, para los líderes del futuro, y para los RRHH como profesión.

El capítulo 2 establece un marco que define aportes genéricos del uso efectivo de los RRHH: 1. ejecución de la estrategias. 2. eficiencia administrativa. 3. contribución de los empleados. 4. capacidad de cambio.

El capítulo 3 describe la forma en que los RRHH pueden hacer que se concrete la estrategia. Analiza el rol de los RRHH como un socio estratégico trabajando junto a la gerencia operativa para convertir la estrategia empresarial en acción.

El capítulo 4 describe la manera en que los RRHH pueden ayudar a crear eficiencia administrativa. Analiza el rol de los profesionales de RRHH como expertos administrativos y destaca procedimientos con los que se puede organizar el trabajo de modo que se reduzcan los costos manteniendo la calidad del servicio. Recomendando y describe el potencial para el rediseño de los RRHH, y liga este proceso a las alternativas de diseño organizativo, que incluyen outsourcing (tercerización), servicios compartidos y la organización capaz de aprender.

El capítulo 5 describe la forma en que los RRHH pueden garantizar la contribución de los empleados. Analiza el rol de los profesionales de RRHH como adalides de los empleados y destaca la administración del capital intelectual para crear valor.

El capítulo 6 describe cómo pueden ayudar los RRHH a que se produzca el cambio corporativo. Analiza el rol de RRHH como agentes de cambio, y describe como desarrollar la capacidad de cambio. Entre los temas abordados se cuentan los procesos para mejorar la capacidad de cambio (por ejemplo, concretando más rápidamente las iniciativas) y para crear la transformación fundamental o el cambio de cultura.

Para lograr los cuatro objetivos descriptos en los capítulos 3 a 6, la función de RRHH debe reorientarse a un nivel fundamental, y el capítulo 7 muestra las maneras de repensarlas y redefinirlas.

El último capítulo intenta contestar a la pregunta ¿cuál es el paso siguiente en relación a las prácticas, las funciones y los profesionales de RRHH y los gerentes operativos? No se trata de una predicción, sino de un posible cuadro de situación. El capítulo destaca la importancia de continuar examinando la teoría, las herramientas, las capacidades, la conducción y los valores de los RRHH, aún después de haberse producido las transformaciones deseadas.

Los siete retos o desafíos que deben encararse aquí son: la teoría de RRHH, las herramientas de RRHH, las capacidades de RRHH, la propuesta de valor de los RRHH, la conducción de RRHH, las carreras de RRHH, y las capacidades de RRHH.

Sinopsis de Ulrich Dave (1992) Recursos humanos champions.

Recursos humanos y competitividad.- Los gerentes operativos deben buscar el logro de los siguientes objetivos:

Entender la capacidad de la organización como una fuente esencial de competitividad.

Participar en el proceso de diseño de organizaciones competitivas.

Ver las implicaciones organizativas de los desafíos competitivos.

Dedicar tiempo y esfuerzo a la capacitación de la organización.

Ocho desafíos.- Hoy en día, las empresas enfrentan ocho retos o desafíos de competitividad, que son los siguientes:

1) Globalización.- La globalización implica nuevos mercados, nuevos productos, nuevos conceptos, nuevas capacidades y nuevas maneras de pensar los negocios. Las empresas de países avanzados tecnológicamente amasan grandes riquezas cuando se convierten en actores globales. Para ello deben redefinirse y reorganizarse.

2) La cadena de valor para la competitividad de la empresa y los servicios de RRHH (recursos humanos).- Las organizaciones deberán ser más sensibles a sus clientes, creando una cadena de valor para ellos desde los proveedores hasta los vendedores. Esto es más importante que las actividades internas dentro de la firma.

3) Rentabilidad por medio de los costos y el crecimiento.- Deben reducirse costos para aumentar la rentabilidad, como por ejemplo mediante reingeniería, reestructuración de unidades empresariales, análisis de costos, capacitación, etc. También, potenciar más clientes y crear fusiones con otras empresas.

4) Hacer centro en las capacidades.- Cuanto más capacitada está la organización, más competitiva es. Esto se refiere a capacidad dura (tecnologías) como a capacidad blanda o soft (capacidad para atraer personal valioso).

5) Cambie, cambie y cambie un poco más todavía.- Las organizaciones y su personal deben aprender a cambiar más rápidamente y a hacerlo con la mayor comodidad. Para ello hay que desaprender lo aprendido.

6) La tecnología.- La tecnología afectará notablemente la manera de trabajar y los lugares de trabajo al incorporar la informática, la teleconferencia, las bases de datos compartidas, etc.

7) Atraer, retener y medir la competencia y el capital intelectual.- Las personas talentosas deben ser encontradas y retenidas, sobre todo aquellas capaces de manejar un negocio global (glópatas).

8) Racionalizar no es transformación.- Si bien la racionalización en las empresas redujo costos y aumentó la eficiencia, no alcanza a ser transformación, la cual se da cuando los clientes y empleados pasan de tener imágenes fundamentalmente diferentes de una firma a tener cuestiones similares.

Tres implicaciones de los desafíos empresarios

1) Las implicaciones de los desafíos empresarios en la naturaleza de la competencia.- Los nuevos modelos de competencia deben ir más allá de los costos, la tecnología, y las características para identificar otras cosas que los clientes valoran, como la agilidad, la atención, etc.

2) Las implicancias de los desafíos empresarios para los líderes del futuro.- No es suficiente con querer ganar, sino además trazar un camino concreto para hacer eso posible. Sólo así tendrán éxito los líderes.

3) Implicaciones de los desafíos empresarios para los RRHH como profesión.- Los profesionales de los RRHH deben centrarse más en lo que aporta su trabajo que en hacer mejor su trabajo. Deben crear mecanismos que den resultados rápidos en los negocios, para lo cual deben reconocer y corregir su pasado.

En suma, los profesionales de RRHH deben lograr lo siguiente: 1) Ver a las cuestiones de RRHH como parte de una ecuación de la competitividad empresarial, 2) definir la importancia de los RRHH en términos de negocios, y 3) hablar con comodidad de la forma en que los desafíos competitivos dictan las actividades de los RRHH.

Resumen de Ulrich Dave (1992) Recursos humanos champions. Capítulo 1.

Roles de los profesionales en recursos humanos.- Ulrich desarrolla extensamente este tema en los capítulos 2 a 8 de su libro.

CAPÍTULO 2: LA NATURALEZA CAMBIANTE DE LOS RECURSOS HUMANOS: UN MODELO PARA MÚLTIPLES ROLES

Este capítulo establece un marco que define aportes genéricos del uso efectivo de los RRHH:

1. ejecución de las estrategias.
2. eficiencia administrativa.
3. contribución de los empleados.
4. capacidad de cambio.

Estos aportes representan las capacidades de compañías competitivas, y deben ser impulsados tanto por los gerentes operativos como por los profesionales de los RRHH. Estos cuatro aportes también identifican los roles que cumplen los profesionales de los RRHH cuando crean valor. Los roles que se desprenden de estos cuatro aportes se verán en los capítulos 3 a 6.

En la figura 2-1 se pueden ver estos cuatro roles: quien se dedica a los RRHH, debe centrar su atención tanto en lo estratégico como en lo operativo, o, si se quiere, en el largo plazo como en el corto plazo (eje vertical), pero también centrado en el manejo de los procesos de la empresa (herramientas y sistemas) como en la gente (eje horizontal).

Por la tabla 2-1 podemos comprender más claramente cada uno de estos roles, considerando tres cuestiones relacionadas con ellos: los *aportes* que constituyen el resultado del rol, la *metáfora* o imagen visual característica que acompaña ese rol, y las *actividades* que el profesional de RRHH debe realizar para cumplir el rol.

La figura 2-4 indica con qué otras personas de la empresa deben compartir responsabilidades los profesionales de RRHH, para cada uno de los cuatro roles indicados en la figura 2-1.

Para aportar valor a sus firmas los profesionales de RRHH de hoy deben cumplir roles múltiples y descartar los simples. Deben especificar los aportes a la firma de cada uno de sus roles y actuar para concretar los aportes correspondientes a sus roles. También deben reconocer la situación paradójica que tienen en la firma: rendir cuentas por los resultados obtenidos y al mismo tiempo comprometerse para el logro de esos resultados. Un profesional de RRHH es un *socio de negocios*, en tanto cumpla los cuatro roles indicados más arriba (roles múltiples).

Figura 2-1 – Roles de RRHH en la construcción de una organización competitiva

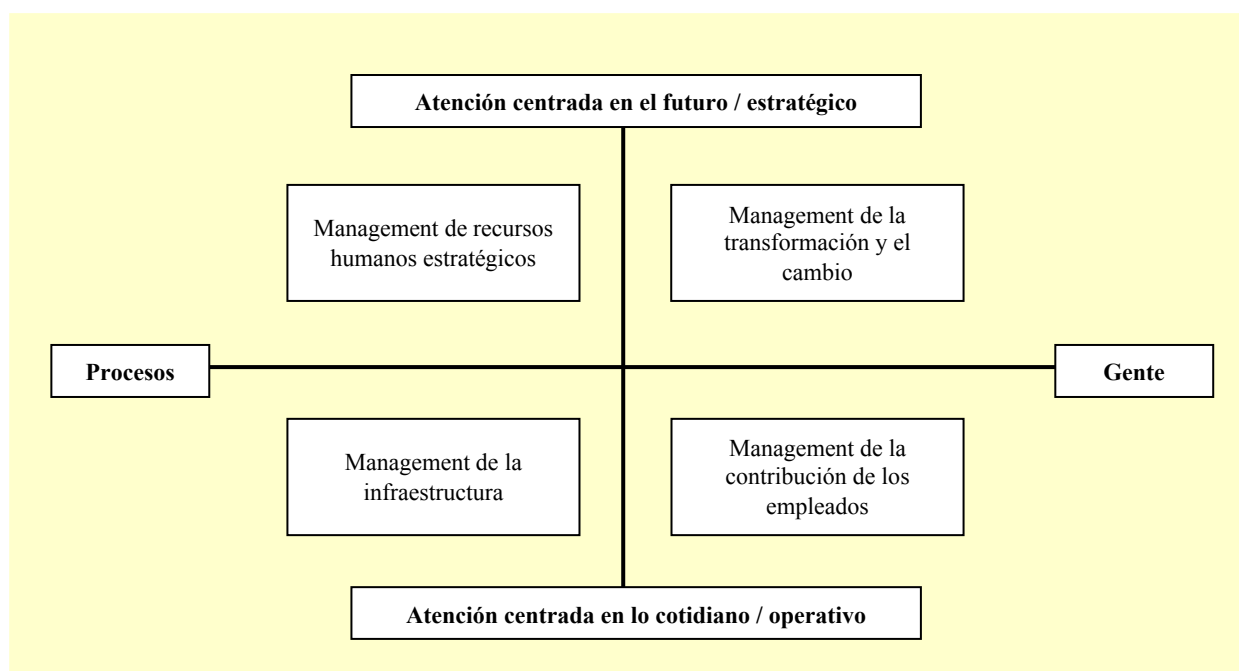
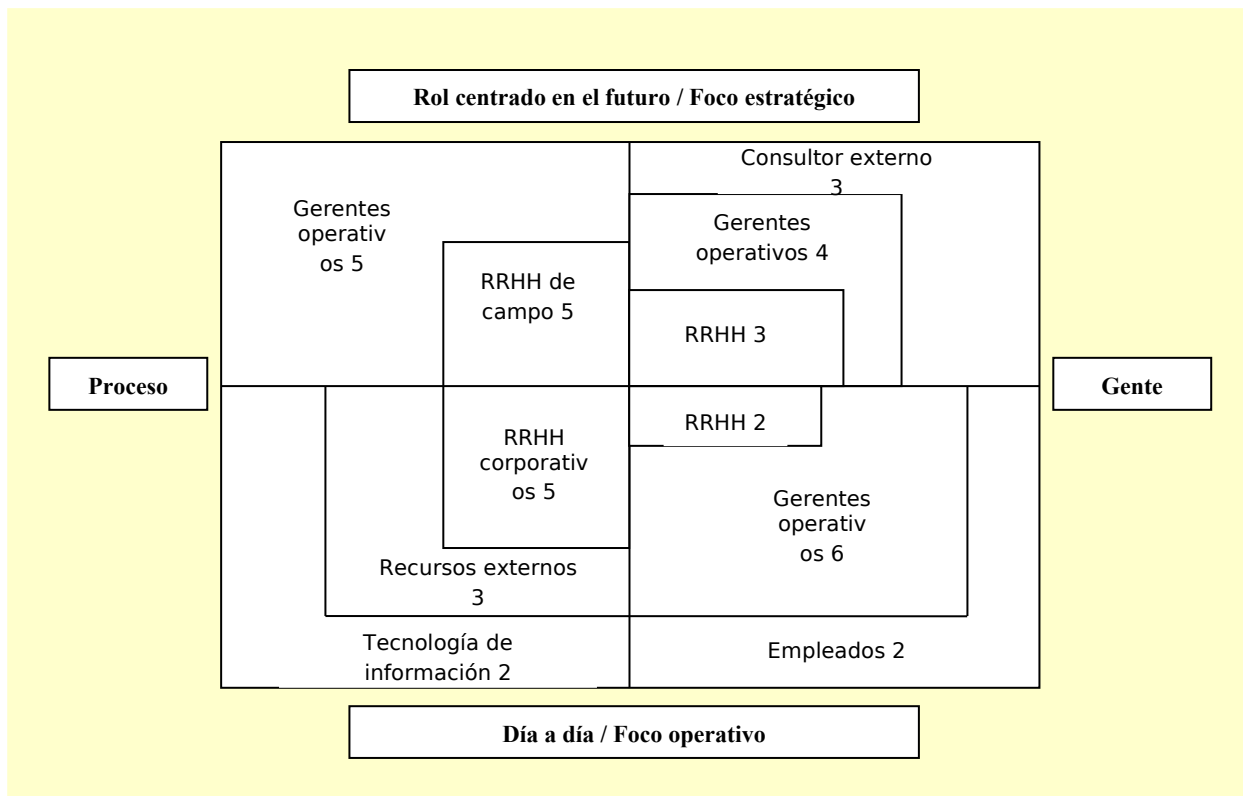


Tabla 2-1 – Definición de roles de RH

ROL/CÉLULA	APORTE/RESULTADO	METÁFORA	ACTIVIDAD
Management de recursos humanos estratégicos	Ejecutar estrategia	Socio estratégico	Alinear las estrategias de RRHH con las de negocios: "Diagnóstico organizativo"
Management de la infraestructura de la firma	Construir una infraestructura eficiente	Experto administrativo	Reingeniería de los procedimientos de la organización: "Servicios compartidos"
Management de la contribución de los empleados	Incrementar el compromiso del empleado y su capacidad	Adalid de los empleados	Escuchar y responder a los empleados: "Aportar recursos a los empleados"
Management de la transformación y el cambio	Crear una organización renovada	Agente de cambio	Administrar la transformación y el cambio: "Asegurar que exista la capacidad de cambiar"

Figura 2-4 – El rol de los RRHH en la construcción de una organización competitiva: Responsabilidad compartida



CAPÍTULO 3: CONVERTIRSE EN UN SOCIO ESTRATÉGICO

Este capítulo describe la forma en que los RRHH pueden hacer que se concrete la estrategia. Analiza el rol de los RRHH como un socio estratégico trabajando junto a la gerencia operativa para convertir la estrategia empresarial en acción.

Convertirse en un socio estratégico requiere superar cinco desafíos:

1. Evitar que los planes estratégicos junten polvo en el último estante.
2. Crear una tarjeta de puntuación equilibrada (es una tarjeta que indica el desempeño de cada persona en la empresa).
3. Alinear los planes de RRHH con los planes empresariales.
4. Evitar las salidas fáciles.
5. Lograr que en la firma se preste atención a las capacidades del personal.

Este capítulo aporta un proceso para hacer un diagnóstico de la organización por medio del cual los gerentes operativos y los profesionales de RRHH pueden potenciar las prácticas de RRHH para entregar resultados.

El concepto de pasar de la estrategia a la acción es lo que se llama el diagnóstico de la organización, y requiere un total de cuatro pasos:

1. Definir una arquitectura de la organización, y usarla luego para traducir la estrategia en acción.
2. Crear un proceso de evaluación.
3. Aportar liderazgo para la mejora de las prácticas.
4. Fijar las prioridades, y luego hacer el correspondiente seguimiento hasta su feliz conclusión.

CAPÍTULO 4: CONVERTIRSE EN UN EXPERTO EN ADMINISTRACIÓN

Este capítulo describe la manera en que los RRHH pueden ayudar a crear eficiencia administrativa. Analiza el rol de los profesionales de RRHH como expertos administrativos y destaca procedimientos con los que se puede organizar el trabajo de modo que se reduzcan los costos manteniendo la calidad del servicio. Recomendando y describe el potencial para el rediseño de los RRHH, y liga este proceso a las alternativas de diseño organizativo, que incluyen outsourcing (tercerización), servicios compartidos y la organización capaz de aprender.

Las dos acciones necesarias para convertirse en un experto administrativo son dos etapas o fases básicas de la reingeniería:

Fase 1: Mejorar procesos (reducir gastos y simplificar el trabajo).

Fase 2: Repensar la creación de valor de RRHH (volver a pensar las conceptualizaciones y métodos utilizados para hacer el trabajo de RRHH. Para esto, los expertos administrativos se apoyan en tres marcos conceptuales:

Marco 1: Evitar la dicotomía centralización / descentralización, ya que esto pone el acento en la autoridad y el poder en lugar de ponerlo en el servicio.

Marco 2: Definir un encuadre de creación de valor y opciones de entrega. Esto comienza con lo que los usuarios o clientes reciben de la empresa, o sea, crear un valor no desde el interior de la empresa sino desde afuera de ella.

Marco 3: Definir un proceso de creación de valor. Se trata de un proceso que no se hace verticalmente (autoridad, poder) sino horizontalmente, o sea, basado en equipos de trabajo de una organización de servicios compartidos. Este proceso horizontal de creación de valor tiene lugar a través de cuatro pasos:

1. Requerimientos del cliente. Qué necesita o pide el cliente? Implica involucrar a los clientes en la definición de los aportes que requieren, y ayudarlos a ver la importancia de la conducción estratégica de RRHH y el rol de dicha estrategia.

2. Establecer un vínculo con el cliente. Esto implica elegir el profesional de negocios de RRHH correcto, y tener capacidad para el diagnóstico de la organización.

3. Proceso: crear un mecanismo de provisión para cubrir las necesidades del cliente. Entre estos mecanismos de provisión está recurrir a terceros (outsourcing). Es importante aquí: definir y usar múltiples canales de distribución, intercambiar información entre el cliente y el servicio compartido, y entre éste y aquel.

4. Servicios compartidos: para ello deben eliminarse fronteras entre las diferentes funciones de RRHH, se deben clarificar los roles dentro de la organización de servicios compartidos, se deben situar en el mismo espacio físico a los miembros de la organización de servicios compartidos, y alentar y enseñar el trabajo en equipo, así como definir medidas del éxito de los servicios compartidos.

Hay que tener cuidado con los siguientes peligros potenciales: cambios de poder (los profesionales de RRHH adquieren más poder, y puede haber fricciones); despersonalización (como por ejemplo cuando el cliente siente que lo atiende una máquina tipo cajero automático en vez de una persona); responsabilidad (hay mayor responsabilidad para cumplir por parte del profesional de RRHH); actitud compartida (peligro de incomunicación entre las distintas personas del servicio compartido); personal en la sombra (los administrativos pueden usar su propio personal para tareas que corresponden a los profesionales de la RRHH).

CAPÍTULO 5: CONVERTIRSE EN UN ADALID DE LOS EMPLEADOS

Este capítulo describe la forma en que los RRHH pueden garantizar la contribución de los empleados. Analiza el rol de los profesionales de RRHH como adalides de los empleados y destaca la administración del capital intelectual para crear valor.

El capítulo analiza maneras específicas con las que los gerentes y los profesionales de RRHH pueden lograr una mayor dedicación y competencia de los empleados, a pesar de los inevitables traumas que se producen después de una reestructuración y a presencia de empleados agotados, y mantener la dedicación de los empleados en una época de creciente competitividad.

Es importante la relación entre las exigencias a los empleados y los recursos de que disponen. Cuando se exige más a los empleados, se corre el riesgo de que aparezca *depresión* en ellos, al sentir que las exigencias que se les hacen exceden lo que ellos pueden dar, o sea, exceden sus recursos. Por lo tanto, debe haber un equilibrio adecuado entre exigencias y recursos, y la forma de lograrlo es:

- Reducir las exigencias
- Fijar prioridades entre las exigencias
- Precisar bien las exigencias
- Reingeniería para simplificar las tareas.
- Aumentar los recursos cuando no pueden reducirse exigencias.
- Control: que los empleados tomen también decisiones.
- Dedicación: compromiso personal con la tarea, lo que hace el trabajo sea menos duro.
- Considerar el trabajo como reto o desafío.
- Colaboración y trabajo en equipo.
- Ambiente de trabajo agradable.
- Compensación: hacer participar a los empleados de las ganancias.
- Comunicación permanente con los empleados.
- Preocupación por los empleados y trato correcto.

Los profesionales de RRHH complementan el trabajo de los managers operativos asumiendo las siguientes tareas: 1) Expresan las opiniones de los empleados en las discusiones del management. 2) Garantizan a los empleados que sus preocupaciones son conocidas y consideradas. 3) Definen y aportan los recursos que ayudan a los empleados a responder a los reclamos que se les hacen.

CAPÍTULO 6: CONVERTIRSE EN UN AGENTE DE CAMBIO

Este capítulo describe cómo pueden ayudar los RRHH a que se produzca el cambio corporativo. Analiza el rol de RRHH como agentes de cambio, y describe como desarrollar la capacidad de cambio. Entre los temas abordados se cuentan los procesos para mejorar la capacidad de cambio (por ejemplo,

concretando más rápidamente las iniciativas) y para crear la transformación fundamental o el cambio de cultura.

Es muy difícil producir cambios dentro de una organización. Entre las dificultades para producir cambios están: los cambios no están ligados a la estrategia, el trazado de planes a corto plazo, las realidades políticas que conspiran contra el cambio, el diseño para el cambio es demasiado rígido, falta liderazgo para dirigir el cambio, miedo a lo desconocido, dificultad para encontrar apoyo para el cambio, expectativas grandiosas para cambios sencillos, etc.

Por lo tanto, lo primero que hay que hacer es crear la capacidad de cambio, para lo cual es necesario dar los siguientes pasos:

Paso 1: Identificar los factores clave del éxito para crear la capacidad de cambio. Estos factores son siete: crear una necesidad compartida, liderar el cambio, presentar una visión del cambio deseado, movilizar apoyo y comprometer a las personas, cambiar sistemas y estructuras, supervisar los avances, y hacer que el cambio sea duradero.

Paso 2: Evaluar en qué medida estos factores claves del éxito están bajo control. Por ejemplo, respecto del factor presentar una visión del cambio deseado, debemos preguntarnos en qué medida conocemos el resultado del cambio deseado.

Paso 3: Identificar la actividad de mejora para cada factor de éxito. Se trata aquí de que el profesional de RRHH ayude al grupo a identificar actividades que mejoren el desempeño en los factores que obtuvieron bajo puntaje. Dialogar sobre los siete factores generalmente es más importante que cualquier respuesta "correcta".

Paso 4: Considerar a los siete factores clave como un proceso iterativo, no episódico, es decir, que vuelven a aparecer una y otra vez cada vez más autocorregidos. O sea, periódicamente es necesario volver a examinar esos siete factores, aún después de producido el cambio.

Cambio cultural: cambiar la actitud mental.- El cambio de la cultura de la organización es ya un cambio más profundo en cuanto afecta los valores, las creencias y supuestos muy enraizados que son difíciles de cambiar. Pocas empresas lograron concretar un cambio cultural completo.

Existen cinco pasos que reflejan la esencia del rol del profesional de RRHH en el cambio cultural logrado:

Paso 1: Definir y clarificar el concepto de cambio de cultura.

Paso 2: Expresar por qué el cambio de cultura es central para el éxito de la empresa.

Paso 3: Definir un proceso para evaluar la actual cultura, la cultura futura deseada y la brecha que existe entre ambas.

Paso 4: Identificar distintas vías para generar el cambio de cultura. Por ejemplo: de arriba (directivos) hacia abajo, de lado a lado (horizontalmente en vez de verticalmente), de abajo hacia arriba con autorización de los superiores.

Paso 5: Crear un plan de acción que integre múltiples formas de encarar el cambio de cultura.

Los profesionales de RRHH como agentes de cambio, pueden actuar de las maneras siguientes: como catalizador (adaliid o patrocinator, o sea dirige el cambio), como simple facilitador del cambio (un rol más pasivo), como diseñador del cambio, y como demostrador del cambio.

CAPÍTULO 7: RRHH PARA RRHH

Para lograr los cuatro objetivos descriptos en los capítulos 3 a 6, la función de RRHH debe reorientarse a un nivel fundamental, y este capítulo muestra las maneras de repensarlas y redefinirlas.

Al aplicar técnicas de diagnóstico organizativo a la función de los RRHH, este capítulo muestra como hacer RRHH estratégicos, crear estrategias de RRHH y crear una organización de RRHH. El capítulo incluye muchos ejemplos de empresas que han transformado con éxito sus funciones de RRHH, relatando los pasos que llevaron a esas transformaciones.

Los pasos para crear una organización de RRHH más fuerte son los siguientes:

Paso 1: Definir una arquitectura de la organización, utilizando una actitud mental compartida, competitividad, dirección, liderazgo, procesos de trabajo/capacidad de cambio y consecuencia deseadas. Estos seis factores son las piedras fundamentales de la organización de RRHH.

Paso 2: Crear un proceso de evaluación, para ir evaluando como se construye la organización.

Paso 3: Aportar liderazgo en prácticas de superación, trabajando en los seis factores arriba indicados.

Paso 4: Fijar las prioridades para el desarrollo de las prácticas de RRHH es el paso 4 del diagnóstico de la organización.

Resumiendo este capítulo, podemos decir que primero los profesionales deben hacer RRHH estratégicos, segundo, deben hacer estrategia de RRHH diseñando funciones de RRHH. Tercero, usando la estrategia de RRHH, deben hacer organización de RRHH, y cuarto, cuando los profesionales de RRHH actúan se acuerdo con lo que predicen, ganan credibilidad y pueden ser socios de éxito en los negocios.

CAPÍTULO 8: Y AHORA, ¿QUE?

Este capítulo intenta contestar a la pregunta ¿cuál es el paso siguiente en relación a las prácticas, las funciones y los profesionales de RRHH y los gerentes operativos? No se trata de una predicción, sino de un posible cuadro de situación. El capítulo destaca la importancia de continuar examinando la teoría, las

herramientas, las capacidades, la conducción y los valores de los RRHH, aún después de haberse producido las transformaciones deseadas.

Los siete retos o desafíos que deben encararse aquí son: la teoría de RRHH, las herramientas de RRHH, las capacidades de RRHH, la propuesta de valor de los RRHH, la conducción de RRHH, las carreras de RRHH, y las capacidades de RRHH.

Resumen de Ulrich Dave (1992) Recursos humanos champions. Capítulo 2 a 8.

REINGENIERÍA

Definición.- "Es la revisión fundamental y el rediseño radical que procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez".

'Fundamental' significa no partir de preconceptos anteriores, sino desde cero. 'Radical' significa no hacer cambios superficiales sino profundos, pues se trata de reinventar el negocio, no de mejorarlo o modificarlo. 'Espectacular' significa dar saltos gigantescos en rendimiento, no hacer simples mejoras graduales o marginales. Las compañías que emprenden reingeniería son las que están en graves dificultades, las que avecinan problemas, pero también las que están en óptimas condiciones, porque tienen aspiraciones y energía.

'Proceso', finalmente, significa estar orientados en el proceso en sí, no en tareas, oficios, personas, estructuras, etc.

Reingeniería no es otra alternativa más de mejorar los negocios, como así tampoco es reconstruir elementos obsoletos de información (reingeniería del software), y tampoco es achicar personal, ni mejorar la calidad del producto, etc., sino rediseñar el proceso de la empresa para que todo cambie radicalmente. Es buscar nuevos modelos de organización: la tradición no cuenta para nada.

Resumen de Hammer y Champy (2002) Reingeniería. Capítulo 2.

Generalidades.- La reingeniería es propuesta como un método nuevo de estructurar y dirigir el trabajo. Su tesis central es que las corporaciones de hoy en día necesitan volver a inventar la manera de hacer las cosas, a fin de poder competir en un mundo nuevo.

Para ello es necesario abandonar los principios y métodos organizacionales que vienen usándose hasta la actualidad, creando otros nuevos, porque las nuevas empresas en este nuevo mundo compran, hacen, venden y entregan productos y servicios de una manera muy distinta. Las técnicas que pueden emplear para reinventar la manera de hacer las cosas se llama 'reingeniería de negocios', y aprovecha las habilidades que siempre han tenido los empresarios: individualismo, confianza en sí mismos, voluntad de correr riesgos, y propensión al cambio.

La esencia de la reingeniería es el pensamiento discontinuo: abandonar reglas anticuadas y supuestos habituales que sustentan las prácticas comerciales corrientes.

La reingeniería implica seguir en el mismo negocio pero cambiar los *procesos*: Proceso es una serie de actividades que tomadas conjuntamente, producen un resultado valioso para el cliente. Por ejemplo, desarrollar un producto nuevo. No se trata de hacer mejoras continuas, graduales, sino en hacer un cambio radical, una acción totalmente nueva.

Resumen de Hammer y Champy (2002) Reingeniería. Introducción.

Cuando se requiere reingeniería.- A veces, un trabajo que requiere cooperación y coordinación entre los diversos departamentos de una compañía ofrece dificultades, como ocurre por ejemplo con la devolución de mercaderías, donde intervienen como 13 departamentos, se pierde mucho tiempo y dinero en burocracia y ello representa mucho dinero perdido.

Esas compañías no se desempeñan bien porque no tengan administradores deficientes o empleados perezosos: no es una falla intrínseca sino que se debe a que el mundo donde operan ha cambiado y rebasa los límites de la capacidad de adaptarse o evolucionar: tecnologías avanzadas y nuevas expectativas de clientes dejan obsoletos los objetivos, métodos y principios organizacionales clásicos.

Anteriormente estaba el sistema Ford, donde se dividía una tarea total en varias subtareas, asignadas a cada operario. Al aumentar el número de tareas, el proceso total de producir y entregar un producto se complicó inevitablemente, y administrar ese proceso se hizo más difícil. El mundo de Adam Smith y su manera de hacer negocios ya es obsoleto.

Tres son las fuerzas que obligarán a las empresas a adoptar la estrategia de la reingeniería: Clientes, Competencia y Cambio (las tres C):

a) Los clientes asumen el mando: No mandan más los vendedores, sino los clientes, que les dicen a los proveedores qué quieren, cuándo lo quieren y cuánto pagarán. El consumidor puede ser muy exigente.

b) La competencia se intensifica: Al desaparecer las fronteras con la globalización, todos compiten contra todos, en base a mejor precio, mejor calidad o mejor servicio.

c) El cambio se vuelve constante: Hubo cambios en la globalización y en la tecnología. Además, no sólo disminuyó el ciclo de vida de productos y servicios, sino también el tiempo disponible para desarrollar

nuevos productos, con lo que la empresa, o se mueve rápidamente, o fracasa. En realidad interesan los procesos, más que los productos, pues los primeros determinan los segundos.

Nuestro mensaje central es: ya no es necesario ni deseable que las empresas organicen su trabajo en torno a la división del trabajo de Adam Smith. Los oficios orientados a tareas son obsoletos en el mundo actual de clientes, competencia y cambio. Lo que las compañías deben hacer es organizarse en torno al 'proceso'.

Resumen de Hammer y Champy (2002) Reingeniería. Capítulo 1.

Procesos rediseñados mediante reingeniería.- Un proceso rediseñado es muy distinto a un proceso tradicional. Los procesos rediseñados toman diferentes formas, pero en general podemos dar algunas características típicas de los mismos:

- 1) Varios oficios se combinan en uno: desaparece el trabajo en serie, y muchos oficios o tareas que antes eran distintos, ahora se integran en uno solo. Es una compresión horizontal del trabajo. Por ejemplo, una persona, llamada trabajador del caso, ejecuta todo el proceso. Al eliminar pases de tareas se eliminan errores y ahorra tiempo. También hay 'equipos de caso': un grupo ejecuta todas las tareas.
- 2) Los trabajadores toman decisiones: Es una compresión vertical, porque ahora los trabajadores ya no consultan al superior jerárquico y pueden tomar sus propias decisiones. Hay así menos demoras, costos más bajos, mejor reacción del cliente.
- 3) Los pasos del proceso se ejecutan en orden natural: No hay por qué respetar un orden lineal artificial, donde la tarea 2 se hacía al finalizar la tarea 1. Ahora ambas pueden hacerse simultáneamente, con lo cual se gana tiempo.
- 4) Los procesos tienen múltiples versiones: Es el fin de la estandarización, y consiste en usar múltiples versiones de un mismo proceso, para poder ofrecer diversos productos (y no uno solo) a un mercado siempre cambiante.
- 5) El trabajo se realiza en el sitio razonable: muchos departamentos complejizan la operatoria y pasar información de unos a otros aumentan mucho los costos administrativos. Una solución es contratar los servicios de una empresa para que haga ese trabajo.
- 6) Se reducen las verificaciones y los controles: Los procesos rediseñados usan controles solo hasta donde se justifican económicamente. Muchas veces, controlar abusos es más caro que los abusos que se cometen.
- 7) La conciliación se minimiza: se logra disminuyendo el número de puntos de contacto externo que tiene un proceso, con lo cual se reducen las probabilidades de que se reciba información incompatible que requiera conciliación. Por ejemplo el proceso Ford tenía tres puntos de contacto del cliente con los vendedores: en la orden de compra, en el trámite de recibo de documentos, y en el pago de la cuenta. La orden de compra podía no estar de acuerdo con el recibo o con la factura, lo que aumentaba las probabilidades de incompatibilidad.
- 8) Un gerente de caso ofrece un solo punto de contacto: Cuando un proceso es muy complejo que no puede hacerlo una sola persona o un pequeño grupo, puede dejárselo en manos de un gerente de caso.
- 9) Prevalecen operaciones híbridas centralizadas - descentralizadas: consiste en aprovechar simultáneamente las ventajas de las operaciones centralizadas y las descentralizadas. La informática permite a las empresas funcionar como si sus distintas unidades fueran autónomas (descentralización), y al mismo tiempo la información está centralizada en la red informática: todos tienen rápido acceso a todas las unidades.

En los capítulos 9 a 13 de su libro, Hammer y Champy ilustran algunos ejemplos de aplicación de la reingeniería.

Resumen de Hammer y Champy (2002) Reingeniería. Capítulo 3.

Cambios generados por reingeniería.- Cuando una compañía rediseña sus procesos, ocurren los siguientes tipos de cambios:

- 1) Cambian las unidades de trabajo: de departamentos funcionales a equipos de procesos. Estos últimos no incluyen representantes de los departamentos, sino que 'reemplazan' a los departamentos.
- 2) Los oficios cambian: de tareas simples a trabajos multidimensionales: uno hace muchas cosas.
- 3) El papel de trabajador cambia: de controlado a facultado. Aumenta su capacidad de tomar decisiones.
- 4) La preparación para el oficio cambia: de entrenamiento (en una tarea única) a educación (en oficios multidimensionales).
- 5) El enfoque de medidas de desempeño y compensación se desplaza: de actividad a resultados. Se evalúa a la gente por un resultado final, no por cómo lo hacen.
- 6) Cambian los criterios de ascenso: de rendimiento a habilidad. Ascende el más hábil.
- 7) Los valores cambian de proteccionistas a productivos: se busca que los empleados crean que trabajan para los clientes, no para los jefes.
- 8) Los gerentes cambian: de supervisores pasan a ser entrenadores de personal.
- 9) Las estructuras organizacionales cambian: de jerárquicas a planas.
- 10) Los ejecutivos cambian: de anotadores de tantos a líderes. Los ejecutivos deben poder influir y reforzar valores y creencias de los empleados con su propio ejemplo.

La informática en la reingeniería.- La informática es esencial para la reingeniería, pero también puede usársela mal, o sea, para reforzar los viejos modelos de organización.

Muchos gerentes saben pensar deductivamente, o sea, buscar el problema y luego pensar las soluciones posibles. Sin embargo, para aplicar la informática a la reingeniería hay que aprender a pensar inductivamente: la capacidad de reconocer primero una solución novedosa y poderosa (la reingeniería), y luego buscar los problemas que ella podría resolver.

Los siguientes son algunos ejemplos. En cada uno de ellos se indica la regla antigua, la tecnología destructiva que permite romper con aquella regla antigua, y la nueva regla que dicha tecnología propone.

Regla antigua: La información puede aparecer solamente en un lugar a la vez.

Tecnología destructiva: Base de datos compartida.

Nueva regla: La información puede aparecer simultáneamente en tantos lugares como sea necesario.

Regla antigua: Sólo los expertos pueden realizar el trabajo complejo.

Tecnología destructiva: Sistemas expertos.

Nueva regla: Un generalista puede hacer el trabajo de un experto.

Regla antigua: Los negocios tienen que elegir entre centralización y descentralización.

Tecnología destructiva: Redes de telecomunicaciones.

Nueva regla: Los negocios pueden obtener simultáneamente los beneficios de la centralización y la descentralización.

Regla antigua: Los gerentes toman todas las decisiones.

Tecnología destructiva: Instrumentos de apoyo a decisiones (acceso a bases de datos, software de modelos).

Nueva regla: La toma de decisiones es parte del oficio de todos.

Regla antigua: El personal que normalmente trabaja fuera de la empresa necesita oficinas en que reciba, almacene, recupere y transmita información.

Tecnología destructiva: Radiocomunicación y computadores portátiles.

Nueva regla: El personal que trabaja fuera de la empresa puede enviar y recibir información donde quiera que esté.

Regla antigua: El mejor contacto con un comprador potencial es el contacto personal.

Tecnología destructiva: Videodisco interactivo.

Nueva regla: El mejor contacto con un comprador potencial es el contacto eficaz (por ejemplo, el cliente toma contacto con el producto consultando una computadora).

Regla antigua: Uno tiene que descubrir donde están las cosas.

Tecnología destructiva: Identificación automática y tecnología de rastreo.

Nueva regla: Las cosas le dicen a uno dónde están.

Regla antigua: Los planes se revisan periódicamente.

Tecnología destructiva: Computadoras de alto rendimiento.

Nueva regla: Los planes se revisan instantáneamente.

Resumen de Hammer y Champy (2002) Reingeniería. Capítulo 5.

Quién rediseña.- Las compañías no son las que rediseñan procesos, sino las personas que desempeñan ciertas funciones de reingeniería. Estas funciones son las siguientes:

1) Líder: es un alto ejecutivo que autoriza y motiva el esfuerzo total de reingeniería. Persuade a la gente para que acepte las perturbaciones radicales que conllevan un proyecto de reingeniería. No es un rol asignado, sino que lo desempeña por propia iniciativa.

2) Dueño del proceso: Es un gerente que es responsable de un proceso específico y del esfuerzo de reingeniería enfocado en él. En dueño del proceso debe tener cierto prestigio, autoridad y poder en la compañía.

3) Equipo de reingeniería: un grupo de individuos dedicados a rediseñar un proceso específico, que diagnostican el proceso y supervisan su reingeniería y su ejecución. Se ocupan de las tareas pesadas del rediseño, pues son los que reinventan el negocio en la práctica.

4) Comité directivo: un cuerpo formulador de políticas, compuesto de altos administradores que desarrollan la estrategia global de la organización y supervisan su progreso.

5) Zar de reingeniería: un individuo responsable de desarrollar técnicas e instrumentos de reingeniería y de lograr sinergia entre los distintos proyectos de reingeniería de la compañía.

Idealmente, las relaciones entre todos estos papeles sería así: el líder nombra al dueño del proceso, quien reúne al equipo de reingeniería para rediseñar el proceso con ayuda del zar, y bajo los auspicios del comité directivo.

Resumen de Hammer y Champy (2002) Reingeniería. Capítulo 6.

Qué se rediseña.- Lo que se rediseña son los procesos, no las organizaciones ni sus departamentos. O sea, se rediseña el trabajo que realizan las personas que forman parte de la organización o sus departamentos. Los procesos son lo que las compañías hacen.

En este capítulo se ilustra como identifican las compañías sus procesos, se sugieren técnicas para elegir los procesos que se deben rediseñar y el orden en que hay que hacerlo, y se destaca la importancia de entender los procesos específicos antes de tratar de rediseñarlos.

Los procesos tienen nombres que los identifican, y donde se indica su estado inicial y el final. Por ejemplo: de concepto a prototipo (proceso de desarrollo del producto), de comprador potencial a pedido (proceso de venta), etc.

Tres tipos de procesos son ideales para elegir aplicarles la reingeniería: los procesos quebrantados (a todas luces ineficaces, como por ejemplo un proceso de producción donde varios hacen lo mismo inútilmente: hay repetición de trabajo por falta de retroinformación en la cadena), los procesos importantes (desde el punto de vista del cliente, como por ejemplo el proceso de entregarle mercadería), y luego los procesos factibles (de ser reinventados mediante reingeniería). Tienen prioridad los procesos quebrantados, luego los importantes, y luego los factibles.

Una vez elegido el proceso a rediseñar, aún no debe hacerse el rediseño, sino observar y entender el proceso anterior que se quiere cambiar, hasta en sus detalles más mínimos. Cuanto más se sepa sobre los objetivos reales del proceso, más motivados estarán sus miembros para cambiarlo mediante reingeniería.

Resumen de Hammer y Champy (2002) Reingeniería. Capítulo 7.

Experiencia de reingeniería de procesos.- Hammer y Champy muestran un ejemplo hipotético de cómo podría ser el primer día de una sesión de reingeniería en una compañía de seguros ficticia. Es decir, comienza a ilustrarse la parte creativa de la reingeniería, donde debe hacerse lo que uno quiera y abandonar los viejos modelos de organización.

Para concebir ideas, los equipos de reingeniería pueden aplicar tres tipos de técnicas: 1) aplicar audazmente uno o más principios de reingeniería, 2) buscar y destruir supuestos, y 3) buscar oportunidades de aplicación creativa de la tecnología.

En los seminarios donde se enseña reingeniería, los alumnos manifestaron que no sólo aprendieron esas tres técnicas, sino también otras cosas, como por ejemplo, que:

- No se necesita ser un experto para rediseñar un proceso.
- Es útil ser de afuera.
- Hay que descartar las ideas preconcebidas.
- Es importante ver las cosas con los ojos del cliente.
- La reingeniería se hace mejor en equipos.
- No se necesita saber mucho sobre el proceso existente.
- No es difícil concebir buenas ideas.
- La reingeniería puede ser divertida.

Resumen de Hammer y Champy (2002) Reingeniería. Capítulo 8.

Como fracasar en un emprendimiento de reingeniería.- Hammer y Champy ofrecen una serie de 'consejos' para fracasar en un emprendimiento de reingeniería, y son los siguientes:

- Tratar de corregir un proceso en vez de cambiarlo.
- No concentrarse en los procesos.
- No olvidarse de todo lo que no sea reingeniería de procesos.
- No hacer caso de los valores y creencias de los empleados.
- Conformarse con resultados de poca importancia.
- Abandonar el esfuerzo antes de tiempo.
- Limitar de antemano la definición del problema y el alcance del esfuerzo de reingeniería.
- Dejar que las culturas y las actitudes corporativas existentes impidan que empiece la reingeniería.
- Tratar de que la reingeniería se haga de abajo para arriba en la escala jerárquica de la empresa.
- Confiarle el liderazgo a una persona que no entiende de reingeniería.
- Escatimar los recursos destinados a la reingeniería.
- Enterrar la reingeniería en medio de la agenda corporativa.
- Disipar la energía en un gran número de proyectos.
- Tratar de rediseñar cuando el director ejecutivo le faltan sólo dos años para jubilarse.
- No distinguir la reingeniería de otros programas de mejora.
- Concentrarse exclusivamente en rediseñar, sin aplicarlos a la realidad de la empresa.
- Tratar de hacer reingeniería sin volver a alguien desdichado.
- Dar marcha atrás cuando se encuentra resistencia.
- Prolongar demasiado el esfuerzo.

Resumen de Hammer y Champy (2002) Reingeniería. Capítulo 14.

ROL

Generalidades.- Desde el punto de vista psicosocial, el rol es una extensión de sí mismo, que opera como puente entre la persona y el medio social. Es el engarce entre individuo y sociedad, y por lo tanto es una herramienta operativa para enlazar uno con la otra.

El esquema de roles representa el repertorio de roles de un individuo. En la base del rol encontramos un *núcleo del yo*, único y exclusivo de cada individuo, tiene un sello personal, y es la forma como se expresa en sus diferentes roles. Todo rol opera en un vínculo complementario: por ejemplo, si el rol es ser psicólogo clínico, hay un rol complementario que es el de paciente.

Todo rol comienza siendo un rol incipiente, donde la persona se ha informado sobre el rol pero aún no lo ha desarrollado plenamente. Por ejemplo, el rol de alumno en el primer día de clase. A medida que desarrolla su rol, el sí mismo se va dilatando e incorporándose cada vez más a la interacción social. Cuando una persona puede pensar, sentir y actuar frente a las demandas de su rol, aún en situación de peligro, ha logrado un buen nivel de madurez profesional.

Condensado de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Capítulo 2.

Rol profesional.- El esquema de roles nos sirve como marco de referencia teórico para poder leer y comprender la conducta humana en situación laboral, y en situaciones de desarrollo profesional. Los roles no dependen solamente del sí mismo sino del contexto: el rol se construye trabajando con las expectativas propias y con las de los otros, conjugando ambas. Es importante entonces pensar en la construcción conjunta del vínculo y las expectativas como base para definir objetivos de tarea. Por ejemplo, en el rol de selector de personal, éste ha de reforzar su vínculo con la empresa.

El rol profesional se desarrolla en tres etapas principales: primero se define un proyecto acerca de lo que uno quiere hacer, segundo, se selecciona un rol en función de ese proyecto, y tercero se lo desarrolla, pasando de un rol incipiente a un rol específico y desarrollado.

Condensado de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Capítulo 2.

SELECCIÓN DE PERSONAL

Definición.- Puede definirse como la elección del individuo adecuado para el cargo adecuado o, en un sentido más amplio, escoger entre los candidatos reclutados a los más adecuados, para ocupar los cargos existentes en la empresa, tratando de mantener o aumentar la eficiencia y el rendimiento del personal. De esta manera, la selección busca solucionar dos problemas fundamentales: a) adecuación del hombre al cargo, y b) eficiencia del hombre en el cargo.

Chiavenatto, "Administración de recursos humanos".

Generalidades.- (*Psicotecnia*) 1. El término "selección profesional" designa el proceso mediante el cual se escoge el personal más apto para realizar un determinado tipo de trabajo. La selección puede hacerse con miras a incorporar sea aprendices, sea profesionales o técnicos ya formados. En el primer caso no hay base de comparación para las eficiencias relativas de los sujetos a elegir y, por tanto, hay que recurrir a la inferencia de sus probables eficiencias ulteriores, en función del grado de aptitud que revelan en el examen médico y psicotécnico. En cambio, en el segundo caso, existe el recurso de probar sucesivamente los aspirantes, en condiciones homologables, y elegir aquellos cuyo rendimiento sea superior en el trabajo ya conocido y realizable. Como quiera, empero, que este método requiere un largo tiempo, también suele obviarse, y se recurre en tal eventualidad al examen médico y psicotécnico de los aspirantes, como recurso mucho más rápido, aun cuando menos seguro.

El empleo de métodos de examen psicofisiotécnico se justifica cuando la selección ha de hacerse antes del dominio de la técnica profesional y resulta útil -por ahorro de tiempo- cuando se hace después de sabida ésta. Quizás el acto selectivo más antiguo y bárbaro de los conocidos era el realizado por los espartanos, que tiraban los pequeñuelos no aptos para la guerra desde lo alto de la roca Tarpeya; luego, en multitud de sectas militares, profesionales, políticas o religiosas, se han establecido pruebas que era necesario superar para ser miembros de ellas, constituyendo asó una tosca selección que representa el antecedente histórico de los actuales métodos científicos de selección de trabajadores. Pero, en realidad, es durante el siglo XX cuando empiezan los estudios y las realizaciones serias, en el campo industrial y comercial primero, y en el campo militar después, para extenderse, finalmente, al de las profesiones denominadas intelectuales. Uno de los primeros campos de actividad en que triunfó el método selectivo psicofisiotécnico fue el de los conductores de vehículos, siguiéndoles bien pronto el de las profesiones de telefonista, dactilógrafo, mecánico, tejedor, empleado de comercio, etc.

Las técnicas, en general, consistían en empezar por el examen médico que eliminaba a todos los candidatos que presentasen un defecto somático contraindicador de la profesión en cuestión; luego someterlos a un examen de conocimientos, mediante los denominados exámenes escolares (o técnicos) y, finalmente, proceder con el núcleo restante a la realización de las pruebas, eliminatorias, de aptitud profesional. Estas, a su vez, podían ser analíticas (exploradoras de las distintas funciones personales integrantes de la actividad profesional analizada) o sintéticas (exploradoras de la eficiencia global, resultante de la integración de aquéllas). Durante varios años lucharon dialécticamente los partidarios de

unas y otras, hasta que se impuso el criterio de usar ambas modalidades, ya que en realidad se complementan y no se excluyen.

La Segunda Guerra Mundial ha servido para impulsar extraordinariamente los estudios de selección profesional. Con todo, los procedimientos de selección profesional han de ceder el paso progresivamente a los de orientación profesional, ya que éstos favorecen más los intereses individuales y sociales por ser más humanos, más extensos y tener carácter preventivo. Podríamos definir, en efecto, la orientación profesional, desde este punto de vista, afirmando que es la selección del trabajo que corresponde más que cualquier otro a la capacidad del sujeto.

2. La psicología universal aplicada rechaza el tecnicismo de la selección profesional. El ser humano no es solamente una máquina que rinde o debe rendir según un pronóstico sacado o por la eliminación de los factores negativos (por ejemplo: del soma) o por cualidades positivas (sensoriales, etc.), según los resultados de los tests. La posición que el sujeto tiene en relación a su trabajo es un factor decisivo. Por ejemplo: ¿qué inteligencia tiene un sujeto? -en casos normales dice poco; pero: ¿qué hace con su inteligencia?- eso sí dice. Al sostener que cada ser humano tiene derecho a trabajar y tiene derecho de vivir por su trabajo en la mejor forma en que puede conservar sus fuerzas físicas y psíquicas, excluye la *Psicología Universal*, la aplicación de los métodos de la selección profesional y exige la orientación profesional con el lema.

Székelly B (2000) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Editorial Claridad.

Generalidades.- La selección de personal es un proceso de comparación entre dos variables: requisitos exigidos por el cargo vacante versus características ofrecidas por los candidatos. También es un proceso de decisión y elección, donde pueden utilizarse tres modelos: de colocación, de selección y de clasificación.

En el modelo de colocación hay un único candidato para una sola vacante, y por tanto él debe ser elegido. En el modelo de selección hay varios candidatos para una vacante, y se selecciona aquel que sea mejor para dicho puesto. En el modelo de clasificación hay varios candidatos para cubrir varias vacantes, y se los clasifica de acuerdo a qué cargos pueden ocupar.

En todos los casos la situación es una responsabilidad de línea y una función de staff. El primer paso de la selección consiste en obtener información acerca del cargo a proveer (mediante el análisis del cargo, de la requisición de empleado, etc); el segundo, la obtención de informes acerca del candidato, mediante la aplicación de técnicas de selección: entrevista, pruebas de conocimiento o capacidad, pruebas psicométricas, pruebas de personalidad y técnicas de simulación. Así mismo, el proceso de selección puede encadenar esas técnicas de selección en etapas secuenciales, dependiendo de la exactitud y la precisión que se quiere alcanzar. La evaluación de los resultados de la selección puede hacerse mediante ciertos indicadores genéricos o mediante el cociente de selección.

Chiavenatto (1989) Administración de recursos humanos.

Generalidades.- En selección de personal las personas no se fabrican: vienen hechas. Nuestra tarea es comprender tanto necesidades como posibilidades, para orientar al cliente sobre la mejor forma posible de dar solución a su pedido.

El diseño compartido del *perfil*, que muchas veces debe ser precedido por el diseño compartido del *puesto*, es el comienzo de una ardua tarea en la cual lo deseado debe conjugarse con lo posible. Hacer selección de personal es una tarea artesanal donde asistimos a otros en la delicada tarea de saber con quienes compartirán sus jornadas de trabajo y, en última instancia, construirán el edificio social de la empresa.

El aporte del psicólogo a la tarea de la selección de personal consiste en ampliar la visión acerca de los recursos que las personas pueden aportar en el desempeño de una función determinada y en un contexto específico.

La tarea de selección de personal implica contar con conocimientos sobre dos campos: sobre la organización o empresa, y sobre el contexto social del que forma parte, con el fin de satisfacer a la primera de acuerdo a las posibilidades existentes en el segundo. A partir de allí, el psicólogo realizará una lectura diagnóstica y pronóstica de candidatos posibles, considerando sus aspectos actuales y potenciales.

El selector de personal debe contar con conocimientos y habilidades en dos áreas básicas: contextuales y específicas.

Los conocimientos contextuales tienen que ver con un conocimiento acerca del sistema empresarial (la cultura organizacional) y acerca del sistema social (mercado de trabajo, fuentes de convocatoria). La habilidad contextual está formada por habilidades interaccionales.

Los conocimientos específicos se centran en capacidades y conocimientos para percibir y comprender la conducta humana en sus intereses, capacidades y habilidades. Incluye los recursos técnicos para interpretar las necesidades empresariales e identificar las características de la "posición".

Resumen de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Introducción y capítulo 1.

Etapas de la selección de personal.- El proceso de selección puede realizarlo un selector o un equipo de profesionales. El proceso total de selección de personal abarca las siguientes etapas: análisis de la necesidad, definición del perfil, preselección, entrevista, evaluación psicológica, elaboración del ranking, y la presentación final de los candidatos más adecuados. Las dos etapas iniciales son exploratorias: se exploran las características de las tareas, los intereses y las afinidades personales.

Preselección: de todos los currículos recibidos, se seleccionan aquellos que son más relevantes en función de los conocimientos y experiencia de los candidatos. Esta preselección puede realizarla la empresa o el selector en base a criterios que aquella le suministró.

Entrevista y evaluación psicológica: La entrevista puede incluir una preentrevista o entrevista preliminar, intercambio breve para chequear información sobre el currículo. También una entrevista técnica, donde se examinan conocimientos, destrezas y habilidades para el puesto requerido, y una entrevista profunda, situación bipersonal centrada en el conocimiento del candidato, su historia, características personales, estilo vincular, intereses, rasgos culturales, valores y proyectos respecto al puesto, etc.

La entrevista es una situación bipersonal entre selector y postulante con la intención de establecer una relación, acotada en tiempo y espacio, a través de la cual cada uno puede obtener su propósito: el del selector es conocer al candidato y detectar características adecuadas al perfil buscado, y para el postulante, una ocasión para desplegar sus recursos personales, satisfacer las expectativas del evaluador y conseguir el empleo.

Tipos de entrevista: La entrevista puede ser estructurada (se basa en un temario o cuestionario previamente establecido sobre ciertos temas), semiestructurada (ofrece mayores grados de libertad a partir de temas disparadores. Se consideran áreas a explorar: trabajo, familia, vínculos, etc), y libre o no estructurada (donde el disparador puede ser una consigna muy general como 'hábleme de usted', etc).

La entrevista consta de tres etapas: pre-entrevista (por ejemplo, telefónicamente), entrevista propiamente dicha, y post-entrevista (reflexión acerca de lo visto en la entrevista, confección de un informe). La entrevista propiamente dicha abarca a su vez tres momentos: caldeamiento, desarrollo, y cierre y comentarios.

Caldeamiento: Consiste en preparar el clima adecuado para que la entrevista pueda desarrollarse adecuadamente: bajar ansiedades, sintonizar con el candidato, allanar obstáculos, definir reglas de juego, crear un clima distendido. El entrevistador tiene aquí un papel protagónico.

Desarrollo: Afluencia significativa de información por parte del postulante, que aquí entonces desempeña un rol activo y protagónico. El entrevistador pasa a un segundo plano, pero interviene con preguntas aclaratorias, etc. El entrevistador debe por un lado ponerse en el lugar del otro, y en segundo lugar debe ir configurando y organizando los datos que recibe.

Conclusión y cierre: El entrevistador retoma su rol activo y brinda información satisfaciendo la curiosidad del postulante dentro de los límites de reserva acordados. Es una etapa de síntesis y devolución.

La evaluación psicológica implica la administración de una batería de tests, que incluyen técnicas objetivas o psicométricas, y otras técnicas menos estructuradas, los tests proyectivos, como el Rorschach. Cada prueba nos da información diferente, y esa información debe confrontarse con el perfil.

Es aconsejable que toda batería contenga al menos dos componentes: 1) una prueba de nivel o de rendimiento que reproduce la situación laboral. Debe realizar una tarea asignada. 2) Técnicas proyectivas: como por ejemplo construcción de historias a partir de manchas o de láminas poco estructuradas.

Elaboración del ranking: Luego de la evaluación psicológica, se realiza un profundo examen de cada candidato para presentar a los finalistas, previa ponderación comparativa de la muestra. Resulta deseable presentar dos o tres finalistas.

Resumen de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Capítulos 6, 7 y 8.

El informe en selección de personal.- Cuando ha terminado el proceso de evaluación psicológica, el evaluador cuenta con la suficiente información como para tramitar dos tipos diferentes de comunicación:

- 1) El informe escrito: a la empresa o demandante.
- 2) La devolución verbal: al postulante.

El informe es el resultado de la elaboración del material obtenido y expresa el supuesto saber que el evaluador ha logrado acerca del candidato. Debe facilitar la lectura y la comprensión que quien lo leerá, o sea el demandante.

Debe incluir una presentación inicial con los datos y la información relevante. Luego, se exponen los argumentos del evaluador para relacionar las características del postulante con el perfil requerido. Se deben incluir razones por las cuales el candidato es apto para el cargo, y también las razones que pueden ser un obstáculo para el mismo. Luego, debe incluir una síntesis en las conclusiones.

Los informes son confidenciales, por lo que debe leerlo solamente quien tomará la decisión final. Es aconsejable contar con un modelo de informe que favorezca la presentación y facilitar la lectura.

Los datos que debe incluir un informe son: 1) los aspectos intelectuales del candidato, 2) el comportamiento manifiesto que surge de las entrevistas y la evaluación psicológica, 3) La dinámica de la personalidad, fundada en una opinión diagnóstica a partir de recursos técnicos (batería de tests), 4) Conclusión: incluye una síntesis con los aspectos que se consideren relevantes como para caracterizar al postulante en función del perfil buscado.

Un informe debe contribuir a generar alternativas para pensar sobre un candidato, en relación con las circunstancias institucionales en las que se le ofrece participar.

Resumen de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Capítulo 9.

La devolución en selección de personal.- La devolución es la información que el evaluador brinda al candidato, más allá de la decisión que la empresa tome en relación con su postulación.

La devolución se produce en la etapa de cierre del proceso de evaluación del candidato, y tiene lugar al finalizar la entrevista psicológica. Lo que se devuelve es la información recogida y elaborada por el evaluador, y se focaliza en las expectativas recíprocas, los roles respectivos (de evaluador y candidato), las características del mensaje (entendible por el candidato, sin términos técnicos), y los temores y modalidades de interacción.

La devolución es oral, se hace en una sesión de trabajo y tiene una duración variable, dependiendo del vínculo que se ha generado y del interés recíproco. Legitima el rol del evaluador al permitirle hacer una tarea de orientación, más allá del diagnóstico. Ofrece al evaluado una forma de verse, pensarse, sentirse, ofreciéndosele una oportunidad para relacionarse con algún aspecto propio no reconocido o idealizado.

Al evaluador le permite realizar una síntesis, donde confrontará sus hipótesis sobre el candidato, con lo que evita caer en una construcción fantasiosa.

Resumen de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Capítulo 10.

El seguimiento en selección de personal.- Cuando el trabajador ha sido aceptado por la empresa, comienza un periodo de ajuste cultural: dos mundos de experiencias se contactan (la que trae el trabajador, y el mundo de la empresa), necesitan reconocerse y empezar a amalgamarse. Casi siempre el nuevo integrante tiene una imagen muy valorada de la organización, o sea que tiene expectativas positivas.

El nuevo integrante comienza a explorar la organización y sus pautas, y la empresa deberá brindarle los elementos para que la idea que se forme sea veraz y funcional. Lo interiorizará acerca de sus proyectos generales, de su posición en el mercado, de quienes son sus pares y quienes sus competidores, del manejo del tiempo y el espacio, etc.

El selector prepara al candidato finalista haciéndole conocer la organización, y al mismo tiempo prepara al cliente (gerente, etc) informándolo sobre las características del nuevo integrante.

Esta primera etapa de la vida del integrante en la empresa se llama *periodo de inducción*, que implica conocer la cultura de la empresa y establecer los vínculos con ella. En este periodo ambos, empleado y empresa, van descubriendo sus aspectos recíprocamente.

El aspecto esencial de este periodo inicial apunta al reconocimiento recíproco de las partes desde una perspectiva sociocultural, condición para que el vínculo pueda establecerse y las expectativas recíprocas puedan encontrar oportunidad de satisfacción. Por ello, el selector, que orientará al nuevo integrante, debe conocer bien la cultura empresarial.

El seguimiento es llevado a cabo por dos caminos: a) el seguimiento que hace la misma organización internamente a través de su departamento de recursos humanos, y b) el seguimiento hecho por el selector que condujo la búsqueda. En este último caso, el selector debe, primero, monitorear la decodificación cultural que va realizando el nuevo integrante, y segundo, tomar conocimiento de las observaciones y opiniones de sus superiores inmediatos.

Por lo tanto, la tarea de seguimiento debe realizarse en tres niveles: en relación con la persona incorporada, en relación con su jefe inmediato, y en relación con el departamento de Recursos Humanos, si se trata de un selector externo (o sea una empresa de selección de personal contratada por la empresa).

La etapa de seguimiento debe aportar elementos al proceso mismo de selección, en un proceso de feedback o retroalimentación sin el cual la selección quedaría incompleta y correría el riesgo de repetir errores con nuevos postulantes.

Resumen de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Capítulo 11.

La evaluación en selección de personal.- Se evalúa con tres finalidades básicas: seleccionar, reubicar o desarrollar personal.

Selección.- Proceso por el cual se incorpora una persona a una empresa. Implica elegir quién o quienes son los candidatos con mayores posibilidades de entrar. Generalmente, hay más candidatos que puestos.

Reubicación.- Se realiza cuando se desea aprovechar recursos existentes para un nuevo proyecto, rescatando la historia y la experiencia del personal ya existente (el acento está en el pasado). Así, presenta menos grados de libertad que en el caso de la selección, pues se debe elegir entre los que están.

Desarrollo.- Cuando se elige gente para construir el mañana cercano (la promoción) o lejano (carreras, cuadros de reemplazo). Se trata de elecciones referidas al futuro. Se busca generalmente un semillero de profesionales jóvenes que sea gente capaz, con buen nivel académico, curiosidad, flexibilidad, etc. para poder cubrir cargos de responsabilidad mayor en el futuro.

En la selección el acento está puesto en el presente, en la reubicación en el pasado, y en el desarrollo, en el futuro.

El perfil es lo primero que debe trazarse, pues permite evaluar las características elegidas y apreciarlas debidamente.

Resumen de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Apéndice, punto III.

Evaluación grupal en selección de personal.- El propósito de las técnicas grupales de evaluación es obtener información sobre las características personales, habilidades y aptitudes que la gente puede poner en juego en situaciones de interacción con otros, así como las respuestas que generan o estimulan en los demás.

La evaluación se hace a través de un 'como si', o sea, se presentan obstáculos y problemas para que el participante resuelva por sí mismo y en relación con los otros.

Hay diferentes técnicas grupales de evaluación, pero todas tienen en común: trabajar con un conjunto de personas convocadas para la evaluación, lugar y tiempo prefijados, tarea propuesta, coordinador, observador (opcional), marco teórico, parámetros desde los cuales considerar los fenómenos, y acuerdo respecto de qué criterios usarán los evaluadores para emitir juicios.

Resumen de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Apéndice, punto I.

Evaluación grupal en selección de personal.- Entendemos por TEG (Técnica de Evaluación Grupal) toda actividad diseñada para tal fin, estructurada en tres etapas, que transcurre dentro de un encuadre establecido y que opere como constante al igual que las consignas dadas al grupo.

Las respuestas resultantes deberán ser comprendidas dinámicamente, para poder categorizarlas dentro de ciertos parámetros establecidos, lo que supone: a) definición de criterios para la consideración de las respuestas, b) categorización de respuestas, y c) desarrollo de escalas de valoración de las respuestas.

Las Técnicas de Evaluación Grupal se dividen en dos grandes tipos:

1) Las que trabajan sobre tareas reales, o sea contextualizadas en espacio y tiempo institucional explicitado, conocido, con variables conocidas por todos. Por ejemplo, una situación concreta de trabajo dentro de una empresa.

2) Las que trabajan sobre propuestas fantásticas, en un plano de ficción, relativamente alejado de la realidad cotidiana, y donde por tanto es preciso definir ciertas leyes que regulen las relaciones y las condiciones de experiencia. Se trabaja en un plano de irrealidad, de un 'como si'.

Las propuestas sobre el plano de la fantasía pueden ser de muchos tipos, de las cuales podemos mencionar dos: el método de casos, y ejercicios de realización con materiales.

El método de casos consiste en trabajar con casos reales, que pudieron o no estar bien resueltos en su momento, pero donde los participantes tienen amplia libertad para resolverlos como quieran (por ello es una propuesta de ficción) poniendo en juego sus recursos intelectuales emocionales y experienciales para resolverlo. Se usan generalmente casos donde aparezcan los problemas típicos del puesto para el cual se realiza la búsqueda.

El método de ejercicios realizados con materiales implica un alto nivel de participación. El empleo de materiales tridimensionales ofrece un excelente medio para poder expresar y concretar sus ideas. Por ejemplo, se le da a un grupo un conjunto de materiales (plastilina, hojas, etc.) con la consigna que deben realizar entre todos una obra. Cuando hacen la tarea, evaluaremos liderazgos, capacidad de organización, capacidad para trabajar en equipo, administración de recursos, etc.

Las Técnicas de Evaluación Grupal también se pueden clasificar según los materiales empleados: estructurados (casitas, árboles, etc.), semiestructurados (piezas de encaje, Lego, etc.), y no estructurado (plastilina, papel maché, etc.).

Resumen de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Apéndice, punto VI.

Psicodrama en selección de personal.- El enfoque psicodramático de Jaime Rojas Bermúdez, que nos permite trabajar con situaciones grupales.

La teoría psicodramática implica la posibilidad de actuar diversos roles en un grupo. Y los roles se definen a partir relaciones o vínculos con los demás. Las personas aprenden y ejercitan roles desde la niñez en adelante.

Se pueden establecer relaciones complementarias, donde ambas partes encuentran satisfacción, pero hay también relaciones escasamente complementarias. Los roles se aprenden y se desarrollan en la acción, y a medida que se tiene más experiencia, se cuenta con una mayor gama de alternativas internas para afrontar y resolver situaciones.

Por ejemplo, puede pasar que una persona deba enfrentar situaciones para las que no está preparado, como cuando ingresa en una empresa. Tiene un repertorio de alternativas pobre, con el consiguiente alto nivel de ansiedad. El recurso que utiliza es actuar roles más entrenados (su sí-mismo se dilata) aunque no resulten pertinentes, con lo que el desajuste se acentúa. El psicodrama permite aquí ejercitar roles donde pueda pensar, sentir y actuar simultáneamente, sin que ninguna de estas experiencias tape a la otra (por ejemplo, actuar sin pensar).

La situación de evaluación grupal debe favorecer la elaboración de ansiedades naturales frente a lo desconocido, brindar seguridad para que emerjan los roles potenciales, y dar una ocasión para ejercitar esos roles. El psicólogo es un promotor de condiciones de salud.

El esquema de roles es el instrumento que nos permite indagar las posibilidades interaccionales de un candidato. Ello incluye roles actuales y roles potenciales, ya que el sujeto puede tener roles poco desarrollados que aumenten su ansiedad, lo que a su vez influye sobre la tarea que deberá realizar. La tarea del evaluador es crear las condiciones de seguridad para que el candidato pueda desarrollar roles incipientes o poco desarrollados, haciendo así emerger sus aspectos potenciales.

También se explorarán los seudorroles. Estos son roles precarios que pueden lucir mucho socialmente, como si fueran bien desarrollados, pero que no cuentan con la consistencia personal requerida para ejercerlos. Son roles artificiales. Pueden jugar como elementos de apoyo si favorecen el aprendizaje. Por ejemplo, un evaluador que se protege detrás de los tests que administra como si fuera un psicólogo evaluador.

Los roles se desarrollan en la acción y a partir del contacto con el rol complementario (por ejemplo evaluador con evaluado, etc). El objetivo de las técnicas grupales es que los individuos puedan desarrollar sus roles potenciales a través de la interacción con otros miembros del grupo. Todos estos conceptos de rol los tomamos de la teoría psicodramática.

La evaluación se va desarrollando, según la técnica psicodramática, en tres momentos o etapas: caldeamiento, dramatización, y cierre.

En el caldeamiento se busca favorecer las condiciones de seguridad, a fin de producir un ambiente favorable para la emergencia del repertorio de roles con los que pueden llegar a intervenir los miembros. Evaluador y participantes buscan 'sintonizarse'.

En el momento de la dramatización, se realiza la tarea propiamente dicha. Es el núcleo central de la actividad, que comienza con la propuesta referida a la actividad que se eligió para cumplir.

En el tercer momento, el cierre, la atención se concentre en la tarea realizada, y puede tener distintas características: invitar al grupo a compartir comentarios o sentimientos sin consignas específicas, revisar la tarea realizada mediante una evaluación conjunta, hacer un proceso de síntesis y devolución por parte del coordinador, etc.

Lo ocurrido en el grupo tiene como contexto el contexto de la empresa, y este a su vez está inmerso en un contexto social. La idea es que lo aprendido en el grupo pueda transferirse a la empresa y a la vida social en general.

El diseño de una experiencia de evaluación grupal puede tener varias metas: 1) Desarrollo actual del rol y consideración de destrezas y habilidades interaccionales. 2) Aprender los aspectos potenciales, además de los actuales, o sea, roles potenciales aún no desarrollados, y 3) servir como experiencia enriquecedora para todos los participantes, evaluados y evaluadores. Estas tres metas se llaman también *niveles*.

Resumen de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Apéndice, puntos IV y V.

Selección de personal según Richino. Síntesis de libro.- En selección de personal las personas no se fabrican: vienen hechas. Nuestra tarea es comprender tanto necesidades como posibilidades, para orientar al cliente sobre la mejor forma posible de dar solución a su pedido. El diseño compartido del perfil, que muchas veces debe ser precedido por el diseño compartido del puesto, es el comienzo de una ardua tarea en la cual lo deseado debe conjugarse con lo posible.

En un primer capítulo se hace referencia al aporte del psicólogo a la tarea de la selección de personal, que consiste en ampliar la visión acerca de los recursos que las personas pueden aportar en el desempeño de una función determinada y en un contexto específico.

En el capítulo 2 se hace referencia al rol del psicólogo en el proceso de selección y a su desarrollo. El rol profesional se desarrolla en tres etapas principales: primero se define, segundo, se selecciona un rol en función de ese proyecto, y tercero se lo desarrolla, pasando de un rol incipiente a un rol específico y desarrollado.

El capítulo 3 se refiere a la relación de las personas con su tarea, desde una perspectiva histórica. Tareas son aquellas acciones realizadas con el fin de obtener determinados resultados sobre la base de

procedimientos acordados, utilizando conocimientos, destrezas y un aporte personal, sujetos a ciertos acuerdos contractuales en relación con variables como tiempo, espacio, y pago o retribución. Se describe la evolución del concepto desde comienzos del siglo XX hasta nuestros días.

El capítulo 4 trata del rol de trabajo y el perfil. El puesto de trabajo o rol es el lugar asignado para cumplir una tarea o función. Para la elaboración de un perfil necesitamos dos tipos de información: la del selector y la del postulante. Se describen siete niveles de complejidad en las demandas de un puesto, y luego se hace referencia a la evaluación de potencial, que es aquella que puede permitir explorar las posibilidades futuras de un postulante.

En el capítulo 5 se habla del perfil. La tarea del selector consiste en elaborar un perfil a partir de los datos que brinde el contexto, clarificar el puesto en función de las responsabilidades que afronta y los problemas que debe resolver.

El capítulo 6 describe las etapas del proceso de selección: análisis de la necesidad, definición del perfil, preselección, entrevista, evaluación psicológica, elaboración del ranking, y la presentación final de los candidatos más adecuados.

El capítulo 7 se ocupa de entrevista, entendida como situación bipersonal para conocer al candidato y detectar características adecuadas al perfil buscado. En el capítulo se trata la cuestión de la evaluación psicológica, que comprende la administración de una batería de tests, que incluyen técnicas objetivas o psicométricas, y otras técnicas menos estructuradas, los tests proyectivos. Los capítulos 9 y 10 están dedicados al informe a la devolución, y el capítulo 11 al proceso de seguimiento del personal incorporado. El libro presenta algunos apéndices dedicados a la definición y caracterización de las técnicas grupales de evaluación para seleccionar, reubicar o desarrollar personal, utilizando como marco teórico el enfoque psicodramático. La evaluación se va desarrollando, según la técnica psicodramática, en tres momentos o etapas: caldeamiento, dramatización, y cierre. En el Apéndice se describe también un repertorio de técnicas alternativas.

Sinopsis de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica.

TAREA

Definición.- Desde la psicología laboral, definimos *tarea* como aquellas acciones realizadas con el fin de obtener determinados resultados sobre la base de procedimientos acordados, utilizando conocimientos, destrezas y un aporte personal, sujetos a ciertos acuerdos contractuales en relación con variables como tiempo, espacio, y pago o retribución. Si no hay retribución, no hay trabajo.

Este concepto fue evolucionando con el tiempo. A comienzos del siglo XX, en la sociedad industrial la tarea era central, y era entendida como acción o procedimiento requerido para obtener un resultado. En ese momento lo importante era producir.

La forma industrial de producción ya había empezado a ser cuestionada desde comienzos del siglo XIX, cuando surge la preocupación por las consecuencias sociales de la industrialización. La corriente taylorista del siglo XX impone la idea de hombre máquina, pero luego, la corriente de las Relaciones Humanas de Mayo revaloriza el factor humano e interaccional del trabajo.

A mediados del siglo XX se observa una gran preocupación por el instrumento, la herramienta y la tecnología en general, mientras que en los años de 1970 a 1990 el acento se desplaza nuevamente, pero esta vez hacia lo ambiental, intentándose una comprensión del trabajo desde lo sistémico: como parte de un sistema social activo y convulsionado, las empresas acusan recibo de los cambios del entorno y de las reglas de juego, lo cual ha de reflejarse también en nuestra tarea como selectores. En el último tiempo, en la era del conocimiento y la información, el acento está puesto en las habilidades humanas. Tal es la evolución de las relaciones entre el individuo y la tarea.

El estudio del problema de la tarea requiere un aporte interdisciplinario, y el tema clave a investigar sigue siendo hoy en día qué personas elegir, con quienes trabajar y las técnicas de evaluación utilizadas para dicha selección.

Resumen de Richino Susana (1989) Selección de personal. Buenos Aires: Granica. Capítulo 3.

TRABAJO

Funciones psicológicas.- La investigación sobre el fenómeno del trabajo ha resaltado las diferentes funciones que desempeña el trabajo para individuos, grupos, organizaciones y sociedades. Muchos han sido los estudios que se han centrado, directa o indirectamente, en las funciones del trabajo, resaltando el carácter positivo de las mismas. Salanova, Peiró y Prieto (1993) han señalado once funciones positivas que puede proveer el trabajo a la persona.

Función integrativa o significativa.

Función de proporcionar estatus y prestigio social.

Fuente de identidad personal.

Función económica.

Fuente de oportunidades para la interacción y los contactos sociales.

Función de estructurar el tiempo.

Función de mantener al individuo bajo una actividad más o menos obligatoria.

Función de ser una fuente de oportunidades para desarrollar habilidades y destrezas.

Función de transmitir normas, creencias y expectativas sociales.

Función de proporcionar poder y control.

Función de comodidad.

En suma, parte de la importancia del trabajo para la persona depende de las funciones que cumple para ella. El significado que atribuimos al trabajo puede verse como una representación social. El significado que damos al trabajo depende, en parte, de la forma en que es entendido en la sociedad de la que formamos parte, y del momento histórico que nos ha tocado vivir. Diferentes variables personales interactúan con esos determinantes sociales, culturales e históricos para configurar nuestra propia manera de entender el trabajo.

Salanova, Peiró y Prieto (1993) Tratado de psicología del trabajo.

Importancia.- Peiró (1996) comenta que el trabajo representa en la actualidad uno de los aspectos más importantes de la vida personal, grupal, organizacional y social, siendo uno de los pilares fundamentales en los que se asienta la sociedad de hoy día y una de las principales actividades de las sociedades industrializadas. Un criterio que verifica estas afirmaciones se deriva de la observación de la cantidad de tiempo que las personas pasan trabajando en sus vidas. En los países industrializados, el trabajo representa aproximadamente una tercera parte de la actividad humana de las personas adultas. Pero además, el tiempo que la persona pasa planificando, formándose y preparándose para el trabajo empieza a una edad temprana y ocupa también una buena parte de su vida.

Según Moise (2000), el trabajo constituye así una actividad social que le permite al individuo incorporarse a la comunidad como un elemento productor, y a cambio de ella éste recibe un lugar un reconocimiento y una valoración social. De esta manera, el trabajo es una de las más fuertes vías de satisfacción para el ser humano.

La importancia y significación del trabajo varían mucho según el contexto cultural y social en el que las personas despliegan sus actividades. En nuestra sociedad es una condición necesaria, aunque insuficiente, para alcanzar el éxito en la vida.

El trabajo completa y complementa los procesos de socialización. La construcción social que gira alrededor de la noción de futuro, y el peso que tiene el trabajo en esta construcción, posibilitan afianzar la noción de momento vital que permite la valoración o devaluación de capacidades adquiridas.

El trabajo, además de ser un medio de subsistencia, es una fuente de placer y valoración que nos aporta el sentido de la utilidad y de la trascendencia.

Podríamos hacer una diferenciación con respecto al concepto de trabajo que venimos desarrollando de la noción convencional de empleo, en este último está muy presente la idea de ofrecerse en un mercado laboral por un salario con regulaciones y normas vigentes en nuestra sociedad. La posesión de un empleo remunerado es percibida entonces casi en cualquier parte como la forma más adecuada y habitual de realización personal, de alcanzar una posición social y de configurar la propia identidad. Diversos estudios han puesto de manifiesto la importancia que el empleo posee en la vida de las personas. En efecto, el empleo proporciona ingresos económicos, regula la actividad, estructura el tiempo, produce contactos sociales provee estatus y ofrece la oportunidad de autorrealización (Warr, 1987).

O sea, que el trabajo es asimilado como un derecho, derecho a la vida y su pérdida implica diversas formas de muerte. El derecho al trabajo viene recogido en declaraciones acerca de los derechos individuales, de las responsabilidades de las organizaciones laborales y de la sociedad en general con respecto a los individuos. El trabajo como un derecho de todo miembro de la sociedad a tener no solo un empleo, sino aun trabajo interesante y con sentido. A participar en las decisiones concernientes a su trabajo, a una educación que le prepare adecuadamente para el trabajo.

El quedar sin trabajo y la amenaza de quedar sin trabajo, remite a angustia de muerte, de muerte física, psíquica y social. Remite a desamparo.

Según el Breve Diccionario etiológico de la Lengua Castellana, desamparo proviene de amparo y éste del latín vulgar anteparare: o prevenir de antemano. No se puede prevenir, anticiparse, hacer proyectos.

Desde una aproximación teórica, el trabajo es definido principalmente como una actividad propositiva e intencional. El trabajo se define como una actividad que no tiene un fin en sí misma, sino que es un medio para obtener un fin, se realiza para obtener algo a cambio, siendo ese beneficio diferente a la actividad laboral misma. Se resalta de este modo el aspecto extrínseco o instrumental del trabajo. Desde esta perspectiva, Marshal (1980) define el trabajo como un esfuerzo de la mente y del cuerpo, realizado parcial o totalmente, con el propósito de obtener algún beneficio diferente a la satisfacción que se deriva directamente del trabajo.

En este contexto se han generado diferentes definiciones en función de cuál se considera que es el propósito del trabajo. Un primer tipo de definiciones propositivas o instrumentales destacan la actividad económica o los ingresos que el individuo obtiene a cambio de su trabajo.

Anderson y Riodin (1989) definen el trabajo como el tiempo por el cual una persona es pagada. Por tanto, desde este tipo de definiciones, una actividad se considera trabajo cuando es remunerada económicamente.

Quien tiene en cuenta la naturaleza compleja del trabajo ha sido planteada por Peiró (1996:163), quien define el trabajo como "aquel conjunto de actividades humanas, retribuidas o no, de carácter productivo y creativo, que mantiene el uso de técnicas, instrumentos, materias o informaciones disponibles, permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En dicha actividad, la persona aporta energías, habilidades, conocimientos, y otros diversos recursos, y obtiene algún tipo de compensación material, psicológica y/o social.

Peiró (1996), Tratado de psicología del trabajo.

Moise (2000), Estado, salud y desocupación.

Anderson y Riodin (1989) Tratado de psicología del trabajo.

Marshall (1980) Tratado de psicología del trabajo.

Warr (1987) Tratado de Psicología.

Trabajo y reconocimiento.- Destaca Desjours (Psicodinámica del trabajo y vínculo social) que trabajar supone aportar, con alto costo, una contribución a la organización del trabajo, y, a cambio de dicha contribución, el sujeto trabajador espera una retribución, o aun más, un reconocimiento a su trabajo, porque mientras la retribución es meramente material (por ejemplo una remuneración), el reconocimiento opera en una dimensión simbólica que afecta o compromete la subjetividad del trabajador.

Según el mismo autor, el reconocimiento del trabajo pasa por dos tipos de juicio: a) el juicio de utilidad, donde la pregunta es si el trabajo es útil, a diferencia del ocio, una utilidad de índole económica, social o técnica. La utilidad es el juicio por el cual es reconocido el trabajo como contribución a la evolución de la empresa y, más allá de ella, a la sociedad en su conjunto; b) el juicio de belleza, lo cual tiene relación con la conformidad del trabajo con las reglas del arte, con la simplicidad de la solución, con la demostración elegante. Mientras el juicio de utilidad es preferido por el personal jerárquico, el juicio de belleza es preferido por los mismos pares del trabajador.

En la opinión de Desjours, en la psicodinámica del reconocimiento el más importante de los juicios antes mencionados es el juicio de belleza, el de los pares, porque es el que confiere la pertenencia. Por lo tanto, para que el reconocimiento sea posible, es preciso que haya una comunidad de pares, o comunidad de pertenencia, lo cual es una formación social sutil y frágil, que, a diferencia de la masa, tiene reglas comunes de trabajo que son las llamadas reglas de oficio.

Desjours C, Psicodinámica del trabajo y vínculo social. Revista Actualidad Psicológica, Buenos Aires, Marzo 2000.

Historia.- Antes de la Revolución Industrial, el trabajo significaba tres cosas: 1) Era un mal necesario, una forma de expiar los pecados o una tarea pesada impuesta por los dioses. Para los griegos el trabajo era degradante y servil. 2) Como medio para alcanzar fines, sobre todo fines religiosos. Para los cristianos, era una forma de expresar caridad hacia los demás. Tanto el trabajo manual como el intelectual eran un deber religioso y no debía servir para enriquecerse. Calvino llegó a decir que el trabajo por sí solo reprimía la inclinación perversa del hombre, era ennoblecedor. 3) Como actividad básicamente buena, como acto creativo, actitud típica del Renacimiento. El trabajo vale por sí mismo y como forma de dominar la naturaleza, alejarse de lo animal y acercarse a lo divino (Leonardo da Vinci). La Revolución Industrial quitó al trabajo su connotación religiosa y lo deshumanizó al considerarlo como una actividad similar a una máquina, y como una actividad que permitía evaluar a la gente en función de su jerarquía laboral.

Saál F y Knight P (1991) Observaciones históricas acerca del trabajo y la psicología industrial organizacional (artículo).

Generalidades.- Freud ha puesto de manifiesto que el trabajo, más allá de su importancia y significación económica y social, tiene profundos significados psicológicos para el trabajador, de lo cual cabe inferir que una situación de desempleo o de amenaza de pérdida de empleo podrá repercutir desfavorablemente sobre su estado anímico.

"Según Freud, los objetivos primarios de la vida mental humana consisten en 'amor' y 'trabajo', o en placer y logros" (Yampey N, 1995:80).

Freud destaca que el trabajo es, por un lado, una vía de descarga sublimatoria de la sexualidad y la agresividad humanas, pero por el otro es una actividad a la cual el hombre se ve compelido a realizar, incluso a pesar de su voluntad. En el primer caso, el trabajo es fuente de satisfacciones, y en el segundo sirve únicamente como estrategia de supervivencia.

Respecto de la primera situación, Freud destaca que "es innegable que la concentración de la atención en una tarea intelectual, y, en general, el esfuerzo mental, tiene por consecuencia en muchas personas, tanto jóvenes como maduras, una excitación sexual concomitante" (Freud S, 1905:185).

Respecto de la segunda situación, Freud indica que nada como el trabajo "liga al individuo tan firmemente a la realidad como la insistencia en el trabajo, que al menos lo inserta en forma segura en un fragmento de la realidad, a saber, la comunidad humana. La posibilidad de desplazar sobre el trabajo profesional y sobre los vínculos humanos que con él se enlaza una considerable medida de componentes libidinosos, narcisistas, agresivos y hasta eróticos le confiere un valor que no le va en zaga a su carácter indispensable para afianzar y justificar la vida en sociedad. La actividad profesional brinda una

satisfacción particular cuando ha sido elegida libremente, o sea, cuando permite volver utilizables mediante sublimación inclinaciones existentes, mociones pulsionales proseguidas o reforzadas constitucionalmente. No obstante el trabajo es poco apreciado, como vía hacia la felicidad, por los seres humanos. Uno no se esfuerza hacia él como hacia otras posibilidades de satisfacción. La gran mayoría de los seres humanos sólo trabajan forzados a ello, y de esta natural aversión de los hombres al trabajo derivan los más difíciles problemas sociales" (Freud S, 1930:80).

La compulsión al trabajo es creada por el apremio exterior (Freud S, 1930:99). Parecería que "toda cultura debe edificarse sobre una compulsión y una renuncia de lo pulsional, y ni siquiera es seguro que, en caso de cesar aquella compulsión, la mayoría de los individuos estarían dispuestos a encargarse de la prestación de trabajo necesaria para obtener nuevos medios de vida" (Freud S, 1927:7 y 10).

Freud S (1905) Tres ensayos de teoría sexual. Obras Completas, Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.

Freud S (1927) El porvenir de una ilusión. Obras Completas, Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.

Freud S (1930) El malestar en la cultura. Obras Completas, Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.

Yampey N (1995) Desocupación y suicidio. Buenos Aires: Revista Fundai, 7, 79-82.

Valor.- "El valor del trabajo reside en que representa un medio de satisfacer las necesidades existenciales. Significa también una fuente de placer y un factor de prestigio y de autoestima. El trabajo brinda al hombre y a la mujer el sentido de su utilidad social" (Yampey N, 1995:80).

Yampey N (1995) Desocupación y suicidio. Buenos Aires: Revista Fundai, 7, 79-82.

Psicopatología del trabajo.- El trabajo puede ser patógeno o estructurante, según sus consecuencias sobre la salud mental. Así, debemos ampliar el psicoanálisis, no limitándonos a las fuentes endógenas de sufrimiento. Tres puntos son importantes: a) Lo patógeno (o lo estructurante) depende de la organización del trabajo, o sea de la división de tareas y la división de hombres (dispositivo de vigilancia, asignación de responsabilidades, etc). b) La organización del trabajo produce un sufrimiento, una descompensación psíquica que no llega a ser enfermedad mental porque está precariamente equilibrada. c) Una transformación en la organización del trabajo puede inducir placer, salud mental y salud corporal.

Los sistemas defensivos.- Las defensas colectivas luchan contra el sufrimiento, pero paradójicamente están también al servicio de la producción. Otra paradoja es que si la defensa funciona bien, anestesia al trabajador y le impide entonces repensar y transformar la relación con el trabajo. Por otro lado, cuando la defensa deja de ser un medio de lucha y se transforma en un fin en sí mismo, como meta o deseo, ya no es una defensa colectiva sino una 'ideología defensiva del oficio'.

El placer en el trabajo.- Se consigue mediante la sublimación de los deseos sexuales. El trabajo ofrece así una salida favorable al deseo, y entonces lo llamamos estructurante. Una organización del trabajo estructurante hace partícipe al trabajador de la 'concepción' del trabajo, y donde se fomenta la cooperación.

La organización del trabajo.- La psicopatología del trabajo lo define más que nada como una 'relación social', que incluye como debe ser realizado el trabajo. Resulta de una negociación entre la conducción y la ejecución.

De la división sexual a la división internacional del trabajo.- Tanto hombres como mujeres están expuestos al sufrimiento laboral y al montaje de defensas, pero parece que la mujer tiene un sufrimiento suplementario relacionado con su identidad sexual. En el caso de los hombres, estos usan como defensa frente al sufrimiento la dominación de la mujer: la violencia de las relaciones de trabajo es desviada hacia ellas. Los niños también lo sufren en los hogares. La división internacional del trabajo implica desviar hacia países en desarrollo a las organizaciones de trabajo que encuentran en los países desarrollados resistencia organizada. Así, una gran porción de la locura laboral se concentra en el Tercer Mundo.

Resumen de Dejours (1991) Trabajo y desgaste mental. Capítulo 7.

Trabajo y estrategias defensivas.- El sub-proletariado, caracterizado por el desempleo y el sub-empleo, muestra una tasa de morbilidad muy superior a la de la población en general. Favorecen esta situación las malas condiciones de salud, higiene y educación. Llama la atención que esta gente se niega a hablar de la enfermedad y del sufrimiento, y parece haber un sentimiento de vergüenza al respecto. Ven la enfermedad como una acusación, o sea, se ven a ellos mismos como culpables de sus enfermedades: un hombre enfermo es un holgazán. La mujer debe sí o sí atender muchos hijos, y su enfermedad se la controla, trata de vivir con ella, salvo cuando no puede ignorarse y los síntomas son muy grandes. Tienen vergüenza de ser examinados por el médico, y curarse es una cuestión moral. La hospitalización se siente como el fracaso del sistema de contención de la enfermedad.

La ideología de la vergüenza lleva a dos cosas: 1) valorar el cuerpo que trabaja, no hablar del cuerpo enfermo; 2) la enfermedad significa siempre interrupción del trabajo.

Ideología defensiva.- La ideología de la vergüenza consiste en mantener lejos el riesgo de un agotamiento del cuerpo que lo aleje del trabajo, y como consecuencia de la miseria, la subalimentación o la muerte.

Es una defensa colectiva contra la ansiedad frente a la miseria y la muerte, y si fracasa aparecen varias salidas, pero serán individuales, no colectivas: a) la principal son conductas individuales y socialmente condenadas como el alcoholismo, b) los actos de violencia 'antisocial', c) la locura: descompensaciones psicóticas, caracteriales o depresivas, d) si fallan las anteriores, se asume la muerte por sub-alimentación, agravándose alguna enfermedad.

El costo de la ideología defensiva es alto: hace callar la enfermedad y el sufrimiento lleva a rechazar los cuidados y beneficiarse con atención médica.

Seis características de la ideología defensiva: 1) su función es contener o ocultar una ansiedad grave; 2) especificidad: depende de cada población en particular, pues tendrá sus propios problemas: en el subproletariado será el desempleo y el subempleo, en otras la organización del trabajo, etc. 3) es una defensa frente a una angustia real, no resultante de conflictos intrapsíquicos; 4) Debe ser colectiva: quien no participa de ella es excluido, por ejemplo con el aislamiento; 5) Rigidez: supone una adaptación rígida al ambiente, pues traer consecuencias graves al resistirse a la atención médica; 6) la defensa es vital, y por ende obligatoria: sustituye las defensas individuales y los elimina. Los conflictos mentales aparecen solo cuando hay un mínimo control de la realidad peligrosa.

Defensa contra la organización del trabajo.- Si el subproletariado era el ejemplo de defensa contra el desempleo y la muerte, el trabajo competitivo es el ejemplo de defensa contra la organización del trabajo taylorizado, que es rígido e invade el tiempo libre, con el fin de aumentar la productividad y suprimir la holgazanería, condenando a los más lentos. Esta OCT (organización científica del trabajo) toma como modelo al más rápido (no a una media). El sistema elimina las diferencias, y crea el anonimato y la intercambiabilidad. Borra la iniciativa espontánea, rompe las responsabilidades y el saber, aniquila las defensas colectivas pues desemboca en una diferenciación del sufrimiento: unos sufrirán más que otros, lo que lleva a montar defensas personalizadas.

Residuos de las defensas colectivas.- Cuando se trabaja en equipo (obras públicas, etc) se ponen en marcha defensas colectivas: ellos pueden organizarse y distribuirse el trabajo para alivianar sus tareas, y sentir que pueden sobreponerse a las tensiones.

El obrero-mono de Taylor.- si se desmantela esta organización colectiva, quedan sólo cuerpos aislados y dóciles, desprovistos de iniciativa: hombres-monos. Esto genera trastornos mentales, que Taylor no previó.

Los efectos del trabajo repetitivo sobre la actividad psíquica: surge un sufrimiento a partir de la confrontación entre una historia personalizada y un trabajo despersonalizante, repetitivo, que no considera la creatividad. Hasta los sujetos psíquicamente más sólidos sufren esta influencia de la organización del trabajo.

Utilización del tiempo fuera del trabajo.- Pocos son los trabajadores que pueden organizar sus descansos según sus deseos y necesidades fisiológicas.

La 'contaminación' del tiempo fuera del trabajo.- Despersonalizado el trabajo, esta despersonalización perdura fuera del mismo, en el hogar. Por ejemplo, siguen trabajando a gran velocidad, repetitivamente. No es sólo una contaminación, sino también una estrategia para mantener la represión de comportamientos espontáneos que cortarían el condicionamiento productivo. Se forma así un círculo vicioso.

Resumen de Dejours (1991) Trabajo y desgaste mental. Capítulo 1.

Trabajo y motivación.- Katz y Van Maanen investigaron como influye lo que la gente valora en su trabajo sobre la satisfacción y la motivación en él. Vieron que sobre la satisfacción en el trabajo influyen tres elementos valorables: el trabajo en sí, el contexto de interacción (compañeros, supervisores, etc) y la política organizacional (salarios, promociones, etc).

Heekman ha investigado por su parte como influyen ciertas características de los trabajos (dimensiones centrales de trabajo) sobre ciertos estados psicológicos críticos, y como estos últimos a su vez influyen sobre la calidad y la satisfacción en el trabajo (resultantes de trabajo). Así:

Estas características del trabajo...	...producirán estos efectos psicológicos...	...que darán como resultado...
DIMENSIONES CENTRALES DE TRABAJO	ESTADOS PSICOLOGICOS CRITICOS	RESULTANTES DE TRABAJO
Variedad de la habilidad Identidad de la tarea Importancia de la tarea	Significado del trabajo que se ha modificado	Alta motivación interna de trabajo
Autonomía	Responsabilidad asumida por los resultantes del trabajo	Alta calidad del trabajo hecho
Retroinformación	Conocimiento de los resultados de la actividad laboral	Alta satisfacción con el trabajo Bajo ausentismo

Cualquier empleo se puede analizar desde las cinco dimensiones centrales por su potencial motivante (MPS).

Tres elementos moderadores: se supone que el esquema anterior funciona si se cumplen tres condiciones: el sujeto tiene habilidad y destreza, tiene necesidad de crecimiento laboral, y tiene un contexto de satisfacción (salario, condiciones sociales, etc).

Longevidad del trabajo: Katz investigó qué peso tenían las cinco características del trabajo de Hakeman conforme pasa el tiempo de estar trabajando en lo mismo. Llegó a la conclusión que lo que importa en un empleo para una persona, cambia en función del tiempo que ha pasado en él. Así, hay tres etapas: a) socialización, donde importa el trabajo en sí y la retroalimentación, b) innovación, donde todas las características tienen importancia, y c) adaptación, donde importan más los factores contextuales. Todo ello pone de relieve la idea de desarrollo evolutivo de las motivaciones, es decir, la idea de que ellas cambian con el tiempo.

Condensado de Schein Edgar (1982) Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. Capítulo 5.

